

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ERA DE LA OBESIDAD: ROL DEL CLÍNICO

PREVENTING EATING DISORDERS IN THE AGE OF OBESITY: THE CLINICIAN'S ROLE

PS. CAROLINA LÓPEZ C., DRA. XIMENA RAIMANN T., DRA. M. VERÓNICA GAETE P. (1)

1. Centro de Adolescentes y Jóvenes. Clínica Las Condes.

Email: clopez@clc.cl

RESUMEN

El incremento de la obesidad y de los trastornos alimentarios en la población infanto-juvenil hace necesario que en la prevención y tratamiento de la primera, se evite favorecer inadvertidamente los últimos. En este artículo se aborda la epidemiología y las consecuencias de la obesidad y los trastornos alimentarios en la adolescencia; la asociación entre ambas patologías y los posibles mecanismos tras ella; además de la factibilidad de contribuir al desarrollo de un desorden alimentario durante el tratamiento de la malnutrición por exceso en este grupo etario. Finalmente se describe la necesidad de una prevención integrada de la obesidad y los trastornos alimentarios, tanto a través de programas de prevención conjunta como de acciones que pueden realizar los profesionales en la atención de salud.

Palabras clave: Adolescencia, obesidad, trastornos alimentarios, prevención.

SUMMARY

The increase of both obesity and eating disorders in young people makes it necessary to avoid inadvertently favoring the latter during the prevention and treatment of the first. This article address the epidemiology and consequences of obesity

and eating disorders in adolescence, the association between the two conditions and the possible mechanisms behind it, and the feasibility of contributing to the development of an eating disorder during the treatment of overweight in this age group. Finally, the need for integrated prevention of obesity and eating disorders is described, both through joint prevention programs and actions that health care providers can do during their clinical work.

Key words: Adolescence, obesity, eating disorders, prevention.

INTRODUCCIÓN

El incremento de la obesidad en niños y adolescentes y sus efectos adversos en su salud física y psicosocial, generan gran preocupación entre los profesionales que atienden a este grupo etario. Debido a ello, se ha puesto énfasis tanto en la prevención como en el tratamiento de este problema. Estas intervenciones deben tener en cuenta la significativa prevalencia de insatisfacción con la imagen corporal, las prácticas no saludables para el control del peso y trastornos alimentarios (TA); entre los jóvenes en la actualidad. Ello, por el temor de que, al intentar solucionar la malnutrición por exceso, se pueda contribuir inadvertidamente al desarrollo de un TA, cuando no se tiene una perspectiva amplia de los riesgos a los que actualmente los adolescentes están expuestos, en el ámbito de la nutrición y la conducta alimentaria.

Este artículo tiene como objetivo entregar a los profesionales de la salud que atienden adolescentes, una serie de conocimientos y recomendaciones que les permitan abordar la prevención y el manejo de la obesidad minimizando los riesgos.

¿POR QUÉ PREOCUPARSE DE LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ERA DE LA OBESIDAD?

EPIDEMIOLOGÍA Y ENTRECruzAMIENTO

a) Epidemiología de la obesidad en la adolescencia y sus consecuencias

En la medida que Chile se ha desarrollado, también ha aumentado la prevalencia de obesidad y sedentarismo en niños y adultos, llegando a cifras cercanas a las de países desarrollados como Estados Unidos, donde el porcentaje de adolescentes obesos entre 12 y 19 años aumentó del 5% a casi el 21% entre 1980 y 2012 (1,2). En nuestro país la prevalencia de obesidad en este grupo etario es de 9% en mujeres y 13% en hombres. Sin embargo, al considerar el sobrepeso, la prevalencia asciende a cerca de un 40% (3).

Estas cifras son preocupantes dadas las consecuencias de la obesidad, tanto inmediatas como a largo plazo, en la salud y en el bienestar general del adolescente. En el corto plazo, los jóvenes obesos tienen más posibilidades de presentar factores de riesgo de alguna enfermedad cardiovascular, como hipertensión arterial e hipercolesterolemia. En una muestra de población de niños y adolescentes entre 5 y 17 años, un 70% de los jóvenes obesos presentó al menos un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular (4). Además, los adolescentes obesos tienen mayor probabilidad de desarrollar resistencia insulínica, diabetes *mellitus* tipo II, problemas a nivel osteoarticular, apnea del sueño y síndrome de ovario poliquístico, entre otros (5,6). Finalmente, una de las consecuencias más importantes en los jóvenes con obesidad es la presencia de problemas psicológicos y sociales, como baja autoestima y estigmatización (6). A largo plazo tienen mayor probabilidad de ser adultos obesos, llegando esta cifra a ser tan alta como un 80% (7,8) y presentar un mayor riesgo de problemas de salud como enfermedad cardíaca, diabetes *mellitus* tipo II, cánceres, osteoartritis y menor expectativa de vida, entre otras (9).

De este modo, la evidencia de las preocupantes consecuencias de la malnutrición por exceso y su alta prevalencia, remarcan la necesidad de prevenir y tratar esta condición.

b. Epidemiología de los trastornos alimentarios en la adolescencia y sus consecuencias

Los TA, al igual que la obesidad, han experimentado un incremento progresivo (10,11). Estas son enfermedades de salud mental serias que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes (12). Sin embargo, el perfil de quienes los presentan se ha ido ampliando, incluyendo hoy en día a personas de sexo masculino, diverso nivel

socioeconómico, distintas etnias, cada vez menores y de diferente peso, tamaño y forma corporal (10,13-15).

A nivel internacional, la prevalencia reportada de TA en jóvenes oscilaba entre 0,5 y 1% para Anorexia Nervosa (AN) (10,12,14) y entre 1-2 y 4% para Bulimia Nervosa (BN) (10-12,14), llegando hasta un 14% en el caso de los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE), una categoría residual (10). La publicación de la Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (16), introdujo cambios que se han traducido en una reducción de la frecuencia de esta última categoría, debido a la disminución del umbral para el diagnóstico de AN y BN; y a la adición del Trastorno por Atracón como un diagnóstico específico (17).

