



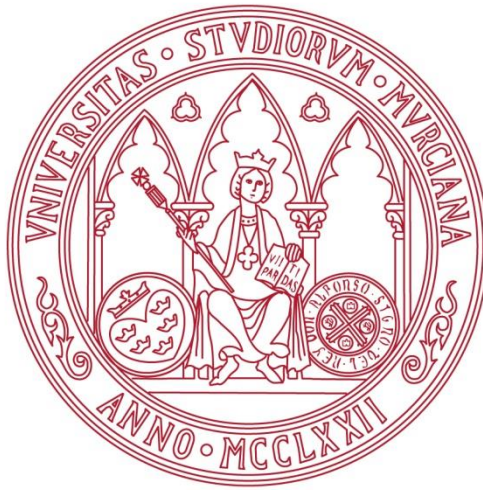
UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Aspectos Psicopatológicos y Variables de
Personalidad como Factores de Riesgo en
los Trastornos de la Conducta Alimentaria

D^a María Ángeles Castejón Martínez

2017



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Aspectos psicopatológicos y variables de
personalidad como factores de riesgo en los
Trastornos de la Conducta Alimentaria

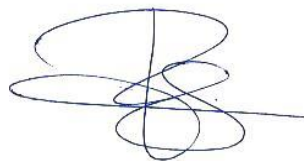
D^a. M^a Ángeles Castejón Martínez
2017

D. Enrique Garcés de los Fayos Ruíz profesor titular de la Universidad de Murcia, del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, y D. Rosendo Berengüí Gíl, profesor Doctor de la Universidad Católica de Murcia, del Departamento de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Empresa, AUTORIZAN: La presentación de la Tesis Doctoral titulada “Aspectos psicopatológicos y variables de personalidad como factores de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria”, realizada por Dña. M^a Ángeles Castejón Martínez, bajo su correspondiente dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a de mayo de 2017.



Fdo. D. Enrique Garcés de los Fayos Ruíz



D. Rosendo Berengüí Gíl

A mis hijos, Hugo y Rosen.

A mis padres, Paco y Paqui.

A mis abuelos.

Agradecimientos

Son muchas las personas que de una forma u otra han hecho posible la realización de este trabajo, y a quienes quisiera expresar mi gratitud por el apoyo y la confianza que me han prestado durante estos años.

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento al Dr. Enrique Garcés de los Fayos Ruíz y al Dr. Rosendo Berengüí Gíl, directores de esta tesis, por haber aceptado la dirección de la misma, por su capacidad para guiar mis ideas, por el apoyo suscitado en cada momento y por la confianza que han depositado en mí, a lo largo de estos años. Por su entrega e implicación íntegra en este trabajo, atendiendo y solucionando mis dudas en cada momento.

En segundo lugar, a Roche, por trabajar a mi lado días a día y por hacer posible, en primer lugar lo más importante en mi vida y en segundo lugar el éxito de esta tesis. A mis hijos Hugo y Rosen, por ser lo mejor que me ha regalado la vida, porque siempre han demostrado un amor infinito y desinteresado hacia su madre, a pesar de las “horas robadas” y de las “ausencias vividas”. Gracias a ellos he podido sacar la fuerza necesaria para que esto fuese posible.

Quisiera agradecer especialmente a mis padres, por aportarme los valores más importantes de esta vida, lealtad, honestidad, sinceridad, coraje, responsabilidad y tolerancia; y por supuesto, por su apoyo incondicional y su amor constante. A mis hermanos, sobrinos, y cuñados porque con su cariño y apoyo todos y cada uno de ellos han contribuido al éxito en este trabajo. En especial, a Miguel Ángel, ya que todo esto se inició gracias a su ayuda.

Mi más sincero y cariñoso agradecimiento a Isa y Encarna, por haber estado pendientes de mí, de mis fuerzas y de mis ánimos, en todo momento. Gracias por hacer las cosas más fáciles y por el apoyo mostrado.

Agardecer a mis compañeros de la Universidad Católica San Antonio, en especial a Lidia por ser una gran persona, por su apoyo, sus buenos consejos y

su ayuda desinteresada en cada momento. A Antonio, por tantas muestras de ánimo y cariño, y por aportarme alegría en los momentos más complicados. A Ana Carmona, por comprenderme y motivarme cuando más lo necesitaba. Muy especialmente a Ana Isabel Invernón, por compartir cada momento de su vida conmigo y por saber guiarme en los momentos más complicados a lo largo de este proceso. Sin su apoyo todo hubiese sido más difícil.

Igualmente quiero agradecer a los alumnos universitarios de Murcia y Málaga, por su colaboración en este trabajo, ya que sin ellos todo esto habría sido imposible.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
PARTE I: REVISIÓN TEÓRICA	9
CAPÍTULO I. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	11
1.1. Definición de los TCA	13
1.2. Clasificación de los TCA	16
1.2.1. Anorexia nerviosa.....	19
1.2.2. Bulimia nerviosa	21
1.2.3. Trastorno por atracón.....	24
1.2.4. Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.	26
1.3. Criterios diagnósticos.....	27
1.3.1. Anorexia nerviosa.....	27
1.3.2. Bulimia nerviosa.	31
1.3.3. Trastorno por atracón.....	34
1.3.4. Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.	36
CAPÍTULO II. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	41
2.1. Aproximaciones teóricas al desarrollo de los TCA	43
2.1.1. Aproximación psicoanalítica y neopsicoanalítica	43
2.1.2. Aproximación sistémica	46
2.1.3. Aproximación cognitivo-conductual.	49
2.1.4. Aproximación biológica.....	54
2.1.5. Aproximación sociocultural.	56
2.2. Etiología multicausal de los TCA. Factores de riesgo.....	62
2.2.1. Factores biológicos.....	71
2.2.2. Factores psicológicos.....	75
2.2.3. Factores socioculturales.	78

CAPÍTULO III. EPIDEMIOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	81
3.1. Instrumentos para la evaluación de los TCA.....	83
3.2. Epidemiología y prevalencia.....	96
 CAPÍTULO IV. ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS Y DE LA PERSONALIDAD RELACIONADOS CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	113
4.1. Psicopatologías en los TCA	116
4.1.1. Ansiedad y TCA	117
4.1.2. Depresión y TCA	119
4.2. Personalidad y TCA	121
 PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO	129
 CAPÍTULO V. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN	131
5.1. Objetivos e hipótesis de la investigación.....	133
5.2. Descripción de la muestra de estudio	135
5.3. Instrumentos de medida.....	143
5.3.1. Cuestionario sociodemográfico	143
5.3.2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3)....	143
5.3.3. EDI-3 RF. Cuestionario de remisión.	154
5.3.4. Encuesta de Comportamiento Alimentario (ECA)	156
5.3.5. Inventario de Personalidad NEO-FFI	161
5.3.6. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	164
5.3.7. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).....	166
5.4. Procedimiento	167
5.5. Análisis de datos	167
 CAPÍTULO VI. RESULTADOS	173
6.1. Descriptivos y diferencias entre grupos	175
6.1.1. Hábitos de alimentación y comportamiento alimentario	175
6.1.2. Conductas de riesgo.	200
6.1.3. Riesgo de TCA y escalas psicológicas relacionadas.....	200

6.1.4. Personalidad.....	202
6.1.5. Ansiedad y Depresión.....	202
6.1.6. Diferencias respecto a las poblaciones normativas.....	203
6.2. Análisis de relaciones	206
6.2.1. Análisis de correlaciones	206
6.2.1.1. Análisis de correlaciones en mujeres.	207
6.2.1.2. Análisis de correlaciones en hombres.....	209
6.2.2. Análisis de regresión.....	215
6.2.2.1. Comportamiento Alimentario.....	216
6.2.2.2. Riesgo de TCA.....	219
6.3. Grupos de riesgo de TCA	223
6.3.1. Diferencias según el Índice de Masa Corporal	224
6.3.1.1. Diferencias en mujeres.	224
6.3.1.2. Diferencias en hombres.....	226
6.3.2. Diferencias según acuerdo con peso	227
6.3.2.1. Diferencias en mujeres.	228
6.3.2.2. Diferencias en hombres.....	230
6.3.3. Diferencias según el comportamiento alimentario	232
6.3.3.1. Diferencias en mujeres.	232
6.3.3.2. Diferencias en hombres.....	234
6.3.4. Criterios de remisión.....	235
6.3.4.1. Diferencias en mujeres.	238
6.3.4.2. Diferencias en hombres.....	241
6.3.5. Comparación del riesgo de TCA con la población general	243
6.3.5.1. Diferencias en mujeres.	245
6.3.5.2. Diferencias en hombres.....	248
6.3.5.3. Conductas de riesgo.	251
 CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN	 255
7.1. Objetivo 1: Analizar el riesgo de desarrollar un TCA en población universitaria	257
7.2. Objetivo 2: Estudiar los hábitos y el comportamiento alimentario en estudiantes universitarios, y su relación con el riesgo de padecer un TCA	274

7.3. Objetivo 3: Estudiar la relación entre la personalidad, la ansiedad y la depresión con el riesgo de padecer un TCA.....	286
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES	301
CAPÍTULO IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	307
ANEXOS	353

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias en la clasificación de los TCA según CIE-10, DSM-IV-TR Y DSM-5.....	18
Tabla 2. Criterios Diagnósticos de Anorexia Nerviosa según el DSM-5.....	28
Tabla 3. Criterios Diagnósticos de Anorexia Nerviosa según el CIE-10	30
Tabla 4. Criterios Diagnósticos de Bulimia Nerviosa según el DSM-5	32
Tabla 5. Criterios Diagnósticos de Bulimia Nerviosa según el CIE-10.....	34
Tabla 6. Criterios Diagnósticos de Trastorno por Atracón según el DSM-5.....	35
Tabla 7. Cambios en los criterios diagnósticos del otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado en el DSM-5 respecto al DSM-VI-TR.....	37
Tabla 8. Factores de riesgo para el desarrollo de un TCA	62
Tabla 9. Comparativa de factores predisponentes de los TCA	67
Tabla 10. Tabla comparativa de factores precipitantes de los TCA.....	68
Tabla 11. Tabla comparativa de factores de mantenimiento de los TCA.....	68
Tabla 12. Clasificación de estudios epidemiológico de TCA en España en función al instrumento utilizado.....	90
Tabla 13. Análisis de los estudios de prevalencia realizados en España	103
Tabla 14. Medias de edad	136
Tabla 15. Titulaciones	136
Tabla 16. Distribución de la muestra por curso	137
Tabla 17. Distribución de la muestra en relación a las personas con las que vive.....	142
Tabla 18. Distribución de la muestra en relación a si tienen o no hijos.....	142
Tabla 19. ECA: Índices de ajuste y error.....	159
Tabla 20. ECA: Correlaciones con otras escalas.....	160
Tabla 21. ECA: Análisis de generalizabilidad.....	161
Tabla 22. Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae	163
Tabla 23. Clasificación del IMC.....	170
Tabla 24. Descriptivos en la ECA.....	176
Tabla 25. Diferencias de género en la ECA	176
Tabla 26. Desayunos semanales.....	176
Tabla 27. Diferencias de género en desayuno.....	177
Tabla 28. Almuerzos semanales.....	177
Tabla 29. Diferencias de género en almuerzo	177
Tabla 30. Comidas semanales.....	178
Tabla 31. Diferencias de género en comidas	178
Tabla 32. Meriendas semanales.....	178
Tabla 33. Diferencias de género en meriendas	179

Tabla 34. Cenas semanales.....	179
Tabla 35. Diferencias de género en cenas	180
Tabla 36. Picar entre comidas	180
Tabla 37. Diferencias de género en picar entre comidas	180
Tabla 38. Refrescos o bebidas dulces diarios	181
Tabla 39. Diferencias de género en refrescos o bebidas dulces diarias	181
Tabla 40. Cafés diarios.....	182
Tabla 41. Diferencias de género en cafés diarios	182
Tabla 42. Infusiones diarias	182
Tabla 43. Diferencias de género en infusiones diarias.....	182
Tabla 44. Azúcar diaria	183
Tabla 45. Diferencias de género en azúcar diaria.....	183
Tabla 46. Número de cigarrillos diarios	183
Tabla 47. Diferencias de género en cigarros diarios.....	183
Tabla 48. Número de cervezas o vinos semanales	184
Tabla 49. Diferencias de género en cerveza o vino semanales	184
Tabla 50. Frecuencia de licores semanales.....	184
Tabla 51. Diferencias de género en licores semanales	185
Tabla 52. Velocidad con la que se ingieren los alimentos	185
Tabla 53. Cantidad de alimentos ingeridos respecto al resto de comensales.....	186
Tabla 54. Cantidad de alimentos ingeridos respecto a uno mismo	186
Tabla 55. Comportamiento ante la venta de alimentos	187
Tabla 56. Atención a la comida	187
Tabla 57. Momento en que siente la necesidad de sentarse a comer.....	188
Tabla 58. Realización de actividades durante la comida.....	188
Tabla 59. Cantidad de comida en reuniones con comida abundante.....	189
Tabla 60. Deseo de comer en situaciones especiales.....	189
Tabla 61. Comer en exceso hasta sentirse mal, sabiendo que va a sentirse mal	190
Tabla 62. Hábitos de alimentación y edad.....	191
Tabla 63. Similitud entre sus hábitos alimenticios y los de sus padres.....	191
Tabla 64. Agrado o desagrado de estar acompañado mientras consume alimentos	192
Tabla 65. Uso de diuréticos.....	192
Tabla 66. Uso de laxantes.....	193
Tabla 67. Inducción del vómito.....	193
Tabla 68. Frecuencia de vómitos.....	193
Tabla 69. Preocupación por el peso corporal	195
Tabla 70. Control del peso	195
Tabla 71. Causa del peso actual	195

Tabla 72. Control sobre la forma de comer y el peso	196
Tabla 73. Cambios en el peso	196
Tabla 74. Realización de dieta	196
Tabla 75. Pensamiento sobre la comida	197
Tabla 76. Culpabilidad	198
Tabla 77. Imagen corporal	198
Tabla 78. Estreñimiento	199
Tabla 79. Uso de medicamentos	199
Tabla 80. Menstruación	199
Tabla 81. Promedios y diferencias de género en índices de conductas de riesgo.....	200
Tabla 82. Medias y diferencias de género en las escalas del EDI-3.....	201
Tabla 83. Medias y diferencias de género en los factores del NEO-FFI	202
Tabla 84. Puntuaciones promedio del BAI en relación al género	203
Tabla 85. Puntuaciones promedio del BDI-II en relación al género	203
Tabla 86. Diferencias respecto a las escalas del EDI-3. Muestra no clínica.....	204
Tabla 87. Diferencias respecto a las escalas NEO-FFI.....	204
Tabla 88. Puntuaciones promedio en el BAI vs. población general.....	205
Tabla 89. Puntuaciones promedio en el BAI vs. población universitaria	205
Tabla 90. Puntuaciones promedio en el BDI-II vs. población general.....	206
Tabla 91. Puntuaciones promedio en el BDI-II vs. población universitaria	206
Tabla 92. Correlaciones entre escalas del EDI-3, ECA, IMC y Edad en mujeres	210
Tabla 93. Correlaciones entre escalas del EDI-3 y ECA, con Personalidad, Ansiedad y Depresión en mujeres.....	211
Tabla 94. Correlaciones entre escalas del EDI-3, ECA, IMC y Edad en hombres	212
Tabla 95. Correlaciones entre escalas del EDI-3 y ECA, con Personalidad, Ansiedad y Depresión en hombres	213
Tabla 96. Escalas psicológicas y de riesgo de TCA - Variable dependiente ECA.....	216
Tabla 97. Personalidad, Ansiedad y Depresión - Variable dependiente ECA	217
Tabla 98. IMC y conductas de riesgo - Variable dependiente ECA.....	218
Tabla 99. Escalas psicológicas - Variable dependiente Riesgo de TCA.....	220
Tabla 100. Personalidad, Ansiedad y Depresión - Variable dependiente Riesgo de TCA	221
Tabla 101. IMC, Comportamiento Alimentario y Conductas de Riesgo - Variable dependiente Riesgo de TCA.....	222
Tabla 102. Mujeres: Diferencias según el IMC.....	224
Tabla 103. Mujeres: Comparaciones post hoc entre grupos de IMC	226
Tabla 104. Hombres: Diferencias según el IMC.....	227
Tabla 105. Mujeres: Diferencias según acuerdo con el peso	228
Tabla 106. Mujeres: Comparaciones post hoc entre grupos de acuerdo con peso	229

Tabla 107. Hombres: Diferencias según acuerdo con el peso	230
Tabla 108. Hombres: Comparaciones post hoc entre grupos de acuerdo con peso	231
Tabla 109. Grupos de Comportamiento Alimentario	232
Tabla 110. Mujeres: Diferencias según comportamiento alimentario	233
Tabla 111. Hombres: Diferencias según comportamiento alimentario	235
Tabla 112. Criterio A: IMC y sexo	236
Tabla 113. Criterio B: IMC-Obsesión por la delgadez.....	236
Tabla 114. Criterio B: Bulimia.....	237
Tabla 115. Criterio C: Conductas de riesgo	237
Tabla 116. Número de criterios cumplidos	238
Tabla 117. Mujeres: Criterios y remisión	239
Tabla 118. Mujeres: Diferencias según remisión	239
Tabla 119. Mujeres: Diferencias según número de criterios cumplidos.....	240
Tabla 120. Hombres: Criterios y remisión	241
Tabla 121. Hombres: Diferencias según remisión	242
Tabla 122. Hombres: Diferencias según número de criterios cumplidos	243
Tabla 123. Mujeres: Diferencias según percentiles de EDRC	246
Tabla 124. Mujeres: Comparaciones post hoc entre niveles de riesgo de TCA.....	247
Tabla 125. Hombres: Diferencias según percentiles de EDRC	249
Tabla 126. Hombres: Comparaciones post hoc entre niveles de riesgo de TCA.....	250
Tabla 127. Mujeres: Diferencias de conductas de riesgo en niveles de riesgo	252
Tabla 128. Mujeres: Comparaciones post hoc en conductas de riesgo.....	252
Tabla 129. Hombres: Diferencias de conductas de riesgo en niveles de riesgo	253
Tabla 130. Hombres: Comparaciones post hoc en conductas de riesgo.....	253

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Análisis funcional de la restricción alimentaria en anorexia nerviosa.	51
Figura 2. Enfoques conductuales de los TCA	53
Figura 3. Modelo descriptivo para el funcionamiento de los mecanismos reguladores de la ingesta de alimento	56
Figura 4. Relación entre los medios de comunicación y los TCA	60
Figura 5. Modelo patogénico para la AN de Lucas (1986)	66
Figura 6. Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de la AN.....	70
Figura 7. Espectro hacia los TCA.....	97
Figura 8. Representación esquemática de la prevalencia internacional de los distintos TCA.....	102
Figura 9. Modelo de los Cinco Grandes Factores.....	123
Figura 10. Descripción de la muestra por sexo.....	135
Figura 11. Nivel de estudios del padre.....	137
Figura 12. Nivel de estudios de la madre.....	138
Figura 13. Situación laboral del padre	139
Figura 14. Situación laboral de la madre	139
Figura 15. Relación con el padre.....	140
Figura 16. Relación con la madre.....	140
Figura 17. Relación con hermanos.....	141
Figura 18. Relación con la pareja	141
Figura 19. Financiación de estudios	142

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), según se caracterizan por ser un conjunto de actitudes, comportamientos y estrategias asociados a una preocupación permanente por el peso y la imagen corporal (Castro, 2007). Las personas afectadas con este trastorno presentan alteraciones en la ingesta de alimentos y desarrollan comportamientos inadecuados encaminados a controlar el peso. Se trata de enfermedades graves, con complicaciones físicas y psicológicas que ponen en riesgo la salud de las personas que las padecen.

Según el DSM-5 (APA, 2013), podemos distinguir siete categorías clínicas: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados, Trastorno por Atracón, Pica, Trastorno de Rumiación y Trastorno de Evitación/restricción de la ingestión de alimentos. La mayoría de los estudios sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA, en adelante), se han enfocado hacia Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados, principalmente, ya que en el anterior Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2000), solamente se contemplaban estas categorías. Actualmente, también existen diversas investigaciones, cuyo objeto de estudio es el Trastorno por Atracón, pues su prevalencia en la población también es elevada. Este cambio en la clasificación repercutirá en un futuro en sus prevalencias, cursos, desenlaces, tratamientos y su impacto en las políticas de seguros de salud (Knoll, Foecker y Hebebrand, 2014), y a su vez, éstas influirán positivamente en la investigación y en los ensayos clínicos al permitir clasificar con mayor claridad a las pacientes que conformen las muestras de estudio.

Los TCA constituyen un problema emergente en las sociedades occidentales, debido al aumento de las tasas de incidencia y prevalencia en los últimos años. Por esta razón, los estudios epidemiológicos se han intensificado, lo que ha permitido que en la actualidad dispongamos de tasas de morbilidad de estos trastornos de elevada fiabilidad, y que conozcamos de forma más

ajustada los factores de riesgo que facilitan su aparición (Guerro-Prado, Barjau y Chinchilla, 2001).

En nuestro país diferentes investigaciones han mostrado un aumento considerable en la prevalencia de esos trastornos en la población general (Álvarez-Malé, Castaño y Majem, 2015; Cruz- Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa, 2013; Garandillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2004; Jiménez, Galindo, Escudero y Hernández., 2013; Olesti, et al., 2008; Pamies-Aubalat, Quiles y Bernabé, 2011; Rivas, Bersabé y Castro, 2001).

Por otro lado, debemos mencionar que existente controversia en el campo de la investigación respecto a la etiología de los TCA, no existiendo un amplio consenso respecto a qué factor o factores son la causa de estos trastornos. Existen diferentes postulados y modelos que intentan explicar el desarrollo de los TCA basando sus teorías en un grupo de factores: socioculturales, psicológicos, biológicos y familiares. Pero la mayoría de los investigadores han optado por una explicación multifactorial, donde todos los factores contribuyen de manera interconectada en el desarrollo de los trastornos.

El género, la edad, aspectos psicológicos, influencias sociales, etc., han sido estudiados en diversas investigaciones como factores de riesgo en los TCA. Así, por ejemplo, la mujer continúa siendo el sujeto más vulnerable ante estos trastornos (Baile, Raich y Garrido, 2003; Rivas, Bersabé y Castro, 2001; Toro, 2008), pero el hombre no está exento de presentar comportamientos alimentarios desajustados, si bien en menor porcentaje, como lo han demostrado diferentes estudios (Costín, 2002; Mateo 2011). Por otro lado, la adolescencia o adultez temprana son consideradas factores de riesgo, ya que por lo general estos trastornos suelen aparecer durante estas etapas del desarrollo. A esas edades se suele poner en tela de juicio la propia imagen corporal, debido a la presión social existente, donde el modelo estético de delgadez puede provocar que los adolescentes deseen modificar su propio cuerpo (Toro, 2008), a través de dietas, actividad física excesiva, alteración del

patrón alimentario, o realización de conductas purgativas, todas ellas consideradas conductas de riesgo para el desarrollo de un TCA (Baldares, 2013).

Diversos estudios relacionan los TCA con diferentes factores psicológicos, tales como ansiedad, depresión y/o trastornos de personalidad. Los rasgos psicológicos que diferentes estudios han encontrado asociados a los TCA son, entre otros, baja autoestima, rasgos de personalidad como un alto nivel de neuroticismo, alto perfeccionismo, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, depresión y ansiedad (Mateo, 2011). Por esta razón muchas investigaciones persiguen establecer una relación entre los rasgos de personalidad y los TCA, y otras buscan establecer conexiones entre los trastornos y diferentes psicopatologías, como depresión y/o ansiedad (Behar y Figueroa, 2010; Martínez, Lamotte, Unikel, 2011; Montenegro, Blanco, Almengor y Pereira, 2012; Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Acevedo y Ariza, 2016).

Por lo tanto, es necesario conocer con mayor exactitud la incidencia de las conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA en nuestro país, y más concretamente, con muestras representativas de ambos géneros, con el fin de guiar a la investigación y la intervención, aportando explicaciones y conocimientos de este problema en las poblaciones estudiadas, para que en un futuro se puedan diseñar programas de tratamiento y de prevención más efectivos.

Por lo mencionado hasta el momento, se consideró oportuno llevar a cabo un estudio encaminado a examinar a los estudiantes universitarios, ya que están expuestos a muchos de los factores considerados de riesgo para el desarrollo de un TCA. Los estudiantes universitarios están sujetos a cambios sociológicos y culturales, muchos estudiantes se desplazan del núcleo familiar, convirtiéndose en los responsables de sus hábitos de alimentación, la organización de su tiempo, la compra de alimentos, la elaboración de sus menús y la organización de los horarios de comidas. Por otro lado, la mayoría

de ellos se encuentra al final de la etapa de la adolescencia o en la adultez temprana. Todo ello puede dar lugar la aparición de TCA.

A través de este trabajo se pretende, por un lado, analizar los hábitos y comportamiento alimentario y el riesgo de desarrollar un TCA en la población universitaria, y por otro lado, estudiar la posible relación entre el riesgo de padecer una TCA con diversas variables psicológicas relevantes, con la personalidad, la ansiedad y la depresión.

La presente investigación se divide en dos apartados. En el primero de ellos, denominado *revisión teórica*, se establecen los fundamentos teóricos del estudio. En el **primer capítulo** se describen, clasifican y establecen los criterios diagnósticos de los TCA. En el **segundo capítulo** se exponen y describen los diferentes modelos teóricos y factores de riesgo que tratan de explicar estos trastornos. En el **tercer capítulo** se hace un análisis de los instrumentos más utilizados en nuestro país para realizar estudios epidemiológicos en el ámbito de los TCA, así como una revisión de los estudios llevados a cabo en nuestro país, donde se recoge la prevalencia e incidencia de estos trastornos, en los últimos veintiséis años. Por último, en el **capítulo cuarto**, se analizan los aspectos psicopatológicos, concretamente ansiedad y depresión y las variables de personalidad en relación a las TCA.

En el segundo apartado, se desarrolla el *estudio empírico*, en el que se expone el trabajo de investigación llevado a cabo. En el **quinto capítulo** se plasman los aspectos metodológicos de la investigación, es decir, se plantean los objetivos e hipótesis de la investigación, se describe el procedimiento, los instrumentos utilizados en el estudio, la muestra de estudio y los análisis estadísticos efectuados. En el **sexto capítulo**, se exponen y describen los resultados obtenidos. En primer lugar, se describen los hábitos alimentarios de los estudiantes, y las puntuaciones obtenidas en el estudio, así como los análisis estadísticos descriptivos de todas las variables atendiendo a edad y género. A continuación, se exponen los resultados de los análisis de correlaciones entre las diferentes escalas, índices de riesgo y las variables de estudio, diferenciados por

género; los análisis de regresión entre variables dependientes (Comportamiento Alimentario y Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria) y variables independientes (Escala psicológica, Personalidad, Ansiedad y Depresión, IMC, y Conductas de Riesgo); y los resultados obtenidos respecto a las diferencias en los índices de riesgo, escalas psicológicas, factores de personalidad, y variables psicopatológicas evaluadas, entre distintos grupos considerados de mayor y menor riesgo, tanto en el grupo de Mujeres, como en el de Hombres. En el **séptimo capítulo** se aborda la discusión de los resultados obtenidos en base a la revisión bibliográfica realizada sobre el tema. Y por último, el **octavo capítulo**, finaliza con las principales conclusiones del estudio.

PARTE I

REVISIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TCA

1.1. DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Una de las necesidades biológicas del cuerpo es el acto de comer, ya que alimentarse es básico para mantener un equilibrio tanto físico como psicológico en el ser humano (Coen, 1997). La conducta alimentaria es una conducta autorregulada, ya que en parte está controlada por el sistema nervioso, aunque ello no implica que sea una conducta automática ya que, al mismo tiempo, es una respuesta social, cultural y psicológica.

En este sentido el significado psicológico de la comida se extiende más allá de sus poderes nutritivos. Además de la dependencia física a la comida, los humanos tenemos asociaciones emocionales fuertes hacia ella. Las personas hambrientas se sienten irritables e infelices; en contraste, una buena comida puede causar que las personas se sientan satisfechas.

Para algunas personas la comida adquiere un significado desmesurado y se encuentran subyugadas a rituales extraños o poco saludables que giran alrededor del proceso de alimentarse. Esta conducta que va en contra de esa necesidad fisiológica genera desequilibrio en el individuo, y que se conoce como trastorno de la alimentación (Crawford, 1989; Nardone, 2004). Por esta razón, se entiende que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA, en adelante) son enfermedades que requieren un tratamiento largo y van en contra de la naturaleza y evolución del ser humano, pues las personas que desarrollan un trastorno alimentario luchan por controlar sus actitudes y comportamientos perturbados relacionados con la comida, pudiendo convertirse en enfermedades crónicas e incluso llevar a la muerte.

Teniendo en cuenta estas premisas, puede resultar difícil entender como tantas personas se ven afectadas por este trastorno, pero la realidad es que en la actualidad los TCA representan, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante), uno de los problemas de salud más importante de la

humanidad, por el número de personas afectadas que va en aumento, por las muertes que ocasiona, por surgir a edades cada vez más tempranas y mantenerse hasta edades más avanzadas (Díaz-Marsá y Carrasco, 2001), siendo la población de más alto riesgo mujeres jóvenes y adolescentes (Van Son, Van Hoeken, Bartelds, Van Furth y Hoek, 2006), y por estar alcanzando proporciones epidémicas en sociedades occidentales (Maloney, McGuire, Daniels, y Specker, 1989).

Por esta razón los TCA se enmarcan entre aquellos fenómenos sociales y culturales que trascienden más allá del campo médico y científico en nuestra sociedad. Las personas que desarrollan un trastorno de la alimentación se ven afectados por el ideal de belleza que promueven los medios de comunicación de extrema delgadez, una idea de belleza representada por modelos, mujeres y hombres cuyas proporciones, peso y estatura son una auténtica excepción estadística. Nos enfrentamos a ideales que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional (Baldares, 2013).

Siguiendo las directrices de la Asociación Americana de Psiquiatría (2000) (APA, en adelante) podemos entender los TCA como enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo. Son enfermedades difíciles de tratar y perjudiciales para la salud, que predisponen a los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura (Herpertz-Dahlmann, 2009).

Teniendo como referente esta definición aportada por la APA (2000), diferentes autores han tratado el término desde este mismo enfoque. Así encontramos a Mancilla et al. (2006) quienes se refieren a los TCA como procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, directamente relacionados con la ingesta de alimentos, cuya base está constituida por la alteración psicológica en la percepción corporal y un miedo intenso a la obesidad.

Siguiendo esta misma línea, podemos describir los TCA como un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta conducta se ve acompañada de una serie de conflictos psicosociales y su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez (Piñeros, Molano y López, 2010; Santacoloma y Quiroga, 2009).

Los TCA también han sido definidos como una mala regulación del comportamiento alimentario, caracterizada por alteraciones cognitivas y conductuales asociadas a una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal. Los pacientes con TCA se caracterizan por una búsqueda deliberada de pérdida de peso a través de comportamientos de restricción/purga alimentaria y/o excesivo ejercicio (Overton, Selway, Strongman y Houston, 2005; Schmidt y Treasure, 2006).

En la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales publicado en 2013 por la APA, (DSM-5, en adelante) se modifica la denominación de esta categoría, pasándose a denominar Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos. Se caracteriza por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.

De acuerdo a las clasificaciones internacionales de trastornos de salud mental, existen tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nervosa (AN, en adelante), Bulimia Nervosa (BN, en adelante) y TCA no especificados (TANE, en adelante) (APA, 2000; OMS, 1992). Mientras que la AN y BN son las principales categorías diagnósticas con claros y detallados criterios de inclusión, curso y pronóstico, los TANE corresponden a una categoría residual, pero no por ello menos importante, que incluye la gran mayoría de los TCA que no

cumplen los criterios para AN y BN, pero que dan lugar a un importante deterioro funcional.

1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Respecto a la evolución y cambios que han ido experimentando los TCA a lo largo de su historia, es relevante señalar los relativos a su clasificación, en concreto la clasificación de los años 80 de los trastornos mentales realizada por la APA (DSM-III-R, APA, 1987) en la cual los TCA se trataron como una subclase dentro de los trastornos en la infancia, la niñez y la adolescencia, y se hallaban dentro de los trastornos cuya principal manifestación era somática, con los trastornos por movimientos estereotipados y otros trastornos de manifestación somática. Con la posterior aparición del DSM- IV (APA, 1994) se los incluyó como categoría independiente denominada Trastornos de la Conducta Alimentaria. En ellos se incluirían trastornos como la AN, que tendría como principal característica la no aceptación a mantener el peso dentro de unos mínimos normales, y la BN, que se caracterizaría por episodios continuados de ingesta voraz, seguidamente acompañados de otro tipo de conductas compensatorias que no son apropiadas, como la provocación del vómito, el uso excesivo de fármacos laxantes, diuréticos, u otros tipo de medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Estos dos tipos de trastorno tendrían en común la distorsión de la percepción de la forma como del peso corporal.

El DSM-IV (APA, 1994) incluye aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta específico, denominados Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos (TCANE, en adelante), donde se incluiría el “trastorno de sobreingesta” (DSM-IV, APA, 1994), denominado “Trastorno por Atracón” en la posterior revisión (DSM-IV-TR, APA, 2000), el cual se halla dentro de los criterios o ejes propuestos para estudios posteriores.

La OMS en 1992 publicó la CIE (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD), usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas.

En este momento, la clasificación en vigor es la décima edición (CIE-10, en adelante) y la OMS sigue trabajando en ella y publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

Hasta la publicación del DSM-5 en 2013, la clasificación oficiales de los TCA quedaba recogida en las dos principales categorizaciones internacionales, el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedad) donde se describen las tres clases principales de TCA antes mencionadas: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa y Trastornos de la Alimentarios No Especificados (TCANE, según DSM-IV-TR) o Trastornos Alimentarios Atípicos (según CIE-10). Los límites entre estas categorías se basan en el grado de desviación del peso normal, el patrón de alimentación y las medidas para controlar el peso utilizadas por quienes los sufren (Collier y Treasure, 2004).

El DSM-5, plantea diversas innovaciones sobre TCA, siendo la más relevante la constitución de una categoría diagnóstica propia para el Trastorno por Atracón. En primer lugar la sección cambia su nombre por “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos” y respecto a la clasificación en el capítulo de los TCA, además de la AN y de la BN, se integran la pica y la rumiación (antes incluidos en los trastornos de la infancia y adolescencia) y se incluyen como nuevos diagnósticos el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta de alimentos y el Trastorno por Atracón, que aporta como elemento diferencial de la BN, la ausencia de implicación en conductas compensatorias inadecuadas (purgarse, hacer ejercicio excesivo e irracional, etcétera). En el apartado de la AN ya no se requiere la amenorrea

como criterio para el diagnóstico porque hay situaciones en que esta circunstancia no aparece (mujeres tomando anticonceptivos o que han llegado a la menopausia, hombres afectados por este cuadro clínico, etcétera).

Estas modificaciones implican una serie de repercusiones en los TCA, en sus prevalencias, cursos, desenlaces, tratamientos y su impacto en las políticas de seguros de salud.

Por tanto Trastorno por Atracón deja de situarse en el "cajón desastre" de los TCANE para convertirse en un diagnóstico principal, cuya frecuencia para diagnóstico es de un atracón por semana durante al menos tres meses.

La Tabla siguiente refleja las Clasificación de los TCA según CIE-10, DSM-IV-TR y DSM-5, pudiéndose apreciar las categorías principales y subtipos de TCA que establece cada una de ellas (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias en la clasificación de los TCA según CIE-10, DSM-IV-TR Y DSM -5

CIE -10 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	DSM- IV- TR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	DSM-5 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS
- Anorexia nerviosa		- Anorexia Nerviosa
Anorexia nerviosa atípica	- Anorexia Nerviosa:	Tipo restrictivo
- Bulimia nerviosa.	Tipo restrictivo	Tipo atracón/purga
Bulimia nerviosa atípica.	Tipo	- Bulimia nerviosa
- Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.	compulsivo/purgativo	- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
- Vómitos en otras alteraciones psicológicas.	- Bulimia Nerviosa	
	Tipo purgativo	- Trastorno por atracón
	Tipo no purgativo	
- Otros trastornos de la conducta alimentaria.	- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado:	- Pica
		- Rumiación
- Trastornos de la conducta alimentaria sin especificar	Trastorno por atracón	- Trastorno de evitación / restricción de la ingesta de alimentos

Los TCA representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia del 5%, por esta razón la OMS ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los jóvenes dado el riesgo para la salud que implican. El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el TANE, seguido por el de AN y, finalmente, el de BN (Golden et al., 2003). Aunque debido a los cambios que por esta razón esta investigación focaliza su interés en estas tres patologías, por ser las de mayor prevalencia e incidencia en la población objeto de estudio.

En relación al Trastorno por Atracón en el DSM-IV, como se ha especificado anteriormente se diagnosticaba dentro de la amplia etiqueta de TCANE, pero con el surgimiento del DSM-5 aparece por primera vez con entidad propia en esta nueva edición del DSM (APA, 2013), por tanto lo trataremos como tal en este capítulo.

1.2.1. Anorexia nerviosa

La Anorexia AN fue descrita por primera vez como un problema médico a finales del siglo XVII por Morton, quien describió casos de personas, principalmente mujeres, que sufrían una pérdida de peso importante no asociada a causas físicas. Dos siglos más tarde, Lasègue en 1873 y Gull en 1874 (citado en Lasègue, 2009), refirieron dos casos que presentaban características similares a lo que actualmente se entiende por AN.

Feighner et al. (1972) aportaron una definición mucho más amplia de AN, describiéndola como patología que surge antes de los 25 años, con una pérdida de peso de al menos el 25%, en la cual se tiene una actitud implacable y distorsionada hacia la comida o el peso, que logra vencer el hambre, las advertencias y /o las amenazas negando la enfermedad, no reconociendo sus necesidades nutricionales, con satisfacción aparente por la pérdida de peso, con manifestaciones claras de rechazo a la comida y deseo de una imagen corporal de extrema delgadez, observando una evidencia clara de que es reforzante

para el paciente conseguir y mantener esa situación. Ante todo esto la persona presenta ausencia de enfermedad física que pueda dar cuenta de la pérdida de peso, ausencia de trastornos psiquiátricos, afectivos o esquizofrenia, y al menos dos de las siguientes manifestaciones: amenorrea, lanugo, bradicardia, periodos de hiperactividad, episodios de bulimia y vómitos.

Las definiciones actuales que encontramos tanto en la CIE-10, como en el DSM-5 no difieren esencialmente de la aportada por Feighner et al. (1972).

La CIE-10 define la AN como un trastorno que se caracteriza por la pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo. La mayor frecuencia del trastorno se encuentra en chicas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La AN constituye un síndrome independiente ya que por un lado sus rasgos clínicos son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos y por otro lado, los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la AN. La pérdida de peso resulta de una fuerte restricción de la ingestión de alimentos. Otras conductas son el ejercicio excesivo, el vómito inducido y el abuso de laxantes y diuréticos.

En la CIE-10 se establece un subtipo de AN, la Anorexia Nerviosa Atípica, concepto que se usa cuando faltan una o más de las características principales de la AN, como amenorrea o pérdida significativa de peso. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la AN, pero en grado leve. Este término no debe utilizarse para trastornos de la conducta alimentaria que se parecen a la AN pero que son debidos a una etiología somática conocida.

Siguiendo a la APA (2013) la AN se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo en la que el individuo rechaza mantener un peso

corporal saludable para su estatura lo que produce un miedo intenso a ganar peso y motiva la adopción de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, como son: restricción drástica de la ingesta de alimentos, utilización de purgas y ejercicio físico excesivo.

Encontramos diferentes autores que definen la AN basándose en las aportaciones realizadas tanto por la CIE-10, como por el DSM-IV-TR. Así Ackard, Fulkerson y Neumark-Sztainer (2007) y Bravender et al. (2010) especifican que la AN es un trastorno psiquiátrico grave y complejo caracterizado por el mantenimiento voluntario de un peso bajo el rango saludable para la edad y talla de quien lo sufre, lo cual es logrado a través de medios extremos para controlar el peso tales como ejercicio compulsivo, restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas. Estos síntomas se acompañan por un intenso temor a ganar peso o la negación de estar en un peso bajo.

La AN se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos, gran miedo al hecho de estar obesa y un peculiar trastorno del esquema corporal que hace que las pacientes se vean más gordas de lo que están en realidad. El método para conseguir esta pérdida de peso consiste en una intensa restricción alimentaria, ejercicio físico y conductas de purga (Fernández y Turón, 1998).

Como señalábamos anteriormente, la AN se presenta preferentemente en mujeres, aunque diversos estudios muestran que la incidencia en hombres está aumentando. Por lo general, los varones tienden a ocultar más el trastorno que las mujeres, por lo que la incidencia en el sexo masculino puede haber sido subestimada (Maddox y Long, 1999).

1.2.2. Bulimia nerviosa

Etimológicamente el término “bulimia” significa tener un “apetito tan grande como el de un buey” o “la capacidad para comer un buey”. Esto alude a

una de las principales características diagnósticas de este trastorno: la presencia de los llamados “atracones”.

Las descripciones más tempranas se remontan a tres casos de BN descritas por Dörr-Zegers en 1972(citado en Vandereycken, 1994) y poco después en 1973, a la sistemática descripción de Bruch (citado en Onnis, 2016).

Los primeros criterios diagnósticos para pacientes con BN fueron publicados por Russell en 1979, los cuales describían tres características propias de personas que presentasen BN: habían perdido el control respecto a la comida, tenían conductas compensatorias para controlar el peso y una profunda preocupación por la imagen corporal (Vázquez, López, Ocampo y Mancilla-Díaz, 2015).

Posteriormente aparecieron nuevos criterios en el DSM-III y DSM-III-R, pero tenían el inconveniente de no diferenciar claramente entre bulimia como síntoma o como síndrome, es decir, no establecían la diferencia entre anorexia de tipo bulímico (síntoma) del Trastorno de Bulimia Nerviosa (síndrome) (Fernández y Turón, 1998; Bulik, Sullivan, Wade y Kendler, 2000).

Finalmente con la aparición del DSM-IV en 1994 la BN sufrió consecuentes modificaciones con respecto a anteriores criterios diagnósticos. Principalmente los cambios fueron: una mejor y más detallada descripción de los episodios de voracidad, o atracones, y del sentimiento de pérdida de control, una diferenciación entre los pacientes bulímicos de tipo purgativo y no purgativo y la adquisición de aspectos más cognitivos en lo que se refiere a la imagen corporal.

La BN, se manifiesta por episodios de consumo excesivo de alimentos seguido por conductas compensatorias con el fin de minimizar o eliminar los efectos del exceso a través de purgas, ayuno o ejercicio (APA, 2013).

La BN se distingue por episodios repetidos de ingestión elevada de alimentos y preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo que origina adopción de medidas extremas para mitigar el aumento de peso. Como en la AN, también debe usarse el término de bulimia nerviosa atípica en los sujetos que carecen de una o más de las características principales de la bulimia, según la CIE-10. Se origina a partir de múltiples factores que incluyen trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, posible sensibilidad genética o biológica y vivir en una sociedad en la que hay una obsesión por la delgadez. A diferencia de los pacientes con AN, es típico que los que sufren BN tengan un peso normal (aunque en ocasiones puede ser deficiente o excesivo), dan gran importancia a la forma y tamaño del cuerpo y a menudo están frustrados por su incapacidad de lograr un peso inferior al normal.

Encontramos diferentes autores que aportan definiciones de BN similares a las realizadas por la CIE-10 y la APA.

Así se entiende que el síndrome bulímico es un trastorno caracterizado por un modelo de alimentación anormal, con episodios compulsivos de ingesta incontrolada y exagerada de alimento en periodos muy cortos de tiempo (el aporte calórico puede llegar hasta valores comprendidos entre 3000 y 7000 Kcal) (Fairburn y Brownell, 2005; Gendall, Sullivan, Joyce, Carter y Bulik, 1997) junto a una conducta tendente a eliminar los efectos de esta sobreingesta calórica (Ballabriga y Carrascosa, 2001), o bien de forma purgativa, recurriendo a vómitos auto inducidos y utilizando laxantes, diuréticos o enemas, o de forma restrictiva, que se lleva a cabo por medio del ayuno o ejercicio intenso y excesivo, para compensar el atracón (Kaltiala-Heino, Rissanen, Rimpela y Rantanen, 1999). Estos episodios generan sentimientos de autodesprecio y ánimo depresivo que conducen a la puesta en marcha de estos mecanismos compensadores (García-Camba, 2001).

Los episodios bulímicos empiezan generalmente en mujeres adolescentes que fracasan al intentar realizar dietas restrictivas (Martínez-Aedo, 2000). Los pacientes bulímicos tienen una preocupación persistente por el peso y la figura. Se trata de un miedo morboso a engordar, que lleva al paciente a autoevaluarse exclusivamente en función de su peso y figura; la mayoría de los síntomas clínicos de la bulimia parecen ser secundarios a estas actitudes (García-Camba, 2001).

La BN es más común que la AN, y aunque estos pacientes también están muy preocupados por su imagen corporal y tienen un miedo terrible a engordar, a diferencia de la AN, suelen presentar normopeso o sobrepeso (sobre todo los que llevan más tiempo de evolución). No llegan nunca a un cuadro de malnutrición severa, aunque debido al ciclo atracón-purgación el peso puede fluctuar mucho.

Además, la mayoría de los pacientes con BN están muy afectados y avergonzados por la pérdida de control sobre su ingesta, haciendo más fácil que se motiven a recibir ayuda. Sin embargo, el tiempo entre la aparición de los síntomas y la consulta es largo debido, especialmente, la falta de un estado de inanición, junto a la frecuente ocultación de los síntomas, hace que el diagnóstico sea mucho más difícil y por tanto más tardío (Fairburn y Harrison, 2003).

1.2.3. Trastorno por atracón

El Trastorno por Atracón se caracteriza por la aparición de episodios de atracones que se definen por dos características esenciales, por un lado la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y por otro lado, la pérdida de control sobre esa ingesta. También existe malestar respecto a los atracones y ausencia de conductas compensatorias (que son características de la bulimia nerviosa). El Trastorno por Atracón está asociado con obesidad y con

una elevada comorbilidad psiquiátrica y médica (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007).

Una de las primeras caracterizaciones del Trastorno por Atracón fue realizada por Stunkard, en 1959 (citado en García-Palacios, 2014), al diferenciar individuos obesos con atracones e individuos obesos sin atracones. Este autor denominó a este problema trastorno por ingesta compulsiva. Desde entonces, la clasificación del Trastorno por Atracón ha recorrido un largo camino hasta adquirir su entidad nosológica en el recientemente publicado DSM.

En el DSM-IV-TR el Trastorno por Atracón no tenía categoría de trastorno y ha sido estudiado en cuantiosas investigaciones para esclarecer si nos encontrábamos ante un trastorno diferente al resto de los TCANE o simplemente ante una forma leve de BN. La diferencia principal con la BN es la ausencia de mecanismos compensatorios de los atracones, por lo que con el tiempo el paciente se encamina inexorablemente hacia un problema de sobrepeso u obesidad. El Trastorno por Atracón se trata en el DSM-IV-TR como una tercera categoría que fue establecida para delimitar los TCA no definidos específicamente como AN y BN (Hidalgo y Güemes, 2008).

Por esta razón Striegel-Moore y Franko (2008), sugerían la inclusión del trastorno por atracones en la quinta edición del DSM, ya que se ha establecido la utilidad y validez clínica del cuadro, distinguible de una BN y obesidad. En el DSM-5 se incluye como trastorno específico con similares criterios diagnósticos que la versión anterior del DSM. El DSM-5, además, incluye para el trastorno de atracones especificaciones de remisión y de gravedad. El cambio está destinado a representar mejor los síntomas y comportamientos de las personas con esta condición y pasa a ser un trastorno reconocido, pese a que el DSM-5 probablemente tendrá un mínimo efecto en su prevalencia, aunque permitirá una mejor detección de su sintomatología (Trace et al., 2012).

Como características de este trastorno podemos decir que el disparador más común de los atracones es el afecto negativo, seguido de los estresores

interpersonales, la restricción alimentaria, sentimientos negativos respecto al peso y la forma corporal o la comida y el aburrimiento. Aunque el atracón puede mitigar estos disparadores a corto plazo, las consecuencias a más largo plazo suelen ser disforia y una evaluación negativa de sí mismo (García-Palacios, 2014).

El trastorno se presenta en personas con un peso normal, con sobrepeso y con obesidad; y señala que, aunque hay una relación de este trastorno con la obesidad, no es adecuado equipararlo con la misma, ya que la mayoría de las personas obesas no realizan atracones de forma recurrente.

1.2.4. Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

Aquellos trastornos que no cumplían con todos los criterios para ser diagnosticados como una anorexia o bulimia nerviosas, eran incluidos en el DSM-IV y DSM-IV-TR en los *trastornos de la conducta alimentaria no especificados*. Con la nueva versión el DSM-5 se conserva esta categoría, pero ahora se llamarán *especificados* y se solicita al clínico que en este apartado se especifique por qué no se cumplen los criterios, es decir, que se aclare con relación a qué trastorno se está vinculando.

Esta categoría se utiliza con aquellos pacientes que aun teniendo un TCA, no cumplen los criterios necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria, cuando el clínico no especifica cuál de los criterios de los trastornos específicos falta, esto se debe a que no se cuenta con la suficiente información, no obstante, no se debe olvidar que deben existir síntomas característicos de los trastornos alimentarios y tener un malestar clínicamente significativo, para poder diagnosticarlo (Arévalo, Aguilar, Tellez-Girón y Mancilla-Díaz, 2015).

Algunos son idénticos a alguna de estas patologías pero no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos precisos y en otros casos el trastorno es mixto. En todos los casos hay una sobrevaloración del peso y la forma. Estas

formas subclínicas pueden representar un “grupo de alto riesgo” para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria más severos. Las descripciones clínicas de los TCANE son consistentes destacando el hecho de que muchas de las características clínicas se asemejan a las observadas en la AN y la BN aunque en niveles ligeramente diferentes o en diferentes combinaciones (Crow et al., 2009; Walsh y Garner, 1997), y existen evidencias de que la severidad de la psicopatología y el grado de deterioro psicosocial en los casos de TCANE es comparable al observado en pacientes con AN y BN (Bravender et al., 2010; Ricca et al., 2002).

Hasta el momento el TCANE, incluían el Trastorno por Atracón y otros TCA que no cumplen con los criterios clínicos de AN o BN (APA, 2013), pero con el surgimiento del DSM-5 el Trastorno por Atracón deja de situarse en este "cajón desastre" para convertirse en un diagnóstico principal.

1.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Existen diferentes manuales y guías legitimadas por la OMS, donde se establecen los criterios diagnósticos para los TCA, en concreto nos basaremos en los del CIE-10 determinados por la OMS y los del DSM-IV-TR por la APA, ya que en ambos criterios de diagnósticos se encuentran bien definidos y son ampliamente utilizados.

En el DSM-5, se introducen cambios respecto a los criterios diagnósticos para la AN y la BN.

A continuación se especifican los criterios diagnósticos tanto para la AN, la BN, los TCANE y el Trastorno por Atracón según el DSM-5 y la CIE-10, revisando los cambios efectuados sobre el DSM-IV-TR.

1.3.1. Anorexia nerviosa

Según la CIE-10 y el DSM-5 para el diagnóstico de la AN existen 3 puntos clave a tener en cuenta que juegan un papel decisivo: rechazo a mantener el

peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando edad y talla, el miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso (incluso estando por debajo del peso normal), la alteración de la percepción del peso o la silueta corporal y la exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

La CIE-10 suma dos criterios clave a tener en cuenta. El primero de ellos también considerado como tal en el DSM-IV-TR, pero deja de ser un criterio diagnóstico para la AN en el DSM-5, que es la presencia de amenorrea en mujeres postpuberales. El segundo de los criterios que añade la CIE-10 tiene que ver con el tiempo de aparición de la AN, planteando que si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de manifestaciones de la pubertad, o incluso se detiene.

Teniendo en cuenta esta premisa a continuación se especifican los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 en la Tabla 2 y la CIE-10 en la Tabla 3, para la AN.

Tabla 2. Criterios Diagnósticos de Anorexia Nerviosa según el DSM-5 (APA, 2013)

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
--

Especificar si:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión:

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²

Grave: IMC 15–15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

Nota: Adaptado de American Psychiatric Association (2013)

Tabla 3. Criterios Diagnósticos de Anorexia Nerviosa según el CIE-10 (OMS, 1992)

El diagnóstico de Anorexia Nerviosa se ha de realizar de forma estricta, porque es necesario que estén presentes todas las alteraciones siguientes:

A. Pérdida significativa de peso (IMC menor de 17,5) o falta de aumento de peso en los niños/as, que lleva a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y la talla correspondiente.

B. La pérdida de peso es autoinducida mediante:

1. La evitación de alimentos “que engordan” y por uno o más de los siguientes síntomas:
2. Vómitos autoprovocados.
3. Purgas intestinales autoprovocadas.
4. Ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal forma que el enfermo se impone un límite de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que **en las mujeres se manifiesta por amenorrea** y en los hombres por una pérdida de interés por la sexualidad y de la potencia sexual (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras anticonceptivas. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento: en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Nota: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (1992).

Analizando las dos Tablas anteriores observamos que los criterios de la CIE-10 y los del DSM-5 para la AN difieren en varios aspectos. La CIE-10 sería menos estricta indicando que el índice de masa corporal (IMC) del sujeto debía ser igual o ser inferior a 17.5, además requiere específicamente que la pérdida de peso resulte auto inducida mediante la evitación de «comidas grasas» y, en el varón conlleva una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea). Finalmente, a diferencia del DSM-5 donde el diagnóstico de AN tiene preferencia sobre el de BN, la CIE-10 excluye el diagnóstico de AN si se han dado atracones de forma regular.

1.3.2. Bulimia nerviosa

El DSM-5 (Tabla 4) y CIE-10 (Tabla 5) proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, excepto en lo que hace referencia a la relación entre la AN y la BN. En su caso el DSM-5, excluye el diagnóstico de BN si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una AN, la CIE-10, por su parte, excluye el diagnóstico de AN si se han dado atracones de forma regular.

Debemos señalar que los criterios diagnósticos para BN en el DSM-5, respecto al DSM-IV-TR también han sufrido cambios, en concreto el cambio más relevante del DSM-5 se centra en la frecuencia de episodios bulímicos para su categorización. El DSM-IV-TR exigía “dos a la semana en los últimos tres meses”; no obstante, las características clínicas de quienes tienen menor

frecuencia (ej. un episodio semanal), son similares. Por ello ésta se reduce a “un episodio a la semana en los pasados tres meses”.

Se han eliminado los subtipos, debido a que la categoría no purgativa recibía muy poca atención; comúnmente resultaba ser un Trastorno por Atracones y el concepto de conductas compensatorias no purgativas (ej. ayuno o ejercicio excesivo), muy complejo de definir, lo que implicaría que una importante proporción de casos, actualmente definidos como TCANE, sean diagnosticados en el futuro como BN (Jáuregui, 2012).

Tabla 4. Criterios Diagnósticos de Bulimia Nerviosa según el DSM-5 (APA, 2013)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
--

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Nota: Adaptado de American Psychiatric Association (2013).

Tabla 5. Criterios Diagnósticos de Bulimia Nerviosa según el CIE-10 (OMS, 1992)

Para hacer el diagnóstico de Bulimia Nerviosa han de estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación, de manera que constituyen pautas diagnósticas estrictas:

A. Preocupación persistente por la comida, juntamente con un deseo intenso o un sentimiento de compulsión por comer, presentando episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

B. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los métodos siguientes: Vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intercalados de ayuno, consumo de fármacos supresores del apetito o anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, pueden abandonar su tratamiento con insulina.

C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo/a se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o a su peso óptimo o sano. Con frecuencia existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de forma florida o, por el contrario, adoptar una forma menor o larvada, con moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Nota: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (1992).

1.3.3. Trastorno por Atracón

El Trastorno por Atracón en el DSM-5 pasa a ser considerado una categoría específica dentro de los TCA, poniéndose al mismo nivel que la AN y BN, abandonando su estatus de trastorno no especificado. Son pocos los cambios que se observan en sus criterios diagnósticos en el DSM-5, solo es la frecuencia del atracón alimentario y el lapso de tiempo de presencia de dicha conducta (criterio D). De acuerdo con ello, el atracón debe ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses. Cabe señalar que, el criterio de frecuencia con que debe presentarse el atracón para ser considerado como una conducta

patológica en el DSM 5, es igual para el trastorno de atracones y bulimia nerviosa (Arévalo et al., 2015).

En la Tabla 6 se ofrecen los criterios diagnósticos para el trastorno de atracones del DSM-5.

Tabla 6. Criterios Diagnósticos de Trastorno por Atracón según el DSM-5 (APA, 2013)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana

Nota: Adaptado American Psychiatric Association (2013)

1.3.4. Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

Los TCA no especificados suelen ser cuadros de AN o BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares, pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. Según el DSM-5, esta categoría se aplica a

presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico debe especificar el tipo de trastorno, para ello se dan una serie de ejemplos, como pueden observarse en la Tabla 7; anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa de frecuencia baja, etc. (Arévalo et al., 2015; García-Palacios, 2014).

Tabla 7. Cambios en los criterios diagnósticos del otro TCA o de la ingesta de alimentos especificado en el DSM-5 respecto al DSM-IV-TR

DSM-IV-TR (2000)	DSM-5 (2013)
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECÍFICADO	OTRO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS ESPECIFICADO
La categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:	Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría de otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el
1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.	
2. Se cumplen todos los criterios	

diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa

motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando «otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados», seguido del motivo específico p. ej., «bulimia nerviosa de frecuencia baja». Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizan la designación «otro especificado» son los siguientes:

1. Anorexia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

2. Bulimia nerviosa (de frecuencia de baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

3. Trastorno de atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

4. Trastorno por purgas: comportamientos de purgativas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómitos autoprovocados, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones

5. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertar del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluso el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación

Nota: Adaptado American Psychiatric Association (2013).

Es importante aclarar que se dan algunos ejemplos para mostrar al clínico cómo puede referirse al trastorno, ya sea por la falta de un criterio, o porque no se cumple la frecuencia de la conducta problema, pero no estarían incluidos todos los casos, por lo que se pueden incluir otras variantes

CAPÍTULO II

MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1. APROXIMACIONES TEÓRICAS AL DESARROLLO DE LOS TCA

Se han planteado diferentes aproximaciones teóricas que describen distintas perspectivas desde las cuales se abordan los TCA, sin embargo ninguna de ellas aporta una explicación completa. Es por esta razón que diversos investigadores se inclinan por considerar los TCA el resultado de una compleja interacción de diferentes factores. El trastorno es el resultado de una serie de influencias que varían en cada paciente, pero que interaccionan mutuamente de tal manera que las causas no se distinguen claramente de las consecuencias (Gamer y Garfinkel, 1982).

Tras realizar un exhaustivo análisis de la literatura relacionada con este tema observamos que las aproximaciones explicativas más representativas de los desórdenes alimenticios para diferentes autores son: psicoanalítica, sistémica, cognitiva-conductual, biológica, social, y multicausal.

A continuación se aborda brevemente cada una de estas aproximaciones, a excepción de la multicausal que dedicaremos el siguiente apartado por ser la perspectiva desde la cual se enfoca este trabajo.

2.1.1. Aproximación psicoanalítica y neopsicoanalítica.

Desde esta perspectiva se entiende la AN como un conflicto intrapsíquico relacionado con la alimentación.

La corriente psicoanalítica inicia su desarrollo con Freud, quien describió en un principio la AN como una forma de melancolía en la que la sexualidad no ha alcanzado un adecuado desarrollo, clasificándola como una neurosis nutricional. Freud hizo una asociación entre comer o no comer, con la presencia o ausencia de los impulsos sexuales básicos; según esta explicación, el significado simbólico sexual de los alimentos, es lo que determina que resulten o no repugnantes (Toro, 2008).

Para Freud, el ayuno suponía la repugnancia o el malestar por el alimento, mientras que para Janet, se trataba de la superación o control del hambre, hipótesis que se verifica en los casos actuales de la enfermedad (Toro, 2008).

Según Almenara (2003) además de estas explicaciones, surgen múltiples interpretaciones mágicas de corte psicoanalítico a lo largo de la historia que se han ido creando en función del cuadro de moda del momento, melancolía, psicosis o histeria, sin que hasta ahora puedan aportar elementos pertinentes en el plano descriptivo, predictivo o de intervención sobre los desórdenes alimenticios. Un claro ejemplo de estas variaciones psicoanalíticas lo representa la perspectiva transpersonal Jungiana donde la AN podría ser un camino hacia la individuación en el que la mujer se reúne con la madre y recupera para sí el significado que tiene para ella su existencia femenina (Behar y Arancibia, 2015).

Desde este modelo del psicoanálisis los factores familiares son determinantes en el desarrollo de los TCA. La relación familiar, especialmente la de madre-hija, desarrolla una relación proteccionista, con consecuencias comportamentales complejas en la hija, de actitudes vinculantes con el alimento (Hekier y Miller, 1994).

Durante la década de los setentas surgen las posturas neopsicoanalíticas que destacan el papel preponderante de las alteraciones de la Imagen Corporal en los denominados TCA, proponen como causa de este tipo de trastornos, la interacción íntima de la relación entre el niño y sus padres. La teoría de Bruch, se encuadra en esta perspectiva. Bruch planteó que los TCA se deben entender en términos de todo el proceso de desarrollo de la personalidad dentro del contexto familiar (Bruch, 1978).

Según Bruch, las alteraciones de la imagen corporal se producen por un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal. Según la autora, el origen del trastorno se remonta a la etapa del desarrollo del yo en la infancia, cuando la

madre interfiere en la educación de los hijos de una manera inadecuada, ya sea negligente o sobreprotectora, afectando el desarrollo interoceptivo corporal, impidiendo que el niño aprenda a reaccionar a los propios estímulos internos. En términos generales, las madres con estos estilos de crianza, tienden a interpretar el no comer como crítica y el comer como expresión de amor. La autora menciona que estas pautas de transacción madre-hijo, no se reducen a la comunicación presimbólica no-verbal que se da en la alimentación de los primeros estadios del desarrollo infantil, sino que éstas se amplían a etapas posteriores, en las que se impone la comida al niño, no de acuerdo a sus necesidades, sino a los criterios maternos.

Por otro lado, los estudios de Bruch evidenciaron que las pacientes con anorexia nerviosa, eran por lo general niñas “demasiado bien portadas” en diferentes áreas además de la alimentaria: como son la limpieza, la obediencia y los sentimientos. Sin embargo observó, que cuando aparecían los cambios físicos y emocionales de la pubertad; surgía paralelamente la amenaza de la pérdida de control, y la preocupación por el peso del cuerpo como un intento para manejar la ansiedad, convirtiéndose el ayuno autoimpuesto, un medio de controlar la madurez corporal.

Para Bruch (1973) la distorsión de la imagen corporal así como las disfunciones alimentarias tiene un carácter simbólico considerándolos como formas de camuflaje de diversos problemas que por otros medios no ha sido posible resolver. Bruch (1981) menciona una serie de características que distinguen el síndrome de AN: una persecución implacable por la delgadez; una preocupación casi delirante por la imagen corporal; una incapacidad para identificar el hambre con otros estados de tensión corporal; falta de identidad y un sentido de ineficacia paralizador. Desde entonces, se considera un criterio diagnóstico de Anorexia y Bulimia a la alteración de la imagen corporal (Molina, Jaén y Viñas, 2006).

En resumen, para el Psicoanálisis en cualquiera de sus acepciones, la explicación de los desórdenes alimenticios tienen una base psicopatológica en la

que no se constituyen conceptualmente con una nosología propia, sino que es una forma sintomática de otra estructura clínica, llámese neurosis, perversión o psicosis (López, 1999).

Esta aproximación ha sido criticada por falta de rigor científico, falta de estudios controlados que verifiquen estos postulados, y por no ser generalizable a toda la población. Hasta el momento desde esta perspectiva no se han aportado elementos pertinentes en el plano descriptivo, predictivo y de intervención sobre los TCA.

2.1.2. Aproximación sistémica

La importancia del estudio de la familia en los TCA desde esta perspectiva es indispensable, ya que la familia representa un contexto dentro del cual las conductas y actitudes relacionadas con el peso, apariencia y alimentación suelen gestarse. El aspecto más estudiado es sin duda la dinámica familiar, ya que existe concordancia entre los investigadores en señalar anomalías en familias con este trastorno (Raich, 1994).

Surge de forma análoga al psicoanálisis, desde esta perspectiva sistémica, las conductas alimentarias problemáticas, son producto de patrones familiares de interacción desadaptativos y señala como relevantes las alianzas encubiertas, la alternancia de la culpabilidad, la falta en la resolución del conflicto y distorsiones en la comunicación como factores predisponentes de patología familiar con alguna hija anoréxica. (Root, Fallon y Friedrich, 1986).

Uno de los principales representantes de esta perspectiva es Minuchin (1992), quien planteó que los trastornos en la conducta alimenticia incluyen una interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales y que para entender las patologías es necesario ubicarlas en el contexto familiar de patrones comportamentales que involucran interrelaciones entre los miembros de la estructura. Minuchin, demostró que cierto tipo de organización y funcionamiento familiar conduce en concreto a la aparición y mantenimiento de los TCA. Los miembros de este tipo de familias están atrapados en patrones de

interacción familiar en los que los síntomas del hijo con TCA desempeñan un papel central que evita tener que abordar el verdadero conflicto subyacente, y así el TCA mantiene en cierta forma el precario equilibrio familiar.

Minuchin con su Modelo Estructural y Selvini Palazzoli con el Modelo de Milán, incluyeron a los miembros familiares en el abordaje de los pacientes con TCA (Cruzat, Ramírez, Melipillán y Marzolo, 2008). Ambos autores en sus enfoques conceptualizaron el término de familias “psicosomáticas” o “anorexígenas” (Cook-Darzens, Doyen, Falissard y Mouren, 2005) proponiendo que estas familias tienen ciertos patrones disfuncionales específicos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento del trastorno. Algunas de las pautas descritas consisten en la fusión y rigidez en la familia, la dedicación al autosacrificio y la lealtad grupal.

Minuchin desarrolló un Modelo Estructural Familiar, en el cual plantea que en una familia organizada adecuadamente existen límites claramente marcados. Sin embargo, las familias psicosomáticas, de acuerdo a este modelo, las familias con TCA tendrían cuatro interacciones características:

a) Aglutinamiento: En este tipo de familias, los cambios en uno de sus miembros o en la relación entre dos miembros, repercuten a través de todo el sistema; los límites en los subsistemas de la misma son poco claros, débiles y fácilmente atravesados; asimismo la diferenciación interpersonal a nivel individual es pobre, dificultándose la autonomía de sus miembros.

b) Sobreprotección: reflejada en el alto nivel de preocupación del bienestar de los miembros entre sí. Los padres son sobreprotectores, retrasando la autonomía de los hijos, y éstos sienten una gran responsabilidad por proteger a la familia.

c) Rigidez: reflejada en el hecho de mantener el estado sin permitir cambios necesarios para la evolución y desarrollo. Hace que la familia no se adapte a los cambios, siendo más vulnerables a los acontecimientos externos y dificultando el normal desarrollo de sus miembros.

d) Evitación del conflicto: Las anteriores características hacen que el umbral para el conflicto sea muy bajo, los problemas no se resuelven, ya sea negando su existencia o no negociándolos.

e) La implicación del hijo sintomático en conflictos maritales. El síntoma del paciente es el "factor clave" que regula el sistema familiar. Los padres tienen problemas de pareja y evitan el conflicto formando una "tríada rígida" con el hijo sintomático mediante tres tipos de maniobras: a) Rodeo: se centran en exceso en el hijo problema para evitar afrontar sus problemas de pareja, b) Triangulación: los padres "tironean" del hijo para que se ponga

Por su parte Selvini-Palazzoli (1985) describe las características de la interacción familiar, en los casos en que un miembro padece AN, vinculando la aparición del trastorno con las relaciones dentro de grupo familiar y el contexto significativo del paciente. Señala ciertos factores que caracterizan a las familias anorexígenas: una ética de autosacrificio, el rechazo del liderazgo por parte de los padres, la necesidad de lograr cohesión familiar negando necesidades individuales a través de control de impulsos, el sentimiento de culpa en relación al cambio con el argumento de que todo está hecho por el bien de los miembros de la familia, competencia fraternal por el amor de los padres, comunicación poco clara y alianzas secretas entre los padres y los hijos que son reflejo de insatisfacciones maritales encubiertas (Hernández, 2006).

Estos modelos han sido criticados por, la falta de rigor científico en sus interpretaciones y por la falta de estudios controlados que verifiquen sus postulados.

La ausencia de estudios empíricos que demuestren la relación causa-efecto de las relaciones familiares conflictivas en la infancia de los pacientes y sus repercusiones en la edad adulta, no permiten generalizar este modelo a toda la población (Toro y Vilardell 1987).

2.1.3. Aproximación cognitivo-conductual

Desde esta perspectiva se considera la conducta como aprendida ya sea positiva o negativa, con la presencia de distorsiones cognitivas. Dentro del mismo modelo cognitivo conductual, se incluye el papel de la falta de habilidades sociales y estrategias de solución de problemas. Es notable en la mayoría de los pacientes con TCA, la ausencia de habilidades sociales que les permita mantener mejores relaciones interpersonales. Los TCA tienden a estar relacionados con altos niveles de discapacidad social, la necesidad de aprobación y el temor a ser rechazado. En la mayoría de las personas que presentan AN y BN se pueden apreciar: la dificultad en la expresión de emociones, tanto positivas como negativas, recibir y responder a las críticas, rehusar una petición, aceptar errores y asertividad (Behar, 2010a).

También pueden identificarse falta de habilidades para afrontar el estrés y la toma de decisiones, ya que siempre están a expensas de la conducta de otros, recordando que otra de sus particularidades es el locus de control externo, siendo este factor uno de los elementos importantes para comprender esta problemática. Si se toma en cuenta que tienen dificultades para poder ejercer un autocontrol adecuado de su conducta, tienden a exagerar o llevar su conducta al extremo al querer controlar lo único que está en su disponibilidad, que sería su peso. En lo que respecta a los estilos de afrontamiento, las personas con TCA tienen menor puntaje en evaluaciones de control de solución de problemas y en el estilo directo de afrontamiento (Lugli y Vivas, 2006).

Se intenta explicar la importancia de los pensamientos y las conductas relacionados con la comida y la imagen corporal, así como la carencia de algunas habilidades que pueden hacer que la persona, poco a poco quede atrapada en un patrón psicológico que la hace resistirse al cambio en su conducta, éste como producto de sus pensamientos erróneos, derivando en un trastorno alimentario.

Así, Garner y Bemis (1982) se basaron en el esquema de distorsiones cognitivas, para explicar el origen de los TCA. Las principales distorsiones cognitivas que describen son:

- a) Abstracción selectiva: conclusión en detalles aislados, ignorando evidencias contradictorias de lo que se asegura como cierto;
- b) Sobregeneralización: extraen una regla a partir de un hecho y la aplican a todas las situaciones, aunque no sean similares;
- c) Magnificación de los estímulos o eventos;
- d) Razonamiento dicotómico: algo es o totalmente bueno o malo;
- e) Personalización: interpretación egocéntrica de hechos impersonales y
- f) Pensamiento supersticioso, esto es, hacen una relación causa-efecto de hechos no contingentes. Como puede observarse, estas cogniciones también forman parte del conjunto de características de las personas que padecen depresión.

En concreto, respecto a la AN, se entiende que se producen refuerzo y aversión de estímulos y ansiedad, provocadores de la respuesta de la no alimentación. El refuerzo positivo de la conducta anterior sería la delgadez y su consecuente sensación de autocontrol.

Slade (1982) propuso un análisis funcional que resalta la necesidad de control como fundamental para desarrollar y mantener la AN. De acuerdo con esta propuesta, el mecanismo de mantenimiento se da por reforzamiento positivo. De esta manera, cada vez que la persona restringe la ingesta de alimento o ayuna completamente, experimenta sentimientos de logro al confirmar que dispone de esa singular capacidad de rechazar o de desechar el alimento (ver Figura 1).



Figura 1. Análisis funcional de la restricción alimentaria en anorexia nerviosa.
Adaptado de Slade (1982).

Fairburn, Cooper y Shafran (2003) a partir de contribuciones teóricas cognitivas tales como las de Garner y Bemis (1982), Slade (1982), Guidano, Liotti, y Guidano, (1983) y Vitousek y Hollon (1990), plantearon nueve hipótesis relacionados con los TCA desde una perspectiva cognoscitiva. A continuación, se enumeran cada una de ellas:

- Primera hipótesis. El tratamiento psicológico de los TCA basado en un modelo (por ejemplo, la terapia cognoscitiva), puede ser efectivo.
- Segunda hipótesis. Los pensamientos automáticos podrían reflejar aspectos concernientes con la comida, la alimentación, el peso y la figura.
- Tercera hipótesis. Existe un fuerte respaldo de que a la conducta anoréxica subyacen ideas irracionales acerca de la comida, la alimentación, el peso y la figura.
- Cuarta hipótesis. Las creencias irracionales ("core beliefs") reflejarían la evaluación negativa de sí mismo.
- Quinta hipótesis. Estilos disfuncionales de razonamiento o errores y prejuicios en el procesamiento de la información podrían estar presentes en los asuntos relacionados con la comida, la alimentación, el peso y la figura.
- Sexta hipótesis. Podría existir una relación causal entre las suposiciones subyacentes y los autoesquemas relacionados con la conducta de comer, particularmente con la conducta restrictiva.

- Séptima hipótesis. La restricción de la dieta mediada por el pensamiento dicotómico puede resultar en episodios de atracones.
- Octava hipótesis. El estilo de pensamiento conduce procesos que podrían favorecer el desarrollo y mantenimiento de las creencias negativas sobre sí mismo.
- Novena hipótesis. La experiencia temprana podría ser importante en la formación de creencias negativas sobre sí mismo.

Centrándonos en las teorías cognitivo-conductuales para la BN, sostienen que el elemento central que mantiene el trastorno es un sistema disfuncional de autoevaluación: mientras que la mayoría de las personas se evalúan a sí mismas basándose en la percepción que tienen de su propia ejecución en distintas áreas de su vida (p.e. las relaciones interpersonales, el trabajo, la familia, los intereses personales, etc.), las personas con TCA se juzgan a sí mismas principalmente, o incluso de forma exclusiva, en relación a sus hábitos de ingesta, a su figura y peso corporal; y a su capacidad para controlarlos. Esta sobrevaloración de la importancia de la figura, del peso y de su control es la pieza clave en el mantenimiento del problema, lo que Fairburn, Cooper y Shafran (2003) denominan el “núcleo psicopatológico” (core psychopathology). A partir de éste núcleo se derivan el resto de características clínicas de los trastornos TCA: la dieta estricta y los comportamientos dirigidos a controlar el peso (p.e. restringir la ingesta, ejercicio excesivo, etc.), la evitación (p.e. evitar mirarse ciertas partes del cuerpo), los rituales de comprobación (p.e. mirarse continuamente al espejo, pesarse frecuentemente), y la preocupación por pensamientos sobre la comida, la figura y el peso.

