

Trastornos de la conducta alimentaria: Una visión transcultural en la postmodernidad

Eating disorders. A crosscultural vision in the postmodernity

Núria Español Armengol, Jesús J. De la Gándara Martín

Resumen

Objetivo: Revisar la influencia de cultura y etnia en etiopatogenia y morfología clínica de los trastornos de la conducta alimentaria, plantear su universalidad o especificidad de su presentación en determinadas culturas.

Método: Revisión bibliográfica de artículos publicados mediante búsqueda en Pubmed y Cochrane (versión inglesa).

Resultados: La sociedad occidental es más proclive a generar vulnerabilidad para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el grupo étnico con mayor prevalencia en este ámbito geográfico es el de mujeres jóvenes caucásicas. Pero también se encuentran casos de anorexia nerviosa, bulimia y otros trastornos alimentarios no específicos en otros grupos étnicos y culturas no-occidentales. La extensión de valores occidentales como el ideal de delgadez y la lipofobia ha causado una difusión de la vulnerabilidad a etnias distintas a las mujeres caucásicas y a sociedades no-occidentales y factores. Sin embargo, factores propios de sociedades orientales también se han relacionado con la etiopatogenia de estos trastornos. Dos síntomas que se recogen como criterios para el diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosas en las clasificaciones internacionales de enfermedades: distorsión de la imagen corporal y el rechazo a mantenerse en un peso normal no son frecuentes en trastornos fuera de occidente. Resulta, por lo tanto, oportuna la valoración de una modificación del conjunto de criterios diagnósticos con el fin de evitar una visión exclusivamente occidental de estos trastornos.

Conclusiones: Los trastornos de la conducta alimentaria son de presentación universal y su prevalencia mundial ha aumentado en todos los grupos étnicos. La consideración de las variables culturales y étnicas resulta fundamental en el estudio etiopatogénico, terapéutico y preventivo de los TCA.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa. Bulimia nerviosa. Síndromes asociados a la cultura. Estudios Transculturales. Grupo étnico. Culturas no-occidentales. Revisión.

Unidad Regional de Trastornos de la Conducta Alimentaria. (URTA) de Castilla y León. Servicio de Psiquiatría. Área Asistencial de Burgos.

Correspondencia: Dra. Núria Español Armengol
URTA. Servicio de Psiquiatría. Área Asistencial de Burgos
Hospital Divino Valles
Carretera de Santander, s/n
09005 BURGOS
e-mail: urtahdv07@terra.es

Summary

Objective: *The aim of this study was to find out experts' opinion on culture and ethnic's influences relative to eating disorders' etopathogeny and clinic characteristics and to find out the specificity of their presentation in a few cultures or if these disorders are universal.*

Method: *Bibliographic review of published articles by using Pubmed and Coch rane (english version) databases.*

Results: *Western society is more vulnerable than others to develop eating disorders (ED), young caucasians women have got higher prevalence of ED in this geographic area. Even though, Anorexia, Bulimia Nervosa and Non Specified Eating Disorders have found among other ethnic groups and non-Western cultures. The development of Eating Disorders in non-Western societies may be due to the influx of Western culture ideals like thinness and lipopho-bia. Even though, Eastern cultures' factors have been related to ED's ethiopatogeny, too. Symptoms that have been presented as international diagnostic criteria like weight-related body image disturbance and refuse of having a healthy body weight are not found on non-Western Eating Disorders. Because of these absences, it is appropriate to value a change of Eating Disorder's international diagnostic criteria, to avoid a selected western view of these illness.*

Conclusions: *Eating Disorders have got an unive rsal presentation and their world prevalence has increased among all ethnic groups. To considerate cultural and ethnic variables has shown a gre ater importance in etiopat hogenic, therapeutic and preventive studies of these disorders.*

Key words: Eating Disorders. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Culture-related Syndromes. Crosscultural Studies. Ethnic Group. Non-Western Cultures. Review.

*“Si quieres ver más allá, libérate antes de tu forma habitual de interpretar los hechos”
S. Prajnanpad*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, ha ido en aumento la consideración de cultura y etnia como variables que contribuyen en los fenómenos mentales.