Hasta donde alcanza el conocimiento de las autoras, a nivel nacional se ha publicado sólo un estudio que evidencia, entre otras, la prevalencia de estas patologías en la población infanto-juvenil. Vicente y cols. (18), mediante la aplicación de la Entrevista Diagnóstica para Niños Versión IV (DISC-IV), encontró una prevalencia de TA de 0,3 % en el último año, entre jóvenes de ambos sexos de 12 a 18 años de edad, en una muestra nacional representativa obtenida en cuatro provincias (Santiago, Concepción, Iquique y Cautín). La baja cantidad hallada podría explicarse, entre otras cosas, a que el instrumento empleado consideró solamente AN y BN, y no otros TA. El resto de las publicaciones de la última década que dan luces acerca de la prevalencia de TA en la población adolescente chilena, corresponden a estudios sobre el riesgo de tener o desarrollar estos trastornos, realizados mediante cuestionarios de *screening*. Éstos han encontrado cifras de prevalencia de riesgo de TA en adolescentes escolarizados que oscilan entre 7,4 y 12%, siendo mayores entre las mujeres (8,3 a 23%) (19-21).

El impacto actual de los TA en la salud de los adolescentes está dado no sólo por el aumento de su prevalencia, sino también porque son patologías que se asocian a una significativa morbilidad y mortalidad médica y psiquiátrica (13,22). En cuanto a la morbilidad médica, los TA pueden comprometer prácticamente todos los órganos y sistemas corporales; y en el caso de los niños y adolescentes, afectar también su crecimiento y desarrollo (15). Las complicaciones pueden ocurrir en pacientes con cualquier estado nutricional (15) y algunas son potencialmente irreversibles (compromiso de la talla, disminución de la mineralización ósea y atrofia cerebral) (10,14,23). Incluso pueden llevar a la muerte, como la prolongación y aumento de la dispersión del intervalo QT, alteraciones que se asocian a arritmias cardíacas letales (10,24). Por otra parte, la comorbilidad psiquiátrica es común en los TA, especialmente los síntomas depresivos, los trastornos ansiosos y el trastorno obsesivo-compulsivo (15,25). Los TA se asocian también a trastornos de la personalidad, abuso de sustancias y conductas autoagresivas (15,25). La conducta suicida contribuye de manera importante a la mortalidad relacionada con estas enfermedades (13). Es necesario destacar que la AN es el trastorno psiquiátrico que se asocia a mayor mortalidad (13,15).

c. Epidemiología de la asociación entre obesidad y trastornos alimentarios

Los problemas asociados al peso en los jóvenes tienen diversas manifestaciones. Incluyen la malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso), los TA, los atracones y otras prácticas o conductas no saludables para el control del peso, tales como la restricción alimentaria, saltarse comidas, realizar ayuno y usar sustitutos alimentarios o píldoras para bajar de peso. Como se mencionó, la alta preocupación por parte de los clínicos e investigadores sobre estas condiciones se debe a su alta y creciente prevalencia.

Este escenario se complejiza dada su estrecha interrelación. Estos problemas pueden presentarse en forma simultánea o sucesiva, migrando de una hacia otra forma de manifestación a lo largo del tiempo. Los mecanismos por los cuales se produce esta asociación sin embargo, son aún desconocidos.

Existe suficiente evidencia que muestra la co-ocurrencia de TA y obesidad. Por ejemplo, la asociación entre la obesidad y el Trastorno por Atracción es común. En pacientes obesos que consultan porque desean bajar de peso, alrededor de un 30% presenta un posible Trastorno por Atracción. También se ha registrado una asociación positiva entre el sobrepeso y los atracones, en la cual a mayor nivel de sobrepeso, aumenta el riesgo de desarrollar atracones (26). Además, si bien se estima que las conductas no saludables para el control del peso (tales como vómitos autoinducidos y abuso de laxantes o diuréticos) se presentan entre un 20 a 30% de todas las adolescentes mujeres (27), éstas son más frecuentes en jóvenes con sobrepeso. En un estudio en adolescentes en Estados Unidos, 76% de quienes estaban con sobrepeso reportó recurrir a este tipo de conductas (28). En esta misma línea, otro estudio mostró que el uso de estrategias no saludables, era doblemente prevalente en las jóvenes con sobrepeso en comparación con las de peso normal (14 y 7%, respectivamente) (26).

En cuanto a la migración entre estas condiciones, estudios longitudinales y prospectivos, han señalado que existe relación entre la malnutrición por exceso y los TA (29,30). Como se señaló anteriormente, el Trastorno por Atracción está a menudo asociado a obesidad. La transición desde restricción severa a atracones es común (alrededor del 50% de las jóvenes con Anorexia los desarrollan), sin embargo, el proceso reverso (paso de atracones a restricción) es menos usual (31). Un relevante estudio longitudinal en España, reveló que en pacientes mujeres con TA, la prevalencia de historia de obesidad fue del 28.8%, siendo menor entre aquellas con Anorexia (4.6%) y llegando al 87% en pacientes con Trastorno por Atracción. Además señaló que el antecedente de obesidad se triplicó entre pacientes consultantes por TA desde el año 2000 al 2010. Finalmente, las mujeres que presentaban un TA y obesidad concurrentes, tenían mayores niveles de obesidad infantil y familiar; y un TA de presentación más tardía, de mayor duración y de mayor sintomatología alimentaria y de personalidad (28). Otro estudio mostró que las personas con historia personal de obesidad, presentan mayor riesgo a desarrollar Bulimia Nervosa más tarde en sus vidas (26).

Por todo lo anterior, se sugiere que más allá de considerar la obesidad y TA como entidades separadas, sean abordados como parte de un espectro de problemas relacionados con el peso y la alimentación (26).

POSIBLES CAUSAS O MECANISMOS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

a. Factores de riesgo común para la obesidad y trastornos alimentarios

En el desarrollo de los TA y la obesidad existen numerosos factores de riesgo interrelacionados. Además de los aspectos genéticos y metabólicos, se estima que el rápido aumento de los dos desórdenes, en especial de la obesidad, se debe a la confluencia de características personales, conductuales y ambientales (32). Estas son generalmente abordadas en forma separada y parcial para cada una de estas condiciones, a pesar de que algunas son factores de riesgo compartidos entre los problemas relacionados con el peso, relevando la necesidad de tratarlos conjuntamente (33-35). Además, se ha advertido que la aproximación sesgada para la prevención de uno o del otro, puede conducir a aumentar el riesgo de otro problema en relación al peso y la alimentación (35).

Entre las variables identificadas como factores de riesgo compartidos, particularmente para el sobrepeso, atracones y conductas extremas para el control del peso (por ejemplo, uso de vómitos o laxantes), destacan: hacer dieta, las preocupaciones por el peso e insatisfacción con la imagen corporal, el *weight/fat talk* y la exposición a burlas y comentarios negativos relacionados con el peso (34-36).