Desde el enfoque conductual que explicaría el TCA, la relación que se establece entre hacer dieta y los atracones forma un círculo vicioso, ya que la restricción dietética favorece la pérdida de control con ingesta de grandes cantidades de comida (atracones), pero a su vez la dieta es una respuesta a la sobreingesta (una medida compensatoria), tal y como se puede observar en la Figura 2. Cuando los pacientes fracasan en el cumplimiento de sus normas dietéticas estrictas con episodios de atracones, lo interpretan como evidencia

del poco control que tienen sobre su ingesta, su figura y su peso. Romper las reglas dietéticas les supone una “pérdida de control” sobre la figura y el peso deseados, que les resulta inaceptable, por lo que tiende a reforzarse su conducta de hacer dieta y su idea sobrevalorada de la necesidad de mantener un determinado peso corporal, dando lugar de nuevo a un círculo vicioso que tiende a automantenerse (Fairburn et al., 2009).

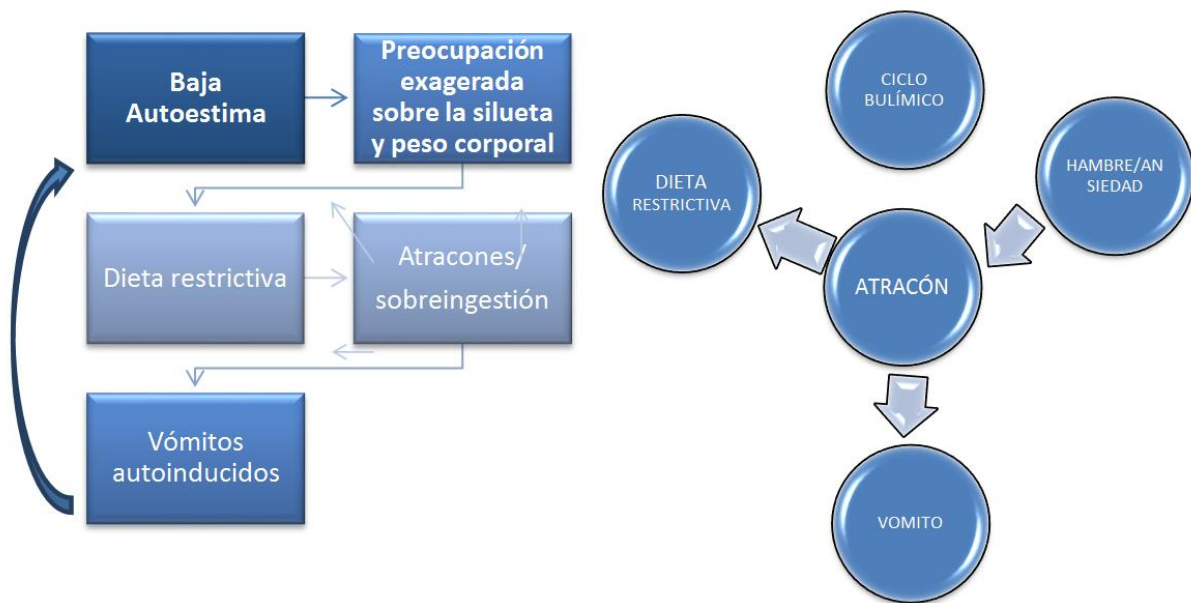


Figura 2. Enfoques conductuales de los TCA. Adaptado de Fairburn et al., (2009)

Los enfoques conductuales proponen factores causales únicos, sin relacionarlos con otros factores, lo cual no pueden dar cuenta de todos los determinantes implicados en los trastornos de la alimentación pues es improbable reducir a un único factor su complejidad. Específicamente en la bulimia este enfoque conductual-cognitivo puede desarrollarse en personas que no parecen tener otros problemas, pero desarrollan conductas bulímicas debido a factores culturales, o como síntoma asociado a trastornos afectivos, o a otros determinantes. Por otro lado, en estos enfoques parece haber pocos instrumentos de evaluación específicos, centrándose especialmente en el desarrollo de técnicas de tratamiento.

2.1.4. Aproximación biológica

Desde la perspectiva biológica, se puede entender que la conducta alimentaria está directamente relacionada con variables de tipo biológico, las cuales, terminan siendo la causa de la regulación o alteración de la misma. Por tanto, los TCA serían el resultado de alteraciones bioquímicas con posibles vínculos genéticos (Klump, Kaye y Strober, 2001).

Este enfoque considera los factores de índole biológico como posibles factores de riesgo relacionados con los trastornos de la alimentación.

En concreto respecto a los **factores genéticos-familiares**, son muchos los estudios realizados sobre la influencia de los factores genéticos en el desarrollo de los TCA, que provienen de los estudios de agregación familiar y de gemelos.

Uno de los más estudiados desde la perspectiva biológica es el factor genético. Así, en los estudios de concordancia gemelar, los centrados en AN ponen de manifiesto una mayor concordancia entre gemelos que entre mellizos, es decir, se sugiere la presencia actuante de un factor genético asociado a la aparición de la AN. Esta vulnerabilidad biológica podría interactuar entonces con factores sociales y psicológicos y producir un trastorno alimentario.

Las influencias familiares en la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria, tienen componentes biológicos. En algunos individuos, el desarrollo del trastorno puede estar relacionado con la presencia de un trastorno psiquiátrico en un familiar y su efecto en las relaciones familiares también puede ser un factor determinante. Asimismo, cuando los problemas familiares tienen un antecedente genético, esta vulnerabilidad biológica puede ser transmitida a los hijos para desarrollar eventualmente el trastorno (Leon, Fulkerson, Perry y Dube, 1994).

Hsu (1996) indica que rasgos de personalidad no específicos como la inestabilidad emocional y el mal control de los impulsos, pueden ser

hereditarios, es decir, una persona podría heredar una tendencia a ser emocionalmente sensible a los sucesos vitales estresantes y, en consecuencia, comer de manera impulsiva intentando de esta forma aliviar su tensión y ansiedad. Para este autor para que se desarrolle un trastorno alimentario es necesario que la persona presente esta vulnerabilidad biológica unida a factores sociales y psicológicos.

Otro aspecto estudiado desde la perspectiva biológica son los **procesos biológicos** ya que es obvio que son muy activos en la regulación de la alimentación y, por ende, de los trastornos alimentarios, y hay pruebas sustanciales que confieren al hipotálamo el desempeño de una función importante. En concreto los investigadores han estudiado el hipotálamo y los principales sistemas de neurotransmisores- incluidos la norepinefrina, la dopamina y, en particular, la serotonina - que lo recorren para determinar si algo funciona mal cuando se presentan los trastornos alimentarios.

Con la impulsividad en general y las comilonas en particular se asocian niveles bajos de actividad serotoninérgica. Así pues, la mayor parte de los fármacos que se hallan actualmente en estudio como los tratamientos contra la bulimia, se concentran en el sistema de serotonina (Walsh y Garner, 1997).

Si los investigadores descubren una marcada asociación entre las funciones neurobiológicas y los trastornos alimentarios, queda aún el interrogante acerca de si es una causa o un efecto. En la actualidad, el consenso es que existen algunas anormalidades neurobiológicas en las personas con trastornos alimentarios, pero que son resultado de la semiinanición o de un ciclo de comilona y purga, en lugar de una causa, aunque tal vez contribuyan a que el trastorno se mantenga una vez que se establece.

En términos generales se puede describir el funcionamiento de los mecanismos reguladores de la ingesta a través de un modelo propuesto por De Mateo y Mijan (citado en Suárez y Baquero, 2009), el cual se muestra a continuación en la Figura 3.

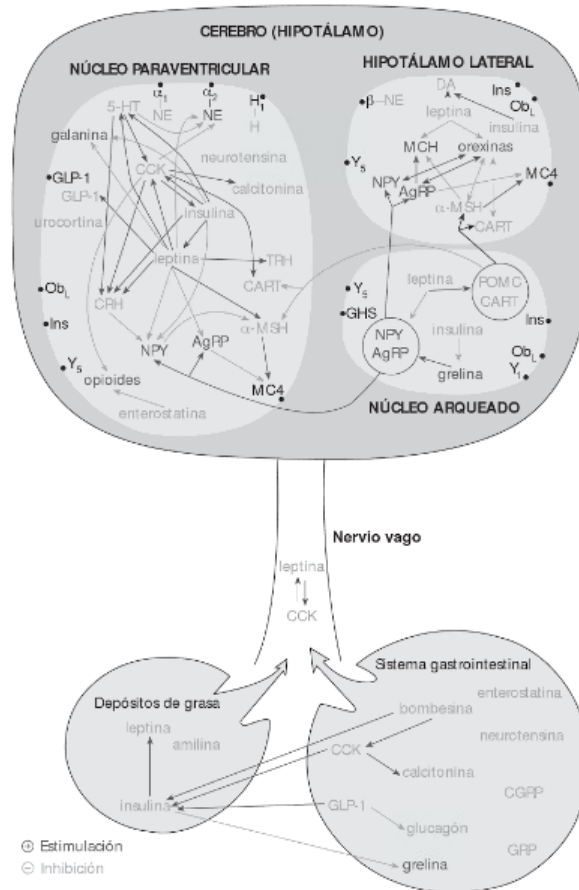


Figura 3. Modelo descriptivo para el funcionamiento de los mecanismos reguladores de la ingesta de alimento de De Mateo y Mijan (2004). Adaptado de Suárez y Baquero (2009).

Desde este modelo se hace una descripción estructural y funcional del mecanismo de regulación de la conducta alimentaria desde una perspectiva biológica.

2.1.5. Aproximación sociocultural

Desde este modelo, la patología alimentaria puede tener como factores desencadenantes los ideales culturales de belleza, que incluyen la familia, los amigos y la presión de los medios de comunicación, que bombardean día con día con mensajes de que la felicidad y el atractivo se consiguen sólo si se está dentro de los cánones de belleza y estatus social alto (Finn, Hartman, Leon y Lawson, 1986).

La presión social influye sobre el comportamiento alimentario de las personas, sobre todo, según diferentes investigaciones en mujeres, de sociedades occidentalizadas y que desarrollan profesiones de “alto riesgo” como bailarinas, ya que entre las conductas y preocupaciones más frecuentes de estas mujeres, se encuentra que les da mucho miedo pesar demasiado, les preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo y el deseo de estar más delgada, provocando estos pensamientos patrones alimentarios restrictivos (Paredes, Nessier y González, 2011).

Así, autores como Pachón (2006), entiende desde esta perspectiva se entiende que una de las principales causas para iniciar una dieta es la respuesta a una presión social para lograr una silueta esbelta, que es el concepto de belleza que la sociedad ha promulgado en las últimas décadas a través de los medios de comunicación. Como consecuencia muchas mujeres y niñas ven la delgadez como un requisito imprescindible para sentirse aceptadas por ellas mismas y por la sociedad.

Además, la inicial pérdida de peso es remunerada con la aprobación social, los estilos de vida, el grupo de iguales, la publicidad y las propias cogniciones, todo esto provoca que la persona refuerce el ayuno, las dietas restrictivas y demás prácticas compensatorias. Los objetivos de quienes entran en esta especie de círculo vicioso cada vez son más exigentes y los métodos utilizados más implacables con la comida (Portela de Santana, da Costa, Mora y Raich, 2012).

Siguiendo esta línea, Gil-Romo, Vega-García y Romero-Juárez (2007) postulan que el anhelo por estar o mantenerse delgado se ha convertido en uno de los aspectos más valorados en nuestra cultura occidental, debido a que la delgadez significa en la sociedad actual el éxito, la seguridad, la belleza, estar en forma y ser aceptado socialmente. La asociación de estos logros derivados de estar delgada ha hecho que la delgadez se convierta en un fin; incluso para muchas adolescentes no existe autoestima sin delgadez.

Se ha generalizado la visión negativa del cuerpo obeso, e incluso se ve como negativo el perfil redondeado, lo que se ha convertido en un factor importante que ocasiona frecuentes restricciones alimenticias, en amplios grupos de la población (Hernández, Alves, Arroyo y Basabe, 2012).

La idealización de la delgadez es causa y consecuencia de lo todo esto, y desarrollando de esta forma un TCA.

Según Bruch (1973), la mayoría de las pacientes con trastornos anoréxicos y bulímicos tienen antecedentes de crisis familiar, por nula resolución de conflictos en la pareja, así como una presión constante hacia los hijos reflejada en la sobreprotección, la ambición y exigencia de éxito.

Debemos tener en cuenta que diferentes estudios muestran que la red social familiar en los TCA es una de las fuente de apoyo para la persona afectada (Dimitropoulos, Carter, Schachter y Woodside, 2008; Leonidas y Santos, 2012; Leonidas, Crepaldi y Santos, 2013).

Minuchin et al., (1978; citado en Halgin, Krauss, Pineda y Velázquez, 2004) afirman que los TCA son una búsqueda de independencia paterna, como una expresión somática de los conflictos de casa en la cual no existe comunicación efectiva, en la que los padres recurren a la búsqueda de alianzas. Esta situación puede llegar al punto en que los hijos sienten una responsabilidad para proteger a la familia, por lo que la mayoría de los casos de anoréxicas y bulímicas intentan desviar con su trastorno dicha problemática, y si lo consiguen en cierta medida, se refuerza su sintomatología.

El planteamiento de la escuela de Milán, se basa en que el síntoma anoréxico surge en el punto de la confluencia del factor sociocultural que enfatiza el ideal de delgadez como sinónimo de belleza y la subcultura familiar, la cual ha sufrido transformaciones desde el punto de vista sociológico, principalmente con respecto al cambio en la posición que ocupan actualmente los hijos, de periférica a central; y por otro lado, a la prolongación del periodo

de dependencia de los hijos con respecto a los padres a lo largo del ciclo vital (De los Santos, 2007).

Por otro lado, la mayoría de los investigadores coinciden en que los factores socioculturales son una de las principales influencias en el desarrollo de la distorsión de la imagen corporal en las sociedades occidentales (Cruzat, Haemmerli, y García, 2012; Rivarola y Penna, 2006; Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013).

Respecto al tema que abordamos, es importante señalar que diferentes estudios demuestran que existe relación entre el atractivo físico y la autoestima, la mujer se encuentra sobreidentificada con su cuerpo y su sentido de autoestima está íntimamente relacionado con las normas actuales de delgadez y del atractivo físico (Mora, 2008).

La orientación del rol de género, es un fenómeno ampliamente investigado, y ha sido propuesto como un factor etiológico significativo para el desarrollo de la insatisfacción de la imagen corporal.

Por otro lado, la influencia de modelos estéticos de extrema delgadez es uno de los principales factores socioculturales que potencializa la presencia de TCA, así como los mensajes publicitarios y la promoción de productos para adelgazar (Vázquez, Álvarez y Mancilla, 2000). Son principalmente los medios publicitarios los que ejercen una gran influencia para que las jóvenes en su mayoría, busquen tener una figura esbelta, por lo que se someten a dietas estrictas, siendo un factor de riesgo para anorexia y/o bulimia (Álvarez-Rayón, Franco-Paredes, López-Aguilar, Mancilla-Díaz y Vázquez-Arévalo, 2009). Aunque en años recientes han cambiado la promoción de la reducción de peso como un beneficio para la salud, aún persiste la asociación de ésta con aceptación social y atractivo más que como una forma de evitar enfermedades.

Actualmente, la publicidad de productos para adelgazar está al por mayor, sobretodo en ciertas épocas del año, como lo son durante y después de días festivos, en los que se acostumbra comer en exceso: programas de dietas

estrictas o la utilización de productos como té, líneas de alimentos light, pastillas, ungüentos y cremas para reducir medidas, etc.

Stice et al. (1994) sintetizaron las vías de influencia de los medios en la generación de síntomas de los TCA, esquematizado en la Figura 4.

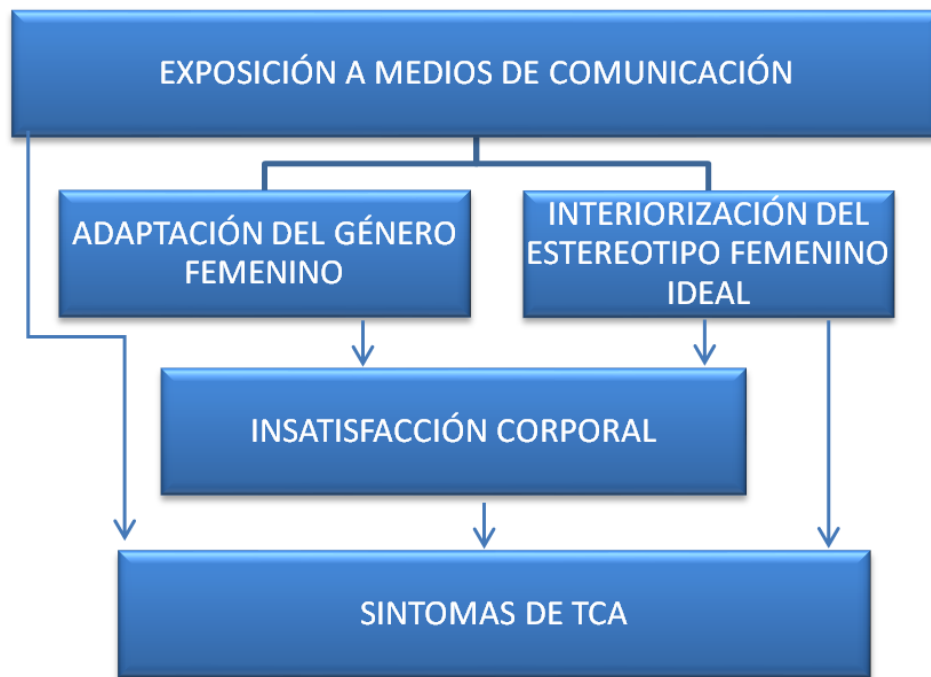


Figura 4. Relación entre los medios de comunicación y los TCA. Adaptado de Stice et al. (1994)

En realidad, se percibe una notable dualidad en los anuncios publicitarios, a pesar de que algunos se esfuerzan por llevar a la comunidad la idea de que la salud es la única fuente de bienestar físico y emocional, por otro lado están los comerciales de cientos de productos para bajar de peso y reducir medidas en los cuales se presenta a la obesidad como símbolo de insatisfacción, siendo el público femenino el más susceptible, aunque recientemente ha tenido auge el cuidado personal y del aspecto por parte de los varones, sobre todo por los denominados “metrosexuales”. Dicha presión ha originado la presencia de otros trastornos como la Vigorexia, un trastorno que fue descrito por primera

vez por Pope et al., (1993; citado en Baile y Escursell, 2003), el cual se caracteriza por preocupación por la masa muscular global.

De nuevo remarcamos que es en la adolescencia donde hay mayor susceptibilidad a los mensajes publicitarios en su necesidad de encontrar la forma de reafirmar su identidad. Es común que admiren a un personaje de moda, cantante, actor, deportista, etc., a quienes imitan al considerarlos como atractivos. En revistas, televisión e Internet se puede ver como los personajes considerados como bellos, exitosos y atractivos son delgados. Hasta los juegos y caricaturas para niños venden la idea o el concepto de delgadez como representación de belleza, o bien, el sobrepeso como negativo o factor de rechazo social. Un ejemplo clásico es la muñeca Barbie y la línea de nuevas muñecas como Bratz y My Scene.

Otro fenómeno son los llamados Reality Shows, en los que se tiene acceso a diversos tipos de contenidos, las personas son sometidas en muchas ocasiones a juicios y valoraciones por parte del público, la mayoría de las veces de acuerdo a las características físicas. Existe una variante de estos programas en el que se ridiculiza a las personas que no poseen cierto atractivo físico o bien, muestran cómo se someten a régimen de dieta y ejercicio a personas con altos índices de sobrepeso, tanto hombres como mujeres. En los programas de comedia, es común encontrar al “gordito (a)” que es blanco de las humillaciones y burlas de los demás.

Cabe hacer énfasis en el carácter multifactorial de los TCA que, si bien es cierto que la cultura y los factores sociales tienen gran influencia, es importante remarcar que existen otras variables que en conjunto con estos puedan desatar un desorden de la conducta alimentaria.

2.2. ETIOLOGÍA MULTICAUSAL DE LOS TCA. FACTORES DE RIESGO

Podemos extraer de las múltiples investigaciones llevadas a cabo que no existe un único factor que genere riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria, sino que es la interacción entre diferentes factores lo que genera, no sólo vulnerabilidad o predisposición a padecer un TCA, sino el desencadenamiento y el mantenimiento del mismo (Culbert, Racine y Klump, 2015; Mancilla et al., 2006; Saucedo-Molina, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010; Stice, 2016).

Tabla 8. Factores de riesgo para el desarrollo de un TCA

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
- Nivel elevado de educación de los padres y de ingresos económicos	- Obesidad en la infancia
- Problemas tempranos de alimentación	- Menarquía temprana
- Baja autoestima	- Preocupación por el peso
- Alto nivel de neurosis	- Perfeccionismo
- Sobreprotección materna	- Baja autoestima
- TCA en algún otro miembro de la familia	- Presión social sobre el peso y/o comer
	- Dietas familiares
	- TCA en algún otro miembro de la familia
	- Padres “maleducados”
	- Discordia entre padres
	- Psicopatología familiar
	- Abuso sexual

Nota: Adaptado de Striegel-Moore, (1995)

Respecto a la etiología de los TCA, se ha logrado progresar en cuanto a la identificación de factores de riesgo específicos y generales para el desarrollo de los TCA. Según Striegel-Moore, (1995) las poblaciones con alto riesgo pueden ser identificadas en término de grupos de edad, y de exposición a varios factores de riesgo. En la siguiente Tabla se especifican los factores de riesgo para el desarrollo de la anorexia nerviosa y los propios de la bulimia nerviosa.

Los estudios transversales han generado hipótesis en relación a los factores de riesgo de los TCA, pero este tipo de trabajos no nos permiten determinar si los factores identificados preceden el desarrollo del trastorno o son las consecuencias del mismo. En la última década estudios longitudinales han asociado los trastornos tempranos de la alimentación, la preocupación por el peso (Gómez-Peresmitré et al., 2013), el perfeccionismo (López y Treasure, 2011; Pamies y Quiles, 2014), la obsesión por la delgadez y la tendencia hacia la somatización con un mayor riesgo de un posterior desarrollo de TCA (Félix, Nachón y Hernández, 2003; Galarsi, Ledezma, De Bortoli y Correche, 2009).

Los modelos multidimensionales o biopsicosocial son los modelos explicativos más complejos para los trastornos de la conducta alimentaria ya que combinan variables biológico-genéticas, psicológicas y sociales en una estructura causal biopsicosocial. (Behar, 2010a; Chinchilla, 2003).

Garner, Rockert, Olmsted, Johnson y Coscina (1985) propusieron uno de los primeros modelos combinatorios donde todos los factores contribuyen de manera interconectada al desarrollo de la patología. A partir de las investigaciones desarrollada en este campo, queda claro que tanto la anorexia como la bulimia nerviosa parten de una etiología multicausal (León y Sánchez, 2005) resultado de una compleja interacción de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, que en conjunción producirían vulnerabilidad a padecer un TCA (Toro y Vilardell, 1987) por tanto, desarrollar esta patología sería el resultado de una serie de influencias que varían en cada persona, pero

que interaccionan mutuamente de tal manera que la causa y el efecto se distinguen con dificultad (Gamerm y Garfinkel, 1982).

Investigadores y clínicos en el área de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran con un serio problema al tratar de establecer las diferencias clínicas entre anorexia nervosa y bulimia nervosa. El perfil clínico de ambos trastornos incluye el deseo de estar delgada, alteraciones en la imagen corporal, conductas alimentarias anómalas y uso de métodos de purga para atenuar los efectos del comer excesivo. Asimismo, las explicaciones etiológicas de ambos trastornos corren paralelas en las perspectivas biológica, psicológica y sociocultural.

Existen dos descubrimientos que argumentan la necesidad de un modelo más comprensible de los trastornos de la conducta alimentaria que los citados hasta el momento: 1) El entrecruzamiento sustancial entre anorexia y bulimia y 2) el hecho de que las conductas características (sobreingesta de alimentos, métodos para compensar el comer excesivo y el deseo de evitar aumentar de peso) existen en un continuum en población general (Schlundt y Johnson, 1990).

Las preocupaciones acerca del comer y el seguimiento de dietas son conductas ampliamente difundidas en la población femenina. La posibilidad de que el miedo a la obesidad y la alternancia entre comer en exceso y seguir dietas representen un espectro de los trastornos de la conducta alimentaria, tiene importantes implicaciones en la prevención de los mismos. El miedo a las consecuencias de comer alimentos "prohibidos", generalmente con alto contenido calórico, lleva al individuo a mantener un control estricto sobre su alimentación. Cuando el temor es débil, se puede considerar a la persona como "consciente del peso" o como un "comedor preocupado"; mas cuando el temor es moderado, la persona mostrará mayores alternancias entre sus conductas controladas o descontroladas del comer, mientras que en la medida en la que la preocupación por el peso se acentúa, se desarrollan las conductas

y consecuencias necesarias para diagnosticar anorexia o bulimia nervosa (Schlundt y Johnson, 1990).

Es importante tener en cuenta por un lado que, en los trastornos de la conducta alimentaria, algunos factores pueden ser de riesgo y de protección a la vez, dependiendo de los procesos de riesgo, de la edad en la que el factor se manifiesta, etc. Por otro lado, los factores de riesgo son interdependientes, lo que significa que están regulados por mecanismos mediadores y moderadores, cuya interacción, por el momento, no se ha comprendido plenamente (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer y Agras, 2004). Cada uno de estos factores pertenece como hemos mencionado anteriormente a diferentes ámbitos de estudio, de modo que ningún área del conocimiento científico puede garantizar tener una explicación exclusiva de la importancia etiológica de este trastorno. Por tanto, realizar una diferenciación entre los diferentes ámbitos de interés resulta arbitrario, puesto que es precisamente la integración de estos distintos enfoques la vía más interesante, aunque difícil para clarificar la etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria (Rojo y Cava, 2003).

Respecto a los factores que determinan el riesgo de desarrollar un TCA, debemos tener en cuenta las aportaciones de Leon, Keel, Kelly, Klump y Fulkerson (1997), ya que señalan que los estudios realizados en población comunitaria muestran claramente una mayor prevalencia de los problemas relacionados con la conducta alimentaria que con los trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos, y debido a que estos trastornos se presentan a lo largo de un continuo cuantitativo relacionado con el grado de “enfermedad”, es preferible que su estudio y etiología se conceptualicen desde una perspectiva dimensional más que categórica .

Según Garner y Keiper (2010) los factores *predisponentes* se refieren a aquellos que, combinados con diferente fuerza, favorecen la aparición de la enfermedad y estos se dividen en individuales, psicosociales y socioculturales. Los factores *precipitantes* se refieren a los hechos desencadenantes del trastorno,

o a aquellos factores que marcan el momento de su inicio, que por lo general se refieren a factores externos, o estresores externos: es decir, de carácter observable. Los factores *mantenedores* son aquellos que independientemente de las características individuales y psicosociales de la persona, perpetúan, mantienen o prolongan la enfermedad, llevándolo a una calidad de cronicidad.

Por tanto, desde esta etiología multicausal nos permite distinguir en la génesis y mantenimiento del trastorno, la interacción de factores predisponentes presentes antes del inicio de la enfermedad y relacionados de alguna manera con ella; precipitantes que tienen algún tipo de relación temporal y de causalidad no única en su inicio, y los de mantenimiento con efecto sobre el curso de ésta.

Existen diferentes autores que desde este enfoque multicausal han desarrollado teorías explicativas respecto a los diferentes factores de riesgo para los TCA.

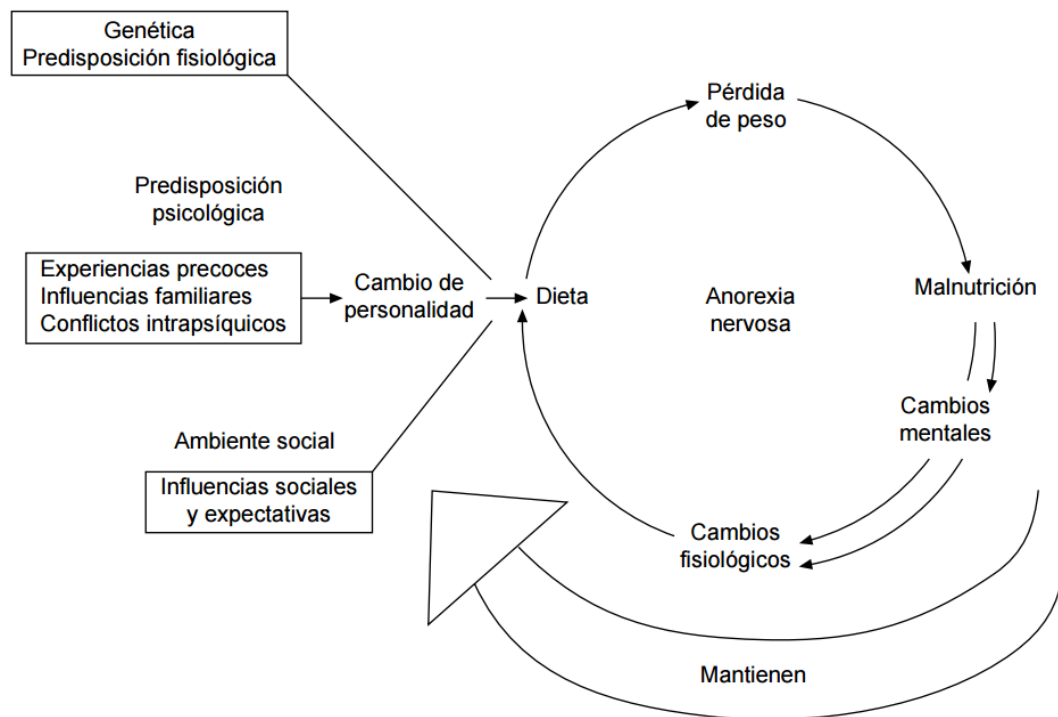


Figura 5. Modelo patogénico para la AN de Lucas (1986). Adaptado de Pirke y Ploog (2012)

Así, según la teoría patogénica de Lucas (1986; citado en Pirke y Ploog (2012) (Figura 5), la interacción de factores genéticos, predisposición psicológica y el ambiente social generan un cambio de personalidad que induce a seguir una dieta, entrando en el círculo vicioso de la anorexia nervosa, porque la malnutrición origina cambios fisiológicos y psicológicos que tienden a mantener el estado depauperado.

Lucas (1986; citado en Pirke y Ploog (2012) en su modelo patogénico biopsicosocial da mayor importancia a los aspectos psicológicos en el origen y mantenimiento de la enfermedad.

Dichos factores se pueden agrupar a su vez en tres categorías, según propusieron Toro y Vilardell (1987), Morandé, Celada y Casas (1999) y Chinchilla (2003), los cuales se presentan 3 Tablas comparativas en relación a factores predisponentes (Tabla 9), precipitantes (Tabla 10) y de mantenimiento (Tabla 11) según los autores mencionados.

Tabla 9. Comparativa de factores predisponentes de los TCA según Toro y Vilardell (1987), Morandé et al. (1999) y Chinchilla (2003)

Toro y Vilardell (1987)	Morandé et al. (1999)	Chinchilla (2003)
– Factores genéticos – Edad (13-20 años) – Sexo femenino – Trastorno afectivo – Introversión/Inestabilidad – Obesidad – Nivel social medio/alto – Familiares con trastornos afectivos – Familiares con adicciones – Familiares con trastorno de la ingesta – Obesidad materna – Valores estéticos dominantes	– Predisposición genética – Obesidad premórbida – Enfermedad crónica infantil – Historia de depresión o trastorno obsesivo infantil – Familia muy sensible a las apariencias – Perfeccionismo – Aceptación de normas sociales – Aparente autonomía	– Predisposición genética – Sexo femenino – Clase media alta – Dependencia parental – Identidad personal incompleta – Disminución de la actividad sexual – Dificultad para ser independiente – Déficit en pensamientos conceptuales y razonamiento abstracto – Períodos de negativismo

Tabla 10. Tabla comparativa de factores precipitantes de los TCA según Toro y Vilardell (1987), Morandé et al. (1999) y Chinchilla (2003)

Toro y Vilardell (1987)	Morandé et al. (1999)	Chinchilla (2003)
– Cambios corporales – Separaciones y pérdidas – Rupturas conyugales de los padres – Contactos sexuales – Incremento rápido de peso – Críticas sobre el cuerpo – Enfermedades adelgazantes – Traumatismo desfigurador – Incremento de la actividad física – Acontecimientos vitales	– Ayuno o dieta adelgazante – Vómitos autoinducidos – Uso de laxantes u otras sustancias – para perder peso – Ejercicio físico excesivo – Enfermedad física con baja de peso – Subida significativa de peso – Malestar o insatisfacción emocional – Pérdida amorosa – Ruptura con amigos – Cambio de ciclo escolar o colegio – Agresión física o sexual – Separación de la familia – Conflictos de los padres – Enfermedad o muerte de familiar	– Alteraciones neuroendocrinas – Mediador en conflictos familiares – Familia sobreprotectora – Matrimonio – Muerte de padre – Dieta

Tabla 11. Tabla comparativa de factores de mantenimiento de los TCA según Toro y Vilardell (1987), Morandé et al. (1999) y Chinchilla (2003)

Toro y Vilardell (1987)	Morandé et al.(1999)	Chinchilla (2003)
– Consecuencias de la inanición – Interacción familiar – Aislamiento social – Cogniciones anoréxicas – Actividad física	– Ayuno o dieta adelgazante – Ayuno-desnutrición – Vómito como purgación – Uso masivo de laxantes – Ejercicio físico compulsivo	– Alteraciones hormonales – Autoexigencia profesional – Responsables y vigilantes de obligaciones

excesiva	– Pérdida sostenida de peso	– Dificultad para expresar con palabras afectos y emociones
– Iatrogenia	– Digestiones lentas	
– Consecuencias de la inanición	– Desaparición del hambre	– Influencias externas en actitudes hacia la comida
– Interacción familiar	– Ausencia o negación de fatiga	
– Aislamiento social	– Estudios o trabajo compulsivo	– Reducción de carbohidratos y grasas
	– Terror a subir de peso	– Hiperactividad
	– Obsesión de adelgazar	– Pensamientos recurrentes
	– Disociación mental	
	– Distorsión de la imagen corporal	
	– Negación de enfermedad	
	– Interacción familiar ante enfermedad	
	– Aislamiento social	
	– Consumo de drogas	
	– Omnipotencia	
	– Refuerzo social por bajar de peso	
	– Ambivalencia ante trastorno muerte de familiar	

En la siguiente figura se ejemplifica el esquema de multicausalidad planteado por Toro y Vilardell (1987) para esta enfermedad en el que interaccionan estos tres tipos de factores.

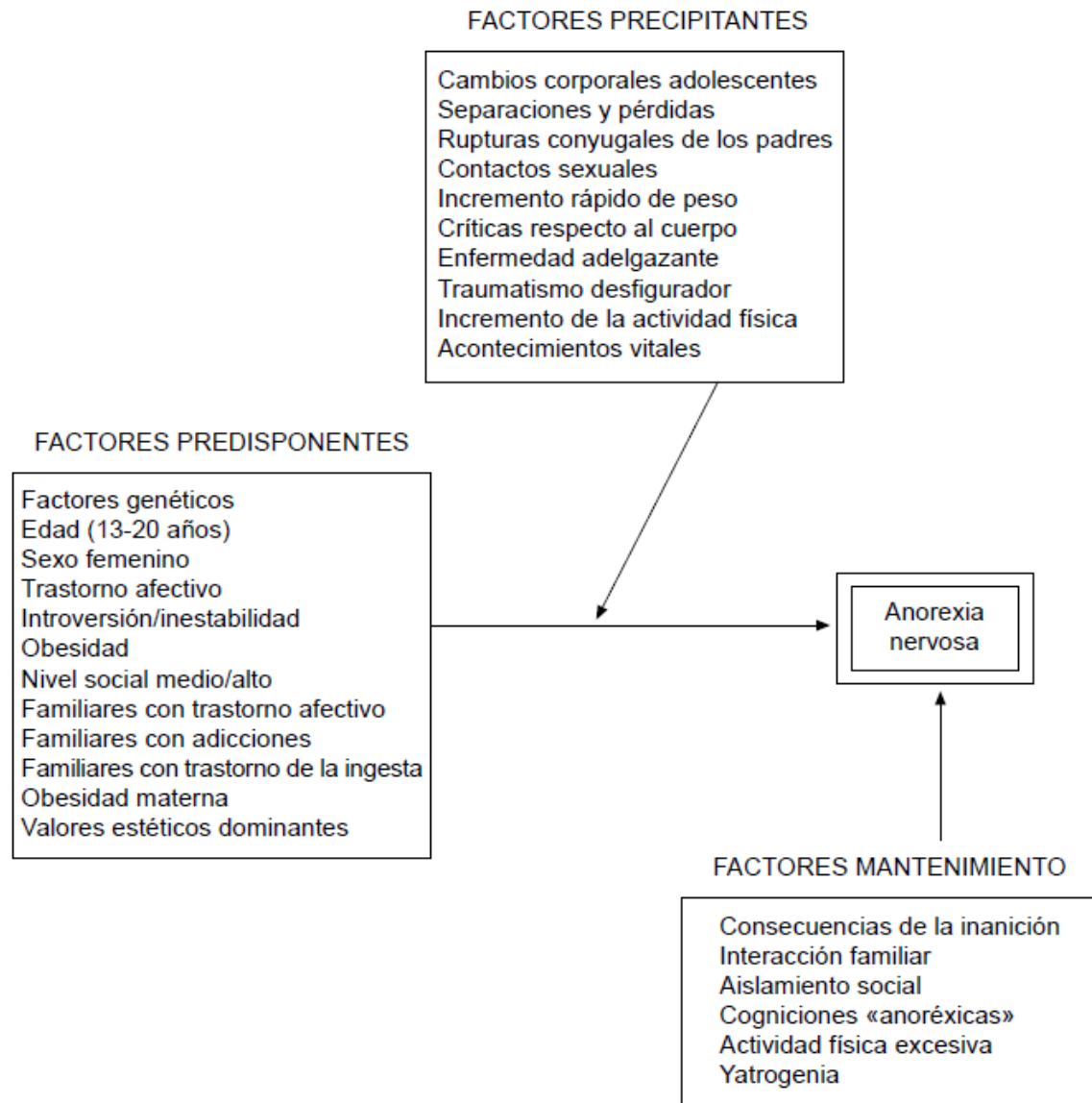


Figura 6. Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de la Anorexia nerviosa. Adaptado de Toro y Vilardell (1987).

Como se aprecia en las Tablas y en las Figuras anteriores, los tipos de factores implicados en cada dimensión pertenecen a multitud de categorías; por ejemplo, en los factores predisponentes se encuentran aspectos biológicos, genéticos e incluso sociales y todos parecen influir en este fenómeno. Probablemente el problema estriba en la determinación del peso específico de cada factor y en la forma de interrelacionarse entre ellos.

A continuación, se exponen cada uno de los factores de riesgo para TCA desde la perspectiva multicausal.

2.2.1. Factores biológicos

Entre los considerados como factores individuales, se defiende la posibilidad de que exista una vulnerabilidad biológica, tanto heredada como adquirida. Esta vulnerabilidad se traduciría en una alteración hipotalámica y de ciertas vías de transmisión neuronal, así como en alteraciones de la actividad cerebral de algunos neurotransmisores.

La contribución genética en la etiología de los TCA se ha identificado a través de los diferentes estudios de familia y de gemelos. Los familiares de los pacientes con TCA tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar estos desórdenes que los familiares de los controles no afectados (Bulik y Tozzi, 2004). Los estudios con gemelos estiman que entre el 50-83% de la varianza en la AN, BN, y el TCANE se explica por factores genéticos (Javaras et al., 2008).

En lo referente a **genética**, los principales genes estudiados son los implicados en la regulación del hambre, la composición del cuerpo y en los sistemas de neurotransmisión serotoninérgicos y de otros neurotransmisores del sistema nervioso central.

Como factores biológicos, tal y como se ha mencionado anteriormente, se han descrito alteraciones en la actividad de determinados neurotransmisores, tales como la noradrenalina, la serotonina, los opioides o la colecistocinina, que tendrían repercusiones directas sobre la conducta alimentaria.

El hipotálamo actúa manteniendo la homeostasis nutricional del organismo, activando o suprimiendo la ingesta a través de una compleja red de neurotransmisores, estímulos neurogénicos, estímulos externos psicológicos, ambientales de olfato, gusto y vista. Se ha comprobado que la administración de agonistas serotoninérgicos, produce anorexia. Por su parte, la administración de antagonistas serotoninérgicos produce aumento de la ingesta porque se anulan las sensaciones de saciedad.

El sistema serotoninérgico es responsable de la sensación de saciedad, por lo que su estimulación produce una menor ingesta teniendo en cuenta

cantidad y duración de la misma. La serotonina es un transmisor implicado en diversos cuadros clínicos psiquiátricos, todos ellos relacionados con un mal control de impulsos (por ejemplo, suicidio, agresividad, trastorno obsesivo compulsivo...). Entre los trastornos de la alimentación la bulimia es un cuadro clínico donde el mal control del impulso de comer está íntimamente relacionado con una disminución de la acción de la serotonina. (Hernández-Muñoz y Camarena-Medellin, 2014).

Así, por ejemplo, algunos estudios muestran en pacientes con anorexia nerviosa una alteración en las concentraciones de serotonina. (Chinchilla, 2003).

Numerosos estudios muestran el **sexo** como un factor de riesgo de los TCA, principalmente el sexo femenino es el más vulnerable ante estos trastornos (Baile, Raich y Garrido, 2003; Lázaro et al., 2016; Rivarola y Penna, 2006.; Toro, 2008).

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica llevada a cabo por Portela de Santana et al. (2012) sobre los factores de riesgo de los TCA, concluyeron que el deseo de estar delgado y la insatisfacción corporal, junto con la pérdida de peso intencional y el comportamiento alimentario anormal son significativamente más bajos entre los niños en comparación con las niñas.

Aunque, el sexo masculino no está exento de presentar estos comportamientos, si bien, en menor porcentaje, como lo han demostrado diversos estudios (Costín, 2002). En esta línea, debemos señalar que existen estudios en los que el número de TCA es semejante en hombres y en mujeres como es el caso de estudiantes filipinos donde la sintomatología de TCA es muy semejante entre hombres y mujeres (Lorenzo, Lavori y Lock, 2002).

La **adolescencia** también se considera un factor biológico relacionado con los TCA (Peláez-Fernández, Raich y Labrador, 2010). Es una etapa en la que aparecen muchos de los síndromes parciales de la AN y la BN (Van Son et al., 2006; Currin, Schmidt, Treasure y Jick, 2005). Es una etapa vulnerable en relación con los problemas de imagen corporal, ya que es un momento en el ciclo vital caracterizado por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y,

sobre todo, sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física.

La pubertad se caracteriza por el desarrollo y la maduración de los caracteres sexuales secundarios en los adolescentes, así como por el crecimiento lineal acelerado, el aumento de peso y el desarrollo de la identidad del adolescente (Klump, Keel, Sisk y Burt, 2010). En concreto en las niñas se produce un aumento de la cantidad de grasa corporal debido a la acción de las hormonas esteroideas. Según Bearman, Presnell, Martinez y Stice (2006), esta nueva estructura corporal en las niñas se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, exponiéndolas a la presión por ser delgada en sus relaciones interpersonales, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal.

Por tanto, la adolescencia se considera la etapa vital en la que existe un mayor riesgo de desarrollar un TCA. Se diagnostica TCA en personas de todas las edades, pero en la mayoría de casos la enfermedad debutó durante la adolescencia. Esto sucede porque durante esta etapa, la personalidad, autoestima y rol social de la persona están en pleno desarrollo y, por tanto, son más vulnerables ante un entorno social en el que la presión por la imagen es excesivamente elevada (Markey, 2010; Xu et al., 2010).

La imagen corporal que creamos cada uno de nosotros sobre sí mismos, influirá en nuestros pensamientos, sentimientos, y conductas, y, no sólo en las nuestras, sino en la manera en cómo nos respondan los demás. Desde luego, la imagen corporal no es fija ni inamovible, sino que puede variar a lo largo de la vida. Así cuando mayor anclaje toma es en la infancia y adolescencia, pero se mantiene por diversas circunstancias y maneras de interpretar en ese momento concreto.

Debido a esto, en la adolescencia los comportamientos relacionados con la apariencia se acentúan, y se llevan a cabo hábitos y comportamientos alrededor de su preocupación corporal, tales como la alteraciones o cambios en

la alimentación para controlar el peso (actitud negativa hacia la comida, realización de dietas, restricción del aporte calórico, realizar ejercicio físico de forma excesiva), mirarse al espejo, arreglarse mucho tiempo, “camuflar” defectos o mucho ejercicio físico (Del Rio, Borda, Torres y Lozano, 2002).

En relación a este aspecto, y siguiendo esta misma línea de investigación Pérez De Eulate, Ramos, Liberal y Latorre, 2005; Ramos, Pérez De Eulate, Liberal y Latorre, 2003; Romy, 2002, concluyeron en los estudios que realizaron sobre los hábitos alimentarios de adolescentes que un elevado porcentaje de ellos, llevaban a cabo este tipo de conductas y comportamientos en relación a la alimentación y afirmaban comer por obligación. Estos aspectos se consideran factores de riesgo de TCA.

Diversos estudios estiman que durante la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo (Culbert, Burt, McGue, Iacono, y Klump, 2009; Klump, Burt, McGue e Iacono, 2007).

Algunos autores subrayan que esta preocupación se torna diferente en la adolescencia según el sexo, es decir, mientras los chicos se preocupan por tener una imagen corporal donde predomine la musculación, las chicas poseen unos ideales de belleza asociados a la delgadez y, en la mayoría de los casos, por debajo incluso de una talla saludable (De Gracia, Marcó y Trujano, 2007; McArthur, Holbert y Pena, 2005; Raich, 2004; Raich y Torras, 2002; Ramos et al., 2003). En España, Rivas, Bersabé y Castro (2001) realizaron un estudio con adolescentes, demostrando que un alto porcentaje de esta población padece trastornos alimentarios, en una relación que va de cuatro mujeres por cada hombre.

Otro factor estudiado dentro de los factores biológicos, considerado por la investigación como un consistente predictor de TCA es el **Índice de Masa Corporal** (IMC, en adelante). En varios estudios se ha encontrado una relación

directa entre un IMC elevado y los síntomas básicos de TCA (Castejón, Berengüí y Garcés de los Fayos, 2016).

Así en el estudio realizado por Trejo, Castro, Facio, Mollined y Valdez (2010) el IMC es un factor asociado a la insatisfacción y a la imagen corporal. Los adolescentes con mayor IMC y del sexo femenino son más susceptibles a sentirse insatisfechos con su propio cuerpo, por tanto, presentan mayor Riesgo de desarrollar un TCA.

Por tanto, son diversos estudios en los cuales se establece una correlación positiva entre un elevado IMC y el grado de insatisfacción corporal (Arroyo et al., 2008; Castejón et al., 2016; Jáuregui et al., 2009; Valverde, De Los Santos y Rodríguez, 2010).

Podemos concluir diciendo, respecto al IMC que el sobrepeso, es un importante antecedente en el desarrollo de TCA, probablemente a través del inicio de una dieta, tanto en hombres como en mujeres.

2.2.2. Factores psicológicos

Los factores psicológicos son, junto con los biológicos, considerados los principales determinantes individuales de predisposición a padecer un trastorno de la alimentación. Los rasgos psicológicos que diferentes estudios han encontrado asociados a los TCA son: baja autoestima, variables de personalidad, alto nivel de neuroticismo, alto perfeccionismo, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, depresión, ansiedad (Maganto, 2011), dependencia, temores a la pérdida de control, vivencias de soledad y temor a la misma y al abandono, vivencia del control externo, inseguridad y problemas de identidad (Aguinaga, Fernández y Varo, 2000).

Pérez-Gaspar et al. (2000) concluyen en su estudio que un alto nivel de neuroticismo y una baja autoestima, podrían ser causas y consecuencias del desarrollo de un TCA, creando una especie de “círculo vicioso” que perpetuaría el problema. Por su parte, Castro-Fornieles et al. (2007) hallaron que el

perfeccionismo orientado hacia uno mismo es más específico de los TCA que del trastorno depresivo o ansioso.

Por su parte, Vohs et al. (2001) hallaron altos niveles de perfeccionismo en el desarrollo de sintomatología bulímica sólo cuando se combinaba con la percepción de presentar sobrepeso; las mujeres que mostraron una baja autoestima fueron más susceptibles a la interacción entre perfeccionismo y el sobrepeso percibido.

Otro factor de riesgo importante relacionado con aspectos psicológicos es la imagen corporal, de hecho se trata de uno de los más apoyados dentro de los riesgos en el desarrollo de un trastorno de la alimentación y de la dieta. Un alto grado de insatisfacción corporal es una de las características clínicas cruciales en los TCA, y también ha sido identificada como la clave en los patrones subclínicos de alimentación desadaptada y de la dieta. Johnson y Wardle (2005) en su estudio concluyeron que la insatisfacción corporal ha demostrado estar asociada al desarrollo de un TCA.

La insatisfacción corporal está relacionada con el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario y Martínez-Delgado, 2004), e incluso se relaciona la insatisfacción corporal con el empeoramiento de la patología alimentaria (Cooley y Toray, 2001). Así, Andrist (2003) señala en su estudio que cuando la persona consigue la imagen deseada extremadamente delgada, el resultado es la insatisfacción corporal, y pueden aparecer los desórdenes en la alimentación.

Respecto a la relación entre TCA y trastornos de la personalidad, son numerosos los investigadores que han manifestado la existencia de comorbilidad entre ambos, aunque no ha sido posible establecer un perfil único de personalidad en los pacientes con TCA. Lo que sí han establecido estos estudios han sido unos rasgos comunes en ellos. Así, por ejemplo, diferentes estudios clínicos coinciden en destacar la personalidad premórbida de la AN

como obsesiva, rígida, meticulosa, perfeccionista, dependiente y socialmente inhibida (Paredes, Mancilla-Díaz, Vásquez-Arévalo, Rayón y Aguilar, 2011). En los rasgos de personalidad de los pacientes con anorexia se encuentran características compartidas con el trastorno de personalidad ansiosos, evitativo y dependiente y con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. Los déficits en las estrategias cognitivas, como debilidad en la flexibilidad cognitiva, coherencia central, aprendizaje y recompensa, se relacionan con estos rasgos y pueden tomar parte tanto en la mediación como en la moderación de la enfermedad (Woerwag-Mehta y Treasure, 2009).

Behar, Gramegna y Arancibia (2014) afirman que el perfeccionismo es un rasgo aislado no es un factor significativo, pero unido a algún nivel de insatisfacción corporal, se transforma en un determinante amenazador para una eventual aparición de AN.

Como se puede observar, existen diferencias entre los diferentes grupos de TCA referentes a la personalidad. Así encontramos un perfil caracterizado por obsesividad, dependencia, sobrecontrol de hostilidad, déficit de asertividad (González, Hidalgo, Hurtado, Nova y Venegas, 2002), perfeccionismo, rigidez, alta restricción y persistencia, y baja búsqueda de la novedad en la AN; baja tolerancia a la frustración, deficiente control de impulsos y perfeccionismo, en la BN; alta impulsividad, búsqueda de sensaciones y rasgos de trastorno de la personalidad borderline en el Trastorno por atracón (Cassin y von Ranson, 2005).

Junto a estos factores psicológicos encontramos otros factores predisponentes personales, tales como: sexo femenino, edad entre 13 y 20 años, nivel social medio-alto, o una mayor incidencia en las culturas occidentales. También se ha descrito una mayor incidencia en personas con antecedentes de obesidad o sobrepeso y la posible relación entre las alteraciones en la alimentación durante los primeros años de vida y la aparición de la anorexia a edades tempranas.

2.2.3. Factores socioculturales

Todas las culturas presentan patrones de belleza propios, el aspecto físico como signo de identidad siempre ha tenido y sigue teniendo un valor en las relaciones interpersonales, ya que actúa como escaparate de la persona, mediante el cual cada individuo refleja su ser y su valía. Actualmente nos encontramos sumergidos en la cultura de la comunicación y del consumo. Nos encontramos bombardeados por infinidad de mensajes publicitarios destinados a crear y mostrar un arquetipo ideal de belleza que debemos compartir, buscar y alcanzar. Se ha creado un ambiente social en el que constantemente estamos siendo evaluados por nuestro aspecto físico (Durán, 2005; Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Los medios de comunicación son portavoces y creadores de los estereotipos corporales, y transmiten el mensaje de la delgadez, en el que valores como la belleza, la delgadez y el éxito se solapan y confunden (Rosas, 2015).

La influencia social podemos definirla según Baron y Byrne (2005), como aquellos esfuerzos que un individuo o varios individuos realizan para cambiar las actitudes, creencias, percepciones y comportamientos de otras personas.

Estos mismos autores, señalan que los miembros de una sociedad cambian sus actitudes para poder pertenecer a la misma, y de esta forma agradar a los demás o ser aceptado por los demás (Baron y Byrne, 2005).

Por otro lado, la cultura se compone de ideas, tradiciones y valores que son transmitidos a los individuos de la sociedad, quienes los interiorizan y consecuentemente actúan de una forma determinada. Según Raich (2011) todas las sociedades tienen ideales de belleza que nos marcan la meta a alcanzar y que ejercen particularmente su exigencia en la belleza femenina. Por tanto, cabe destacar que la alteración en la percepción de la silueta corporal de los

individuos que padecen TCA es, en parte, la incorporación de los ideales y valores culturales.

En la actualidad se habla de la cultura de la delgadez en la que los individuos admiran y veneran la delgadez como el objetivo para lograr belleza. Es decir que el cuerpo que se anhela en esta cultura es enseñado y promovido por ella misma y por los agentes y factores socioculturales que la componen (Losada, Leonardelli y Magliola, 2015).

Tanto la publicidad como los medios de comunicación son agentes socioculturales que influyen continuamente en la población. Según Allegue (2009) las mujeres son un 90% más proclive a padecer TCA, y una de las razones encontradas es que los medios de comunicación ejercen una mayor presión en la realización de dietas y el control de peso en las mujeres, en comparación con los hombres (Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Así, las mujeres con BN manifiestan tener mayor presión para ser delgadas por los medios de comunicación.

Existe unanimidad absoluta respecto a que existe una relación entre la AN y determinados factores culturales. Desde el punto de vista transcultural, la AN se presenta como una enfermedad asociada a valores sociales y culturales y, así, cuando se realiza un análisis del perfil de este enfermo, se descubre de manera casi constante la existencia de coincidencias en su distribución sociocultural.

El ideal de belleza que promulgan los medios de comunicación pasa por la extremada delgadez, centrada en modelos cuyas proporciones, peso y estatura son una auténtica excepción estética, artificialmente contruidos y opuestos a la realidad. Así, como una creciente moda del culto al cuerpo junto a la necesidad de querer lograr triunfos personales sobre la base de un cuerpo diez, conseguido a base de carencias nutricionales, ingestas desmesuradas de productos milagrosos adelgazantes y enfermedades como los TCA, lacra de una sociedad consumista de imágenes banales y con baja autoestima (Pachón, 2006)

Por tanto, nos enfrentamos a ideales no realistas imposibles de alcanzar que muestran la delgadez como símbolo de independencia, éxito social, personal y profesional. Estas ideas constituyen un marco de vulnerabilidad para el desarrollo de TCA (Behar, 2010a).

En relación al nivel socioeconómico los estudios de prevalencia evidencian diferencias en la distribución social de este tipo de trastorno, ya que no afecta por igual a los distintos estratos de la sociedad occidental. Los niveles socioeconómicos más altos presentan mayor incidencia de AN que estratos sociales más bajos. No obstante, siguiendo a Chinchilla (2003) debemos tener en cuenta que como estas tendencias epidemiológicas son considerablemente cambiantes, parece que en los últimos años tiende a equilibrarse su distribución entre las clases sociales. Así, y a diferencia de lo mencionado anteriormente Correa, Zubarew, Silva y Romero (2006) concluyen en su estudio que el riesgo de trastorno de conducta alimentaria se presenta por igual en todos los niveles socioeconómicos.

Como resumen de lo expuesto hasta el momento, siguiendo a Staudt y Rojo (2006), podemos afirmar que la sobrevaloración de la delgadez que hace nuestra cultura, es un factor de innegable importancia para el desarrollo de los TCA. Las influencias socioculturales y “el anhelo de delgadez”, constituyen el principal factor de predisposición y de mantenimiento de éstos trastornos.

CAPÍTULO III

EPIDEMIOLOGÍA E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

3.1. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TCA

Debido al aumento de la prevalencia en la población general de los TCA, en los últimos años ha sido necesario el desarrollo de diferentes instrumentos y herramientas para la explicación de los mismos.

Las herramientas necesarias para una correcta evaluación y cribado de los TCA son básicamente cuatro (Sattler, 2001):

- La entrevista
- Los cuestionarios de autoinforme
- La observación.
- La evaluación de otras fuentes de información (entrevistas familiares, con los profesores, cuidadores).

La entrevista, puede ser no estructurada, semiestructurada o estructurada. Las no estructuradas se componen de cuestiones abiertas que realiza el entrevistador, el cual maneja la entrevista en función a los fines que persigue y a las respuestas que va obteniendo del entrevistado, a menudo, estas entrevistas son personalizadas para individuos específicos. Las semiestructuradas están compuestas de una serie de cuestiones organizadas para asegurar que las áreas más importantes del tema estén cubiertas, pero permiten al entrevistador plantear sus propias cuestiones para elaborar o seguir sus hipótesis. Las entrevistas estructuradas se basan en preguntas cerradas, diseñadas para reflejar los síntomas del trastorno (Calvo, 2012).

Los cuestionarios, constituyen una primera aproximación epidemiológica a los TCA, que permiten la valoración sistemática del comportamiento alimentario. Los cuestionarios de cribado autoaplicados miden síntomas o conductas de riesgo para TCA, pero, debemos tener en cuenta que no dan un diagnóstico específico. Tienen la ventaja de ser económicos y rápidos ya que pueden aplicarse de forma grupal y en una única fase, sin realización de entrevista posterior; y sencillos, puesto que no requieren de un método de

identificación de sujetos para localizarlos en una segunda fase. Es importante tener en cuenta las propiedades psicométricas del cuestionario: validez interna (cómo las personas interpretan cada pregunta del cuestionario), la fiabilidad, sensibilidad y la especificidad, entre otras características, con el fin de seleccionar el más conveniente de acuerdo a los propósitos del estudio (Rigaud, Brondel, Poupard, Talonneau y Brun, 2007).

Teniendo en cuenta las consideraciones de Jacobi, Abascal y Taylor (2004), a la hora de interpretar los datos obtenidos a través de estos instrumentos, debemos atender a la forma en la cual se realizó la elección de la muestra, ya que en muchos casos no es representativa de la población general. Por otro lado, hay que atender a la tasa media de respuesta obtenida, es decir, aquellos sujetos que completan los cuestionarios, ya que en los que la tasa de respuesta es muy baja existe un alto riesgo de que los sujetos que respondan a los cuestionarios no sean representativos de la población.

La observación, puede ser no evaluable en el caso de los TCA, dada la tendencia a negar y minimizar síntomas en esta población. La observación incluye prestar atención a un sujeto en su medio natural, o en el lugar de evaluación (sala de espera, habitación del hospital) y en las situaciones pertinentes que se quieran considerar para el diagnóstico. Tiene especial importancia en este apartado la observación de las comidas familiares.

Evaluación de otras fuentes de información. Con esta forma de recopilar información nos referimos a entrevistas familiares, con los profesores, cuidadores, es decir, no se obtiene la información directamente de sujeto objeto de estudio, sino de personas que forman parte de su contexto.

Tanto cuestionario autoaplicados y las entrevistas estructuradas son los dos instrumentos principalmente utilizados para la evaluación de los TCA, ya que aportan síntomas o conductas de riesgo para TCA, aunque no dan un diagnóstico específico de TCA. En el caso de que un individuo obtuviese una puntuación que indicase la presencia de algún TCA sería necesario verificar el

diagnóstico por medio de entrevistas estructuradas. Las entrevistas estructuradas, como hemos podido comprobar son más precisas para evaluar un TCA, ya que pueden definirse los diferentes conceptos de cada pregunta y requiere de una inversión importante de tiempo, pues debe realizarse de forma individual (Iñarritu, Cruz y Morán, 2004).

Tal como señalan Peláez-Fernández, Labrador y Raich (2007) es primordial, a la hora de realizar un estudio epidemiológico seleccionar de forma adecuada los instrumentos que se van a utilizar, conocer y controlar una serie de aspectos metodológicos para garantizar que los datos que se obtienen sean precisos, y elegir y conocer debidamente el tipo de diseño que se va a llevar a cabo y el método de selección de la muestra para realizar la evaluación.

Así, encontramos que los estudios de prevalencia los podemos englobar en tres grupos, en función a los instrumentos y a la metodología utilizada (Fairburn y Beglin, 1990):

a) Estudios a través de cuestionarios de autoinforme para establecer un diagnóstico de TCA.

Estos estudios calculan las tasas de prevalencia únicamente a partir de las respuestas de los sujetos a los cuestionarios de autoinforme. La mayoría de los estudios realizados en la década de los 80, que aportan una primera aproximación epidemiológica a los TCA, cuando aún no se disponía de criterios diagnósticos del DSM, seguían este diseño.

Tienen como ventaja el ser económicos y rápidos de aplicar, ya que pueden administrarse de forma grupal y en una única fase, sin realización de entrevista posterior; y sencillos, puesto que no requieren de un método de identificación de sujetos para localizarlos en una segunda fase.

Sin embargo, conviene ser cuidadosos en la interpretación de resultados obtenidos a través de estas investigaciones por tres cuestiones metodológicas básicas:

- Elección de la muestra: las técnicas emplean en este tipo de muestreo tienen como limitación la dificultad para generalizar sus resultados, ya que, la mitad de estos estudios toman como muestra a estudiantes de Psicología o a muestra clínica de pacientes ingresados o en consulta. Estas poblaciones no son representativas de la población general. (Whitaker et al., 1990).
- Tasas de respuesta. La tasa-media de respuesta obtenidas en estos trabajos es de 74.4%. En los estudios en los que la tasa de respuesta es muy baja existe un alto riesgo de que los sujetos que respondan a los cuestionarios no sean representativos de la población. Las investigaciones que emplean poblaciones “cautivas” (ej. pacientes ingresados) obtienen una tasa-media de respuesta del 90%, pero sufren de validez externa. (Peláez-Fernández et al., 2007).
- Método de detección de casos. Los cuestionarios de autoinforme no constituyen un método adecuado para la detección de casos de TCA, ya que no permiten establecer un perfil diagnóstico basado en las respuestas de enunciados de difícil interpretación (Probablemente sea esta una de las razones por las que las frecuencias de atracones –obtenidas mediante cuestionario– sean tan elevadas). Debido a estas dificultades, existe acuerdo en la literatura científica acerca de la conveniencia del uso de entrevista diagnóstica clínica presencial con los participantes para establecer un diagnóstico fiable.

b) Estudios de doble fase que utilizan entrevista diagnóstica en la segunda fase, pero que no evalúan la adecuación del instrumento de cribado.

Este tipo de metodología de doble fase se caracteriza porque en primer lugar se aplica un cuestionario de barrido a todos los sujetos de la muestra, a través del cual se detecta la población en riesgo de TCA, a esto se le denomina

primera fase de estudio y en la segunda fase únicamente son entrevistados aquellos sujetos que han igualado o superado el punto de corte establecido en el instrumento de barrido aplicado en la primera fase (Nadaoka et al., 1996).

La ventaja de estos estudios radica en que son económicos y sencillos, puesto que solamente se entrevista a aquellos sujetos que presentan riesgo de TCA. Aunque, debemos tener en cuenta que este tipo de estudios también presentan limitaciones, ya que no permite estimar la especificidad (capacidad para detectar los no casos o controles) ni, lo más importante en un estudio epidemiológico, la sensibilidad (capacidad de discriminar todos los casos) del instrumento de barrido. Sin datos de sensibilidad, no es posible calcular el porcentaje de falsos negativos en la muestra ni, por tanto, estimar de forma precisa la prevalencia del trastorno. Algo sumamente importante en los estudios epidemiológicos de TCA, dada la tendencia de los sujetos afectados a ocultar y falsear su sintomatología (Peláez-Fernández et al., 2007)

c) Estudios que entrevistan a toda la muestra o de doble fase en los que se evalúa el instrumento de cribado empleado en la primera fase.

En este tercer grupo encontramos tanto aquellos estudios que realizan entrevista diagnóstica a todos los sujetos de la muestra, como los estudios de doble fase o identificación de caso en dos etapas.

Los estudios de doble fase se caracterizan por la aplicación de un cuestionario de barrido en la primera fase a todos los sujetos de la muestra, para detectar los posibles casos de TCA (aquellos sujetos que igualan o superan el punto de corte establecido en el instrumento de barrido) y los controles (aquellos que puntúan por debajo de dicho punto de corte). Y en la segunda fase se realiza una entrevista diagnóstica a todos los sujetos preseleccionados como posibles casos, junto a un número equivalente de controles, elegidos al azar.

Estos diseños son los más complejos de los tres, ya que implican un coste más elevado y mayor inversión de tiempo, aunque ambos diseños están

considerados como los más fiables para estimar la prevalencia de los TCA, ya que aportan una cifra más exacta de casos y no casos y aportan un porcentaje aproximado de falsos negativos entre los sujetos no entrevistados (diseño de doble fase), lo que permite acotar con exactitud la tasa de prevalencia (Peláez-Fernández et al., 2007).

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo un estudio epidemiológico de TCA son algunas consideraciones metodológicas básicas, tales como edad y sexo de los sujetos, procedimiento de selección de la muestra y adaptación de las pruebas al entorno sociocultural.

En relación a la *edad de inicio del trastorno*, debemos tener en cuenta que es preciso utilizar un intervalo de edad amplio, que cubra tanto apariciones precoces, como tardías del trastorno, y de esta forma no subestimar la prevalencia real del trastorno, aunque la media de edad para la BN se sitúa entre los 18-20 años y la de la AN se sitúa entre los 13 y 18 años (Guerro-Prado, Barjau y Chinchilla, 2001).

Respecto *sexo* de la muestra, atendiendo a la mayoría de los estudios epidemiológicos realizados sobre TCA que incluyen ambos sexos, se constatan que el 90-95% de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres, situándose en una proporción de 9 a 1 (Behar, 2010b). Por esta razón, muchos estudios utilizan muestras de población femenina exclusivamente, aunque sería conveniente estudiar la población masculina, ya que estudios como el de Behar y Arancibia (2015), han llegado a la conclusión de que el estereotipo femenino conlleva rasgos como dependencia, pasividad, búsqueda de aprobación de los demás y baja autoestima, conducentes hacia una restricción de la dieta y a conductas purgativas en pro de lo percibido como ideal corporal. Pero, en contraposición, el rol de género masculino es un factor que impulsa al desarrollo del trastorno dimórfico muscular, que comprendería un TCA inclinado hacia el logro de la musculatura, denominado AN inversa (Behar, 2010a).

Por último, un aspecto metodológico al que no se le ha dado la importancia que merece es la adecuación del instrumento de barrido y de la entrevista diagnóstica al *entorno sociocultural* de la población a la que se pretende generalizarlos resultados. En este sentido, es necesario elegir cuestionarios y formatos de entrevista que hayan sido traducidos y adaptados al país al que pertenece la población-diana, ya que todos conocemos de la influencia del contexto y del ambiente al desarrollo de este trastorno.

Es evidente, que además de tener en cuenta todas estas consideraciones a la hora de realizar cualquier tipo de investigación, es fundamental y necesario contar con instrumentos autoadministrables adaptados a diferentes contextos y poblaciones, ya que permiten evaluar de manera simultánea a un gran número de sujetos. Estos instrumentos autoadministrables permiten el tamizaje de los TCA favoreciendo de este modo, las actividades de prevención y de investigación (Rutzstein et al., 2013). El uso de instrumentos ágiles que identifiquen a las personas en riesgo de padecer un TCA contribuye al diagnóstico precoz y al desarrollo de programas de prevención, por ello las herramientas e instrumentos más utilizados para realizar estudios epidemiológicos en TCA son las siguientes.

Los instrumentos más utilizados en nuestro país para realizar estudios epidemiológicos en el ámbito de los TCA son EAT, EDI y SCOFF (en sus diferentes versiones) los cuales podemos observar en la Tabla 12, y son analizados a continuación de la misma.

Tabla 12. Clasificación de estudios epidemiológico de TCA en España en función al instrumento utilizado.

	EAT-40	EDI	EAT-26	SCOFF
ESTUDIO	- Álvarez-Malé, Castaño y Majem (2015)	- Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria y Echeburúa (2013)	- Jiménez, Galindo, Escudero y Hernández (2013).	- Martínez-González et al. (2014)
	- Pamies (2011)	- Rojas y Ruíz (2011)		- Veses et al. (2011)
	- Cancela y Ayán (2011)	- Sepúlveda, Garandarilla y Carrobles (2008)	- Calado (2011)	
	- Mateos-Padorno et al., (2010)	- Imaz, Alcalde, Higuera y Conde (2008)	- Ruiz-Lázaro (2010)	
	- Babio, Canals, Pietrobelli, Pérez y Arijá (2009)	- Muro-Sans y Amador-Campos (2007)	- Gómez, Gómez, Díaz, Fortea y Salorio (2010).	
	- Jáuregui et al. (2009)	- Linde (2006)	- Gil, Ortiz, Fernández (2007)	
	- Olesti et al. (2008)	- Lahortiga-Ramos et al. (2005)	- González-Juárez et al. (2007)	
	- Peláez-Fernández et al. (2007)	- Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz (2003)	- Arrufat (2006)	
	- Linde (2006)	- Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández (2003).	- Gandarillas et al. (2003)	
	- Vega, Rasillo, Lozano, Rodríguez y Martín (2005)	- Pérez-Gaspar et al. (2000)	- Martínez, Martínez, Trapiello, Vicente y Gil (2000)	
	- Lahortiga-Ramos et al. (2005)	- Gandarillas y Febrel (2000)		
	- Rojo et al. (2003)	- Sáiz et al. (1999)		
	- Ballester, de García, Patiño, Suñol y Ferrer (2002)	- Morandé et al.(1999)		
		- Ruiz-Lázaro et al. (1998)		
	- Pérez-Gaspar et al. (2000)			
	- Ferrero (1999)			
	- Ruiz-Lázaro et al. (1998)			
	- Canals, Domenech, Carbajo y Blade (1997)			
	- Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta (1989)			

✓ **EAT (Eating Attitude Test)**

El Eating Attitude Test fue diseñado inicialmente por Garner y Garfinkel (1979), para evaluar las conductas y actitudes sobre la comida, el peso y el ejercicio relacionados con la anorexia nerviosa y de esta forma poder detectar de forma precoz los casos no diagnosticados de anorexia nerviosa en poblaciones de riesgo.

La versión original del EAT permite evaluar el riesgo de padecer anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Consiste en un cuestionario auto administrado de 40 ítems (EAT-40) y cada uno se valora en una escala Likert de 6 puntos. La fiabilidad de la escala es de un alpha igual a 0.79 en muestras clínicas y de un alpha 0.94 cuando se agrupan muestra clínica y grupo control. Garner y Garfinkel (1979) estimaron un 100% de sensibilidad y 93% de especificidad con un punto de corte de 30. Sin embargo, Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) validaron la versión española del EAT-40, encontrando una sensibilidad de tan sólo 67.9% y una especificidad de 85.9% tomando 30 como punto de corte. Utilizando la puntuación de 20 como punto de corte, la sensibilidad fue de 91% y la especificidad de 69.2%. Asimismo, Peláez-Fernández et al. (2007) obtuvieron una sensibilidad de tan sólo 58.8% utilizando el EAT-40 con un punto de corte de 30; mientras que hallaron una sensibilidad de 90.2% con un punto de corte de 20.

A través de este cuestionario se puede detectar la presencia de actitudes alimentarias anómalas, especialmente, las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos.

Estos 40 ítems se agrupan en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente, se diseñó la versión reducida de 26

reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento.

El EAT-26 fue originalmente creado por Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982), demostrando eficacia para distinguir a mujeres con AN, de un grupo control. Esta versión simplificada fue traducida al español por Baile y Garrido (2005). En 1989, Maloney et al., elaboraron una versión del EAT-26 para niños, el CHEAT-26, la cual es similar al EAT-26 pero utilizando palabras más simples.

Actualmente, a nivel internacional existe consenso en considerar al EAT-26 como una herramienta propicia para identificar preocupaciones, actitudes y conductas relacionadas con TCA, que aumentan la posibilidad de desarrollar alguno de estos trastornos en sus formas clínicas (Rivas, Bersabé, Jiménez y Berrocal, 2010).

En resumen, debido a su brevedad, esta versión del EAT además de tener utilidad en investigaciones científicas, puede ser útil como instrumento para la realización de análisis epidemiológicos con muestras de población general (Gouveia, de Lucena, Santos, Gouveia y Cavalcanti, 2010). Además, es uno de los pocos instrumentos traducidos y validados al español que permiten conocer y evaluar aspectos de las actitudes alimentarias disfuncionales (Mintz y O'Halloran, 2000).

Por otro lado, tal y como indican Dos Santos, Francischi, Fontes, Baeza y Tucunduva (2010), aunque el EAT-26 sea útil y válido, desde su desarrollo en 1982 no ha sufrido modificaciones, y bien es cierto que, si nos situamos en el escenario nutricional actual, algunas cuestiones de las que plantea no necesariamente señalarían actitudes alimentarias disfuncionales. Por ejemplo, la pregunta del EAT-26 sobre el consumo de productos dietéticos asume que el patrón de consumo "frecuente" significa un comportamiento disfuncional. Actualmente se considera que este interrogante no evalúa un comportamiento alimentario anormal, ya que los alimentos dietéticos (contenido reducido en

azúcar, grasas o sodio, por ejemplo) fueron incorporados en la dieta de la población en general, incluso de aquellos que no necesariamente buscan reducir su peso corporal

✓ **EDI (Eating Disorder Inventory)**

El inventario para trastornos de la alimentación, es otro de los instrumentos autoaplicados más utilizados en la actualidad para la detección de trastornos alimentarios y la exploración de características psicológicas en pacientes con TCA (Herrero y Viña, 2005).

Es una medida breve de autoinforme, diseñada para evaluar el riesgo de desarrollar TCA. Este riesgo se constituye según las preocupaciones que presenta el sujeto con relación a la comida y a la alimentación, de su peso corporal, de su estatura y de la presencia de síntomas conductuales indicativos de un posible TCA (Garner, 2004).

