

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

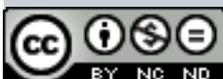
Autora: Ludmila Mailén Romero Morán

**RIESGO DE DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES ADULTAS QUE
REALIZAN DIETAS RESTRICTIVAS PARA BAJAR DE PESO
EN BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2024**

2024

Tutora: Esp. Paula Mizrahi

Citar como: Romero Morán LM. Riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adultas que realizan dietas restrictivas para bajar de peso en Buenos Aires durante el año 2024. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2024. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/3004>





TRABAJO FINAL INTEGRADOR

RIESGO DE DESARROLLAR TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES ADULTAS QUE
REALIZAN DIETAS RESTRICTIVAS PARA BAJAR DE PESO EN
BUENOS AIRES DURANTE EL AÑO 2024

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
2024

Autora: Romero Morán Ludmila Mailén

Tutora: Lic. Paula Mizrahi

RESUMEN

Título: Riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adultas que realizan dietas restrictivas para bajar de peso en buenos aires durante el año 2024.

Autor: Romero Morán Ludmila Mailén

Email de contacto: ludmilaromero0090@gmail.com

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria representan un problema de salud pública en crecimiento en Argentina, ubicado en segundo lugar con más casos a nivel mundial. Engloban una serie de comportamientos, actitudes y prácticas relacionadas con una preocupación constante por la comida y el peso corporal, que suelen implicar conductas como restricción alimentaria, obsesión por el cuerpo y distorsión de la imagen personal, trayendo consecuencias negativas tanto en la salud física como emocional.

Objetivo: Identificar el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en mujeres adultas residentes en Buenos Aires que realizan dietas restrictivas en el año 2024.

Metodología: Estudio descriptivo cuantitativo, observacional de tipo transversal prospectivo. La muestra estuvo conformada por 88 mujeres mayores de 18 años, residentes en Buenos Aires, que realicen o hayan realizado dieta restrictiva con el fin de bajar de peso durante el último año. Se utilizó el EAT-26 con un punto de corte \geq a 20.

Resultados: Del total de la muestra $n=88$, se obtuvo que el 34% presentó riesgo de desarrollar un TCA, mientras que el 66% ($n=58$) no presentó riesgo. Siendo entre 14 y 17 años la edad de inicio de la primera dieta para bajar de peso de la mayoría de las mujeres de la muestra y entre 11 y 17 años entre las mujeres que presentaron riesgo según cribado.

Conclusiones: El riesgo de desarrollar un TCA en las mujeres evaluadas resultó superior a la observada en estudios de características similares, sugiriendo un aumento en su prevalencia a lo largo del tiempo. La preocupación por la imagen corporal se manifestó en la mayoría de las mujeres en riesgo, siendo relevante que muchas de ellas iniciaron su primera dieta para perder peso a muy temprana edad entre los 11 y 17 años.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, Dieta, Mujeres.

ABSTRACT

Title: Risks of developing food behaviour disorder in grown-up women who go on restrictive diets to lose weight in Buenos Aires during this year 2024.

Author: Romero Morán Ludmila Mailén

Email: ludmilaromero0090@gmail.com

Introduction: Food behaviour disorder represents a Public Health's matter which is increasing in Argentina, placing this country in the second place with more large number of cases worldwide. They include a number of behaviour, attitudes and practices related to an obsessive concern about food and weight which can commonly imply practices such as food restriction, body shape obsession and a distorted body image perception. All these practices can develop negative results not only in people's physical health but also in people's emotional health.

Objective: Identify the risk of developing a food behaviour disorder in grown-up women who live in Buenos Aires and go on restrictive diets during 2024.

Methodology: A quantitative, observational, cross-sectional, prospective descriptive study was conducted. The sample consisted of 88 women over 18 years of age, residents of Buenos Aires, who are or have been on a restrictive diet in order to lose weight during the last year. The EAT-26 was used with a cut-off point of ≥ 20 .

Results: From the total sample of 88 women, it was shown that 34% of them presented the risk of developing FBD meanwhile 66% (n=58) did not present it. The period between 14 and 17 years old was the age range to start a diet to lose weight in most women from the sample and the period between 11 and 17 years old was the women's age range who had the risk of FBD according to screening.

Conclusion: The risk of developing a FBD in the women of the analysed sample has given superior results than those women evaluated in similar researches which implies an prevailing increase throughout time. Body shape obsession was shown in most women from the sample who are in risk of FBD. It is relevant that many of them have gone on a diet to lose weight for the first time when they were between 11 and 17 years old.