Es necesario que los profesionales de la salud que atienden adolescentes estén sensibilizados y familiarizados con estos temas para intervenir positivamente, ya sea en forma preventiva a través de la educación, o durante el tratamiento de alguna de estas condiciones. Las principales características de estos factores de riesgo en común y cómo se relacionan con los problemas con el peso y la alimentación, se describen a continuación:

1. Hacer dieta

Hacer dieta, en este caso definida como aquella de tipo restrictivo, realizada con el fin de disminuir la ingesta calórica para bajar de peso o limitar la ingesta de ciertos tipos de alimentos, para controlar el aumento ponderal o mejorar la salud, es una práctica habitual en adolescentes, especialmente mujeres. Lo más común es que inicien una dieta hipocalórica por su cuenta y, cuando no logran su objetivo, consultan a un especialista. Las pacientes que consultan no necesariamente lo hacen porque estén con sobrepeso, sino porque, en muchos casos, existe insatisfacción con la imagen corporal. Las adolescentes suelen acudir a consultar acompañadas por sus madres, quienes las apoyan en esta decisión, pero prefieren que el manejo sea dirigido por un profesional que les enseñe formas saludables de control de peso. Sin embargo, algunas veces son los mismos padres los que

presionan a sus hijas a seguir un tratamiento para estar más delgadas. El problema es que el solo hecho de hacer dieta tempranamente en la vida es una conducta de riesgo para el desarrollo de obesidad y otros problemas relacionados con el peso, siendo el factor gatillante principal de los TA. Aunque las dietas restrictivas que se realizan por un período acotado de tiempo pueden resultar en baja de peso inicial, diversos estudios sugieren que a largo plazo estas dietas no sólo son inefectivas, sino que pueden promover el aumento de peso (37-39). En un estudio longitudinal en adolescentes estadounidenses, se encontró que aquellos que se identificaban a sí mismos como dietantes, tuvieron mayor probabilidad de estar con sobrepeso cinco años después que los no dietantes (40). Así mismo, a 10 años de seguimiento, se observó que el hacer dieta y el uso de conductas no saludables de control de peso llevaban a mayores aumentos del Índice de Masa Corporal (IMC) en hombres y mujeres, comparado con el no uso de estas conductas (41).

Hay ciertas formas de realizar dietas restrictivas que se han asociado a comer en exceso en adolescentes. Estas son aquellas en que se realiza una restricción voluntaria de ingesta de alimentos, negando las señales de hambre, parando de comer cuando aún se está con hambre y saltándose algunas de las comidas principales. Los resultados de las investigaciones han sugerido que las dietas de este tipo pueden llevar a atracones por debilitamiento de las señales de hambre/saciedad y el aumento del atractivo de los alimentos restringidos (42).

Se han identificado algunos posibles mecanismos para explicar el por qué el hacer dieta puede llevar al desarrollo de sobrepeso. Primero, la restricción alimentaria puede resultar en un aumento de la eficiencia metabólica. Esto puede llevar a que la persona necesite menos calorías para mantener el peso y en muchos casos el aumento de peso ocurre cuando se suspende la dieta restrictiva y se vuelve a los hábitos alimentarios habituales. Segundo, la restricción puede llevar a un ciclo de restricción calórica seguido de atracones. De este modo, el hacer una dieta aumentaría el riesgo de ingesta en exceso o atracones para contrarrestar los efectos de la restricción calórica (38,39).

Es un hecho que el hacer dieta no ha disminuido la prevalencia de obesidad en adolescentes, pero además hay estudios que sugieren que esta conducta puede ser factor de riesgo para la aparición de un TA. Un estudio encontró que el desarrollo de un TA era 18 veces más probable en adolescentes mujeres que realizaban una dieta altamente restrictiva que en aquellas que no hacían dieta. El desarrollo de TA fue cinco veces mayor en aquellas que se restringieron en forma moderada. También se vio que dos tercios de los casos nuevos de TA aparecían en jóvenes que se restringían moderadamente (43). El mismo autor mostró que la prevalencia de TA puede ser explicada en su gran mayoría por las altas tasas de dieta realizadas tempranamente en la vida y que el hacer dietas de tipo restrictivas es el predictor más importante de TA nuevos, como fue mencionado anteriormente. Así, la mayor frecuencia de TA en mujeres estaría explicada porque comienzan a realizar dietas a menor edad que los hombres.

2. La insatisfacción corporal

Las preocupaciones por el peso y figura están íntimamente ligadas a la falta de satisfacción con la propia imagen corporal. Implican tanto el temor a subir de peso como la insatisfacción por no alcanzar el ideal de belleza, el que suele estar influido por los Medios de Comunicación de Masas (MCM). Estas preocupaciones constituyen uno de los factores de riesgo principales para los problemas relacionados con el peso y la alimentación, tanto para hombres como para mujeres (36). Al respecto, la situación en nuestros tiempos es seria: la insatisfacción corporal es prevalente incluso desde la niñez y preadolescencia (44,45) llegando a cifras que estiman que hasta un 71,4% de los adolescentes de ambos sexos se encuentra insatisfecho con su cuerpo (45).

Se entiende como insatisfacción corporal la “evaluación subjetiva negativa del propio cuerpo” (47). La evidencia empírica indica que del mismo modo que hacer dieta, la insatisfacción corporal predice el aumento de peso a lo largo del tiempo, a la vez que es una de las principales características de riesgo para el desarrollo de conductas no saludables para el control del peso y TA (47-49, 35).

Los factores que influyen en la generación de insatisfacción corporal en los jóvenes son:

- a) Factores individuales:** Baja autoestima, afecto negativo (ansiedad y depresión), perfeccionismo, eventos de vida adversos y tamaño corporal (mediado por las burlas, la apariencia y el peso).
- b) Factores familiares y de pares:** Las actitudes en relación al peso y figura, burlas y críticas hacia el cuerpo, conversaciones acerca del peso o figura (*fat/weight talk*) realizadas dentro de la familia o por amigos.
- c) Factores socioculturales:** La presión sociocultural percibida para ser delgadas, particularmente por las mujeres, con la consecuente internalización del “ideal delgado de belleza”. Su influencia es mediada por los MCM, pares y padres (48,50,51).

En un estudio longitudinal de 10 años de seguimiento, se encontró que la disconformidad con el propio cuerpo se incrementa con la edad y más aún, en la transición hacia la adultez joven, lo que se asocia, a su vez, con un aumento en el IMC (52). Por otro lado, en los adolescentes con sobrepeso u obesos, la insatisfacción corporal interfiere con el cambio hacia conductas más saludables y, además, aumenta el riesgo de ganar peso en el tiempo, estableciéndose una relación entre obesidad, bajo nivel de actividad física y presencia de atracones (34,35).