Su primera versión fue desarrollada por Garner, Olmsted y Polivy (1983) quienes realizaron los primeros estudios de validez a partir de una muestra clínica y un grupo control conformado por mujeres universitarias. Esta primera versión contiene 64 ítems agrupados en ocho escalas: Búsqueda de Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Interoceptiva y Miedo a Madurar. Posteriormente se incorporaron 27 ítems para evaluar características psicológicas habitualmente asociadas a los trastornos alimentarios (Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social), dando lugar a la segunda versión del instrumento, el EDI-2 (Garner, 1991).

La tercera y más reciente versión (EDI-3) incluye aspectos mejorados de las dos anteriores para adaptarse a los nuevos paradigmas, los componentes del EDI y del EDI-2 fueron reorganizados en constructos más relevantes y acordes con los avances teóricos en el campo de los trastornos alimentarios (Garner, 2004).

Esta última versión está compuesta por 91 ítems distribuidos en 12 escalas principales, e introduce modificaciones en la puntuación y en la estructura factorial, ya que los ítems han sido agrupados en factores diferentes, uno de los ítems no debe computarse en ningún factor y se ha creado de una nueva escala, entre otras cuestiones.

Elosua, López-Jáuregui y Sánchez-Sánchez (2010), llevaron a cabo la adaptación española del EDI-3. Estos autores obtuvieron altos niveles de consistencia interna en todos los grupos diagnósticos, tanto en las escalas de riesgo como en las escalas de características psicológicas.

Iñarritu et al. (2004), apuntan respecto a las dos primeras versiones del instrumento que hay diversas opiniones en cuanto a su utilidad, ya que varios autores sugieren que puede ser utilizada como prueba de tamizaje en muestras no clínicas, pero se debe tener en cuenta que su habilidad para diferenciar entre los tipos de TCA es cuestionable. Sin embargo, se sugiere que el EDI es capaz de discriminar entre individuos con TCA e individuos sin padecimientos psiquiátricos. Este cuestionario ha mostrado ser sensible a los cambios registrados en individuos cuando se administra un tratamiento.

✓ **SCOFF. (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire)**

La encuesta SCOFF es un instrumento breve y sencillo desarrollado por Morgan, Reid y Lacey (1999) como un instrumento de cribado de TCA que consta de tan solo cinco preguntas dicotómicas (Sí/No) que valoran la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas e insatisfacción corporal. El test es positivo cuando la persona contesta afirmativamente a 2 o más preguntas (Botella, Sepúlveda, Huang y Gambara, 2013).

Diversas investigaciones llevadas a cabo en atención primaria, en relación a la sensibilidad y especificidad del instrumento, indican valores de sensibilidad entre el 78%-85% y de especificidad entre el 88%- 90%, con sólo dos respuestas afirmativas (Luck et al., 2002; Cotton, Ball y Robinson, 2003). Estos

resultados son excelentes y más, debido a la brevedad del instrumento. Es un cuestionario eficaz sobre todo en atención primaria.

Dispone de una versión española adaptada y validada en nuestro medio por García-Campayo et al. (2005) para la detección precoz de TCA en atención primaria, en mujeres entre 14 y 55 años con un punto de corte de 2 o más. La sensibilidad encontrada por estos autores fue del 98% y la especificidad del 94%.

El SCOFF es un instrumento efectivo para detectar conductas de riesgo para TCA, no para dar diagnóstico.

✓ **EDE-Q (Eating Disorder Examination-self-report questionnaire)**

El EDE-Q es un instrumento de autoinforme, desarrollado por Fairburn y Beglin en el año de 1994. El EDE-Q evalúa actitudes, sentimientos y comportamientos relacionados con la alimentación y la imagen del cuerpo en los últimos 28 días. Está compuesto por 36 ítems y dispuestos en Escala Likert (Fairburn y Beglin, 1994). Las escalas se refieren a restricción dietética, preocupación por la comida, preocupación por el peso y preocupación por la figura corporal. La versión española ha sido validada por Penelo, Villaroel, Portell y Raich (2012).

Este instrumento tiene una buena consistencia interna y validez discriminante, moderada validez concurrente y es sensible al cambio producido por el tratamiento.

El EDE-Q es una buena prueba de filtro para identificar individuos con conductas de riesgo para algún TCA, aunque se vuelve menos confiable al aumentar la severidad de la sintomatología del trastorno alimentario.

✓ **BULIMIA TEST (BULIT)**

Escala diseñada por Smith y Thelen (1984), con la intención de identificar a las personas con BN entre la población libre de TCA, distinguir a los

individuos con BN de los que padecen otros tipos de TCA e incluso clasificar a los que presentan BN en distintos subgrupos.

BULIT es una escala específica para identificar sintomatología y factores de riesgo de bulimia. Consta de treinta y dos preguntas que se agrupan en cinco dimensiones o subescalas (Descontrol de las comidas, Malestar, Vómitos, Tipos de alimentos y Fluctuaciones en el peso). Presenta una sensibilidad del 91% y una especificidad del 96%; con un poder predictivo positivo del 81% y un poder predictivo negativo del 98% (Smith y Thelen, 1984).

La validación en español la realizaron Morejón, García-Bóveda y Jiménez (2007) y obtuvieron datos sólidos en cuanto a fiabilidad.

Posteriormente se diseñó la versión revisada (BULIT-R) que fue desarrollada por Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith (1991). El BULIT-R contiene 36 preguntas, diseñado como medida global para evaluar el tratamiento en pacientes con BN o como medida de la severidad de la sintomatología bulímica. Este instrumento se puede utilizar como prueba de tamizaje, con el fin de identificar a mujeres que cubran los criterios del DSM-IV para BN, donde los falsos positivos probablemente presentarán un TANE (Monterrosa, Boneu, Muñoz y Almanza, 2012).

3.2. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Podemos definir la epidemiología como el estudio de la distribución y de los determinantes de los trastornos en las poblaciones, para poder detectar asociaciones entre posibles factores de causalidad. Para ello, tenemos en cuenta los objetivos de los estudios epidemiológicos de Hoek (1993), los cuales son:

1. Describir la aparición de los trastornos.
2. Determinar los factores asociados con su inicio.
3. Controlar su distribución.

O los planteados por Hsu (1996):

1. Aportar datos estadísticos sobre la morbilidad en la población (por ejemplo, AN, BN y otros trastornos alimentarios como la restricción alimentaria).
2. Relacionar estos datos con las características del ambiente y de la población (edad, sexo, clase social o actitudes personales).

Estas consideraciones sobre la epidemiología de los TCA, concuerdan con el enfoque multicausal con el que se relaciona la etiología de los TCA y con el hecho de considerar la preocupación por la figura y el seguimiento de dietas de adelgazamiento como conductas de riesgo (Toro, 2008).

Las investigaciones que estudian la epidemiología sobre TCA no sólo indagan sobre los cuadros clínicos, sino también sobre el comportamiento alimentario desajustado y las posibles variables cognitivas asociadas a la percepción de la imagen corporal con el objetivo de detectar los factores de riesgo y los sujetos más vulnerables, tal y como se muestra en la Figura 7.

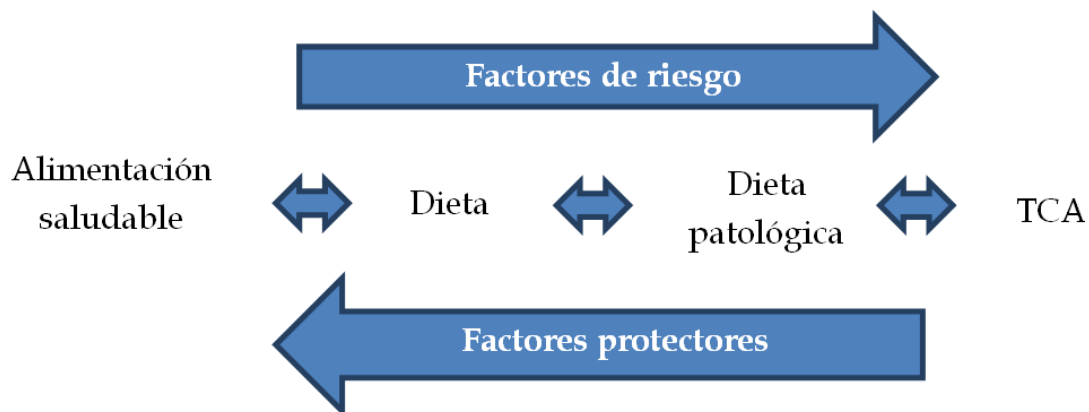


Figura 7. Espectro hacia los TCA. Adaptado de Calado (2011)

A través de diferentes estudios realizados sobre TCA en las últimas décadas, podemos comprobar como estos trastornos han alcanzado especial importancia debido al incremento en el número de casos, la gravedad de los síntomas asociados, la resistencia al tratamiento, la alta comorbilidad psiquiátrica, las múltiples complicaciones orgánicas asociadas y el elevado

riesgo en que se pone a la vida (Peláez-Fernández et al., 2007; Rojo, Linares, Arguis y Félix-Alcántara, 2015; Stice, Becker y Yokum, 2013).

Por otro lado, estas investigaciones, también muestran un elevado aumento en la incidencia y prevalencia de los TCA, aunque debemos señalar que existe discrepancia sobre las causas que provocan este aumento, ya que algunos piensan que es una realidad que se puede apreciar en la población y otros que simplemente se trata de una mejoría en los métodos diagnósticos utilizados en las investigaciones (Chunga, 2016). Respecto a este último aspecto, las investigaciones coinciden en que la mejora en los instrumentos diagnósticos es evidente y esto conlleva a ese aumento en el número de casos diagnosticados, pero se considera que no es el único aspecto o factor que provoca este incremento en la incidencia de los TCA, sino que puede ser debido a diferentes causas que deben ser analizadas.

Por esta razón, a la hora de realizar un análisis sobre los diferentes resultados obtenidos en estas investigaciones, debemos ser prudentes y tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La selección que dicho estudio ha realizado de la muestra objeto de estudio. Debemos tener en cuenta que la mayoría de los estudios se basan, casi exclusivamente en mujeres adolescentes y jóvenes, de raza blanca y occidentales. Por tanto, se deja de lado lo que ocurre en otras edades, en el sexo masculino y en otras culturas (Calado, 2011). Por consiguiente, es complicado extraer conclusiones sobre la población general.
- Los instrumentos que han sido utilizados para obtener los datos. Según Peláez-Fernández et al. (2010) la mayoría de estas investigaciones han utilizado cuestionarios de autoinforme y no entrevistas diagnósticas, por ende, lo que realmente han evaluado ha sido la actitud ante la alimentación, el peso y la figura corporal. La falta de entrevista diagnóstica aporta unos datos a través de los cuales no puede establecerse una cifra de prevalencia de TCA, sino

de población en riesgo de desarrollar el trastorno. Solamente una minoría de estos trabajos utilizan un método fiable de detección de casos, es decir, entrevista diagnóstica según criterios DSM-5.

La mayoría de los estudios realizados en España entre 1990 y 2003 no son propiamente estudios de prevalencia de TCA, ya que, al ser estudios de una fase, sólo pueden señalar población en riesgo, ya que, al no utilizar un instrumento diagnóstico adecuado, no es posible establecer el número real de casos con TCA (Peláez-Fernández et al., 2010).

Aun así, siguiendo a estos autores desde 2003 ha habido una mejora sistemática en los estudios epidemiológicos de TCA, con implantación progresiva de los diseños de doble fase con entrevista diagnóstica tanto a posibles casos como a grupos controles.

- En algunos casos no se establece una diferencia clara entre la pertenencia del trastorno al espectro o continuum del grupo de los trastornos alimentarios mayores o a una entidad independiente (Chinchilla, 1994).
- Los criterios diagnósticos empleados para identificar los casos de TCA han ido cambiando con las diferentes publicaciones del DSM. Así, por ejemplo, la BN no fue incluida como entidad nosológica en los manuales diagnósticos hasta 1980 con la aparición del DSM-III, por tanto, los primeros estudios epidemiológicos de la misma no se iniciaron hasta la década de los ochenta (Fairburn y Beglin, 1990).

Como hemos mencionado anteriormente, los datos varían en función al tipo de metodología utilizada en cada estudio, por tanto, la metodología que parece más acertada según Arrufat (2006) es el estudio en “dos fases”, en la que en una primera fase se realiza un cribado (screening) mediante cuestionarios de síntomas autoaplicados, y en una segunda fase se evalúa clínicamente a través de una entrevista estructurada o semiestructurada a los

individuos que puntúan por encima del punto de corte del cuestionario de cribado (sujetos “a riesgo”), por lo que sólo una submuestra de la muestra total cribada recibe la entrevista diagnóstica.

Por otra parte, aportar también que dentro de los estudios que utilizan la metodología en dos etapas, muy pocos realizan un muestreo aleatorio de las entrevistas a un grupo de participantes que puntúan por debajo del punto de corte del cuestionario de cribado, con lo cual subestiman la prevalencia de los TCA al no tener en cuenta los falsos negativos (Peláez-Fernández et al., 2007). Otro problema es la utilización de diferentes puntos de corte en los cuestionarios de cribado.

Teniendo en cuenta estos aspectos a la hora de analizar los datos obtenidos en los diferentes estudios epidemiológicos sobre TCA, lo cierto es que como consecuencia del aumento de la incidencia en el número de casos, desde los años 70 se han publicado numerosos estudios epidemiológicos en el centro y norte de Europa, Australia, Estados Unidos y Canadá, mientras que en España comenzaron a realizarse estos estudios a mediados de los años 90. A partir de esta fecha, el número de estudios epidemiológicos de TCA en España se ha equiparado con el resto de Europa (Peláez-Fernández, et al., 2010)

Lo que es evidente es el aumento de la prevalencia de los TCA, especialmente en países desarrollados o en vías de desarrollo, mientras que es prácticamente inexistente en países del tercer mundo. Por tanto, el aumento de la prevalencia es atribuible al incremento de la incidencia y a la duración y cronicidad de estos cuadros según estudios como el de Olesti et al. (2008).

Los estudios arrojan datos mediante los que podemos observar que la *prevalencia de riesgo para el desarrollo de un TCA* a nivel internacional oscila entre el 39.7 % de Grecia y Colombia y el 5.8% de México, siendo superior esta prevalencia en mujeres que en hombres (Fragkos y Frangos, 2013; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen y Merikangas, 2011; Martínez-González et al., 2014); Sin embargo, la *prevalencia internacional de TCA* se sitúa entre el 0.5% y

3.5% de la población general (Martínez-González et al., 2014; Preti et al., 2009), concretamente 0.5% y 1% para AN (Rosen, 2010; López y Treasure, 2011; Rome, 2012), entre 1%-2% y 4% para BN (Rosen, 2010; López y Treasure, 2011; Rome, 2012), llegando hasta un 14% en el caso de TANE (Rosen, 2010).

Volviendo a lo mencionado anteriormente respecto a que las cifras pueden variar en función de qué criterios diagnósticos se utilicen (Preti et al., 2009), la publicación del DSM-5 (APA, 2013), 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 (Smink, Van Hoeken y Hoek, 2013). Según el DSM-5 (APA, 2013), la prevalencia de AN en población general de mujeres es de 0.5%, tratándose de una enfermedad eminentemente femenina, con una distribución de 9 mujeres por cada varón.

Siguiendo a Peláez-Fernández et al. (2007) como conclusiones a cerca de la evolución y el alcance de los TCA en las últimas décadas extraídas de las diferentes investigaciones llevadas a cabo en Norteamérica y Europa sobre población general, señalamos las siguientes:

- a) El perfil sociodemográfico de la población en riesgo de padecer TCA es el de mujeres adolescentes y jóvenes de países desarrollados (es decir, EEUU, Japón y Europa Occidental).
- b) De 90 a 95% de los afectados por TCA son mujeres.
- c) En cuanto a la edad, la franja etaria para el comienzo de AN y BN se sitúa entre los 15 y los 25 años (Calado, 2011).
- d) La anorexia nerviosa era un trastorno prácticamente inexistente hasta el decenio de 1970-79, pero en los últimos 30 años se ha incrementado su incidencia en EEUU y Europa Occidental, alcanzando actualmente una tasa media de prevalencia de 1/100 000 en población general y de 0.5% en mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales.

- e) La distribución en función del tipo de TCA en los países occidentales es muy similar, siendo los menos frecuentes los casos mixtos de pacientes con sintomatología de AN y BN, seguidos de AN, a continuación, la BN y, con una frecuencia mucho mayor, los casos de TCANE que afecta aproximadamente al 3% de las mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales (Figura 8).

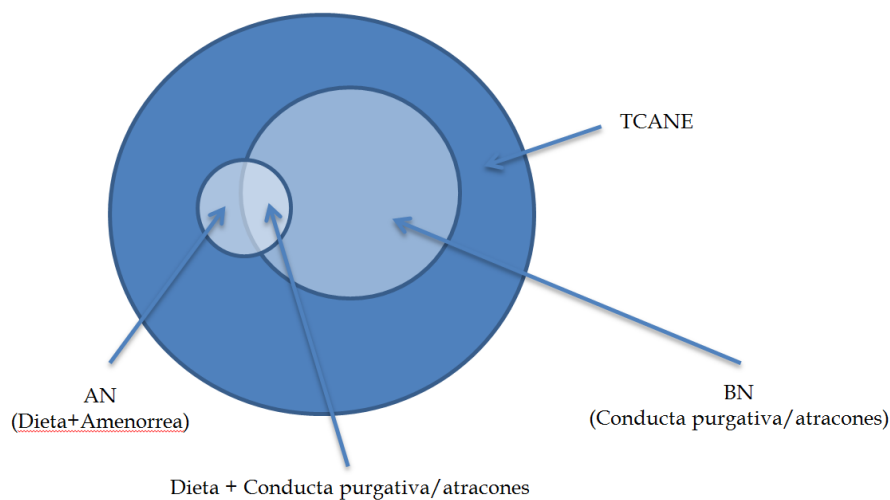


Figura 8. Representación esquemática de la prevalencia internacional de los distintos TCA. Adaptado de Peláez-Fernández, et al., (2007)

- f) Los estudios sobre BN, muestran que en los últimos 30 años se ha producido un incremento de tres a cinco veces en las tasas de prevalencia en el caso de la bulimia, con lo que ahora afecta de 1 a 3% de las mujeres adolescentes y jóvenes de los países occidentales.

Centrándonos en la prevalencia de TCA a nivel nacional, la siguiente Tabla recoge algunos de los estudios más representativos llevados a cabo en los últimos 15 años tanto en hombre, como en mujeres. Se han recogido datos respecto a la prevalencia de la población en riesgo de desarrollo y la prevalencia real de TCA.

En esta Tabla 13 podemos observar el evidente aumento de la incidencia tanto de la AN como de la BN a lo largo de las últimas décadas en nuestro país.

Tabla 13. Análisis de los estudios de prevalencia realizados en España (1989-2015)

Estudio	Muestra	Edades	Criterio/ Instrumentos	Riesgo TCA	Diagnóstico TCA
Álvarez-Malé et al. (2015) Gran Canaria	Estudiantes N=1342 736♀ 606♂	12-20 años ($\bar{x}$ =15.0)	EAT-40 Entrevista clínica semiestructurada (EDE)	TCA: 33%♀ 20.6%♂	TCA=4,11 % 5.46%♀ 2.55%♂ AN= 0.19% BN=0.57% TCANE=3.34% %
Martínez-González et al. (2014) Vigo, Jaén, Granada, Salamanca, Huelva y León	Estudiantes N=1306 953♀ 353♂	17-30 años ($\bar{x}$ =19.8 ♀) ($\bar{x}$ =19.9 ♂)	SCOFF	TCA=19,5% 21.2%♀ 15.0%♂	
Jiménez et al. (2013) Murcia	Estudiantes N=64 33♀ 31♂	12-15 años	EAT-26	TCA=11.5%	
Cruz-Sáez et al. (2013) Guipúzcoa y Navarra	Estudiantes N=767♀	16-20 años ($\bar{x}$ =17.5)	EDI-2	TCA=15.1% AN= 1.7% Atracón=10.7% AN y Atracón= 2.7%	
Pamies (2011) Alicante	Estudiantes N=2.142 1.012♀ 1.130♂	12 - 16 años ($\bar{x}$ =13.96)	IMC EAT-40	TCA= 11,2% 7.79% ♀ 3.34%♂	
Cancela y Ayán (2011) Vigo	Estudiantes N= 258♀ (Grupo M) magisterio 98 (Grupo F)	Grupo M $\bar{x}$ =21.07 Grupo F $\bar{x}$ =20.22 Grupo E	EAT-40	TCA Grupo M= 19.4% Grupo F= 13.2% Grupo E= 15.3%	

	fisioterapia 73 (Grupo E) enfermería 87	$\bar{X}=21.54$			
Veses et al. (2011) Madrid	Estudiantes N=195 97♀ 98♂	13-18 años ($\bar{X}=13.3$)	SCOFF	TCA : 20.9% 24.7% ♀ 17.3% ♂	
Rojas y Ruíz (2011) Granada	Estudiantes N= 686 317♀ 369♂	11-17 Años ($\bar{X}=13.93$)	EDI-2	TCA 24%♀ 12.46%♂	TCA : 4.98% ♀ 2.48% ♂
Ruiz-Lázaro (2010) Zaragoza	Estudiantes N= 701 340♀ 361♂	12-13 años ($\bar{X}=12.40$)	EAT-26	TCA 10.3%♀ 7.8%♂	TCA 1.5%♀ 0%♂ TCANE: 0.7%
Mateos-Padorno et al. (2010) Gran Canaria	Estudiantes N= 1364 340♀ 361♂	12-17 años ($\bar{X}=14.73$)	EAT-40	TCA 13.4%: 14.5%♀ 11.6%♂	
Gómez et al. (2010) Murcia	Estudiantes N=128 97♀ 31♂	18-40 Años ($\bar{X}=21.81$)	EAT-26	TCA 18.8%	
Babio et al. (2009) Tarragona	Estudiantes N= 425 329♀ 96 ♂	12-18 años ($\bar{X}=14.2$)	IMC EAT-40	TCA 14.32%	
Jáuregui et al. (2009) Sevilla	Estudiantes N= 318 168♀ 150♂	12-18 años ($\bar{X}=14.41$)	EAT-40	TCA 9.43% 15.47%♀ 2.66%♂	
Sepúlveda et al. (2008)	Estudiantes N= 2551	18-26 años ($\bar{X}=21.8$)	EDI-2 BSQ	TCA : 17.6 % 20.8%♀	

Madrid	1620♀ 743♂		RSE SCL-90-R	14.8%♂		
Imaz et al. (2008) Valladolid	Estudiantes N= 3434	12-18 años	EDI-2		TCA:3.8% AN:0.56% BN 0.35% TCANE: 2.83%	♀=6.43% AN= 1.09% BN=0.77% TCANE=4.32% ♂=1.70% AN= 0.11% BN=0.00% TCANE=1.59%
Olesti et al. (2008) Tarragona	Estudiantes N=551♀	12-21 años ($\bar{X}$ =17.6)	EAT-40 BAT CIMEC		AN 0.9% BN 2.9% TCANE 5.3%	
Calado (2011) España	Estudiantes 568♀ 547♂	14-18 años	EAT-26		TCA 13.6% ♀ 6.6% ♂	
Peláez-Fernández et al. (2007) Madrid	Estudiantes N= 1545 918 ♀ 627♂	12 – 21 años	EAT-40 EDE-Q		TCA: 3.43%: 5.34%♀ 0.64%♂	♀ AN 0.33% BN 2.29% TCANE 2.72% % ♂ AN 0.00% BN 0.16% TCANE 0.48% %
Gil et al. (2007) Andalucía	Estudiantes N= 1.667 836♀ 805♂	12 – 16 años	EAT-26		TCA 11%	
González-Juárez et al. (2007) Madrid	Estudiantes N= 2.195 1.120♀	12 – 18 años ($\bar{X}$ =14.76)	EAT-26		TCA 8.8% 11.8%♀ 4.6%♂	

	1.067 ♂					
Muro-Sans y Amador-Campos (2007) Barcelona	Estudiantes N= 1155 ♀= ♂=	10 - 17 años	EDI-2 EDE-12		TCA 1.28%	2.31% ♀ 0,17% ♂
Arrufat (2006) Barcelona	Estudiantes N= 2280 1133 ♀ 1147 ♂	14 - 16 años ($\bar{x}$ =15.5)	EAT-26	TCA 16.1% ♀ 2.2 % ♂	TCA 1,9% 3.49% ♀ 0.27% ♂	♀ AN 0.35%, BN 0.44% TCANE 2.7% ♂ AN 0.0%, BN 0.09% TCANE 0.18%
Linde (2006) Murcia	Estudiantes N= 2005 1054 ♀ 951 ♂	12 -17 años ($\bar{x}$ =15.5)	EDI-2 EAT-40	TCA 6.28%	♀ AN 0.85% BN 2.56% TCANE 5.81%	♂ AN 0% BN 0.11% TCANE 2.84%
Vega et al. (2005) Castilla y León	Estudiantes N= 2483 1260 ♀ 1220 ♂	12-18 años	EAT-40	TCA 7.8% 12.3% ♀ 3.2% ♂		
Lahortiga-Ramos et al. (2005) Navarra	Población general 2509 ♀	13-22 años	EAT-40 EDI DSM-IV		TCA 4.8%	AN 0.3% BN 0.3% TCANE 4.2%
Gandarillas et al. (2003) C. Madrid	Estudiantes 1354 ♀	15-25 años	EDI-I EAT-26	TCA 7.6% ♀	TCA: 3.7%	AN: 0.6% ♀ BN:0.6% ♀ TCANE: 2.1% ♀
Rojo et al. (2003) C. Valenciana	Estudiantes 544 ♀ y ♂	12-18 años	EAT-40	TCA 10.7% ♀ y ♂	TCA: 5.17% ♀ 0.77 ♂	AN: 0.45% ♀ y 0% ♂ BN:0.41% ♀ y 0% ♂ TCANE: 4.72% ♀ y 0.77% ♂
Lameiras et al. (2003)	Estudiantes	Universitarias	EDI-I	TCA 6,4%		

Galicia	298♀ 157♂					
Ballester et al. (2002) Girona	Estudiantes N= 955 480♀ 475♂	14-19 años	EAT-40	TCA 16.3% ♀ 0.4% ♂		
Rodríguez, Novalbos, Ruiz, Fernández y Jiménez (2001) Cádiz	Estudiantes N= 491♀ y ♂	14-18 años	Instr. propio	AN 16.3% BN 17.1%		
Pérez-Gaspar et al. (2000) Navarra	Estudiantes 2862♀	12-21	EDI-I, EAT-40	TCA 11.1% ♀	TCA: 4.1% ♀	AN: 0.3%♀ BN:0.8% ♀ TCANE: 3.1% ♀
Martínez et al. (2000) Gijón	Estudiantes N= 860 430♀ 430♂	14-22 años	EAT-26	AN 12.8% ♀ 1.8% ♂		
Gandarillas y Febrel (2000) Madrid	Estudiantes 2259♀ 1776♂	15-20 años	EDI-I	15.3% ♀ y 2.2% ♂		
Sáiz et al. (1999) Asturia	Estudiantes N= 816 401♀ 415♂	13-21 años ($\bar{x}$ =15,91)	EDI-I	TCA: 7.7% ♀ 1.1% ♂		
Morandé et al. (1999) Madrid	Estudiantes N= 1281 724♀ 557♂	13-16 años ($\bar{x}$ =15.05)	EDI-I	TCA: 31.2% ♀ 12% ♂		AN: 0.7%♀ y 0%♂ BN:1.2%♀ y 0.4%♂ TCANE: 2.8%♀ y 0.5%♂
Ferrero (1999) Valencia	Estudiantes N=1958 1227♀	14-21 años	EAT-40, BITE	TCA: AN: 16.21%♀		

	731♂				3.3%♂ BN: 2.93%♀ 0.82%♂	
Ruiz-Lázaro et al. (1998) Zaragoza	Estudiantes N=4048 2194♀ 1854♂	12-18 años	EAT-40, EDI-I	TCA: 16.32%♀ 3.3%♂	TCA: 4.51%♀	AN: 0.14%♀ BN: 0.55%♀ TCANE:3.8%♀ (chicos no entrevistados)
Canals et al. (1997) Reus	Estudiantes N=290 152♀ 138♂	17-18 años	EAT-40	TCA: 24.9%♀ 14.5%♂	TCA: 2.6♀ y 0%♂	AN: 0.6♀ y 0%♂ BN: 0.6♀ y 0%♂ TCANE:1.3♀ y 0%♂
Toro et al. (1989) Barcelona	Estudiantes N=1554 706♀ 848♂	12-19 años	EAT-40	TCA: 9.8%♀ 1.2%♂		

Nota:

Símbolos: ♂: Hombre; ♀Mujer; $\bar{x}$ = Media.

Abreviaturas: AN: Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa; N: tamaño muestra; TCA: Trastorno Comportamiento Alimentario; TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.

Instrumentos: EAT-26: Eating Attitud Test 26 (Garner et al., 1982); EAT-40: Eating Attitud Test-40 (Garner y Garfinkel, 1979; Castro et al. 1991); EDI: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-2 (Garner, 1998).

Como podemos observar en la Tabla, en los estudios de una única fase, en los que se miden el riesgo en TCA en población general encontramos cifras de prevalencia que oscilan entre el 20,9% según el estudio llevado a cabo por Veses et al. (2011) en la Comunidad de Madrid y el 6,3% obtenido por Linde (2006) en Murcia. En ambos estudios se analiza el riesgo de TCA en la población adolescente y jóvenes de ambos sexos.

Estos datos varían en función del sexo. Álvarez-Malé et al. (2015) señalan una prevalencia ante el riesgo de presentar un TCA del 33% en una población de estudiante jóvenes de Gran Canarias, mientras que Gandarillas et al. (2003) obtienen una prevalencia del 7.6% sobre una muestra de mujeres estudiantes jóvenes de la Comunidad de Madrid.

Por otro lado, las cifras de prevalencia en estudios de una fase para varones también varían dependiendo del estudio, oscilando entre el 20.6% (Álvarez-Malé et al., 2015) y el 0.4% (Ballester et al. 2002).

Centrando nuestra atención en los estudios llevados a cabo en dos fases, se detecta un amplio rango de variación en relación a la prevalencia, que puede atribuirse tanto a las dificultades metodológicas generales inherentes a este tipo de estudios (Peláez-Fernández et al., 2007) como a los problemas metodológicos de los que adolecen algunos de los trabajos citados.

En el estudio de Lahortiga-Ramos et al. (2005) realizado sobre población general de ambos sexos se obtiene una prevalencia de 4.8%, mientras que en el estudio de Muro-Sans y Amador-Campos (2007) en el cual se analiza una muestra de estudiantes de ambos sexos, la prevalencia obtenida es del 1.3%. En cuanto a las diferencias de prevalencia por sexos las cifras oscilan entre el 5.5% (Álvarez-Malé et al., 2015) y el 1.5% (Ruíz-Lázaro, 2010) en mujeres y el 2.5% (Álvarez-Malé et al., 2015) y el 0% en hombres (Canals et al., 1997).

En estos estudios de dos fases la prevalencia para AN en mujeres se sitúa entre el 1.1% en el estudio de Imaz et al. (2008), hasta el 0.3% en la investigación llevada a cabo por Peláez-Fernández et al. (2007). En referencia a los varones la

prevalencia en AN se sitúa entre el 0.1% (Imaz et al., 2008) y el 0% que es el resultado que más se repite en los diferentes estudios que se reseñan en la Tabla. La BN en mujeres oscila entre el 2.9% (Olesti et al., 2008) y el de 0.3% (Peláez-Fernández et al., 2007) y en varones entre el 0.4% (Morandé et al., 1999) y el 0% (Canals et al., 1997; Rojo et al., 2003).

Como podemos observar en la Tabla los TCANE son los cuadros más prevalentes en población adolescente y juvenil con unas tasas de prevalencia que oscilan entre el 3.3% (Álvarez-Malé et al., 2015) y el 0.7% (Ruíz- Lozano et al., 2010). De la misma forma si analizamos los resultados de prevalencia por sexos, las mujeres alcanzan índices de prevalencia que va desde el 5.8% (Linde, 2006) al 1.3% (Canals et al., 1997). En cuanto la prevalencia en hombres, este trastorno tiene una prevalencia de 2.8% (Linde, 2006) a 0% (Canals et al., 1997).

Como conclusión a los datos reflejados en la Tabla, podemos decir que en España se estima que aproximadamente entre el 1% y el 4.7 % de las adolescentes desarrollan alguno de los cuadros incluidos en los TCA (Álvarez-Malé et al., 2015; Arrufat, 2006; Peláez-Fernández et al., 2007; Gandarillas et al., 2003; Imáz et al., 2008; Rojas y Ruíz, 2011; Ruíz- Lázaro, 1998; Morandé et al., 1999; Muro-Sans y Amador-Campos 2007; Pérez-Gaspar et al., 2000), datos que convergen con los estudios internacionales.

Según Behar, Arriagada y Casanova (2005) la incidencia máxima la encontramos en mujeres de entre 15-25 años. Un aspecto a tener en cuenta, tal y como especifican Gorey (1998), es que la mayoría de los casos de AN se diagnostican durante la adolescencia, y son poco frecuentes los casos que se inician en la edad adulta. Sin embargo, la BN y los TCANE comienzan durante el paso de la adolescencia a la vida adulta, ya que se mantienen ocultos durante años, con las repercusiones que implican para la salud mental y física de estas mujeres.

Otro dato importantes respecto a la incidencia de los TCA, es que diferentes estudios muestran que los pacientes con TCA poseen mayor

incidencia de trastornos afectivos que la población general, con una mayor prevalencia de depresión mayor, siendo la población con mayor riesgo la formada por atletas, modelos, deportistas, aquellos con antecedentes familiares de TCA o con antecedentes de obesidad en la niñez, historia de abuso sexual, de maltrato, antecedentes de depresión y alexitimia (Staudt y Rojo, 2006).

En la última década, especialmente desde el 2003 ha habido una mejora sistemática en los estudios epidemiológicos de TCA, con implantación progresiva de los diseños de doble fase con entrevista diagnóstica tanto a posibles casos como a grupos controles. Todas estas fuentes establecen una ratio de prevalencia de TCA de 1 a 9 en varones respecto a mujeres.

CAPÍTULO IV

ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS Y DE LA PERSONALIDAD RELACIONADOS CON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Diversos estudios relacionan los TCA a diferentes factores psicológicos, tales como ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de control de impulsos, realización de dietas inadecuadas y preocupación por el cuerpo, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima (Álvarez-Moya, et al., 2007; Bay et al., 2005; Fernández-Aranda et al., 2008; Roberts, Tchanturia, Stahl, Southgate y Treasure, 2007).

Son numerosos los estudios que buscan establecer una relación entre los rasgos de personalidad y los TCA. Por ejemplo, existen diversas investigaciones en las cuales se demuestra que antes de que se desarrolle un TCA, podemos encontrar en el sujeto problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social. (Martínez, Lamotte y Unikel, 2011; Behar, 2010b; Kluck, 2010).

Por otro lado, encontramos investigaciones cuyo objeto de estudio es establecer conexiones entre diferentes psicopatologías y TCA. Por ejemplo, Álvarez-Malé et al. (2015) y Behar, Barahona, Iglesias y Casanova (2007) concluyen que los TCA se caracterizan, entre otras cosas, por el riesgo de desarrollar una depresión y trastornos de ansiedad.

Como ya señalamos en el capítulo II, se consideran factores que influyen en el desarrollo y mantenimiento de los TCA la ansiedad y la depresión (Montenegro, Blanco, Almengor y Pereira, 2012; Pineda-García, Gómez-Peresmitré, Platas y Velasco (2017).

Así, Quiroga y Cryan (2002) realizaron un estudio en mujeres de entre 18 y 35 años y concluyeron que entre el 40%-96% de todas las personas con trastornos alimenticios experimentan depresión o trastornos de ansiedad. Afirman que aquellas personas que padecen de trastornos emocionales, como

depresión, trastorno obsesivo compulsivo, y trastornos de ansiedad, presentan mayor riesgo para el desarrollo de un TCA.

4.1. PSICOPATOLOGÍAS EN LOS TCA

Diversas investigaciones han mostrado que es frecuente la existencia de rasgos psicopatológicos en las personas con TCA (Álvarez-Moya et al., 2007; Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh y Treasure, 2003; Fernández-Aranda et al., 2008; Roberts et al., 2007). Estos hallazgos han llevado a especular que diferentes síntomas psicopatológicos como ansiedad, depresión, abusos de sustancias, impulsividad y dificultad para regular los estados afectivos pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de TCA (Johnson, Cohen, Kotler, Kaseny Brook, 2002)

Fernández-Delgado y Jáuregui-Lobera (2016), afirman en sus estudios que los distintos tipos de TCA parecen compartir un importante número de características o factores psicológicos y psicopatológicos.

Onnis (2016) concluye que como consecuencia del propio estado de inanición, en las personas que presentan AN, pueden aparecer otros síntomas como distimia, irritabilidad, rumiaciones y rituales obsesivos sobre la comida, aislamiento social, etc.

Por otro lado, se ha demostrado que existen diferencias en la sintomatología psicopatológica según el tipo y subtipo de TCA (Behar y Arancibia, 2013). Tanto en el caso de la AN subtipo purgativo y BN existen mayores niveles de psicopatología en depresión, irritabilidad, ansiedad y conducta antisocial (abuso de sustancias y robos) en comparación con los pacientes con AN restrictiva, es decir, que la sintomatología bulímica agrava la psicopatología (Onnis, 2016).

En la BN es frecuente la presencia de ansiedad, depresión, irritabilidad, conductas adictivas, mal control de impulsos, e ideaciones suicidas agudizadas en los momentos de episodios bulímicos (Onnis, 2016).

Se pueden encontrar diferencias en la sintomatología según el subtipo de BN, el subtipo purgativo presenta mayor grado de distorsión de la imagen corporal, mayor deseo de delgadez, más patrones alimentarios anómalos y mayores niveles de psicopatología (sobre todo en depresión, obsesiones y ataques de pánico), que el subtipo no purgativo (Martinussen et al., 2016).

La distorsión de la imagen corporal es una característica esencial de la AN y BN, caracterizada por una sobrestimación del tamaño, una idea sobrevalorada de la delgadez y una insatisfacción con el propio cuerpo (Montero, Morales y Carbajal, 2004; Moreno y Ortiz, 2009). A su vez la imagen corporal se asocia con variables como autoestima, ansiedad, depresión, comportamiento sexual y calidad de vida (Vellisca, Orejudo y Latorre, 2012).

4.1.1. Ansiedad y TCA

Tal y como ya hemos comentado anteriormente, diferentes estudios afirman que la ansiedad es un rasgo común en las pacientes con TCA (Brytek-Matera, 2008; Pineda-García et al., 2017), e incluso se ha llegado a aseverar que los trastornos de ansiedad son la morbilidad más padecida por las personas con trastorno alimentario (Preti et al., 2009).

Diferentes investigaciones han encontrado que mujeres diagnosticadas con TCA obtienen puntuaciones más elevadas en ansiedad que aquellas sin TCA (Solano y Cano, 2012; Swinbourne et al., 2012). En concreto, Solano y Cano (2012), realizan un estudio en mujeres jóvenes españolas diagnosticadas con TCA, obteniendo puntuaciones altas de ansiedad, y concluyen que las personas con TCA muestran puntuaciones de ansiedad más elevadas que una muestra sin patología alimentaria y que las altas puntuaciones en ansiedad en mujeres jóvenes aumentan considerablemente la probabilidad de desarrollar un TCA.

Aunque se debe tener en cuenta, tal como concluyen Becker, DeViva y Zayfert (2004) o Egan et al. (2013), que la ansiedad no solo es un predictor directo de la patología alimentaria en pacientes con TCA, sino que también actúa como un factor mediador del efecto predictivo del perfeccionismo.

En muestra no clínica, también se han encontrado evidencias de la existencia de una asociación positiva entre la ansiedad y la sintomatología de TCA o el riesgo de desarrollarlos (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters, 2004; Mérida y López, 2013; Montenegro et al., 2012; Pineda-García et al., 2017). En concreto, Pineda-García et al. (2017) concluyen que niveles altos de ansiedad son riesgo de TCA, ya que la ansiedad genera comportamiento bulímico, representando en la comida la forma de "aliviar" la ansiedad. Estos autores consideran que el grado de ansiedad es un predictor directo del riesgo de bulimia y anorexia y que existe una relación lineal entre ansiedad y riesgo de bulimia, esto es: a mayor ansiedad mayor riesgo. En su estudio, los hombres presentan una tendencia muy parecida, la diferencia radica entre los grupos leve y moderado cuyas medias de riesgo son prácticamente iguales.

Por su parte, Mérida y López (2013) realizaron un estudio en el que relacionaron los TCA con niveles de ansiedad en una muestra de 1.173 estudiantes, (617 mujeres y 556 varones) obteniendo como resultados una prevalencia de ansiedad moderada del 42.2%, severa del 6.8% y en grado máximo del 1.1%. La correlación de Pearson entre los TCA y la ansiedad mostró que el 54% de casos con diagnóstico de TCA tenían ansiedad.

En el caso específico de la AN en relación con la ansiedad, Toro y Vilardell (1987) mencionan que la ansiedad se genera debido a la preocupación por la figura física, donde se desarrolla "la fobia al sobrepeso real o supuesto, con todas la consecuencias de su generalización" (p. 45), de tal forma que la valoración cognitiva distorsionada es la que originará la ansiedad pues "se trata de un pensamiento, un juicio, un hecho cognitivo, que desencadena una ansiedad suficientemente intensa para tomar una decisión radical de disminuir drásticamente la alimentación" (Toro y Vilardell, 1987, p. 45).

Por su parte Meier et al. (2015), señalan que las mujeres con AN están constantemente ansiosas, tanto por su figura y peso, como por su alimentación.

Por su parte, Kaye et al. (2004) muestran que la ansiedad es uno de los factores de riesgo para desarrollar TCA, ya que los trastornos de ansiedad generalmente se inician en la infancia (14 años), antes de que se inicie el TCA (a los 17 aproximadamente), apoyando la hipótesis de que los primeros son un factor de riesgo para los segundos.

En esta misma línea, Borda, Celemín, Celemín, Palacio y Majul (2015) realizan un estudio sobre muestra de 507 estudiantes de entre 14 y 18 años, cuyos datos arrojaron que en la población con riesgo de bulimia el 56% tenía ansiedad, el 53 % depresión, el 34.8 % estrés, el 33.3 % autoestima media y baja y el 53% insatisfacción con su imagen corporal.

En resumen, podemos comprobar a través de cualquiera de estos estudios que la presencia de ansiedad, representa un factor de riesgo para el desarrollo de una TCA. Por tanto, la ansiedad juega un papel importante tanto como factor precipitante, como factor mantenedor en los TCA.

4.1.2. Depresión y TCA

Diferentes estudios internacionales han demostrado que existe una alta tasa de depresión en pacientes con TCA (Behar et al., 2007; Blinder, Cumella, y Sanathara, 2006; Chinchilla, 2003; Gadalla y Piran, 2008; Hernández-Cortés y Londoño, 2013; Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci, 2009).

Behar et al. (2007), encontraron que el riesgo de desarrollar una depresión de moderada a severa era 23.7 veces mayor en mujeres que presentaban TCA que en aquellas sin desórdenes alimentarios.

Sin embargo, debemos señalar que aunque en estos estudios la mayor parte de la población tiene algún nivel de riesgo de padecer TCA y éste parece estar asociado con la depresión, se encuentra también un grupo numeroso de

ellos que no tienen síntomas depresivos importantes. Por ello no es posible concluir que siempre que hay alto riesgo de TCA exista depresión y viceversa (Hernández-Cortés y Londoño, 2013). Por tanto, podría pensarse que la depresión es un factor que puede agudizar algunos síntomas de TCA como: baja autoestima, aislamiento social, distorsión de la imagen corporal; y a su vez, los TCA pueden tener un efecto similar sobre la depresión en los mismos síntomas.

Existe una clara controversia en cuanto a la asociación predictiva entre TCA y depresión (Vega et al., 2009). Para unos la depresión precede al desarrollo de un TCA (Cooley y Toray, 2001; Johnson et al., 2002; Stice, Presnell y Spangler, 2002), otros sostienen la hipótesis inversa, los TCA son previos a la depresión (Stice, Hayward, Cameron, Killen y Taylor, 2000; Stice y Bearman, 2001) y un tercer grupo afirma que se trata de dos trastornos que comparten factores etiológicos y por ello en muchos casos coexisten (Boujut y Gana, 2014; Zaider, Johnson y Cockell, 2002).

En relación a esta controversia, hay estudios que siguiendo la primera hipótesis, señalan que los síntomas de depresión continúan tras la recuperación de un TCA (Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Holtkamp, Müller, Heussen, Remschmidt y Herpertz-Dahlmann, 2005), y otros más afines a la segunda hipótesis, indican que cuando mejoran o se recuperan del TCA, también lo hacen de la depresión (Wentz, Gillberg, Gillberg y Råstam, 2001).

Por otra parte, hay investigaciones que se han centrado en indagar quiénes eran más propensas a la depresión y/o al suicidio, si las pacientes anoréxicas o las bulímicas (Vega et al., 2009). Así, encontramos que en la BN, es frecuente encontrar depresión, adicciones y uso de sustancias químicas, mientras que la AN parece estar más asociada a ansiedad, fobias y trastorno obsesivo-compulsivo (Franco-Paredes, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, López-Aguilar y Álvarez-Rayón, 2005; Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto y Tatarelli, 2004; Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen y Koivisto, 2005; Vega et al., 2009).

Tanto Herzog, Keller, Sacks, Yeh y Lavori (1992), como Strober y Katz (1987), en sus investigaciones obtienen resultados con los que concluyen que los pacientes con TCA presentan alta prevalencia de depresión. Por su parte, Halmi (2003) sostiene que las personas con BN presentan conductas depresivas y elevada ansiedad, con falta de asertividad y con una deficiente imagen corporal, en mayor grado que las AN.

En esta misma línea, Blinder et al. (2006) afirman en un estudio realizado con pacientes con TCA que el 94% de estas pacientes presentaban comorbilidad con trastornos en el estado de ánimo, en mayor medida con depresión unipolar.

Estudios más recientes también confirman esta comorbilidad depresiva en pacientes con TCA. En el estudio llevado a cabo por Behar et al. (2007), se muestra un nivel más elevado de depresión severa en el grupo con TCA que en el sin TCA, siendo 23,7 veces mayor el riesgo de depresión moderada a severa en las con TCA que en las sin TCA.

Por último, señalamos el estudio de Baader et al. (2014) donde comprobaron que aquellas personas con algún tipo de depresión presentan más síntomas asociados a los TCA, en comparación con aquellos que no presentan síntomas depresivos y sí muestran algún tipo TCA. También encontraron que la depresión se encuentra en mayor proporción en la BN, que en la AN.

4.2. PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La personalidad da cuenta de las diferencias individuales en los patrones característicos de pensamiento, sentimiento y comportamiento (Kazdin, 2000). Al hablar de personalidad debemos hacer referencia a Allport (1961), del cual surge la definición desarrollada por Martínez (2002) el cual refería que la personalidad son las cualidades que guían el comportamiento y adaptación al medio, de las cuales aproximadamente la mitad, se explican por factores genéticos, o lo que es lo mismo, el temperamento se corresponde con las formas

de responder al medio ambiente determinadas genéticamente y que, en combinación con la experiencia, constituyen la base para el posterior desarrollo de los rasgos de personalidad.

Para Pérez-García y Bermúdez (2011) “la personalidad incluye una serie de elementos (rasgos o disposiciones), relativamente estables a lo largo del tiempo, y consistentes de unas situaciones a otras, que explican el estilo de respuesta de los individuos” (p. 30). Sin embargo también afirman que en el concepto de personalidad asimismo se asume la posibilidad de cambio, tanto por los contextos sociales como por las etapas del desarrollo evolutivo, lo que implica un cambio para adaptarse a las relaciones interpersonales y a la salud.

Existen diferentes modelos teóricos que explican la personalidad, siendo algunos de los más extendidos el modelo de los Cinco Grandes, el modelo de Millon, el de Cattell o el de Eysenck.

El *Modelo de los Cinco Grandes Rasgos o Factores* es uno de los modelos más notables en el estudio de la personalidad en los últimos años dentro de los modelos de rasgo. Son muchos los investigadores que coinciden en que este modelo tiene la estructura adecuada para la descripción de la personalidad. El modelo de McCrae y Costa (1999) plantea que existen cinco rasgos de personalidad de orden superior “neuroticismo”, “extraversión”, “apertura”, “amabilidad” y “responsabilidad” y que cada uno de estos factores está compuesto a su vez por diferentes facetas más específicas, lo que permite un análisis más detallado de la personalidad y ayuda a la interpretación de los perfiles.

Para estos autores, su modelo se basa en que la personalidad se puede definir en cinco áreas que incluyen subáreas relacionadas entre sí, que las diferencias individuales de la personalidad tienen una base genética y son estables, y que la personalidad de un sujeto puede definirse de acuerdo a las puntuaciones en las cinco dimensiones generales.

En la siguiente Figura se definen cada uno de los factores que conforman el Modelo de los Cinco Grandes Factores (Figura 9).

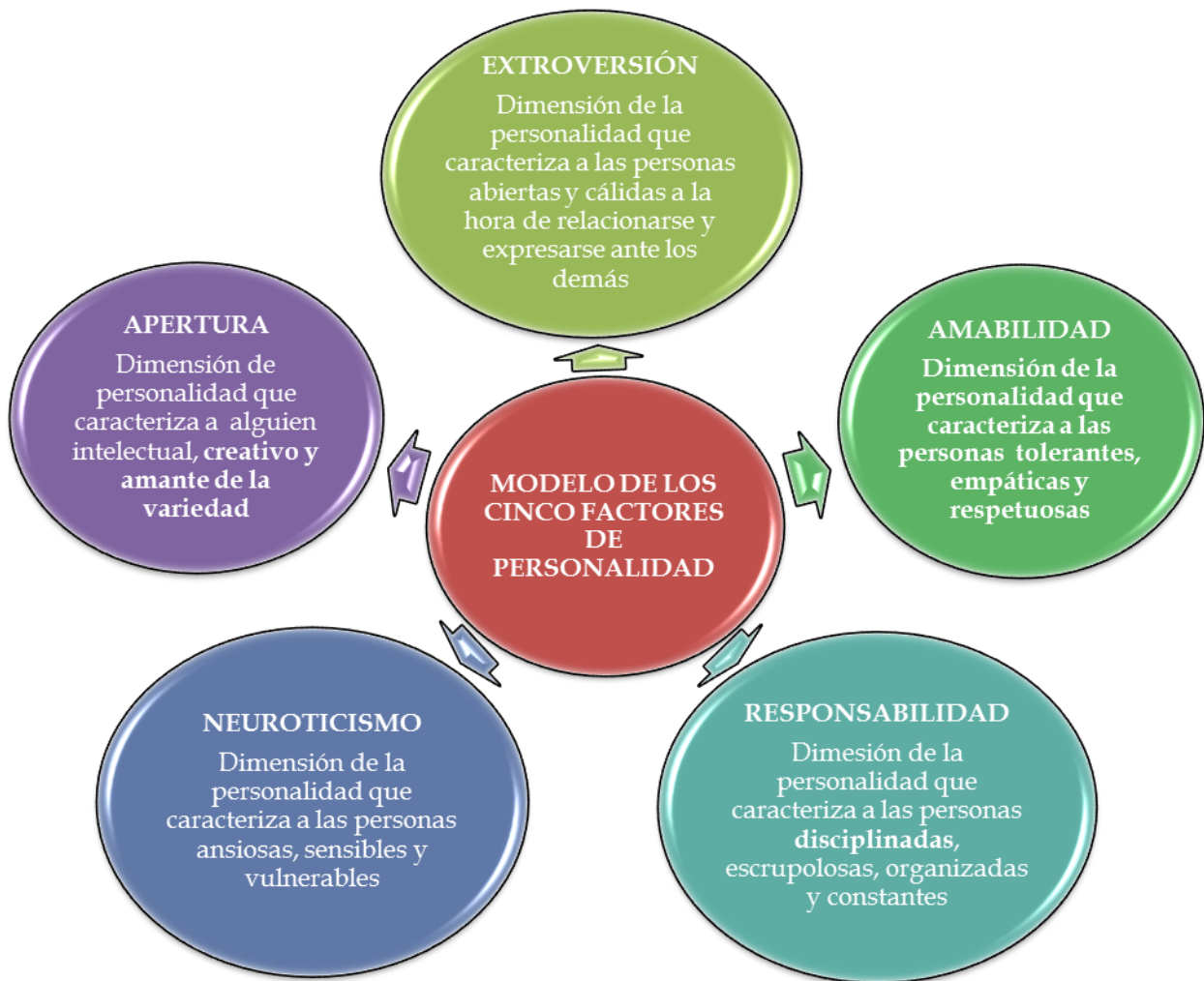


Figura 9. Modelo de los Cinco Grandes Factores. Adaptado de McCrae y Costa (2003)

Diversos estudios han intentado analizar la relación entre personalidad y TCA, intentando aclarar cuáles son los rasgos de personalidad que están presentes de manera premórbida (rasgo), frente a los que son consecuencia de haber tenido TCA (estado) (Kim y Lennon, 2007).

Así, los diferentes modelos conceptuales, a través de los cuales se intenta explicar las distintas formas en que la personalidad podría estar relacionada con los TCA, muestran que éstas pueden ser consideradas como un factor predisponente, como una complicación, como una influencia o como una

entidad independiente del trastorno de la conducta alimentaria. La ausencia de estudios prospectivos a largo plazo no ha permitido esclarecer esta incógnita (Caramillo, Khan, Collier y Echevarria, 2015).

Actualmente las diferentes investigaciones que estudian el papel de los factores de personalidad en los TCA se basan en su mayoría en el modelo conceptual de los Cinco Grandes (McCrae y Costa, 1999), descrito anteriormente. En relación a estos cinco factores se basan las diferentes investigaciones en las que se busca la relación entre personalidad y TCA.

Así, Cassin y von Ranson (2005) consideran que la personalidad está implicada en la aparición, expresión y mantenimiento de los TCA. En sus estudios encontraron, tanto en AN como en BN, elevados niveles de perfeccionismo, rasgos obsesivo-compulsivos, neuroticismo, emocionalidad negativa y evitación del daño junto con baja autodirectividad y cooperatividad. Concluyeron que las pacientes con BN presentan mayor búsqueda de novedad e impulsividad que las pacientes con diagnóstico de AN.

En consonancia con estos resultados se encuentran los obtenidos por García-Palacios, Rivero y Botella (2004), quienes hallaron que pacientes con TCA puntúan más alto que los controles en la dimensión de neuroticismo y más bajo que ellos en extraversión y amabilidad.

Decir que la relación entre un elevado *neuroticismo*, *perfeccionismo* y los TCA es uno de los hallazgos más consistente en la literatura (Claes, Vandereycken, Vandeputte y Braet, 2013; García-Palacios et al., 2004; MacLaren y Best, 2009; Podar, Jaanisk, Allik y Harro, 2007). Estudios como los de Bulik et al. (2006) y Lilenfeld, Wonderlich, Lawrence, Crosby y Mitchell (2006) apoyan la posibilidad de que tanto neuroticismo como perfeccionismo supongan factores de riesgo de TCA.

El perfeccionismo es considerado por un elevado número de investigadores como una de las característica de personalidad de los pacientes

con TCA y un factor de mantenimiento de la AN y la BN (Borda, Avargues, López, Torres, del Rio y Pérez, 2011). Y se ha sugerido que, de la interacción entre el perfeccionismo y otros factores de riesgo, puede generarse vulnerabilidad para desarrollar un TCA. Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton y Joiner (2006) en su estudio concluyeron que la interacción entre perfeccionismo, peso percibido y autoestima, pueden predecir prospectivamente el desarrollo de síntomas bulímicos en mujeres jóvenes, a lo que Engler, Crowther, Dalton, y Sanftner (2006) añaden que es probable que contribuya también al mantenimiento del trastorno una vez establecido.

Tanto en el estudio de Behar et al. (2014), como en el de Pamies y Quiles (2014), hallaron que el perfeccionismo socialmente prescrito y auto-orientado, se asocia de forma significativa con actitudes y conductas compatibles con TCA, principalmente restrictivas, catalogándose como mediador y moderador de la relación entre la imagen corporal y el TCA. Considerando la imagen corporal y el perfeccionismo se identifican como factores de riesgo intrapersonal para el desarrollo del TCA.

Por su parte, Franco-Paredes et al. (2005) en su estudio indican que la personalidad perfeccionista de las personas con AN podría ser un factor importante que contribuye a la restricción persistente necesaria para mantener un cuerpo con muy bajo peso.

Respecto al factor *extraversión*, los resultados obtenidos en los diversos estudios analizados son en ocasiones contradictorios. Algunos autores, que trabajan con muestras clínicas, apuntan a que este factor es menor en los TCA (García-Palacios et al., 2004; Podar et al., 2007), mientras que otros, que realizan sus estudios con escolares, encuentran correlaciones positivas entre este rasgo y las alteraciones en la conducta alimentaria (MacLaren y Best, 2009).

En población universitaria, Galarsi, Ledezma, De Bortoli y Correche (2009) encuentran una estrecha relación, inversa, entre extraversión y la obsesión por la delgadez en mujeres, relación encontrada también por Cortez

(2015), si bien además también encuentra esa asociación inversa con sintomatología bulímica e insatisfacción corporal.

Respecto al factor *apertura*, es el que ha dado resultados más contradictorios en la literatura; por su parte Ghaderi y Scott (2000) encontraron altos niveles de apertura en los TCA, mientras que Claes et al. (2013) y Podar et al. (2007) evidencian menor apertura en TCA respecto a los grupos control.

En el *rasgo amabilidad* los estudios revisados apuntan a que las personas con TCA obtienen puntuaciones menores que los controles (García-Palacios et al., 2004; Ghaderi y Scott, 2000). Aunque si diferenciamos por tipos de trastorno, encontraron mayor amabilidad en AN, y menores puntuaciones en amabilidad en BN (Claes et al., 2013).

Por último, en relación al factor *responsabilidad*, Ghaderi y Scott (2000) señalaron que en TCA las puntuaciones en responsabilidad son menores que en controles. Al considerar los distintos subgrupos, las pacientes con un perfil restrictivo aparecen como más responsables que las que muestran un perfil alimentario compulsivo/purgativo (Claes et al., 2013).

Como podemos comprobar a través de la literatura consultada, son muchos los estudios cuyo objetivo es establecer una relación entre los TCA y los rasgos de personalidad.

Katzman (2005) por su parte indica que las personas con TCA presentan rasgos de personalidad que anteceden y perpetúan el cuadro clínico, como una gran inseguridad interpersonal, un alto grado de perfeccionismo, de obsesión e intolerancia a la afectividad negativa o al rechazo, un grado elevado de responsabilidad, culpa, competitividad y rigidez.

En relación a la BN, multitud de estudios coinciden en definir las como personas impulsivas, con elevada sensibilidad interpersonal, baja autoestima, con tendencia a tomar decisiones rápidas y a actuar de forma impredecible y

poco meditada y en definitiva, poco controlada (Cassin y von Ranson, 2005; Castro-Zamudio y Castro-Barea, 2016). Por su parte, Boisseau, Thompson-Brenner, Eddy y Satir (2009) y Claes et al. (2013) y concluyen en sus estudios que la relación entre impulsividad y BN es evidente. Así como Cassin y von Ranson (2005) resaltan como características de la BN la alta impulsividad, la búsqueda de sensaciones y de la novedad y rasgos asociados al trastorno límite de la personalidad.

En relación a la impulsividad, Ranson, Wallace, Holub y Hodgins (2013), sugieren que una persona impulsiva con actitudes relacionadas con los TCA puede ser más propensa a desarrollar un TCA que una persona menos impulsiva, la cual tendría menos probabilidades de desarrollar un TCA. En esta misma línea, Farstad et al. (2015), concluyen que la impulsividad y la edad (chicas más jóvenes frente a mujeres con mayor edad) son buenos predictores de futuros atracones en la ingesta alimentaria.

Quiroga y Cryan (2002) sostuvieron que las personas que tienen mayor riesgo de desarrollar un TCA son aquellas que padecen de trastornos emocionales, como depresión, trastorno obsesivo compulsivo, y trastornos de ansiedad, (por ejemplo, trastorno de pánico, trastorno de estrés post-traumático, y trastorno de ansiedad generalizado).

Se observa y queda patente tras realizar esta revisión bibliográfica, que existe relación entre las dimensiones de la personalidad y los TCA.

PARTE II

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO V

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO 1. ANALIZAR EL RIESGO DE DESARROLLAR UN TCA EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA

Hipótesis 1.1.: Existen diferencias entre hombres y mujeres en las escalas y el índice de riesgo de TCA.

Hipótesis 1.2.: Los estudiantes con mayor riesgo presentarán mayores puntuaciones en las escalas psicológicas relacionadas con los TCA.

Hipótesis 1.3.: Los universitarios con mayor riesgo de TCA presentarán un índice de masa corporal superior que los estudiantes con menor riesgo de desarrollar un TCA.

Hipótesis 1.4.: Los estudiantes que presenten mayor insatisfacción y desacuerdo con su peso registrarán un mayor riesgo de TCA.

Hipótesis 1.5.: Los sujetos que cumplan con criterios de remisión presentarán una mayor insatisfacción corporal y mayores puntuaciones en las escalas psicológicas relacionadas con los TCA.

OBJETIVO 2. ESTUDIAR LOS HÁBITOS Y EL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO DE PADECER UN TCA

Hipótesis 2.1.: Existen diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la necesidad de sentarse a comer y la atención prestada a este momento.

Hipótesis 2.2.: Existen diferencias entre Mujeres y Hombres en cuanto a la necesidad de comer y la atención que prestan cuando lo hacen.

Hipótesis 2.3.: Existen cambios en los hábitos alimentarios de los estudiantes universitarios que se produjeron en la etapa de la adolescencia.

Hipótesis 2.4.: Mujeres y hombres se diferencian en comportamientos nocivos, como el consumo de tabaco, cerveza, vino y licores.

Hipótesis 2.5.: Mujeres y hombres se diferencian en comportamientos alimentarios de riesgo (dieta, atracones, vómitos, uso de laxantes y ejercicio físico excesivo).

Hipótesis 2.6.: Los universitarios con un mayor riesgo de TCA presentan un mayor índice de comportamientos alimentarios de riesgo.

OBJETIVO 3. ESTUDIAR LA RELACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD, LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON EL RIESGO DE PADECER UN TCA

Hipótesis 3.1.: Los estudiantes con mayores niveles de Neuroticismo presentarán mayor riesgo de desarrollar un TCA.

Hipótesis 3.2.: Los universitarios con mayores puntuaciones en Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad presentarán un menor riesgo de desarrollar un TCA.

Hipótesis 3.3.: Los sujetos con mayor riesgo de padecer TCA obtendrán puntuaciones más elevadas en ansiedad.

Hipótesis 3.4.: Los universitarios con mayor riesgo de padecer TCA obtendrán puntuaciones más elevadas en depresión.

Hipótesis 3.5.: Los estudiantes con un comportamiento alimentario más desajustado presentarán diferencias en rasgos de personalidad, ansiedad y depresión.

5.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

En un primer momento formaron parte de la investigación 648 estudiantes universitarios, de los grados de Educación Primaria, Educación Infantil y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, de universidades públicas y privadas de Murcia y Málaga (España), y todos participaron de forma voluntaria. Se descartaron aquellos universitarios que no cumplimentaron los cuestionarios de forma adecuada o dejaron partes incompletas. En concreto, 28 estudiantes obtuvieron puntuaciones atípicas en las escalas de Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión negativa del EDI-3, y 16 estudiantes no cumplimentaron algunas de las secciones de la batería de pruebas de evaluación.

Por tanto, la muestra final sobre la cual se desarrolló la investigación fue de 604 alumnos, de los cuales 398 eran mujeres (65.89%) y 206 hombres (34.11%) (Figura 10), todos ellos estudiantes universitarios.

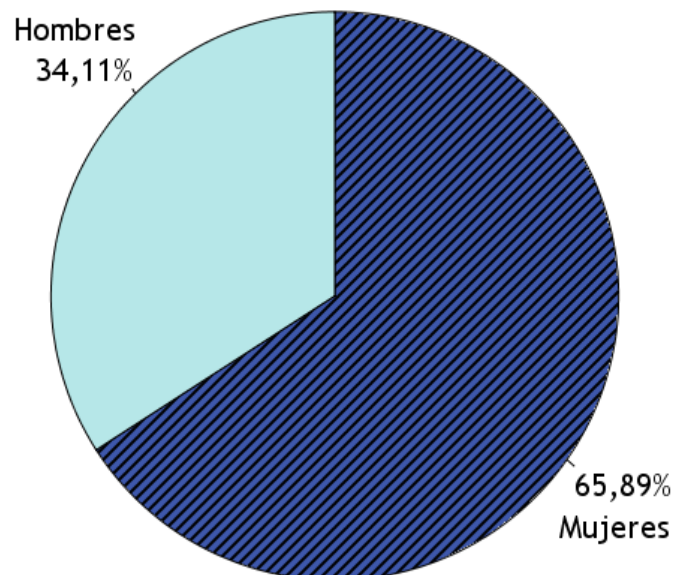


Figura 10. Descripción de la muestra por sexo

Tal como se indica en la Tabla 14 la media de edad correspondía a 22.54 años ($DT= 4.25$), no existiendo diferencias entre mujeres y hombres ($t_{602}= -1.207$, $p= .228$).

Tabla 14. Medias (DT) de edad

	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Edad	22.39	4.25	22.83	4.24	22.54	4.25

El rango de edades comprende entre los 18 y los 36 años, siendo la edad de 20 años la más numerosa en mujeres, 87 de ellas (14.4% del total en género femenino), y 21 años en hombres, 33 sujetos (6.0%). Entre los 18 y los 22 años se concentra el 68.8% de las mujeres ($n= 274$), y el 61.2% de los hombres ($n= 126$), y desde los 23 años en adelante el 31.2% de mujeres ($n= 124$) y 38.8% de hombres ($n= 80$).

A continuación, se analiza la muestra, en relación a los resultados obtenidos a través del cuestionario sociodemográfico. Así, se aportan datos en relación a la distribución de la muestra por titulaciones universitarias, curso en el que se encuentran realizando sus estudios, nivel de estudios, situación laboral de los padres, relación del sujeto con sus familiares (padre, madre, hermanos y pareja), con quién o quiénes comparten vivienda y financiación de los estudios.

En la Tabla 15, se detalla el número de alumnos que participaron en función a la titulación universitaria que realizaban. El mayor porcentaje de participación lo encontramos en los alumnos de Educación Primaria (39.24%), seguido de los de Educación Infantil (33.77%) y por último los pertenecientes al grado de CAFD o Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (26.99%).

Tabla 15. Titulaciones

	<i>n</i>	%
Educación Primaria	237	39.24
Educación Infantil	204	33.77
Ciencias de la Actividad Física y del Deporte	163	26.99

En relación al curso que estudiaban los universitarios (Tabla 16), el porcentaje más elevado se sitúa en aquellos que se encontraba realizando tercer curso (30.63%), seguidos por los que cursaban cuarto (23.68%) y segundo (23.01), y por último, aunque no existen grandes diferencias en la distribución por curso, se situaban los alumnos de primer curso (22.68%).

Tabla 16. Distribución de la muestra por curso

	<i>n</i>	%
Primero	137	22.68
Segundo	139	23.01
Tercero	185	30.63
Cuarto	143	23.68

Respecto a los estudios del padre y la madre, el nivel de estudios de ambos es semejante (Figuras 11 y 12).

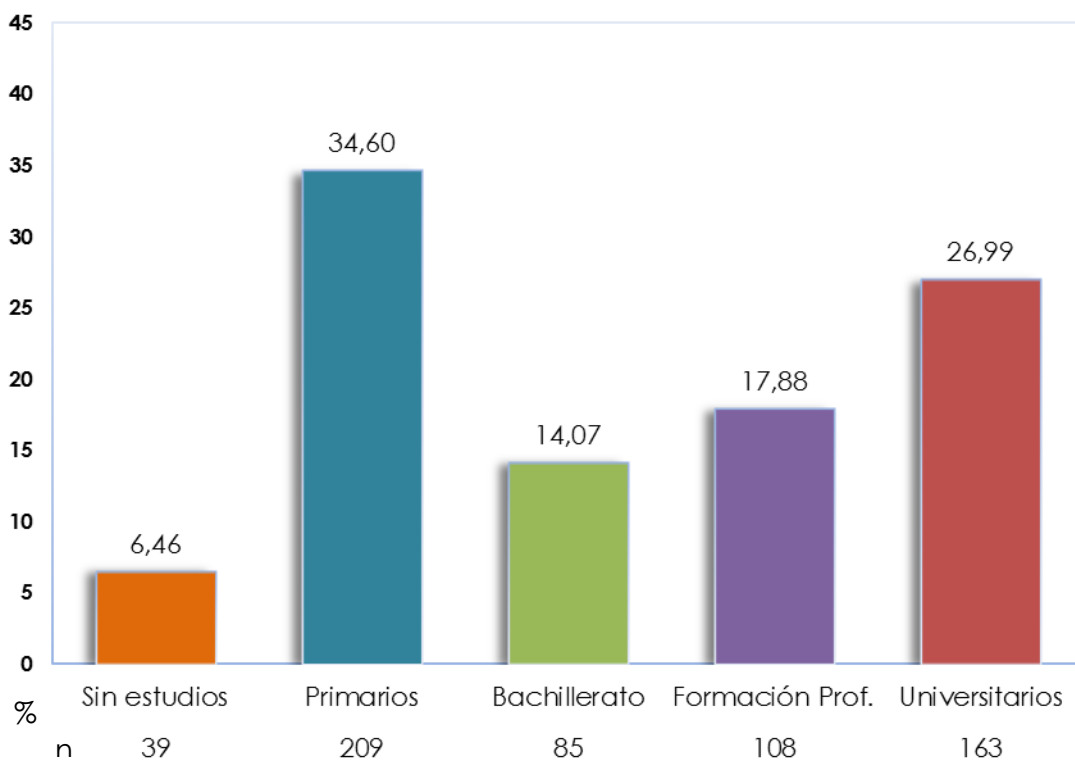


Figura 11. Nivel de estudios del padre

Encontramos que el 34.60% de los padres y el 38.91% de las madres tenía estudios primarios, seguido del 26.99% de padres y el 24,67% de madres con estudios superiores universitarios, mientras que sin estudios se encontraba el 6.46% de los padres y el 5.63% de las madres.

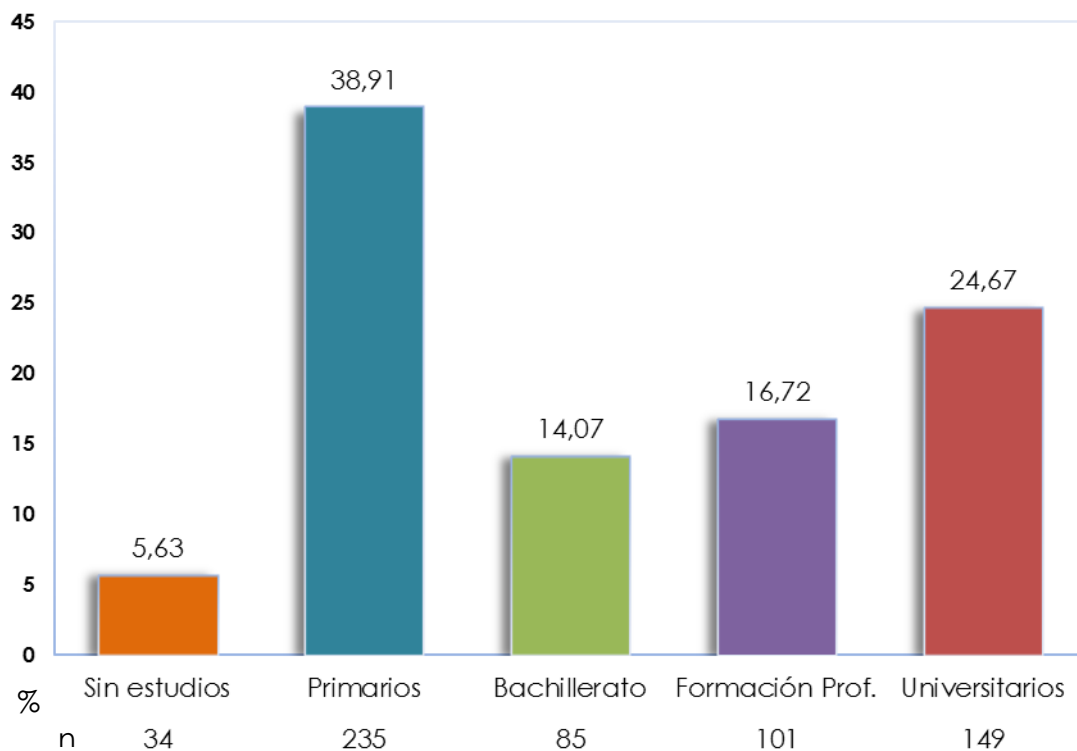


Figura 12. Nivel de estudios de la madre

En cuanto a la situación laboral del padre y la madre (Figuras 13 y 14), un alto porcentaje de la muestra informa de que sus progenitores se encuentran trabajando (73.34% de los padres, 52.65% de las madres). Hay mayor número de padres jubilados (14.90%), respecto a las madres (6.13%), mientras que las madres se dedican más a las labores domésticas (31.29%) que los padres (0.99%).