Siguiendo a Jenkins (22), cultura es el proceso y contexto de símbolos y significados más o menos conocidos que los humanos crean y recrean dinámicamente, para sí mismos y en el proceso de interacción social. Asimismo cultura equivale a la orientación de las distintas maneras de sentir, pensar y ser en el mundo, de un colectivo de personas. En el contexto socio-sanitario, el concepto se relaciona con la esfera de la interacción (de la enfermedad, su etiología y tratamiento) de paciente y de profesional, con importante repercusión, por lo tanto, en la relación asistencial.

Consideramos importante establecer, previamente al desarrollo de nuestro estudio, la definición de dos conceptos empleados en las investi-

gaciones transculturales y, por lo tanto, utilizados también en nuestra revisión: grupo étnico y aculturación.

Grupo étnico es aquel conjunto humano de comunes características culturales, históricas, de ascendencia, comportamentales, lingüísticas y/o religiosas. Puede encontrarse como subgrupo dentro de una cultura en particular o como grupo presente en distintas culturas. El antiguo término raza, acuñado en el siglo XIX, es considerado en la actualidad un concepto sin base biológica, ni antropológica, por lo que no es empleado, salvo en Estados Unidos de América donde el vocablo “race” se usa en el contexto del sistema de control de acceso a los recursos socio-sanitarios, atribuyéndole un significado social, sin consideración de fenómeno biológico.

Aculturación es el resultado de un proceso en el cual un pueblo o grupo minoritario adquiere, de forma generalmente involuntaria, una parte o el conjunto de un nueva cultura mayoritaria dominante, a expensas de la cultura propia.

En 1955, Devereux describió el concepto de *Trans to mo Étnico* como aquel que ocurre frecuen-

temente en una cultura concreta y cuyos síntomas son extensiones patológicas de conductas normativas presentes en la cultura en cuestión. En la presentación y caracterización de la nueva entidad, el autor no consideró a los trastornos de la conducta alimentaria (realmente *Devereux* intentó, con apenas éxito, una aplicación en la esquizofrenia). La propuesta fue reevaluada posteriormente en diversas ocasiones, y, en los años 90, *Vandereycken* y *Hoek* (35) enunciaron los llamados Síndromes Asociados a una Cultura, como aquellos que no se desarrollan fortuitamente en la población universal, al contrario, su existencia está limitada a ciertas culturas. Esta última descripción ya tenía presente la posible inclusión de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en dicha categoría de síndromes de naturaleza cultural.

El estudio entorno a la universalidad de los trastornos de la conducta alimentaria o su condición de trastornos asociados a la cultura occidental, dormido hasta hace pocos años, ha resurgido recientemente enriquecido por nuevas investigaciones, en correlación con la expansión de la psiquiatría transcultural y el impulso generado al estudio de la acción de etnia y cultura sobre el conjunto de los trastornos psiquiátricos.

CULTURA Y CONDUCTA ALIMENTARIA

Markey (26) propone en 2004 un modelo tripartito de actuación de la cultura sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Describe actuación de la cultura sobre tres pilares: conducta alimentaria, imagen corporal ideal y percepciones de salud y enfermedad. Estas tres áreas actuarían, a su vez, como factores de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

La familia (ocasional y erróneamente presentada como entidad opuesta a la sociedad) es un importante mecanismo de aprendizaje de lecciones culturales, incluidas las relativas a la conducta alimentaria. La transmisión de patrones alimentarios (incluidas preferencias alimentarias y prácticas restrictivas) es intergeneracional.

Respecto a la acción cultural sobre la imagen corporal ideal, valga como premisa la apropiación que el ser humano realiza del cuerpo y su

representación para construirse una identidad individual, social y étnica. De esta forma, la apariencia corporal es transformada a través de vestimentas y adornos que comunican mensajes acerca de pertenencia a un grupo, el estatus que se mantiene en él y el rol desarrollado.

Es conocido (13) que los niños aprenden lo que, en su contexto sociocultural, es considerado como cuerpo atractivo en la infancia temprana (preescolar). El desarrollo del ideal de imagen corporal se produce en la familia, con especial implicación de las influencias parentales (14).

Por otro lado, valores y creencias culturales se reflejan en los medios de comunicación, que difunden el actual énfasis en la delgadez como pilar en el atractivo físico y el temor al sobrepeso, adquiriendo las sociedades occidentales, como sugiere *Vandereycken* (34), la condición de lipofóbicas.