La insatisfacción corporal también ha sido asociada a mayor riesgo de TA por dos vías:

- a) En forma directa, aumenta el afecto negativo, generando mayor posibilidad de atracones y formas compensatorias no saludables de control de peso, por lo que promueve el desarrollo de TA.
- b) En forma indirecta, aumentando los intentos por alcanzar el “ideal delgado de belleza”. Esta disposición incrementa la probabilidad de hacer dietas, pudiendo gatillar un TA (34).

Algunos estudios en la población chilena también muestran que los adolescentes perciben claramente la presión de los agentes sociales

para alcanzar el ideal de belleza, desarrollándose insatisfacción corporal en el 68 y 57% de las jóvenes y los jóvenes respectivamente, la cual aumenta con la edad (53-55). Según el estudio de Caqueo-Úrizar y cols. (55) la influencia sociocultural más relevante para la aparición de síntomas de TA es la publicidad para bajar de peso.

3. El rol del *weight/fat talk* (conversaciones sobre el peso y la figura)

Las conversaciones en relación al peso y la figura corporal son conocidas como *weight talk* o *fat talk*. Específicamente, se refiere a conversaciones ritualizadas, especialmente entre mujeres, sobre la apariencia física. En su mayor parte ocurren en grupos (51) e incluyen temas tales como la autocomparación con ideales de alimentación y hábitos de actividad física, comparaciones con los hábitos de otros, temor a llegar al sobrepeso, evaluación y descalificación de la apariencia física de otros y de sí mismas estrategias o conductas para cambiar la forma corporal, reemplazar las comidas y desarrollar musculatura (56-58). Ejemplos de estas conversaciones son: "Estoy tan gorda", "mis piernas son enormes", "debería ir al gimnasio".

Este tipo de diálogos se ha normalizado en la época actual (59) y existe suficiente evidencia para establecer una importante relación entre *fat talk* y un incremento de la insatisfacción con la imagen corporal a largo plazo, a pesar de no haberse podido establecer una relación causal (56,58-60). Así, no toda persona involucrada en *fat talk* está insatisfecha con su cuerpo, sin embargo, muchas de ellas sienten la presión a responder en forma autodescalificatoria por las expectativas del grupo en que se genera esta conducta, como consecuencia del temor a la evaluación negativa de los pares, reforzando una baja autoestima (57).

Los efectos del *fat talk* son transgeneracionales. Estudios poblacionales muestran que las familias donde los padres se involucran en este tipo de conversaciones, tienen hijos con mayor probabilidad de realizar dietas, usar conductas no saludables para controlar el peso y presentar más atracones (61). A veces, los padres sostienen estas conversaciones con sus hijos, motivados por ayudarlos con problemas de peso. Sin embargo, aún cuando el foco en estos casos es la preocupación, puede ser contraproducente en el manejo del peso (35).

A través de los diferentes mecanismos anteriormente enunciados, se concluye que la exposición al *weight/fat talk* se asocia a insatisfacción corporal, conductas no saludables para el control del peso y síntomas de TA. Indirectamente por lo tanto, también conduce a un aumento de peso en el tiempo.

4. Las burlas o comentarios negativos en relación al peso

Ser víctima de burlas o comentarios negativos sobre el cuerpo es un fenómeno altamente prevalente entre los niños, adolescentes y jóvenes, que genera gran sufrimiento. Diferentes estudios señalan que entre un 20 y 50% de los jóvenes ha experimentado burlas en relación al peso (62-64).

Un estudio longitudinal de dos cohortes de adolescentes que se siguieron durante 10 años (entre 1999 y 2010), mostró que las burlas

sobre el peso son un fenómeno que se mantiene relativamente estable durante toda la adolescencia y hasta la adultez. Se vieron algunas diferencias dependiendo del estatus nutricional y sexo de los jóvenes del estudio. Tanto en mujeres como en varones, la prevalencia de burlas fue mayor en adolescentes con sobrepeso, quienes fueron expuestos a esta situación en forma constante a lo largo del tiempo. Entre el 23 y 29% de las mujeres y cerca del 18% de los varones reportaron recibir comentarios dañinos acerca de su peso. Tanto en hombres como mujeres la situación se mantuvo estable en la transición desde la adolescencia a la adultez, salvo en los adolescentes varones tempranos donde hubo un incremento hacia la adultez joven (63,64). Finalmente, llama la atención que la prevalencia general de este fenómeno disminuyó desde 1999 a 2010, incluso en el grupo de adolescentes con sobrepeso.

Las burlas o comentarios dañinos en relación al peso tienen consecuencias importantes en la vida de los jóvenes. Se asocian con insatisfacción corporal, baja autoestima, vergüenza, síntomas depresivos y riesgo de conductas alimentarias no saludables para el control del peso (atracones, conductas restrictivas y purgativas). Estos efectos son aún mayores en aquellos con sobrepeso u obesidad, por su mayor exposición a este tipo de comentarios que los adolescentes de peso promedio (64-66). Los efectos de estos comentarios son mediados por la relación entre el adolescente que los experimenta y la persona que los realiza y también por el estatus nutricional. Cuando las burlas provienen de los padres y pares (incluyendo hermanos), los efectos negativos son mayores, siendo un fuerte predictor de sobrepeso en el tiempo y de desarrollo de atracones, tanto en adolescentes varones como mujeres, situación que empeora en los adolescentes obesos (28, 32,34,36,64).

Dados los antecedentes anteriores se puede concluir que los adolescentes y jóvenes, particularmente aquellos con problemas de sobrepeso, están expuestos a una serie de factores de riesgo interrelacionados para desarrollar TA y otros problemas en relación al peso y alimentación. A continuación se examinan los efectos de esta interrelación en la práctica clínica.

b. ¿Es posible que durante el tratamiento de la obesidad pueda favorecerse un trastorno alimentario?

Una de las preocupaciones de los profesionales de la salud, es que la participación activa de los adolescentes en programas para bajar de peso pueda generar que algunos desarrollen un TA. La evidencia publicada al respecto concluiría que si el tratamiento es realizado por profesionales ello no ocurriría, pero es escasa y resulta probable que algunos jóvenes con malnutrición por exceso tengan mayor riesgo de desarrollar estos trastornos durante este tipo de tratamiento (67).