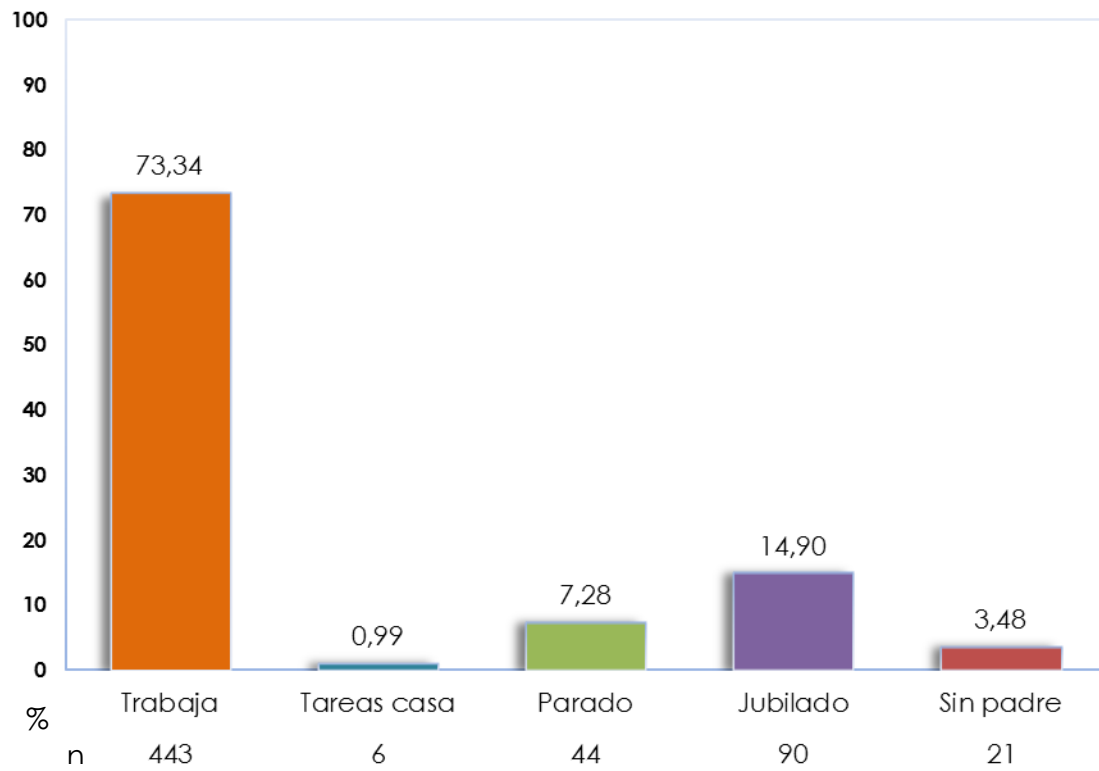


Figura 13. Situación laboral del padre

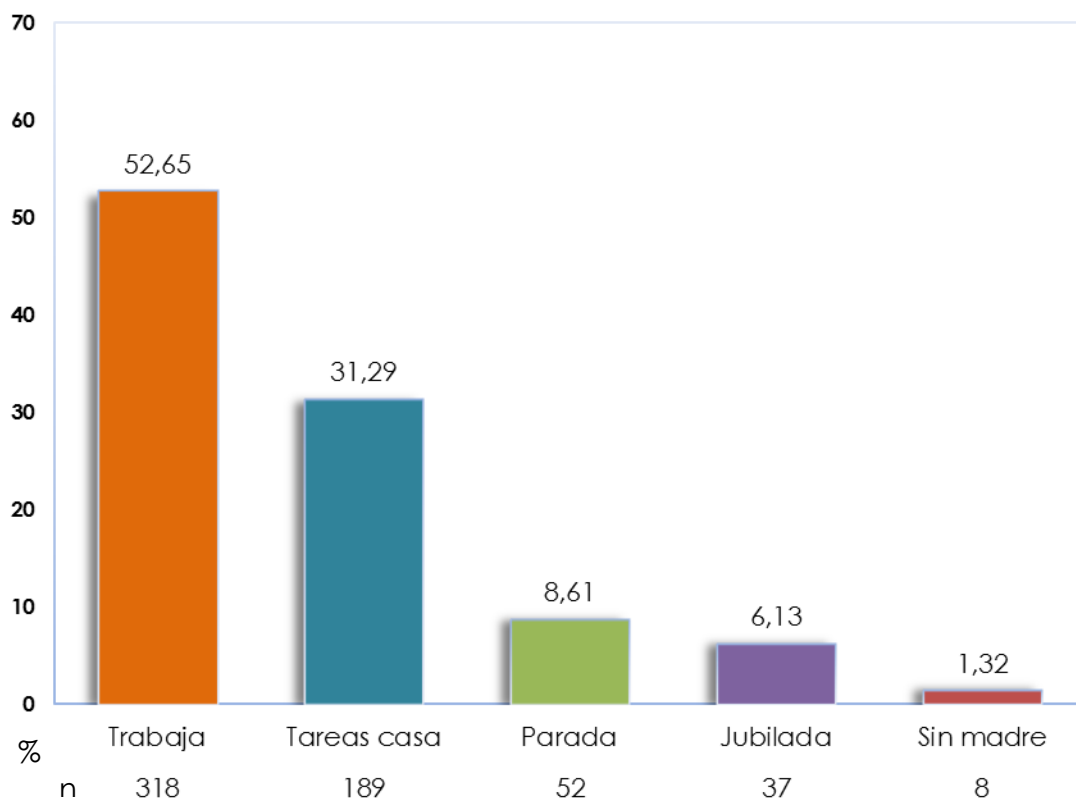


Figura 14. Situación laboral de la madre

En las siguientes Figuras se analiza la relación de la muestra con su padre, madre, hermanos y pareja (Figuras 15 a 18). Se observa que los porcentajes más elevados informan de una muy buena relación con el padre (61.26%), con la madre (70.86%), con los hermanos (57.45%) y con la pareja (50.50%), seguido de una buena relación con el padre (26.66%), con la madre (24.83%), con los hermanos (26.66%), a excepción de la relación con la pareja, en la cual encontramos que el 36.59% de la muestra se encuentran sin pareja.

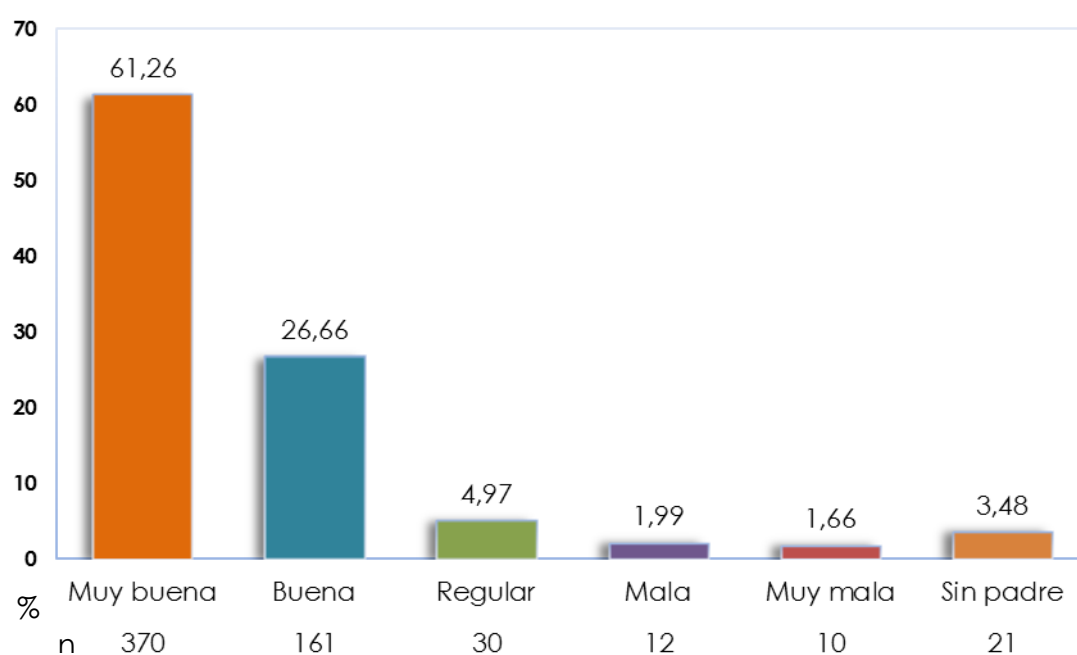


Figura 15. Relación con el padre

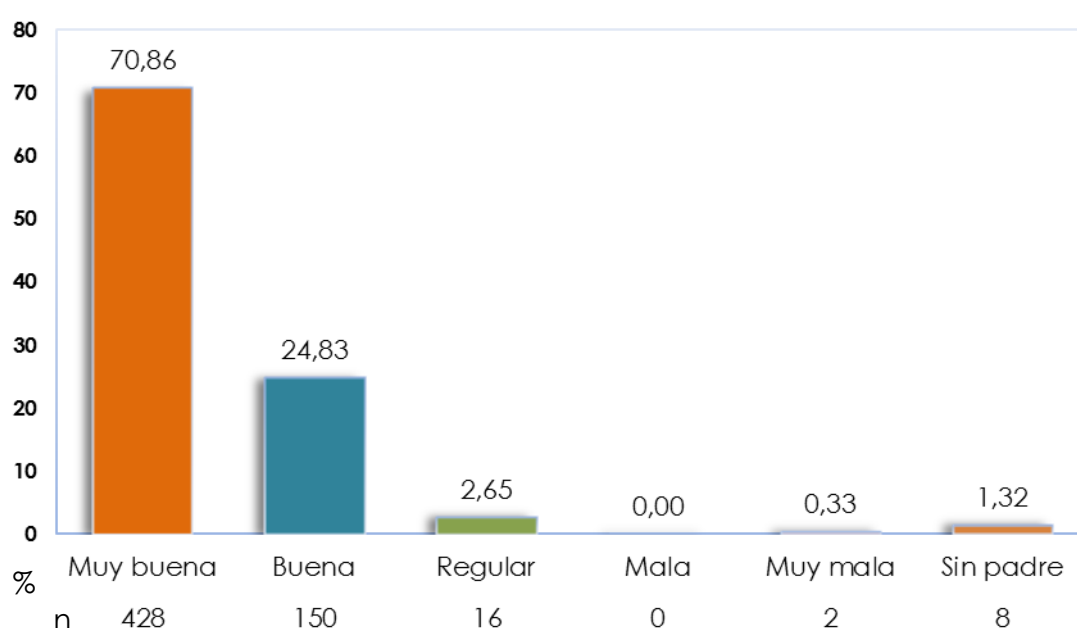


Figura 16. Relación con la madre

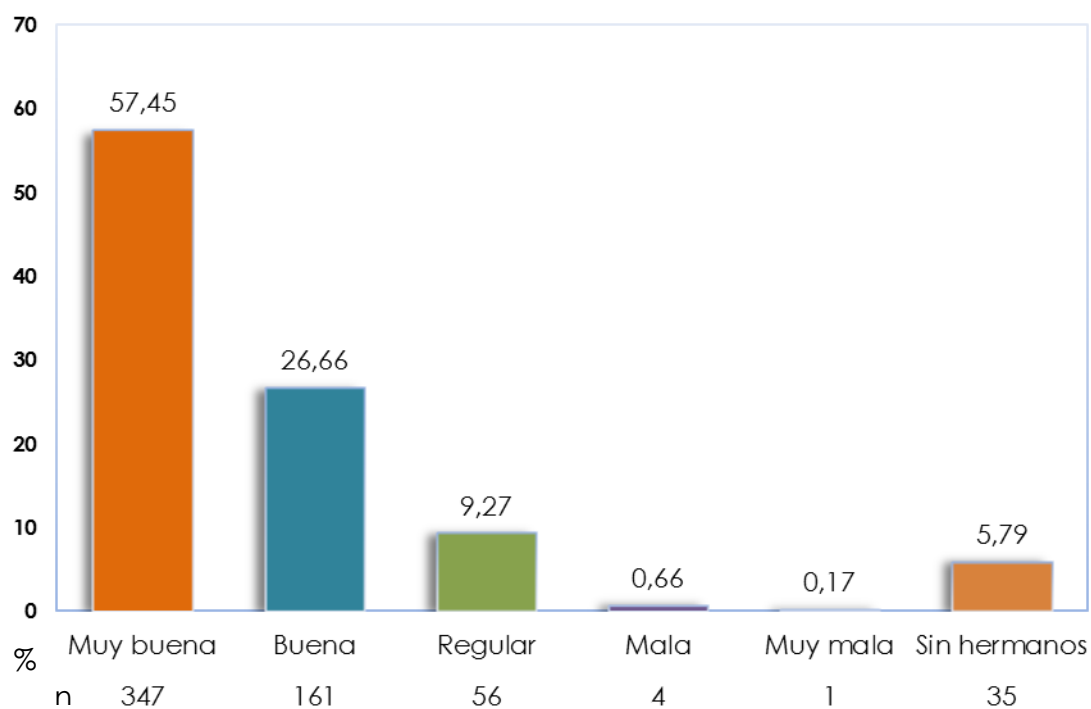


Figura 17. Relación con sus hermanos

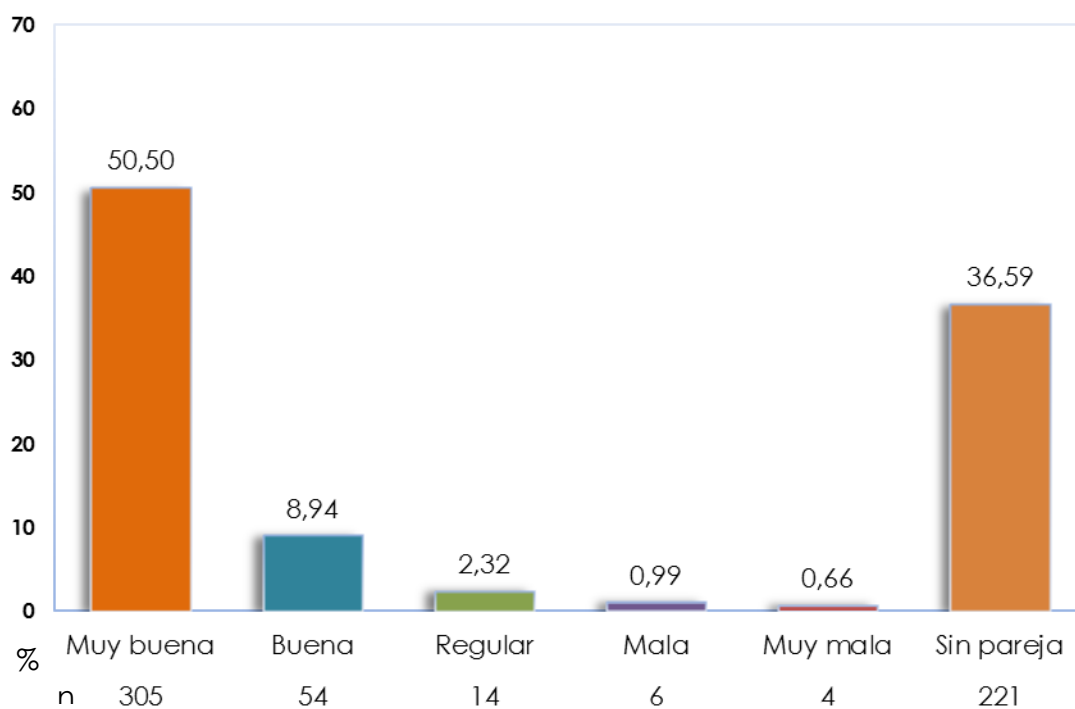


Figura 18. Relación con la pareja

En la Tabla siguiente observamos que un gran porcentaje de los estudiantes informaron de que vivían con algún familiar (85.6%). Sin embargo los porcentajes eran muy bajos en relación a los que vivían en pareja (8.8%) y los que vivían solos (5.6%).

Tabla 17. Distribución de la muestra en relación a las personas con las que vive

	<i>n</i>	%
Vive con familia	517	85.6
Vive con pareja	53	8.8
Vive sólo/a	34	5.6

Se estudió la distribución de la muestra en relación a si tenía o no hijos (Tabla 18). El 95.4% de los sujetos encuestados no tenían hijos, frente al 4.6% que sí tenían hijos.

Tabla 18. Distribución de la muestra en relación a si tienen o no hijos

	<i>n</i>	%
Sin hijos	576	95.4
Con hijos	28	4.6

La Figura 19 señala cómo y/o quién financia sus estudios (Figura 19).

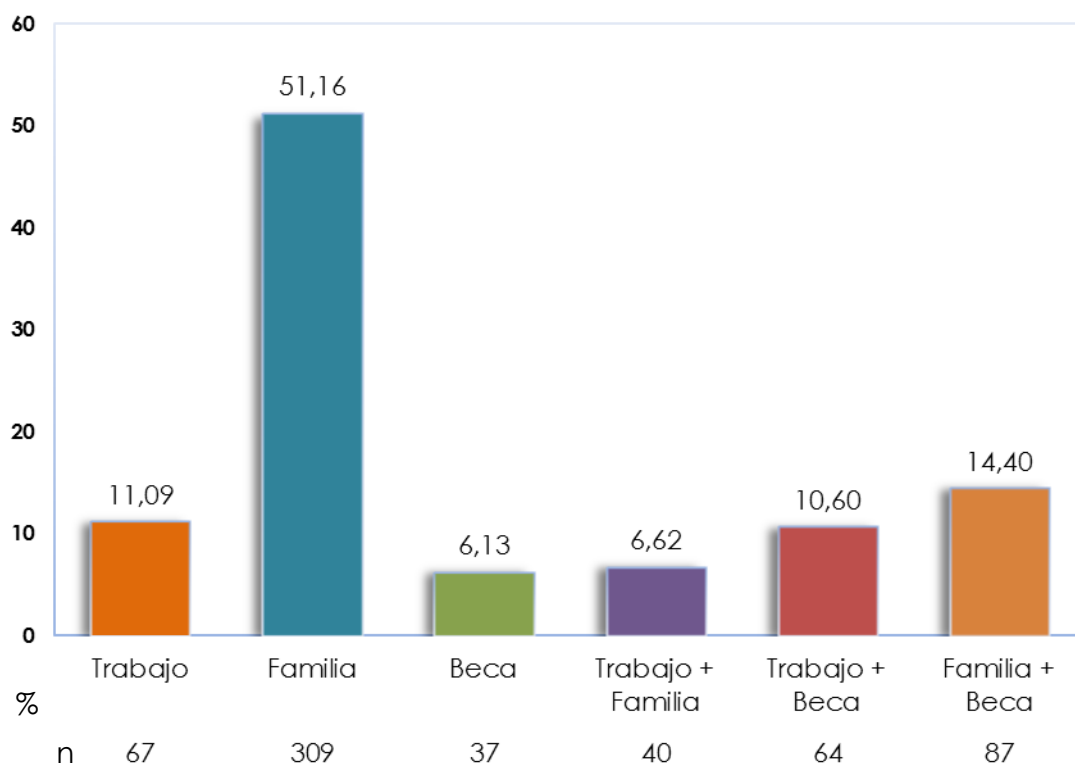


Figura 19. Financiación de estudios

La mayoría de la muestra contestó que los estudios eran financiados por algún familiar (51.16%), recibía financiación familiar y beca el 14.40% y el 11.09% trabajaba para costearse los estudios. El menor porcentaje de financiación de los estudios lo encontramos en alumnos que solamente solventaban los gastos de sus estudios a través de becas (6.13%).

5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

5.3.1. Cuestionario sociodemográfico

Se diseñó y administró un cuestionario sociodemográfico en el que se recogieron datos generales de los estudiantes, tales como sexo, edad, estudios y tipo de centro donde estudiaban. También se les preguntó por aspectos relacionados con la familia (con quien vivían, nivel de estudios de los padres, financiación de los estudios y situación laboral de los padres). Otra información recogida en este cuestionario fue la relación que tenían con sus familiares más directos (padre, madre, hermanos y pareja).

5.3.2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3)

Se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria - 3 (EDI-3), creado en origen por Garner (2004) y adaptado por Elosua, López-Jáuregui y Sánchez-Sánchez (2010), con el objetivo evaluar tanto el riesgo de desarrollar un Trastornos de la Conducta Alimentaria, como aquellos aspectos psicológicos que son relevantes en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, en los estudiantes universitarios.

Este instrumento es valioso para la investigación, proporcionando una evaluación de las áreas psicopatológicas de interés para contrastar formulaciones teóricas, para la identificación de subgrupos significativos de pacientes o para la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

La última versión del EDI, respecto a anteriores, ha sido mejorada para incorporar escalas que se ajustan más congruentemente a los dominios y constructos psicológicos que las teorías han identificado como los más relevantes en la etología, el mantenimiento y la variación de los principales síntomas de los TCA.

Está compuesto por los mismos 91 ítems, organizados en 12 escalas principales: tres escalas específicas de los TCA y nueve escalas psicológicas generales no específicas de los TCA. También proporciona 6 índices o puntuaciones compuestas: uno específico de los TCA (Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria), y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas Interpersonales, Problemas Afectivos, Exceso de Control y Desajuste Psicológico General). Estos últimos índices no han sido objeto de estudio en la investigación, puesto que son la suma de las diferentes escalas que si han sido empleadas y analizadas.

Además, el EDI-3 incorpora tres escalas de validez que permiten detectar patrones de respuesta inconsistente o extraños que deberían suscitar la sospecha del examinador sobre la validez de los resultados. Estas escalas son: Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión Negativa.

En la adaptación española se han replicado varios de los estudios realizados sobre la nueva estructura del EDI-3 y se han creado nuevos baremos a partir de una muestra clínica procedente de diversos centros de España y de una muestra de control (no clínica) procedente de España y México.

Se ha utilizado este instrumento ya que su principal objetivo no es proporcionar un diagnóstico de TCA, sino ofrecer una medida de los rasgos psicológicos y de los síntomas más relevantes para el desarrollo y el mantenimiento de los TCA. Además, el perfil psicológico que aporta el EDI-3 es una valiosa fuente de información para generar y comprobar algunos de los objetivos e hipótesis que se plantean en esta investigación.

Además, el cuestionario presenta adecuadas propiedades psicométricas. Elosua et al. (2010), en su trabajo de adaptación, obtuvieron a partir de una muestra clínica, estructuras factoriales semejantes a las de la versión original. El análisis factorial mostró una solución de tres factores correspondientes a las escalas de riesgo, que explicaron un 61% de la varianza de los datos, y una estructura de ocho factores en el caso de las escalas psicológicas, y que explicaron un 49.4% de la varianza. Además, la confiabilidad con una muestra clínica de 512 pacientes (97.7% mujeres) y una muestra no clínica de 5148 sujetos (50% mujeres), fue satisfactoria.

En la presente investigación, la fiabilidad obtenida (Alfa de Cronbach) en las diferentes escalas ha sido: $\alpha = 0.91$ en Obsesión por la Delgadez; $\alpha = 0.80$ en Bulimia; $\alpha = 0.89$ en Insatisfacción Corporal; $\alpha = 0.82$ en Baja Autoestima; $\alpha = 0.78$ en Alienación Personal; $\alpha = 0.78$ en Inseguridad Interpersonal; $\alpha = 0.69$ en Desconfianza Interpersonal; $\alpha = 0.83$ en Déficits Introceptivos; $\alpha = 0.79$ en Desajuste Emocional; $\alpha = 0.72$ en Perfeccionismo; $\alpha = 0.76$ en Ascetismo; y $\alpha = 0.66$ en Miedo a la Madurez.

En conclusión, el objetivo del EDI-3 es proporcionar una medida comprehensiva de la presencia e intensidad de los rasgos psicológicos o agrupaciones de síntomas que son clínicamente relevantes en el marco de una evaluación extensa de los sujetos con TCA. Este enfoque comprehensivo es consistente con una conceptualización de los TCA como multideterminados y de naturaleza heterogénea. De este modo de la interacción de tres amplios grupos de factores de riesgo surgen varias vías que tienen un desenlace común: los TCA (Garner, 2004).

Descripción y contenido de las escalas e índices del EDI-3

El EDI-3 está compuesto por doce escalas principales y seis índices que se obtienen sumando las puntuaciones T de dos o más escalas.

Las denominadas **escalas de riesgo de TCA** son: *Obsesión por la delgadez* (DT), *Bulimia* (B) e *Insatisfacción corporal* (BD). Varias investigaciones han

demostrado que puntuaciones altas en estas escalas indican en el sujeto un mayor riesgo de desarrollar un TCA.

Las nueve escalas restantes, evalúan **constructos psicológicos** que son conceptualmente relevantes en el desarrollo y mantenimiento de los TCA: *Baja Autoestima* (LSE), *Alienación Personal* (PA), *Inseguridad Interpersonal* (II), *Desconfianza Interpersonal* (IA), *Déficits Introceptivos* (ID), *Desajuste Emocional* (ED), *Perfeccionismo* (P), *Ascetismo* (A) y *Miedo a la Madurez* (MF).

A partir de los planteamientos de Garner (2004) y de Elosua et al. (2010), a continuación se ofrece una descripción de las diferentes escalas del EDI-3.

Escalas de riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Obsesión por la Delgadez (DT)

La obsesión por la delgadez es una de las características fundamentales de los TCA y ha sido considerado como un criterio esencial para el diagnóstico según muchos sistemas de clasificación. Esta escala está compuesta de siete ítems evalúan: (a) un deseo extremo de estar más delgado, (b) preocupación por la alimentación, (c) preocupación por el peso y (d) un intenso temor a ganar peso.

Algunos estudios han hallado que esta escala es un buen predictor de la presencia de atracones y del desarrollo de TCA en adolescentes y adultos. Además, es capaz de predecir qué estudiantes desarrollarán bulimia diez años después. Esta predicción se ha mostrado sumamente estable en estudios de test-retest con periodos de recisión de entre 1 y 10 años. Las niñas que maduran antes y que tienen un mayor peso corporal tienden a obtener unas puntuaciones en DT más altas. Además, la escala DT es altamente predictiva de la severidad de los síntomas de los TCA en la evaluación de seguimiento.

Bulimia (B)

La escala Bulimia evalúa la tendencia a pensar en realizar ataques incontrolados de ingesta de comida (atracones) y la tendencia a llevarlos a cabo. Los ocho ítems que conforman esta escala evalúan aspectos relacionados con los atracones y con la ingesta como respuesta a estados emocionales negativos. La presencia de atracones es una de las características definitorias de la Bulimia Nerviosa y permite diferenciar entre la Anorexia Nerviosa subtipo restrictivo y la Anorexia Nerviosa subtipo purgativo. La investigación ha demostrado que la presencia de atracones es habitual en sujetos que no cumplen todos los criterios para el establecimiento formal de un diagnóstico de TCA. No obstante, en la mayoría de los casos, la presencia de atracones grave está relacionada con un marcado malestar psicológico.

A través de esta escala podemos diferenciar, de forma fiable, pacientes con Anorexia Nerviosa subtipo purgativo y Bulimia Nerviosa, de pacientes con Anorexia Nerviosa subtipo restrictivo. Se ha mostrado estable en el tiempo y predecible la aparición de problemas relacionados con la alimentación.

Insatisfacción Corporal (BD)

Esta escala está compuesta por diez ítems que evalúan la insatisfacción con la forma general del cuerpo y con el tamaño de partes concretas del mismo que preocupan extraordinariamente a las personas con TCA. Dado que es un hecho que la insatisfacción con el cuerpo es endémica en las mujeres jóvenes de las culturas occidentales no se puede concluir que este constructo cause TCA por sí solo. No obstante, es un factor de riesgo responsable del inicio y mantenimiento de conductas externas para controlar el peso que conduce al desarrollo de TCA en aquellas personas que son vulnerables.

Esta escala se ve influenciada por el peso y por el índice de masa corporal, siendo los sujetos con mayor peso los que obtiene puntuaciones directas más altas en esta escala. También se ha descrito que las puntuaciones

de esta escala se asocian a un menor nivel de expresión emocional, a la frecuencia con que el sujeto compara su apariencia con la de otros, con la interiorización de valores sociales y con los antecedentes de maltrato o abuso.

Escalas psicológicas

Baja Autoestima (LSE)

La escala de Baja Autoestima evalúa el concepto básico de autoevaluación negativa. Cinco de los seis ítems evalúan aspectos afectivos relacionados con los sentimientos de inseguridad, insuficiencia, ineficacia y ausencia de valía personal. Algunos contenidos adicionales evalúan si el sujeto se percibe a sí mismo como incapaz de alcanzar metas personales. Encontramos muchas teorías que consideran que la Baja Autoestima juega un papel principal en el desarrollo y mantenimiento de los TCA.

Alienación Personal (PA)

Esta escala evalúa la sensación de vacío emocional, soledad y sentimientos de incompreensión de uno mismo. El contenido de los siete ítems de la escala incluye aspectos como, sentirse apartado de los otros, sentirse perdido y la sensación de que no se goza del reconocimiento de los otros. También miden el deseo de ser alguien diferente y un sentimiento general de no controlar las cosas que suceden en su propia vida.

Algunas investigaciones han demostrado que esta escala correlaciona con medidas externas de somatización, susceptibilidad, hostilidad, baja autoestima y depresión.

Inseguridad Interpersonal (II)

La escala de Inseguridad Interpersonal está formada por siete ítems que evalúan la sensación de incomodidad y la aprensión del sujeto cuando se encuentra en situaciones sociales y la reticencia a participar en ellas. Se centra particularmente en la dificultad para expresar los propios pensamientos y

sentimientos a otras personas. También evalúa la tendencia a retraerse y a aislarse del resto de la gente.

Esta escala correlaciona con las escalas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory - II MCMI-II; Millon, 1987), concretamente con las variables que indican un estilo interpersonal evitativo y pasivo.

Desconfianza Interpersonal (IA)

Los siete ítems que forman esta escala evalúan los sentimientos de desilusión, decepción, distanciamiento y desconfianza en las relaciones. También, se evalúa la tendencia del sujeto a sentirse atrapado en las relaciones, así como la sensación de falta de cariño y comprensión por parte de los otros. Una puntuación alta en esta escala indica la existencia de una incapacidad básica para el establecimiento de relaciones.

Esta escala correlaciona con medidas externas que sugieren un estilo interpersonal susceptible y pasivo.

Déficits Introceptivos (ID)

Los nueve ítems de esta escala, miden la dificultad para reconocer con precisión y responder a los diferentes estados emocionales. Se han identificado dos grupos diferentes de ítems en esta escala. En primer lugar, un conjunto denominado *Miedo a las Emociones* (ME), que refleja el malestar que se produce cuando las emociones son muy intensas o están fuera de control. En segundo lugar, el conjunto denominado *Confusión ante las Emociones* (CE) que indica la dificultad para reconocer adecuadamente los estados emocionales. La confusión y la desconfianza relacionadas con el funcionamiento emocional y corporal han sido descritas repetidamente como características importantes de las personas que desarrollan TCA.

Se han encontrado correlaciones moderadamente altas entre esta escala y medidas externas de ansiedad, depresión, susceptibilidad y baja autoestima.

Desajuste Emocional (ED)

La escala de Desajuste emocional, a través de los 8 ítems que la componen, evalúa la tendencia del sujeto a ser inestable emocionalmente, impulsivo, temerario, iracundo y autodestructivo. Esta escala incluye un conjunto de dos ítems que implican problemas potenciales de abuso de sustancias: uno de alcohol y otro de drogas. El pobre control de impulsos y la intolerancia a la frustración han sido identificados como signos de mal pronóstico en los TCA.

Perfeccionismo (P)

A través de los seis ítems de esta escala, se evalúan en qué medida el sujeto se impone a sí mismo la necesidad de alcanzar los más altos niveles de logro personal y la consecución de objetivos con el máximo nivel de exigencia. El contenido de los ítems se basa en el *Perfeccionismo Autoimpuesto*, que refleja un esmero o afán de perfeccionismo sobre uno mismo y la autoimposición de un riguroso criterio de rendimiento personal, y en el *Perfeccionismo Socialmente Impuesto*, que se caracteriza por las exigencias de un determinado nivel de rendimiento procedente de las presiones de los padres y de los profesores. Los resultados de varios estudios sugieren que el perfeccionismo puede estar detrás de los incesantes esfuerzos para controlar el peso, así como de los poco realistas esfuerzos que realizan en otras áreas.

Diversas investigaciones consideran el perfeccionismo un factor relevante en el desarrollo y mantenimiento de los TCA. Parece ser un rasgo de personalidad que precede al desarrollo del trastorno y persiste después de la recuperación y, según varios estudios, es un signo de mal pronóstico. Por último, algunos estudios señalan que sería posible establecer una significativa distinción entre los dos subtipos de perfeccionismo: *perfeccionismo autoimpuesto* y *socialmente impuesto*.

Ascetismo (A)

Esta escala se compone de siete ítems que evalúan la tendencia a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideas espirituales tales como la autodisciplina, la renuncia, la restricción, el autosacrificio y el control de las necesidades corporales. El ascetismo puede expresarse mediante la dieta como forma de purificación, la delgadez como símbolo de virtud y el ayuno como un acto de penitencia. El rechazo a la comida o “autorrestricción oral” puede formar parte de una idea más general de renuncia a la gratificación física. El concepto de ascetismo puede tener connotaciones positivas, en el sentido de alcanzar la virtud mediante la restricción, o atribuciones negativas, como la culpa y la vergüenza que rodean y envuelven la sensación de placer. Esto puede manifestarse adoptando diferentes formas: privándose voluntariamente de sueños, provocándose daño cortando o pellizcando la piel hasta sangrar, vomitando, permaneciendo en pie durante largos periodos de tiempo, haciendo ejercicio como forma de expiación y en general, cualquier forma de evitación del placer. Algunos clínicos han observado un cambio en la psicopatología de los TCA en las últimas décadas, señalando que el ascetismo ha sido reemplazado por la Obsesión por la Delgadez como motivo más común para perder peso.

Miedo a la Madurez (MF)

Esta escala se compone 8 ítems que evalúa el deseo de regresar a la seguridad de la infancia. Este constructo ha sido descrito como un aspecto central en el mantenimiento de los TCA en el subgrupo de pacientes adolescentes en los que la pérdida de peso y la dieta juegan un papel funcional al proporcionar un medio de regresar a su apariencia y estado hormonal prepuberal. Esto les permite evadirse de la confusión, los conflictos y las expectativas de desarrollo asociadas a la adultez. El miedo a desarrollarse puede estimular otros miedos e incertidumbres relacionadas con el cambio de roles, cambio ante los cuales el adolescente, los padres o ambos se sienten poco

preparados o incapaces de manejarlos. Dos ítems de esta escala (el ítem 3 y el 39) están pensados para que su interpretación se haga desde la perspectiva de un adulto que echa la mirada atrás, hacia su infancia.

Índice de Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (EDRC)

El EDRC se obtiene sumando las puntuaciones T de las escalas DT, B y BD. Proporciona una medida global de estos constructos ponderando por igual las 3 escalas.

El EDRC puede usarse para realizar una exploración inicial, o *screening*, o para obtener una puntuación que refleje el nivel de preocupación por la alimentación y el peso. Los análisis factoriales realizados con las escalas del EDI original justifican esta combinación de las tres escalas en muestras no clínicas.

En un estudio prospectivo realizado con un seguimiento de recién nacidos y sus madres durante 5 años se observó que puntuaciones directas altas en las subescala *Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal* de la madre predicen la aparición de TCA en la infancia temprana. Las escalas de riesgo del EDI se han utilizado en estudios transversales para identificar otras variables que pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Los estudios sobre los factores de riesgo de los TCA han utilizado otras subescalas del EDI para medir otros constructos psicológicos que pueden estar contribuyendo al desarrollo de los TCA.

Escalas de validez: indicadores de estilos de respuesta.

El EDI- 3 incluye tres escalas de validez o de estilo de respuesta (*Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión negativa*). Estas escalas han sido construidas con el objetivo de estimar en qué medida las puntuaciones del EDI- 3 pueden ser interpretadas con confianza. Para establecer unos rangos de clasificación cualitativos se calcularon las distribuciones de frecuencias y los

porcentajes acumulados en la muestra clínica de tipificación. En función de la distribución de las puntuaciones directas en dicha muestra se establecieron los rangos para la clasificación cualitativa de cada escala. En general, las puntuaciones que se sitúan entre el percentil 1 y el 94 son clasificadas como típicas y las que se sitúan entre los percentiles 95 y 98 se consideran atípicas y las que se sitúan en el percentil 99 o superior son consideradas como muy atípicas.

Escala Inconsistencia (IN)

La *Escala Inconsistencia* indica en qué medida las respuestas del sujeto a cuestiones de contenido similar son inconsistentes. Por ejemplo, un sujeto que señala la opción Siempre en el ítem 2 (“Creo que mi estómago es demasiado grande”) y a la vez marca la opción Siempre en el ítem 12 (“Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado”) está respondiendo de forma inconsistente.

Escala Infrecuencia (IF)

La *Escala Infrecuencia* recoge en qué medida el sujeto escoge las opciones del polo más patológico y sintomático de algunos ítems, opciones que son infrecuentemente elegidas por sujetos de la muestra clínica de tipificación (menos de un 2%)

Escala Impresión negativa (NI)

La *Escala Impresión negativa* evalúa el grado en que el sujeto responde a los ítems eligiendo las opciones más extremas y sintomáticas. La escala NI tiene en consideración todos los ítems del EDI-3, excepto el 71, que no se puntúa.

5.3.3. EDI-3 RF. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuestionario de remisión.

El EDI-3 RF (Garner, 2004) es una versión breve del EDI-3, y evalúa el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria a través de los 25 ítems de las tres principales escalas que en el EDI-3 miden el riesgo de TCA (*Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal*). Además de los ítems de estas escalas, incluye cuestiones sobre aspectos sociodemográficos, la historia del peso y los comportamientos relacionados con los síntomas de los TCA.

El EDI-3 RF tiene la finalidad de ser una prueba de *screening*, para permitir realizar una evaluación sobre la necesidad de remitir al sujeto a un servicio especializado en trastornos alimentarios. Para ello incluye tres criterios a partir de los cuales se debe remitir al sujeto cuando en uno de los tres sobrepasa el punto de corte fijado.

La aplicación de este cuestionario es sencilla, pudiéndose aplicar individualmente o de forma colectiva, en contextos clínicos y no clínicos a sujetos mayores de 12 años. Puede ser utilizado por profesionales que estén interesados en obtener información sobre si un sujeto debe ser remitido a servicios especializados en TCA.

Su interpretación se basa en la aplicación de una serie de sencillas y claras reglas de decisión que indican la necesidad o conveniencia de remitir/derivar a los sujetos en riesgo a un centro de salud mental. Además, el EDI-3 RF incluye cuestiones específicas para recoger información sobre el peso y la estatura que se utilizan para calcular el IMC.

Este cuestionario contiene una hoja de respuestas, una hoja de correcciones y una hoja de remisión. La hoja de correcciones contiene dos partes: la parte A, que incluye los 25 ítems de las escalas *Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal* del EDI-3, y la parte B, que contiene

diferentes cuestiones sobre los datos demográficos del sujeto y su historia de peso (edad, sexo, altura, peso actual y peso que el sujeto desearía tener), y sobre la frecuencia en conductas de riesgo para controlar el peso (presencia de atracones, vómitos, uso de laxantes y realización de ejercicio para controlar el peso, y si en los últimos seis meses el sujeto ha perdido 9 kilos o más).

En esta investigación, puesto que los ítems de la parte A fueron contestados por los estudiantes cumplimentando el EDI-3, se añadió solo el contenido de la parte B.

A continuación se calcula el IMC del sujeto, utilizando la Tabla de referencia que proporciona el EDI-3 RF (ANEXO I) y se contrasta si cumple alguno de los criterios de remisión siguiente:

- Criterio de remisión basado solo en el IMC: una vez obtenido el IMC a través de la Tabla mencionada, el criterio de remisión se cumple si el IMC del sujeto es igual o menor que el valor crítico del IMC que aparece rodeado en la Tabla. El criterio de remisión no se cumple si el IMC del sujeto es mayor que el valor crítico rodeado.
- Criterio de remisión basado en el IMC más la presencia de preocupación excesiva sobre el peso y la alimentación: el IMC correlaciona positivamente con las puntuaciones de *Obsesión por la Delgadez* y *Bulimia*, por lo que se han establecido diferentes valores críticos para ambas escalas en función del IMC y de la edad del sujeto. El criterio de remisión se cumple si la puntuación directa total de las escalas del sujeto es igual o mayor que el respectivo valor crítico que aparece rodeado en la Tabla, y no se cumple si es inferior.
- Criterio de remisión basado en los síntomas conductuales: se debe comprobar si alguna de las respuestas que aporta el sujeto a las cinco cuestiones de la parte B (atracones, vómitos, uso de laxantes, ejercicio físico y pérdida de peso) cumplen los criterios. Para comprobarlo, debemos ver si la puntuación del sujeto en alguna de estas cuestiones

está dentro del rango crítico. Si uno o más se verifican (el sujeto ha rodeado al menos un Sí en la Tabla), se considera que el sujeto cumple los criterios de remisión.

A través de estas puntuaciones obtenemos datos para la evaluación, pero deben ser interpretados con cautela, ya que posteriormente se debe realizar una entrevista clínica para poder establecer un diagnóstico (Garner, 1991, 2004).

5.3.4. Encuesta de Comportamiento Alimentario (ECA)

Para la recogida de información respecto a los hábitos y conductas alimentarias de los estudiantes se empleó la Encuesta de Comportamiento Alimentario. Es un instrumento en español consistente, válido, y fiable, creado por Ángel, Vásquez, Martínez, Chavarro y García (2000), el cual ha mostrado una adecuada sensibilidad y especificidad, y cuyo objetivo es el tamizaje de trastornos alimentarios, y altas puntuaciones en la encuesta son indicativas de un comportamiento alimentario desajustado. Si bien el EDI-3 está orientado en su mayor parte a evaluar el componente cognitivo, esta escala incorpora un mayor número de aspectos relacionados con el ámbito conductual de los sujetos.

Las preguntas de la ECA intentan explorar los elementos mayores que definen la presencia de TCA. Se caracteriza por utilizar frases afirmativas y preguntas que describen e informan sobre actitudes hacia la alimentación, peso corporal, hábitos alimentarios, pensamientos y conceptos sobre su imagen corporal, aspectos sociales de la alimentación, así como métodos de control del peso y la figura, como la realización de dietas o el uso de medicamentos. Esta encuesta ofrece los patrones más comunes dentro de la población y también aquellos que se alejan de la misma, los cuales frecuentemente van en contra de los aspectos biológicos y psicológicos del individuo.

La encuesta está compuesta por 32 preguntas, de las cuales 29 tienen opción de respuesta múltiple con una sola opción entre cuatro enunciados,

excepto en tres (2, 9 y 31), en las cuales es posible seleccionar varias, con puntuación aditiva. En otras dos cuestiones (28 y 29) la respuesta es positiva o negativa, y si es afirmativa se solicita la frecuencia del suceso. Mediante la cuarta pregunta, se consigue información sobre los hábitos alimentarios del sujeto, concretamente, la frecuencia semanal con la que el sujeto realiza las comidas principales, si picotea entre horas, o toma refrescos, cafés, infusiones, cervezas, licores y azúcar, y el número de cigarrillos que fuma.

Las respuestas probables tienen un orden que va desde la normalidad o pauta de comportamiento más común en la población general, hasta posiciones que suelen apartarse del esquema de comportamiento de la población, el orden es variable y aleatorio en las diferentes preguntas, es decir, que en algunas la primera opción es la más frecuente y en otras la menos frecuente o probablemente anormal.

La puntuación para las respuestas a cada pregunta va de 0 a 3 puntos, considerándose a las dos primeras (cero y un punto) como las variantes más frecuentes en la población y las dos últimas (dos y tres puntos) como menos frecuentes. La máxima puntuación posible es de 91 puntos y la mínima de cero.

En los estudios originales en Colombia (Ángel et al., 2000), se encontró que los pacientes con TCA presentaban puntuaciones superiores a 23. Su confiabilidad test-retest fue de 0.91 en alfa de Cronbach, la sensibilidad entre 90.5- 94.5%, la especificidad de 74.5-80%, y el valor predictivo positivo fue de 91-94 %.

Puesto que no existen estudios de validación de la encuesta en nuestro país, para el empleo de la ECA en este estudio se realizó un proceso de adaptación al contexto español y el análisis de sus propiedades psicométricas.

En primer lugar, para evaluar la validez de contenido se llevó a cabo, por una parte, un análisis terminológico y de la redacción de las preguntas, con el fin de analizar el grado de comprensión de las preguntas, adaptar el texto y las expresiones, y que así se acomodaran al lenguaje común de nuestro país. Por

otro lado, se analizó si cada una de las cuestiones debía ser incluida en el instrumento por la adecuación de su contenido respecto a lo que se pretende evaluar. En total fueron cinco los especialistas que juzgaron la encuesta, concretamente, dos especialistas en nutrición, dos en psicología y uno en pedagogía, todos ellos expertos en TCA. Con sus aportaciones, se sustituyeron palabras de uso común en Colombia y que no son empleadas en nuestro entorno, como tinto por café, o papas por patatas fritas, y se eliminaron nombres de alimentos como arequipe, almojábanas, y besitos. Por el contrario, se introdujeron alimentos como empanadas, empanadillas, gominolas, o granizados. También se cambió el término entremeses (media mañana y media tarde) por almuerzo y merienda. Hubo consenso sobre la redacción del resto de preguntas y su adecuación para ser incluidas en el instrumento definitivo.

A continuación, se efectuó el examen de la validez de constructo. Previo a efectuar un análisis factorial, se calculó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que contrasta si las correlaciones parciales entre las variables son suficientemente pequeñas. El resultado fue de $KMO = .811$, y puesto que es un valor superior que 0.5, se asume que la correlación entre las variables es lo suficientemente significativa, y por ello tiene sentido realizar un análisis de las relaciones entre las variable con los datos muestrales que se están utilizando (García, Vila y Suárez, 2006). Además la prueba de esfericidad de Barlett resultó significativa ($\chi^2 = 3602.430$; $p < .001$), y permite rechazar la hipótesis nula al 99%, afirmando que la matriz de correlaciones no corresponde a una matriz de identidad, y por ello puede ser factorizada.

En el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se obtuvieron diez factores con valores mayores que 1. Sin embargo, el primer factor explicaba el 18.0% de la varianza, y la explicada por el resto de factores era muy pequeña. Además se observó que determinados ítems agrupados no tenían relación entre sí. Por ese motivo, y teniendo en cuenta la unidimensionalidad de la encuesta original, se decide realizar los siguientes análisis.

Se efectuó el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), tomando como único factor la ECA. La bondad de ajuste del modelo se examinó utilizando los índices de ajuste obtenidos de los análisis. No se dispone de un índice incuestionable que determine si el modelo se ajusta o no a los datos empíricos. Según Arias (2008), el índice de ajuste por excelencia en los modelos AFC es χ^2 , siendo aceptable cuando el nivel de significación asociado de p sea superior a .05. Sin embargo, este índice no suele ser utilizado como prueba única o concluyente de bondad del ajuste del modelo, por lo que además se utilizaron índices parciales de ajuste GFI (Índice de Bondad de Ajuste), AGFI (Índice Ajustado de Bondad), PGFI (Índice de Ajuste Normado de Parsimonia), CFI (Índice de Ajuste Comparado) y NFI (Índice de Ajuste Normalizado), e índices de error RMR (Residuo Cuadrático Medio), SRMR (Residuo Cuadrático Medio Estandarizado) y RMSEA (Error de Aproximación Cuadrático Medio), todos se muestran en la Tabla 19.

Tabla 19. ECA: Índices de ajuste y error

Grados de Libertad	434
Chi Cuadrado	1695.11
χ^2/gl	3.905
NFI	1.000
CFI	1.000
GFI	0.920
AGFI	0.910
RMSEA	0.069
RMR	0.066
SRMR	0.066

Tomando los valores de los índices de error (RMSEA, RMR y SRMR) se obtienen valores aceptables, ya que para ello tienen que tener valores inferiores a 0.10, puesto que, según Arias (2008) si lo superan deben ser rechazados. Valores por encima de 0.90, y cuanto más cercanos a 1.00 en los índices de ajuste (NFI, CFI, GFI y AGFI), serán considerados aceptables, como ocurre en todos los índices analizados.

Para calcular la fiabilidad y la validez a través de los resultados del AFC, se analizó la fiabilidad compuesta (fiabilidad de los constructos) y la validez

convergente. Para considerar fiable una medida, los valores deben superar 0.70, aunque algunos autores consideran que 0.60 puede ser un resultado aceptable (Arias, 2008), por lo que se obtienen resultados aceptables en fiabilidad compuesta (IFC= 0.080). La fiabilidad de todo el instrumento, evaluada mediante alfa de Cronbach, fue de $\alpha = 0.800$.

Para proporcionar evidencia de la validez de los indicadores utilizados para medir el constructo se analizó la validez convergente. Se acepta la hipótesis alternativa si $t \geq |1.96|$, y si esos valores t son superiores a $|1.96|$ confirman la validez de dichos indicadores. En el caso de la ECA los 31 ítems son estadísticamente significativos, con valores entre 2.01 y 38.68, y por tanto los indicadores representan el constructo en el que saturan.

Para obtener más evidencias de validez de la ECA, se analizaron las relaciones con otros instrumentos relacionados teóricamente con el comportamiento alimentario, y que son empleado en esta investigación. Como puede observarse en la Tabla 20, las puntuaciones correlacionan estadísticamente con el EDRC, o índice de riesgo de TCA, Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Neuroticismo, Ansiedad y Depresión.

Tabla 20. ECA: Correlaciones con otras escalas

	EDRC	Obsesión por la delgadez	Bulimia	Insatisfacción Corporal	Neuroticismo	Ansiedad	Depresión
ECA	.716**	.724**	.438**	.599**	.351**	.351**	.363**

** $p \leq .001$

Por último, se realizó un análisis de generalizabilidad (Tabla 21) para estimar el grado de generalización de un diseño de medida respecto a las condiciones de un valor teórico buscado, asumiendo que cualquier situación de medida posee infinitas fuentes de variación, denominadas facetas (en la ECA participantes e ítems). Este análisis permite unificar las diferentes definiciones de fiabilidad, validez y precisión. Se utilizó el programa SAGT v1.0 (Hernández-Mendo, Blanco-Villaseñor, Pastrana, Morales-Sánchez y Ramos-

Pérez, 2016), para el cálculo de generalizabilidad y la estimación de los coeficientes G relativo (fiabilidad e^2) y absoluto (generalizabilidad Φ). El análisis de generalizabilidad que se realizó obtiene resultados satisfactorios, con los Coeficientes G por encima de 0.99.

Los resultados del análisis de generalizabilidad indican niveles de fiabilidad ($e^2=1$) y generalizabilidad ($\Phi=1$) de la ECA altos. El diseño de investigación realizado (respuestas = ítems x participantes) resulta significativo y explica el total de la varianza, explicando un 18.4% los ítems, 9.25% los participantes, y 72.35% la interacción de ambos.

Tabla 21. ECA: Análisis de generalizabilidad

Fuentes de variación	Suma de cuadrados	Grado de libertad	Cuadrado medio	Aleatorio	Mixtos	Corregidos	%	Error estándar
[P]	1670.715	603	2.771	2.771	2.771	2.771	9.246	0.005
[I]	2592.511	30	86.417	0.142	0.142	0.142	18.417	0.036
[P][I]	10099.940	18090	0.558	0.558	0.558	0.558	72.336	0.006
Coeficiente G relativo: 0.994 / Coeficiente G absoluto: 0.993 Error relativo: 0.001 / Error absoluto: 0.001								

5.3.5. Inventario de Personalidad NEO-FFI

Se utilizó el Five-Factor Inventory (NEO-FFI) con el fin de obtener datos sobre los rasgos de personalidad de los estudiantes.

En la actualidad el modelo de los Cinco Grandes rasgos de personalidad es predominante en la investigación y existe un número importante de instrumentos diseñados para su medida, de los cuales el más popular posiblemente sea el NEO-PI-R (Revised NEO Personality Inventory), y su versión reducida, el NEO-FFI, ambos de Costa y McCrae (1992). Para el presente estudio se ha hecho uso de la versión adaptada al español del NEO-FFI (Costa y McCrae, 2008), la cual se muestra como instrumento válido para una

rápida evaluación de los Cinco Grandes Factores en la población española (Aluja, García, Rossier y García, 2005).

El NEO-FFI es un cuestionario compuesto por 60 ítems, en el que únicamente se obtienen las puntuaciones de los cinco grandes factores, cada ítem se valora desde 0 hasta 4 puntos, en una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde el extremo "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". La puntuación total en cada factor se obtiene sumando los puntos de los 12 ítems, y abarca de 0 a 48 puntos. No ofrece información específica de las facetas de cada factor como en el caso del NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992).

Las cinco grandes dimensiones de personalidad que mide este cuestionario son: *Neuroticismo*, *Extraversión*, *Apertura a la Experiencia*, *Amabilidad* y *Responsabilidad*. En la Tabla 22 se ofrece una descripción de cada rasgo, y podemos observar como cada uno de ellos se caracteriza por dos polos opuestos. Así el polo de Neuroticismo (N+) se opone el polo de Estabilidad emocional (N-), el de Extraversión (E+) se opone al de Introversión (E-), el de Apertura (O+) se opone al convencionalismo y lo tradicional (O-), el de Amabilidad (A+) se opone a la frialdad y la antipatía (A-) , y, por último, el polo de Responsabilidad (C+) se opone a la desorganización y la falta de responsabilidad (C-).

Sin embargo, no podemos olvidar que las dimensiones son continuas ya que las personas se pueden clasificar, según el grado en que presentan los rasgos. Así, cuanto mayor sea la puntuación de un rasgo, mayor la tendencia del sujeto a mostrar el comportamiento para el cual tiene disposición (Crespo, 2016).

Tabla 22. Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae (Adoptado de Costa y McCrae, 2008)

Factor o dimensión	Definición	Características de los Polos de los Factores
N. Neuroticismo	Tendencia a experimentar emociones negativas y pensamientos irracionales, y poca capacidad para controlar impulsos y situaciones de estrés	N+: Nervioso, preocupado, aprehensivo, inestable, sensible, emocional, inseguro, hipocondríaco, tenso, miedoso, triste, vulnerable N-: Estable emocionalmente, calmado, relajado, seguro, autocontrolado, fuerte, equilibrado
E. Extraversión	Cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales, nivel de actividad, necesidad de estimulación y capacidad para la alegría	E+: Sociable, activo, hablador, optimista, amante de la diversión, afectuoso, divertido E-: Introverso, reservado, distante, sobrio, frío, independiente, callado, solitario
O. Apertura a la experiencia	Amplitud, profundidad y permeabilidad de la conciencia, y motivación activa por ampliar y examinar la experiencia	O+: Curioso, creativo, original, imaginativo, de intereses amplios, liberal, de mentalidad abierta O-: Convencional, conservador, dogmático, rígido, tradicional, práctico, insensible, prosaico
A. Amabilidad	Calidad de las interacciones que una persona prefiere en un continuo que va desde la compasión al antagonismo	A+: Bondadoso, compasivo, afable, confiado, servicial, atento, altruista, cooperativo, sensible, empático A-: Cínico, rudo, agresivo, suspicaz, competitivo, irritable, manipulativo, vengativo, despiadado, egoísta, crítico
C. Responsabilidad	Grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas	C+: Organizado, fiable, trabajador, auto-controlado, cuidadoso, puntual, formal, escrupuloso, ambicioso, tenaz, perseverante, cauto, meticuloso C-: Poco fiable, informal, vago, descuidado, abúlico, negligente, hedonista, sin objetivos, voluble, laxo

El NEO-FFI, tanto en su versión original (Costa y McCrae, 1992) como en su adaptación española (Costa y McCrae, 2008), presenta adecuadas propiedades psicométricas y una buena consistencia interna en todas las dimensiones.

En el presente estudio la fiabilidad obtenida (Alfa de Cronbach) en cada factor en este estudio ha sido de $\alpha = 0.79$ en Neuroticismo, $\alpha = 0.81$ en Extraversión, $\alpha = 0.70$ en Apertura, $\alpha = 0.71$ en Amabilidad, y $\alpha = 0.82$ en Responsabilidad.

5.3.6. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck, de Beck y Steer (1993), y conocido por las siglas de su nombre original en inglés BAI (Beck Anxiety Inventory), se ha convertido en el cuestionario autoaplicado más utilizado para medir la sintomatología ansiosa en los países con mayor producción científica en psicología (Sanz, 2013). Así, lo demuestra un estudio publicado por Piotrowski y Gallant (2009), en el cual identifican al BAI como el instrumento de evaluación de la ansiedad más utilizado en la investigación psicológica.

Desde su adaptación española (Beck y Steer, 2011) el BAI ha ido ganando en popularidad como instrumento para evaluar la ansiedad tanto en investigación básica y aplicada como en la práctica clínica.

El objetivo de este instrumento es valorar la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad. Consta de 21 ítems, a través de los cuales se valora la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad, y permite discriminar la ansiedad de la depresión.

Es un cuestionario de fácil aplicación, ya que solamente requiere de cinco minutos para su aplicación. Cada uno de los ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en

que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente, no me molestó mucho), 2 (Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). La puntuación máxima es de 63 puntos, donde los puntos de corte son: entre 0 y 7 puntos se consideran reflejo de un nivel mínimo de ansiedad, puntuaciones de 8 a 15 indican ansiedad leve, entre 16 y 25 puntos reflejan ansiedad moderada y de 26 a 63 señalan ansiedad grave, según Muriungui y Ndeti (2013).

A partir del análisis de su validez de contenido realizado por Sanz y Navarro (2003), el BAI se distingue, en cuanto a su contenido, por evaluar sobre todo síntomas fisiológicos: 14 de sus 21 ítems (el 67%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que sólo 4 de sus ítems evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos. Por otro lado, 19 de los 21 ítems del BAI (el 90%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia o pánico.

Se han realizado diversas adaptaciones del BAI al español, entre ellas la de Sanz y Navarro (2003) en la que analizaron sus propiedades psicométricas en una muestra española de estudiantes universitarios, pero fueron Magán, Sanz y García-Vera (2008) quienes analizaron sus propiedades psicométricas en una muestra de adultos de la población general española. Estos autores encontraron una consistencia interna elevada ($\alpha = 0.93$), índice que coincide con el del estudio original, en el cual se encontró un índice de consistencia interna elevado ($\alpha = 0.92$), el cual ha sido posteriormente replicado en otras muestras clínicas y no clínicas. En el presente estudio, la fiabilidad encontrada es idéntica, en concreto, $\alpha = 0.92$.

Magán et al. (2008) sugieren una puntuación de corte de 11 como el valor medio que encontraron en su población general española. De las mayores críticas que tiene el BAI, es la sobreestimación de la prevalencia y severidad de los síntomas ansiosos. Sin embargo, su alto uso y estudio ha demostrado su valor dentro de la comunidad científica (Hayden, Brown, Brennan y O'Brien, 2012).

5.3.7. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) es un instrumento de autoinforme validado, a través del cual se evalúa la presencia de sintomatología depresiva y permite cuantificar su intensidad. En este trabajo se ha empleado la adaptación española realizada por Sanz y Vázquez (Beck, Steer y Brown, 2011).

Consta de 21 ítems y evalúa niveles de gravedad de la depresión (intensidad sintomática, no diagnóstica), con una escala de 4 puntos, que va de 0 a 3 (rango 0-63). Los 21 ítems se relacionan con síntomas como: desesperanza, irritabilidad, problemas cognitivos como: culpa, sentimiento de castigo, y síntomas físicos como: fatiga y pérdida de peso. Según los autores originales se considera que una puntuación comprendida entre 0-13 indica un grado de depresión mínimo, entre 14 y 19 leve, entre 20 y 28 moderado y entre 29 y 63 grave (Beck, Steer y Brown, 1996).

Farinde (2013) menciona que la consistencia interna es elevada ($\alpha = 0.91$). Así mismo, el autor menciona que cuando se hizo la traducción del inventario al español, su confiabilidad fue aceptada ya que no fue mucha la diferencia ($\alpha = 0.91$ en español y $\alpha = 0.89$ en inglés). En este trabajo el inventario presenta una fiabilidad de $\alpha = 0.90$.

La distribución del BDI-II en población general española es similar a la encontrada en estudios anteriores con poblaciones de otros países (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). También se encontró similar distribución de puntuaciones en muestra clínica española y extranjera (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez, 2005), así como entre muestras de estudiantes universitarios españoles y extranjeros (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

La decisión de incorporar el instrumento a esta investigación es debido a que es la escala de autoinforme más utilizada internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos, en poblaciones normales y clínicas, y tanto en la práctica profesional como en la investigativa, mostrando una alta

correlación con el diagnóstico a través de la entrevista (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003).

5.4. PROCEDIMIENTO

Una vez planteados los objetivos del estudio y seleccionado el tipo de población sobre el que se iba a realizar la investigación, se solicitó el permiso pertinente a las universidades.

Tras recibir la autorización para realizar el estudio, se contactó con los profesores responsables de los grupos que iban a participar, a los que se envió un informe detallado sobre los objetivos del estudio, la duración del mismo y en qué iba a consistir el trabajo que se iba a realizar con los alumnos, así como los beneficios que el trabajo podía aportarles.

Los cuestionarios se administraron de forma colectiva, anónima y voluntaria en horario de clase. Se informó a los alumnos de que se iba a realizar un estudio sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, personalidad, ansiedad y depresión, del trato de confidencialidad que tendrían los datos aportados y se solicitó su colaboración. Obtenido el visto bueno de los mismos, tras consentimiento informado y firmado, se administró la batería de cuestionarios.

Los responsables de la investigación estuvieron presentes durante la administración de los cuestionarios para proporcionar ayuda si era necesaria, para verificar la cumplimentación correcta e independiente por parte de cada sujeto.

5.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para efectuar el tratamiento estadístico de los datos y obtener los resultados que nos permitieran confirmar o rechazar las hipótesis propuestas, se llevaron a cabo varios tipos de análisis.

Se emplearon métodos estadísticos estándar para el cálculo de medidas de tendencia central y dispersión, distribución de frecuencias, y Tablas de contingencia, para conocer las características sociodemográficas de la muestra, las puntuaciones en los diferentes cuestionarios de evaluación, y los hábitos alimentarios.

La prueba de independencia de Chi-cuadrado de Pearson (χ^2), se utilizó para contrastar la hipótesis de asociación entre variables y determinar si las diferencias observadas entre mujeres y hombres en los diferentes aspectos del comportamiento alimentario son suficientemente relevantes.

Se realiza la prueba *t* de Student (*t-test*) para muestras independientes, para examinar las diferencias entre medias en todas las escalas evaluadas, entre mujeres y hombres, entre los universitarios participantes en este estudio y la población general, entre grupos con puntuaciones bajas o altas en comportamiento alimentario, y entre sujetos que cumplieran criterios de remisión o no. Para conocer la magnitud de las diferencias encontradas se calculó el tamaño del efecto (*d*) de Cohen, que cuantifica la magnitud de la diferencia entre dos medias. Siguiendo a Cohen (1988), valores entre 0.20 y 0.50 denotan una magnitud pequeña, entre 0.50 y 0.79 implican una magnitud moderada, y valores iguales o superiores a 0.80 significan un tamaño del efecto grande. En el presente trabajo se consideran las diferencias significativas si el tamaño del efecto es superior a 0.40, tal y como plantea Pamies (2011), ya que en Psicología el tamaño del efecto suele ser pequeño o mediano.

Para analizar las diferencias entre grupos se utilizó el análisis de varianza (ANOVA), concretamente, entre grupos de mujeres y hombres según: el índice de masa corporal, el acuerdo con el propio peso, el número de criterios de remisión cumplidos, el nivel de riesgo de TCA, y en conductas de riesgo según el riesgo de TCA. Además se realizan comparaciones *post-hoc* entre los diferentes grupos (prueba de Scheffé), ya que el análisis de varianza señala si existen diferencias significativas entre las medias, pero no entre qué grupos en concreto. Para cuantificar la magnitud de las diferencias se calculó el estadístico

eta cuadrado (η^2), que permite analizar el porcentaje de la variable dependiente controlada por la variable independiente. Según Cohen (1988) y Ellis (2010), valores alrededor de 0.01 expresan un tamaño del efecto pequeño, alrededor de 0.06 indican una magnitud moderada, y valores iguales o superiores a 0.14 expresan un gran tamaño del efecto.

El análisis de correlación (coeficiente de Pearson) fue efectuado para observar las pautas de variación común entre las puntuaciones en las escalas de riesgo de TCA, las escalas psicológicas, los rasgos de personalidad, ansiedad, depresión, IMC, comportamiento alimentario y edad, tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto al análisis de regresión, se usó el método de pasos sucesivos (Stepwise) para determinar la contribución de las diferentes variables independientes (escalas psicológicas y de riesgo de TCA, factores de personalidad, ansiedad y depresión, IMC y conductas de riesgo) en la explicación de las variables dependientes (el comportamiento alimentario y el riesgo para desarrollar un TCA).

Para todos estos análisis se empleó el paquete informático SPSS para Windows (versión 19.0, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EEUU), y en todo caso se consideró un nivel de significación estadística del 5% ($p \leq 0,05$).

Los análisis factoriales de la Encuesta de Comportamiento Alimentario se realizaron mediante el programa LISREL 8.30 (Joreskog y Sorbom, 2006), y el programa SAGT v1.0 (Hernández-Mendo, Blanco-Villaseñor, Pastrana, Morales-Sánchez y Ramos-Pérez, 2016) se empleó para el análisis de generalizabilidad del instrumento.

Para efectuar los análisis de datos que permitieran alcanzar los objetivos de estudio, se realizaron varias divisiones o clasificaciones de los participantes, siguiendo diferentes criterios.

A partir del Índice de Masa Corporal, obtenido a partir del peso corporal en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros ($\text{IMC} = \text{peso (Kg)} / \text{altura m}^2$), se clasifica a los sujetos siguiendo los puntos de corte establecidos por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1998, 2006), y que se presentan en la Tabla 23.

Tabla 23. Clasificación del IMC (WHO, 1998, 2006)

	Puntos de corte principales	Puntos de corte adicionales
Bajo peso	< 18.50	< 18.50
Delgadez severa	< 16.00	< 16.00
Delgadez moderada	16.00 – 16.99	16.00 – 16.99
Delgadez leve	17.00 – 18.49	17.00 – 18.49
Rango normal	18.50 – 25.99	18.50 – 22.99
		23.00 – 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00	≥ 25.00
Preobeso	25.00 – 29.99	25.00 – 27.49
		27.50 – 29.99
Obesidad	≥ 30.00	≥ 30.00
Obesidad Tipo I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obesidad Tipo II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obesidad Tipo III	≥40.00	≥40.00

A partir de los datos obtenidos con el EDI-3 RF, se realiza una segunda clasificación según su acuerdo o desacuerdo con su peso (desea menos peso, más peso, o está satisfecho con el mismo).

También mediante los criterios formulados por el Cuestionario de Remisión EDI-3 RF, se divide a los sujetos según necesidad de remisión o no a un especialista.

Se establecen asimismo grupos con puntuaciones extremas bajas o altas en comportamiento alimentario, medido mediante la ECA. El criterio seguido

fue la suma o resta de una desviación típica a la media tanto de mujeres como de hombres.

Tomando como referencia los baremos clínicos y no clínicos del EDI-3, se establecen grupos con niveles de riesgo bajo, medio y elevado de desarrollar un TCA.

Para poder analizar las conductas de riesgo, entre mujeres y hombres y entre grupos de riesgo, se crean índices a partir de la frecuencia de ocurrencia de las mismas. Concretamente, a partir del EDI-3 RF la frecuencia de atracones, vómitos, uso de laxantes, pérdida de peso y práctica de ejercicio físico para controlar el peso, se codifica mediante 0= nunca, 1= una vez al mes o menos, 2= 2-3 veces al mes, 3= una vez a la semana, 4= 2-6 veces a la semana, 5= una vez al día o más. Posteriormente se obtienen promedios generales. Respecto a la realización de dietas, se obtiene mediante la ECA, y es codificado con 1= raramente o nunca, 2= a veces, 3= frecuentemente, y 4= siempre. También la pérdida de peso es agrupada (0= ninguno; 1= entre 1 y 4; 2= entre 5 y 8; 3= más de 9) según los kilos perdidos señalados por el sujeto en ese cuestionario.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

6.1. DESCRIPTIVOS Y DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

En este apartado se describen los hábitos alimentarios de los participantes en el estudio, y las puntuaciones obtenidas a través de los diferentes cuestionarios de evaluación. También se exponen los análisis realizados para comprobar las diferencias en todas las variables atendiendo a edad y género.

6.1.1. Hábitos de alimentación y comportamiento alimentario

A través de la Encuesta de Comportamiento Alimentario (ECA) se evaluaron los hábitos alimentarios de los estudiantes, obteniendo la regularidad con la que realizaban las comidas principales, picoteaban entre horas, tomaban refrescos, cafés, infusiones, cervezas, licores y azúcar, así como el número de cigarrillos.

También se evaluaron estos hábitos alimentarios obteniendo sus comportamiento respecto al momento de las comida (velocidad con la cual se ingieren los alimentos, cantidad de alimentos ingeridos, atención prestada a la comida, si comían apreciando lo que ingerían y cuándo tenían realmente hambre, el comportamiento en banquetes o situaciones especiales, similitud de hábitos alimenticios con los de sus familiares y actividades realizadas durante las comidas), conductas purgativas (si vomitaban, ingerían laxantes y diuréticos), y en relación al peso (si se preocupaban por su peso, si controlaban su peso y la forma en la cual lo hacían). Por último se evaluaron aspectos cognitivos que pueden influir en sus hábitos alimenticios, en su peso y figura (culpabilidad respecto a las cantidades de alimentos ingeridos, si le incomoda la compañía de otras personas cuando comían, imagen corporal que tiene de sí mismo y pensamientos negativos respecto a lo que come).

A continuación se muestran los resultados obtenidos respecto a hábitos alimentarios. Los participantes en el estudio obtienen una media de 18.87 ($DT= 8.51$) en la Encuesta de Comportamiento Alimentario, como puede observarse en la Tabla 24. La máxima puntuación obtenida es de 51, siendo 94 la puntuación máxima que puede obtenerse en el cuestionario, y la mínima de 2.

Como se observa en la Tabla 25, existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en comportamiento alimentario, si bien el tamaño del efecto es pequeño ($t_{602} = 3.636, p < .001, d = 0.38$).

Tabla 24. Descriptivos en la ECA

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Comportamiento Alimentario	18.87	8.51	2	51

Tabla 25. Diferencias de género en la ECA

	Mujeres				Hombres				<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>			
ECA	19.77	8.56	3	51	17.14	8.13	2	39	3.636	.000	0.381

En las Tablas que se muestran a continuación se exponen los resultados obtenidos, en cuanto a frecuencia y las diferencias encontradas entre hombres y mujeres en cada uno de estos aspectos.

Tabla 26. Desayunos semanales

Nº de desayunos	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	17	4.3	8	3.9	25	4.1
1	10	2.5	0	0	10	1.7
2	20	5.0	8	3.9	28	4.6
3	12	3.0	3	1.5	15	2.5
4	12	3.0	5	2.4	17	2.8
5	40	10.1	20	9.7	60	10.0
6	20	5.0	18	8.7	38	6.3
7	266	67.0	144	69.9	410	68.0

En relación al número de desayunos que realizan a la semana, se puede observar en la Tabla 26, que el 67% de las mujeres y el 69.9% de los hombres, desayunan todos los días, no encontrándose diferencias significativas en relación al género, aunque se encuentra cercano a la significación ($p = .070$) (Tabla 27).

Tabla 27. Diferencias de género en desayuno

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Desayunos	5.83	2.03	6.12	1.74	-1.813	.070

En cuanto al número de almuerzos que realizan a la semana, tal y como podemos observar en la Tabla 28, el 40.6% de las mujeres almuerza cinco días a la semana, mientras que en los hombre es el 30.6% quienes almuerzan con esa frecuencia. Sin embargo, son más los hombres que almuerzan los siete días a la semana 37.4%, frente al 19,1% de mujeres que lo hacen con esa misma frecuencia. Por tanto, observando los resultados de la Tabla 29, encontramos que existen diferencias significativas ($p < .01$) en cuanto al género, respecto al número de almuerzos semanales, ya que las mujeres presentan un promedio de 4.26 ($DT = 2.27$) y los hombres de 4.81 ($DT = 2.35$).

Tabla 28. Almuerzos semanales

Nº de almuerzos	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	60	15.1	26	12.6	86	14.3
1	9	2.3	2	1.0	11	1.8
2	21	5.3	11	5.3	32	5.3
3	17	4.3	9	4.4	26	4.3
4	33	8.3	11	5.3	44	7.3
5	161	40.6	63	30.6	224	37.1
6	20	5.0	7	3.4	27	4.5
7	76	19.1	77	37.4	153	25.4

Tabla 29. Diferencias de género en almuerzo

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>	/d/
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Almuerzos	4.26	2.27	4.81	2.35	-2.793	.005	

Por otro lado, en relación a las comidas que realizan semanalmente (Tabla 30), en mujeres como en hombres, los mayores porcentajes los encontramos en siete comidas a la semana (Mujeres= 95.7%; Hombres= 95.6%). En la Tabla 31, se puede observar como no existen diferencias significativas de género, en relación a las comidas semanales.

Tabla 30. Comidas semanales

Nº de comidas	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	5	1.3	4	2.0	9	1.5
1	1	0.3	1	0.5	2	0.3
2	2	0.5	2	1.0	4	0.7
3	2	0.5	0	0	2	0.3
4	1	0.3	2	1.0	3	0.5
5	5	1.3	0	0	5	0.8
6	1	0.3	0	0	1	0.2
7	380	95.7	196	95.6	576	95.7

Tabla 31. Diferencias de género en comidas

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Comidas	6.82	0.97	6.76	1.18	0.662	.508

En lo referente a la frecuencia con la cual realizan meriendas a la semana (Tabla 32).

Tabla 32. Meriendas semanales

Nº de meriendas	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	93	24.0	57	28.2	150	25.5
1	29	7.5	20	9.9	49	8.3
2	29	7.5	16	7.9	45	7.6
3	27	7.0	18	8.9	45	7.6
4	28	7.2	12	5.9	40	6.8
5	72	18.6	19	9.4	91	15.4
6	16	4.1	8	4.0	24	4.1
7	93	24.0	52	25.7	145	24.6

Las mujeres obtienen los mismos porcentajes en ninguna que en siete meriendas semanales (24.0%), mientras que en los hombres el 28.2% no merienda ninguna vez a la semana y el 25.7% lo hace siete veces por semana. No se aprecian diferencias significativas en cuanto a género (Tabla 33).

Tabla 33. Diferencias de género en meriendas

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Meriendas	3.58	2.69	3.27	2.80	1.314	.189

En cuanto al número de cenas que los alumnos informan realizar a la semana (Tabla 34), tanto en las mujeres, como en los hombres observamos que los mayores porcentajes se encuentran en ninguna cena a la semana (Mujeres= 58.8%, Hombres= 62.2%), frente al 23.1% en mujeres y el 13.9% de hombres que realiza siete cenas semanales.

Tabla 34. Cenas semanales

Nº de cenas	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	227	58.8	125	62.2	352	60.0
1	13	3.4	14	7.0	27	4.6
2	19	4.9	16	8.0	35	6.0
3	11	2.8	10	5.0	21	3.6
4	7	1.8	3	1.5	10	1.7
5	16	4.1	4	2.0	20	3.4
6	4	1.0	1	0.5	5	0.9
7	89	23.1	28	13.9	117	19.9

En la Tabla 35 observamos que existen diferencias significativas de género en cuanto al número de cenas semanales ($t_{602} = -2.723$, $p < .01$, $d = 0.416$), ($p < .01$), ya que las mujeres presentan un promedio de 1.54 ($DT = 2.49$) y los hombres de 2.17 ($DT = 2.96$).

Tabla 35. Diferencias de género en cenas

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>	/d/
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Cenas	1.54	1.40	2.17	2.96	-2.723	.002	0.416

En lo que se refiere al número de veces que pican entre comidas (Tabla 36), los porcentajes más elevados de respuesta los encontramos en que no pican nunca entre comidas, tanto en mujeres (34.3%), como en hombres (42.3%). No se encuentran diferencias significativas en cuanto al número de veces que los alumnos pican entre comidas en relación al género (Tabla 37).