En tercer lugar, el reconocimiento de síntomas de las enfermedades y la interpretación de su significado y etiología (modelo explicativo) están, también, mediados por la cultura. Enuncia *Gordon* (19), que salud y enfermedad no pueden ser definidos objetivamente, sino que están construidos social y culturalmente.

ESTUDIOS TRANSCULTURALES EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los estudios transculturales en trastornos de la conducta alimentaria son escasos y la mayoría han sido realizados por investigadores occidentales. Se dispone, por lo tanto, de muy pocos estudios cuya autoría corresponda a profesionales afincados en los países de referencia, y, como describe *Toro* (33) en estos pocos casos, la motivación de la investigación suele ser más cercana a un interés despertado en occidente, que a una presión o demanda surgida en el país de origen.

Debe ser destacado que los estudios realizados en otras culturas pueden presentar problemas de validación (por uso de criterios diagnósticos, baterías psicométricas y otras exploraciones occidentales sin validez universal), así como problemas metodológicos (estudios comparativos entre grupos no equivalentes, a menudo definidos por variables de características distintas). Es precisa,

por lo tanto, gran prudencia al extraer conclusiones de estudios comparativos y/o realizados en otras culturas.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA IMAGEN CORPORAL EN MINORÍAS ÉTNICAS

Algunos investigadores, sugieren que las mujeres jóvenes de etnias minoritarias residentes en sociedades occidentales, sufren un riesgo incrementado (relativo a la insatisfacción por una imagen corporal que no se corresponde con la norma y al estrés que acompaña a la transición cultural) para el desarrollo de patrones alimentarios alterados. En esta línea, incluso se ha propuesto que la propia experiencia del conflicto cultural (resultado de la afiliación por más de una cultura) podría promover prácticas restrictivas alimentarias derivadas de la búsqueda de control.

Sin embargo, la mayoría de estudios comparativos entre grupos étnicos (4, 38) concluyen que las mujeres jóvenes caucásicas son las más susceptibles a presentar un trastorno de la conducta alimentaria en occidente.

En Estados Unidos de América se han realizado diversos estudios comparativos de grupos étnicos-sociales. En ellos, se presenta una mayor tendencia a la distorsión de la imagen corporal en caucásicos e hispanos americanos, comparados con afro-americanos y asiáticos americanos (3). Respecto a la mujer hispana estadounidense: Crago (12) expone una frecuencia de TCA similar a la de la población blanca, Fitzgibbon (15) sugiere que los atracones alimentarios son más graves y frecuentes en mujeres hispanas respecto a blancas. Cachelin (11) y sus colaboradores publicaron en 2006 un estudio realizado en una muestra de jóvenes mejicanas afincadas en EUA, en cuyas conclusiones se presenta una relación positiva entre mayor aculturación hacia la norma estadounidense y mayor riesgo de trastorno de la conducta alimentaria.

En el colectivo de mujeres asiáticas americanas se ha objetivado, en los últimos años, un anhelo de cumplimiento del modelo corporal mayoritario, tendiendo en mayor o menor grado a la modificación de rasgos físicos que fueron señas de etnia, mediante cirugía de párpados, de

nariz, un deseo de mayor altura, de delgadez, de senos más voluminosos, y de cintura y caderas más reducidas. Se ha enunciado gran presencia de trastornos bulímicos en mujer asiática americana (posiblemente precipitados por el estrés), y una relativa ausencia de miedo a desarrollar obesidad.

El grupo afro-americano presenta características especiales, por su histórica conciencia de clase y de identidad, y, por lo tanto, una menor interiorización del patrón de imagen corporal ideal general (39). Las mujeres afro-americanas tienden a presentar mayor satisfacción relativa al peso corporal, respecto a mujeres caucásicas. Miller y Pumariega (28) hallan menor insatisfacción por la imagen corporal en afro-americanas y proponen la preferencia por tallas corporales mayores en este grupo, como factor protector para trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, los mismos investigadores especulan sobre un futuro aumento de la insatisfacción por su imagen corporal (por mayor interiorización de la norma general de delgadez) y de riesgo para TCA en afro-americanas a lo largo del actual siglo.