De hecho, quienes atienden adolescentes con TA reciben con cierta periodicidad casos que se han desencadenado tras una atención en la cual el profesional hizo una intervención que creyó favorecería la disminución de peso, en un paciente cuyo estado nutricional le preocupaba. No pretendiendo responsabilizar a los clínicos de estos

casos, resulta importante que quienes atienden adolescentes estén conscientes de que una parte significativa de aquellos con sobrepeso u obesidad -en especial las mujeres- ya está bastante insatisfecho con su peso y figura (68), por lo que algunos comentarios o ciertas indicaciones pueden contribuir a desencadenar un TA en los más susceptibles, tal como se ha indicado previamente.

Los comentarios a los que se hace referencia son aquellos que pueden incrementar la insatisfacción corporal o resultar hirientes respecto del peso y la figura. Las indicaciones aludidas son las dietas restrictivas. Tal como ya se consignó, los anteriores son factores predisponentes a TA o a conductas alimentarias problemáticas (68,69) y no resultan útiles para favorecer la disminución de peso (35).

Si bien algunos de ellos ya han sido mencionados con anterioridad, debe recordarse que entre los adolescentes que tienen mayor susceptibilidad a tener TA se encuentran las mujeres y quienes presentan autoestima baja, conductas no saludables para el control del peso, antecedente de obesidad en la infancia, historia de burlas por el peso, rasgos perfeccionistas de personalidad, práctica de actividades o deportes que exigen un cuerpo delgado (como el modelaje, el ballet o la gimnasia), diabetes *mellitus* insulino dependiente, antecedentes familiares de TA u obesidad y/o parientes de primer grado con trastornos afectivos o abuso de sustancias, y aquellos cuya consulta fue motivada por el peso, la figura y/o alimentación, entre otras condiciones (14,15,70,71).

Finalmente, los estudios respecto a la utilización del auto-pesaje en adolescentes son limitados y han arrojado resultados inconsistentes. Sin embargo, existe evidencia de que en este grupo etario el auto-pesaje frecuente no contribuye a la pérdida de peso y se asocia con conductas para el control del peso saludables, no saludables y también potencialmente dañinas (hacer dieta, ayunar o comer muy poco, saltarse comidas, usar sustitutos de comidas, fumar más, utilizar medicamentos, laxantes y diuréticos e inducirse vómitos). Por ello, hay quienes sugieren que hasta que no exista evidencia significativa de que el auto-pesaje es útil y no perjudicial, los adolescentes no deben ser alentados a utilizar esta práctica (72).

ENFRENTAMIENTO DEL PROBLEMA: PREVENCIÓN CONJUNTA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y LA OBESIDAD

Los argumentos anteriormente descritos para postular la necesidad de una prevención conjunta e integrada para la obesidad y los TA, se podrían resumir en (26,30,73,74):

- La comorbilidad entre estas condiciones y la migración entre ellas en el tiempo
- La existencia de factores de riesgo en común
- La alta prevalencia de ambas condiciones
- La posibilidad de contribuir al desarrollo de un trastorno durante el intento de evitar o tratar otro de ellos
- La alta refractariedad al tratamiento

La prevención integrada puede tomar forma de programas específicos de prevención o bien constituirse como sugerencias para la atención de pacientes con problemas de peso.

a. Programas de prevención conjunta

Como se ha mencionado anteriormente, la mayoría de los programas de prevención desarrollados hasta ahora, se han enfocado en los TA o el sobrepeso y obesidad, en forma diferenciada. Este enfoque parcializado puede generar mensajes confundentes o contradictorios, contribuyendo al desarrollo de otros problemas en relación al peso. Por lo tanto, la prevención conjunta parece ser la respuesta más acertada a este dilema, bajo la premisa básica de la medicina de "no dañar" (75).

Se ha planteado que estos programas deben incluir en sus lineamientos la reducción de los factores de riesgo asociados tanto al desarrollo de un TA como al aumento progresivo del peso a lo largo del tiempo (32, 35); abordar el espectro más amplio de los problemas relacionados con el peso (35); ser implementados durante la adolescencia y hasta la adultez joven; y, finalmente, incluir políticas escolares, laborales y campañas comunitarias (64).

De los estudios antes descritos (32,34-36,48,75), se desprende que los programas de prevención integrada debiesen incluir el abordaje de al menos tres componentes de riesgo clave:

- **Hacer dieta.** Desincentivar el uso de las dietas y otras conductas no saludables para el control del peso, promocionando en su lugar, una alimentación saludable y la actividad física.
- **Insatisfacción corporal.** Fomentar estrategias para desarrollar un mejor concepto de sí mismo (incluyendo autoestima) y aceptación corporal. Se deben incluir los factores ambientales y socioculturales que generan insatisfacción corporal, lo que involucra educar en cómo lidiar con las presiones sociales mediadas por los pares, familia y MCM. La implementación de las siguientes estrategias son importantes para el logro de este objetivo: la modificación del proceso de internalización del "ideal delgado de belleza" y mejorar el afrontamiento efectivo del medio (modelos basados en la disonancia cognitiva y el desarrollo de *media literacy*, que se refiere al repertorio de competencias que permiten acceder, evaluar, crear y entender los mensajes complejos que se reciben de los MCM) (76). En esta área, resulta central también el trabajo a nivel de políticas públicas para regular la industria de la moda (73).
- **Conversaciones sobre el peso (*weight/fat talk*).** Generar ambientes saludables para los jóvenes en que se minimice el *weight/fat talk* y se eliminen las burlas en relación al peso (32,35,58,61,77). Estas sugerencias son particularmente importantes para padres de adolescentes con sobrepeso u obesos, quienes están más expuestos al *fat/weight talk* y sus consecuencias (78-80). Como intervenciones, se recomienda facilitar el reconocimiento de estas conversaciones (59), implementar políticas claras en contra de las burlas en relación a la apariencia física en colegios y organizaciones comunitarias y generar actividades de intervención focalizadas en reducir la denigración verbal, la resolución de conflictos y las habilidades

de comunicación entre los jóvenes (65). Un ejemplo de la puesta en práctica de estos principios, es la campaña de *marketing* social llamada la "Semana libre del *fat talk*" que se inició en Estados Unidos y que se ha expandido internacionalmente, involucrando directamente a los MCM (51).

Otras experiencias internacionales de prevención integrada de relevancia son: *New Moves* (81,82), *Healthy Weight* (83) y *Healthy Buddies* (84). En Chile, hasta donde alcanza el conocimiento de las autoras, no se han generado iniciativas de impacto que aborden simultáneamente la prevención de la obesidad y los TA.