Keywords: Eating Disorders, Diet, Women.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	5
2	MARCO TEORICO	7
	2.1 Trastorno de la conducta alimentaria.....	7
	2.1.1 Prevalencia - Epidemiología	7
	2.1.2 Clasificación.....	12
	2.1.2.1 Anorexia	12
	2.1.2.1.1 Diagnóstico.....	13
	2.1.2.1.2 Factores de riesgo y pronóstico	14
	2.1.2.1.3 Consecuencias negativas para la salud	14
	2.1.2.2 Bulimia.....	16
	2.1.2.2.1 Diagnóstico.....	16
	2.1.2.2.2 Factores de riesgo y pronóstico	17
	2.1.2.2.3 Consecuencias negativas para la salud	18
	2.1.2.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado.....	18
	2.1.2.4 Trastorno por atracón	19
	2.1.2.4.1 Diagnóstico.....	19
	2.1.2.4.2 Consecuencias negativas para la salud	20
	2.2 Cultura de dieta.....	22
	2.2.1 Dietante crónico	22
	2.2.2 Ideal de delgadez.....	23
	2.2.3 Insatisfacción corporal	24
	2.2.4 Dieta restrictiva	25
	2.2.5 Conducta alimentaria de riesgo	27
	2.3 Herramientas de evaluación en los TCA.....	30
	2.3.1 Entrevistas estructuradas.....	30
	2.3.2 Cuestionarios Auto aplicados	32
	2.3.3 Métodos de Percepción Corporal.....	35
	2.3.4 Registros Alimentarios	36
3	PROBLEMA	37
4	HIPÓTESIS	37
5	OBJETIVO GENERAL	37
6	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
7	METODOLOGÍA	38
	7.1 Diseño/tipo de estudio.....	38
	7.2 Población.....	38

7.3	Muestra	38
7.4	Criterios de elegibilidad.....	38
7.5	Operacionalización de las variables	39
7.6	Instrumento.....	44
7.7	Consideraciones éticas	45
7.8	Prueba piloto.....	45
7.9	Cronograma de actividades.....	46
8	RESULTADOS	47
9	DISCUSIÓN	60
10	CONCLUSIÓN	63
11	RECOMENDACIONES	65
12	BIBLIOGRAFÍA	66
13	ANEXOS	72
13.1	Cuestionario	72

Tema: Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adultas.

Subtema: Dietas restrictivas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en mujeres adultas.

1 INTRODUCCIÓN

Según datos estadísticos de 2018, dados a conocer por la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA), Argentina ocupa el segundo lugar con más casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) a nivel mundial (ALUBA, 2024).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, un TCA se define como una condición en la que predominan actitudes y comportamientos patológicos relacionados con la alimentación, los cuales tienen un impacto significativo en la salud física y afectan el funcionamiento psicosocial (Asociación Americana de Psiquiatría, 2018). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), se los clasifica principalmente en Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANE) (DSM-5, 2014).

Los TCA comprenden un conjunto de condiciones en las que las percepciones negativas acerca de la alimentación, la figura corporal y el peso se manifiestan junto con comportamientos como restricción alimentaria, atracones, ejercicio excesivo, inducción del vómito y uso de laxantes. Donde se observa que, las mujeres adolescentes y jóvenes son el principal grupo de riesgo. Estos trastornos pueden evolucionar hacia la cronicidad y presentar situaciones de elevada gravedad psiquiátrica y somática, pudiendo llegar a la muerte (Arija-Val, 2022).

Cabe destacar que, durante el año 2020 en Argentina, se llevó a cabo un estudio en 6945 mujeres sobre el impacto de las presiones socio-culturales en la imagen corporal. Donde se encontró que el 49% del total mostró una alta internalización del ideal de delgadez, y un 12% del ideal de muscularidad, el 90% siente una fuerte presión de los medios de comunicación, mientras que el 49% experimenta una presión moderada por parte de la familia. Además, el 93% del total se siente fuertemente influenciada por la cultura que promueve la pérdida de peso, y el 75% manifiesta gran preocupación por su imagen corporal. El 76% escucha frecuentemente comentarios relacionados con el miedo a

engordar, el 73% oye afirmaciones que vinculan la delgadez con la felicidad, y el 63% escucha quejas sobre su propio cuerpo (Fundación Bellamente, 2024).

Si bien las investigaciones realizadas sobre TCA son cada vez mayores, y están orientadas al enfoque de la alimentación restrictiva, hasta el momento en Argentina no se han encontrado estudios que evalúen el riesgo de desarrollar TCA en mujeres adultas que realizan o realizaron dietas restrictivas para bajar de peso.

Por esta razón, el objetivo del presente trabajo es determinar el riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en mujeres adultas que realizan dietas restrictivas en Buenos Aires Argentina en el año 2024.

2 MARCO TEORICO

2.1 Trastorno de la conducta alimentaria

De acuerdo a la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), los TCA se caracterizan 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” (DSM-5, 2014).