Tabla 36. Picar entre comidas

Nº de días	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	131	34.3	85	42.3	216	37.0
1	21	5.5	23	11.4	44	7.5
2	49	12.8	15	7.5	64	11.0
3	46	12.0	13	6.5	59	10.1
4	19	5.0	11	5.5	30	5.1
5	59	15.4	22	10.9	81	13.9
6	2	0.5	3	1.5	5	0.9
7	5	14.4	29	14.4	84	14.4

Tabla 37. Diferencias de género en picar entre comidas

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Picar	2.68	2.52	2.32	2.61	1.616	.107

Se pregunta a los alumnos sobre el número de refrescos o bebidas dulces que ingieren a lo largo del día (Tabla 38). Las mujeres informan con un alto porcentaje de que no consumen ninguno a lo largo del día (86.7%) y el 9% indica que consume un refresco o bebida dulce al día, frente al 65.0% de los hombres que no consume ninguna de estas bebidas diariamente, y el 19.7% que lo hace una vez al día.

En la Tabla 39 encontramos que existen diferencias significativas de género, en cuanto a la ingesta de refrescos y bebidas dulces ($t_{602} = -5.446$, $p < .001$, $d = 0.537$), ya que las mujeres presentan un promedio de 0.19 ($DT = 0.53$) y los hombres de 0.54 ($DT = 0.84$).

Tabla 38. Refrescos o bebidas dulces diarios

Nº de refrescos	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	338	86.7	132	65.0	470	79.3
1	35	9.0	40	19.7	75	12.6
2	13	3.3	23	11.3	36	6.1
3 o más	4	1.0	8	3.9	12	2.0

Tabla 39. Diferencias de género en refrescos o bebidas dulces diarias

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>	/d/
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Refrescos	0.19	0.53	0.54	0.84	-5.446	.000	0.537

Por otro lado, respecto al consumo de café e infusiones diarias, se observa en la Tabla 40 que el 44.3% de mujeres y el 51.5% de hombres, no toman ningún café a lo largo del día, frente al 36.9% de mujeres y el 27.0% de hombres que ingieren un café diariamente. No observándose diferencias significativas en cuanto al género, en lo que se refiere a cafés diarios (Tabla 41).

En relación a infusiones diarias, en la Tabla 42, observamos que el porcentaje de hombre que informa de que no toma ninguna infusión al día es superior al de mujeres (Hombres= 82.5%; Mujeres= 72.7%), mientras que el 23.0% de mujeres, toma una infusión al día, frente al 16.0% de hombres. Se observa en la Tabla 43 que existen diferencias significativas de género respecto a la ingesta de infusiones diarias ($p < .01$), las mujeres obtienen una media de 0.34 ($DT = 0.64$) y los hombres 0.20 ($DT = 0.47$) en el número de infusiones que consumen al día.

Tabla 40. Cafés diarios

Nº de cafés	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	174	44.3	105	51.5	279	46.7
1	145	36.9	55	27.0	200	33.5
2	60	15.3	34	16.7	94	15.7
3 o más	14	3.6	10	4.9	24	4.0

Tabla 41. Diferencias de género en cafés diarios

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Cafés	0.78	0.83	0.75	0.90	0.410	.682

Tabla 42. Infusiones diarias

Nº de infusiones	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	288	72.7	170	82.5	458	76.1
1	91	23.0	33	16.0	124	20.6
2	7	1.8	1	0.5	8	1.3
3 o más	10	2.5	2	1.0	12	2.0

Tabla 43. Diferencias de género en infusiones diarias

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Infusiones	0.34	0.64	0.20	0.47	2.793	.005

En la Tabla 44 observamos que en relación a la cantidad de azúcar que consumen al día, un 61.4% de mujeres y un 46.1% de hombres, no consumen azúcar a lo largo del día, frente al 30.2% de mujeres y el 37.7% de hombres que toman una cucharada o terrón de azúcar una vez al día. Encontramos en la Tabla 45 que existen diferencias significativas en función al género, en cuanto al consumo de azúcar diario ($t_{602} = -3.516$, $p < .001$, $d = 0.402$), donde el promedio en hombres es superior al de mujeres (Hombres: $M = 0.75$, $DT = 0.84$; Mujeres: $M = 0.51$, $DT = 0.76$).

Tabla 44. Azúcar diaria

Nº de Cucharadas/ cubos	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	242	61.4	94	46.1	336	56.2
1	119	30.2	77	37.7	196	32.8
2	17	4.3	23	11.3	40	6.7
3 o más	16	4.1	10	4.9	26	4.3

Tabla 45. Diferencias de género en azúcar diaria

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>	/d/
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Azúcar	0.51	0.60	0.75	0.64	-3.516	.000	0.402

También se analizó la frecuencia con la que consumían cigarrillos (Tabla 46). Como se observa en la Tabla, un alto porcentaje de mujeres no consume cigarrillos (70.7%), en el caso de los hombres, también los mayores porcentajes se sitúan en ningún cigarrillo al día (58.0%). No se encuentran diferencias significativas en relación al género en el consumo de cigarrillos diarios (Tabla 47).

Tabla 46. Número de cigarrillos diarios

Nº de cigarrillos	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ninguno	280	70.7	119	58.0	399	66.4
Entre 1 y 5	56	14.1	47	22.9	103	17.1
Entre 6 y 10	41	10.4	20	9.8	61	10.1
Entre 11 y 20	16	4.0	13	6.3	29	4.8
Más de 21	3	0.8	6	2.9	9	1.5

Tabla 47. Diferencias de género en cigarrillos diarios

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Azúcar	2.28	4.80	3.36	6.15	-2.192	.029

Por último, en relación al consumo de cervezas o vinos (Tabla 48) y licores (Tabla 50) semanalmente, los estudiantes informaron de que el 62.4% de las mujeres y el 61.0% de los hombres no consumían ni cervezas ni vinos semanales. Respecto al consumo de licores semanales, también se observa que el mayor porcentaje tanto de mujeres como de hombres se sitúa en ningún consumo semanal (Mujeres= 62.5%; Hombres=58.9%). No se observan diferencias significativas en lo que se refiere al género, ni en el consumo de cervezas o vinos semanales (Tabla 49), ni en la ingesta de licores semanales (Tabla 51).

Tabla 48. Número de cervezas o vinos semanales

Nº de cervezas o vinos	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	247	62.4	125	61.0	372	61.9
1	45	11.4	21	10.2	66	11.0
2	50	12.6	26	12.7	76	12.6
3	19	4.8	12	5.9	31	5.2
4	12	3.0	6	2.9	18	3.0
5	12	3.0	7	3.4	19	3.2
6 o más	11	2.8	8	3.9	19	3.2

Tabla 49. Diferencias de género en cerveza o vino semanales

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Cerveza o vino	1.02	1.92	1.13	1.99	-0.666	.506

Tabla 50. Frecuencia de licores semanales

Nº de licores	Mujeres		Hombres		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	247	62.5	119	58.9	366	61.3
1	46	11.6	25	12.4	71	11.9
2	51	12.9	23	11.4	74	12.4
3	25	6.3	8	4.0	33	5.5
4	8	2.0	8	4.0	16	2.7
5	9	2.3	12	5.9	21	3.5
6 o más	9	2.3	7	3.5	16	2.7

Tabla 51. Diferencias de género en licores semanales

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Licores	0.99	1.95	1.17	1.86	-1.087	.277

A continuación se evalúa el **comportamiento en el momento de las comidas** de los estudiantes. En la Tabla 52 respecto a la rapidez con la cual los estudiantes comen, observamos que existen diferencias significativas entre los dos grupo ($p < .001$).

Tabla 52. Velocidad con la que se ingieren los alimentos

Durante las comidas...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Come a la par con los demás comensales	251	63.1	95	46.1	53.438	.000
Es variable o come sin fijarse en eso	86	21.6	25	12.1		
Come más rápido que los demás	58	14.6	78	37.9		
Come más lento que los demás	3	0.8	8	3.9		

Dentro del grupo de mujeres, la mayor proporción dice comer a la par que los demás, seguidas de las que indican que la rapidez con la cual ingieren alimentos es variable o comen sin fijarse en eso. Por su parte, entre el grupo de los hombres también señalan en mayor proporción comer a la par con los demás, pero a diferencia que las mujeres, como segunda respuesta más contestada, indican comer más rápido que los demás.

Respecto a la cantidad de alimentos que ingerían en relación a otros comensales (Tabla 53), se observan diferencias significativas entre grupos ($p < .001$), el grupo de las mujeres reportó en mayor porcentaje comer la misma cantidad, seguido de comer menos cantidad que el resto de comensales. En el grupo de hombres, las mayores proporciones las encontramos en aquellos que ingieren la misma cantidad que los demás (44.7%) seguidos de los que indican comer mayores cantidades (42.2%).

Tabla 53. Cantidad de alimentos ingeridos respecto al resto de comensales

Considera que la cantidad que come usualmente es...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Igual a la de los demás	252	63.3	92	44.7	54.675	.000
Menor que la de los demás	86	21.6	27	13.1		
Mayor que la de los demás	60	15.1	87	42.2		

También se valoró la cantidad de alimentos que ingerían en relación a uno mismo (Tabla 54), encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$), entre mujeres y hombres.

Tabla 54. Cantidad de alimentos ingeridos respecto a uno mismo

Cuando toma sus alimentos...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Consume siempre la totalidad de los alimentos	142	35.7	108	52.4	31.374	.000
Deja uno o varios alimentos	204	51.3	67	35.5		
Repite uno o varios alimentos	37	9.3	16	7.8		
Siempre consume sólo una parte de lo que le sirven o exige que le sirvan menos que a los demás	13	3.3	6	2.9		
Siempre consume una cantidad adicional de uno o varios alimentos o exige que le sirvan mayor cantidad	2	0.5	9	4.4		

Entre las mujeres las proporciones más elevadas se encuentran en las que indican dejar uno o varios alimentos (51.3%), seguido de las que consumen siempre todos los alimentos que les son servidos (35.7%). Por su parte, en el grupo de los hombres el 52.4% consume siempre la totalidad de los alimentos, frente al 35.5%, que deja uno o varios alimentos en el plato.

Se preguntó a los estudiantes respecto a su comportamiento cuando pasaban ante un establecimiento de venta de alimentos, y podemos observar en la Tabla 55 que existen diferencias significativas ($p < .05$), entre los grupos, respecto a las respuestas a

este ítem. En el grupo de los hombres el 68.9% indica que le es indiferente pasar frente un establecimiento de estas características, seguido del 21.4% que dicen sentir grandes deseos de entrar pero se resisten a ello. En el caso de las mujeres es el 60.1% a las que les es indiferente pasar frente a un establecimiento de comida y el 27.6% las que sentir grandes deseos de entrar pero se resisten.

Tabla 55. Comportamiento ante la venta de alimentos

Cuando pasa frente a un establecimiento de venta de alimentos...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Entra siempre	1	0.3	3	1.5	8.602	.035
Frecuentemente entra	48	12.1	17	8.3		
Siente grandes deseos de entrar pero se resiste	110	27.6	44	21.4		
Le es indiferente	239	60.1	142	68.9		

Además, se evaluó la atención que prestaban a los alimentos cuando los estaban consumiendo. Observamos en la Tabla 56 que no existen diferencias significativas entre las mujeres y los hombres, en relación a este aspecto. Las mayores proporciones las encontramos en que los alumnos degustan todos los alimentos (Mujeres: 89.9%; Hombres: 87.4%).

Tabla 56. Atención a la comida

Durante sus comidas...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Degusta todos los alimentos	358	89,9	180	87,4	4.076	.253
Degusta sólo ciertos alimentos	15	3,8	5	2,4		
Ocasionalmente se fija en lo que come	20	5,0	15	7,3		
Generalmente los consume automáticamente	5	1,3	6	2,9		

Se encontraron diferencias significativas ($p < .001$), entre mujeres y hombres en relación al momento en que siente la necesidad de sentarse a comer, ya que las mujeres indican en proporciones similares sentarse a comer cada vez que tienen la oportunidad

de hacerlo (42.2%), y sentarse cuando es la hora para ello (35.9%). Por su parte, en el grupo de los hombres la mayor proporción la encontramos en los que se sientan a la mesa a comer cada vez que tienen la oportunidad de hacerlo (52.9%), seguido de aquellos que se sientan cuando es la hora para ello (18.4%) (Tabla 57).

Tabla 57. Momento en que siente la necesidad de sentarse a comer

Se sienta a la mesa a comer...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Cuando es la hora determinada para ello	143	35.9	38	18.4	20.257	.000
Sólo cuando tiene hambre	5	1.3	5	2.4		
Cada vez que tiene la oportunidad de hacerlo	168	42.2	109	52.9		
Frecuentemente sin habérselo propuesto	88	20.6	54	26.2		

En la Tabla 58, se recogen datos respecto a, si los alumnos realizan otro tipo de actividad mientras consumen alimentos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$), entre los grupos. Las mujeres informaron en su mayoría que veían TV, videos, cine, fútbol, etc. (53.3%), seguidas de aquellas ocasionalmente o nunca realizaban otro tipo de actividad (21.9%) y las que trabajaban mientras comían (20.4%). Entre el grupo de los hombres se encontraron los mismos promedios entre aquellos que veían TV, videos, cine, fútbol, etc. (42.2%) y los que ocasionalmente o nunca realizaban otro tipo de actividad (42.2%), seguido de los que trabajaban mientras comían (12.1%).

Tabla 58. Realización de actividades durante la comida

Come cuando realiza otras actividades como...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Leer o estudiar	18	4.5	7	3.4	28.532	.000
Durante el trabajo	81	20.4	25	12.1		
Viendo TV, videos, cine, fútbol, etc.	212	53.3	87	42.2		
Ocasionalmente o nunca	87	21.9	87	42.2		

También se analizó el comportamiento de los alumnos respecto a la comida en banquetes, fiestas navideñas, bufetes, etc. (Tabla 59), y en situaciones especiales de trabajo, exámenes, etc. (Tabla 60). Se observa que tanto en el grupo de mujeres como en el de hombres la mayoría, en banquetes, fiestas navideñas, bufetes, etc., comen lo que deben sin fijarse en la cantidad (Mujeres: 73.4%; Hombres: 68.4%), seguidos de los que comen hasta llegar al límite de sus capacidades (Mujeres: 16.6%; Hombres: 21.8%).

Respecto al deseo de comer en situaciones especiales (Tabla 60), encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < .001$), ya que entre el grupo de las mujeres dicen sentir esta necesidad solo a veces un 45.7%, seguido de las que dicen que lo desean frecuentemente (25.1%), quienes siempre presentan este deseo (17.8%) y solamente el 11.3%, dice no sentirlo nunca. Entre el grupo de los chicos encontramos que la mayoría dice sentir solo a veces ese deseo de comer en situaciones especiales (48.5%), seguido de los que nunca siente ese deseo (22.8%), el 20.4% dice sentirlo frecuentemente y por último se sitúan los que siempre siente ese deseo con un promedio de 8.3%.

Tabla 59. Cantidad de comida en reuniones con comida abundante

En las reuniones donde se ofrece comida en abundancia...	Mujeres		Hombres		χ^2	p
	n	%	n	%		
Se siente culpable cuando come lo que no debería	10	2.5	6	2.9	2.688	.442
Come hasta el límite de su capacidad	66	16.6	45	21.8		
Tiene que luchar constantemente para no comer	30	7.5	14	6.8		
Come lo normal sin tener que fijarse en la cantidad	292	73.4	141	68.4		

Tabla 60. Deseo de comer en situaciones especiales

Siente grandes deseos de comer en situaciones especiales...	Mujeres		Hombres		χ^2	p
	n	%	n	%		
Siempre	71	17.8	17	8.3	21.893	.000
Frecuentemente	100	25.1	42	20.4		
Solo a veces	182	45.7	100	48.5		
Nunca	45	11.3	47	22.8		

En la Tabla 61, tanto en el grupo de mujeres (45.7%) como en el de hombres (55.3%), indica que nunca come grandes cantidades hasta sentirse mal sabiendo que se va a sentir mal, el 41.2% de mujeres y el 31.6% de los hombres dicen realizar raramente este comportamiento, de una a cuatro veces al mes, lo hacen 10.3% de las mujeres y 8.3% de hombres y dos o más veces por semana 2.8% de mujeres y 4.9% de hombres.

Tabla 61. Comer en exceso hasta sentirse mal, sabiendo que va a sentirse mal

Le ocurre comer grandes cantidades hasta sentirse mal o a sabiendas de que se va a sentir mal...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Nunca	182	45.7	114	55.3	8.194	.042
Raramente	164	41.2	65	31.6		
Con frecuencia: una a cuatro veces al mes	41	10.3	17	8.3		
Dos o más veces por semana	11	2.8	10	4.9		

Se observan diferencias parcialmente significativas ($p < .05$), ente ambos grupos a la hora de llevar a cabo este comportamiento.

Otros aspectos analizados respecto al consumo de alimentos fueron si la los hábitos de alimentación habían cambiado con la edad (Tabla 62), si existía similitud entre sus hábitos y los de sus padres, respecto a la alimentación (Tabla 63) y agrado o desagrado al estar acompañado mientras consume alimentos (Tabla 64).

En la Tabla 62 encontramos que existen diferencias cercanas a la significación ($p < .05$), entre ambos grupo, respecto a los hábitos de alimentación y la edad. Entre el grupo de las mujeres el 50.0% dice que los hábitos de alimentación siempre han sido un problema o no los han definido aún, el 27.1% reconoce que tuvo dificultades durante la infancia o adolescencia, el 15.6% indica que han cambiado a lo largo de su vida y por último el 7.3% dice que han sido siempre los mismos desde la infancia. En el grupo de los hombres el 44.7% señala que siempre han sido un problema o no están definidos, el 35.4% apunta haber tenido algunas dificultades durante la infancia o adolescencia, el 10.2% reconoce que han sido siempre los mismos desde la infancia y por último el 9.7% dice que han cambiado según la época de su vida.

En relación a la similitud entre sus hábitos y los de sus padres, encontramos en la Tabla 63 que existen diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$), entre el grupo de mujeres y hombres. Las mayores proporciones las encontramos en que tanto mujeres (88.7%), como hombres (98.1%), contestan mayoritariamente que sus hábitos de alimentación son actualmente idénticos a la de uno de sus padres. En menor proporción encontramos que el 9.0% de la mujeres y el 1.5% de hombres dicen que es completamente opuesta a la de uno de sus padres. En el caso de los hombres un 0.5% dice que sus hábito alimenticios son algo muy propio de él, y en las mujeres esta opción es elegida por un 0.3% de las estudiantes, mientras que el 2.0% de las mujeres dice que su forma de comer es similar a la de los demás, frente al grupo de hombres que ninguno elige esta opción.

Los estudiantes informaron en su mayoría que, necesita estar acompañado o compartir con alguien el momento de la comida (Mujeres: 47.7%; Hombres: 43.7%), seguidos de los que indicaron que la presencia de otras personas le es agradable (Mujeres: 33.4%: Hombre: 41.7%) (Tabla 64).

Tabla 62. Hábitos de alimentación y edad

Respecto a sus hábitos de alimentación...	Mujeres		Hombres		χ^2	p
	n	%	n	%		
Han sido siempre los mismos desde la infancia	29	7.3	21	10.2	7.755	.067
Han cambiado según la época de su vida	62	15.6	20	9.7		
Hubo algunas dificultades durante la infancia o adolescencia	108	27.1	73	35.4		
Siempre han sido un problema o no están definidos	199	50.0	92	44.7		

Tabla 63. Similitud entre sus hábitos alimenticios y los de sus padres

Su forma actual de alimentación...	Mujeres		Hombres		χ^2	p
	n	%	n	%		
Es idéntica a la de uno de sus padres	353	88.7	202	98.1	17.768	.000
Es completamente opuesta a la de uno de sus padres	36	9.0	3	1.5		
Es algo muy propio de usted	1	0.3	1	0.5		
Es similar a la de los demás	8	2.0	0	0		

Tabla 64. Agrado o desagrado de estar acompañado mientras consume alimentos

Cuando consume sus alimentos...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
La presencia de otras personas le es agradable	133	33.4	86	41.7	6.071	.108
Necesita estar acompañado o compartir con alguien	190	47.7	90	43.7		
Frecuentemente le desagrada como comen otras personas	57	14.3	19	9.2		
Con frecuencia lo prefiere a solas	18	4.5	11	5.3		

A continuación, se muestran las respuestas de los alumnos a las preguntas relacionadas con **conductas purgativas**, diferenciadas por género.

Podemos observar, que los alumnos llevan a cabo conductas purgativas, siendo el método que utilizan con mayor frecuencia los diuréticos (Mujeres: 28.1% a veces y 28.9% frecuentemente en forma irregular; Hombres: 23.8% a veces y 16.0% frecuentemente en forma irregular) seguido del uso laxantes (Mujeres: 14.6% a veces y 1.8% frecuentemente en forma irregular; Hombres: 4.9% a veces y 1.0% frecuentemente en forma irregular), existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$) entre ambos grupo.

Tabla 65. Uso de diuréticos

Ha tomado medicamentos que aumentan la orina (diuréticos)...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Nunca	152	38.2	114	55.3	19.215	.000
A veces	112	28.1	49	23.8		
Frecuentemente en forma irregular	115	28.9	33	16.0		
De rutina dos o más veces por semana	19	4.8	10	4.9		

Tabla 66. Uso de laxantes

Ha usado laxantes...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Nunca	328	82.4	193	93.7	14.767	.002
A veces	58	14.6	10	4.9		
Frecuentemente en forma irregular	7	1.8	2	1.0		
De rutina dos o más veces por semana	5	1.3	1	0.5		

Tabla 67. Inducción del vómito

Se ha provocado el vómito para controlar su forma de comer y su peso en algún momento de su vida...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Nunca	345	86.7	190	92.2	5.896	.117
A veces	39	9.8	10	4.9		
Frecuentemente por período menor de un mes	8	2.0	5	2.4		
Dos o más veces por semana por más de un mes	6	1.5	1	0.5		

Tabla 68. Frecuencia de vómitos

Sufre de vómito con frecuencia...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Si	5	1.3	0	0	2.610	.106
No	393	98.7	206	100		

Por último, el comportamiento purgativo menos utilizado en ambos grupos es el vómito. Así, en cuanto a la inducción del vómito las mujeres que indican que se han provocado el vómito para controlar su forma de comer y su peso, a veces alcanza el 9.8%, en el caso de los hombres encontramos que el 4.9% indica utilizar este método purgativo. Respecto al vómito frecuente, las mujeres en un 98.7% señalan no realizar esta práctica y en el grupo de hombres, ninguno realiza esta conducta.

Se analizó la preocupación y el control del peso corporal (Tabla 69) por parte de los estudiantes, encontrándose que al 65.5% de las mujeres y al 59.7% de los hombres no les preocupa su peso, frente al 16.1% de mujeres y el 24.8% de hombres que ocasionalmente se interesa por su valor, preocupando permanentemente al 14.1% de mujeres y al 11.7% de los hombres.

Además, el 42.7% tanto de mujeres como de hombres, considera que su peso corporal se mantiene normal a pesar de su desinterés por el mismo, a diferencia del 32.2% de mujeres y el 40.3% de hombres que dice controlarlo, aunque con gran dificultad, el 15.3% de mujeres y el 8.7% de hombres que reconocen que es el producto de la atención que pone en él y el 9.8% de mujeres y el 8.3% de hombres que señalan que deberían controlarlo, pero son incapaces de hacerlo (Tabla 70).

Podemos observar en la Tabla 71, como los estudiantes creen que la causa de su peso actual es, principalmente en el caso de las mujeres (42.5%), las dietas frecuentes y cortas realizadas sin orden médica y en los hombres (53.4%) el cuidado constante que ponen en lo que come, encontrándose en este caso diferencias significativas ($p < .001$) entre ambos sexos.

Respecto al control sobre su forma de comer y el peso corporal (Tabla 72) las mujeres en un 43.0% y los hombres en un 43.7% indican que es debido a la falta de control en situaciones especiales, mientras que el 32.7% de mujeres y el 44.2% de hombres lo atribuyen a su forma de ser, ya que dicen no tienen que controlarlos. En este caso, observamos diferencias significativas ($p < .01$) entre ambos grupos.

Referente a los cambios de peso, encontramos diferencias significativas ($p < .05$), las mujeres indican en un 41.7% y los hombres en un 47.6% que se ha mantenido siempre estable, el 38.9% de mujeres y el 28.6% de hombres dice que recientemente ha oscilado de 2 a 5 kilos pero se ha mantenido estable, mientras que el 14.3% de mujeres y el 14.6% de hombres dicen que su peso ha cambiado más de 5 kilos y no ha regresado al anterior (Tabla 73).

En cuanto a la realización de dieta, tal y como observamos en la (Tabla 74) para el control de peso, los resultados obtenidos indican que el mayor promedio de estudiantes no suele realizar dietas para controlar su peso. Así, el 42.7% de mujeres y el 48.5% de hombres raramente o nunca hace dieta. Aunque el 38.2% de mujeres y el 30.6% de hombres a veces ha realizado dieta, el 12.3% de mujeres y el 11.7% de hombres frecuentemente y el 6.8% de mujeres y el 9.2% de hombres siempre realiza dieta.

Tabla 69. Preocupación por el peso corporal

Respecto a su peso corporal...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Le preocupa permanentemente	56	14.1	24	11.7	6.772	.080
Piensa en él siempre que come algo	16	4.0	8	3.9		
Ocasionalmente se interesa en su valor	64	16.1	51	24.8		
Le tiene sin cuidado	262	65.8	123	59.7		

Tabla 70. Control del peso

Cree que el peso de su cuerpo...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Se mantiene normal a pesar de su desinterés por él	170	42.7	88	42.7	7.424	.060
Lo controla con gran dificultad	128	32.2	83	40.3		
Debe ser controlado pero es incapaz de hacerlo	39	9.8	17	8.3		
Es el producto de la atención que pone en él	61	15.3	18	8.7		

Tabla 71. Causa del peso actual

El peso que presenta es el fruto de...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
El cuidado constante que pone en lo que come	142	35.7	110	53.4	22.229	.000
Dietas frecuentes y cortas realizadas sin orden médica	169	42.5	66	32.0		
Dieta constante gracias al consejo de un profesional	34	8.5	19	9.2		
Su alimentación habitual o de costumbre	53	13.3	11	5.3		

Tabla 72. Control sobre la forma de comer y el peso

Su forma de comer y su peso corporal son producto de...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Falta completa de voluntad para controlarlos	71	17.8	20	9.7	15.346	.002
Su voluntad y control de sí mismo	26	6.5	5	2.4		
Falta de control en situaciones especiales	171	43.0	90	43.7		
Su forma de ser, no tiene que controlarlos	130	32.7	91	44.2		

Tabla 73. Cambios en el peso

La evolución de su peso en épocas recientes...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Se ha mantenido siempre estable	166	41.7	98	47.6	8.846	.031
Ha oscilado de 2 a 5 kilos pero se ha mantenido estable	155	38.9	59	28.6		
Ha cambiado más de 5 kilos y no ha regresado al anterior	57	14.3	30	14.6		
Ha venido cambiando sin parar y alejándose del anterior	20	5.0	19	9.2		

Tabla 74. Realización de dieta

Controla su comida o hace dieta para controlar su peso...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Raramente o nunca	170	42.7	100	48.5	4.349	.226
A veces	152	38.2	63	30.6		
Frecuentemente	49	12.3	24	11.7		
Siempre	27	6.8	19	9.2		

Por último, se muestran los resultados obtenidos respecto a la evaluación de algunos **aspectos cognitivos** que pueden influir en los hábitos alimenticios, en el peso, y en la figura, tales como: pensamiento sobre la comida (Tabla 75), culpabilidad (Tabla 76) e imagen corporal (Tabla 77).

Aproximadamente la mitad de la muestra afirma que cuando comen lo hacen con frecuencia de forma automática o inconsciente, sin prestar atención a lo que comen

(Mujeres: 54.3%; Hombres: 58.3%), a diferencia del 32.7% de Mujeres y el 33.0% de Hombres que dicen degustar y establecer la calidad de los alimentos ingeridos. Observamos que entre el grupo de las mujeres el 6.5% y en el grupo de los hombres el 5.3% hace cálculos y cuentas sobre el valor de los que come y las consecuencias que puede tener esto sobre su peso, además, el 6.5% de mujeres y el 3.4% de hombres creen que están haciendo "algo malo" o "algo bueno" según el tipo de alimentos que esté tomando.

Tabla 75. Pensamiento sobre la comida

Cuando está comiendo...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Degusta siempre los alimentos y establece su calidad	130	32.7	68	33.0	3.628	.459
Con frecuencia lo hace en forma automática o inconsciente	216	54.3	120	58.3		
Realiza cálculos y cuentas sobre su valor y las posibles consecuencias en usted	26	6.5	11	5.3		
Piensa está haciendo "algo malo" o "algo bueno" según el tipo de alimentos que esté tomando	26	6.5	7	3.4		

Ante situaciones en las que comen demasiado, se observan diferencias significativas ($p < .01$), en la Tabla 76, ya que encontramos mayor proporción de mujeres que dicen sentirse de alguna forma culpables al ingerir demasiados alimentos. Así, el 14.3% de mujeres y el 8.3% de hombres se siente culpable de haberlo hecho, y el 71.6% de mujeres y el 68.0% de hombres intenta corregir este exceso de alguna manera, mientras que, el 10.6% de Mujeres y el 17.5% de hombres lo considera algo inevitable y el 3.5% de Mujeres y el 6.3% de hombres no le da importancia dado que es ocasional.

En relación a la imagen corporal observamos, en la Tabla 77 diferencias significativas entre mujeres y hombres ($p < .01$). Observamos, mayor proporción de hombres (45.1%) que de mujeres (35.4%) a los que les desagrada la forma de su cuerpo o una parte de él, e incluso, en cuanto a proporción son más los hombres, dentro de su grupo los que dicen que creen que su cuerpo podría ser mejorado con algunos cambios en su alimentación (35.9%) que las mujeres que opinan lo mismo (32.9%). Sin embargo,

los datos indican que existe un mayor porcentaje entre el número de mujeres que se considera obesa o con exceso de grasa 21.6%, frente al 12.1% de hombres que elige esta opción. Por último, el 10.1% de Mujeres y el 6.8% de hombres considera adecuado o normal su cuerpo.

Tabla 76. Culpabilidad

Cuando por cualquier razón come demasiado...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Intenta corregir el exceso de alguna manera	285	71.6	140	68.0	11.744	.008
Se siente culpable de haberlo hecho	57	14.3	17	8.3		
Lo considera como algo inevitable	42	10.6	36	17.5		
No le da importancia dado que es ocasional	14	3.5	13	6.3		

Tabla 77. Imagen corporal

Cuando observa su propio cuerpo...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Le desagrada la forma del mismo o de una parte de él	141	35.4	93	45.1	11.906	.008
Se considera obeso o con exceso de grasa	86	21.6	25	12.1		
Cree podría ser mejorado con algunos cambios en su alimentación	131	32.9	74	35.9		
Lo considera adecuado o normal	40	10.1	14	6.8		

Se observaron en las Tablas 78-80, **otros comportamientos relacionados con la conducta alimentaria**, como síntomas de estreñimiento, cambios en la menstruación de las mujeres y uso de medicamentos.

El grupo de mujeres indicó sufrir más estreñimiento que los hombres (Mujeres: 26.1%; Hombres: 5.8%), encontrando diferencias significativas entre ambos grupo ($p < .001$). En cuanto al uso de medicamentos, se observa que es entre el grupo de las mujeres donde se presenta el mayor consumo, el 49.0% de mujeres indica utilizar algún tipo de medicamento, frente al 9.7% de hombres. Los medicamentos más consumidos entre el grupo de mujeres son, en primer lugar, los anticonceptivos, seguido de los

tranquilizantes, y en menor medida los antidepresivos, hormonas para el tiroides y medicamentos para eliminar el apetito.

Referente a los ciclos menstruales, el 80.9% de mujeres indicaron que eran normales y el 18.3% señalaron que presentaban alteraciones frecuentes.

Tabla 78. Estreñimiento

Sufre de estreñimiento...	Mujeres		Hombres		χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Si	104	26.1	12	5.8	36.069	.000
No	294	73.9	194	80.0		

Tabla 79. Uso de medicamentos

¿Ha usado durante el último año alguno de los siguientes medicamentos?...	Mujeres		Hombres	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Anfetaminas	0		3	
Hormonas para el tiroides	9		4	
Medicamentos para quitar el apetito	7	49.0	3	9.7
Tranquilizantes	35		8	
Antidepresivos	9		1	
Anticonceptivos	135		0	
Ninguno	203	51.0	186	90.3

Tabla 80. Menstruación

Sus ciclos menstruales...	Mujeres	
	<i>n</i>	%
Son normales	322	80.9
Presentan alteraciones frecuentes	73	18.3
Frecuentemente son de dos o tres meses	2	0.5
No menstrua hace más de tres meses	1	0.3

6.1.2. Conductas de riesgo

Como se indicaba en el apartado correspondiente, para analizar diferencias en las conductas de riesgo en la población estudiada se estableció un índice específico. Los resultados obtenidos se pueden observar en la Tabla 81.

Los datos muestran que los estudiantes universitarios llevan a cabo conductas de riesgo relacionadas con la alimentación. La conducta más realizada es el ejercicio físico, donde los hombres alcanzan un promedio más elevado que las mujeres (Hombres: $M=1.83$, $DT= 1.87$; Mujeres: $M= 1.42$, $DT= 1.65$), encontrándose diferencias significativas ($p< .01$), seguida de los atracones, donde el promedio mayor también lo encontramos en los hombres (Hombres: $M=1.34$, $DT= 1.25$; Mujeres: $M= 1.11$, $DT= 1.15$), y también se hallan diferencias significativas ($p< .05$), y de vómito (Hombres: $M= 0.00$, $DT= 0.07$; Mujeres: $M= 0.10$, $DT= 0.49$), donde también existen diferencias ($p< .001$). Por último, en cuanto a la realización de dieta, se observan unos promedios prácticamente idénticos (Mujeres: $M=0.84$, $DT= 0.89$; Hombres: $M= 0.82$, $DT= 0.81$). Aunque observamos diferencias significativas entre mujeres y hombres, tanto en ejercicio físico, como en atracones y vómitos, debido al tamaño del efecto, no podemos confirmar esas diferencias.

Tabla 81. Promedios y diferencias de género en índices de conductas de riesgo

	Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>	/d/
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Dieta	0.84	0.89	0.82	0.81	0.235	.814	
Atracones	1.11	1.15	1.34	1.25	-2.313	.021	0.194
Vómito	0.10	0.49	0.00	0.07	3.601	.000	0.228
Laxantes	0.11	0.56	0.04	0.35	1.781	.076	
Ejercicio físico	1.42	1.65	1.83	1.87	-2.729	.007	0.237

6.1.3. Riesgo de TCA y escalas psicológicas relacionadas

El riesgo de TCA, y diferentes variables relacionadas, se evaluaron a través del EDI-3 (Garner, 2004). En la Tabla 82, podemos observar las puntuaciones en las escalas

de riesgo de TCA y las escalas psicológicas, diferenciando en relación al género. En las tres escalas de riesgo (Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal), y en el índice global EDRC, se observa que las mujeres obtienen en todas promedios más elevados que los hombres. Existen diferencias significativas ($p < .001$) en relación al género en las escalas de Obsesión por la Delgadez e Insatisfacción Corporal, aunque no existen diferencias significativas para la escala de Bulimia.

Por otro lado, en las nueve escalas que evalúan constructos psicológicos (Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Introceptivos, Desajuste Emocional, Perfeccionismo, Ascetismo y Miedo a la Madurez), observamos que las mujeres obtienen puntuaciones promedio más elevadas que los hombres en la escala de Baja Autoestima. Las son superiores en hombres en las escalas de Desajuste Emocional, Perfeccionismo y Ascetismo, observándose puntuaciones similares en relación al género en las demás escalas.

Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la escala de Baja Autoestima, Ascetismo y Perfeccionismo ($p < .05$), y cercana a la significación en la escala de Desajuste Emocional, si bien el tamaño del efecto no permite confirmar esas diferencias.

Tabla 82. Medias y diferencias de género en las escalas del EDI-3

		Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>	/d/
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
DT	Obsesión por la delgadez	9.64	7.53	6.26	5.99	5.576	.000	0.48
B	Bulimia	3.53	4.34	3.90	4.03	-1.018	.309	
BD	Insatisfacción corporal	13.32	9.82	8.39	7.32	6.346	.000	0.54
EDRC	Índice de riesgo	26.48	18.6	18.43	14.4	5.857	.000	0.46
LES	Baja autoestima	3.85	3.93	3.05	3.61	2.453	.014	0.21
PA	Alienación personal	4.65	4.42	4.66	4.20	-0.012	.990	
II	Inseguridad interpersonal	5.48	4.72	5.92	4.49	-1.090	.276	
IA	Desconfianza interpersonal	5.34	4.04	5.59	3.77	-0.724	.469	
ID	Déficit introceptivos	6.31	5.59	6.30	5.35	0.027	.978	
ED	Desajuste emocional	3.98	4.32	4.77	4.99	-1.932	.054	
P	Perfeccionismo	6.98	4.34	7.95	4.41	-2.593	.010	0.17
A	Ascetismo	4.53	4.12	5.31	4.48	-2.138	.033	0.16
MF	Miedo a la madurez	12.19	4.78	11.85	5.90	0.755	.451	

6.1.4. Personalidad.

Se evaluaron los rasgos de personalidad de los estudiantes a través del cuestionario NEO FFI (Costa y McCrae, 2008), cuyos promedios, diferenciados por género, se recogen en la Tabla 83.

Podemos observar que las mujeres, en todos los factores que evalúa el NEO FFI, obtienen medias más elevadas que los hombres, encontrando diferencias significativas ($p < .001$), en relación al género, en las escalas de Neuroticismo, Amabilidad y Responsabilidad, aunque la magnitud del efecto no permite confirmar dichas diferencias.

Tabla 83. Medias y diferencias de género en los factores del NEO-FFI

		Mujeres		Hombres		<i>t</i>	<i>p</i>	/d/
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
N	Neuroticismo	20.29	8.365	17.40	7.851	4.112	.000	0.35
E	Extraversión	32.64	7.712	31.74	7.754	1.363	.173	-
O	Apertura	27.71	6.410	27.19	6.314	0.965	.335	-
A	Amabilidad	31.49	6.125	29.55	6.333	3.648	.000	0.31
C	Responsabilidad	31.35	6.648	29.52	7.659	3.046	.002	0.26

6.1.5. Ansiedad y Depresión.

Otros aspectos evaluados en los estudiantes fueron, por un lado la presencia de síntomas de ansiedad, a través del inventario del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Steer, 2011), y por otro lado, los niveles de gravedad de la depresión (intensidad sintomática, no diagnóstica), a través del Inventario de Depresión (BDI-II) (Vázquez y Sanz, 1991).

En la Tabla 84 se muestra la presencia de síntomas de ansiedad, diferenciada por género. Los datos muestran que las mujeres alcanzan un promedio más elevado que los hombres, en sintomatología ansiosa (Mujeres: $M = 10.95$, $DT = 10.15$; Hombres: $M = 9.40$, $DT = 9.09$), se encuentran diferencias cercanas a la significación ($p = .066$).

En relación a los niveles de depresión evaluados en nuestros estudiantes, observamos en la Tabla 85, que las mujeres obtienen puntuaciones promedio más elevadas que los hombres (Mujeres: $M= 9.08$, $DT= 8.12$; Hombres: $M= 8.17$, $DT= 8.04$), tal como ocurre con los síntomas de ansiedad, aunque en este caso las diferencias no son significativas.

Tabla 84. Puntuaciones promedio del BAI en relación al género

	Mujeres		Hombres		t	p
	M	DT	M	DT		
BAI - Ansiedad	10.95	10.15	9.40	9.09	1.843	.066

Tabla 85. Puntuaciones promedio del BDI-II en relación al género.

	Mujeres		Hombres		t	p
	M	DT	M	DT		
BDI-II - Depresión	9.08	8.12	8.17	8.04	1.304	.193

6.1.6. Diferencias respecto a las poblaciones normativas

Se evaluaron las posibles diferencias existentes entre la muestra y la población general o normativa en los distintos cuestionarios utilizados, EDI-3 (Tabla 86), NEO-FFI (Tabla 87), del BAI (Tabla 88-89) y del BDI-II (Tablas 90-91).

En primer lugar, en relación a las puntuaciones de las escalas del EDI-3 en población no clínica (Tabla 86), encontramos diferencias significativas ($p < .05$) respecto a los participantes en este estudio, en concreto en dos de las escalas de riesgo de TCA: en Bulimia (Población general: $M= 4.58$, $DT= 4.90$; Muestra: $M= 3.65$, $DT= 4.23$) y en Insatisfacción Corporal (Población general: $M= 13.14$, $DT= 10.62$; Muestra: $M= 11.64$, $DT= 9.33$). Las puntuaciones promedio en nuestra muestra son en ambos casos inferiores a las de la población normativa.

Por otro lado, respecto a las escalas que evalúan constructos psicológicos encontramos que existen diferencias significativas ($p < .05$) en las escalas de Baja Autoestima, Alienación Personal, Desajuste Emocional, Perfeccionismo y Miedo a la

Madurez. La muestra evaluada obtiene puntuaciones promedio inferiores en las escalas de Baja Autoestima, Alienación Personal, Desajuste Emocional, mientras que puntúan más alto que al población promedio en las escalas de Perfeccionismo y Miedo a la Madurez.

Tabla 86. Diferencias respecto a las escalas del EDI-3. Muestra no clínica

		Población (n=564)		Muestra (n=604)		<i>t</i>
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
DT	Obsesión por la delgadez	7.93	7.65	8.49	7.22	1.288
B	Bulimia	4.58	4.90	3.65	4.23	3.483*
BD	Insatisfacción corporal	13.14	10.62	11.64	9.33	2.570*
LSE	Baja autoestima	4.84	4.94	3.58	3.84	4.887*
PA	Alienación personal	5.23	4.96	4.65	4.34	2.130*
II	Inseguridad interpersonal	6.10	5.27	5.63	4.65	1.620
IA	Desconf. interpersonal	5.72	4.38	5.43	3.95	1.193
ID	Déficits introceptivos	6.82	6.50	6.30	5.51	1.479
ED	Desajuste emocional	5.34	5.00	4.25	4.57	3.894*
P	Perfeccionismo	6.77	4.84	7.31	4.38	-2.002*
A	Ascetismo	4.64	4.02	4.80	4.26	0.659
MF	Miedo a la madurez	10.62	5.96	12.07	5.19	-4.446*

* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

En la Tabla 87, se aportan los datos respecto a las diferencias encontradas entre población normativa y la población de este estudio en las escalas del NEO-FFI. Así encontramos diferencias significativas ($p < .05$), en cuatro de los cinco rasgos evaluados, concretamente en Neuroticismo, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad.

Tabla 87. Diferencias respecto a las escalas NEO-FFI

		Población (n=2000)		Muestra (n=604)		<i>t</i>
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
N	Neuroticismo	15.63	7.01	19.30	8.30	-10.794*
E	Extraversión	32.56	6.24	32.34	7.73	0.717
O	Apertura	29.44	6.29	27.53	6.37	6.525*
A	Amabilidad	33.13	5.66	30.83	6.25	8.540*
C	Responsabilidad	36.42	5.64	30.72	7.05	20.503*

* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

La población normativa obtiene puntuaciones promedio más elevadas en Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Responsabilidad, mientras que la muestra objeto de este estudio puntúa más elevado en Neuroticismo.

Respecto a los niveles de ansiedad rasgo, se realizan los análisis de las diferencias encontradas entre la población general y la muestra estudiada, en la Tabla 88 y entre la población universitaria y la muestra estudiada en la Tabla 89.

En primer lugar, no encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones que establece el BAI para población general y las obtenidas por nuestra muestra, siendo ambas puntuaciones similares (Población: $M= 10.12$, $DT= 49.58$; Muestra: $M= 10.50$, $DT= 10.5$). Sin embargo, si se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p< .05$) cuando comparamos las puntuaciones obtenidas por nuestra muestra y las que ofrece el BAI para población universitaria, ya que los participantes de esta investigación presentan puntuaciones más elevadas en ansiedad rasgo que la población universitaria del BAI (Universitarios: $M=9.7$, $DT= 7.73$; Muestra: $M= 10.50$, $DT= 10.05$).

Tabla 88. Puntuaciones promedio en el BAI vs. población general

	Población general (n=348)		Muestra (n=604)		<i>t</i>
	M	DT	M	DT	
BAI - Ansiedad	10.12	9.58	10.50	10.05	0.571

Tabla 89. Puntuaciones promedio en el BAI vs. población universitaria

	Universitarios (n=727)		Muestra (n=604)		<i>t</i>
	Media	DT	Media	DT	
BAI - Ansiedad	9.37	7.73	10.50	10.05	2.320*

* Diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$)

En relación al factor depresión, se realizan los análisis para comprobar posibles diferencias entre la población general (Tabla 90) y la población universitaria (Tabla 91), con la de este estudio.

En ambos casos, no se encuentran diferencias significativas entre las puntuaciones que establece el BDI-II, tanto para población general como para población universitaria, y las obtenidas por nuestra muestra.

Tabla 90. Puntuaciones promedio en el BDI-II vs. población general

	Población general (n=566)		Muestra (n=604)		<i>t</i>
	Media	D.T.	Media	D.T.	
BDI-II - Depresión	9.61	7.76	8.77	8.09	1.810

Tabla 91. Puntuaciones promedio en el BDI-II vs. población universitaria

	Universitarios (n=727)		Muestra (n=604)		<i>t</i>
	Media	DT	Media	DT	
BDI-II - Depresión	8.75	7.34	8.77	8.09	0.047

6.2. ANÁLISIS DE RELACIONES

6.2.1. Análisis de correlaciones

Con el fin de comprobar las relaciones existentes entre las diferentes escalas, índices de riesgo y variables, se efectúa un análisis de correlación, mediante el coeficiente de Pearson. Este análisis es realizado de forma separada en mujeres y hombres, con el fin de observar si atendiendo al género las correlaciones se producen entre las mismas variables o diferentes, y si son de similar magnitud o distinta.

A pesar de que, como se puede comprobar en las páginas siguientes, existen multitud de correlaciones estadísticamente significativas, debemos tener en cuenta la pequeña magnitud existente en muchas de ellas, y que obliga a analizar con cautela todos los coeficientes inferiores a 0.30, que como proponen Pardo y Ruiz (2002), aunque resulten significativos, quizá pueden verse afectados por el tamaño de la muestra o el azar.

6.2.1.1. Análisis de correlaciones en mujeres

En primer lugar, como se muestra en la Tabla 92, el análisis de correlaciones implica todas las escalas del EDI-3, la ECA, el IMC y la edad en mujeres. De las escalas de riesgo de TCA, Obsesión por la delgadez registra correlaciones estadísticamente significativas, de gran magnitud, con Insatisfacción Corporal ($r= 0.728$; $p< .001$) y las puntuaciones totales de la ECA ($r= 0.747$; $p< .001$). Las correlaciones son de moderada magnitud con Bulimia, Baja Autoestima, Déficit Introceptivos, Ascetismo y con el IMC. Las correlaciones de Bulimia con el resto de escalas son principalmente de magnitud moderada, y en especial destacan las relaciones encontradas con Insatisfacción Corporal, Alienación Personal, Déficit introceptivos, Desajuste Emocional, Ascetismo y ECA. Respecto a Insatisfacción Corporal, además de las anteriormente citadas, podemos destacar las correlaciones con Baja Autoestima, Alienación Personal, Ascetismo, ECA y el IMC. Otra asociación de gran magnitud entre escalas se obtiene entre Baja Autoestima y Alienación Personal ($r= 0.754$; $p< .001$).

Respecto al EDRC o Riesgo de TCA, recordamos que en este estudio ha sido empleado mediante la suma de las puntuaciones directas en las tres escalas de riesgo. De forma lógica, EDRC correlaciona estadísticamente con las tres escalas, si bien la magnitud es mayor en su relación con Obsesión por la Delgadez ($r= 0.899$; $p< .001$) e Insatisfacción Corporal ($r= 0.920$; $p< .001$), que con Bulimia ($r= 0.651$; $p< .001$). También se registran correlaciones de magnitud moderada con Baja Autoestima, Alienación Personal, Déficit Introceptivos, Desajuste Emocional y Ascetismo.

Las correlaciones de mayor magnitud del Comportamiento Alimentario son encontradas con las ya citadas Obsesión por la Delgadez, Insatisfacción Corporal y Bulimia, así como con el Riesgo de TCA ($r= 0.751$; $p< .001$), y de magnitud moderada con Baja Autoestima, Alienación personal, Déficit Introceptivos, Ascetismo y el IMC.

El IMC correlaciona de forma moderada con Obsesión por la delgadez, Insatisfacción Corporal, así como con el Riesgo de TCA y las puntuaciones en la ECA.

En cuanto a la edad de los participantes en el estudio, puede observarse como no existen grandes ni medianas relaciones con el resto de escalas y variables.

Otro análisis de correlaciones realizado en el grupo de mujeres involucra las escalas del EDI-3, el Riesgo de TCA, el IMC, la edad, el Comportamiento Alimentario, los factores de personalidad, Ansiedad y Depresión, cuyos resultados pueden observarse en la Tabla 93. Al igual que en examen anterior, nos centraremos en las relaciones de mayor magnitud. A la vista de los resultados, no existen correlaciones fuertes entre variables en ningún caso, aunque encontramos relaciones de magnitud moderada en un gran número de casos.

Las puntuaciones en Neuroticismo correlacionan significativamente con Baja Autoestima, Alienación Personal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Introceptivos, Desajuste Emocional, y en menor medida con Obsesión por la delgadez, Bulimia, Inseguridad interpersonal, Ascetismo, Miedo a la madurez, Riesgo de TCA y Comportamiento Alimentario.

Las principales correlaciones en el rasgo Extraversión son encontradas con Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, siendo en los cuatro casos una relación de signo negativo, por lo que a mayor Extraversión, menores puntuaciones en esas escalas, o viceversa.

En Apertura y Amabilidad destacan las relaciones de signo negativo con todas las variables, a excepción del IMC y la edad. Aunque las correlaciones son significativas en la inmensa mayoría de casos, la magnitud es pequeña. Respecto a Responsabilidad, las relaciones también son negativas con las escalas del EDI-3, Riesgo de TCA y Comportamiento Alimentario, siendo de magnitud moderada su relación con Baja Autoestima y Alienación Personal.

En Ansiedad y Depresión son encontradas correlaciones estadísticamente significativas en casi todas las escalas y variables, de forma positiva y de moderada magnitud. Además de con las escalas de riesgo, Ansiedad correlaciona de forma positiva de forma principal con Alienación Personal, Déficit Introceptivos, Desajuste Emocional y Ascetismo, además de Baja Autoestima, Desconfianza Interpersonal,

EDRC. Riesgo de TCA y Comportamiento Alimentario. Por su parte, Depresión presenta las mayores correlaciones con Baja Autoestima, Alienación Personal, Déficit Introceptivos, Desajuste Emocional, Ascetismo y Comportamiento Alimentario, y relaciones un poco menores en las tres escalas de riesgo, Inseguridad Interpersonal, Miedo a la Madurez y Riesgo de TCA.

6.2.1.2. Análisis de correlaciones en hombres

A continuación se realiza idéntico análisis de correlaciones pero en este caso examinando todas las escalas del EDI-3, la ECA, el IMC y la edad en hombres. Este análisis se puede observar en la Tabla 94. En cuanto a las escalas de riesgo de TCA, son encontradas correlaciones estadísticamente significativas en un buen número de escalas. Las mayor relaciones de Obsesión por la Delgadez se producen con Insatisfacción Corporal ($r= 0.656$; $p< .001$) y la puntuación en la ECA ($r= 0.647$; $p< .001$), ambas con una magnitud menor que en las mujeres. Asimismo se asocia de forma moderada con Bulimia, Ascetismo, Desajuste Emocional y el IMC. La escala de riesgo Bulimia correlaciona de forma moderada con la anterior y con Insatisfacción Corporal, Déficit introceptivos, Desajuste Emocional, Ascetismo, ECA, Baja Autoestima y Alienación Personal. Respecto a la escala de riesgo Insatisfacción Corporal, sus mayores relaciones son de magnitud moderada con Baja Autoestima, Alienación Personal, Desajuste Emocional, Ascetismo y ECA. En el resto de escalas psicológicas se registran correlaciones de magnitud moderada entre muchas de las mismas, destacando las de Baja Autoestima y Alienación Personal con el resto.

En Riesgo de TCA, los resultados en hombres son similares a los de las mujeres. EDRC correlaciona estadísticamente con las tres escalas, siendo muy alta la magnitud de esa asociación con Obsesión por la Delgadez ($r= 0.866$; $p< .001$) e Insatisfacción Corporal ($r= 0.897$; $p< .001$), y moderada con Bulimia ($r= 0.670$; $p< .001$). Igualmente se hallan correlaciones de magnitud moderada con Baja Autoestima, Alienación Personal, Déficit Introceptivos, Desajuste Emocional y Ascetismo. Las correlación son de magnitud moderada con el Comportamiento Alimentario ($r= 0.607$; $p< .001$) y el IMC ($r= 0.324$; $p< .001$).

Tabla 92. Correlaciones entre escalas del EDI-3, ECA, IMC y Edad en mujeres

	DT	B	BD	LSE	PA	II	IA	ID	ED	P	A	MF	EDRC	ECA	IMC	Edad
DT. Obsesión por la delgadez	1															
B. Bulimia	,478**	1														
BD. Insatisfacción corporal	,728**	,426*	1													
LSE. Baja autoestima	,348**	,378**	,403**	1												
PA. Alienación personal	,312**	,415**	,349**	,754**	1											
II. Inseguridad interpersonal	,127*	,255**	,180**	,536**	,524**	1										
IA. Desconfianza interpersonal	,248**	,349**	,264**	,533**	,671**	,551**	1									
ID. Déficits introceptivos	,340**	,512**	,313**	,526**	,655**	,412**	,511**	1								
ED. Desajuste emocional	,267**	,452**	,250**	,397**	,512**	,224**	,444**	,563**	1							
P. Perfeccionismo	,193**	,316**	,173**	,021	,192**	,003	,217**	,324**	,289**	1						
A. Ascetismo	,531**	,578**	,452**	,373**	,448**	,246**	,383**	,564**	,561**	,337**	1					
MF. Miedo a la madurez	,165**	,217**	,159**	,285**	,337**	,223**	,180**	,357**	,204**	,057	,203**	1				
EDRC. Riesgo de TCA	,899**	,651**	,920**	,411**	,407**	,206**	,321**	,421**	,345**	,243**	,587**	,201**	1			
ECA. Comp. Alimentario	,747**	,494**	,633**	,350**	,317**	,144**	,245**	,340**	,285**	,215**	,453**	,201**	,751**	1		
IMC. Índice Masa Corporal	,466**	,219**	,545**	,088	,015	,021	,026	,051	-,007	,059	,259**	-,016	,402**	,398**	1	
Edad	-,062	,001	-,021	-,039	-,062	-,100*	-,071	-,163**	-,130**	-,049	-,005	-,065	-,036	-,035	,129*	1

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral); ** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Tabla 93. Correlaciones entre escalas del EDI-3 y ECA, con Personalidad, Ansiedad y Depresión en mujeres

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad	Ansiedad	Depresión
DT. Obsesión por la delgadez	.301**	-.132**	-.086	-.086	-.041	.327**	.326**
B. Bulimia	.331**	-.214**	-.187**	-.187**	-.190**	.352**	.398**
BD. Insatisfacción corporal	.293**	-.183**	-.086	-.086	-.087	.302**	.338**
LSE. Baja autoestima	.536**	-.400**	-.125*	-.125*	-.400**	.371**	.517**
PA. Alienación personal	.594**	-.424**	-.194**	-.194**	-.337**	.461**	.626**
II. Inseguridad interpersonal	.386**	-.550**	-.191**	-.191**	-.256**	.228**	.306**
IA. Desconfianza interpersonal	.444**	-.431**	-.299**	-.299**	-.214**	.358**	.451**
ID. Déficits introceptivos	.563**	-.279**	-.169**	-.169**	-.191**	.479**	.502**
ED. Desajuste emocional	.439**	-.230**	-.296**	-.296**	-.174**	.402**	.465**
P. Perfeccionismo	.161**	.008	-.154**	-.154**	.183**	.213**	.183**
A. Ascetismo	.393**	-.213**	-.164**	-.164**	-.091	.443**	.426**
MF. Miedo a la madurez	.321**	-.157**	-.030	-.030	-.082	.211**	.310**
EDRC. Riesgo de TCA	.352**	-.200**	-.045	-.124	-.107*	.373**	.402**
ECA. Comp. Alimentario	.341**	-.155**	-.119*	-.119*	-.098	.387**	.401**
IMC. Índice Masa Corporal	.021	-.131**	.029	.033	-.031	.017	.074
Edad	-.030	-.107*	.114*	.061	.042	-.095	-.002

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral); ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 94. Correlaciones entre escalas del EDI-3, ECA, IMC y Edad en hombres

	DT	B	BD	LSE	PA	II	IA	ID	ED	P	A	MF	EDRC	ECA	IMC	Edad
DT. Obsesión por la delgadez	1															
B. Bulimia	,425**	1														
BD. Insatisfacción corporal	,656**	,424**	1													
LSE. Baja autoestima	,295**	,377**	,410**	1												
PA. Alienación personal	,281**	,333**	,390**	,662**	1											
II. Inseguridad interpersonal	,071	,230**	,281**	,527**	,587**	1										
IA. Desconfianza interpersonal	,150*	,256**	,268**	,522**	,635**	,663**	1									
ID. Déficits introceptivos	,263**	,456**	,251**	,449**	,533**	,410**	,421**	1								
ED. Desajuste emocional	,381**	,488**	,353**	,477**	,436**	,258**	,397**	,547**	1							
P. Perfeccionismo	,129	,149*	,011	-,005	,112	-,022	,004	,282**	,198**	1						
A. Ascetismo	,478**	,466**	,369**	,371**	,410**	,198**	,332**	,471**	,567**	,331**	1					
MF. Miedo a la madurez	,012	,058	,110	,165*	,276**	,193**	,218**	,304**	,164*	,223**	,144*	1				
EDRC. Riesgo de TCA	,866**	,670**	,897**	,435**	,407**	,236**	,269**	,363**	,473**	,100	,515**	,077	1			
ECA. Comp. Alimentario	,647**	,349**	,476**	,099	,206**	,044	,124	,214**	,235**	,110	,410**	,059	,607**	1		
IMC. Índice Masa Corporal	,376**	,064	,296**	-,010	,003	-,051	,013	,011	-,079	,014	,087	-,097	,324**	,366**	1	
Edad	,106	-,138*	-,018	-,120	-,125	-,136	-,058	-,255**	-,125	-,093	,045	-,099	-,004	,104	,330**	1

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral); ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 95. Correlaciones entre escalas del EDI-3 y ECA, con Personalidad, Ansiedad y Depresión en hombres.

	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad	Ansiedad	Depresión
DT. Obsesión por la delgadez	,332**	-,141*	,044	-,054	-,030	,195**	,269**
B. Bulimia	,309**	-,137	-,107	-,081	-,320**	,243**	,183**
BD. Insatisfacción corporal	,358**	-,269**	-,187**	-,210**	-,268**	,177*	,295**
LSE. Baja autoestima	,464**	-,426**	-,178*	-,243**	-,388**	,357**	,362**
PA. Alienación personal	,540**	-,497**	-,155*	-,350**	-,419**	,420**	,373**
II. Inseguridad interpersonal	,296**	-,577**	-,311**	-,410**	-,354**	,195**	,224**
IA. Desconfianza interpersonal	,371**	-,527**	-,152*	-,469**	-,301**	,344**	,246**
ID. Déficits introceptivos	,550**	-,299**	-,053	-,226**	-,285**	,421**	,375**
ED. Desajuste emocional	,525**	-,308**	,017	-,275**	-,323**	,449**	,419**
P. Perfeccionismo	,182**	,064	-,014	,032	,140*	,095	,140*
A. Ascetismo	,422**	-,217**	,108	-,167*	-,093	,376**	,331**
MF. Miedo a la madurez	,258**	-,204**	-,067	-,060	-,179*	,093	,207**
EDRC. Riesgo de TCA	,405**	-,233**	-,106	-,151*	-,238**	,238**	,312**
ECA. Comp. Alimentario	,321**	-,055	,061	-,095	-,058	,248**	,275**
IMC. Índice Masa Corporal	,018	,003	,045	,046	,047	,001	,060
Edad	-,125	,045	,216**	,054	,178*	-,130	-,122

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral); ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

En Comportamiento Alimentario, ya señalado anteriormente, las mayores relaciones se encuentran con Obsesión por la Delgadez y Riesgo de TCA, junto a las relaciones de moderada magnitud con Insatisfacción Corporal, Bulimia, Ascetismo y el IMC. También se observa como las correlaciones del IMC son algo menores en hombres que en mujeres en las diferentes escalas.

Al igual que en el caso de las mujeres, en edad no existen asociaciones relevantes con las escalas y variables evaluadas, existiendo solamente una correlación significativa entre edad e IMC ($r = 0.330$; $p < .001$).

En el análisis de los hombres entre las escalas del EDI-3, el Riesgo de TCA, el IMC, la edad, el Comportamiento Alimentario, los factores de personalidad, Ansiedad y Depresión (Tabla 95), al igual que en las mujeres, no se obtienen correlaciones de gran magnitud. Aun así existen correlaciones destacadas entre los factores y escalas. Neuroticismo correlaciona de forma estadísticamente significativamente con Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Inseguridad interpersonal, Baja Autoestima, Alienación Personal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Interoceptivos, Desajuste Emocional, Ascetismo, Riesgo de TCA y Comportamiento Alimentario.

Las relaciones de Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad, son en su gran mayoría negativas con las escalas del EDI-3, no obteniéndose correlaciones relevantes con las escalas de riesgo. Respecto a Extraversión, destacan sus relaciones con Inseguridad Interpersonal ($r = -0.577$; $p < .001$) y Desconfianza Interpersonal ($r = -0.527$; $p < .001$), además de Baja Autoestima, Alienación Personal, y Desajuste Emocional. También son moderadas las correlaciones de Amabilidad con Inseguridad Interpersonal ($r = -0.410$; $p < .001$) y Desconfianza Interpersonal ($r = -0.469$; $p < .001$), y con Alienación Personal. El rasgo Apertura únicamente se asocia moderadamente con la escala Inseguridad Interpersonal, y Responsabilidad con Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal y Desajuste Emocional.

Por último, en Ansiedad y Depresión no se observan grandes correlaciones con Riesgo de TCA ni ECA. Ansiedad guarda las mayores relaciones, de magnitud moderada, con Baja Autoestima, Alienación Personal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Interoceptivos, Desajuste Emocional y Ascetismo. Por otra parte, Depresión se relaciona en mayor medida con las mismas escalas que Ansiedad, a excepción de Desconfianza Interpersonal.

6.2.2. Análisis de regresión

En este apartado se exponen los resultados del análisis de regresión realizado para comprobar cuáles de las escalas y factores psicológicos, y comportamientos alimentarios, permiten predecir las variables más importantes de este estudio. Los análisis efectuados buscan determinar la contribución de las diferentes variables independientes en la explicación de la variable dependiente, mediante un coeficiente para cada una que nos señala la relevancia relativa de cada predictor en la explicación de la variabilidad de dicha variable dependiente.

Dos son las variables dependientes que han sido objetivo de este análisis, y que son las fundamentales en esta investigación: por una parte el comportamiento alimentario, y por otra, el riesgo para desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Se realizaron tres análisis diferentes para cada una de las variables dependientes. En el primero de ellos se asumieron como variables predictoras las escalas psicológicas y de riesgo de TCA del EDI-3. En el segundo se consideraron los factores de personalidad del NEO-FFI, Ansiedad y Depresión. En el último se toman el IMC y las diferentes conductas de riesgo como variables explicativas.

6.2.2.1. Comportamiento Alimentario

En el primer análisis de regresión se asume como variable dependiente el comportamiento alimentario, obtenido mediante las puntuaciones en la ECA.

En la Tabla 96 se puede observar como en mujeres, de entre todas las escalas psicológicas y de riesgo del EDI-3, únicamente las tres escalas de riesgo predicen significativamente el comportamiento alimentario desajustado, concretamente Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal obtienen un porcentaje de varianza explicada del 60%.

Tabla 96. Escalas psicológicas y de riesgo de TCA - Variable dependiente ECA

MUJERES					
Variables predictoras	<i>R/R²</i>	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Modelo 1	.747/ .559	501.392*			
Obsesión por la delgadez			.747	22.392	.000
Modelo 2	.764/ .583	276.187*			
Obsesión por la delgadez			.663	17.912	.000
Bulimia			.178	4.802	.000
Modelo 3	.772/ .601	193.046*			
Obsesión por la delgadez			.553	11.385	.000
Bulimia			.161	4.379	.000
Insatisfacción corporal			.162	3.427	.001
HOMBRES					
Variables predictoras	<i>R/R²</i>	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Modelo 1	.647/ .419	147.028*			
Obsesión por la delgadez			.647	12.126	.000
Modelo 2	.657/ .432	77.203*			
Obsesión por la delgadez			.585	9.713	.000
Ascetismo			.131	2.169	.031
Modelo 3	.671/ .450	55.026*			
Obsesión por la delgadez			.607	10.109	.000
Ascetismo			.174	2.811	.005
Baja autoestima			-.145	-2.548	.012

* $p \leq .001$

Obsesión por la Delgadez es la que predice en mayor medida el comportamiento, un 56% de varianza explicada. A continuación, se incluye Bulimia con un 3% de varianza explicada, y en el tercer paso, la variable predictora Insatisfacción Corporal aporta un 2%.

Respecto a los hombres, al igual que en mujeres, el análisis resulta en tres modelos significativos, si bien existen diferencias en cuanto a las variables predictoras. De forma similar, Obsesión por la Delgadez es la variable que más predice el comportamiento alimentario, con un 42% de varianza explicada, pero a continuación aparecen Ascetismo y Baja Autoestima, que predice de forma negativa, y ambas explican un 2% de la varianza.

A continuación se consideran como variables explicativas los cinco factores de personalidad, y las puntuaciones en el BAI y BDI-II (Tabla 97).

Tabla 97. Personalidad, Ansiedad y Depresión - Variable dependiente ECA

MUJERES					
Variables predictoras	<i>R/R²</i>	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Modelo 1	.401/.160	75.671*	.401	8.699	.000
Depresión					
Modelo 2	.434/.188	45.724*			
Depresión			.258	4.327	.000
Ansiedad			.219	3.661	.000
Modelo 3	.449/.201	33.104*			
Depresión			.209	3.349	.001
Ansiedad			.181	2.956	.003
Neuroticismo			.140	2.564	.011
HOMBRES					
Variables predictoras	<i>R/R²</i>	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Modelo 1	.321/.103	23.464*			
Neuroticismo			.321	4.844	.000
Modelo 2	.357/.127	14.811*			
Neuroticismo			.250	3.464	.001
Depresión			.171	2.372	.019

* $p \leq .001$

En mujeres se obtiene que Depresión explica un 16% de la varianza, mientras que en el tercer paso, el modelo añade Ansiedad y Neuroticismo, para explicar un 20% de varianza. En hombre solamente aparecen dos modelos significativos, explicando Neuroticismo y Depresión casi el 13%.

En el tercer análisis de regresión, cuyos resultados aparecen en la Tabla 98, se tienen en cuenta las variables predictoras IMC y las diferentes conductas de riesgo, concretamente, los índices de atracones, vómitos, ejercicio físico, empleo de laxantes, realización de dieta y pérdida de peso.

Tabla 98. IMC y conductas de riesgo - Variable dependiente ECA

MUJERES					
Variables predictoras	<i>R/R²</i>	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Modelo 1	.518/.269	145.478*			
Dieta			.518	12.061	.000
Modelo 2	.625/.390	126.456*			
Dieta			.391	9.346	.000
Pérdida de peso			.371	8.879	.000
Modelo 3	.661/.437	102.062*			
Dieta			.401	9.964	.000
Pérdida de peso			.348	8.609	.000
Atracones			.218	5.733	.000
Modelo 4	.688/.474	88.395*			
Dieta			.403	10.325	.000
Pérdida de peso			.324	8.210	.000
Atracones			.197	5.325	.000
Vómitos			.193	5.206	.000
Modelo 5	.704/.496	77.254*			
Dieta			.373	9.617	.000
Pérdida de peso			.270	6.629	.000
Atracones			.195	5.370	.000
Vómitos			.192	5.279	.000
IMC			.166	4.205	.000

HOMBRES					
Variables predictoras	<i>R/R²</i>	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Modelo 1	.602/.362	115.894*			
Pérdida de peso			.602	10.765	.000
Modelo 2	.734/.539	118.601*			
Pérdida de peso			.461	9.180	.000
Dieta			.443	8.816	.000
Modelo 3	.746/.557	84.615*			
Pérdida de peso			.453	9.163	.000
Dieta			.426	8.568	.000
Atracones			.136	2.866	.005

* $p \leq .001$

En mujeres, se obtienen cinco modelos significativos. En el primer paso se aprecia como la realización de Dieta es la variable más importante, que explica un 27% de la varianza. Seguidamente se añade la pérdida de peso al modelo, que aporta un 12% de varianza explicada. En el último paso, el modelo final introduce la Dieta, Pérdida de peso, Atracones, Vómitos e IMC, que en conjunto explican casi un 50% de la varianza total. En el caso de los hombres, en este caso la variable que predice en mayor grado el comportamiento alimentario es Pérdida de peso, con un 36% de porcentaje de varianza explicado. Seguidamente, la realización de Dieta aporta un 14%, y el modelo final añade Dieta y Atracones, y en conjunto las tres variables explican casi el 56% de la varianza.

6.2.2.2. Riesgo de TCA

Como se ha indicado al comienzo, el siguiente análisis abarca las mismas variables explicativas que en el apartado anterior, aunque en este caso la variable dependiente es el Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, que involucra las escalas de Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal.

Los resultados tomando como variables explicativas las escalas psicológicas aparecen en la Tabla 99.

Tabla 99. Escalas psicológicas - Variable dependiente Riesgo de TCA

MUJERES					
Variables predictoras	<i>R/R²</i>	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Modelo 1	.587/.345	208.579*			
Ascetismo			.587	14.442	.000
Modelo 2	.634/.402	133.016*			
Ascetismo			.491	11.717	.000
Baja Autoestima			.258	6.163	.000
Modelo 3	.639/.408	90.663*			
Ascetismo			.460	10.292	.000
Baja Autoestima			.268	6.379	.000
Perfeccionismo			.082	1.990	.027
HOMBRES					
Variables predictoras	<i>R/R²</i>	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Modelo 1	.515/.265	73.694*			
Ascetismo			.515	8.585	.000
Modelo 2	.578/.335	51.027*			
Ascetismo			.410	6.655	.000
Baja Autoestima			.283	4.593	.000
Modelo 3	.594/.353	36.767*			
Ascetismo			.330	4.757	.000
Baja Autoestima			.229	3.517	.001
Desajuste Emocional			.177	2.413	.017

* $p \leq .001$

Se obtiene que en mujeres, de entre las escalas psicológicas del EDI-3, es Ascetismo la que predice en mayor medida el riesgo, con un 34% de varianza explicada. En los siguientes pasos entran Baja Autoestima y Perfeccionismo, para en conjunto obtener un porcentaje de varianza explicada de casi el 41%. En los hombres se comprueba como Ascetismo es también la variable predictora con mayor porcentaje de explicación de la varianza, 26%, y en el segundo paso se añade como en mujeres Baja Autoestima, si bien en el tercer modelo se incorpora Desajuste Emocional. Entre las tres variables explican el 35% de la varianza.

A continuación, se efectúa el análisis con personalidad, ansiedad y depresión como variables predictoras (Tabla 100).

Tabla 100. Personalidad, Ansiedad y Depresión - Variable dependiente Riesgo de TCA

MUJERES					
Variables predictoras	<i>R/R²</i>	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Modelo 1	.402/ .162	76.555*			
Depresión			.402	8.750	.000
Modelo 2	.434/ .189	45.960*			
Depresión			.300	5.624	.000
Neuroticismo			.193	3.611	.000
Modelo 3	.448/ .201	33.033*			
Depresión			.220	3.530	.000
Neuroticismo			.160	2.931	.004
Ansiedad			.150	2.452	.015
HOMBRES					
Variables predictoras	<i>R/R²</i>	<i>F</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Modelo 1	.405/ .164	40.022*			
Neuroticismo			.405	6.326	.000
Modelo 2	.435/ .189	23.632*			
Neuroticismo			.333	4.784	.000
Depresión			.173	2.494	.000
Modelo 3	.459/ .211	18.022*			
Neuroticismo			.340	4.939	.000
Depresión			.184	2.676	.008
Apertura			-.150	-2.388	.018

En mujeres Depresión es la variable que predice en mayor grado la variable dependiente, el 16% de la varianza. Neuroticismo y Ansiedad entran en los siguientes modelos, explicando ambas un pequeño porcentaje. Las tres variables predicen el 20% del riesgo de TCA. En hombres Neuroticismo explica el 16% de la varianza, añadiéndose Depresión en el siguiente paso, 19% de varianza, y finalmente, y a diferencia de las mujeres, se incorpora Apertura. Así, el 21% de la varianza de riesgo de TCA queda explicada por Neuroticismo, Depresión y Apertura.

En el último análisis de regresión se toman como variables independientes el IMC, el comportamiento alimentario y las conductas de riesgo, y como variable dependiente el riesgo de TCA. Los resultados muestran en la Tabla 101.

Tabla 101. IMC, Comportamiento Alimentario y Conductas de Riesgo - Variable dependiente Riesgo de TCA

MUJERES					
Variables predictoras	R/R ²	F	Beta	t	Sig.
Modelo 1	.751/.563	76.555*			
Comp. Alimentario			.751	22.609	.000
Modelo 2	.791/.625	45.960*			
Comp. Alimentario			.643	19.148	.000
IMC			.271	8.064	.000
Modelo 3	.797/.635	33.033*			
Comp. Alimentario			.616	17.966	.000
IMC			.277	8.340	.000
Atracones			.101	3.208	.001
Modelo 4	.799/.638	33.033*			
Comp. Alimentario			.598	16.938	.000
IMC			.281	8.465	.000
Atracones			.098	3.112	.002
Vómitos			.063	1.987	.048
HOMBRES					
Variables predictoras	R/R ²	F	Beta	t	Sig.
Modelo 1	.607/.368	118.765*			
Comp. Alimentario			.607	10.898	.000
Modelo 2	.636/.404	68.919*			
Comp. Alimentario			.580	10.602	.000
Laxantes			.193	3.525	.001
Modelo 3	.659/.435	51.787*			
Comp. Alimentario			.583	10.912	.000
Laxantes			.194	3.626	.000
Vómitos			.174	3.293	.001
Modelo 4	.676/.457	42.265*			
Comp. Alimentario			.471	7.182	.000
Laxantes			.194	3.704	.000
Vómitos			.184	3.536	.001
Pérdida de peso			.187	2.860	.005

* $p \leq .001$

En mujeres, las variables predictoras incluidas sucesivamente en los modelos explican el 64% de la varianza del riesgo de TCA. Las puntuaciones de comportamiento alimentario obtenidas mediante la ECA son las que predicen, en mayor medida el riesgo, en concreto un 56% de varianza explicada. A continuación, se incluyen el IMC con el 6% de varianza explicada, Atracones y Vómitos. En hombres también se obtienen cuatro modelos significativos. De igual forma, el comportamiento alimentario es la variable que posee el mayor coeficiente de predicción, con casi el 37% de varianza explicada. En los siguientes pasos se añaden Laxantes, Vómitos y Pérdida de peso, para en conjunto explicar el 46% de la varianza de riesgo para desarrollar un TCA,

6.3. GRUPOS DE RIESGO DE TCA

El bloque final de resultados está orientado a establecer cuáles son las diferencias en los índices de riesgo, escalas psicológicas, factores de personalidad, y variables psicopatológicas evaluadas, entre distintos grupos considerados de mayor y menor riesgo.