Finalmente, si bien se ha registrado un avance significativo hacia la prevención conjunta de los diversos problemas en relación al peso, se requiere aún más investigación y desarrollo en este campo, con el objetivo de determinar los ingredientes más efectivos para una prevención integrada exitosa.

b. ¿Qué pueden hacer los profesionales en la atención de salud?

A lo largo de este artículo, se ha constatado la necesidad de considerar los riesgos y consecuencias de la obesidad, los TA y de la interrelación entre ambas condiciones. Uno de los principales desafíos es evitar que las acciones de los profesionales de la salud dirigidas a prevenir la obesidad o sus consecuencias, resulten ser gatillantes de un TA u otros problemas relacionados con el peso y la alimentación. Debido a que los adolescentes con obesidad tienen un mayor riesgo de desarrollar TA (69), en el transcurso de su atención es importante realizar prevención primaria y secundaria de estas patologías.

Prevención Primaria

Para evitar contribuir involuntariamente a desencadenar un TA durante el tratamiento de los jóvenes, los profesionales de la salud deberán cuidar sus actitudes, conductas (incluyendo el lenguaje) y el tipo de indicaciones dadas.

Dianne Neumark-Sztainer entrega a los clínicos (médicos y no médicos) recomendaciones para la prevención conjunta de la obesidad y los TA, basadas en evidencia científica (68,35) que dicen relación con los mismos componentes clave descritos en el punto anterior, pero en este caso abordados desde el ámbito de la atención clínica. Estas se enumeran a continuación, junto con algunas acciones que la misma autora sugiere:

1. Desaliente las dietas y las conductas no saludables para el control del peso. Informe que las dietas son a menudo comportamientos de corto plazo y que la investigación muestra que pueden ser contraproducentes, pues predicen ganancias significativas de peso en el tiempo. Discuta acerca de conductas alternativas en las cuales los adolescentes pueden involucrarse de manera sostenida (fomente y apoye las conductas positivas de alimentación y actividad física que puedan mantenerse). Pregunte qué alimentos les gustan y qué tipos de actividad física encuentran entretenidos y son fácilmente accesibles.

2. Promueva una imagen corporal positiva. Reconozca que los adolescentes son sensibles en lo relativo a sus cuerpos, sobre todo aquellos con sobrepeso. Pregúnteles cómo se sienten con su cuerpo ¿Qué les gusta? ¿Qué hacen para tratarse bien? No utilice la insatisfacción corporal para motivar al cambio, sino que ayúdelos a cuidar de sus cuerpos de manera que quieran nutrirlos a través de una alimentación saludable, la actividad y las verbalizaciones positivas para consigo mismos. Use un lenguaje apropiado.

3. Provea a los adolescentes un espacio para discutir acerca del maltrato asociado al peso. Pregúnteles si han sido objeto de burlas o maltrato por su peso/cuerpo. Asuma que aquellos con sobrepeso han sufrido algún tipo de maltrato. Infórmeles que ello no es aceptable ni gracioso y explore estrategias para reducir la exposición y responder. Si el nivel de maltrato es alto, refiera el caso a un profesional apropiado.

4. Trabaje con los adolescentes y sus familias para disminuir la costumbre de hablar sobre el peso en el hogar (*weight/fat talk*). Discuta sobre las consecuencias negativas que esto trae, incluso cuando los comentarios son bien intencionados. Analice alternativas para ayudar a los jóvenes a tener conductas saludables (por ejemplo, comer en familia o realizar actividad física). Enfatique que cambiar el ambiente del hogar para facilitar una alimentación saludable y la actividad física resulta mucho más eficaz que discutir sobre estas conductas y hablar sobre el peso. Deje absolutamente en claro que las burlas por el peso no son graciosas y que pueden tener serias implicancias para la salud física y psicológica. Proporcione a los padres recursos adecuados (por ejemplo, libros o sitios *web*).

Se ha recomendado comer en familia como una forma de proteger a los adolescentes tanto de la malnutrición por exceso como de las alteraciones de la conducta alimentaria (68). Sin embargo, debe precisarse que la investigación sobre el impacto que tiene esta costumbre en estos dos problemas arroja resultados desiguales. Los hallazgos son inconsistentes en cuanto a la protección contra el sobrepeso y la obesidad (85), en cambio avalan que el comer en familia actúa como factor protector de las conductas alimentarias alteradas, especialmente en mujeres (86,87). Se cree que esto último se debería a que esta práctica favorecería la comunicación y conexión entre los miembros de la familia y proporcionaría a los padres la posibilidad de reconocer las alteraciones alimentarias precozmente en sus hijos y así tomar medidas para evitar que terminen con un TA (86,87).

Por último, el lenguaje que utilicen los profesionales de la salud para abordar los temas relacionados al peso es también importante, pues deben evitar hacer comentarios que puedan incrementar la insatisfacción corporal en estos adolescentes. Un estudio que evaluó la percepción parental de los términos usados por los médicos para describir el exceso de peso en niños y adolescentes, encontró que los preferidos eran "peso" y "peso no saludable", siendo "peso saludable", "problema de peso" y "sobrepeso" aquellos que consideraban más motivantes para bajar de peso. "Gordo", "obeso" y "extremadamente obeso" fueron

percibidos como los más indeseables, estigmatizantes, culpabilizantes y menos motivantes para disminuir de peso (88).

Prevención Secundaria

Se lleva a cabo mediante la pesquisa precoz de TA en adolescentes con malnutrición por exceso, de manera de iniciar el tratamiento tempranamente y con ello, evitar complicaciones y secuelas.

Debe destacarse que los adolescentes con obesidad que desarrollan un TA tienen riesgo de que este último se diagnostique tardíamente ya que, con frecuencia los síntomas son reconocidos debido a su mayor peso (89, 15).

COMENTARIO

El incremento conjunto de la obesidad y los TA impone nuevos desafíos a los profesionales de salud relacionados con el abordaje de la malnutrición por exceso en adolescentes. Entre otras cosas, éstos deben poseer conocimientos y habilidades que les permitan tratar a los jóvenes obesos evitando desencadenar desórdenes alimentarios.