En nuestro medio, un grupo muy prevalente es la etnia gitana. Algunas características del colectivo gitano son la centralidad de la familia, la subordinación del individuo al grupo, la marcada diferencia de rol de géneros, y la madurez social previa en mujer gitana respecto a coetáneas de otros grupos (25). Los estudios de prevalencia de enfermedad mental en esta etnia hallan mayor índice de trastornos funcionales, depresivos, neuróticos y de suicidio. Apenas existen estudios de TCA en este grupo.

En nuestra Unidad Regional de Trastornos de la Conducta Alimentaria hemos atendido, en régimen de hospitalización completa, a dos mujeres adultas gitanas derivadas desde otras provincias por gravedad y refractariedad clínica. Ambas presentaban cuadros de anorexia nerviosa purgativa-compulsiva cuyo desarrollo y evolución estaban influidos por su identidad étnico-cultural.

La primera de ellas, de 22 años de edad, había iniciado restricción alimentaria a los 15 años, motivada por un interés de disminución de peso, con posterior anexión de purgas. El trastorno había

sido gestado en un entorno familiar conflictivo (dependencia del alcohol paterna con alteraciones conductuales y de otros tóxicos por parte de tíos paternos y maternos), y la evolución de la enfermedad sufría influencias negativas de una relación dependiente con el cónyuge en un matrimonio contraído a los 18 años de la paciente, que no había cumplido deseo gestacional por amenorrea de la paciente (secundaria al cuadro de anorexia). Existía, a su vez, repercusión en el trastorno alimentario de duelo por el fallecimiento del abuelo materno (considerado figura patriarcal).

La segunda de las pacientes gitanas atendidas por nosotros, tenía 37 años y había iniciado un cuadro restrictivo alimentario a los 12 años de edad, en los últimos 5 años había desarrollado atracones alimentarios y purgas regulares. Se trataba de una paciente con una infancia marcada por la aceptación pasiva de las normas grupales, y un desarrollo adulto del rol de género femenino tradicional de su etnia (ama de casa y cuidadora), con posibilidad de actuación de (a) la disminución de actividades y responsabilidades habituales y de (b) la obtención de atención y cuidados por sus familiares (secundarios ambos a la identidad adquirida de enferma) como factores mantenedores del cuadro de anorexia nerviosa cronicada.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA IMAGEN CORPORAL EN ETNIAS Y CULTURAS NO OCCIDENTALES

Como indica Toro (33), la prevalencia mundial de Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Imagen Corporal ha aumentado en todos los grupos étnicos (en algunos, por paso de inexistencia a aparición, y en otros, por un aumento de prevalencia) en las últimas décadas.

A pesar de esto, la prevalencia de TCA en países no occidentales es claramente menor a la hallada en el mundo occidental. Distintos factores han sido sugeridos como influyentes en este hallazgo: (a) posible infradiagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria fuera de occidente (relativo al desconocimiento, la falta de percepción como enfermedad, a defectos de metodología epidemiológica), (b) explicaciones históricas

relativas al hambre y a la opulencia, (c) en sociedades con escaso desarrollo económico, en orden a la supervivencia, el valor del grupo es superior al individuo. En este sentido, el uso del cuerpo como forma de afirmación personal y como pre ocupación jerárquicamente superior a otras, resulta más propio de sociedades individualistas.

En el pasado, la mayoría de grupos humanos, preferían los cuerpos de tamaño grande sobre los delgados. Actualmente se mantiene la premisa que enuncia que sociedades tradicionales no-occidentales, con insuficientes fuentes nutricionales, tienden a interpretar el cuerpo obeso como indicador de prosperidad, éxito económico, feminidad y sexualidad (9).

La occidentalización o extensión de valores y creencias occidentales se ha propuesto como un factor fundamental en el desarrollo de TCA en otras culturas. Este factor ha sido estudiado por Becker (5, 6) y su grupo en la localidad de Nadroga perteneciente a las islas Fidji. En estas islas, ha existido una tradicional preferencia expresada por figuras corporales robustas y porciones alimentarias generosas. En relación con la introducción de la televisión en las últimas décadas, estos autores constatan un profundo efecto en conductas relativas a la alimentación en mujeres adolescentes y jóvenes, así como un incremento sustancial de TCA en mujeres adolescentes.