Para examinar esas diferencias se han tenido en cuenta varios criterios para clasificar los sujetos. En primer lugar, se realiza una agrupación a partir del Índice de Masa Corporal de los participantes en el estudio. A continuación, se clasifican según su acuerdo o desacuerdo con su peso (desean menos peso, más peso, o están satisfechos con el mismo). Un tercer análisis analiza las diferencias en las escalas según grupos con puntuaciones extremas bajas o altas en comportamiento alimentario. Seguidamente, hacemos uso de los criterios propuestos por el Cuestionario de Remisión EDI-3 RF (Garner, 2004), que permite determinar si los sujetos deben ser remitidos o no a un especialista para una evaluación en profundidad, y que nos permite también formar grupos dependiendo del número de criterios de remisión cumplidos. Por último, a partir de los baremos clínicos y no clínicos del EDI-3, se compara la muestra de este estudio con la población de referencia del instrumento, y se analizan las conductas alimentarias de riesgo.

6.3.1. Diferencias según el Índice de Masa Corporal.

En este apartado, mediante el primer análisis se busca comprobar las posibles diferencias en los distintos cuestionarios y escalas a partir del IMC de los sujetos, tanto en mujeres como en hombres.

6.3.1.1. Diferencias en mujeres

En mujeres, como puede apreciarse en la Tabla 102, se conformaron cuatro grupos. El grupo de *Bajo peso* está compuesto por 45 mujeres, el de *Peso normal* por 291, el de *Sobrepeso* por 49 y el de *Obesidad* está integrado por 13.

Tabla 102. Mujeres: Diferencias según el IMC

	Bajo peso (n=45)		Peso normal (n=291)		Sobrepeso (n=49)		Obesidad (n=13)		F	p	η^2
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
Obsesión delgadez	6.04	6.31	8.85	6.99	14.82	7.66	20.15	4.61	24.253	.000	.157
Bulimia	3.00	3.82	3.20	4.11	5.00	5.33	7.23	4.47	6.044	.000	.044
Insatisf. corporal	7.02	7.07	12.30	8.88	20.88	9.67	29.62	5.37	36.571	.000	.216
Riesgo de TCA	16.16	13.63	24.32	16.89	40.73	19.09	57.00	11.86	33.647	.000	.204
Baja autoestima	4.11	4.57	3.59	3.84	4.73	3.53	5.54	4.55	2.128	.096	
Alienación personal	5.47	5.59	4.42	4.32	5.27	3.74	4.62	4.53	1.084	.356	
Inseg. interpersonal	6.22	4.25	5.38	4.85	4.96	4.21	7.15	5.06	1.155	.327	
Desc. interpersonal	6.02	4.17	5.12	3.95	5.88	4.22	5.92	4.71	1.094	.351	
Déficits introceptivos	6.73	5.58	6.11	5.44	6.88	6.00	7.15	7.69	0.474	.701	
Desajuste emocional	4.69	5.16	3.83	4.24	4.45	4.37	3.15	2.23	0.871	.456	
Perfeccionismo	7.07	4.30	6.84	4.28	7.69	4.71	7.08	4.44	0.546	.651	
Ascetismo	3.82	4.55	4.25	3.86	6.18	4.57	7.08	4.51	5.337	.001	.040
Miedo a la madurez	13.16	5.02	11.97	4.73	12.45	4.56	12.62	5.78	0.893	.445	
Comp. Alimentario	16.96	8.66	18.90	7.91	24.15	8.49	32.46	7.04	18.564	.000	.144
Neuroticismo	22.13	8.22	19.99	8.45	19.70	7.06	22.77	10.81	1.319	.268	
Extraversión	33.51	6.67	32.98	8.01	30.74	6.94	29.34	5.12	2.189	.089	
Apertura	31.18	5.53	31.46	5.51	31.79	9.26	32.06	7.04	0.632	.595	
Amabilidad	28.61	6.41	27.45	6.63	28.34	5.43	28.16	4.37	0.117	.950	
Responsabilidad	31.25	5.27	31.51	6.97	31.06	5.60	29.10	7.12	0.589	.622	
Ansiedad	13.27	12.51	10.57	10.03	10.94	8.53	11.62	9.49	0.934	.424	
Depresión	10.31	10.34	8.54	7.81	10.31	7.47	12.31	7.76	1.843	.139	

Se observa como los grupos de *Sobrepeso* y *Obesidad* registran puntuaciones más altas en la mayoría de índices de riesgo y escalas del EDI-3, en Comportamiento Alimentario y Depresión, y, al mismo tiempo, puntuaciones similares o inferiores al resto de grupos en los factores de personalidad.

Los resultados del análisis de varianza indican diferencias estadísticamente significativas entre grupos en los índices de riesgo Obsesión por la Delgadez ($F(3,394) = 24.253, p < .001, \eta^2 = .157$), Insatisfacción Corporal ($F(3,394) = 36.571, p < .001, \eta^2 = .216$), Riesgo de TCA ($F(3,394) = 33.647, p < .001, \eta^2 = .204$) y Comportamiento Alimentario ($F(3,394) = 18.564, p < .001, \eta^2 = .144$), en las que se obtiene un gran tamaño del efecto, además de Bulimia ($F(3,394) = 6.044, p < .001, \eta^2 = .044$) y la escala Ascetismo ($F(3,394) = 5.337, p < .01, \eta^2 = .040$), con un efecto menor.

Las comparaciones *post hoc* de Scheffé (Tabla 103) muestran diferencias significativas entre las medias de los grupos (*I-J*) en esas escalas, concretamente:

- Obsesión por la Delgadez: del grupo *Sobrepeso* con *Bajo peso* ($p < .001$) y con *Peso normal* ($p < .001$); de *Obesidad* con *Bajo peso* ($p < .001$) y con *Peso normal* ($p < .001$).
- Bulimia: del grupo de *Sobrepeso* con *Bajo peso* ($p < .05$) y con *Peso normal* ($p < .05$).
- Insatisfacción Corporal: existen diferencias entre todos los grupos, de *Obesidad* con *Bajo Peso* ($p < .001$), con *Peso normal* ($p < .001$) y *Sobrepeso* ($p < .05$); de *Sobrepeso* con la anterior, con *Bajo peso* ($p < .001$) y con *Peso normal* ($p < .001$); entre *Bajo peso* y *Peso normal* ($p < .01$).
- Riesgo de TCA: entre todos los grupos, de *Obesidad* con *Bajo Peso* ($p < .001$), con *Peso normal* ($p < .001$) y *Sobrepeso* ($p < .05$); de *Sobrepeso* con la anterior, con *Bajo peso* ($p < .001$) y con *Peso normal* ($p < .001$); entre *Bajo peso* y *Peso normal* ($p < .05$).
- Ascetismo: de *Obesidad* con *Bajo peso* ($p < .05$) y con *Peso normal* ($p < .05$).

- Comportamiento Alimentario: existen diferencias de *Obesidad* con *Bajo peso* ($p < .001$) y con *Peso normal* ($p < .001$); de *Sobrepeso* con *Bajo peso* ($p < .001$) y con *Peso normal* ($p < .01$); y entre los grupos *Obesidad* y *Sobrepeso* ($p < .05$).

Tabla 103. Mujeres: Comparaciones *post hoc* entre grupos de IMC

	Grupos	I-J	p
Obsesión por la delgadez	Sobrepeso > Bajo peso	8.772	.000
	Sobrepeso > Peso normal	5.968	.000
	Obesidad > Bajo peso	14.109	.000
	Obesidad > Peso normal	11.305	.000
Bulimia	Sobrepeso > Bajo peso	4.231	.020
	Sobrepeso > Peso normal	4.035	.012
Insatisfacción Corporal	Obesidad > Bajo peso	22.593	.000
	Obesidad > Peso normal	17.320	.000
	Obesidad > Sobrepeso	8.738	.017
	Sobrepeso > Bajo peso	13.855	.000
	Sobrepeso > Peso normal	8.582	.000
	Peso normal > Bajo peso	5.273	.003
Riesgo de TCA	Obesidad > Bajo peso	40.844	.000
	Obesidad > Peso normal	32.680	.000
	Obesidad > Sobrepeso	16.265	.022
	Sobrepeso > Bajo peso	24.579	.000
	Sobrepeso > Peso normal	16.415	.000
	Peso normal > Bajo peso	8.164	.027
Ascetismo	Obesidad > Bajo peso	2.361	.049
	Obesidad > Peso normal	1.936	.024
Comp. Alimentario	Obesidad > Bajo peso	15.506	.000
	Obesidad > Peso normal	13.561	.000
	Obesidad > Sobrepeso	8.315	.013
	Sobrepeso > Bajo peso	7.191	.000
	Sobrepeso > Peso normal	5.246	.001

6.3.1.2. Diferencias en hombres

En hombres, en este caso y como puede observarse en la Tabla 104, debido al escaso número de sujetos en los grupos de *Bajo peso* y *Obesidad*, con solo tres sujetos en ambos, únicamente se realiza la Prueba *T* entre los grupos de peso *Normal* ($n= 154$) y *Sobrepeso* ($n=46$).

Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en las escalas Obsesión por la Delgadez ($t_{198} = -3.747, p < .01, d = 0.624$), Insatisfacción Corporal ($t_{61,581} = -3.021; p < .01, d = 0.582$), el riesgo de TCA ($t_{198} = -3.124, p < .01, d = 0.522$), y en Comportamiento Alimentario ($t_{198} = -4.012, p < .001, d = 0.671$). En los tres casos, los hombres del grupo de Sobrepeso registran mayores promedios, y existe un tamaño del efecto moderado.

Tabla 104. Hombres: Diferencias según el IMC

	Bajo peso (n=3)		Peso normal (n=154)		Sobrepeso (n=46)		Obesidad (n=3)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Obsesión por la delgadez	1.00	1.00	5.43	5.57	9.07	6.42	11.33	8.08
Bulimia	4.33	5.85	3.84	3.96	4.15	4.29	2.33	3.21
Insatisfacción corporal	10.00	6.08	7.31	6.60	11.48	8.63	15.00	7.93
Riesgo de TCA	15.00	6.08	16.64	13.42	24.11	16.64	26.33	11.55
Baja autoestima	0.67	1.15	3.13	3.70	3.09	3.42	2.67	1.15
Alienación personal	2.00	1.11	4.79	4.19	4.61	4.38	3.23	1.52
Inseguridad interpersonal	2.23	1.10	6.10	4.60	5.72	4.25	3.33	2.08
Desconfianza interpersonal	1.67	1.52	5.69	3.73	5.72	3.92	2.33	2.08
Déficits introceptivos	1.33	2.30	6.57	5.46	5.80	5.07	4.67	4.50
Desajuste emocional	6.00	3.00	5.14	5.10	3.76	4.65	2.33	1.57
Perfeccionismo	5.33	3.05	8.13	4.45	7.85	4.31	3.00	1.00
Ascetismo	4.33	2.88	5.32	4.59	5.37	4.29	5.00	4.58
Miedo a la madurez	12.33	1.52	12.10	6.33	11.28	4.31	7.00	6.08
Comport. Alimentario	15.67	4.04	15.86	7.63	21.15	8.52	22.67	11.67
Neuroticismo	13.67	7.02	17.58	8.01	17.36	7.57	12.33	2.88
Extraversión	37.00	11.35	31.66	7.71	31.17	7.39	39.00	10.81
Apertura	28.00	5.19	27.06	6.42	27.33	6.13	30.33	6.42
Amabilidad	33.33	7.02	29.07	6.29	30.59	6.42	34.33	2.08
Responsabilidad	28.67	11.01	29.28	7.43	30.04	8.37	34.67	5.50
Ansiedad	2.33	4.04	9.95	9.33	8.39	8.50	4.00	2.64
Depresión	3.33	1.52	8.49	8.60	7.35	6.09	9.33	8.50

6.3.2. Diferencias según acuerdo con peso.

Para el examen de las diferencias entre escalas, se solicitó a los participantes en el estudio que expresarán su acuerdo o satisfacción con el peso

que presentaban en la actualidad. Para ello se preguntaba cuál era el peso que deseaban tener y se contrastó con el que indicaron como actual. Se conformaron tres grupos según ese acuerdo o discrepancia entre peso actual y peso deseado: acuerdo con su peso, deseo de menos peso, y deseo de mayor peso.

6.3.2.1. Diferencias en mujeres

En mujeres (Tabla 105), el grupo más numeroso es el de aquellas que no estaban satisfechas con su peso y deseaban menos, concretamente 266 (66.8%), seguido de 101 mujeres (25.4%) que expresaron acuerdo, y 31 (7.8%) que querían aumentar su peso.

Tabla 105. Mujeres: Diferencias según acuerdo con el peso

	Desea menos (<i>n</i> =266)		Acuerdo (<i>n</i> =101)		Desea más (<i>n</i> =31)		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Obsesión por delgadez	12.16	7.34	4.96	5.15	3.23	3.75	58.829	.000	.228
Bulimia	4.14	4.65	2.18	3.33	2.65	3.31	8.504	.000	.041
Insatisfacción corporal	16.51	9.67	6.93	6.77	6.77	4.91	53.483	.000	.212
Riesgo de TCA	32.80	18.23	14.12	12.54	12.61	9.16	59.434	.000	.231
Baja autoestima	4.27	4.07	2.79	3.61	3.74	2.98	5.295	.005	.026
Alienación personal	5.03	4.64	3.80	4.01	4.13	3.33	3.103	.046	.015
Inseguridad interpers.	5.75	4.97	4.83	3.96	5.29	4.71	1.418	.243	
Desconfianza interpers.	5.62	4.21	4.67	3.55	5.16	3.84	2.038	.132	
Déficits introceptivos	6.77	5.74	4.83	5.15	7.13	4.98	4.859	.008	.024
Desajuste emocional	4.41	4.62	2.78	3.00	4.23	4.68	5.325	.005	.026
Perfeccionismo	7.12	4.40	6.59	4.32	7.00	3.89	0.545	.580	
Ascetismo	5.26	4.42	3.01	2.99	3.26	2.84	13.197	.000	.063
Miedo a la madurez	12.23	4.62	11.88	5.06	12.81	5.23	0.475	.622	
Comport. Alimentario	22.14	8.16	15.04	7.40	14.84	7.06	36.152	.000	.155
Neuroticismo	20.77	8.78	18.78	7.40	21.06	7.21	2.221	.110	
Extraversión	32.04	7.41	34.19	8.15	32.84	8.28	2.890	.057	
Apertura	27.54	6.48	28.39	6.32	26.99	6.01	0.856	.426	
Amabilidad	31.43	6.34	31.67	5.54	31.41	6.15	0.056	.945	
Responsabilidad	31.19	6.34	32.03	7.53	30.47	6.13	0.870	.420	
Ansiedad	11.67	10.48	8.27	8.13	13.61	11.73	5.363	.005	.026
Depresión	9.92	8.55	7.06	6.92	8.45	6.73	4.734	.009	.023

Son encontradas diferencias estadísticamente significativas en un buen número de escalas, si bien el tamaño del efecto nos hace no considerar las diferencias en algunas de ellas. Los índices de riesgo y escalas relevantes son: Obsesión por la Delgadez ($F(2,395)= 58.829$, $p< .001$, $\eta^2= .228$), Insatisfacción Corporal ($F(2,395)= 53.483$, $p< .001$, $\eta^2= .212$), Ascetismo ($F(2,395)= 13.197$, $p< .001$, $\eta^2= .063$), y Comportamiento Alimentario ($F(2,395)= 36.152$, $p< .001$, $\eta^2= .155$). En todas ellas el grupo de mujeres que desean menos peso registran promedios superiores al resto.

Tabla 106. Mujeres: Comparaciones *post hoc* entre grupos de acuerdo con peso

	Grupos	I-J	p
Obsesión por la delgadez	Desea menos > Acuerdo	7.197	.000
	Desea menos > Desea más	8.932	.000
Insatisfacción Corporal	Desea menos > Acuerdo	9.581	.000
	Desea menos > Desea más	9.737	.000
Riesgo de TCA	Desea menos > Acuerdo	18.678	.000
	Desea menos > Desea más	20.184	.000
Ascetismo	Desea menos > Acuerdo	2.246	.000
	Desea menos > Desea más	1.998	.033
Comp. Alimentario	Desea menos > Acuerdo	7.101	.000
	Desea menos > Desea más	7.302	.000

Mediante comparaciones *post hoc* se observan diferencias significativas entre grupos en (Tabla 106):

- Obsesión por la Delgadez: del grupo que *Desea menos peso* con el grupo de *Acuerdo* con su peso ($p< .001$), y con el que *Desea más* ($p< .001$).
- Insatisfacción Corporal: del grupo *Desea menos peso* con *Acuerdo* con su peso ($p< .001$), y con *Desea más peso* ($p< .001$).
- Riesgo de TCA: *Desea menos peso* con *Acuerdo* ($p< .001$), y con *Desea más peso* ($p< .001$).
- Ascetismo: del grupo *Desea menos peso* con *Acuerdo* con el peso ($p< .001$), y con *Desea más peso* ($p< .05$).

- Comportamiento Alimentario: diferencias entre *Desea menos peso* con *Acuerdo* ($p < .001$), y con el que *Desea más peso* ($p < .001$).

6.3.2.2. Diferencias en hombres

Por su parte, en hombres también el mayor grupo es el de quienes desean menor peso, 95 casos (46.1%), siendo casi idéntico en comparación con las mujeres el porcentaje de aquellos que están de acuerdo con su peso (25.2%), aunque existe una proporción mucho mayor de hombres que desean aumentar su peso (28.7%).

Tabla 107. Hombres: Diferencias según acuerdo con el peso

	Desea menos (<i>n</i> =95)		Acuerdo (<i>n</i> =52)		Desea más (<i>n</i> =59)		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Obsesión por delgadez	8.67	6.61	4.77	4.66	3.69	4.32	17.004	.000	.123
Bulimia	4.59	4.53	3.17	3.16	3.42	3.71	2.689	.070	
Insatisfacción corporal	11.13	8.36	6.62	5.53	5.56	5.07	14.192	.000	.106
Riesgo de TCA	23.64	16.43	15.33	11.26	12.76	10.24	13.308	.000	.116
Baja autoestima	3.35	3.48	3.33	4.35	2.32	2.99	1.686	.188	
Alienación personal	4.99	4.23	4.56	4.16	4.20	4.20	0.653	.522	
Inseg. interpersonal	5.94	4.23	6.48	5.12	5.39	4.32	0.814	.444	
Desconf. interpersonal	5.88	3.92	6.23	3.88	4.54	3.23	3.386	.036	.032
Déficits introceptivos	6.49	5.40	6.85	5.35	5.49	5.28	1.005	.368	
Desajuste emocional	5.27	5.42	5.10	4.60	3.68	4.47	2.026	.134	
Perfeccionismo	7.80	4.32	7.96	4.83	8.19	4.23	0.139	.871	
Ascetismo	5.93	4.52	5.10	3.64	4.51	4.98	1.915	.150	
Miedo a la madurez	11.76	5.59	11.46	6.88	12.34	5.52	0.324	.724	
Comport. Alimentario	20.24	7.66	14.81	7.58	14.20	7.67	14.583	.000	.126
Neuroticismo	18.57	7.54	18.04	8.33	14.93	7.46	4.281	.015	.060
Extraversión	31.92	7.50	30.76	7.91	32.32	8.06	0.605	.547	
Apertura	27.57	5.55	26.97	7.13	26.76	6.76	0.335	.715	
Amabilidad	29.64	5.53	28.24	7.02	30.56	6.78	1.904	.152	
Responsabilidad	29.45	7.50	28.69	8.46	30.36	7.19	0.656	.520	
Ansiedad	9.52	8.68	11.23	10.42	7.61	8.25	2.231	.110	
Depresión	8.83	7.86	8.75	8.18	6.61	8.12	1.574	.210	

El análisis de varianza (Tabla 107) revela diferencias estadísticamente significativas en Obsesión por la Delgadez ($F(2,203)= 17.004, p< .001, \eta^2= .123$), Insatisfacción Corporal ($F(2,203)= 14.192, p< .001, \eta^2= .106$), Riesgo de TCA ($F(2,203)= 13.308, p< .001, \eta^2= .116$) Comportamiento Alimentario ($F(2,203)= 14.583, p< .001, \eta^2= .126$), y Neuroticismo ($F(2,203)= 4.281, p< .05, \eta^2= .060$).

Concretamente, las comparaciones *post hoc* confirman diferencias significativas entre las medias de los grupos (Tabla 108):

- Obsesión por la Delgadez: del grupo que *Desea menos peso* con el grupo de *Acuerdo* con su peso ($p< .001$), y con el que *Desea más peso* ($p< .001$).
- Insatisfacción Corporal: del grupo *Desea menos peso* con *Acuerdo* con su peso ($p< .001$), y con *Desea más peso* ($p< .001$).
- Riesgo de TCA: entre *Desea menos peso* con *Acuerdo* ($p< .01$), y con *Desea más peso* ($p< .001$).
- Comportamiento Alimentario: *Desea menos peso* con *Acuerdo* ($p< .001$), y con el que *Desea más peso* ($p< .001$).
- Neuroticismo: diferencias entre *Desea menos peso* y *Desea más peso* ($p< .05$).

Tabla 108. Hombres: Comparaciones *post hoc* entre grupos de acuerdo con peso

	Grupos	I-J	Sig.
Obsesión por la delgadez	Desea menos > Acuerdo	3.904	.000
	Desea menos > Desea más	4.979	.000
Insatisfacción Corporal	Desea menos > Acuerdo	4.511	.001
	Desea menos > Desea más	5.567	.000
Riesgo de TCA	Desea menos > Acuerdo	8.315	.002
	Desea menos > Desea más	10.879	.000
Comp. Alimentario	Desea menos > Acuerdo	5.434	.000
	Desea menos > Desea más	6.039	.000
Neuroticismo	Desea menos > Desea más	3.641	.019

6.3.3. Diferencias según el comportamiento alimentario.

Otro examen que fue considerado de especial interés, consistió en formar grupos según su comportamiento alimentario para así poder contrastar las diferentes variables. El criterio seguido para realizar la clasificación fue sumar o restar una desviación típica a la media de la ECA en cada sexo (Mujeres: 19.77 ± 8.56 ; Hombres: 17.14 ± 8.13), con lo cual resultaron tres grupos: grupo bajo (bajas puntuaciones en la ECA), grupo medio, y grupo alto (puntuaciones altas en la ECA). De los anteriores, nuestro objetivo fue poder contrastar los grupos extremos bajo y alto. En mujeres el grupo alto estaba compuesto por aquellas con puntuaciones superiores a 28.33, y el bajo por puntuaciones inferiores a 11.21. En hombres el grupo alto registraba puntuaciones superiores a 25.27 y el bajo inferiores a 9.01.

En la Tabla 109 se muestra el número de sujetos en cada grupo, tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 109. Grupos de Comportamiento Alimentario

	Mujeres		Hombres	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Bajo	60	15.1	41	19.9
Medio	272	68.3	127	61.7
Alto	66	16.6	38	18.4

6.3.3.1. Diferencias en mujeres

Se efectúa un contraste de medias para encontrar las diferencias entre los grupos bajo ($n= 60$) y alto ($n= 66$) a partir de las puntuaciones en la ECA en mujeres (Tabla 110). Son encontradas un gran número de escalas en las que existen diferencias estadísticamente significativas. Destacan las diferencias en las tres escalas de riesgo del EDI-3: Obsesión por la Delgadez ($t_{95,098} = -19.868$, $p <$

.001, $d= 3.417$), Bulimia ($t_{90,891} = -7.558$, $p < .001$, $d= 1.298$), Insatisfacción Corporal ($t_{97,325} = -7.558$, $p < .001$, $d= 2.278$).

Tabla 110. Mujeres: Diferencias según comportamiento alimentario

	Bajo ($n=60$)		Alto ($n=66$)		t	p	$/d/$
	M	DT	M	DT			
Obsesión por la delgadez	2.70	2.84	19.02	5.96	-19.868	.000	3.417
Bulimia	1.58	2.50	7.44	5.71	-7.558	.000	1.298
Insatisfacción corporal	5.12	4.96	23.45	9.96	-13.256	.000	2.278
Baja autoestima	2.27	3.24	6.41	4.77	-5.641	.000	0.998
Alienación personal	2.80	2.58	7.14	5.53	-5.718	.000	0.982
Inseguridad interpersonal	4.18	3.42	7.09	5.23	-3.650	.000	0.647
Desconfianza interpersonal	3.87	3.03	6.91	4.33	-4.522	.000	0.800
Déficits introceptivos	3.37	3.62	9.55	6.13	-6.956	.000	1.204
Desajuste emocional	2.47	3.57	6.18	4.81	-4.948	.000	0.863
Perfeccionismo	6.25	3.73	8.36	4.38	-2.900	.004	0.512
Ascetismo	2.90	3.10	8.30	4.84	-7.518	.000	1.305
Miedo a la madurez	10.17	4.27	14.11	5.78	-4.312	.000	0.763
Neuroticismo	15.47	5.60	24.43	8.36	-6.999	.000	1.238
Extraversión	34.68	6.69	30.63	7.60	3.161	.002	0.559
Apertura	27.95	8.38	27.60	6.06	0.271	.787	
Amabilidad	33.75	8.16	31.05	6.33	2.085	.039	0.369
Responsabilidad	33.04	6.78	31.08	6.63	1.637	.104	
Ansiedad	6.78	6.82	17.42	12.66	-5.943	.000	1.024
Depresión	5.73	6.10	15.18	10.45	-6.262	.000	1.083

También destacan por su gran magnitud las diferencias en Baja Autoestima ($t_{124} = -5.641$, $p < .001$, $d= 0.998$), Alienación Personal ($t_{94,104} = -5.718$, $p < .001$, $d= 0.982$), Desconfianza Interpersonal ($t_{124} = -4.522$, $p < .001$, $d= 0.800$), Déficits Introceptivos ($t_{107,158} = -6.956$, $p < .001$, $d= 1.204$), Desajuste Emocional ($t_{119,442} = -4.948$, $p < .001$, $d= 0.863$), y Ascetismo ($t_{111,737} = -7.518$, $p < .001$, $d= 1.305$). Además, el tamaño del efecto es moderado en las escalas psicológicas Inseguridad Interpersonal ($t_{124} = -3.650$, $p < .001$, $d= 0.647$), Perfeccionismo ($t_{124} = -2.900$, $p < .01$, $d= 0.512$), y Miedo a la madurez ($t_{124} = -4.312$, $p < .001$, $d= 0.763$).

En los factores de personalidad destacan las diferencias en Neuroticismo ($t_{124} = -6.999$, $p < .001$, $d = 1.238$), siendo moderado el tamaño del efecto en Extraversión ($t_{124} = 3.161$, $p < .01$, $d = 0.559$), y pequeño en Amabilidad ($t_{124} = 2.085$, $p < .05$, $d = 0.369$), por lo que se descartan las diferencias en este último factor.

El tamaño del efecto también señala grandes diferencias tanto en Ansiedad ($t_{101,766} = -5.943$, $p < .001$, $d = 1.024$) como en Depresión ($t_{106,469} = -6.262$, $p < .001$, $d = 1.083$).

En las escalas y factores en que existen diferencias, las medias son superiores en el grupo alto en la ECA, y entre todas, únicamente en Extraversión el grupo con puntuaciones bajas registra un promedio estadísticamente mayor que el grupo alto.

6.3.3.2. Diferencias en hombres

En hombres los grupos bajo y alto están integrados por 41 y 38 sujetos, respectivamente. En la Tabla 111 se pueden comprobar las medias en cada escala y las diferencias halladas.

Al igual que en mujeres, destacan las diferencias en las escalas de riesgo: Obsesión por la Delgadez ($t_{49,286} = -11.074$, $p < .001$, $d = 2.531$), Bulimia ($t_{61,847} = -4.318$, $p < .001$, $d = 0.976$), e Insatisfacción Corporal ($t_{52,761} = -6.309$, $p < .001$, $d = 1.436$). Sin embargo, respecto a las mujeres, en hombres también se aprecia un menor número de escalas en las que existen diferencias. Aun así, el tamaño del efecto es elevado en Ascetismo ($t_{77} = -5.999$, $p < .001$, $d = 1.335$), Desajuste Emocional ($t_{68,034} = -3.561$, $p < .01$, $d = 0.802$), y en el factor Neuroticismo ($t_{77} = -5.596$, $p < .001$, $d = 1.245$).

La magnitud del tamaño del efecto es moderada en las escalas Alienación Personal ($t_{77} = -2.655$, $p < .01$, $d = 0.591$), Déficit Introceptivos ($t_{77} = -3.281$, $p < .01$, $d = 0.730$), así como en Ansiedad ($t_{61,008} = -2.929$, $p < .01$, $d = 0.663$) y Depresión ($t_{77} = -3.044$, $p < .01$, $d = 0.677$).

En todas y cada una de las escalas y factores los promedios son mucho mayores en el grupo de altas puntuaciones en la ECA.

Tabla 111. Hombres: Diferencias según comportamiento alimentario

	Bajo		Alto		<i>t</i>	<i>p</i>	/d/
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Obsesión por la delgadez	2.41	2.63	14.39	6.16	-11.074	.000	2.531
Bulimia	2.34	3.09	6.34	4.87	-4.318	.000	0.976
Insatisfacción corporal	4.41	4.46	14.76	9.15	-6.309	.000	1.436
Baja autoestima	2.41	3.75	3.50	3.10	-1.393	.168	
Alienación personal	3.29	3.93	5.95	4.93	-2.655	.010	0.591
Inseguridad interpersonal	5.02	4.36	6.11	4.52	-1.080	.283	
Desconfianza interpersonal	4.34	3.20	5.89	4.05	-1.894	.062	
Déficits introceptivos	3.85	4.55	7.71	5.85	-3.281	.002	0.730
Desajuste emocional	2.68	3.90	6.42	5.26	-3.561	.001	0.802
Perfeccionismo	7.39	5.23	8.92	3.59	-1.503	.137	
Ascetismo	2.80	3.45	8.47	4.87	-5.999	.000	1.335
Miedo a la madurez	11.37	6.16	11.95	5.82	-0.430	.668	
Neuroticismo	12.44	6.68	21.24	7.28	-5.596	.000	1.245
Extraversión	32.93	8.15	30.63	6.67	1.364	.177	
Apertura	27.02	7.34	28.47	6.33	-0.936	.352	
Amabilidad	31.37	6.78	29.34	5.85	1.415	.161	
Responsabilidad	30.98	8.97	29.66	8.03	0.686	.495	
Ansiedad	5.41	6.95	11.61	11.18	-2.929	.005	0.663
Depresión	5.12	7.49	10.55	8.35	-3.044	.003	0.677

6.3.4. Criterios de remisión.

Para este análisis nos basamos en los criterios propuestos por el Cuestionario de Remisión EDI-3 RF (Garner, 2004). Como ya se señaló en el apartado correspondiente a instrumentos, el mismo está compuesto por los 25 ítems de los tres índices de riesgo del EDI-3, además de datos sociodemográficos, historia del peso y una serie de comportamientos asociados con los síntomas de los TCA. Los tres criterios de remisión que propone tienen

el objetivo de determinar si los sujetos deben ser remitidos a un especialista para una evaluación en profundidad.

El primer criterio está basado en el IMC del sujeto, en relación a su edad y sexo, y se cumple si su IMC es igual o menor a los valores críticos que proporciona el instrumento. En este caso, tal y como se puede comprobar en la Tabla 112, 47 mujeres (11.8%) y 5 hombres (2.4%) cumplen con el criterio de remisión. Existen diferencias entre ambos sexos ($\chi^2 = 15.185$, $p < .001$).

Tabla 112. Criterio A: IMC y sexo

	Mujeres		Hombres		χ^2	p
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
No cumple criterio	351	88.2	201	97.6	15.185	.000
Cumple criterio	47	11.8	5	2.4		

El segundo criterio está dividido en dos, y se basa en el IMC y las puntuaciones obtenidas en Obsesión por la Delgadez y en Bulimia, debiendo realizarse la derivación a profesionales especialistas si de acuerdo a su IMC el sujeto registra puntuaciones en esos índices de riesgo iguales o superiores a los valores señalados como críticos.

En la Tabla 113 se puede comprobar como en IMC-Obsesión por la Delgadez las mujeres presentan un porcentaje mayor (36.4%) de cumplimiento del criterio respecto a los hombres (19.9%), existiendo diferencias significativas de frecuencias ($\chi^2 = 17.402$, $p < .001$).

Tabla 113. Criterio B: IMC-Obsesión por la delgadez

	Mujeres		Hombres		χ^2	p
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
No cumple criterio	253	63.6	165	80.1	17.402	.000
Cumple criterio	145	36.4	41	19.9		

En cuanto a IMC-Bulimia (Tabla 114), el porcentaje de cumplimiento es superior en hombres (28.6%) que en mujeres (21.9%). aunque en este caso no se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2= 3.406$. $p= .065$).

Tabla 114. Criterio B: IMC-Bulimia

	Mujeres		Hombres		χ^2	p
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
No cumple criterio	311	78.1	147	71.4	3.406	.065
Cumple criterio	87	21.9	59	28.6		

El tercer criterio está se fundamenta únicamente en los síntomas conductuales. El sujeto debe señalar en el cuestionario si durante los tres últimos meses se ha dado atracones, se ha provocado el vómito, usado laxantes, ha realizado ejercicio para controlar el peso, o si ha perdido 9 kilos o más en los últimos seis meses. Si cumple uno o más de los criterios propuestos, se considera que el sujeto debe ser remitido.

A partir de los resultados expuestos en la Tabla 115 se comprueba como 93 mujeres (23.4%) y 56 hombres (27.2%) cumplen con este criterio, no encontrándose diferencias de género ($\chi^2= 1.065$. $p= .302$).

Tabla 115. Criterio C: Conductas de riesgo

	Mujeres		Hombres		χ^2	p
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
No cumple criterio	305	76.6	150	72.8	1.065	.302
Cumple criterio	93	23.4	56	27.2		

En la Tabla 116 se pueden observar los casos y porcentajes de hombres y mujeres que cumplen los diferentes criterios. A pesar de que el EDI-3 RF solo especifica tres criterios, como se ha comentado anteriormente, el criterio B se divide en dos por la distinción entre las puntuaciones directas en Obsesión por

la Delgadez y Bulimia, cumpliendo este criterio de remisión si el sujeto puntúa alto en una u otra, o en ambas. Por ello, para este análisis se han tenido en cuenta las dos de forma separada. Hay una proporción mayor de hombres (50.5%) que de mujeres (41.5%) que no cumple con ninguno de ellos, y solamente dos mujeres cumplen con todos los criterios. Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas entre ambos sexos respecto al número de criterios ($\chi^2=6.319$, $p=.177$).

Tabla 116. Número de criterios cumplidos

	Mujeres		Hombres		χ^2	p
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Ninguno	165	41.5	104	50.5	6.319	.177
Uno	128	32.2	59	28.6		
Dos	73	18.3	27	13.1		
Tres	30	7.5	16	7.8		
Cuatro	2	0.5	0	0		

A continuación se exponen los análisis realizados en mujeres y hombres, teniendo en cuenta si deben ser remitidos a un especialista o no, y en función del número de criterios cumplidos.

6.3.4.1. Diferencias en mujeres

En mujeres, y a modo de resumen de la información ya presentada anteriormente, en la Tabla 117 observamos como 233 (58.5%) reúnen las condiciones para la remisión. frente a 165 (41.5%) que no. Atendiendo a los criterios establecidos en el EDI-3 RF, destaca principalmente el amplio número de mujeres ($n=145$) que cumplen con el criterio basado en el IMC y las puntuaciones de Obsesión por la Delgadez.

Tabla 117. Mujeres: Criterios y remisión

	Criterio A		Criterio B		Criterio B		Criterio C	
	IMC-Edad-Sexo		IMC- O. Delgadez		IMC-Bulimia		Conductas	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
No cumple criterio	351	88.2	253	63.6	311	78.1	305	76.6
Cumple criterio	47	11.8	145	36.4	87	21.9	93	23.4
No remisión: <i>n</i> = 165 (41.5%) / Remisión: <i>n</i> = 233 (58.5%)								

Dependiendo de si cumplen con la recomendación de remisión, se realiza un contraste de medias para comprobar las diferencias entre grupos. Se excluyeron los índices de Obsesión por la Delgadez y Bulimia puesto que son dos de los criterios. En la Tabla 118 se evidencia que en la práctica totalidad de escalas y factores existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 118. Mujeres: Diferencias según remisión

	No remisión		Remisión		<i>t</i>	<i>p</i>	/d/
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Insatisfacción corporal	8.29	6.65	16.88	10.14	-10.194	.000	0.967
Baja autoestima	2.40	3.23	4.88	4.06	-6.779	.000	0.661
Alienación personal	3.02	3.24	5.81	4.77	-6.932	.000	0.662
Inseguridad interpersonal	4.38	4.39	6.27	4.80	-4.004	.000	0.407
Desconfianza interpersonal	4.03	3.20	6.28	4.31	-5.942	.000	0.577
Déficits introceptivos	4.06	4.13	7.90	5.95	-7.597	.000	0.726
Desajuste emocional	2.28	3.10	5.18	4.65	-7.464	.000	0.708
Perfeccionismo	5.86	3.96	7.77	4.42	-4.430	.000	0.449
Ascetismo	2.64	2.44	5.87	4.53	-9.134	.000	0.845
Miedo a la madurez	11.18	4.33	12.90	4.96	-3.576	.000	0.363
Comp. Alimentario	15.00	5.38	23.15	8.79	-11.443	.000	1.704
Neuroticismo	17.35	7.62	22.36	8.25	-6.154	.000	0.624
Extraversión	33.60	7.94	31.97	7.48	2.083	.038	0.211
Apertura	27.87	7.22	27.60	5.78	0.411	.681	
Amabilidad	32.41	6.62	30.84	5.66	2.547	.011	0.257
Responsabilidad	32.30	7.07	30.67	6.25	2.422	.016	0.246
Ansiedad	7.60	7.34	13.33	11.16	-6.171	.000	0.586
Depresión	6.55	5.91	10.88	8.96	-5.804	.000	0.551

A partir del tamaño del efecto, destacan las diferencias en Insatisfacción Corporal ($d= 0.967$), Ascetismo ($d= 0.845$), y Comportamiento Alimentario ($d= 1.704$). Asimismo, la magnitud del efecto es moderada en las escalas Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Interoceptivos, Desajuste Emocional, Perfeccionismo, el factor Neuroticismo, Ansiedad y Depresión. A pesar de su significación estadística, el pequeño tamaño del efecto en Miedo a la Madurez, Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad, hace que se rechacen las diferencias. En todas y cada una de las escalas y factores señalados, son las mujeres en el grupo de remisión las que registran promedios más altos.

Seguidamente, se consideró relevante y de interés comparar las medias en las escalas y factores dependiendo del número de criterios cumplidos.

Tabla 119. Mujeres: Diferencias según número de criterios cumplidos

	Ninguno ($n=165$)		Uno ($n=128$)		Dos ($n=73$)		Tres-Cuatro ($n=32$)		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Insatisf. corporal	8.25	6.57	14.63	9.61	18.68	9.57	22.06	11.40	40.167	.000	.234
Baja autoestima	2.40	3.23	4.16	3.68	5.40	3.87	6.63	5.22	19.095	.000	.127
Alienación personal	3.02	3.24	4.73	4.01	6.60	4.88	8.31	6.04	22.753	.000	.148
Inseg. interpersonal	4.38	4.37	5.98	4.31	6.62	5.23	6.59	5.67	5.681	.001	.041
Desc. interpersonal	4.03	3.20	5.32	3.94	7.26	4.62	7.81	4.15	17.125	.000	.115
Déficits interoceptivos	4.06	4.13	6.58	5.47	8.37	5.84	12.13	6.07	28.757	.000	.180
Desajuste emocional	2.28	3.10	4.48	4.23	5.53	5.02	7.22	4.83	20.925	.000	.137
Perfeccionismo	5.86	3.96	7.05	4.31	7.74	4.13	10.75	4.42	13.655	.000	.094
Ascetismo	2.64	2.44	4.56	3.73	6.63	4.43	9.34	5.51	42.432	.000	.244
Miedo a la madurez	11.18	4.33	12.20	4.40	13.29	5.52	14.78	5.29	7.174	.000	.052
Comp. Alimentario	15.00	5.38	19.88	6.73	25.95	8.43	29.88	10.91	66.698	.000	.337
Neuroticismo	17.35	7.62	21.03	8.47	22.92	7.69	26.44	7.30	17.129	.000	.115
Extraversión	33.60	7.94	32.73	6.94	31.33	7.53	30.39	9.18	2.489	.060	
Apertura	27.87	7.22	27.89	5.58	27.45	6.16	26.83	5.76	0.308	.819	
Amabilidad	32.41	6.62	31.31	5.28	30.80	5.95	29.03	6.27	3.371	.019	.025
Responsabilidad	32.30	7.07	31.34	6.15	30.08	6.35	29.37	6.28	3.008	.030	.022
Ansiedad	7.60	7.34	10.47	8.94	15.10	12.42	20.75	12.22	23.466	.000	.152
Depresión	6.55	5.91	8.80	7.37	12.04	9.55	16.53	10.61	20.181	.000	.133

Se realiza por ello un análisis de varianza, y para poder efectuar un mejor análisis se agruparon en uno los grupos de 3 y 4 criterios cumplidos (Tabla 119). se comprueba como existen diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas psicológicas del EDI-3, en varios factores del NEO-FFI, en Ansiedad y Depresión. Por la magnitud del tamaño del efecto destacan las diferencias en Comportamiento Alimentario, Insatisfacción Corporal, Alienación Personal, Déficit Interoceptivos, Desajuste Emocional, Ascetismo, y Ansiedad. El tamaño del efecto es de magnitud moderada en Baja Autoestima, Desconfianza Interpersonal, Perfeccionismo, Neuroticismo y Depresión. En el resto de escalas y factores, a pesar de mostrar significación estadística, la variabilidad atribuible a la diferencias es pequeña.

6.3.4.2. Diferencias en hombres

En el examen de los hombres participantes en el estudio, vemos en la Tabla 120 que hasta 102 de ellos (49.5%) cumplen con alguno de los criterios, y por tanto se recomienda su remisión. El criterio con menor cumplimiento es el A, que relaciona IMC, la edad y el sexo, contando únicamente 5 sujetos. El criterio que cumplen mayor número de casos, 59 hombres, es el que tiene en cuenta el IMC y las puntuaciones en Bulimia.

Tabla 120. Hombres: Criterios y remisión

	Criterio A		Criterio B		Criterio B		Criterio C	
	IMC-Edad-Sexo		IMC- O. Delgadez		IMC-Bulimia		Conductas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No cumple criterio	201	97.6	165	80.1	147	71.4	150	72.8
Cumple criterio	5	2.4	41	19.9	59	28.6	56	27.2
No remisión: n= 104 (50.5%) / Remisión: n= 102 (49.5%)								

Frente a las diferencias encontradas en mujeres, los hombres presentan diferencias estadísticamente significativas en un menor número de escalas y factores (Tabla 121), destacando, por la magnitud del tamaño del efecto, las diferencias en Insatisfacción Corporal y Comportamiento Alimentario desajustado. Son patentes asimismo las diferencias en Baja Autoestima, Alienación Personal, Déficit Interoceptivos, Desajuste Emocional, Ascetismo y Neuroticismo, no pudiendo confirmar diferencias en el resto de escalas debido al tamaño del efecto. Del mismo modo que en mujeres, los hombres que cumplen los criterios de remisión registran puntuaciones superiores en las mencionadas escalas que resultan significativas.

Tabla 121. Hombres: Diferencias según remisión

	No remisión		Remisión		<i>t</i>	<i>p</i>	/d/
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Insatisfacción corporal	5.28	4.72	11.57	8.11	-6.782	.000	0.945
Baja autoestima	1.97	2.63	4.15	4.11	-4.508	.000	0.628
Alienación personal	3.78	3.48	5.55	4.67	-3.075	.002	0.427
Inseguridad interpersonal	5.53	4.29	6.31	4.67	-1.255	.211	
Desconfianza interpersonal	4.90	3.31	6.28	4.09	-2.657	.009	0.369
Déficit interoceptivos	4.97	4.92	7.65	5.46	-3.693	.000	0.513
Desajuste emocional	2.97	3.78	6.61	5.40	-5.583	.000	0.778
Perfeccionismo	7.91	4.86	7.99	3.92	-0.125	.901	
Ascetismo	3.72	3.43	6.93	4.85	-5.471	.000	0.761
Miedo a la madurez	11.77	5.90	11.93	5.93	-0.197	.844	
Comp. Alimentario	13.53	6.39	20.82	8.09	-7.165	.000	0.996
Neuroticismo	15.25	8.21	19.58	6.83	-4.111	.000	0.570
Extraversión	32.54	8.33	30.92	7.06	1.506	.134	
Apertura	27.21	6.67	27.17	5.95	0.044	.965	
Amabilidad	29.82	6.89	29.27	5.71	0.619	.537	
Responsabilidad	30.51	8.07	28.51	7.11	1.889	.060	
Ansiedad	8.13	8.25	10.71	9.74	-2.052	.041	0.285
Depresión	6.89	6.85	9.48	8.94	-2.326	.021	0.324

Como en mujeres, también en hombres se examinan las diferencias según el número de criterios cumplidos (Tabla 122). Las mayores diferencias son encontradas en el índice Insatisfacción Corporal, las escalas Desajuste Emocional y Ascetismo, y en el Comportamiento Alimentario. Además, el tamaño del efecto es moderado en Alienación Personal, Déficit Interoceptivos, Neuroticismo y Ansiedad.

Tabla 122. Hombres: Diferencias según número de criterios cumplidos

	Ninguno (n=104)		Uno (n=59)		Dos (n=27)		Tres (n=16)		F	p	η^2
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
Insatisf. corporal	5.30	4.638	9.73	7.719	12.41	7.987	16.63	7.455	21.616	.000	.243
Baja autoestima	1.97	2.638	4.41	4.379	2.81	3.064	5.38	4.241	9.128	.000	.119
Alienación personal	3.78	3.486	5.66	4.707	3.85	4.083	8.00	4.590	6.884	.000	.093
Inseg. interpersonal	5.53	4.297	6.85	4.902	5.00	4.038	6.56	4.661	1.600	.191	
Desc. interpersonal	4.90	3.314	6.37	3.969	5.67	4.243	7.00	4.412	2.811	.041	.040
Déficit interoceptivos	4.97	4.922	6.73	4.912	7.37	5.685	11.50	5.715	8.481	.000	.112
Desajuste emocional	2.97	3.787	6.24	5.405	5.30	5.090	10.19	4.636	15.197	.000	.184
Perfeccionismo	7.91	4.863	7.58	3.838	7.22	3.545	10.81	3.834	2.698	.047	.039
Ascetismo	3.72	3.437	6.47	5.260	5.56	3.468	10.94	3.043	17.504	.000	.206
Miedo a la madurez	11.77	5.906	11.73	5.388	11.67	6.331	13.13	7.320	.269	.848	
Comp. Alimentario	13.53	6.398	18.85	7.341	22.52	8.487	25.25	8.177	22.154	.000	.248
Neuroticismo	15.25	8.215	19.37	7.015	18.24	6.744	22.63	5.667	6.847	.000	.092
Extraversión	32.54	8.335	30.19	7.288	32.66	6.456	30.69	7.097	1.394	.246	
Apertura	27.21	6.672	27.31	6.100	26.93	6.610	27.06	4.389	.024	.995	
Amabilidad	29.82	6.899	29.17	5.750	29.59	5.093	29.13	6.869	.157	.925	
Responsabilidad	30.51	8.070	28.84	7.825	28.67	6.270	27.00	5.727	1.431	.235	
Ansiedad	8.13	8.256	10.49	8.999	8.11	7.827	15.88	13.38	4.019	.008	.056
Depresión	6.89	6.856	9.14	9.407	8.56	7.105	12.31	9.918	2.653	.050	.038

6.3.5. Comparación del riesgo de TCA con la población general

Como se ha comentado en el apartado correspondiente, el EDI-3 permite obtener un índice de riesgo de TCA, el EDRC, que ofrece una medida global sobre la preocupación por el peso y la alimentación. Se deriva de la suma de

puntuaciones T de las escalas Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal.

Sin embargo, el empleo de este índice resulta complejo en investigación para poder realizar comparaciones de género y con muestras clínicas, ya que la muestra de comparación no clínica del EDI-3 con esa población está compuesta por mujeres adultas exclusivamente. Por ello no es posible realizar contrastes adecuados entre mujeres y hombres, y de hombres con los baremos clínicos.

El EDI-3 ofrece baremos específicos para la población no clínica, según edad y sexo, que permiten conocer el grado en que un sujeto presenta los rasgos evaluados por el instrumento, comparándolo con la población general. Al mismo tiempo proporciona Tablas de referencia con rangos clínicos, que sirven para conocer si las puntuaciones de un paciente son superiores a las que son habituales en pacientes con TCA (rango clínico elevado), similares (rango clínico típico), o están por debajo de las usuales en pacientes (rango clínico bajo).

A pesar de que se desaconseja la comparación de las puntuaciones de sujetos sin TCA con los baremos clínicos, decidimos tomar los puntos de corte cualitativos señalados en el EDI-3 para la población clínica, para así realizar una agrupación de los sujetos en niveles, ya que consideramos que esos rangos constituyen referencias adecuadas para distinguir sujetos con un mayor o menor riesgo. Por ello, surgen tres grupos para contrastar las diferentes variables: Nivel Bajo (puntuaciones correspondientes a un percentil ≤ 50), Nivel Medio (percentil entre 51 y 88), y Nivel Elevado (percentil ≥ 89).

Teniendo en cuenta las puntuaciones y las diferencias de género básicas existentes, a partir de las normas del EDI-3 se observa como en mujeres de la población no clínica, el Riesgo de TCA (EDRC) para el rango clínico elevado corresponde a un percentil igual o mayor a 89 respecto a la población clínica, lo cual equivale a una suma de puntuaciones T de 184 o suma de puntuaciones directas de 56. Mientras, el rango bajo corresponde a puntuaciones iguales o por

debajo del percentil 50, que equivale a una suma de T de 145 y puntuaciones directas igual o menores a 24. En el caso de los hombres, la utilización de esas mismas referencias conlleva que, para una suma de puntuaciones T de 184 en el rango clínico elevado como en mujeres, las puntuaciones directas corresponden a 32, y para una suma de T de 145 en el rango bajo la puntuación directa debe ser 15.

A la vista de esas discrepancias, resultan evidentes las enormes diferencias comentadas y la dificultad para emplear el índice para analizar respecto a la población clínica. Es por esto que, para un más adecuado examen, se utilizan los baremos de la población no clínica española, tanto en hombres como en mujeres.

6.3.5.1. Diferencias en mujeres

Como puede apreciarse en la Tabla 123, en mujeres se registran numerosas diferencias entre los grupos. Las mayores diferencias se localizan en Comportamiento Alimentario ($F(2,395) = 183.378, p < .001, \eta^2 = .481$), Ascetismo ($F(2,395) = 83.481, p < .001, \eta^2 = .297$), Baja Autoestima ($F(2,395) = 35.478, p < .001, \eta^2 = .152$), Alienación Personal ($F(2,395) = 31.991, p < .001, \eta^2 = .139$), y Déficit Introceptivos ($F(2,395) = 39.274, p < .001, \eta^2 = .166$). El tamaño del efecto también es de magnitud moderada en Desconfianza Interpersonal ($F(2,395) = 19.392, p < .001, \eta^2 = .089$), Desajuste Emocional ($F(2,395) = 21.778, p < .001, \eta^2 = .099$), Perfeccionismo ($F(2,395) = 13.428, p < .001, \eta^2 = .064$), Neuroticismo ($F(2,395) = 21.278, p < .001, \eta^2 = .097$), Ansiedad ($F(2,395) = 28.269, p < .001, \eta^2 = .125$) y Depresión ($F(2,395) = 31.113, p < .001, \eta^2 = .136$).

A pesar de que existen diferencias estadísticamente significativas en Inseguridad Interpersonal y Miedo a la Madurez, el tamaño del efecto es pequeño.

Tabla 123. Mujeres: Diferencias según percentiles de EDRC

	Nivel Bajo (n=221)		Nivel Medio (n=141)		Nivel Elevado (n=36)		F	p	η^2
	M	DT	M	DT	M	DT			
Baja autoestima	2.57	2.43	5.06	4.16	7.03	4.16	35.478	.000	.152
Alienación personal	3.29	3.19	5.85	4.59	8.28	5.41	31.991	.000	.139
Inseg. interpersonal	4.74	4.30	6.12	4.87	7.53	5.70	7.612	.001	.037
Desconf. interpersonal	4.33	3.50	6.28	4.25	7.86	4.38	19.392	.000	.089
Déficits introceptivos	4.63	4.45	7.42	5.61	12.25	6.75	39.274	.000	.166
Desajuste emocional	2.95	3.54	4.70	4.76	7.44	4.61	21.778	.000	.099
Perfeccionismo	6.26	4.13	7.31	4.17	10.08	4.76	13.428	.000	.064
Ascetismo	2.87	2.72	5.65	4.13	10.36	4.54	83.481	.000	.297
Miedo a la madurez	11.47	4.19	13.03	5.08	13.31	6.17	5.813	.003	.029
Comport. Alimentario	15.06	5.60	23.57	6.66	33.81	7.52	183.378	.000	.481
Neuroticismo	18.32	8.52	21.68	7.21	26.91	7.18	21.278	.000	.097
Extraversión	34.02	7.63	31.36	7.40	29.23	7.62	9.380	.000	.055
Apertura	28.10	6.88	27.28	5.68	27.06	6.02	0.900	.407	
Amabilidad	32.03	6.26	30.95	5.62	30.30	6.90	2.096	.124	
Responsabilidad	31.98	6.48	30.49	6.82	30.81	6.69	2.300	.102	
Ansiedad	8.38	8.93	12.53	9.51	20.56	12.63	28.269	.000	.125
Depresión	6.76	6.45	10.86	8.28	16.39	10.47	31.113	.000	.136

Mediante las comparaciones *post hoc* se obtienen diferencias significativas entre las medias de los grupos (Tabla 124).

- Baja Autoestima: existen diferencias del *Nivel Elevado* con el *Nivel Medio* ($p < .05$) y con *Nivel Bajo* ($p < .001$); y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Alienación Personal: diferencias del *Nivel Elevado* con el *Medio* ($p < .01$) y con el *Bajo* ($p < .001$); y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Desconfianza Interpersonal: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Déficits introceptivos: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .001$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).

- Desajuste Emocional: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .01$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Perfeccionismo: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), y entre *Elevado* y *Medio* ($p < .01$).
- Ascetismo: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .01$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Comportamiento Alimentario: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .001$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Neuroticismo: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .01$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .01$).
- Extraversión: entre *Bajo* y *Elevado* ($p < .01$), y entre *Bajo* y *Medio* ($p < .01$).
- Ansiedad: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .001$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Depresión: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .01$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).

Tabla 124. Mujeres: Comparaciones *post hoc* entre niveles de riesgo de TCA

	Grupos	I-J	p
Baja autoestima	Nivel Elevado > Nivel Bajo	4.462	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	1.964	.016
	Nivel Medio > Nivel Bajo	2.498	.000
Alienación personal	Nivel Elevado > Nivel Bajo	4.984	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	2.427	.007
	Nivel Medio > Nivel Bajo	2.557	.000
Desconfianza interpersonal	Nivel Elevado > Nivel Bajo	3.531	.000
	Nivel Medio > Nivel Bajo	1.953	.000
Déficits introceptivos	Nivel Elevado > Nivel Bajo	7.617	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	4.832	.000
	Nivel Medio > Nivel Bajo	2.785	.000
Desajuste emocional	Nivel Elevado > Nivel Bajo	4.490	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	2.742	.002
	Nivel Medio > Nivel Bajo	1.747	.000
Perfeccionismo	Nivel Elevado > Nivel Bajo	3.821	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	2.771	.002
Ascetismo	Nivel Elevado > Nivel Bajo	7.492	.000

	Nivel Elevado > Nivel Medio	4.716	.000
	Nivel Medio > Nivel Bajo	2.777	.000
Comp. Alimentario	Nivel Elevado > Nivel Bajo	18.746	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	10.237	.000
	Nivel Medio > Nivel Bajo	8.509	.000
Neuroticismo	Nivel Elevado > Nivel Bajo	8.584	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	5.231	.002
	Nivel Medio > Nivel Bajo	3.353	.001
Extraversión	Nivel Elevado < Nivel Bajo	-4.788	.002
	Nivel Medio < Nivel Bajo	-2.661	.005
Ansiedad	Nivel Elevado > Nivel Bajo	12.171	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	8.024	.000
	Nivel Medio > Nivel Bajo	4.147	.000
Depresión	Nivel Elevado > Nivel Bajo	9.633	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	5.531	.001
	Nivel Medio > Nivel Bajo	4.102	.000

6.3.5.2. Diferencias en hombres

Tomando como referencia los baremos del EDI-3 para población no clínica, los hombres en un percentil igual o menor a 50 son 94 (45.6%), 83 se sitúan en los percentiles entre 51 y 88 (40.3%), y 29 hombres (14.1%) se encuentran en un percentil igual o superior al 89.

En la Tabla 125 se pueden apreciar las medias en las escalas de cada grupo y las diferencias entre las mismas.

Como en mujeres, las mayores diferencias se localizan en Comportamiento Alimentario ($F(2,203)= 52.621, p< .001, \eta^2= .341$), Ascetismo ($F(2,203)= 27.606, p< .001, \eta^2= .214$), Baja Autoestima ($F(2,203)= 22.121, p< .001, \eta^2= .179$), Alienación Personal ($F(2,203)= 17.142, p< .001, \eta^2= .144$), Déficit Introceptivos ($F(2,203)= 16.300, p< .001, \eta^2= .138$). Pero además las diferencias son de gran magnitud en Desajuste Emocional ($F(2,203)= 23.956, p< .001, \eta^2= .191$), Neuroticismo ($F(2,203)= 13.310, p< .001, \eta^2= .116$), Responsabilidad ($F(2,203)= 10.193, p< .001, \eta^2= .091$), y Depresión ($F(2,203)= 10.438, p< .001, \eta^2= .093$).

El tamaño del efecto también es de magnitud moderada en Inseguridad Interpersonal ($\eta^2 = .066$), Desconfianza Interpersonal ($\eta^2 = .069$), Extraversión ($\eta^2 = .069$), y Ansiedad ($\eta^2 = .059$).

Las medias son superiores en todas esas escalas en el nivel elevado, a excepción de Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad, factores que registran un mayor promedio en el nivel bajo que en los niveles medio y elevado.

Tabla 125. Hombres: Diferencias según percentiles de EDRC

	Nivel Bajo (n=94)		Nivel Medio (n=83)		Nivel Elevado (n=29)		F	p	η^2
	M	DT	M	DT	M	DT			
Baja autoestima	1.48	2.28	3.95	4.00	5.52	3.71	22.121	.000	.179
Alienación personal	3.12	3.31	5.35	4.20	7.66	4.74	17.142	.000	.144
Inseg. interpersonal	4.68	4.22	6.81	4.49	7.38	4.45	7.119	.001	.066
Desconf. interpersonal	4.51	3.33	6.42	3.93	6.69	3.85	7.538	.001	.069
Déficits introceptivos	4.19	4.58	7.67	5.27	9.17	5.45	16.300	.000	.138
Desajuste emocional	2.67	3.49	5.72	5.01	8.86	5.79	23.956	.000	.191
Perfeccionismo	8.03	4.82	7.43	4.20	9.17	3.36	1.709	.184	
Ascetismo	3.36	3.35	6.11	4.54	9.34	4.24	27.606	.000	.214
Miedo a la madurez	11.53	5.91	12.07	5.96	12.24	5.85	0.257	.774	
Comport. Alimentario	12.86	5.77	18.59	7.47	26.86	6.71	52.621	.000	.341
Neuroticismo	14.95	7.92	18.30	7.35	22.76	5.66	13.310	.000	.116
Extraversión	33.95	7.27	30.00	8.20	29.55	6.11	7.493	.001	.069
Apertura	28.24	6.19	26.17	6.40	26.69	6.08	2.509	.084	
Amabilidad	30.83	5.70	28.46	6.86	28.52	6.09	3.645	.028	.035
Responsabilidad	32.03	6.89	27.25	7.71	27.86	7.62	10.193	.000	.091
Ansiedad	7.88	7.37	9.31	9.28	14.59	11.69	6.342	.002	.059
Depresión	6.05	5.88	8.76	8.59	13.38	9.91	10.438	.000	.093

Las comparaciones *post hoc* realizadas entre grupos confirman las siguientes diferencias de medias (Tabla 126):

Tabla 126. Hombres: Comparaciones *post hoc* entre niveles de riesgo de TCA

	<i>Grupos</i>	<i>I-J</i>	<i>p</i>
Baja autoestima	Nivel Elevado > Nivel Bajo	4.039	.000
	Nivel Medio > Nivel Bajo	2.473	.000
Alienación personal	Nivel Elevado > Nivel Bajo	4.538	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	2.306	.025
	Nivel Medio > Nivel Bajo	2.232	.001
Inseguridad interpersonal	Nivel Elevado > Nivel Bajo	2.698	.016
	Nivel Medio > Nivel Bajo	2.126	.006
Desconfianza interpersonal	Nivel Elevado > Nivel Bajo	2.179	.021
	Nivel Medio > Nivel Bajo	1.911	.003
Déficits introceptivos	Nivel Elevado > Nivel Bajo	4.981	.000
	Nivel Medio > Nivel Bajo	3.483	.000
Desajuste emocional	Nivel Elevado > Nivel Bajo	6.192	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	3.139	.006
	Nivel Medio > Nivel Bajo	3.053	.000
Ascetismo	Nivel Elevado > Nivel Bajo	5.983	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	3.236	.001
	Nivel Medio > Nivel Bajo	2.747	.000
Comp. Alimentario	Nivel Elevado > Nivel Bajo	14.000	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	8.272	.000
	Nivel Medio > Nivel Bajo	5.729	.000
Neuroticismo	Nivel Elevado > Nivel Bajo	7.812	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	4.464	.022
	Nivel Medio > Nivel Bajo	3.348	.012
Extraversión	Nivel Elevado < Nivel Bajo	-4.396	.024
	Nivel Medio < Nivel Bajo	-3.945	.003
Amabilidad	Nivel Medio < Nivel Bajo	-2.377	.043
Responsabilidad	Nivel Elevado < Nivel Bajo	-4.165	.030
	Nivel Medio < Nivel Bajo	4.775	.000
Ansiedad	Nivel Elevado > Nivel Bajo	6.703	.002
	Nivel Medio > Nivel Bajo	5.273	.024
Depresión	Nivel Elevado > Nivel Bajo	7.326	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	4.620	.022

- Baja Autoestima: existen diferencias del *Nivel Elevado* con el *Nivel Bajo* ($p < .001$); y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Alienación Personal: diferencias del *Nivel Elevado* con el *Medio* ($p < .01$) y con el *Bajo* ($p < .001$); y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .01$).
- Inseguridad Interpersonal: del *Elevado* con el *Bajo* ($p < .05$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .01$).

- Desconfianza Interpersonal: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .05$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .01$).
- Déficits introceptivos: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .001$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Desajuste Emocional: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .01$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Ascetismo: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .01$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Comportamiento Alimentario: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .001$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Neuroticismo: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .05$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .05$).
- Extraversión: entre *Bajo* y *Elevado* ($p < .05$), y entre *Bajo* y *Medio* ($p < .01$).
- Amabilidad: entre *Bajo* y *Medio* ($p < .05$).
- Responsabilidad: entre *Bajo* y *Elevado* ($p < .05$), y *Bajo* y *Medio* ($p < .001$),
- Ansiedad: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .01$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .05$).
- Depresión: entre *Elevado* y *Bajo* ($p < .001$), *Elevado* y *Medio* ($p < .05$).

6.3.5.3. Conductas de riesgo

Finalmente, se comparan las conductas alimentarias de riesgo entre los distintos niveles mediante los índices señalados en el apartado correspondiente.

En mujeres existen diferencias entre niveles en todas las conductas (Tabla 127), encontrándose las mayores diferencias, por la magnitud del efecto, en Dieta ($F(2,395) = 33.566$, $p < .001$, $\eta^2 = .145$) y Vómitos ($F(2,395) = 14.556$, $p < .001$, $\eta^2 = .069$).

En las comparaciones *post hoc* se obtienen las siguientes diferencias de medias entre niveles (Tabla 128):

- Dieta: existen diferencias del *Nivel Elevado* con el *Nivel Bajo* ($p < .001$); y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .001$).
- Atracones: existen diferencias del *Nivel Elevado* con el *Nivel Bajo* ($p < .001$), y entre *Elevado* y *Medio* ($p < .01$).
- Vómitos: diferencias entre todos los grupos, del *Nivel Elevado* con el *Nivel Bajo* ($p < .001$), y entre *Elevado* y *Medio* ($p < .01$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p < .05$).
- Laxantes: *Nivel Elevado* y *Nivel Bajo* ($p < .001$), y entre *Elevado* y *Medio* ($p < .05$).

Tabla 127. Mujeres: Diferencias de conductas de riesgo en niveles de riesgo

	Nivel Bajo ($n=221$)		Nivel Medio ($n=141$)		Nivel Elevado ($n=36$)		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
Dieta	0.53	0.73	1.14	0.79	1.33	1.09	33.566	.000	.145
Atracones	0.92	1.11	1.21	1.05	1.86	1.45	11.512	.000	.055
Vómitos	0.00	0.06	0.15	0.57	0.44	1.10	14.556	.000	.069
Laxantes	0.02	0.13	0.16	0.69	0.44	1.18	10.230	.000	.049
Ejercicio físico	1.25	1.60	1.60	1.63	1.83	1.92	3.149	.044	.016

Tabla 128. Mujeres: Comparaciones *post hoc* en conductas de riesgo

	Grupos	<i>I-J</i>	<i>p</i>
Dieta	Nivel Elevado > Nivel Bajo	0.799	.000
	Nivel Medio > Nivel Bajo	0.608	.000
Atracones	Nivel Elevado > Nivel Bajo	0.938	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	0.655	.008
Vómitos	Nivel Elevado > Nivel Bajo	0.440	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	0.296	.004
	Nivel Medio > Nivel Bajo	0.144	.020
Laxantes	Nivel Elevado > Nivel Bajo	0.426	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	0.288	.020

En hombres (Tabla 129) también son encontradas diferencias entre los niveles de riesgo en todas las conductas, siendo el mayor tamaño del efecto el encontrado en Dieta ($F(2,203)= 9.951, p< .001, \eta^2= .089$).

Tabla 129. Hombres: Diferencias de conductas de riesgo en niveles de riesgo

	Nivel Bajo (n=94)		Nivel Medio (n=83)		Nivel Elevado (n=29)		F	p	η^2
	M	DT	M	DT	M	DT			
Dieta	0.54	0.88	1.00	1.01	1.34	0.93	9.951	.000	.089
Atracones	1.09	1.15	1.49	1.30	1.76	1.30	4.315	.015	.041
Vómitos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.18	3.115	.047	.030
Laxantes	0.01	0.10	0.00	0.00	0.24	0.91	5.804	.004	.054
Ejercicio físico	1.57	1.85	1.86	1.86	2.59	1.86	3.301	.039	.031

Mediante comparaciones *post hoc* en hombres se observan diferencias de medias entre grupos (Tabla 130):

- Dieta: entre *Nivel Elevado* y el *Nivel Bajo* ($p< .001$); y entre *Medio* y *Bajo* ($p< .01$).
- Atracones: diferencias del *Nivel Elevado* con el *Nivel Bajo* ($p< .05$).
- Vómitos: del *Nivel Elevado* con el *Nivel Bajo* ($p< .001$), y entre *Elevado* y *Medio* ($p< .01$), y entre *Medio* y *Bajo* ($p< .05$).
- Laxantes: entre *Nivel Elevado* y *Nivel Bajo* ($p< .01$), y entre *Elevado* y *Medio* ($p< .01$).
- Ejercicio físico: diferencias entre *Nivel Elevado* y *Nivel Bajo* ($p< .05$).

Tabla 130. Hombres: Comparaciones *post hoc* en conductas de riesgo

	Grupos	I-J	p
Dieta	Nivel Elevado > Nivel Bajo	0.802	.000
	Nivel Medio > Nivel Bajo	0.457	.007
Atracones	Nivel Elevado > Nivel Bajo	0.674	.039
Vómitos	Nivel Elevado > Nivel Bajo	0.440	.000
	Nivel Elevado > Nivel Medio	0.296	.004
	Nivel Medio > Nivel Bajo	0.144	.020
Laxantes	Nivel Elevado > Nivel Bajo	0.231	.008
	Nivel Elevado > Nivel Medio	0.241	.006
Ejercicio físico	Nivel Elevado > Nivel Bajo	1.012	.039

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

7.1. OBJETIVO 1: ANALIZAR EL RIESGO DE DESARROLLAR UN TCA EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA

El principal criterio utilizado para analizar el riesgo de TCA han sido los resultados obtenidos en el EDI-3. En su manual (Elosua et al., 2010; Garner, 2004) se insiste especialmente en que el instrumento fue diseñado para su empleo en poblaciones clínicas, pero su popularidad, y la utilidad que han encontrado en él los profesionales e investigadores, han conducido a incluir baremos específicos para poblaciones no clínicas, que son los que sirven de referencia en este trabajo, y nos permiten comparar las puntuaciones de los estudiantes participantes con las de la población general de su mismo sexo y edad.

Si bien nuestro estudio no persigue el diagnóstico de los trastornos, está ofreciendo cifras sobre el volumen o la cantidad de sujetos que presentan riesgo de padecerlos, y las características que pueden compartir con pacientes diagnosticados de TCA. Para ellos se tomaron como referencia para conformar grupos de riesgo los percentiles que aporta el instrumento para rangos clínicos cualitativos, que fueron obtenidos en los estudios de validación del cuestionario mediante una muestra clínica combinada con pacientes con diagnóstico en anorexia nerviosa subtipo restrictivo, anorexia subtipo purgativo, bulimia nerviosa y trastorno no especificado.

Debemos advertir que el hecho de que un hombre o mujer presente puntuaciones que lo sitúen en un rango clínico elevado, no implica un diagnóstico, sino que simplemente nos señala que podemos suponer que sus niveles en las escalas concretas son similares a las de pacientes con TCA, pero en ningún caso que padecen un trastorno. Por ello, y puesto que pretendemos analizar los datos desde una perspectiva también cualitativa, hemos evitado utilizar las etiquetas de rangos clínicos y se ha optado por emplear niveles de riesgo.

Pero para profundizar aún más en el análisis, no solamente se ha pretendido evaluar el riesgo de TCA mediante el empleo del EDI-3, sino que se emplean otros criterios que han sido considerados como de especial relevancia para detectar sujetos en riesgo, concretamente, el índice de masa corporal, la discrepancia entre el peso real y el peso ideal, y los criterios de remisión a un especialista indicados en el EDI-3 RF.

Hipótesis 1.1.: Existen diferencias entre hombres y mujeres en las escalas y el índice de riesgo de TCA

En las escalas de riesgo existen diferencias en Obsesión por la Delgadez e Insatisfacción Corporal entre mujeres y hombres, obteniendo las mujeres promedios significativamente superiores. Del mismo modo, son encontradas diferencias en EDRC o Riesgo de TCA, que también presenta puntuaciones superiores de género femenino.

De forma lógica, y a la vista de las diferencias en las mencionadas escalas, las mujeres presentan un mayor riesgo de TCA. El índice de Riesgo de TCA es obtenido mediante la suma de las puntuaciones de las tres escalas de riesgo, Obsesión por la Delgadez, Insatisfacción Corporal y Bulimia. Está recomendado para su empleo como exploración inicial o *screening*, o para conseguir una puntuación que muestre el nivel de obsesión por la alimentación y el peso (Garner, 2004).

Tomando como referencia los citados percentiles de los rangos clínicos cualitativos para el riesgo de TCA (percentiles menor o igual a 50, entre 51 y 58, y mayor o igual que 89), se obtiene como la mayoría de mujeres se sitúan en el nivel bajo, aunque un gran número lo hacen el nivel medio, y 36 mujeres están en el nivel elevado, que corresponde al rango clínico elevado del EDI-3. Los hombres, y a partir de las ya señaladas diferencias de género y los problemas de contraste a partir de los baremos, en comparación con su población masculina no clínica de referencia, presenta una mayoría de sujetos entre los niveles bajo y medio, siendo 29 los que se sitúan en un rango elevado. Si atendemos al baremo

de mujeres, son 153 hombres en nivel bajo, 50 en medio y solamente 3 en nivel elevado. Tomando una referencia u otra podemos apreciar que tanto mujeres como hombres presentan cifras altas en los distintos niveles.

Conforme aumentan las puntuaciones en el índice de riesgo de TCA, se incrementan las preocupaciones, los deseos por estar delgado, el miedo a aumentar el peso, el descontento con el propio cuerpo, y los posibles atracones. El manual del EDI-3 (Elosua et al., 2010; Garner, 2004) afirma que es infrecuente que los sujetos de entornos no clínicos se sitúen en percentiles que les hagan estar en el rango clínico elevado (11% de la muestra no clínica de adultos). En este estudio el 9% de mujeres están en ese nivel. Con las mismas referencias, el 1.4% de hombres están en ese rango, o el 13.6% si la comparación se realiza con el baremo de hombres.

Por su parte, la Obsesión por la Delgadez evalúa el deseo extremo por estar más delgado, preocupación por la alimentación y el peso, y el temor a ganarlo. Es un elemento central asociado al inicio y mantenimiento de los síntomas de los TCA en muestras clínicas, y además altas puntuaciones en la misma constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de síntomas en muestras no clínicas (Elosua et al., 2010; Garner, 2004).

Mientras, Insatisfacción Corporal expresa el descontento con la forma del cuerpo y el tamaño de determinadas partes del mismo. Es uno de los factores fundamentales predisponentes para el desarrollo de trastornos alimentarios, además de un criterio diagnóstico e importante factor de mantenimiento. De hecho un criterio específico para Anorexia Nerviosa del DSM-5 (APA, 2013) es la alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, y en CIE-10 (OMS, 1992) se apunta como criterio diagnóstico la distorsión específica de la imagen corporal psicológica.