La prevención conjunta de ambos problemas es clave en ello y contempla acciones a implementar, tanto a nivel de la población infanto-juvenil como en el ámbito de la atención clínica de adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA* 2014;311(8):806-814.
- National Center for Health Statistics. Health, United States, 2011: With Special Features on Socioeconomic Status and Health. Hyattsville, MD; U.S. Department of Health and Human Services; 2012. Encuesta Nacional de Salud, Minsal 2009-2
- MINSAL, 2011, Encuesta Nacional de Salud 2009-2010.
- Freedman DS, Zugno M, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH. Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *J Pediatr* 2007;150(1):12-17
- Li C, Ford ES, Zhao G, Mokdad AH. Prevalence of pre-diabetes and its association with clustering of cardiometabolic risk factors and hyperinsulinemia among US adolescents: NHANES 2005-2006. *Diabetes Care* 2009;32:342-347.
- Raimann X. Obesidad y sus complicaciones. *Rev Med Clin Condes* 2011; 22(1): 20-26
- Whitaker R, Wright J, Pepe M, Seidel K, Dietz W. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997; 337: 869-73
- Guo S, Chumlea W. Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *Am J Clin Nutr* 1999;70: 145S-148S.
- Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med*. 2011;365(20):1876-85.
- Rosen D. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2010;126:1240-53.
- Hsu L. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19:681-700.
- López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Rev Med Clin Condes*. 2011;22(1):85-97.
- AED. Eating Disorders: Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders. Academy for Eating Disorders, 2011.
- Rome E. Eating Disorders in Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2012;42:28-44.
- Campbell K, Peebles R. Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. *Pediatrics*. 2014;134:582-92.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical, manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Smink F, van Hoeken D, Hoek H. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013; 26: 543-8.
- Vicente B, Saldívia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile*. 2012; 140: 447-57.
- Correa M, Zubarew T, Silva P, Romero M. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr*. 2006;77(2):153-60.
- Behar R, Alviña M, González T, Rivera N. Detección de actitudes y/o conductas predisponentes a trastornos alimentarios en estudiantes de enseñanza media de tres colegios particulares de Viña del Mar. *Rev Chil Nutr*. 2007;34(3):240-9.
- Urzúa A, Castro S, Lillo A, Leal C. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados del norte de Chile. *Rev Chil Nutr*. 2011;38(2):128-35.
- Papadopoulos F, Ekhorn A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*. 2009;194(1):10-7.
- Gaete V. López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en

- adolescentes y jóvenes. Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. *Rev Med Clin Condes*. 2012; 23(5): 579-91.
24. Katzman D. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2005;37:552-59.
25. Herpertz-Dahlmann B, Holtkamp K, Konrad K. Eating disorders: anorexia and bulimia nervosa. En: Aminoff MJ, Boller F, Swaab DF. *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 106 (3rd Series). Schlaepfer TE, Nemeroff CB, Editores. *Neurobiology of Psychiatric Disorders*. Amsterdam, Holanda, Elsevier BV, 2012: 447- 62.
26. Irving LM, Neumark-Sztainer D. Integrating the prevention of eating disorders and obesity: feasible or futile? *Prev Med*. 2002;34(3):299-309.
27. Spear B. Does Dieting Increase the Risk for Obesity and Eating Disorders? *J Am Diet Assoc*. 2006;106:523-525.
28. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Perry CL, Irving LM. Weight-related concerns and behaviors among overweight and non-overweight adolescents: Implications for preventing weight related disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(2):171-8.
29. Villarejo C1, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S et al. Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(3):250-254.
30. Krug I, Villarejo C, Jiménez-Murcia S, Perpiñá C, Vilarrasa N, Granero R, et al. Eating-related environmental factors in underweight eating disorders and obesity: are there common vulnerabilities during childhood and early adolescence? *Eur Eat Disord Rev*. 2013;21(4):276-83. 2013;21:202-208.7
31. Treasure J, Claudino A, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010; 375:583-593.
32. Day J, Ternouth A, Collier DA. Eating disorders and obesity: two sides of the same coin?. *Epidemiol Psichiatri Soc*. 2009; 18(2): 96-100.
33. Neumark-Sztainer D, Wall M, Haines J, Story M, Sherwood N, Van den Berg P. Shared Risk and Protective Factors for Overweight and Disordered Eating in Adolescents. *Am J Prev Med* 2007;33(5):359 -369.
34. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res*. 2006; 21(6):770-82
35. Neumark-Sztainer D. Integrating messages from the eating disorders field into obesity prevention. *Adolesc Med State Art Rev*. 2012 ;23(3):529-43.
36. Haines J, Kleinman KP, Rifas-Shiman SL, Field AE, Austin SB. Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164(4):336-343.
37. Birch L, Fisher J. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*. 1998;101:539-549.
38. Field AE, Susting SB, Taylor CG, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*. 2003;112:900-906.
39. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychol*. 2002;21:131-138.
40. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc*. 2006;106:559-568.
41. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Standish A. Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: Associations with 10-year changes in body mass index. *J Adolesc Health* . 2012; 50(1): 80-86.
42. Westenhoefer J, Pudel V. Failed and successful dieting; risks of restrained eating and chances of cognitive control. En: Angel A, Anderson H, Brochard C, Lau D, Leiter L, Mendelson R, Eds. *Progress in Obesity Research*. Vol 7. London, UK: John Libbey; 1996:481-487
43. Patton G, Selzer R, Doffey C, Carlin J, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *BMJ*. 1999;318:765-768.
44. Sinton M, Birch L. Individual and sociocultural influences on pre-adolescent girl's appearance schemas and body dissatisfaction. *J Youth Adolesc*. 2006;35(2): 165-175.
45. Mancilla A, Vásquez R, Mancilla-Díaz J, Hernández A, Alvarez G. Insatisfacción corporal en niños y preadolescentes: una revisión sistemática. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2012; 3(1): 62-79.
46. Pelegrini A, Coqueiro R, Beck C, Debiassi K, Lopes A, Petroski E. Dissatisfaction with body image among adolescent students: Association with socio-demographics factors and nutritional status. *Cienc saúde colectiva*. 2014; 19(4): 1201-1208.
47. Stice E, Shaw H. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *J Psychosom Res*. 2002; 53(5): 985-893.
48. Stice, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychol Bull*, 2002; 128(5), 825-848.
49. Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010; 51(4):518-525.
50. Cash TF. The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2005; 12: 438-442.
51. Garnett B, Buelow R, Franko D, Rodgers R, Austin S. The importance of campaign saliency as a predictor of attitude and behavior change: A pilot evaluation of social marketing campaign *Fat Talk Free Week*. *Health Commun*. 2014; 29(10): 121-135.
52. Bucchianeri M, Arikian A, Hannan P, Eisenberg M, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*. 2013; 10: 1-7.
53. McArthur L, Holbert D & Pena M. An exploration of attitudinal and perceptual dimensions of body image among male and female adolescents from six Latin American cities. *Adolescence*. 2005; 40: 801-816.
54. Mellor D, McCabe M, Ricciardelli L & Merino ME. Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors. *Body Image*, 2008; 5:205-215.
55. Caqueo-Úrizar A, Ferrer-García M, Toro J, et al. Associations between sociocultural pressures to be thin, body distress, and eating disorder symptomatology among Chilean adolescent girls. *Body Image*. 2011; 8: 78-81
56. Corning A, Bucchianeri M, Pick C. Thin or overweight women's fat talk: Which is worse for other women's body satisfaction?. *Eat Disord*. 2014; 22(2): 121-135
57. Ousley L, Cordero ED, White S. Fat talk among college students: How undergraduates communicate regarding food and body weight, shape and appearance. *Eating Disorders*. 2008; 16:73-84.
58. Sharpe H, Naumann U, Treasure J, Schmidt U. Is fat talking a causal risk factor for body dissatisfaction? A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2013; 46(7): 643-652
59. Jones MD, Crowther JH, Ciesla JA. A naturalistic study of fat talk and its behavioral and affective consequences. *Body Image*. 2014; 11(4):337-345