En áreas asiáticas de gran desarrollo económico, es mayor la influencia del modelo estético corporal femenino occidental. Japón, el país con mayor desarrollo socioeconómico de Asia, ha vivido una entrada masiva de medios visuales occidentales, así como un contacto directo con occidente mediante la expansión del turismo japonés en las últimas décadas. Ambos factores han influido intensamente en la instauración del modelo corporal occidental. En los últimos años se han difundido profusamente la cirugía estética (de párpados y de nariz, entre otras zonas), la tendencia a oscurecer la, antiguamente, valoradísima piel blanca y el deseo de adelgazar (37). La insatisfacción corporal ha aumentado significativamente (27) y la prevalencia de TCA se ha disparado (aumentada 10 veces en los últimos 20 años), llegando al enunciado de Japón como el país con mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria del mundo.

Mahmud y Crittenden (27) publicaron en 2007, un estudio de comparación de imagen corporal entre chicas pakistaníes musulmanas y australianas no musulmanas. En las conclusiones, todos los grupos presentan un ideal de imagen corporal inferior al actual, el ideal corporal resultó relativamente similar, sin embargo en australianas se objetivó, de forma significativa, peor estima corporal, mayor insatisfacción por la imagen corporal y un índice de masa corporal mayor. Los investigadores sugieren que la mayor estima corporal de chicas pakistaníes es relativa a diferencias culturales, sociales y religiosas: la cultura pakistaní aporta más importancia a la colectividad que a los atributos individuales, el Islam presenta una oposición explícita a evaluar al individuo por su color de piel o por su talla y, por último, el atuendo propio de la mujer musulmana disminuye la exposición corporal, podría disminuir la percepción de defectos físicos y, en consecuencia, también la insatisfacción por la imagen corporal.

Ford (16) estudia también mujeres musulmanas, en este caso egipcias universitarias árabes, hallando preferencia mayoritaria de delgadez.

Factores propios de la cultura original también influyen en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria fuera de occidente. Abdollahi y Mann (1) presentan un estudio sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Imagen corporal en mujer iraní, realizando una comparación entre mujeres iraníes residentes en Irán y mujeres iraníes afincadas en Estados Unidos de América. Como es sabido, en Irán el acceso a los medios de difusión occidentales es ilegal, y las mujeres iraníes están obligadas a usar vestido que cubra todo el cuerpo, disminuyendo la exposición corporal. En los resultados del estudio, no existe evidencia de menor presencia de síntomas de TCA en escolares que viven en Irán, respecto a iraníes residentes en EUA. Ni la exposición a la cultura occidental, ni la aculturación a las normas occidentales parecen relacionadas con los síntomas de patología de la conducta alimentaria de la población estudiada.

Otros factores culturales no-occidentales, propios de la cultura oriental, pudieran actuar como factores de riesgo de anorexia nerviosa (18). Se ha presentado el ejemplo de los países con creen-

cias confucionistas, sustento de sociedades colectivistas como China, Corea, Vietnam y Japón. Estas bases culturales y religiosas prescriben los papeles de mujeres y varones, aportan una gran importancia a la apariencia femenina y enfatizan la adherencia a las normas, estos factores pueden ser considerados de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. Dado que la auto-restricción es un rasgo personal altamente valorado en las sociedades confucionistas, es posible que la extensión de esta característica a patrones de control de peso y alimentario, facilite también el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (33).

Existen también diferencias en la presentación clínica de los trastornos de la conducta alimentaria, en función de la pertenencia a grupo étnico. Históricamente, en culturas donde no existe énfasis en la delgadez, se han recogido descripciones de casos de malnutrición autoinducida, sin preocupación por el peso (7). Los estudios comparativos trans-culturales sugieren que la anorexia nerviosa no debe seguir necesariamente la forma occidental (23, 24) y probablemente tampoco la bulimia nerviosa. Aunque podamos enunciar que las características clínicas de los TCA son similares en todas las culturas, existen dos síntomas que se han considerado fundamentalmente occidentales: la fobia a desarrollar sobrepeso u obesidad y la distorsión de la imagen corporal. De esta forma, fuera de occidente es habitual no encontrar estos síntomas en los pacientes afectados de cuadros que, la mayoría de expertos en TCA no-occidentales, no dudan en diagnosticar de anorexia o bulimia nerviosas (8, 23). Estas observaciones nos llevan a la cuestión de la universalidad de todos los criterios diagnósticos de anorexia y bulimia nerviosas enunciados en las clasificaciones DSM-IV-TR y CIE-10, realizadas éstas por y en el marco de la psiquiatría occidental.