La gran mayoría de estudios epidemiológicos han afirmado de forma consistente que el riesgo y las prevalencias de los TCA observadas son superiores en mujeres que en hombres (Álvarez- Malé et al., 2015; Arrufat, 2006;

Ballester et al., 2002; Calado, 2011; Canals et al., 1997; Dooley-Hash, Banker, Walton, Ginsburg y Cunningham, 2012; Ferrero, 1999; Gadalla, 2008; Gandarillas y Febrel, 2000; González-Juárez et al., 2007; Jáuregui et al., 2009; Martínez et al., 2000; Morandé et al., 1999; Pamies, Quiles y Bernabé 2011; Peláez-Fernández et al., 2007; Ramírez, Rüssel, Báez y Rodríguez, 2009; Rojas y Ruíz, 2011; Ruiz-Lázaro et al., 1998; Sáiz et al., 1999; Sepúlveda et al., 2008; Toro et al., 1989; Vega et al., 2005; Veses et al., 2011). Incluso en el DSM-5 (APA, 2013) afirma que la prevalencia de anorexia nerviosa en población general de mujeres es de 0.5%, tratándose de una enfermedad eminentemente femenina, con una distribución de nueve mujeres por cada varón. Aun así suele advertirse que cuando los TCA se dan en hombres, su presentación clínica suele ser similar a la de las mujeres (Andersen, 1990).

También debemos tener en cuenta que la incidencia máxima de trastornos se localiza en mujeres de entre 15 y 25 años (Behar et al., 2005), edades en las que se incluye la gran mayoría de la muestra participante en el estudio presente.

En el caso de Bulimia, no existen diferencias significativas entre ambos sexos. En este caso los hombres registran un promedio ligeramente superior pero no alcanza la significación estadística. Debemos advertir que como pudo comprobarse en los resultados en esta escala existen diferencias entre la población de referencia del EDI-3 y los universitarios participantes en el presente estudio, siendo mayor el promedio de la muestra normativa del instrumento.

Por tanto, los datos de este estudio advierten que hay una numerosa cantidad de sujetos en riesgo, y que alcanzan un gran protagonismo dos variables fundamentales, la obsesión por la delgadez y la insatisfacción corporal, ambas asociadas a trastornos de alimentación y vinculadas al modelo estético corporal vigente (Cruz y Maganto, 2002). La forma en que se han modificado los hábitos alimentarios para adecuar la imagen a esa estética dominante de delgadez extrema, es desgraciadamente uno de los principales

problemas de salud de este siglo, y de las sociedades desarrolladas. Es por todo ello, que en la actualidad la investigación persigue no solo el estudio de cuadros clínicos, sino también los comportamientos alimentarios desajustados y las variables cognitivas asociadas en relación con la percepción de la imagen corporal, con el fin de determinar factores de riesgo y la detección de los sujetos más vulnerables (Lameiras et al., 2003).

Hipótesis 1.2.: Los estudiantes con mayor riesgo presentarán mayores puntuaciones en las escalas psicológicas relacionadas con los TCA

Podemos confirmar esta hipótesis ya que en el apartado de resultados se comprueba como en mujeres y hombres quienes están en los grupos de nivel elevado presentan diferencias respecto a los demás grupos.

En ambos sexos son halladas marcadas diferencias entre niveles en prácticamente las mismas escalas: Baja Autoestima, Alienación Personal, Déficit Interoceptivos, Desconfianza Interpersonal, Desajuste Emocional y Ascetismo. Las diferencias se localizan en Perfeccionismo, ya que en las mujeres existen promedios desiguales entre niveles, algo que no ocurre en hombres, y en género masculino se obtienen diferencias en Inseguridad Interpersonal, que si bien resulta del mismo modo significativa en mujeres, el tamaño del efecto es pequeño.

Entre todas esas escalas, quizá la que mayor observación ha reunido sea Baja Autoestima. La baja autoestima es considerada un factor de riesgo básico para el desarrollo de un TCA (Mateo, 2011; Pérez-Gaspar et al., 2003; Vohs et al., 2001), y factor fundamental tanto en la anorexia como en la bulimia (Striegel-Moore, 1995). Mediante las cuestiones que conforman la escala Baja Autoestima del EDI-3 (Garner, 2004) se valora la autoevaluación negativa, aspectos afectivos respecto a sentimientos de inseguridad, insuficiencia, ineficacia y ausencia de valía personal, y si el sujeto se autopercebe como incapaz de alcanzar metas personales. También alienación personal es un

concepto íntimamente ligado a la baja autoestima, solapándose en ocasiones, aunque alienación implica una noción más amplia, en la que el sujeto alberga una sensación de vacío emocional constante, soledad, sentimientos de incompreensión con uno mismo, y de que no se pueden controlar las cosas que suceden en la propia vida (Garner, 2004). Ambos forman el índice Ineficacia del EDI, que implica baja autovaloración personal.

De entre los resultados, debemos destacar los análisis de regresión, en los que se ha podido comprobar como Baja Autoestima en el modelo conjunto con Ascetismo y Perfeccionismo, obtienen un porcentaje de varianza explicada de casi el 41% del riesgo de TCA en mujeres, y en hombres, las variables predictoras Baja Autoestima, Ascetismo y Desajuste Emocional explican el 35% de la varianza de riesgo.

Además, en la relación entre insatisfacción y baja autoestima existen datos que confirman la presencia de depresión y ansiedad en mujeres con exceso de peso (Meza y Moral, 2012). Puede considerarse lógico que sujetos que reúnan varios elementos de esa sintomatología sean más proclives también a realizar conductas nocivas para el control de su peso y figura.

La variable baja autoestima ha sido tradicionalmente asociada a la insatisfacción corporal, existiendo evidencia de que ambas van unidas de forma íntima sobre todo en sexo femenino (Furnham, 2002), y datos que confirman la presencia de depresión y ansiedad en mujeres con exceso de peso (Meza y Moral, 2012), aunque también en los últimos tiempos se apunta a su relación en hombres (Berengüí, Castejón, y Torregrosa 2016; Bergstrom y Neighbors, 2006; Grogan, 2006; Moreno y Ortiz, 2009). Debemos tener en cuenta que el examen actual de la autoestima de los varones suele ser analizada no los TCA, sino de forma principal en su relación con la forma física y el atractivo corporal (Álvarez, Escoto, Vázquez, Cerero y Mancilla, 2009; Fernández, Marcó y de Gracia, 1999). De hecho, ha crecido el interés por estudiar la dismorfia muscular, ya que presenta similitudes con los TCA, y en su curso suelen

aparecer conductas alimentarias inapropiadas y baja autoestima (Escoto et al., 2012; Rodgers, Ganchou, Franco y Chabrol, 2012).

En diferentes investigaciones la baja autoestima se ha relacionado con sentimientos de inseguridad, insuficiencia, ineficacia, ausencia de valía personal, déficits de autonomía y problemas en las relaciones con los demás (Elosua et al., 2010; Levine, 2012; Rutzstein, Scappatura y Murawski, 2014). También con miedo a la evaluación negativa de los demás (Connors y Johnson, 1987), la aceptación social (Stice et al., 1994), una actitud negativa a la expresión de emociones y tendencia a la comparación social en pacientes con TCA (Arcelus, Haslam, Farrow y Meyer, 2013), y con autoconcepto físico bajo (Sánchez, 2013).

Es precisamente el papel de la imagen corporal en relación a la autoestima un foco de atención importante, puesto que la percepción de la imagen corporal se utiliza muy a menudo como medida de la autoestima. La distorsión en esa imagen, en la que el cuerpo es percibido con un exceso de peso, provoca un déficit en la estima, desarrollando problemas de baja autoestima y trastornos alimentarios (Davis, Shapiro, Elliott y Dionne, 1993; Moreno y Ortiz, 2009; Ross y Wade, 2004). Diferentes estudios han señalado igualmente que la insatisfacción con la imagen corporal va en aumento con el paso de los años, ya que se han obtenido cifras que comparan niñas y adolescentes, y son éstas últimas las que presentan mayor insatisfacción y baja autoestima (Maloney et al., 1989; Trujano et al., 2010). Íntimamente relacionado, se propone que el autoconcepto físico media en la relación entre la internalización del ideal de delgadez y el establecimiento de problemas alimentarios (Flamen et al., 2012).

Déficits Introceptivos implica dificultades para reconocer las emociones, malestar cuando son intensas o están fuera de control, así como problemas para responder a los distintos estados emocionales. Los sujetos con altas puntuaciones experimentan un gran malestar ante emociones intensas y su desconfianza en el funcionamiento afectivo y corporal, ya fue descrita por

Bruch (1962) como elemento central para entender los TCA. Desajuste Emocional, adicionalmente, se relaciona con personas emocionalmente inestables, impulsivas e irreflexivas, tendentes a temeridad, la ira y la autodestrucción (Garner, 2004), y que en ocasiones se ha ligado a problemas de abuso de drogas y alcohol. Esa inestabilidad, en adición a ese potente malestar emocional y su ineficaz control de impulsos pueden ser desencadenantes de conductas alimentarias deficientes, y además ser un gran inconveniente en personas ya diagnosticadas.

Ambas escalas, Déficit Introceptivos y Desajuste Emocional, implican la esfera emocional del sujeto, y juntos en el ED-3 conforman el índice de problemas afectivos. Por los resultados encontrados, con grandes puntuaciones en los sujetos de mayor riesgo, podemos apreciar el fundamental papel de los aspectos afectivos. Junto a los factores cognitivos, tradicionalmente los problemas emocionales han sido señalados en el origen de los trastornos alimentarios en la mayoría de casos, además de jugar un trascendental papel en el desarrollo de los mismos (Pascual, Etxebarria y Cruz, 2011; Quinton y Wagner, 2005).

Ascetismo entraña una tendencia a buscar la virtud mediante el ejercicio de ideales como la autodisciplina, la renuncia, restricciones, autosacrificio y control de las necesidades corporales, y de perfeccionismo, o la autoimposición de elevadas cotas de logro personal y objetivos exigentes (Elosua et al., 2010; Rutzstein et al., 2014). Se ha podido comprobar en el análisis de regresión sobre el índice de riesgo de TCA, como en mujeres Ascetismo es la escala que predice en mayor medida el riesgo, con un 34% de varianza explicada. Junto a Baja Autoestima y Perfeccionismo, son las tres escalas que poseen capacidad de predicción significativa. En hombres también Ascetismo es la variable predictora con mayor porcentaje de explicación de la varianza.

De los estudios previos que analizan esta escala, se encuentra que los sujetos con sobrepeso respecto a los de bajo peso, a partir de su IMC, registran puntuaciones significativamente superiores de ascetismo (Castejón et al., 2016),

y puntuaciones superiores de ascetismo en sujetos con mayor insatisfacción corporal (Berengüí et al., 2016).

A partir de esos datos es lógico pensar que en las personas con mayor riesgo de TCA, en su alejamiento de la imagen corporal que consideran ideal y por su insatisfacción, esos niveles de ascetismo provoquen que se autoimpongan fuertes restricciones alimenticias, y sigan una férrea disciplina a la hora de controlar sus ganas de comer.

Inseguridad Interpersonal por su parte muestra diferencias estadísticamente significativas únicamente en hombres. Esa inseguridad se traduce en incomodidad en las relaciones sociales, y en expresar los pensamientos y sentimientos íntimos a otras personas. A partir de los resultados se puede inferir que los hombres en el grupo de elevado riesgo pueden tener, al margen de las citadas dificultades, una tendencia a aislamiento social.

En cuanto al Perfeccionismo, es otra de las variables clásicas en el estudio de los TCA, habiéndose obtenido diversas pruebas de su efecto tanto en el riesgo a padecerlos, como de ser una de las características de personalidad de los pacientes con TCA, y un factor de mantenimiento de la AN y la BN (Borda et al., 2011). Pero a pesar de su relevancia, se ha mencionado como únicamente se hallan diferencias entre las mujeres. Específicamente, las mujeres en el grupo de nivel elevado de riesgo se diferencian, por puntuaciones superiores en esta escala, de las mujeres en los niveles bajo y medio. Debemos indicar que además las puntuaciones en esta escala son especialmente altas, ya que se obtienen diferencias respecto a la población general de referencia del EDI-3.

El perfeccionismo implica una autoimposición personal por lograr altos niveles de logro personal y conseguir objetivos mediante un nivel de exigencia máxima (Garner, 2004), y las altas puntuaciones, como en las mujeres del grupo de elevado riesgo de este estudio, pueden reflejar una necesidad extrema por ser mejores, alcanzar objetivos valiosos y ambiciosos, a la vez que no defraudar

las expectativas de sus padres, profesores u otras personas significativas. También se destaca que puntuaciones extremadamente altas pueden ser indicativas de psicopatología.

Ha sido confirmada la relación del perfeccionismo con un mayor riesgo de posterior desarrollo de TCA (López y Treasure, 2011; Mateo, 2011; Pamies y Quiles, 2014). Igualmente se han afirmado altos niveles de perfeccionismo en el desarrollo de sintomatología bulímica cuando se combinaba con la percepción de presentar sobrepeso (Vohs et al., 2001), que junto con el peso percibido y la autoestima, pueden predecir prospectivamente el desarrollo de síntomas bulímicos en mujeres jóvenes (Bardone-Cone et al., 2006), y que el perfeccionismo socialmente prescrito y auto-orientado, se asocia de forma significativa con actitudes y conductas compatibles con TCA, principalmente restrictivas, catalogándose como mediador y moderador de la relación entre la imagen corporal y el TCA (Behar et al., 2014; Pamies y Quiles, 2014). Además, en estudios sobre perfiles de personalidad de los diferentes TCA, perfeccionismo aparece en el perfil de anorexia, de bulimia y en el de trastorno por atracón (Cassin y von Ranson, 2005).

Hipótesis 1.3.: Los universitarios con mayor riesgo de TCA presentarán un índice de masa corporal superior que los estudiantes con menor riesgo de desarrollar un TCA

Se confirma la hipótesis de la presencia de un mayor IMC en estudiantes universitarios con mayor riesgo.

El IMC es uno de los indicadores más estudiados como factor de riesgo ligado a los TCA (Samano et al., 2012) y un indicador del estado nutricional. Es calculado a partir del peso corporal en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = \text{peso(Kg)} / \text{alturam}^2$).

Para probar esta hipótesis se conformaron grupos a partir del IMC de los participantes: de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Tanto en

mujeres como en hombres se producen correlaciones estadísticamente significativas entre el índice de riesgo de TCA y el IMC, es decir, una variación común de sus puntuaciones, con lo cual un mayor IMC se ve asociado a mayores puntuaciones de riesgo.

Debemos añadir las diferencias de promedios en el riesgo de TCA entre los diferentes grupos conformados a partir del IMC. En mujeres el grupo de obesidad se diferencia estadísticamente del resto de grupos, de peso bajo, normal y e incluso del grupo de sobrepeso, el grupo sobrepeso se diferencia en las escalas de los grupos bajo peso y normal, y bajo peso y peso normal también son diferentes. En hombres la diferencia en el número de sujetos por grupo, obligó a contrastar únicamente a sujetos de peso normal y con sobrepeso. Los resultados también confirmaron diferencias en sus promedios, destacando el grupo de sobrepeso en un mayor riesgo.

Del mismo modo, y relacionado con el índice de riesgo, las escalas que lo conforman también muestran diferencias según los grupos de IMC. Los resultados son claros en Obsesión por la Delgadez e Insatisfacción Corporal en ambos sexos, con claras diferencias entre grupos, si bien la escala Bulimia no arroja resultados tan evidentes, ya que en hombres no muestra significación entre grupos, y en mujeres el tamaño del efecto es de moderado a bajo.

Diferentes estudios han comprobado que al incrementarse el IMC aumenta la distancia entre la figura real y la “ideal”, y en la mayoría de los casos crece la insatisfacción corporal (Castejón et al., 2016). Que el IMC es una variable considerada un buen predictor de riesgo para los TCA, ha sido puesto a prueba por trabajos en los cuales se ha relacionado con determinados factores asociados a estos trastornos (Saucedo-Molina y Gómez-Peresmitré, 2004), como las conductas alimentarias de riesgo (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro y Fleiz, 2002).

En universitarios se han obtenido que un mayor IMC, en especial en los sujetos con sobrepeso, se relaciona con una mayor obsesión por la delgadez e

insatisfacción corporal, factores de riesgo de TCA, mostrando los sujetos de peso superior un mayor preocupación por el cuerpo, las dietas y miedo a engordar, además de descontento con la forma de su cuerpo (Castejón et al., 2016). También se reportan asociaciones significativas entre un IMC elevado e insatisfacción con la imagen corporal, y entre el IMC y determinados factores socioculturales, como el malestar con la imagen corporal, la influencia de la publicidad, y de mensajes verbales, en donde los varones registraron mayor riesgo (Zaragoza, Saucedo-Molina y Fernández, 2011). Precisamente, la obesidad, junto a las consecuencias sociales que pueden derivar de ella, contribuyen a desarrollar un malestar subjetivo por la apariencia física, siendo un elemento integral de la sintomatología de los TCA (Thompson et al., 1995).

Determinadas investigaciones han concluido que los sujetos cuyo IMC se sitúa por encima de la normalidad, además de ser los que mayor riesgo tienen de desarrollar TCA, son los que más han interiorizado el modelo estético de la delgadez y están más insatisfechos con su imagen corporal (Ruiz et al., 2015), y que la obesidad es un predictor de insatisfacción por la figura y el peso en las adolescentes, en un estudio longitudinal de tres años (Cattarin y Thompson, 1994). Cuando se presenta un IMC alto, sea sobrepeso u obesidad, hay también una mayor insatisfacción corporal, tornándose en un importante antecedente para la aparición de otros signos y síntomas característicos de los TCA (Unikel et al., 2002). También se afirma que los individuos con delgadez extrema, con anorexia nerviosa o con bulimia nerviosa, presentan cierto grado de insatisfacción corporal y de la imagen corporal personal distorsionada (Casillas, Montaña, Reyes, Barcardí y Jiménez, 2006). La masa corporal también está estrechamente ligada a la autoestima de las mujeres, incluso las satisfechas con su delgadez presentan una preocupación con la masa corporal y son más susceptibles a las actitudes negativas (Furnham, 2002).

Atendiendo al género, en población universitaria se ha encontrado que las mujeres, a diferencia de los hombres, presentan mayor distorsión en su percepción de la imagen corporal y tienden más a sobreestimar su IMC, a pesar

de que son los hombres quienes tienen un mayor IMC y peso corporal y muestran una tendencia a subestimar su IMC (Míguez et al., 2011). También se ha obtenido una tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria a medida que se incrementa el Índice de Masa Corporal (Unikel et al. 2002). Si bien en ambos sexos se observa la misma tendencia, las mujeres reportan un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres.

Hipótesis 1.4.: Los estudiantes que presenten mayor insatisfacción y desacuerdo con su peso registrarán un mayor riesgo de TCA

Se confirma la hipótesis sobre mayor riesgo de TCA en los estudiantes con mayor insatisfacción corporal y desacuerdo con su peso.

Querer perder peso y mostrarse descontento con el mismo son un signo inequívoco de desagrado con el propio cuerpo. Estudios previos el bajo nivel de concordancia existente entre la imagen corporal y el estado nutricional clasificado según parámetros objetivos, tanto en niños como en adultos (Cachelin, Rebeck, Chung y Pelayo, 2002; Durán et al., 2014). Aun existiendo una escala de riesgo en el EDI-3 que evalúa la insatisfacción corporal, se tuvo en cuenta este criterio de desacuerdo entre peso real y peso ideal para así enriquecer la información y los resultados, y ahondar en la cuestión.

Los resultados muestran evidencias patentes en este caso. Tras realizar la clasificación de sujetos en grupos según su discrepancia entre el peso que presentaban en el momento de recogida de la información y el peso que manifestaron desear, se obtiene que los sujetos de ambos sexos que desean menos peso presentan unas puntuaciones mucho mayores en el índice de riesgo de TCA, Obsesión por delgadez y, lógicamente en Insatisfacción corporal, indicando los resultados diferencias entre quienes desean menos peso respecto a quienes están conformes con su peso o aquellos que desean menos.

Debemos advertir como el tamaño del efecto es mucho mayor en mujeres que en hombres, y que al igual que en el análisis que contrastaba el IMC de los estudiantes, la escala Bulimia apenas tiene efecto en mujeres y no existen diferencias entre grupos en género masculino.

La insatisfacción corporal expresa el descontento con la forma del cuerpo y el tamaño de determinadas partes del mismo, y se caracteriza por la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales (Sepúlveda, Botella y León, 2001). Las personas insatisfechas con su cuerpo muestran una tendencia a ocultarlo, someterse a dietas y ejercicio excesivo, y evitar situaciones sociales en donde puedan ser objeto de la mirada de otros (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Alemán, 2001).

La insatisfacción corporal ha sido asumida como uno de los factores de mayor relevancia para comprender el origen y el mantenimiento de los trastornos alimentarios (Beato-Fernández et al., 2004), y además ha sido asociada al empeoramiento de la patología alimentaria (Cooley y Toray, 2001).

La percepción del peso corporal es un factor determinante de los hábitos nutricionales y de control de peso (Brener, Eaton, Lowry y Mamanus, 2004), y una percepción errónea de la propia imagen corporal influye y se relaciona directamente con el estado nutricional de las personas, tendiendo a la subestimación o sobrestimación del peso corporal (Williamson et al., 2000). La imagen corporal constituye la forma en que el individuo representa mentalmente su cuerpo, cómo se percibe, siente y actúa respecto al mismo, no siendo fija ni inamovible, sino que puede variar a lo largo de la vida (Raich, 2000; Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdez, 2010). Por ello es fundamental una correcta autopercepción corporal y satisfacción con la misma.

Las distorsiones de la imagen corporal se definen por una valoración cognitiva y actitudinal alterada, en un sentido negativo con respecto al propio cuerpo y constituye un factor decisivo en la motivación para realizar algún tipo de dieta restrictiva que puede desencadenar un TCA (Míguez et al., 2011).

Un estudio previo con universitarios encontraba que los sujetos que deseaba menor peso destacan por un mayor riesgo de trastornos alimentarios (mayor obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y bulimia), así como por puntuaciones superiores de baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, ascetismo y miedo a la madurez (Berengüí et al., 2016).

Diferentes investigaciones muestran la estrecha relación entre insatisfacción corporal y el IMC. Además de significativas correlaciones entre ambas (Unikel et al., 2002), se ha encontrado que más del 60% de los estudiantes universitarios se perciben de forma errónea, sobreestimando su IMC, y que más de la mitad de los estudiantes tienen un juicio valorativo distorsionado de su IMC, siendo los varones los que muestran una percepción corporal más real, mientras que las mujeres tienden a sobreestimar su IMC (Saucedo-Molina, Cortés, Villalón, Irecta y Hernández, 2015).

Además, los universitarios que afirman su necesidad por perder peso, aunque el mismo esté en un rango normal, presentan mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, descontento con la forma de su cuerpo y preocupaciones por las dietas y el miedo a engordar (Castejón et al., 2016).

Debemos comentar como entre los hombres había una proporción mayor que en mujeres de quienes querían un peso mayor y menor de deseo de menos peso. A este respecto varios estudios han encontrado datos de que para los hombres su figura ideal es más grande que la figura actual, y ello concuerda con el concepto de que el ideal masculino es una figura musculosa (Gómez-Peresmitré et al., 2000), y que la insatisfacción cobra diferentes sentidos según el género (Andersen et al., 2000).

Hipótesis 1.5.: Los sujetos que cumplan con criterios de remisión presentarán una mayor insatisfacción corporal y mayores puntuaciones en las escalas psicológicas relacionadas con los TCA

A partir de la división de los estudiantes en grupos según su cumplimiento o no de los criterios para ser derivados a un especialista, y según los resultados encontrados, se confirma esta hipótesis.

El EDI-3 RF sirve como prueba de *screening* y permite realizar una evaluación sobre la necesidad de remitir al sujeto a un servicio especializado en trastornos alimentarios. Presenta las tres escalas de riesgo del EDI-3, y variables importantes en los TCA, como sintomatología conductual, IMC y datos sobre el peso actual y su evolución. Cumplir con cualquiera de los criterios de riesgo propuestos implica que el sujeto se encuentra en riesgo para desarrollar un trastorno, y por ello debe ser remitido a un especialista en TCA para una evaluación en profundidad.

Partiendo de que como ya se ha podido comprobar en la discusión de las hipótesis anteriores, tanto las escalas de Obsesión por la Delgadez y Bulimia como el IMC muestran un rol más que significativo en los sucesivos análisis, puede resultar obvio que en este caso de remisión también muestren una alta trascendencia.

Quizá entre los criterios que hemos utilizado para evaluar el riesgo, este sea el menos restrictivo, como se puede constatar por la enorme cantidad de sujetos que cumplen con al menos una de las normas para derivar a un profesional, concretamente, hasta 233 mujeres (58.5%) y 102 hombres (49.5%).

Los principales resultados hallados señalan por una parte las grandes diferencias en Insatisfacción Corporal, como escala de riesgo básica, aunque del mismo modo las escalas psicológicas han mostrado importantes diferencias entre grupos, con mayores promedios en todas ellas en los grupos de remisión,

si bien algunas escalas resultan significativas dependiendo del sexo y se obtienen magnitudes del efecto diferentes.

Respecto a la Insatisfacción Corporal, con grandes diferencias entre quienes deben ser remitidos por cumplimiento de criterios y quienes no, como se ha mencionado anteriormente, es una de las variables clave en los TCA, siendo esa escala del EDI-3 un firme predictor de aparición de síntomas graves de TCA en mujeres universitarias (Killen et al., 1996). La persona descontenta con su imagen corporal sufre una desvalorización de su apariencia y sostiene una preocupación excesiva por su cuerpo, y un miedo descomunal a engordar, características que definen en gran parte a los sujetos que padecen TCA. Naturalmente, poseer una alta satisfacción corporal ha sido demostrado como un factor primordial para disminuir el riesgo de padecer patologías alimentarias (Sticey Shaw, 2002).

En cuanto a las escalas psicológicas, debemos subrayar en ambos sexos la magnitud de diferencias en Baja Autoestima, Desajuste Emocional y Ascetismo, y de Déficits Introceptivos en mujeres, y que manifiestan nuevamente las implicaciones cognitivas, conductuales y, especialmente, emocionales, en los sujetos con mayor riesgo de TCA. Como se subrayaba anteriormente, son los problemas emocionales los que en mayor número de ocasiones se han remarcado como desencadenantes de los TCA, y principales afectados en el transcurso de los mismos (Pascual et al., 2011; Quinton y Wagner, 2005).

Habiendo sido ya señaladas y discutidas previamente, esas escalas han mostrado su trascendencia en la investigación de los TCA. Los resultados parecen indicar que la depreciada y negativa autovaloración personal que acarrea una baja autoestima, justo a la inestabilidad y la dificultad para gestionar las emociones, la impulsividad, la no reflexión, o el ineficaz control de impulsos, junto a prácticas encaminadas a mantener disciplina y sacrificio en relación a la alimentación, con restricciones y comportamientos arriesgados, son aspectos presentes en mayor o menor grado en los sujetos que cumplen con los criterios de remisión. Por ello deben buscar una evaluación más amplia y en

profundidad, ya que sus características les sitúan en peligroso de riesgo para desarrollar un trastorno de la alimentación.

7.2. OBJETIVO 2: ESTUDIAR LOS HÁBITOS Y EL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO DE PADECER UN TCA

Como se expuso en capítulos anteriores, nuestra línea de investigación tiene por objeto hallar las relaciones existentes entre personalidad, ansiedad y depresión y la sintomatología propia de los Trastornos de la Conducta alimentaria en estudiantes universitarios, diferenciados por sexo.

Para ello, a continuación se discutirán los principales resultados obtenidos en este estudio, en función de los objetivos e hipótesis planteados, así como las limitaciones que presenta y las conclusiones finales que se derivan del mismo.

Aunque el objetivo principal de este trabajo no es el examen minucioso y en profundidad de los hábitos y conductas alimentarias de la población universitaria, su análisis creemos es imprescindible por su determinante papel como factores de riesgo básicos para un mayor riesgo y el posterior desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Además posteriormente se llevan a cabo análisis que examinan las conductas alimentarias de los sujetos con mayor o menor riesgo.

Consideramos que es importante este análisis, ya que el estilo de vida especialmente de los jóvenes, puede conducir a hábitos alimentarios y modelos dietéticos y de actividad física que se comporten como factores de riesgo en enfermedades crónicas. Estos hábitos de riesgo incrementan de forma notable la probabilidad de desarrollar ciertas patologías en la vida adulta, tales como trastornos del comportamiento alimentario (Irazusta et al., 2007).

Se ha tenido en cuenta, que diferentes investigaciones han descrito la vulnerabilidad nutricional de los estudiantes universitarios (López-Azpiazu et al., 2003), ya que su alimentación se caracteriza por: saltarse frecuentemente algunas comidas principales, disponer de poco tiempo para comer, picar entre horas, ingesta de comida rápida, abusar de tabaco y alcohol frecuentemente (Arroyo et al., 2008). Si añadimos a todo esto, la presión de los medios de comunicación y dietas de adelgazamiento mal programados (para adaptarse a los cánones de belleza), estos factores pueden convertirse en factores de riesgo para la alimentación (Barić, Štalić y Lukešić, 2003).

Por tanto, en función a estos estudios, la población universitaria, puede considerarse de riesgo para el desarrollo de un TCA, ya que las personas con TCA se juzgan a sí mismas principalmente, o incluso de forma exclusiva, en relación a sus hábitos de ingesta, a su figura, a su peso corporal y a su capacidad para controlarlos. Tal como indican Fairburn et al. (2003), esta sobrevaloración que se otorga a la figura, al peso y a su control, son aspectos fundamentales en el desarrollo y mantenimiento del trastorno alimentario. A partir de estos pensamientos, comienzan a desarrollar conductas no saludables, tales como: dieta estricta sin control médico, comportamientos dirigidos a controlar el peso (restringir la ingesta, ejercicio excesivo, etc.), con el objetivo de reducir su peso, y mejorar su figura (Calado, 2011).

Investigaciones como la de Calado (2011) que estudian la epidemiología sobre TCA especifican que no sólo debemos indagar sobre los cuadros clínicos, sino que es importante el estudio del comportamiento alimentario desajustado y las posibles variables cognitivas asociadas a la percepción de la imagen corporal, para de esta forma, poder detectar los factores de riesgo y los sujetos más vulnerables.

En concordancia con estos aspectos, se han valorado ciertos hábitos y comportamientos alimentarios de nuestros estudiantes universitarios, ya que su estudio nos aportará datos sobre el riesgo para desarrollar un TCA.

Por otro lado, indicar que se realiza un análisis de estos hábitos y conductas alimentarias en función al género, debido a que gran parte de la literatura consultada, hace diferenciaciones entre mujeres y hombres, respecto a estos patrones de comportamiento ante la alimentación, lo que conllevaría diferencias en cuanto al riesgo de desarrollar una TCA en función al género.

Haciendo referencia a este segundo objetivo se discuten los resultados de los análisis descriptivos realizados en cuanto a los hábitos de los estudiantes, diferenciados por género.

Hipótesis 2.1.: Existen diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la necesidad de sentarse a comer y la atención prestada a este momento

Respecto a esta esta hipótesis se analizó la actitud de los estudiantes frente a la alimentación. En relación a la frecuencia semanal con la que mujeres y hombres ingerían las cinco comidas diarias, los resultados son similares en cuanto a la realización desayunos, comidas y meriendas diarias, no encontrándose diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Si encontramos diferencias significativas en la frecuencia de almuerzos y cenas, ya que las mujeres obtienen un promedio menor que los hombres en el número de almuerzos a la semana (almuerza los 7 días a la semana, el 19.1% de las Mujeres y el 37.4% de los Hombres) y en relación a las cenas es mayor el porcentaje de mujeres que cena los siete días a la semana que el de hombre (Mujeres=23.1% y Hombre= 13.9%).

También encontramos diferencias significativas en cuanto a la cantidad de alimentos que ingieren mujeres y hombres, tanto en relación a sí mismos, como en comparación con los demás comensales. Así, los hombres comen más cantidad en ambos casos. Los estudiantes informaron que cuando se sientan a comer con otras personas, el 42.2% de hombres come más cantidad que los demás, mientras que solamente el 15.1% de mujeres comparte este hábito. Respecto a la cantidad de alimentos que ingieren en comparación con sí mismo,

las mujeres en un 51.3% dicen dejar algún alimento en el plato, mientras que el 52.4% de hombres consume todo lo que se sirve en el plato.

Estos resultados coinciden parcialmente con los obtenidos en diversos estudios, en los que se indica que los hombres realizan un mayor número de comidas al día (Pérez De Eulate et al., 2005; Sámano, Flores-Quijano y Casanueva, 2005) e ingieren mayor cantidad de alimento al día que las mujeres (De Piero, Bassett, Rossi y Sammán, 2015; González, Patrón, Asensio y Álvarez, 2002).

Por tanto, podemos confirmar de forma parcial esta primera hipótesis, ya que mujeres y hombres realizan con una frecuencia similar el desayuno, la comida y la merienda, e incluso los hombres realizan con menor frecuencia que las mujeres las cenas semanales. En el único caso que las mujeres obtienen una menor frecuencia que los hombres es en número de desayunos semanales.

Lo que si podemos confirmar, es que aunque mujeres y hombres realicen con la misma frecuencia las comidas básicas, los hombres comen, no solamente cuando es la hora para ello, sino que además lo hacen cuando tienen la oportunidad para ello y consecuentemente ingieren mayor cantidad de alimento que las mujeres.

Hipótesis 2.2.: Existen diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a la necesidad de comer y la atención que prestan cuando lo hacen

Respecto a otro aspecto relacionado con patrones alimenticios, como es el sentir o no la necesidad de comer y disfrutar de lo que se está comiendo, encontramos diferencias significativas entre Mujeres y Hombres en relación a los resultados obtenidos. Los hombres sienten mayor necesidad de comer que las mujeres, ya que los resultados muestran mayor proporción de mujeres que de hombres que se sientan a la mesa cuando es la hora de comer (Mujeres: 35.9%, Hombres: 18.4%), mientras que los hombres lo hacen en mayor proporción que

las mujeres cada vez que tienen la oportunidad (Hombres: 52.9%, Mujeres: 42.2%), existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres, en cuanto a la necesidad de sentarse a comer.

Además, y en relación con este aspecto, los Hombres mostraron prestar más atención al momento de la comida que las mujeres, ya que el 42.2% de los hombres, frente al 21.9% de mujeres indicó no realizar otra actividad (ver la televisión, trabajar, leer, etc.) mientras estaba comiendo.

Estos resultados se encuentran en la misma línea que los hallados por Pérez de Eulate et al. (2005), Ramos, Pérez De Eulate, Liberal y Latorre (2003) y Romay (2002) que indican que un mayor número de mujeres que de hombres confiesa sentarse a comer por obligación, mientras que los hombres lo hacen siempre y cuando les apetece y disfrutan del momento.

En relación a los datos comentados, podemos confirmar la segunda hipótesis.

Hipótesis 2.3.: Existen cambios en los hábitos alimentarios de los estudiantes universitarios que se produjeron en la etapa de la adolescencia

Otro aspecto que se plantea como hipótesis en este segundo objetivo es estudiar si se han producido cambios en los estudiantes en relación a sus hábitos alimenticios en la infancia y la adolescencia, ya que la adolescencia se considera un periodo de riesgo para el desarrollo de TCA (Peláez-Fernández et al., 2010). Es una etapa vulnerable en relación con los problemas de imagen corporal, ya que es un momento en el ciclo vital caracterizado por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivos y, sobre todo, sociales, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física (Markey, 2010; Xu et al., 2010).

En concreto, se produce el desarrollo y maduración de los caracteres sexuales secundarios en los adolescentes, así como el crecimiento lineal acelerado, el aumento de peso y el desarrollo de la identidad del adolescente (Klump, et al., 2010), y concretamente en las niñas se produce un aumento de la

cantidad de grasa corporal debido a la acción de las hormonas esteroideas. Según Bearman, et al. (2006), esta nueva estructura corporal en las niñas se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, exponiéndolas a la presión por ser delgada en sus relaciones interpersonales, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal.

Debido a esto, en la adolescencia se llevan a cabo hábitos y comportamientos alrededor de su preocupación corporal, tales como la alteraciones o cambios en la alimentación para controlar el peso (actitud negativa hacia la comida, realización de dietas, restricción del aporte calórico, realizar ejercicio físico de forma excesiva), mirarse al espejo, arreglarse mucho tiempo, “camuflar” defectos o mucho ejercicio físico (Del Rio, Borda, Torres y Lozano, 2002).

Los datos arrojados por nuestro estudio, coinciden con los planteamiento de estos estudios, ya que los estudiantes universitarios contestaron en su mayoría que sus hábitos alimentarios a lo largo del tiempo siempre han sido un problema o no están aún definidos (Mujeres=50.0%; Hombres=44.7%), seguidos de aquellos que reconocen haber tenido dificultades en la infancia o la adolescencia respecto a sus hábitos alimentarios (Mujeres=27.1%; Hombres=35.4%).

Por tanto, teniendo en cuenta lo comentado podemos decir que se confirma esta tercera hipótesis.

Hipótesis 2.4.: Mujeres y hombres se diferencian en comportamientos nocivos, como el consumo de tabaco, cerveza, vino y licores

Teniendo en cuenta que diferentes investigaciones relacionan el consumo de alcohol y tabaco con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, tales como la de Babio et al. (2009) donde afirman que las mujeres fumadoras presentan mayor probabilidad de riesgo para el desarrollo de TCA que las no fumadoras, o Johnson et al. (2002) que contemplan que abusar de sustancias como el

alcohol y el tabaco, sumado a otras conductas no saludables, puede desempeñar un papel importante en el desarrollo de TCA; y la de Fahy, Üsácar y Marks (1993) que encontraron una alta comorbilidad entre Bulimia Nerviosa y consumo de alcohol, e investigaciones como las de Franko et al. (2005), Pompili et al. (2004), Ruuska et al. (2005), y Vega et al. (2009), que muestran como es frecuente encontrar en la Bulimia Nerviosa adicciones y uso de sustancias químicas. Piran y Robinson (2006) también encontraron una relación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

En esta investigación se realiza un estudio, en primer lugar, sobre el consumo de tabaco, obteniendo los siguientes resultados: el 70.7% de mujeres y el 58.0% de hombres, no consumen cigarrillos, no encontrándose diferencias significativas entre grupos. Estos datos no concuerdan con otros estudios en los que muestran que las mujeres consumen más tabaco que los hombres (Sánchez-Queija et al., 2007; Tomás y Atienza, 2002; González et al., 2002). Aunque si hay coincidencias con otros estudios como el de Mendoza, Batista, Sánchez y Carrasco (1998) o Pamies et al. (2011) en el que no se encontraron diferencias significativas en función al género.

En lo referente al consumo de alcohol, tampoco se encuentran diferencias entre los grupos de mujeres y hombres en cuanto a la frecuencia y al tipo de bebida alcohólica que consumen. Ya que, en primer lugar, es poco habitual el consumo de estas sustancias alcohólicas en ambos grupos (no consumen ni cerveza, ni vino a la semana el 62.4% de las mujeres y el 61.0% de los hombres y no consumen licores a la semana el 62.5% de mujeres y el 58.9% de los hombres). Estos datos concuerdan con las de otros estudios que avalan una uniformidad en los niveles de consumo de alcohol entre mujeres y hombres (Balaguer, 2002; Delgado, Bautista, Inglés, Espada, Torregrosa y García-Fernández, 2005; Mendoza et al., 1998; Pamies et al., 2011).

Por tanto, en función a estos resultados no podemos confirmar la cuarta hipótesis planteada, ya que en nuestro estudio, los resultados son similares

tanto para hombres como para mujeres en cuanto al consumo de tabaco, como al de bebidas alcohólicas.

Hipótesis 2.5.: Mujeres y hombres se diferencian en comportamientos alimentarios de riesgo (ejercicio físico, dieta, atracones, vómitos y uso de laxantes)

Las conductas alimentarias de riesgo incluyen un amplio espectro de comportamientos negativos y perjudiciales para la salud del individuo, derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida. Estos comportamientos tienen como objetivo el control o la reducción del peso corporal. Entre esas conductas destacan, por ejemplo, el seguimiento de dietas restrictivas, los atracones, el abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, el vómito autoinducido, la práctica de ayunos (Altamirano, Vizmanos y Unikel, 2011; Saucedo-Molina et al., 2010) y el ejercicio físico (Eichen, Conner, Daly y Fauber, 2012)

Respecto a los comportamientos alimentarios de riesgo, tanto en el DSM-5 (APA, 2013), como diferentes autores especifican que en relación a la Anorexia Nerviosa, quienes la padecen, para prevenir el aumento de peso, realizan conductas de riesgos, tales como: restricción drástica de la ingesta de alimentos, utilización de purgas y ejercicio físico excesivo (Ackard, et al., 2007; Bravender et al., 2010; Fernández y Turón, 1998). Del mismo modo, en la Bulimia Nerviosa se realizan conductas compensatorias, tras los episodios de consumo excesivo de alimentos o atracones, tales como vómitos autoinducidos, utilización de laxantes, diuréticos o enemas, ayuno o ejercicio intenso y excesivo (APA, 2013; Kaltiala-Heino et al., 1999).

Desde el modelo multicausal de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, encontramos como factores de riesgo de TCA los siguientes: dietas adelgazantes, Vómitos autoinducidos, Uso de laxantes o diuréticos y ejercicio físico excesivo (Morandé, et al., 1999; Toro y Vilardell, 1987).

Respecto a la realización de ejercicio físico, Vázquez et al. (2005) afirmaron que los hombres tienden a realizar ejercicio físico excesivo, mientras que las mujeres suelen realizar dietas limitativas rígidas o bien a ayunar para controlar o bajar su peso (Moreno y Ortiz, 2009).

Asimismo, según Unikel et al. (2006) los varones, a diferencia de las mujeres, suele desear un cuerpo más corpulento y para ello realizan conductas alimentarias de riesgo, tales como la práctica excesiva de ejercicio y comer compulsivamente.

En relación a la *dieta*, algunos autores afirman que es la conducta más frecuente de hombres y mujeres que pretenden reducir su peso corporal (Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez y Mancilla, 2002), y se considera uno de los precursores más importantes de los TCA (Rojo et al., 2003). Autores como Álvarez-Rayón, et al., (2009), Pachón (2006) y Sámano, et al. (2005) afirman que son las mujeres las que inician con mayor frecuencia una dieta, como consecuencia a la presión social que sufren para lograr una silueta esbelta, que es el concepto de belleza que la sociedad ha promulgado en las últimas décadas a través de los medios de comunicación.

También, Allegue (2009) y Vaquero-Cristóbal et al. (2013) en su investigaciones afirman que las mujeres son un 90% más propensas a padecer TCA, y una de las razones que encuentran es que los medios de comunicación ejercen mayor presión en la realización de dietas y el control de peso en las mujeres, en comparación con los hombres.

Lameiras et al. (2003) realizaron un estudio en el cual analizaron los hábitos alimentarios desajustados y la imagen corporal en estudiantes universitarios, para determinar en qué medida estas variables están presentes y pueden representar un riesgo para el posterior desarrollo de los trastornos alimentarios. En el estudio encontraron que las conductas alimentarias desajustadas más frecuentes eran la dieta, el ejercicio físico y los atracones. Las chicas recurrían más a la realización de dietas y a los atracones que los chicos, y

los chicos al ejercicio físico más que las chicas. En relación a las dietas, el 38,7% de las chicas y el 19,1% de los chicos había seguido alguna dieta en los últimos seis meses), seguido de ejercicio físico con una frecuencia de dos o más veces por semana (9.3% de chicas y 12.9% de chicos) y los atracones una vez por semana (chicas 19.9% y chicos 15.7%).

Siguiendo esta misma línea, Berengüi et al. (2016) llevaron a cabo un estudio donde analizaron las diferencias en riesgo de trastorno alimentario, y una serie de variables psicológicas vinculadas con los trastornos alimentarios, respecto a la satisfacción o insatisfacción corporal y las conductas alimentarias de riesgo adoptadas en una muestra de adultos universitarios. Los resultados mostraron que el 26.89% de la muestra señalaron no haber practicado ninguna CAR en los últimos 6 meses, mientras que el 31.06% señalaron una CAR, el 35.23%, dos CAR, y el 6.82% confirmaron haber realizado 3 o 4 CAR. La proporción de estudiantes que manifestó el uso de estas conductas para controlar su peso fue: 1.9 vómitos, 3.8 empleo de laxantes, 58.3 atracones y 52.3% práctica de ejercicio físico.

En el estudio llevado a cabo por Cruz, Ávila, Cortés, Vázquez y Mancilla (2013) cuyo objetivo fue identificar la relación existente entre la restricción alimentaria y otras conductas de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. Los resultados respecto al análisis de conductas de riesgo para controlar el peso (vómito inducido, laxantes, diuréticos, ayuno y dieta restrictiva y ejercicio físico excesivo) muestran que en relación al uso de laxantes, diuréticos y ayuno y dietas restrictivas, son los hombres los que presentan en mayor proporción este tipo de conductas (Uso de laxantes: Hombres= 6.3%, Mujeres =0.5%; Uso de diuréticos: Hombres=4.3%, Mujeres= 1.1%; Ayuno y dieta restrictiva: Hombres=8.7%, Mujeres=2.3%) Ejercicio excesivo Hombres 0.6% Mujeres 4.9% 5.5%), mientras que las mujeres realizan con mayor frecuencia la práctica del vómito inducido y el ejercicio físico excesivo (Vómito: Hombres =0.6%, Mujeres=2.4%; Ejercicio excesivo: Hombres =0.6%, Mujeres= 4.9%). Los resultados de este estudio difieren de los de la

mayoría de estudios, donde se ha encontrado que hay una mayor frecuencia de ayuno y dieta restrictiva, uso de laxantes y diuréticos en las mujeres y de ejercicio físico excesivo en los varones (Álvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez-Peresmitré, 2003; Lameiras et al., 2003; Vázquez, et al., 2005).

Hernández-Escalante y Laviada-Molina (2014) realizaron una investigación cuyo objetivo era describir conductas compensatorias y situaciones de riesgo relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria en mujeres sin diagnóstico de TCA. Los resultados mostraron frecuencias preocupantes de conductas y actitudes de riesgo en las estudiantes que no cumplieron con los criterios de diagnóstico de TCA. A diferencia con los estudios comentados anteriormente, en este caso el ejercicio físico excesivo (15.3%) es la conducta que más realizan las mujeres para el control de peso, seguida de dietas restrictivas (10.4%), ayuno mínimo de 24 horas (9.6%), vómito autoinducido (4.3%) y diuréticos (3.6%) y laxantes (2.9%).

En esta misma línea Hernández, García, Marín, Hernández y Revah (2004) concluyen que las mujeres presentan mayores porcentajes en la realización de todas las conductas de riesgo de los trastornos alimentarios que los hombres.

Para analizar diferencias en las conductas de riesgo en la población estudiada se estableció un índice específico. Los resultados obtenidos muestran que los estudiantes universitarios llevan a cabo conductas de riesgo relacionadas con la alimentación. La conducta más realizada es el ejercicio físico, donde los hombres alcanzan un promedio más elevado que las mujeres (Hombres: $M=1.83$, $DT= 1.87$; Mujeres: $M=1.42$, $DT= 1.65$), encontrándose diferencias significativas ($p < .01$), seguida de los Atracones, donde el promedio mayor también lo encontramos en los hombres (Hombres: $M= 1.34$, $DT= 1.25$; Mujeres: $M= 1.11$, $DT= 1.15$), y también se hallan diferencias significativas ($p < .05$), y de Vómito (Hombres: $M= 0.00$, $DT= 0.07$; Mujeres: $M= 0.10$, $DT= 0.49$), donde también existen diferencias ($p < .001$). Por último, en cuanto a la

realización de dieta, se observan unos promedios prácticamente idénticos (Mujeres: $M= 0.84$, $DT= 0.89$; Hombres: $M= 0.82$, $DT= 0.81$).

No podemos confirmar nuestra quinta hipótesis, ya que aunque los datos del presente trabajo, concuerdan con los resultados de otros estudios, ya que se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres, tanto en Ejercicio físico, como en Atracones y Vómitos, pero debido al tamaño del efecto, no podemos confirmar esas diferencias.

Hipótesis 2.6.: Los universitarios con un mayor riesgo de TCA presentan un mayor índice de comportamientos alimentarios de riesgo.

Otro aspecto que se plantea como última hipótesis en este segundo objetivo es estudiar aquellos estudiantes que presentan un mayor riesgo de TCA, presentan también un mayor índice de comportamientos alimentarios de riesgo.

Los datos de este estudio muestran que tanto en el grupo de mujeres, como en el de hombres, existen diferencias entre los diferentes grupo de nivel de riesgo (Bajo Medio y Elevado) y las conductas de riesgo alimentario.

Como era de esperar, tanto en el grupo de hombres, como en el de mujeres en los niveles elevados de riesgo para el desarrollo de un TCA, es donde encontramos los mayores índices en cuanto a la realización de conductas de riesgo alimentario.

Como se ha mencionado anteriormente las conductas alimentarias de riesgo son manifestaciones similares a los trastornos de conducta alimentaria pero se dan con menor frecuencia e intensidad (Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004). Las CAR se encuentran a medio camino entre la conducta alimentaria normal y los TCA (Gleaves, Brown y Warren, 2004). Como ya conocemos las CAR incluyen atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito autoinducido y práctica de

ayunos, todos dirigidos a controlar o reducir el peso corporal (Unikel et al., 2004).

Toro (2009) especifica que si no se llevasen a cabo dietas hipocalóricas con el fin de perder peso, habría un 83% de personas con TCA.

A tenor de lo expuesto, podemos confirmar la hipótesis planteada, ya que es lógico pensar que si consideramos las conductas alimentarias de riesgo como manifestaciones que no cumplen con los criterios de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, pero que son conductas características de los mismos, aquellas personas que presenten riesgo elevado para desarrollar un TCA, es lleven a cabo un mayor número de CAR que aquellas otras que presenten bajo riesgo para el desarrollo de un TCA.

7.3. OBJETIVO 3: ESTUDIAR LA RELACIÓN ENTRE LA PERSONALIDAD, LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON EL RIESGO DE PADECER UN TCA

Las investigaciones de personalidad en individuos con TCA o en riesgo de padecerlos han ido afortunadamente en aumento, y junto a nuevos hallazgos sobre rasgos de personalidad clásicos, como el neuroticismo o la extraversión, poco a poco se han ido aportando datos sobre variables no estudiadas previamente como el perfeccionismo, el ascetismo y la impulsividad, así como de los trastornos de la personalidad como origen de los TCA, o su efecto en el curso de los mismos (Cassin y von Ranson, 2005).

En este apartado de discusión se realiza una interpretación de los resultados del estudio, se profundiza en ellos, y son puestos en relación con las investigaciones previas examinadas, sobre el papel de los rasgos de personalidad, y la presencia de sintomatología ansiógena y depresiva en personas con TCA o con un alto riesgo de padecerlos.

Hipótesis 3.1.: Los estudiantes con mayores niveles de Neuroticismo presentarán mayor riesgo de desarrollar un TCA

Neuroticismo parece constituir un claro factor en el riesgo a padecer un TCA (Bulik et al., 2006; Lilenfeld et al., 2006).

Podemos confirmar la hipótesis planteada, ya que en el presente estudio se obtienen resultados que apoyan el importante papel del Neuroticismo sobre un mayor riesgo de TCA. En primer lugar, en el caso de las mujeres, Neuroticismo correlaciona significativamente con las tres escalas de riesgo del EDI-3, Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal y con el índice de riesgo global. A ello hay que sumar las importantes relaciones que mantiene con otros rasgos psicológicos importantes en los trastornos alimentarios, concretamente con Baja Autoestima, Alienación Personal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Introceptivos, Desajuste Emocional, Inseguridad interpersonal, Ascetismo, y Miedo a la madurez, siendo todas esas correlaciones de magnitud moderada o grande.

En hombres se han obtenido relaciones de Neuroticismo con el riesgo de TCA, sus escalas de Obsesión por la Delgadez y Bulimia, además de correlaciones con Inseguridad Interpersonal, Baja Autoestima, Alienación Personal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Introceptivos, Desajuste Emocional, y Ascetismo.

Asimismo, en el análisis del riesgo de TCA mediante la conformación de grupos, tanto las mujeres como los hombres de nivel de riesgo elevado presentan un mayor neuroticismo que aquellas en los niveles medio y bajo. También existen diferencias claras en los promedios de neuroticismo entre mujeres y entre hombres que cumplen con los criterios para su remisión a un especialista.

Del mismo modo, en ambos sexos se ha podido comprobar el papel del factor en la predicción de la varianza del riesgo de TCA, junto con Depresión y

Ansiedad en el caso de las mujeres, y junto a Depresión y el rasgo Apertura en los hombres.

Diferentes estudios han confirmado el importante papel del neuroticismo sobre los TCA, siendo considerado uno de los hallazgos más consistente en la literatura, al encontrarse diferencias claras entre pacientes con y sin TCA, y en sujetos con mayor riesgo (Claes et al., 2013; García-Palacios et al., 2004; MacLaren y Best, 2009; Podar et al., 2007). Estudios previos han mostrado en mujeres universitarias alta correlación negativa entre Neuroticismo e Ineficacia del EDI-2 (Baja Autoestima y Alienación Personal en la última versión) (Galarsi et al., 2009).

Además, Bulik et al. (2006) y Lilenfeld et al. (2006) afirman la posibilidad de que el neuroticismo constituya en sí mismo un factor de riesgo para el desarrollo de TCA, y que rasgos como este tengan un decisivo papel en la aparición, expresión y mantenimiento de los TCA (Cassin y von Ranson, 2005). Pérez-Gaspar et al. (2003) concluyen en su estudio que un alto nivel de neuroticismo y una baja autoestima, podrían ser causas y consecuencias del desarrollo de un TCA, creando una especie de “círculo vicioso” que perpetuaría el problema. También en la importante investigación de Bulik et al. (2006) con una muestra de gemelos suecos, se concluía que el neuroticismo es un predictor importante del desarrollo posterior de anorexia nerviosa.

El neuroticismo es un rasgo de personalidad relacionado estrechamente con la afectividad negativa, y está caracterizado por facetas como la ansiedad, la hostilidad, la depresión, autoconciencia, impulsividad, o la vulnerabilidad. Tradicionalmente ha sido asumido que las personas altas en este factor sufren frecuentes cambios de humor y albergan una tendencia a la hipersensibilidad emocional, encontrando dificultad para retornar a la normalidad tras experiencias emocionales intensas (Costa y McCrae, 1999). Puede resultar comprensible pensar que las personas con alto neuroticismo presenten mayor riesgo de TCA, y que sea un factor determinante en el mantenimiento del trastorno, en este caso debido a su preocupación constante por el peso o la

forma de su cuerpo, por la comida y su cantidad, etc. De hecho se han aportado cifras, dependiendo del estudio concreto, de entre el 27 y el 61% de pacientes con diferentes tipos de trastorno alimentario en los que se presentan características altamente obsesivas (Vitousek y Manke, 1994). También la marcada vulnerabilidad de personas altas en neuroticismo puede verse asociada a altos niveles asimismo de ansiedad y depresión.

Señalar asimismo que en los estudios de validación del EDI-3 se encontraron correlaciones de signo negativo entre las escalas y el índice de riesgo de TCA con el factor Estabilidad Emocional del 16PF de Cattell (Cattell, Cattelly Cattell, 1995). Ese factor clásicamente denominado “fuerza del yo”, evalúa la estabilidad del sujeto y la forma de afrontar sus problemas cotidianos, y puntuaciones altas definen a una persona emocionalmente estable, adaptable y madura, frente a sujetos emocionalmente cambiantes y reactivos. Además Estabilidad es una escala contribuyente al factor Ansiedad del 16PF, definitorio de personas ajustadas frente a personas ansiosas, reactivas, suspicaces, aprensivas y tensas. De hecho ese factor en ocasiones ha sido equiparado al Neuroticismo del NEO-FFI, pudiendo advertirse un cierto paralelismo entre ambos, y que posiblemente midan el mismo constructo.

Hipótesis 3.2.: Los universitarios con mayores puntuaciones en Extraversión, Amabilidad y Responsabilidad presentarán un menor riesgo de desarrollar un TCA

Al examinar la personalidad mediante el NEO-FFI, los diferentes rasgos ofrecen resultados desiguales entre mujeres y hombres, siendo un poco más claro el efecto de la Extraversión que el de los demás factores. Debemos advertir el escaso volumen de estudios existentes que han investigado estos rasgos concretos, ya que la gran mayoría de estudios han analizado los trastornos de personalidad de los pacientes con TCA, o en población no clínica han empleado otros instrumentos diferentes al NEO-FFI, algo que complica el contraste de nuestros resultados con evidencias previas.

En primer lugar, la Extraversión implica una tendencia a la sociabilidad, al optimismo, a disfrutar del contacto social, y los individuos con altas puntuaciones son animosos, enérgicos, y refieren más emociones positivas en el día a día que aquellos menos extrovertidos (Costa y McCrae, 1999).

En Extraversión, las mujeres que se sitúan en el nivel bajo de riesgo registran puntuaciones significativamente superiores que todas aquellas que se sitúan en percentiles que les hacen tener un riesgo medio o alto. El tamaño del efecto señala que esas diferencias son aún más marcadas incluso entre los niveles en hombres. Las correlaciones señalan en género femenino una relación inversa del rasgo Extraversión con las escalas Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, y Desconfianza Interpersonal, de lo cual se deduce que mayores puntuaciones en Extraversión se ven asociadas a menores puntuaciones en esas relevantes escalas. En hombres también se confirman las correlaciones negativas con esas mismas escalas de Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal y Desconfianza Interpersonal, y además con Desajuste Emocional.

Estudios previos han mostrado alta correlación negativa entre Extraversión y Obsesión por la Delgadez en mujeres universitarias, esto es, que las estudiantes con tendencia a obsesionarse por la delgadez son más introvertidas (Galarsi et al., 2009). Otro estudio, al igual que en los resultados de la presente investigación, obtiene en universitarias una relación inversa entre Extraversión y las escalas de riesgo Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal (Cortez, 2015). De todas formas, el rasgo extraversión ha mostrado menos evidencias en investigación que neuroticismo, no habiéndose encontrado en ocasiones grandes relaciones de extraversión con TCA, tanto en la población general como en universitarios (Finlayson, Kelly y Saklofske, 2002; Gual et al., 2002).

Por esos resultados, podemos suponer que las características de cordialidad, gregarismo, asertividad, energía, búsqueda de emociones y predominancia de emociones positivas, que habitualmente definen a los sujetos

extravertidos, en este caso pueden ser consideradas como positivas ya que se relacionan de forma inversa a la baja autoestima, y aspectos como la sensación de vacío emocional, la soledad, la dificultad para expresar los propios pensamientos y sentimientos a otras personas, o la sensación de falta de cariño y comprensión por parte de los otros, que caracterizan a las escalas psicológicas que en este estudio se relacionan con Extraversión.

Respecto a Responsabilidad, hace referencia a la tendencia del individuo a la organización y el logro, siendo la persona responsable concienzuda, trabajadora, competente y organizada, frente a personas bajas en responsabilidad que tienden a una baja autodisciplina (Costa y McCrae, 1999).

En mujeres las correlaciones son también, al igual que en Extraversión, de signo negativo y de magnitud moderada con Baja Autoestima y Alienación Personal, aunque con las escalas de riesgo y con el índice de riesgo global las relaciones son muy pequeñas. Sin embargo, en hombres el rasgo Responsabilidad parece tener un mayor peso, puesto que a las correlaciones de signo negativo con Baja Autoestima y Alienación Personal, como en sexo femenino, se suman Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal y Desajuste Emocional.

El resultado fundamental en este rasgo es la gran magnitud del tamaño del efecto en el análisis de los grupos de riesgo de TCA, siendo los promedios de Responsabilidad mucho mayores en el grupo de nivel bajo que en los niveles medio y elevado de riesgo. Por tanto, los sujetos con un menor riesgo de TCA, se muestran más confiados, decididos y escrupulosos, y en definitiva, autocontrolados, y todo ello puede servir para una mejor gestión emocional que la que manifiestan los sujetos con mayor riesgo, y que ese mayor control evite que la impulsividad pueda conducir conductas nocivas, como los atracones o los vómitos.

La evidencia previa respecto a la relación del factor responsabilidad con los TCA muestra datos interesantes. Así, en sujetos con TCA se han encontrado,

como en este estudio, puntuaciones en responsabilidad menores que en grupos de control (Ghaderi y Scott, 2000; Podar et al., 1999; Sánchez, 2013), y en pacientes con un perfil restrictivo aparece un perfil más responsables que las pacientes que muestran un perfil alimentario compulsivo/purgativo (Claes et al., 2013). También se ha planteado que la responsabilidad es uno de los rasgos que perpetúan el cuadro clínico (Katzman, 2005), y que puntuaciones bajas en responsabilidad y amabilidad, y altas en neuroticismo y apertura, aumentan también el riesgo de TCA (Ghaderi y Scott, 2000).

En Amabilidad solamente se encuentra relación en hombres con Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal y con Alienación Personal, en las tres de forma inversa, y presenta diferencias del grupo de bajo riesgo de TCA, el cual registra un promedio superior en el rasgo.

El factor de amabilidad caracteriza a personas altruistas, dispuestas a ayudar, que confían en los demás, son francas y sinceras, y muestran sensibilidad y preocupación por los demás (Costa y McCrae, 1999). Los resultados parecen indicar que los hombres con esas características en mayor grado tienden a un menor vacío emocional, y menores dificultades para la expresión de pensamientos y sentimientos a otras personas.

Los datos existentes respecto a este rasgo señalan que los pacientes con TCA puntúan más bajo que los controles en amabilidad (García-Palacios et al., 2004), y entre los sujetos diagnosticados con trastornos concretos, se afirma una mayor amabilidad en AN, y menores puntuaciones en amabilidad en BN (Claes et al., 2013), y como se comentó anteriormente, puntuaciones bajas en amabilidad y responsabilidad, y altas en neuroticismo y apertura, aumentan el riesgo de TCA (Ghaderi y Scott, 2000).

Al igual que el anterior, el rasgo Apertura solamente ofrece resultados significativos en género masculino y con magnitud menor. Concretamente se relaciona de forma moderada e inversa con Inseguridad Interpersonal, y solo

explica una pequeña parte, junto a Neuroticismo y Depresión, de la varianza de riesgo de TCA en hombres.

Se comentaba en el capítulo teórico de este trabajo que Apertura es, de los cinco rasgos, el que ha aportado resultados más contradictorios en los estudios previos, ya que por un lado se han encontrado mayores niveles de apertura en los TCA (Ghaderi y Scott, 2000; Sánchez, 2013), y por otro, menor apertura en sujetos con TCA respecto a grupos control (Claes et al., 2013; Podar et al., 2007). Ghaderi y Scott (2000) plantearon que únicamente debe asumirse como un factor de riesgo de TCA cuando altas puntuaciones de apertura se combinan con altas en neuroticismo y bajas en amabilidad.

Por todo lo comentado, debemos rechazar la hipótesis, pero solo en parte. Se confirma que los estudiantes con mayores puntuaciones en Extraversión presentan un menor riesgo de desarrollar un TCA, pero mayores puntuaciones en el rasgo Responsabilidad se asocia a menor riesgo de TCA únicamente en hombres. Amabilidad, aunque se relacionan con varias escalas psicológicas en hombres, no muestra un efecto significativo en el resto de análisis. Por tanto, todos esos resultados parecen señalar un cierto rol protector de la Extraversión, en ambos sexos, y de la Responsabilidad en hombres, frente al riesgo de padecer un TCA.

Hipótesis 3.3.: Los sujetos con mayor riesgo de padecer TCA obtendrán puntuaciones más elevadas en ansiedad

A partir de los resultados encontrados, podemos confirmar esta hipótesis.

Tanto en mujeres como en hombres se confirman diferencias significativas de los grupos de elevado nivel de riesgo respecto a los demás niveles en sus puntuaciones en Ansiedad, siendo muy elevadas en especial en género femenino. Igualmente existen correlaciones estadísticamente significativa de Ansiedad en ambos sexos con el índice de riesgo, además de

con las tres escalas de riesgo que lo componen, y en las escalas Baja Autoestima, Alienación Personal, Déficits Introceptivos, Desconfianza Interpersonal, Desajuste Emocional y Ascetismo. Adicionalmente, Ansiedad en conjunto con Depresión y Neuroticismo, predicen el 20% de la varianza de riesgo de TCA.

La ansiedad ha sido evaluada mediante el Beck Anxiety Inventory (Beck y Steer, 2011; Beck et al., 1988), que valora la sintomatología ansiosa, más concretamente, las conductas anormales o patológicas de ansiedad, tanto cognitivas como emocionales, motoras y fisiológicas. En nuestro estudio, los sujetos participantes presentan diferencias respecto a los datos de población de universitarios que proporciona el instrumento, con un promedio superior de la muestra de este estudio, y basta con echar un vistazo a las puntuaciones para comprobar la enorme diferencia entre mujeres y hombres, y entre los grupos de diferente riesgo. A pesar de que las mujeres del nivel elevado de riesgo sitúan su promedio en el rango que las normas del instrumento consideran como de ansiedad moderada, hay mujeres que alcanzan el rango de ansiedad grave.

La ansiedad ha sido establecida repetidamente como un factor de riesgo básico para desarrollar TCA (Kaye et al., 2004; Pineda-García et al., 2016), y como un rasgo común y predictor directo de la patología alimentaria en pacientes con TCA (Becker et al., 2004; Brytek-Matera, 2008; Egan et al., 2013). Se ha obtenido respaldo en la investigación en cuanto a que las mujeres con diagnóstico de TCA puntúan más alto que las mujeres sin trastorno (Solano y Cano, 2012; Swinbourne et al., 2012). Es importante destacar que los trastornos de ansiedad y los TCA comparten características de personalidad, como el perfeccionismo, la rigidez, la evitación del daño y la ansiedad rasgo, y que por tanto pueden actuar como factores de riesgo potenciales para ambos trastornos (Sánchez, 2013). Al mismo tiempo, los TCA presentan comorbilidad con otras patologías, como depresión, fobia social, TOC o abuso de sustancias (Dooley-Hash et al., 2012; Varela-Casal, Maldonado y Ferre, 2011), habiendo sido señalados los distintos trastornos de ansiedad como la morbilidad que más padecen las personas con trastorno alimentario (Preti et al., 2009). Aun así

debemos tener en cuenta lo señalado por Ángel et al. (2008), en cuanto a que resulta difícil determinar si la relación de la ansiedad y TCA es como causa o simplemente es un acompañante del trastorno de base.

Pero no solo en poblaciones clínicas la ansiedad muestra un fuerte efecto, puesto que la asociación positiva entre la ansiedad y la sintomatología de TCA ha sido constatada en muestras no clínicas (Kaye et al., 2004; Mérida y López, 2013; Montenegro et al., 2012; Pineda-García et al., 2016), y tal y como podemos constatar en el presente estudio, con las citadas puntuaciones de los grupos de riesgo elevado.

En relación a lo anterior, en poblaciones universitarias se han obtenido evidencias de una alta prevalencia de la ansiedad, y el efecto de su sintomatología sobre variables como, entre otras, el rendimiento académico, la deserción y el abandono, y el bienestar psicológico (Galindo, Moreno y Muñoz, 2009; Jinyao et al., 2012; Londoño et al., 2015).

También se ha propuesto que la ansiedad genera comportamiento bulímico, representando la comida la forma de "aliviar" la ansiedad (Pineda-García et al., 2016), y por ello se considera que puede existir una relación lineal entre ansiedad y riesgo de bulimia, por esa posible tendencia a los atracones como respuesta a la ansiedad. Del mismo modo, los resultados hallados podrían indicar que la ansiedad quizá sea producto de la preocupación excesiva por el cuerpo o la figura física, desencadenando el desarrollo de una fobia hacia el sobrepeso, real o imaginado, lo que conllevaría a una restricción alimentaria drástica, que es característica del comportamiento anoréxico, de acuerdo con lo planteado por Toro y Vilardell (1987).

Por todo ello, y por los elevados niveles de ansiedad constatados, podemos considerar que los sujetos en riesgo alto presentan un peor manejo emocional que los participantes con menor riesgo. La ansiedad es asumida como una emoción desagradable caracterizada por la continua preocupación, aprensión o tensión, y por tanto, quienes presentan esa emoción en altos

niveles, y puesto que el autoconcepto físico correlaciona negativamente con la ansiedad (García y Musitu, 1999), pueden sentir una insistente intranquilidad y desasosiego por la forma del cuerpo y su peso, y por estar más delgados, con una lógica insatisfacción corporal asociada, y con una mayor tendencia a realizar comportamientos alimentarios inadecuados.

Hipótesis 3.4.: Los universitarios con mayor riesgo de padecer TCA obtendrán puntuaciones más elevadas en depresión

Es posible confirmar esta hipótesis a la vista de los resultados, ya que tanto en mujeres como en hombres con niveles elevados de riesgo de TCA, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en depresión.

En el estudio se ha evaluado la existencia o severidad de síntomas de depresión, a través del Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, 2011), instrumento ampliamente empleado en investigación en poblaciones clínicas y no clínicas, por su validez y fiabilidad y por su utilidad en el cribado de población general.

En el grupo de mujeres de esta investigación, Depresión es la variable que predice en mayor grado la variable dependiente índice de riesgo de TCA, junto con Neuroticismo y Ansiedad, y también en hombres, junto a Neuroticismo y Apertura, explican el 21% de la varianza de riesgo de TCA.

Tanto en mujeres como en hombres los sujetos con mayor riesgo de TCA registran diferencias de gran magnitud respecto al resto de grupos. Presenta asimismo correlaciones en mujeres con las escalas de riesgo y su índice global, Baja Autoestima, Alienación Personal, Déficit Introceptivos, Inseguridad Interpersonal, Desajuste Emocional, Ascetismo y Miedo a la Madurez, y en varones con Baja Autoestima, Alienación Personal, Déficit Introceptivos, Desajuste Emocional y Ascetismo.

Al igual que lo comentado anteriormente respecto a la ansiedad, los TCA se asocian con otras morbilidades, y según apuntan diferentes investigaciones, la depresión y los trastornos alimentarios son altamente comórbidos (Dooley-Hash et al., 2012; Laessle, Kittl, Fichter, Wittchen y Pirke, 1987; Varela-Casal et al., 2011), señalándose en ocasiones la depresión como antecedente de TCA (Measelle, Stice y Hogansen, 2006; Nolen, Stice, Wade y Bohon, 2007).

Datos de relevancia son los confirmados por estudios previos, que obtienen grandes porcentajes de hombres y mujeres con riesgo de TCA que sufrieron al menos un episodio de depresión mayor ese mismo año (Gadalla, 2008), y que el 31,9% de la población que tiene depresión presenta riesgo de TCA (Dooley-Hash et al., 2012).

Habitualmente han sido confirmadas altas tasas de depresión en sujetos con TCA (Behar et al., 2007; Blinder et al., 2006; Chinchilla, 2003; Hernández-Cortés y Londoño, 2013; Herzog et al., 1992; Gadalla y Piran, 2008; Strober y Katz, 1987; Vega et al., 2009), y diferencias de pacientes con TCA en comparación con sujetos no clínicos (Baader et al., 2014; Behar et al., 2007).

Debemos tener en cuenta lo señalado en el bloque teórico de este trabajo, en cuanto a la controversia existente al relacionar depresión y TCA, y que enfrenta a defensores de una postura que asume que la depresión es previa al desarrollo del TCA (Cooley y Toray, 2001; Johnson et al., 2002; Stice, Presnell y Spangler, 2002), otros que mantienen la tesis contraria, esto es, que son los TCA los que provocan la depresión (Stice et al., 2000; Stice y Bearman, 2001), e incluso quienes concluyen que al compartir ambos factores etiológicos, en muchos casos coexisten (Boujut y Gana, 2014; Zaider, Johnson y Cockell, 2002). Por ello el examen sobre el papel de la depresión es complejo, a pesar de la claridad que los resultados ofrecen en cuanto a su peso.

La depresión, en relación con los TCA, usualmente se asocia con insomnio, tristeza, aislamiento, llanto, autocrítica, anhedonia, problemas de autoconcepto y autoestima, culpa, vergüenza y desesperanza con la imagen

corporal (Behar, 2011). Aun no existiendo diferencias respecto a la población general del BDI-II, y teniendo en cuenta que los rangos clínicos en los que se sitúan los participantes no hacen pensar en grados graves de depresión, se puede comprobar su relación en este estudio con variables como la baja autoestima, alienación personal o desajuste emocional. Por ello, los sujetos con mayor riesgo presentan una autopercepción más negativa en su imagen corporal, junto a síntomas como soledad, pesimismo, autocrítica, sentimientos de inseguridad e insuficiencia, y en definitiva, una baja autovaloración personal.

Hipótesis 3.5.: Los estudiantes con un comportamiento alimentario más desajustado presentarán diferencias en rasgos de personalidad, ansiedad y depresión

Los sujetos con puntuaciones bajas o altas en comportamiento alimentario, presentan diferencias que no son similares en hombres y mujeres. Por ello debemos rechazar la hipótesis, aunque parcialmente.

Mediante una amplia serie de ítems, la Encuesta de Comportamiento Alimentario (ECA), de Ángel et al. (2000), valora comportamientos, hábitos, actitudes, conceptos e ideas acerca de la alimentación, la figura y peso corporal, y los métodos de control de los mismos, y puntuaciones más elevadas en el cuestionario son reflejo de un comportamiento alimentario más negativo o desajustado. La ECA, en sus estudios originales de construcción y validación, mostró sensibilidad y especificidad para el tamizaje de adultos universitarios (Ángel et al., 2000; Vásquez, Ángel, García, Martínez y Chavarro, 1997), y a la vista de sus propiedades y los resultados obtenidos, consideramos es un acertado instrumento que puede servir para obtener información valiosa sobre el desorden alimentario de los individuos.

Los resultados indican que, en los dos sexos, el rasgo Neuroticismo registra promedios muy superiores en los sujetos con un comportamiento

alimentario más perjudicial. Ya se ha comentado como los sujetos con mayores niveles de Neuroticismo presentan mayor riesgo de desarrollar un TCA (Claes et al., 2013; García-Palacios et al., 2004; MacLaren y Best, 2009; Podar et al., 2007), resultando razonable pensar al mismo tiempo en peores hábitos y conductas alimenticias en esas personas. Como rasgo que se asocia a la afectividad negativa, los sujetos con neuroticismo elevado tienden a vivir emociones displacenteras, ansiedad, depresión, y mayor disconformidad con su vida. La preocupación insistente por el peso, el cuerpo y su atractivo, se une a la insatisfacción corporal, provocando actitudes muy negativas, el prestar una atención desmedida por la comida y la cantidad, y la realización de determinadas conductas perniciosas como medio para contrarrestar el nerviosismo y el sufrimiento emocional.