60. Arroyo A. Connecting theory to fat talk: body dissatisfaction mediates the relationships between weight discrepancy, upward comparison, body surveillance, and fat talk. *Body Image*. 2014; 11(3):303-306
61. Berge JM, MacLehose R, Loth KA, Eisenberg M, Buchianeri MM, Neumark-Sztainer. Parents conversations about healthful eating and weight: Associations with Adolescent Disordered Eating Behaviors. *JAMA Pediatr*. 2013; 167(8): 746-753
62. Quick V, McWilliams R, Byrd-Bredbenner C. Fatty, fatty, two-by-four: Weight-teasing history and disturbed eating in young adult women. *Am J Public Health*. 2013; 103:508-515
63. Haines J, Neumark-Sztainer D, Hannan P, van den Berg P, Eisenberg M. Longitudinal and secular trends in weight-related teasing during adolescence. *Obesity*. 2008;16(Suppl 2):S18-S23.
64. Haines J, Hannan P, van der Berg, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Weight-related teasing from adolescence to young adulthood: Longitudinal and Secular Trends between 1999 and 2010. *Obesity*. 2013; 21(9): E428-E434.
65. Haines J, Neumark-Sztainer D, Perry CL et al. VIK (Very Important Kids): a school-based program designed to reduce teasing and unhealthy weight-control behaviors. *Health Educ Res*. 2006. 21, 884-895.
66. Haines J, Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M. Personal, behavioral and environmental risk and protective factors for adolescent overweight. *Obesity*. 2007; 15(11): 2748-2760.
67. Hill AJ. Obesity and eating disorders. *Obes Rev*. 2007;8 Suppl 1:151-5.
68. Neumark-Sztainer D. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents: What Can Health Care Providers Do? *J Adolesc Health*. 2009; 44: 206-13.
69. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro H, Mora M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):391-401.
70. Rome E, Ammerman S, Rosen D, Keller R, Lock J, Mammel K, et al. Children and adolescents with eating disorders: The state of the art. *Pediatrics*. 2003;111:e98-e108.
71. Lask B, Bryant-Waugh R, Wright F, Campbell M, Willoughby K, Waller G. Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2005;38:269-72.
72. Friend S, Bauer KW, Madden TC, Neumark-Sztainer D. Self-weighing among adolescents: Associations with body mass index, body satisfaction, weight control behaviors, and binge eating. *J Acad Nutr Diet*. 2012; 112(1): 99-103.
73. González M, Penelo E, Gutiérrez T, Raich RM. Disordered eating prevention programme in schools: A 30-month follow-up. *Eur Eat Disorders Rev*. 2011; 19: 349-356.
74. Sánchez-Carracedo D, Neumark-Sztainer D, López-Guimerà G. Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. *Public Health Nutr*. 2012; 15(12): 2295-2309.
75. O'Dea J. Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *Eat Disord*. 2004; 12(3):225-239.
76. Richardson SM, Paxton SJ. An evaluation of a body image intervention based on risk factors for body dissatisfaction: A controlled study with adolescent girls. *Int J Eat Disord* 2010;43:112-122.
77. Cromley T, Neumark-Sztainer D, Story M, & Boutelle KN. Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents. *J Adolesc Health*. 2010; 47(3):263-269.
78. Keery H, Boutelle K, van den Berg P, Thompson JK. The impact of appearance-related teasing by family members. *J Adolesc Health*. 2005; 37(2):120-127.
79. Fulkerson JA, McGuire MT, Neumark-Sztainer D, Story M, French SA, Perry CL. Weight-related attitudes and behaviors of adolescent boys and girls who are encouraged to diet by their mothers family members. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002; 26:1579-1587.
80. Neumark-Sztainer D, Bauer KW, Friend S, Hannan PJ, Story M, Berge JM. Family weight talk and dieting: How much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *J Adolesc Health*. 2010; 47:270-276.
81. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Rex J. New Moves: A school-based obesity prevention program for adolescent girls. *Prev Med*. 2003;37:41-51).
82. Neumark-Sztainer DR, Friend SE, Flattum CF, et al. New Moves—Preventing weight-related problems in adolescent girls: A group-randomized study. *Am J Prev Med*. 2010;39:421-432.
83. Stice E, Rhode P, Gau J, Shaw H. Effect of a dissonance-based prevention program on risk for eating disorder onset in the context of eating disorder risk factors. *Prev Sci*. 2012; 13(2):129-139.
84. Stock S, Miranda C, Evans S. Healthy Buddies: a novel, peer-led health promotion program for the prevention of obesity and eating disorders in children in elementary school. *Pediatrics*. 2007; 120: E1059-E1068.
85. Fulkerson JA, Larson N, Horning M, Neumark-Sztainer D. A review of associations between family or shared meal frequency and dietary and weight status outcomes across the lifespan. *J Nutr Educ Behav*. 2014;46:2-19.
86. Skeer MR, Ballard EL. Are family meals as good for youth as we think they are? A review of the literature on family meals as they pertain to adolescent risk prevention. *J Youth Adolesc*. 2013;42(7):943-63.
87. Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics* 2011;127(6): e1565-74.
88. Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Parental perceptions of weight terminology that providers use with youth. *Pediatrics*. 2011;128(4):e786-93.
89. Sim LA, Lebow J, Billings M. Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics* 2013;132:e1026-30.

Las autoras declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.