CONCLUSIONES

La cultura occidental constituye un marco de vulnerabilidad para el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La creciente globalización mundial que anula viejas tradiciones, promueve la extensión, identificación e internali-

zación de valores occidentales, incluidos el énfasis a la apariencia física y el ideal de delgadez. Como resultado de estos fenómenos, se objetiva un aumento del riesgo de desarrollo de TCA en mujeres de minorías étnicas que residen en occidente y en otras mujeres pertenecientes a culturas que transitan hacia la occidentalización.

Factores propios de culturas orientales también contribuyen en la vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos alimentarios, de forma independiente a la aculturación hacia occidente, pero la escasa investigación de TCA en sociedades no-occidentales y los problemas de validez y metodología, provocan un defecto de conocimientos que afecta negativamente a oriente y a occidente.

El déficit de información acerca de trastornos de la conducta alimentaria no-occidentales, puede conllevar un infra reconocimiento de clínica en mujeres jóvenes de otras culturas y poner en riesgo a esta población por falta de detección precoz y empeoramiento consecuente del pronóstico.

La identificación de factores y valores culturales que diferencian a mujeres occidentales y no-occidentales, que pueden contribuir a una imagen corporal más saludable como factor protector, tendría valiosas implicaciones en prevención primaria y secundaria.

Existen diferencias clínicas en los trastornos de la conducta alimentaria en función de los grupos étnicos, como la ausencia de perturbación de la imagen corporal y de la fobia a desarrollar sobrepeso fuera de occidente. El conocimiento de las características clínicas universales y de las que no lo son, contribuirá al mejor diagnóstico (incluso estableciéndose el debate de modificación de los criterios diagnósticos enunciados en las clasificaciones internacionales de enfermedades). Según la literatura revisada, el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en individuos con un sustento de vulnerabilidad biológica y genética, sobre el que actúan factores determinantes psíquicos, sociales y biográficos es de presentación universal. Estas enfermedades no corresponden estrictamente, por lo tanto, a síndromes asociados a la cultura, en cuanto a que su desarrollo no está limitado a unos grupos humanos específicos. Sin embargo, la consideración de las variables culturales y étnicas, siempre necesaria en el estudio de las enfermedades menta-

les, cobra una importancia fundamental en estos trastornos, tan íntimamente ligados a la cultura, con evidentes repercusiones en el conocimiento etiopatogénico, terapéutico y preventivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Abdollahi and Mann.** Eating Disorders Symptoms and Body Image Concerns in Iran: Comparisons between Iranian Women in Iran and in America. *Int J Eat Disord* 2001; 30: 259-268.
2. **Alda, Moles y G^a Campayo.** Salud mental e inmigración. Vol XVII n^o 4 2005, octubre-diciembre: 2-10.
3. **Altabe.** Ethnicity and body image: quantitative and qualitative analysis. *Int J Eat Disord* 1998; 23: 153-159.
4. **Barry and Grilo.** Eating and body image disturbances in adolescent psychiatric inpatients: gender and ethnicity patterns. *Int J Eat Disord* 2002; 32 (3): 335-343.
5. **Becker et al.:** Facets of Acculturation and their Diverse Relations to Body Shape Concern in Fiji. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 42-50.
6. **Becker et al.** Ethnicity and Differential Access to Care for Eating Disorders Symptoms. *Int J Eat Disord* 2003, 33: 205-212.
7. **Bemporad.** Self-starvation through the ages: reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1996; 19: 217-237.
8. **Bennet et al.:** Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana. *The British Journal of Psychiatry* 2004, 185: 312-317.
9. **Brown y Konner.** An anthropological perspective on obesity en R. J. Wurtman y J. Wurtman (eds) *Human obesity*, 1987, New York: The New York Academy of Sciences.
10. **Button et al.:** An Ethnic Comparison of eating Attitudes and Associated Psychological Problems in Young British Women. *Int J Eat Disord* 1998; 23: 317-323.
11. **Cachelin et al.:** Acculturation and Eating Disorders in a Mexican American Community Sample. *Psychology of Women Quarterly*, 2006; 30: 340-347.
12. **Crago et al.:** Eating disturbances among American minority groups: a review. *Int J Eat Disord* 1996 Apr; 19 (3): 239-248.
13. **Davison et al.:** Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls. *Appetite* 2000; 35 (2), 43-151.
14. **Eriksen et al.:** Familial influences on Mexican American and Euro - American preadolescent boys'