Frente a lo anterior, en género femenino se obtienen diferencias en Extraversión, registrando las mujeres con puntuaciones más bajas en la ECA un mayor promedio en este factor. Ya discutido anteriormente, los resultados parecen sugerir que este rasgo parece desempeñar una función protectora ante el riesgo de TCA, habiéndose obtenido evidencias de que el rasgo extraversión se relaciona inversamente con la obsesión por la delgadez (Cortez, 2015; Galarsi et al., 2009), bulimia e insatisfacción corporal (Cortez, 2015). Por tanto, es razonable pensar que las mujeres con tendencia a la animosidad, el optimismo, o la asertividad, entre otras muchas facetas, tienen una menor disposición a cuestiones como la restricción alimenticia, los hábitos erróneos o excesivos, o a comportamientos descontrolados y nocivos.

Respecto a Ansiedad y Depresión, si se obtienen diferencias significativas entre sujetos de ambos sexos según su comportamiento alimentario. Si bien el tamaño del efecto es mayor en mujeres, en hombres también existen diferencias con puntuaciones estadísticamente más altas entre quienes integran el grupo extremo alto de puntuaciones en la ECA.

Son casi inexistentes los estudios que han analizado de ansiedad y depresión con la ECA, y únicamente Ángel et al. (2008) encontraron en alumnos

de secundaria una clara relación entre las puntuaciones de la ECA y ansiedad como rasgo.

Confirmadas las hipótesis anteriores de que los sujetos con mayor riesgo de TCA presentan puntuaciones muy superiores en ansiedad y depresión, es razonable concebir que estas dos variables tengan un efecto sobre el mal comportamiento alimentario, o viceversa, a la vista de lo ya mencionado en cuanto a que la ansiedad es propuesta como un rasgo común y predictor directo de la patología alimentaria en pacientes con TCA (Becker et al., 2004; Brytek-Matera, 2008; Egan et al., 2013), y en muestras no clínicas (Kaye et al., 2004; Mérida y López, 2013; Montenegro et al., 2012; Pineda-García et al., 2016), y la alta comorbilidad de la depresión con TCA (Dooley-Hash et al., 2012; Laessle et al., 1987; Varela-Casal et al., 2011), y su papel como antecedente de trastornos (Measelle et al., 2006; Nolen et al., 2007).

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

A continuación se exponen las conclusiones que derivan de los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo.

1. Las mujeres presentan un mayor riesgo que los hombres de desarrollar un TCA, a partir de las diferencias encontradas en el índice de riesgo, y en las escalas de riesgo Obsesión por la Delgadez e Insatisfacción Corporal.
2. Los estudiantes con un nivel elevado de riesgo presentan diferencias en las escalas psicológicas relacionadas con los TCA. Respecto a las mujeres universitarias de niveles bajo y medio, las de riesgo elevado se caracterizan por puntuaciones estadísticamente superiores en Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Interoceptivos, Desajuste Emocional, Perfeccionismo y Ascetismo. Los hombres de nivel elevado presentan las mismas diferencias respecto a los otros niveles que las mujeres, a excepción de Perfeccionismo.

Las mujeres de riesgo elevado presentan un mayor índice de realización de dieta y de vómitos para controlar el peso. Los hombres de nivel elevado realizan más dieta que el resto de sujetos.

3. En comparación con los baremos específicos de referencia del EDI-3 para la población general de cada sexo, existe una proporción algo mayor de hombres que de mujeres con un nivel elevado de riesgo de desarrollar un TCA.
4. En relación al Índice de Masa Corporal, los estudiantes universitarios con mayor riesgo de desarrollar trastorno presentan un mayor IMC. Las mujeres con obesidad o sobrepeso se diferencian de aquellas con peso normal o bajo peso por una mayor Obsesión por la Delgadez,

Bulimia, Insatisfacción Corporal y Ascetismo. Los hombres con sobrepeso presentan mayor Obsesión por la Delgadez e Insatisfacción Corporal que aquellos con peso normal.

5. Las mujeres que desean un menor peso presentan mayor Obsesión por la Delgadez, Insatisfacción Corporal y Ascetismo que las mujeres conformes con su peso o quienes desean más peso. En el caso de los hombres, registran mayor Obsesión por la Delgadez e Insatisfacción Corporal.
6. Los estudiantes de ambos sexos que cumplen con los criterios de remisión a un especialista, presentan mayor Insatisfacción Corporal, Baja Autoestima, Alienación Personal, Desajuste Emocional y Ascetismo.
7. Mujeres y hombres se diferencian en su comportamiento y hábitos alimentarios. En género femenino las puntuaciones son superiores en la Encuesta de Comportamiento Alimentario, que indica un comportamiento más desajustado. Existen importantes diferencias en Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal, entre quienes registran puntuaciones extremas bajas y altas en la encuesta.
8. En cuanto a hábitos alimentarios los hombres realizan un mayor número de comidas al día e ingieren mayor número de alimentos que las mujeres. Las mujeres suelen saltarse alguna de las comidas básicas diarias. Además, los hombres ingieren mayor cantidad de alimento que las mujeres, ya que comen mayor cantidad que los demás y no suelen dejarse comida.

Por otro lado, los hombres sienten mayor necesidad de comer que las mujeres y prestan más atención a la comida que ellas. Las mujeres comen por obligación y disfrutan menos de la comida que los hombres.

Tanto las mujeres, como los hombres han sufrido cambios en sus hábitos alimentarios que comenzaron en el periodo de la adolescencia, aspecto que implica riesgo en el desarrollo de un TCA.

Respecto al consumo de de tabaco, cerveza, vino y licores, mujeres y hombres lo hacen de forma similar, ya que es poco habitual el consumo de cualquiera de estas sustancias en la muestra estudiada.

9. Mayores niveles en neuroticismo se asocian a un mayor riesgo de TCA. Además de las correlaciones con los índices de riesgo, las escalas psicológicas relacionadas y el comportamiento alimentario, es el factor de personalidad fundamental en la predicción de la varianza del riesgo de TCA, en ambos sexos, y predice asimismo el comportamiento alimentario desajustado.
10. Presentar una alta extraversión se relaciona de forma inversa con el riesgo de TCA y con muchas de las variables psicológicas relacionadas con los mismos. Las personas de riesgo bajo presentan diferencias significativas en extraversión.
11. La ansiedad, en especial en mujeres, se relaciona con niveles elevados de riesgo y con mayores índices en las escalas importantes relacionadas con los TCA, siendo además una variable básica predictora del riesgo.
12. La depresión, al igual que la anterior, tiene un gran peso sobre el riesgo de desarrollar un TCA, ya que los sujetos con mayor nivel de riesgo presentan elevadas puntuaciones en sintomatología depresiva, relacionándose además con las variables relevantes asociadas a los trastornos, y constituyendo una variable explicativa fundamental en la predicción del riesgo de TCA.

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackard, D., Fulkerson, J. y Neumark-Sztainer, D. (2007). Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (5), 409-417.
- Aguinaga, M., Fernández, L. J. y Varo, J. R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23 (2), 279-292.
- Allegue, E. O. (2009). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Buenos Aires: RV-Kristal.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Almenara, V. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión del trastorno. *Revista de Neuropsiquiatría*, 66 (1), 52-62.
- 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.
- Aluja, A., García, O., Rossier, J. y García, L. F. (2005). Comparison of the NEO-FFI, the NEO-FFI-R and an alternative short version of the NEO-PI-R (NEO-60) in Swiss and Spanish samples. *Personality and Individual Differences*, 38 (3), 591-604.
- Álvarez, G., Escoto, M. C., Vázquez, R., Cerero, L. A. y Mancilla, J. M. (2009). Trastornos del comportamiento alimentario en varones: De la anorexia nerviosa a la dismorfia muscular. En J. A. Espinoza y K. Franco (Eds.), *Comportamiento alimentario: Una perspectiva multidisciplinar* (pp. 138-157). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Álvarez, G., Vázquez, R., Mancilla, J. M. y Gómez-Peresmitré, G. (2003). Evaluación de las propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1), 47-56.

- Álvarez-Malé, M. L., Castaño, I. B. y Majem, L. S. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (5), 2283-2288.
- Álvarez-Moya, E. M., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Vallejo, J., Krug, I., Bulik, C. M. y Fernández-Aranda, F. (2007). Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (5), 452-457.
- Álvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J. M. y Vázquez-Arévalo, R. (2009). Body image and eating disorders. *Revista de Salud Pública*, 11 (4), 568-578.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R, Third edition revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, Fourth Edition Revised text*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Anderlueh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. y Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 242-247.
- Andersen, A. E. (1990). *Males with eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Andersen, A. E. (2002). Eating disorders in males. En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 177-187). New York: Guilford Press.

- Andrist, L. C. (2003). Media images, body dissatisfaction, and disordered eating in adolescent women. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28 (2), 119-123.
- Ángel, L. A., Martínez, L. M. y Gómez, M. T. (2008). Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario (T.C.A) en estudiantes de bachillerato. *Revista de la Facultad de Medicina*, 56 (3), 193-210.
- Ángel, L. A., Vásquez, R., Martínez, L. M., Chavarro, K. y García, J. (2000). Comportamiento alimentario. Desarrollo, validez y fiabilidad de una encuesta. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (1), 29-48.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C. y Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33 (1), 156-167.
- Arévalo, R. V., Aguilar, X. L., Tellez-Girón, M. T. O. y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6 (2), 108-120.
- Arias, B. (2008). Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS. En M. A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía y B. Arias (Coords.), *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales* (pp. 75-120). Salamanca: Publicaciones del INICO.
- Arroyo, M., Ansotegui, L., Pereira, E., Lacerda, F., Valador, N., Serrano, L. y Rocandio, A. M. (2008). Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. *Nutrición Hospitalaria*, 23 (4), 366-372.
- Arrufat, F. J. (2006). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C.,... y Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52 (3), 167-176.

- Babio, N., Canals, J., Pietrobelli, A., Pérez, S. y Arijá, V. (2009). A two-phase population study: relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*, 24 (4), 485-491.
- Baile, J. I. y Escursell, R. M. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19 (2), 187.
- Baile, J. I. y Garrido, E. (2005). *Características psicométricas del "Eating attitudes test-26" en una muestra de chicas universitarias*. Comunicación presentada en el 6º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.
- Baile, J., Raich, R. y Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19 (2), 187-192.
- Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70 (607), 475-482.
- Ballabriga, A. y Carrascosa, A. (2001). *Nutrición en la infancia y en la adolescencia*. Barcelona: Ergon.
- Ballester, D., de Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C. y Ferrer, M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: Un estudio de prevalencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (4), 207-212.
- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F. y Joiner, T. E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 27-42.
- Barić, I., Štalić, Z. y Lukešić, Ž (2003). Nutritive value of meals, dietary habits and nutritive status in Croatian university students according to gender. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 54, 473-484.
- Baron, R. A. y Byrne, D. (2005). *Psicología social*. Madrid: Pearson Educación.
- Bay, L. B., Rausch, C., Kovalskys, I., Berner, E., Orellana, L. y Bergesio, A. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que

- concurren al consultorio del pediatra. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103 (4), 305-316.
- Bearman, S., Presnell, K., Martinez, E. y Stice, E. (2006). The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (2), 217-29.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A. y Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 (5), 287-294.
- Behar, R. (2010a). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48 (4), 319-334.
- Behar, R. (2010b). Corporalidad, sociedad y cultura en la etio-patogenia de las patologías alimentarias. En R. Behar y G. Figueroa G (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 75-94). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- Behar, R. (2011). Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 113-124.
- Behar, R. y Arancibia, M. (2013). Temor a la madurez en la anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4 (2), 143-152.
- Behar, R. y Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud Mental*, 38 (3), 225-232.
- Behar, R., Arriagada, M. I. y Casanova, D. (2005). Eating and affective disorders: A comparative study. *Revista Médica de Chile*, 133, 1407-1414.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B. y Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45 (3), 211-220.
- Behar, R., Gramegna, G. y Arancibia, M. (2014). Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52 (2), 103-114.

- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española: Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson.
- Becker, C. DeViva, J. y Zayfert, C. (2004). Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: The importance of anxiety comorbidity assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 18 (3), 255-274.
- Berengüí, R., Castejón, M. y Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7 (1), 1-8.
- Bergstrom, R. L. y Neighbors, C. (2006). Body image disturbance and the social norms approach: An integrative review of the literature. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 975-1000.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J. y Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68 (3), 454-462.
- Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T. y Satir, D. A. (2009). Impulsivity and Personality Variables in Adolescents with Eating Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 251-259.
- Borda, M., Avargues, M. L., López, A. M., Torres, I., del Rio, C. y Pérez, M. A. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 205-227.

- Borda, M., Celemín, A., Celemín, A., Palacio, L. y Majul, F. (2015). Bulimia nerviosa y factores de riesgo asociados en adolescentes escolarizados de 14 a 18 años en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 31 (1), 36-52.
- Botella, J., Sepúlveda, A. R., Huang, H. y Gambara, H. (2013). A meta-analysis of the diagnostic accuracy of the SCOFF. *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E92.
- Boujut, E. y Gana, K. (2014). Relationship between depressive mood and eating disorders in a non-clinical young female sample: A one-year longitudinal analysis of cross-lagged and simultaneous effects. *Eating Behaviors*, 15 (3), 434-440.
- Bravender, T., Bryant-Waugh, R., Herzog, D., Katzman, D., Kriepe, R. D., Lask, B., ... y Madden, S. (2010). Classification of eating disturbance in children and adolescents: Proposed changes for the DSM-V. *European Eating Disorders Review*, 18 (2), 79-89.
- Brener, N. D., Eaton, D. K., Lowry, R. y Mamanus, T. (2004). The association between weight perception and BMI among high students. *Obesity Research*, 12, 1866-1874.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 26 (4), 212-217.
- Brytek-Matera, A. (2008). Mood and emotional symptoms in eating disordered patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2 (10), 65-71.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. y Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63 (3), 305-312.

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D. y Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (1), 1-20.
- Bulik, C. M. y Tozzi, F. (2004). Genetics in eating disorders: state of the science. *CNS Spectrums*, 9 (7), 511-515.
- Calado, M. (2011). Incidencia y Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España: Hacia el DSM-V. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica*, 13 (4), 4-9.
- Calvo, D. (2012). *Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada*. Tesis doctoral. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Canals, J., Domenech, E., Carbajo, G. y Blade, J. (1997). Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96 (4), 287-294.
- Cancela, J. M. y Ayán, C. (2011). Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. *Revista Española de Salud Pública*, 85 (5), 499-505.
- Caramillo, E. M., Khan, K. M., Collier, A. D. y Echevarria, D. J. (2015). Modeling PTSD in the zebrafish: Are we there yet? *Behavioural brain research*, 276, 151-160.
- Casillas, M., Montaña, N., Reyes, V., Barcardí, M. y Jiménez, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 7 (4), 243-249.
- Cassin, S. E. y von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25 (7), 895- 916.
- Castejón, M. A., Berengüí, R., y Garcés de los Fayos, E. J. (2016). Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36 (1), 54-63.

- Castro-Zamudio, S. y Castro-Barea, J. (2016). Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. *Escritos de Psicología*, 9 (2), 22-30.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, 7, 175-90.
- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C.,... y Toro, J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (6), 562-568.
- Cattarin, J. A. y Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 114-125.
- Cattell, R.B., Cattell, A.K.S. y Cattell, H.E.P (1995). 16PF5. *Adaptación Española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y Bulimia Nerviosas*. Madrid: Ergon.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa y atracones*. Barcelona: Masson.
- Chunga, L. (2016). Trastornos de la conducta alimentaria y alexitimia en adolescentes femeninas escolares. *Revista de Psicología*, 17 (2), 116-127.
- Coen, A. (1997). Lingüística y nutrición. *Cuadernos de Nutrición*, 20 (5), 3.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cortez, M. S. (2015). Dimensiones de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Enfermería Técnica. *Ciencia y Tecnología*, 11 (2), 125-138.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vandeputte, A. y Braet, C. (2013). Personality Subtypes in Female Pre-Bariatric Obese Patients: Do They Differ in Eating Disorder Symptoms, Psychological Complaints and Coping Behaviour?. *European Eating Disorders Review*, 21 (1), 72-77.
- Collier, D. A. y Treasure, J. L. (2004). The aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 185 (5), 363-365.

- Connors, M. y Johnson, C. (1987). Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors. *Addictive Behaviors*, 12 (2), 165-179.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B. y Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13 (4), 223-236.
- Cooley, E. y Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30 (1), 28-36.
- Correa, M. L., Zubarew, T., Silva, P. y Romero, M. I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Revista Chilena de Pediatría*, 77 (2), 153-160.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (2008). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) e Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Costín, C. (2002). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación*. México: Diana.
- Cotton, M. A., Ball, C. y Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 18 (1), 53-56.
- Crawford, C. B. (1989). The theory of evolution: Of what value to psychology? *Journal of Comparative Psychology*, 103 (1), 4-22.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D. y Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166 (12), 1342-1346.
- Cruz, R. M., Ávila, M. L., Cortés, M. C., Vázquez, R. y Mancilla, J. M. (2013). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*, 18 (2), 189-198.

- Cruz, S. y Maganto, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (3), 455-473.
- Cruz-Sáez, M. S., Pascual, A., Etxebarria, I. y Echeburúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de Psicología*, 29 (3), 724-733.
- Cruzat, C., Haemmerli, C. V. y García, A. L. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria: Reflexionando en torno a las variables socioculturales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3 (1), 54-61.
- Cruzat, C., Ramírez, P., Melipillán, R. y Marzolo, P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar percibido en una muestra de estudiantes secundarias de la Comuna de Concepción, Chile. *Psykhé*, 17 (1), 81-90.
- Culbert, K. M., Racine, S. E. y Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56 (11), 1141-1164.
- Culbert, K. M., Burt, S. A., McGue, M., Iacono, W. G. y Klump, K. L. (2009). Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (4), 788-796.
- Currin, L., Schimidt, U., Treasure, J. y Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186 (2), 132-135.
- Davis, C., Shapiro, C. M., Elliott, S. y Dionne, M. (1993). Personality and other correlates of dietary restraint: An age by sex comparison. *Personality and Individual Differences*, 14 (2), 297-305.
- De Gracia, M., Marcó, M. y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19 (4), 646-653.
- De Lima, F., Cripta, A. y Loureiro, S. (2011). Further psychometric study of the Beck Anxiety Inventory including factorial analysis and social Anxiety

- disorder screening. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15, 255-262.
- De los Santos, A. (2007). Nuevas familias y conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5, 439-456.
- De Piero, A., Bassett, N., Rossi, A. y Sammán, N. (2015). Tendencia en el consumo de alimentos de estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (4), 1824-1831
- Díaz-Marsá, M. y Carrasco, J. L. (2002). *La personalidad y sus trastornos en la anorexia y en la bulimia nerviosa*. Masson: Barcelona
- Dimitropoulos, G., Carter, J., Schachter, R. y Woodside, D. B. (2008). Predictors of family functioning in carers of individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (8), 739-747.
- Dooley-Hash, S., Banker, J. D., Walton, M. A., Ginsburg, Y. y Cunningham, R. M. (2012). The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14-20 years. *International Journal of Eating Disorders*, 45 (7), 883-890.
- Dos Santos, M., Francischi, R., Fontes, F., Baeza, F. y Tucunduva, S. (2010). Adaptation and validation of the Spanish version of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perspectivas en Nutrición Humana*, 12 (1), 11-23.
- Durán, M. V. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2, 120-141.
- Durán, S., Díaz, V., Record, J., Cordon, K., Encina, C. y Araya, M. (2014). Diferencias entre índice de masa corporal real y el percibido en mujeres universitarias de Chile, Panamá y Guatemala. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 34 (2), 29-36.
- Egan, S. J., Watson, H. J., Kane, R. T., McEvoy, P., Fursland, A. y Nathan, P. R. (2013). Anxiety as a mediator between perfectionism and eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 37 (5), 905-913.

- Eichen, D. M., Conner, B. T., Daly, B. P. y Fauber, R. L. (2012). Weight perception, substance use, and disordered eating behaviors: Comparing normal weight and overweight High-School students. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1-13.
- Ellis, P. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elosua, P., López-Jáuregui, A., y Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Adaptación española del Eating Disorder Inventory-3. Normalización y validación*. Madrid: TEA.
- Engler, P. A., Crowther, J. H., Dalton, G. y Sanftner, J. L. (2006). Predicting eating disorder group membership: An examination and extension of the sociocultural model. *Behavior Therapy*, 37, 69-79.
- Escoto, M. C., Camacho, E. J., Álvarez-Rayón, G., Díaz, F. y Morales, A. (2012). Relación entre autoestima y síntomas de dismorfa muscular en varones físico constructivistas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3 (1), 1-8.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13 (4), 533-538.
- Fahy, T.A., Üsácar, A. y Marks, L. (1993). History of eating disorders in female patients with obsesive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 439-443.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147 (4), 401.
- Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International journal of eating disorders*, 16 (4), 363-370.
- Fairburn, C. G. y Brownell, K. D. (2005). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Londres: Guilford Press.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, D., Dip, Z., Doll D., H. A., O'Connor, M. E., Bohn D Phil, K., Hawker, D. M., ... y Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166 (3), 311-319.
- Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Farinde, A. (2013). The Beck Depression Inventory. *The Pharma Innovation*, 2 (1), 56-62.
- Farstad, S. M., Ranson, K. M., Hodgins, D. C., El-Guebaly, N., Casey, D. M. y Schopflocher, D. P. (2015). The influence of impulsiveness on binge eating and problem gambling: A prospective study of gender differences in Canadian adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29 (3), 805-812.
- Feighner, J.P., Robin, S. E., Guze, S.B., Woodruff, R., Wlnokur, G. y Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Félix, G. A., Nachón, M. G. y Hernández, T. G. (2003). Anorexia nerviosa: una revisión. *Psicología y Salud*, 13 (1), 121-133.
- Fernández, J., Marcó, M. y de Gracia M. (1999). Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, 20 (1), 27-38.
- Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M., ... y Rotondo, A. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157 (1), 147-157.
- Fernández-Delgado, A. y Jáuregui-Lobera, I. (2016). Variables psicológicas y psicopatológicas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Journal of Negative and No Positive Results*, 1 (2), 71-80.

- Fernández, F. y Turón, V. (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia*. Barcelona: Masson.
- Ferrero, J. (1999). *Anorexia y Bulimia Nerviosas: una guía práctica para padres, educadores y médicos de familia*. Valencia: Promolibro.
- Finlayson, R. A., Kelly, I. W. y Saklofske, D. H. (2002). Bulimic symptomatology, bodyimage, and personality characteristics of university men. *Psychological Reports*, 91 (2), 496-502.
- Finn, S. E., Hartman, M., Leon, G. R. y Lawson, L. (1986). Eating disorders and sexual abuse: Lack of confirmation for a clinical hypothesis. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (6), 1051-1060.
- Flament, M. F., Hill, E. M., Buchholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A. y Goldfield, G. (2012). Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: The mediation effects of body esteem. *Body Image*, 9 (1), 68-75.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., López, X. y Álvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and eating disorders: A review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 13 (1), 61-70
- Fragkos, K. C. y Frangos, C. C. (2013). Assessing eating disorder risk: the pivotal role of achievement anxiety, depression and female gender in non-clinical samples. *Nutrients*, 5 (3), 811-828.
- Franko, D. L., Keel, P. K., Dorer, D. J., Blais, M. A., Delinsky, S. S., Eddy, K. T., ... y Herzog, D. B. (2004). What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine*, 34(5), 843.
- Furnham, A. (2002). Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reason for exercise. *The Journal of Psychology*, 136 (6), 581-597.
- Gadalla, T. M. (2008). Psychiatric comorbidity in eating disorders:a comparison of men and women. *Journal of Men's Health*, 5 (3), 209-217.
- Gadalla, T. y Piran, N. (2008). Psychiatric comorbidity in women with disordered eating behavior: a national study. *Women & Health*, 48 (4), 467-484.

- Galarsi, M. F., Ledezma, C., De Bortoli, M. Á. y Correche, M. S. (2009). Rasgos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias. *Fundamentos en Humanidades*, 19 (1), 157-166.
- Galindo, S. B., Moreno, I. M. y Muñoz, J. G. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: Factores académicos y sociofamiliares. *Clínica y Salud*, 20 (2), 177-187.
- Gandarillas, A. G. y Febrel, C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Gandarillas, A. G., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. R. y Muñoz, P. (2003). *Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- García, M. I., Vila, E. y Suárez, J. C. (2006). *Psicometría*. Madrid: UNED.
- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibañez, J. A., Lou, S., Solano, V. y Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 59 (2), 51-55.
- García-Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 110, 70-74.
- García-Palacios, A., Rivero, I. y Botella, C. (2004). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. Comparación entre una muestra control y una muestra desde un enfoque categorial y dimensional. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13 (2), 91-109.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3 professional manual*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6 (2), 123-150.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9 (2), 273-279.
- Gamer, D. M. y Garfinkel, P. E. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner-Mazel Publishers.
- Garner, D. M. y Keiper, C. D. (2010). Eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1 (1), 1-26.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Borh, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D. M., Olmestad, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D. M., Rockert, W., Olmsted, M. P., Johnson, C. y Coscina, D. V. (1985). Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 513-572). Nueva York: Guilford Press.
- Gendall, K. A., Sullivan, P. E., Joyce, P. R., Carter, F. A. y Bulik, C. M. (1997). The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (2), 115-127.
- Ghaderi A. y Scott B. (2000). The big five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14, 311-323.
- Gil, E., Ortíz, T. y Fernández, M. L. (2007). Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Atención primaria*, 39 (1), 7-11.
- Gil-Romo, S. E., Vega-García, L. A. y Romero-Juárez, G. (2007). Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿Una nueva percepción del cuerpo? *Salud pública de México*, 49 (1), 52-62.

- Gleaves, D. H., Brown, J. D. y Warren, C. S. (2004). The continuity/discontinuity models of eating disorders: A review of the literature and implications for assessment, treatment, and prevention. *Behavior Modification*, 28 (6), 739-762.
- Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Stevens, S. L., Sawyer, S. M., Rees, J., Nicholls, D. y Rome, E. S. (2003). Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 33 (6), 496-503.
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. y Venegas, M. (2002). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología*, 11 (1), 91.
- González, L. S., Patrón, G. P., Asensio, M. T. y Álvarez, J. C. (2002). Estilo de vida y hábitos alimentarios de los adolescentes extremeños. *Semergen-Medicina de Familia*, 28 (4), 177-184.
- González-Juárez, C., Pérez-Pérez, E., Cabrera, B. M., Pau, I. M., de Pablo, R. R. y de la Torre Escalera, P. V. (2007). Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Atención Primaria*, 39 (4), 189-194.
- Gómez, R., Gómez, R., Díaz, A. M., Fortea, M. S. y Salorio, P. (2010). Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria: Ansiedad como factor de modulación. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 124-128
- Gómez-Peresmitré, G., Acosta, V., Gorischnik, R., Cuevas, C., Pineda, G., Platas, R. S.,... y León, R. (2013). Un estudio preliminar de los factores predictores de la conducta de atracón en tres culturas: México, Argentina y España. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4 (2), 68-78.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jauregui, J., Tafoya, S. y Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino. *Revista Psicología Contemporánea*, 7 (1), 4-15.
- Gorey, K. M. (1998). Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population-based studies. *International Journal of Eating Disorders*, 23 (4), 347.

- Gouveia, V. V., de Lucena Pronk, S., Santos, W. S., Gouveia, R. S. y Cavalcanti, J. P. (2010). Test de actitudes alimentarias: evidencias de validez de una nueva versión reducida. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (1), 28-36.
- Grogan, S. (2006). Body image and health contemporary perspectives. *Journal of Health Psychology*, 11, 523-530.
- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-Gonzalez, M. A., Lahortiga, F., De Irala-Estevez, J. y Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (3), 261-273.
- Guerro-Prado, D., Barjau, J. M. y Chinchilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29 (6), 403-410.
- Guidano, V. F., Liotti, G. y Guidano, V. F. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gull, W. W. (1874). Anorexia nervosa. *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.
- Halgin, R. P., Krauss, S., Pineda, L. A. y Velázquez, A. J. A. (2004). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos*. México: McGraw-Hill.
- Halmi, K.A. (2003). Clasificación, diagnóstico y comorbilidades de trastornos de la alimentación. *Trastornos de la alimentación*, 6, 1-74.
- Hayden, M., Brown, W., Brennan, L. y O'Brien, P. (2012). Validity of Beck Depression Inventory as a Screening Tool for a Clinical Mood Disorder in Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery*, 22, 1666-1675.
- Hekier, M., y Miller, C. (1994). *Anorexia-Bulimia: Deseo de nada*. Buenos Aires. Paidós.
- Hernández, M. (2006). Las influencias familiar y social en la anorexia y en la bulimia, el caso de Saltillo, Mexico. *Episteme*, 2 8-9.

- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M. y Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez: actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (4), 1148-1155.
- Hernández-Cortés, L. M. y Londoño, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29 (3), 748-761.
- Hernández-Escalante, V. M. y Laviada-Molina, H. A. (2014). Vómito autoinducido y ayuno compensatorio en mujeres sin diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Revista Biomédica*, 25 (1), 17-21.
- Hernández, A. M., García, L. F., Marín, R. G., Hernández, C. M. y Revah, D. O. (2004). *Trastornos alimentarios en jóvenes guanajuatenses*. Guanajuato, Mexico: Universidad de Guanajuato. Dirección de Investigación y Posgrado.
- Hernández-Mendo, A., Blanco-Villaseñor, A., Pastrana, J. L., Morales-Sánchez, V. y Ramos-Pérez, F. J. (2016). SAGT: Aplicación informática para análisis de generalizabilidad. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 11 (1), 77-89.
- Hernández-Muñoz, S. y Camarena-Medellin, B. (2014). El papel del gen del transportador de serotonina en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43 (4), 218-224.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2009) Adolescent eating disorders: Definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18 (1), 31-47.
- Herpertz-Dahlmann, B., Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J. y Remschmidt, H. (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa—course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (5), 603-612.

- Herrero, M. y Viña, C. M. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 67-83.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J. y Lavori, P. W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (5), 810-818.
- Hidalgo, M. I. y Güemes, M. (2008). Trastornos del comportamiento alimentario, anorexia y bulimia. *Pediatría Integral*, 11 (10), 959-972.
- Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5 (1), 61-74.
- Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H. y Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14 (2), 106-110.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61 (3), 348-358.
- Hsu, L. G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19 (4), 681-700.
- Imaz, C., Alcalde, B., N Higuera, M. B. y M Conde, V. J. (2008). Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (2), 75-81.
- Iñarritu, M. C., Cruz, V. y Morán, I. C. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 5 (2).
- Irazusta, A., Hoyos, I., Díaz, E., Irazusta, J., Gil, J. y Gil, S. (2007). Alimentación de estudiantes universitarios. *BIBLID*, 8, 7-18.
- Jacobi, C., Abascal, L. y Taylor, C. B. (2004). Screening for eating disorders and high-risk behavior: Caution. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (3), 280-295.

- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130 (1), 19.
- Jáuregui, I., Romero, J., Bolaños, P., Montes, C., Díaz, R., Montaña, M.,... y Vargas, N. (2009). Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutrición Hospitalaria*, 24 (5), 568-573.
- Javaras, K. N., Pope, H. G., Lalonde, J. K., Roberts, J. L., Nillni, Y. I., Laird, N. M., ... y Tsuang, M. T. (2008). Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (2), 266-273.
- Jiménez, D., Galindo, J. S., Escudero, V. y Hernández, J. J. (2013). Influencia de las habilidades emocionales y factores socioculturales en el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria. *Paraninfo Digital*, 19.
- Jinyao, Y., Xiongzhao, Z., Auerbach, R. P., Gardiner, C. K., Lin, C., Yuping, W. y Shuqiao Y. (2012). Insecure attachment as a predictor of depressive and anxious symptomology. *Depression and Anxiety*, 29 (9), 789-796.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S. y Brook, J. S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1119-1128.
- Johnson, F. y Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (1), 119-125.
- Joreskog, K. y Sorbom, D. (2006). *LISREL 8.80: A guide to the program and applications*. Chicago, IL: SPSS, Inc.
- Kaltiala-Heino, R., Rissanen, A., Rimpela, M. y Rantanen, P. (1999). Bulimia and bulimic behaviour in middle adolescence: more common than thought?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (1), 33-39.

- Katzman, D. K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 52-59.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N. y Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2215-2221.
- Kazdin, A.E. (2000). *Encyclopedia of Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A. y Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), 936-940.
- Kim, J. H. y Lennon, S. J. (2007). Mass media and self-esteem, body image, and eating disorder tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25, 3-23.
- Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body image*, 7 (1), 8-14.
- Klump, K. L., Burt, S. A., McGue, M. y Iacono, W.G. (2007). Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence: a longitudinal twin study. *Archives of General Psychiatry*, 64 (12), 1409-1415.
- Klump, K. L., Kaye, W. H. y Strober, M. (2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24 (2), 215-225.
- Klump, K. L., Keel, P. K., Sisk, C. y Burt, S.A. (2010). Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychological Medicine*, 40 (10), 1745-1753.
- Knoll, S., Foecker, M. y Hebebrand, J. (2014). Changes to the classification of Eating Disorders in DSM-5. *Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(5), 361-6.

- Laessle, R., Kittl, S., Fichter, M., Wittchen, H. y Pirke, K. (1987). Major affective-disorder in anorexia-nervosa and bulimia - A descriptive diagnostic study. *British Journal of Psychiatry*, 151, 785-789.
- Lahortiga-Ramos, F., De Irala-Estévez, J., Cano-Prous, A., Gual-García, P., Martínez-González, M. Á., y Cervera-Enguix, S. (2005). Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *European Psychiatry*, 20 (2), 179-185.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 23-33.
- Lasègue, C. (2009). De l'anorexie hystérique. *Journal Français de Psychiatrie*, 1, 3-8.
- Lázaro, P. R., Fernández, M. A. P., Medel, D. C., Hornero, J. P., del Barrio, J. A. G. y Otero, M. C. (2016). Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 39, 29-36.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L. y Dube, A. (1994). Family influences, school behaviors, and risk for the later development of an eating disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 23 (5), 499-515.
- Leon, G. R., Keel, P. K., Klump, K. L., y Fulkerson, J. A. (1997). The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 33 (3), 405-411.
- León, M. T. y Sánchez, M. D. C. (2005). *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Jaén: Formación Alcalá.
- Leonidas, C., Crepaldi, M. A. y Santos, M. A. (2013). Bulimia nervosa: uma articulação entre aspectos emocionais e rede de apoio social. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15 (2), 62-75.
- Leonidas, C. y Santos, M. A. D. (2012). Imagem corporal e hábitos alimentares na Anorexia Nervosa: Uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (3), 550-558.

- Lilenfeld, L.R.R., Wonderlich, S., Lawrence, R.P., Crosby, R. y Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26 (3), 299-320.
- Linde, N. (2006). *Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en la Región de Murcia*. Tesis doctoral no publicada. Murcia: Universidad de Murcia.
- Londoño, N. H., Jaramillo, J. C., Castaño, M. C., Rivera, D. P., Berrio, Z. y Correa, D. (2015). Prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Psicología e Saúde*, 7 (1), 47-55.
- López, L. (1999). Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (72), 599-608.
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (1), 85-97.
- López-Azpiazu, I., Sánchez-Villegas, A., Johansson, L., Petkeviciene, J., Prattala, R. y Martínez-González, M. A. (2003). Disparities in food habits in Europe: systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16, 349-364.
- Lorenzo, C. R., Lavori, P. W. y Lock, J. D. (2002). Eating attitudes in high school students in the Philippines: A preliminary study. *Eating and Weight Disorders*, 7, 202-209.
- Losada, A. V., Leonardelli, E. y Magliola, M. (2015). Influencia Sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18 (1), 1-37.
- Luck, A. J., Morgan, J. F., Reid, F., O'Brien, A., Brunton, J., Price, C.,... y Lacey, J. H. (2002). The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ*, 325 (7367), 755-756.
- Lugli, Z. y Vivas, E. (2006). Conductas y actitudes sugestivas de riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios venezolanos. *Revista de la Facultad de Medicina (Caracas)*, 29 (2), 168-173.

- MacLaren V. V. y Best L. A. (2009). Female students' disordered eating and the big five personality facets. *Eating Behaviors*, 10, 192-195.
- Maddox, R. W. y Long, M. A. (1999). Eating disorders: Current concepts. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 39 (3), 378-385.
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory. *Spanish Journal of Psychology*, 11, 626-640.
- Maganto, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop Online*.
- Maloney, M. J., McGuire, J., Daniels, S. R. y Specker, B. (1989). Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84 (3), 482-489.
- Mancilla, J. M., Gómez-Peresmitre, G., Alvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitre (Eds.), *Trastornos del comportamiento alimentario en países hispano-latino-americanos* (pp. 89-122). México: Manual Moderno.
- Markey, C. (2010). Invited Commentary: Why Body Image is Important to Adolescent Development. *Journal of Youth and Adolescence*, 39 (12), 1387-1391.
- Martínez, A. I. (2002). Temperamento, carácter personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*, 13 (2), 617-643.
- Martínez, A. M., Martínez, D. M., Trapiello, M. S., Vicente, M. S. y Gil, P. S. (2000). Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Atención Primaria*, 25 (5), 313-319.
- Martínez, B. A., Lamotte, B. V. y Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30 (5), 401-407.
- Martínez-Aedo, M. J. (2000). Anorexia y bulimia nerviosas. Concepto y criterios diagnósticos. En Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (Ed.),

- Trastornos del comportamiento alimentario en el niño* (pp. 147-161). Barcelona: Trajecte.
- Martínez-González, L., Villa, T. F., de la Torre, A. J. M., Pérez, C. A., Cavanillas, A. B., Álvarez, R. C.,... Martín, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto unHicos. *Nutrición Hospitalaria*, 30 (4), 927-934.
- Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffter, A. L. ... y Rosenvinge, J. H. (2016). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21 (4), 1-9.
- Mateos-Padorno, C., Scoffier, S., Polifrone, M., Martínez-Patiño, M. J., Martínez-Vidal, A. y Sánchez, M. Z. (2010). Analysis of eating disorders among 12-17 year-old adolescents in the island of Gran Canaria. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 15 (3), 190-194.
- McArthur, L. H., Holbert, D. y Pena, M. (2005). An exploration of the attitudinal and perceptual dimensions of body image among male and female adolescents from six Latin American cities. *Adolescence*, 40 (160), 801-816.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. En L. A. Pervin y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (139-153). New York: Guilford Press.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. New York: Guilford Press.
- Measelle, J., Stice, E. y Hogansen, J. (2006). Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial, and substance abuse problems in female adolescents. *The Journal of Abnormal Psychology*, 115 (3), 524-538.
- Meier, S. M., Bulik, C. M., Thornton, L. M., Mattheisen, M., Mortensen, P. B. y Petersen, L. (2015). Diagnosed anxiety disorders and the risk of subsequent anorexia nervosa: A Danish population register study. *European Eating Disorders Review*, 23 (6), 524-530.

- Mendoza, R. M., Batista, J. B., García, M. S. y González, A. C. (1998). El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gaceta Sanitaria*, 12 (6), 263-271.
- Mérida, C. y López, R. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigacion Psicologica*, 10, 69-85.
- Meza, C. y Moral, J. (2012). Validación de la versión en español del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14 (2), 73-93.
- Míguez, M., De la Montaña, J., González, J. y González, M. (2011). Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutrición Hospitalaria*, 26 (3), 472-479.
- Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Mintz, L. B. y O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74 (3), 489-503.
- Molina, L. M., Jaén, H. y Viñas, M. R. (2006). La imagen corporal desde terapia ocupacional. Una actividad terapéutica en piscina. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*, 3, 18-29.
- Montenegro, M., Blanco, A., Almengor, M. y Pereira, C. (2012). Trastornos alimenticios, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de psicología de la Universidad de Costa Rica. *Revista Wímb Lu*, 4 (1), 31-40.
- Montero, P., Morales, E. M. y Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116.
- Monterrosa, Á., Boneu, D. J., Muñoz, J. T. y Almanza, P. E. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3 (1), 99-111.
- Mora, Z. S. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87 (2), 67-80.

- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J.J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 215-219.
- Morejón, A. J., García-Bóveda, R. J. y Jiménez, R. (2007). Características psicométricas de una adaptación española del Test de Bulimia (BULIT). *Actas Españolas de Psiquiatria*, 35 (5), 309-314.
- Moreno, M. A. y Ortiz, G. R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*, 27 (2), 181-190.
- Morgan, J. F., Reid, F., y Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319 (7223), 1467-1468.
- Muriungui, S. y Ndeti, D. (2013). Effectiveness of psycho-education on depression, hopelessness, suicidality, anxiety and substance use among basic diploma students at Kenya Medical Training College. *South African Journal of Psychiatry*, 19 (2), 41-50.
- Muro-Sans, P. y Amador-Campos, J. A. (2007). Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 12 (1), 1-6.
- Nadaoka, T., Oiji, A., Takahashi, S., Morioka, Y., Kashiwakura, M. y Totsuka, S. (1996). An epidemiological study of eating disorders in a northern area of Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (4), 305-310.
- Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Paidós
- Nolen, S., Stice, E., Wade, E. y Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *The Journal of Abnormal Psychology*, 116 (1), 198-207.
- Olesti, M. O., Moreso, J. P., Vergara, N. M., de la Fuente García, M., Solé, A. R. y De Castellarnau, G. R. (2008). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*, 68 (1), 18-23.
- Onnis, L. (2016). *El tiempo congelado: Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad*. Barcelona: Editorial GEDISA.

- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10*. Washington D.C.: Autor
- Overton, A., Selway, S., Strongman, K. y Houston, M. (2005). Eating disorders- The regulation of positive as well as negative emotion experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12 (1), 39-56.
- Pachón, B. C. (2006). La sociedad de consumo y los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 4, 321-335.
- Pamies, L. (2011). *Correlatos psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes*. Tesis Doctoral. Elche: Universidad Miguel Hernández.
- Pamies, L. y Quiles, Y. (2014). Perfeccionismo y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes españoles de ambos géneros. *Anales de Psicología*, 30 (2), 620-626.
- Pamies, L., Quiles, Y. y Bernabé, M. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Medicina Clínica*, 136 (4), 139-143
- Pardo, A. y Ruiz, M. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill.
- Paredes, F., Nessier, C. y González, M. (2011). Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. *Diaeta*, 29 (136), 18-24.
- Paredes, K. F., Mancilla-Díaz, J. M., Vásquez-Arévalo, R., Rayón, G. Á. y Aguilar, X. L. (2011). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 829
- Pascual, A., Etxebarria, I. y Cruz, M. S. (2011). Emotional differences between women with different types of eating disorders. *The International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (1), 1-11.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (6), 681-690.

- Peláez-Fernández, M. A., Raich, R. M. y Labrador, F. G. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1 (1); 62-75.
- Penelo, E., Villarroel, A. M., Portell, M., y Raich, R. M. (2012). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 76-83.
- Pérez De Eulate, L., Ramos, P., Liberal, S. y Latorre, M. (2005). Educación nutricional: Una encuesta sobre hábitos alimenticios en adolescentes vascos. *Enseñanza de las Ciencias*, 1-5.
- Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F. y Cervera, S. (2000). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114 (13), 481-486.
- Pérez-García, A.M. y Bermúdez, J. (2011). Introducción al estudio de la personalidad: unidades de análisis. En J. Bermúdez, A.M. Pérez-García, J.A. Ruiz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la personalidad: Teoría e investigación* (pp. 25-68). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Platas, S. y Velasco, V. (2017). Anxiety as a predictor of anorexia and bulimia risk: Comparison between university students of Baja California and Mexico City. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentario*, 8, 49-55.
- Piñeros, S., Molano, J. y López, C. (2010). Risk Factors for Eating Disorders among School-Aged Young People in Cundinamarca (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (2), 313-328.
- Piotrowski, C. y Gallant, N. (2009). Research use of clinical measures for anxiety in the recent psychological literature. *Journal of Instructional Psychology*, 36, 84-86.
- Piran, N. y Robinson, S. R. (2006). Association between disordered eating behaviors and licit and illicit substance use and abuse in a university sample. *Addictive Behaviors*, 31, 1761-1765.

- Pirke, K. M. y Ploog, D. (2012). *The psychobiology of anorexia nervosa*. Berlín: Springer Science & Business Media.
- Podar, I., Jaanisk, M., Allik, J. y Harro, J. (2007). Psychological traits and platelet monoamine oxidase activity in eating disorder patients: their relationship and stability. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31 (1), 248-253.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A. y Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (1), 99-103.
- Portela de Santana M. L., da Costa H., Mora M. y Raich R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (2), 391-401.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R.,... y Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (14), 1125-1132.
- Quinton, S. y Wagner, H. L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163-1173.
- Quiroga, S., y Cryan, G. (2002). Grado de asociación entre depresión y trastornos de la alimentación en la adolescencia tardía femenina. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 7, 109-134.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, Bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. y Torras, J. (2002). Evaluación del trastorno de la imagen corporal en población general y en pacientes de centros de medicina cosmética españoles mediante el BDDE-C. *Psicología Conductual*, 10 (1), 93-106.

- Ramírez, E., Rüssel, M., Báez, E. y Rodríguez, C. (2009). Trastornos alimentarios en alumnos en medicina que cursan el segundo semestre del primer año. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 202, 8-13.
- Ramos, P., Pérez De Eulate, L., Liberal, S. y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, 16, 65-74.
- Ranson, K. M., Wallace, L. M., Holub, A. y Hodgins, D. C. (2013). Eating disorders, substance use disorders, and impulsiveness among disordered gamblers in a community sample. *European Eating Disorders Review*, 21 (2), 148-154.
- Rausch, C., y Bay, L. (1990). *Anorexia y Bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Ricca, V., Nacmias, B., Cellini, E., Di Bernardo, M., Rotella, C. M. y Sorbi, S. (2002). 5-HT_{2A} receptor gene polymorphism and eating disorders. *Neuroscience Letters*, 323 (2), 105-108.
- Rigaud, D., Brondel, L., Poupard, A. T., Talonneau, I. y Brun, J. M. (2007). A randomized trial on the efficacy of a 2-month tube feeding regimen in anorexia nervosa: A 1-year follow-up study. *Clinical Nutrition*, 26 (4), 421-429.
- Rivas, T., Bersabé, R. y Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, 24 (2), 25-31.
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M. y Berrocal, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (02), 1044-1056.
- Rivarola, M. F. y Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8 (2), 61-72.
- Roberts, M. E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L. y Treasure, J. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine*, 37 (08), 1075-1084

- Rodgers, R. F., Ganchou, C., Franko, D. L. y Chabrol, H. (2012). Drive for muscularity and disordered eating among French adolescent boys: A sociocultural model. *Body Image*, 9 (3), 18-23.
- Rodríguez, A., Novalbos, J. P., Ruiz, M. A., Fernández, J. R. y Jiménez, D. (2001). Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. *Journal of Adolescent Health*, 28 (4), 338-345.
- Rojas, D. G. y Ruiz, A. P. (2011). Educación y salud en la adolescencia: los trastornos de la conducta alimentaria. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 26, 55-70.
- Rojo, L. y Cava, G. (2003). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Rojo, S. F., Linares, T. G., Arguis, C. B. y Félix-Alcántara, M. P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11 (86), 5144-5152.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., ... y Vila, M. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34 (3), 281-291.
- Rome, E. S. (2012). Eating disorders in children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 42 (2), 28-44.
- Root, M. P., Fallon, P. y Friedrich, W. N. (1986). *Bulimia: A systems approach to treatment*. New York: WW Norton & Co.
- Ross, M. y Wade, T. (2004). Shape and weight concern and self-esteem as mediators of externalized self-perception, dietary restraint and uncontrolled eating. *European Eating Disorders Review*, 12 (2), 129-136.
- Rosas, C. E. (2015). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicología*, 12 (1), 13-50.
- Rosen, D. S. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126 (6), 1240-1253.
- Ruiz, N. S., Fernández, B. M., Ontoso, I. A., Mozó, I. S., Armayor, N. C., De Mendoza, C., Cantón, J. H. y Grima, F. G. (2015). Análisis de la

- percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (5), 2269-2275.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Alonso, J. P., Velilla, J. M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C. y Calvo, A. I. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, 148-62
- Ruiz-Lázaro, P. M. (2010). Guía Práctica, Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, Bulimia y Anorexia, Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Consejo de la Juventud de Aragón, Gobierno de Aragón, Arbada.
- Rutzstein, G., Leonardelli, E., Scappatura, M. L., Murawski, B., Elizathe, L. y Maglio, A. L. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 1-14.
- Rutzstein, G., Scappatura, M. L. y Murawski, B. (2014). Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 39-49.
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P. y Koivisto, A. M. (2005). Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14 (5), 276-281.
- Sáiz, P. A., González, M. P., Bascarán, M. T., Fernández, J. M., Bousoño, M., y Pobes, J. (1999). Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: Un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (6), 367-374.
- Sámano, R., Flores-Quijano, M. E. y Casanueva, E. (2005). Conocimientos de nutrición, hábitos alimentarios y riesgo de anorexia en una muestra de adolescentes en la ciudad de México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 6 (2), 1-36.

- Sámano, R., Zelonka, R., Martínez-Rojano, H., Sánchez-Jiménez, B., Ramírez, C., y Ovando, G. (2012). Asociación del índice de masa corporal y conductas de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 62 (2), 145-154.
- Sánchez, J.A. (2013). *La personalidad y el autoconcepto en los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral. Córdoba: Universidad de Córdoba.
- Sánchez-Queija, M. I. S., Rodríguez, M. D. C. M., Tinoco, M. V. M. y Moreno P. J. P. (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional. *Apuntes de Psicología*, 25 (3), 305-324.
- Santacoloma, A. y Quiroga. B. (2009). Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2 (2), 7-15.
- Sanz, J. (2013). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25 (1), 39-48.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16 (2), 121-142.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9 (1), 59-84.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. V. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29 (124), 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.

- Sattler, J.M. (2001) *Assessment of Children: Cognitive Applications*. La Mesa, CA: Jerome M. Sattler Publisher.
- Saucedo-Molina, T. J., Cortés, J. Z., Villalón, L., Irecta, A. P. y Hernández, R. L. (2015). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalguenses. *Psicología y Salud*, 25 (2), 243-251.
- Saucedo-Molina, T. J. y Gómez-Peresmitré, G. (2004). A predictive model of restrictive dieting in Mexican pubescent females. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31, 69-74.
- Saucedo-Molina, T. J., Peña, A., Fernández, T. L., García, A. y Jiménez, R. S., (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 10 (2), 16-23.
- Schlundt, D. G. y Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders: Assessment and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J. y León, J.A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: Un meta-análisis. *Psicothema*, 13 (1), 7-16.
- Sepúlveda, A. R., Gandarillas, A. y Carrobes, J. A. (2008). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Psiquiatria.com*, 8(2).
- Selvini-Palazzoli, M. S. (1985). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Slade, P. (1982). Towards a functional análisis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Psychology*, 21, 167-179.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26 (6), 543-548.
- 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.

- Solano, N. y Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: Un estudio comparativo. *Psicothema*, 24 (3), 384-389.
- Staudt, M. A. y Rojo, M. M. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria; Anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica; *Revista de Posgrado de la Vlla Cátedra de Medicina*, 156, 24-30.
- Stice, E. (2016). Interactive and mediational etiologic models of eating disorder onset: Evidence from prospective studies. *Annual review of clinical psychology*, 12, 359-381.
- Stice, E. y Bearman, S. K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: a growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37 (5), 597.
- Stice, E., Becker, C. B. y Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46 (5), 478-485.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D. y Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, 109 (3), 438.
- Stice, E., Presnell, K. y Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21 (2), 131.
- Stice, E., Schupakneuberg, E., Shaw, H. y Stein, R. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology - an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 836-840.
- Stice, E. y Shaw, H. E. (2002) Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A síntesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.
- Striegel-Moore, R. H. y Franko, D. L. (2008). Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 305-324.

- Striegel-Moore, R. (1995). Psychological factors in the etiology of binge eating. *Addictive Behaviors*, 20 (6), 713-723.
- Strober, M. y Katz, J. L. (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (2), 171-180.
- Suárez, A. S. y Baquero, L. A. (2009). Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2 (2), 7-16.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68 (7), 714-723.
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T. y Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46 (2), 118-131
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, S. y Smith, M. (1991). A revision of the Bulimia Test: The BULIT-R. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (1), 119-124.
- Thompson, J. K., Covert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S. y Cattarin, J. A. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 221-236.
- Tomás, I. y Atienza, F. (2002). *El consumo de tabaco y otras drogas no institucionalizadas en la adolescencia temprana. Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro
- Toro, J. (2008). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Toro, J. (2009). Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes. *Humanitas: Humanidades Médicas*, 38, 11-22.

- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nervosa*. Barcelona: Martínez Roca
- Toro, J., Castro, J., Garcia, M., Perez, P. y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62 (1), 61-70.
- Trace, S. E., Thornton, L. M., Root, T. L., Mazzeo, S. E., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L. y Bulik, C. M. (2012). Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: Implications for DSM-5. *International Journal of Eating Disorders*, 45 (4), 531-536.
- Trejo, P. M., Castro, D., Facio, A., Mollined, F. E. y Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (3), 150-160.
- Trujano, P., Nava, C., de Gracia, M., Limón, G., Alatríste, A. L. y Merino, M.T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de Psicología*, 26 (2), 279-287.
- Unikel, C., Bojórquez, I. y Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46 (6), 509-515.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T. J., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25 (2), 49-57.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, E., Fleiz, C., Alcántara, E. y Hernández, S. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58 (1), 15-27.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (1), 27-35.
- Van Son G. E., Van Hoeken D., Bartelds A. I. M., Van Furth E. F. y Hoek H. W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care

- study in The Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (7), 565-569.
- Valverde, P. R., De Los Santos, F. R. y Rodríguez, C. M. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22 (1), 77-83.
- Vandereycken, V. (1994). Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: Review of the literature from 1960 to 1979. *International Journal of Eating Disorders*, 16 (2), 105-116.
- Varela-Casal, P., Maldonado, M. J. y Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (1), 12-19.
- Vásquez, R., Ángel, L. A., García, J., Martínez, L. M. y Chavarro, K. (1997). Trastornos de conducta alimentaria en deportistas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26, 115-126.
- Vázquez, R., Álvarez, G. y Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23 (6), 18-24.
- Vázquez, R., Fuentes, E., Báez R., M., Álvarez, G. y Mancilla, J.M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12(1), 72-82.
- Vázquez, R., López, X., Ocampo, M. T. y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6 (2), 108-120.
- Vázquez, R., Mancilla, J. M., Mateo, C, López, X., Álvarez, G. y Ruiz, A. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo de una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (1), 53-63.
- Vellisca, M. Y., Orejudo, S. y Latorre, J. I. (2012). Distorsión de la percepción corporal en pacientes con anorexia nerviosa de inicio temprano vs. Tardío. *Clínica y Salud*, 23 (2), 111-121.

- Vega, A. T., Rasillo, M. A., Lozano, J. E., Rodríguez, G. y Martín, M. F. (2005). Prevalence and risk profile among secondary school students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (12), 980-987.
- Vega, V. C., Piccini, M., Barrionuevo, J. A. y Tocci, R. F. (2009). Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de investigaciones*, 16, 103-114.
- Veses, A. M., Martínez-Gómez, D., Gómez-Martínez, S., Zapatera, B., Veiga, Ó. L. y Marcos, A. (2011). Association between excessive body fat and eating-disorder risk in adolescents: The AFINOS Study. *Medicina Clínica*, 136 (14), 620-622.
- Vitousek, K. B. y Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (2), 191-214.
- Vitousek, K. Y. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 137-147.
- Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y., ... y Joiner, T. E. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20 (4), 476-497.
- Walsh, B. T. y Garner, D. M. (1997). Diagnostic issues. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 25-33). New York: Guilford Press.
- Wentz, E., Gillberg, C., Gillberg, I. C. y Råstam, M. (2001). Ten-year Follow-up of Adolescent-onset Anorexia Nervosa: Psychiatric Disorders and Overall Functioning Scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (5), 613-622.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T.,... y Dolinsky, A. (1990). Uncommon Troubles in Young People: Prevalence Estimates of Selected Psychiatric Disorders in a Nonreferred Adolescent Population. *Archives of General Psychiatry*, 47 (5), 487-496.

- Williamson, D. A., Womble, L. G., Zucker, N.L., Reas, D.L., White, M. A. y Blouin, D. C. (2000). Body image assessment for obesity (BIA-O): Development of a new procedure. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 1326-1332.
- Woerwag-Mehta, S. y Treasure, J. (2009). Causas de la anorexia nerviosa. *Psicología y Biología*, 16 (1), 32-37.
- World Health Organisation. (1998). *Programme of Nutrition. Family and Reproductive Health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity*. Ginebra: WHO.
- World Health Organisation. (2006). *BMI Classifications. Global database on Body Mass Index*.
- Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L.A., McCabe, M.P., y Xu,Y. (2010) Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*; 7 (2), 156-64.
- Zaider, T. I., Johnson, J. G. y Cockell, S. J. (2002). Psychiatric disorders associated with the onset and persistence of bulimia nervosa and binge eating disorder during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (5), 319-329.
- Zaragoza, J., Saucedo-Molina, T. y Fernández L. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61 (1), 20-27.

ANEXOS

ANEXO I.

Tabla para el cálculo del IMC del EDI-3 RF (Garner, 2004).

Tabla de IMC

Estatura (En metros)	Peso (En kilogramos)																	
	1,00	14	14,5	15,0	15,5	16,0	16,5	17,0	17,5	18,0	18,5	19,0	20,0	21,0	22,0	23,0	24,0	
	1,02	14,6	15,1	15,6	16,1	16,6	17,2	17,7	18,2	18,7	19,2	19,8	20,8	21,8	22,9	23,9	25,0	
	1,04	15,1	15,7	16,2	16,8	17,3	17,8	18,4	18,9	19,5	20,0	20,6	21,6	22,7	23,8	24,9	26,0	
	1,06	15,7	16,3	16,9	17,4	18,0	18,5	19,1	19,7	20,2	20,8	21,3	22,3	23,6	24,7	25,8	27,0	
	1,08	16,3	16,9	17,5	18,1	18,7	19,2	19,8	20,4	21,0	21,6	22,2	23,3	24,5	25,7	26,8	28,0	
	1,10	16,9	17,5	18,2	18,8	19,4	20,0	20,6	21,2	21,8	22,4	23,0	24,2	25,4	26,6	27,8	29,0	
	1,12	17,6	18,2	18,8	19,4	20,1	20,7	21,3	22,0	22,6	23,2	23,8	25,1	26,3	27,6	28,9	30,1	
	1,14	18,2	18,8	19,5	20,1	20,8	21,4	22,1	22,7	23,4	24,0	24,7	26,0	27,3	28,6	29,9	31,2	
	1,16	18,8	19,5	20,2	20,9	21,5	22,2	22,9	23,5	24,2	24,9	25,6	26,9	28,3	29,6	30,9	32,3	
	1,18	19,5	20,2	20,9	21,6	22,3	23,0	23,7	24,4	25,1	25,8	26,5	27,8	29,2	30,6	32,0	33,4	
	1,20	20,2	20,9	21,6	22,3	23,0	23,8	24,5	25,2	25,9	26,6	27,4	28,8	30,2	31,7	33,1	34,6	
	1,22	20,8	21,6	22,3	23,1	23,8	24,6	25,3	26,0	26,8	27,5	28,3	29,8	31,3	32,7	34,2	35,7	
	1,24	21,5	22,3	23,1	23,8	24,6	25,4	26,1	26,9	27,7	28,4	29,2	30,8	32,3	33,8	35,4	36,9	
	1,26	22,2	23,0	23,8	24,6	25,4	26,2	27,0	27,8	28,6	29,4	30,2	31,8	33,3	34,9	36,5	38,1	
	1,28	22,9	23,8	24,6	25,4	26,2	27,0	27,9	28,7	29,5	30,3	31,1	32,8	34,4	36,0	37,7	39,3	
	1,30	23,7	24,5	25,4	26,2	27,0	27,9	28,7	29,6	30,4	31,3	32,1	33,8	35,5	37,2	38,9	40,6	
	1,32	24,4	25,3	26,1	27,0	27,9	28,7	29,6	30,5	31,4	32,2	33,1	34,8	36,6	38,3	40,1	41,8	
	1,34	25,1	26,0	26,9	27,8	28,7	29,6	30,5	31,4	32,3	33,2	34,1	35,9	37,7	39,5	41,3	43,1	
	1,36	25,9	26,8	27,7	28,7	29,6	30,5	31,4	32,4	33,3	34,2	35,1	37,0	38,8	40,7	42,5	44,4	
1,38	26,7	27,6	28,6	29,5	30,5	31,4	32,4	33,3	34,3	35,2	36,2	38,1	40,0	41,9	43,8	45,7		
1,40	27,4	28,4	29,4	30,4	31,4	32,3	33,3	34,3	35,3	36,3	37,2	39,2	41,2	43,1	45,1	47,0		
1,42	28,2	29,2	30,2	31,3	32,3	33,3	34,3	35,3	36,3	37,3	38,3	40,3	42,3	44,4	46,4	48,4		
1,44	29,0	30,1	31,1	32,1	33,2	34,2	35,3	36,3	37,3	38,4	39,4	41,5	43,5	45,6	47,7	49,8		
1,46	29,8	30,9	32,0	33,0	34,1	35,2	36,2	37,3	38,4	39,4	40,5	42,6	44,8	46,9	49,0	51,2		
1,48	30,7	31,8	32,9	34,0	35,0	36,1	37,2	38,3	39,4	40,5	41,6	43,8	46,0	48,2	50,4	52,6		
1,50	31,5	32,6	33,8	34,9	36,0	37,1	38,3	39,4	40,5	41,6	42,8	45,0	47,3	49,5	51,8	54,0		
1,52	32,3	33,5	34,7	35,8	37,0	38,1	39,3	40,4	41,6	42,7	43,9	46,2	48,5	50,8	53,1	55,4		
1,54	33,2	34,4	35,6	36,8	37,9	39,1	40,3	41,5	42,7	43,9	45,1	47,4	49,8	52,2	54,5	56,9		
1,56	34,1	35,3	36,5	37,7	38,9	40,2	41,4	42,6	43,8	45,0	46,2	48,7	51,1	53,5	56,0	58,4		
1,58	34,9	36,2	37,4	38,7	39,9	41,2	42,4	43,7	44,9	46,2	47,4	49,9	52,4	54,9	57,4	59,9		
1,60	35,8	37,1	38,4	39,7	41,0	42,2	43,5	44,8	46,1	47,4	48,6	51,2	53,8	56,3	58,9	61,4		
1,62	36,7	38,1	39,4	40,7	42,0	43,3	44,6	45,9	47,2	48,6	49,9	52,5	55,1	57,7	60,4	63,0		
1,64	37,7	39,0	40,3	41,7	43,0	44,4	45,7	47,1	48,4	49,8	51,1	53,8	56,5	59,2	61,9	64,6		
1,66	38,6	40,0	41,3	42,7	44,1	45,5	46,8	48,2	49,6	51,0	52,4	55,1	57,9	60,6	63,4	66,1		
1,68	39,5	40,9	42,3	43,7	45,2	46,6	48,0	49,4	50,8	52,2	53,6	56,4	59,3	62,1	64,9	67,7		
1,70	40,5	41,9	43,4	44,8	46,2	47,7	49,1	50,6	52,0	53,5	54,9	57,8	60,7	63,6	66,5	69,4		
1,72	41,4	42,9	44,4	45,9	47,3	48,8	50,3	51,8	53,3	54,7	56,2	59,2	62,1	65,1	68,0	71,0		
1,74	42,4	43,9	45,4	46,9	48,4	50,0	51,5	53,0	54,5	56,0	57,5	60,6	63,6	66,6	69,6	72,7		
1,76	43,4	44,9	46,5	48,0	49,6	51,1	52,7	54,2	55,8	57,3	58,9	62,0	65,0	68,1	71,2	74,3		
1,78	44,4	45,9	47,5	49,1	50,7	52,3	53,9	55,4	57,0	58,6	60,2	63,4	66,5	69,7	72,9	76,0		
1,80	45,4	47,0	48,6	50,2	51,8	53,5	55,1	56,7	58,3	59,9	61,6	64,8	68,0	71,3	74,5	77,8		
1,82	46,4	48,0	49,7	51,3	53,0	54,7	56,3	58,0	59,6	61,3	62,9	66,2	69,6	72,9	76,2	79,5		
1,84	47,4	49,1	50,8	52,5	54,2	55,9	57,6	59,2	60,9	62,6	64,3	67,7	71,1	74,5	77,9	81,3		
1,86	48,4	50,2	51,9	53,6	55,4	57,1	58,8	60,5	62,3	64,0	65,7	69,2	72,7	76,1	79,6	83,0		
1,88	49,5	51,2	53,0	54,8	56,6	58,3	60,1	61,9	63,6	65,4	67,2	70,7	74,2	77,8	81,3	84,8		
1,90	50,5	52,3	54,2	56,0	57,8	59,6	61,4	63,2	65,0	66,8	68,6	72,2	75,8	79,4	83,0	86,6		
1,92	51,6	53,5	55,3	57,1	59,0	60,8	62,7	64,5	66,4	68,2	70,0	73,7	77,4	81,1	84,8	88,5		
1,94	52,7	54,6	56,5	58,3	60,2	62,1	64,0	65,9	67,7	69,6	71,5	75,3	79,0	82,8	86,6	90,3		
1,96	53,8	55,7	57,6	59,5	61,5	63,4	65,3	67,2	69,1	71,1	73,0	76,8	80,7	84,5	88,4	92,2		
1,98	54,9	56,8	58,8	60,8	62,7	64,7	66,6	68,6	70,6	72,5	74,5	78,4	82,3	86,2	90,2	94,1		
2,00	56,0	58,0	60,0	62,0	64,0	66,0	68,0	70,0	72,0	74,0	76,0	80,0	84,0	88,0	92,0	96,0		
IMC (Kg/m²)	14	14,5	15	15,5	16	16,5	17	17,5	18	18,5	19	20	21	22	23	24		

ANEXO II. Encuesta de Comportamiento Alimentario (ECA)

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Edad: _____ años

Titulación: _____ Curso: _____

Peso Actual _____ Kilos Estatura Actual _____ centímetros

¿Cuál cree usted que debe ser el peso de su cuerpo? _____ Kilos

¿Cuántos kilos ha perdido durante el último año? _____ Kilos

- 1.- Cuando pasa frente a una tienda de alimentos:
 - a) entra siempre
 - b) frecuentemente entra
 - c) Siente grandes deseos de entrar pero se resiste
 - d) Le es indiferente
- 2.- Si respondió (a) o (b) en la anterior, ¿qué tipo de alimentos consume? (Su respuesta puede incluir uno o más tipos de alimentos y subraye el/los alimentos correspondientes)
 - a) Dulces (bizcochos, tortas, croissants, chocolatinas, gominolas, etc.)
 - b) Bocadillos o pasteles (bocadillos, sándwich, empanadas, empanadillas, etc.)
 - c) Snacks (patatas fritas, frutos secos, gusanitos, etc.)
 - d) Helados (helados, yogures, granizados, etc.)
 - e) Refrescos (cola, gaseosas, zumos, etc.)
 - f) Café o te
- 3.- Su hábito de alimentación consiste en:
 - a) Tres comidas tradicionales (desayuno, comida y cena)
 - b) Tres comidas tradicionales, almuerzo (media mañana) y merienda (media tarde)
 - c) Tres comidas tradicionales y picar todo el día.
 - d) Tres comidas tradicionales, almuerzo (media mañana) y merienda (media tarde), y picar todo el día.
 - e) Salta frecuentemente las comidas tradicionales sin un orden establecido
 - f) No existe un patrón ordenado de alimentación
- 4.- Reconstruya sus hábitos alimentarios en el esquema que sigue:

Nº de **DESAYUNOS** por semana [] Nº de **ALMUERZOS** por semana []

Nº de **COMIDAS** por semana [] Nº de **MERIENDAS** por semana []

Nº de **CENAS** por semana []

PICOTEA [] veces por semana. Describa lo que picotea:

Nº **REFRESCOS** al día: _____ Nº **CAFÉS** al día: _____ Nº **INFUSIONES** al día: _____

Nº de cucharadas o terrones de **AZUCAR** al día: _____

Nº **CIGARRILLOS**: _____ día Nº **CERVEZAS**: _____ a la semana

Nº de copas de **VINO**: _____ a la semana Nº **LICORES/COPAS**: _____ a la semana

- 5.- Durante sus comidas:
- a) Come a la par con los demás comensales
 - b) Es variable o come sin fijarse en eso
 - c) Come más rápido [] o más lento [] que ellos
 - d) Come mucho más rápido [] o mucho más lento [] que ellos
- 6.- Usted considera que la cantidad que come usualmente es:
- a) Igual a la de los demás
 - b) Menor que la de los demás
 - c) Mayor que la de los demás
 - d) Excesivamente grande [] o pequeña []
- 7.- Durante sus comidas:
- a) Degusta todos los alimentos
 - b) Degusta sólo ciertos alimentos
 - c) Ocasionalmente se fija en lo que come
 - d) Generalmente los consume automáticamente
- 8.- Usted se sienta a la mesa a comer:
- a) Cuando es la hora determinada para ello
 - b) Sólo cuando tiene hambre
 - c) Cada que tiene la oportunidad de hacerlo
 - d) Frecuentemente sin habérselo propuesto
- 9.- Come Usted cuando realiza otras actividades como:
- a) Leer o estudiar
 - b) Durante el trabajo
 - c) Viendo la TV, videos, cine, fútbol, internet, etc.
 - d) Ocasionalmente o nunca
- 10.- ¿Piensa o siente grandes deseos de comer en situaciones especiales: reuniones de trabajo, momentos difíciles, cuando tiene que tomar decisiones, después de una comida, exámenes, conferencias?
- a) Siempre
 - b) Frecuentemente
 - c) Sólo a veces
 - d) Nunca
- 11.- Respecto a su peso corporal:
- a) Es algo que le preocupa permanentemente
 - b) Piensa en él siempre que come algo
 - c) Ocasionalmente se interesa en su valor
 - d) Le tiene sin cuidado y casi nunca lo verifica
- 12.- En las reuniones donde se ofrece comida en abundancia: banquetes, fiestas, navidad, bufettes, etc.,...
- a) Se siente culpable cuando come lo que no debería
 - b) Come hasta el límite de su capacidad
 - c) Tiene que luchar constantemente para no comer
 - d) Come lo normal sin tener que fijarse en la cantidad

- 13.- El peso que Usted presenta es el fruto de:
- a) El cuidado constante que Ud pone en lo que come
 - b) Dietas frecuentes y cortas realizadas sin orden médica
 - c) Dieta constante gracias al consejo de un profesional
 - d) Su alimentación habitual o de costumbre
- 14.- Cuando Usted toma sus alimentos:
- a) Consume siempre la totalidad de los alimentos
 - b) **A veces** Deja [] o repite [] parte de uno o varios alimentos
 - c) Con **gran frecuencia** deja [] o repite [] de uno o varios alimentos
 - d) **Siempre** consume sólo una parte de lo que le sirven o exige que le sirvan menos que a los demás
 - e) Siempre consume una cantidad adicional de uno o varios alimentos o exige que le sirvan mayor cantidad
- 15.- Su forma de comer y su peso corporal son producto de:
- a) Falta completa de voluntad para controlarlos
 - b) Su voluntad y control de sí mismo
 - c) Falta de control en situaciones especiales
 - d) Su forma de ser, no tiene que controlarlos
- 16.- Cuando Usted observa su propio cuerpo:
- a) Le desagrada la forma del mismo o de una parte de él
 - b) Se considera obeso o con exceso de grasa
 - c) Cree podría ser mejorado con algunos cambios en su alimentación
 - d) Lo considera adecuado o normal
- 17.- Usted cree que el peso de su cuerpo:
- a) Se mantiene normal a pesar de su desinterés por él
 - b) Lo controla con gran dificultad
 - c) Debe ser controlado pero es incapaz de hacerlo
 - d) Es el producto de la atención que pone en él
- 18.- Cuando Usted está comiendo:
- a) Degusta siempre los alimentos y establece su calidad
 - b) Con frecuencia lo hace en forma automática o inconsciente
 - c) Realiza cálculos y cuentas sobre su valor y las posibles consecuencias en Usted
 - d) Piensa está haciendo "**algo malo**" [] ó "**algo bueno**" [] según el tipo de alimentos que esté tomando
- 19.- Respecto a sus hábitos de alimentación:
- a) Han sido siempre los mismos desde la infancia
 - b) Han cambiado según la época de su vida
 - c) Hubo algunas dificultades durante la infancia [] o adolescencia []
 - d) Siempre han sido un problema o no están definidos
- 20.- Su forma actual de alimentación:
- a) Es idéntica a la de uno de sus padres: P- [] M- []
 - b) Es completamente opuesta a la de uno de sus padres: P- [] M- []
 - c) Es algo muy propio de Usted
 - d) Es similar a la de los demás

21.- Se ha provocado Usted el vómito para controlar su forma de comer y su peso en algún momento de su vida:

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente por período menor de un mes
- d) Dos o más veces por semana por más de un mes

22.- Ha usado laxantes:

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente en forma irregular
- d) De rutina dos o más veces por semana

23.- Ha tomado medicamentos que aumentan la orina (diuréticos):

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente en forma irregular
- d) De rutina dos o más veces por semana

24.- Cuando Usted por cualquier razón come demasiado:

- a) Intenta corregir el exceso de alguna manera
- b) Se siente culpable de haberlo hecho
- c) Lo considera como algo inevitable
- d) No le da importancia dado que es ocasional

25.- Cuando Usted consume sus alimentos:

- a) La presencia de otras personas le es agradable
- b) Necesita estar acompañado o compartir con alguien
- c) Frecuentemente le desagrada como comen otras personas
- d) Con frecuencia lo prefiere a solas

26.- La evolución de su peso en épocas recientes:

- a) Se ha mantenido siempre estable
- b) Ha oscilado de 2 a 5 kilos pero se ha mantenido estable
- c) Ha cambiado más de 5 kilos y no ha regresado al anterior
- d) Ha venido cambiando sin parar y alejándose del anterior

27.- Usted controla su comida o hace dieta para controlar su peso:

- a) Raramente o nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

28.- ¿Sufre Usted de Vómito con frecuencia? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? ____ veces al día/ ____ veces por semana

29.- ¿Sufre Usted de estreñimiento? Si ☐ No ☐

30.- Sus ciclos menstruales:

- a) Son normales
- b) Presentan alteraciones frecuentes
- c) Frecuentemente son de dos o tres meses
- d) No menstrua hace más de tres meses

31.- ¿Ha usado durante el último año alguno de los siguientes medicamentos? (Puede indicar más de una opción)

- a) Anfetaminas
- b) Hormonas para el tiroides
- c) Medicamentos para quitar el apetito
- d) Tranquilizantes
- e) Antidepresivos
- d) Anticonceptivos

32.- Le ocurre a Ud. comer grandes cantidades hasta sentirse mal o a sabiendas de que se va a sentir mal:

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Con frecuencia: una a cuatro veces al mes
- d) Dos o más veces por semana

Si desea hacer alguna observación o agregar algo con respecto a sus hábitos alimenticios, su cuerpo, su peso, etc., puede anotarlo a continuación.