- and girls' body dissatisfaction. *Eating Behaviors* 2003; 4, 245-255.
15. **Fitzgibbon et al.:** Correlates of Binge eating in Hispanic, White and Black Women *Int J Eat Disord* 1998; 24: 43-52.
 16. **Ford et al.:** Cultural factors in the eating disorders: a study of body shape preferences of Arab students. *Journal of psychosomatic Research*, 1990, 34, 5: 501-507.
 17. **Franko et al.:** Cross-ethnic Differences in eating Disorder Symptoms and Related Distress. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 156-164.
 18. **French et al.:** Ethnic Differences in Psychosocial and Health Behavior Correlates of Dieting, Purging, and Binge Eating in a Population-Based Sample of Adolescent Females. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 315-322.
 19. **Gordon.** *Eating Disorders: Anatomy of a social epidemic* (2nd ed). 2000. Malden, MA: Blackwell.
 20. **Gracia Arnaiz et al.:** Género, "Dieting" y Salud, un análisis transcultural de la incidencia de los trastornos del comportamiento alimentario en las mujeres. *Min. De Trabajo y Asuntos Sociales. Inst. de la mujer. Secretaría general de política de igualdad.*
 21. **Jackson et al.:** Trans-cultural Comparison of Disordered Eating in Korean Women. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 498-502.
 22. **Jenkins.** Culture, emotion, and psychiatric disorder. En Sargent and Thomas (Eds) *Medical anthropology: Contemporary theory and method*, 1996, 71-87. Westport, CT: Praeger.
 23. **Lee et al.:** Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine* 1993, 23: 999-1017.
 24. **Lee.** Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western culture-bound syndrome. *Social Science and Medicine* 1996, 42: 21-24.
 25. **Levinson et al.:** Conflicting Value Systems: Gypsy Females and the home-school interface. *Research Papers in Education*. March 2006; vol. 21, n° 1: 79-97.
 26. **Markey.** Culture and the Development of Eating Disorders: A Tripartite Model *Eat Disord* 2004; 12: 139-156.
 27. **Mahmud and Gittenden.** A comparative study of body image of Australian and Pakistani young females. *British Journal of Psychology*, 2007; 98: 187-197.
 28. **Miller et al.:** Comparisons of Body Image Dimensions by Race/Ethnicity and Gender in a University Population. *Int J Eat Disord* 2000; 27: 310-316.
 29. **Nishizawa et al.:** Perception of self-physique and eating behavior of high school students in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2003; 57: 189-196.
 30. **Rubin et al.:** What ever feels good in my soul: Body ethics and aesthetics among african american and latina women. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2003; 27: 49-75.
 31. **Sánchez Hernández.** Los trastornos del comportamiento alimentario y los procesos de transmisión-adquisición de la cultura alimentaria. *Gaceta de Antropología* N° 20, 2004 Texto 20-04.
 32. **Shuriquie.** *Eating Disorders: a transcultural perspective.* *Eastern Mediterranean Health Journal* 1999, vol. 5, issue 2, 354-360.
 33. **To ro, J.:** *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad.* Barcelona, Ed. Ariel, 1996. Cap.4, 98-132.
 34. **Vandereycken.** The sociocultural roots of the fight against fatness: Implications for eating disorders and obesity. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention* 1993, 1: 7-16.
 35. **Vandereycken y Hoek.** Are eating disorders culture-bound syndromes? En K.A. Halmi (ed) *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa.* 1992. Washington: American Psychiatric Press.
 36. **Warren et al.:** Ethnicity as a Protective Factor against Internalization of a Thin Ideal and Body Dissatisfaction. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 241-249.
 37. **White et al.:** Ethnic Differences in the Prediction of Eating and Body Image Disturbances Among Female Adolescent Psychiatric Inpatients. *Int J Eat Disord* 2005; 38: 78-84.
 38. **Wildes y Emery.** The roles of ethnicity and culture in the development of eating disturbance and body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 521-551.
 39. **Willemsen et al.:** Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa in a Black Woman. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 353-356.