Los TCA comprenden un conjunto de condiciones en las que las percepciones negativas acerca de la alimentación, la figura corporal y el peso se manifiestan junto con comportamientos dañinos como la restricción alimentaria, los atracones, el ejercicio excesivo, la inducción del vómito y el uso de laxantes. Donde se observa que, las mujeres adolescentes y jóvenes son el principal grupo de riesgo. Estos trastornos pueden evolucionar hacia la cronicidad y presentar situaciones de elevada gravedad psiquiátrica y somática, pudiendo llegar a la muerte (Arija-Val, 2022).

Asimismo, los TCA se caracterizan por ser patologías de etiología multicausal, con participación de factores genéticos, psicológicos, biológicos, socioculturales, entre los más importantes. Algunos antecedentes comunes incluyen una preocupación excesiva por el peso, la obsesión por tener un cuerpo delgado, el estrés sociofamiliar, el haber realizado una dieta y el abuso sexual en la infancia (SENPE, 2017).

2.1.1 Prevalencia - Epidemiología

El interés por el estudio de los TCA ha aumentado considerablemente en los últimos años, debido a la percepción de que son trastornos emergentes y en expansión. Se observa que, son más comunes en mujeres jóvenes y adolescentes, y sin el tratamiento adecuado, pueden volverse crónicos e incapacitantes. Actualmente, se estima que la prevalencia combinada de todos los TCA es del 13%, siendo el Trastorno por Atracón (TA) es el TCA más frecuente en adultos. La AN es la enfermedad psiquiátrica más común en mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica más prevalente después de la obesidad y el asma en adolescentes (SENPE, 2017).

Usualmente, los TCA comienzan en la adolescencia, en general, entre los 12 a los 25 años de edad, considerándose el inicio posterior a los 25 años como tardío. La incidencia de

TCA en adultos mayores no ha sido estudiada en profundidad, desconociéndose la epidemiología en dicha etapa de la vida (Prieto, 2012).

Según datos estadísticos de 2018, dados a conocer por ALUBA, Argentina ocupa el segundo lugar con más casos de TCA a nivel mundial. El aporte de dicha asociación se basa en estudios realizados por Mervat Nasser, especialista en psiquiatría, del instituto de psiquiatría de Kings College, Londres, donde se observó que un 29% de la población argentina presenta algún trastorno alimenticio, ocupando así, el segundo lugar en el ranking luego de Japón, en primer lugar, con un 35% de su población (Nasser, 2009).

A su vez, el Colegio de Nutricionistas de la provincia de Buenos Aires informó en un comunicado que, según datos de la Sociedad Argentina de Pediatría, "una de cada tres mujeres jóvenes en Argentina presenta un trastorno alimentario, siendo el atracón, la anorexia y la bulimia nerviosa los más comunes". Este porcentaje representa un incremento del 50% en comparación con los resultados de un estudio realizado en 2001. Aunque no existen estadísticas oficiales detalladas, las consultas a especialistas y las encuestas "auto administradas" en las escuelas indican que aproximadamente una de cada tres mujeres jóvenes experimenta trastornos como BN o AN, con algún grado de discomfort previo en su imagen corporal que impacta en sus conductas referidas a la alimentación (Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Buenos Aires, 2022).

Si bien, las patologías alimentarias se asocian al género femenino, tanto en hombres como mujeres, los TANE son las patologías más comunes, seguidos por BN y con menor frecuencia AN. Evidenciando así que las manifestaciones psicopatológicas en ambos sexos incluyen principalmente: dieta restrictiva, atracones o episodios de auto inanición-atracón-purga (Arévalo, 2005).

Entre las diferencias halladas en ambos sexos, se observa que los hombres tienden a desarrollar la enfermedad en etapas más avanzadas en comparación con las mujeres. En cuanto a las semejanzas, ambos comparten dos factores de riesgo: la insatisfacción corporal y la adopción de dietas restrictivas (Arévalo, 2005).

Con respecto a las actitudes hacia el peso y la imagen corporal, las mujeres suelen experimentar insatisfacción corporal si se perciben con sobrepeso, dando gran importancia al peso y enfocándose en la parte inferior del cuerpo, como caderas y muslos. En contraste, los hombres suelen estar insatisfechos con su peso corporal, pero, se dividen entre aquellos que desean ganar peso y aquellos que quieren perderlo, concentrando su

preocupación en la parte superior del cuerpo y aspirando a lograr mayor ganancia de masa muscular (Arévalo, 2005).

En lo que respecta a la dieta restrictiva, se ha observado que del 28% a 74% de las mujeres con peso normal la realizan con el objetivo de perder peso, mientras que el 71% de los hombres la realizan para aumentar su masa muscular (Arévalo, 2005).

En un estudio realizado en México, cuya muestra fueron 525 jóvenes de 15 años de edad promedio, donde se aplicaron cuestionarios validados como EAT-40, Test de Bulimia (BULIT), Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético y Corporal (CIMEC), el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) y Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED), se observó una mayor frecuencia de conductas compensatorias no purgativas; los hombres exhibieron una mayor recurrencia al ejercicio físico excesivo (17.6%), mientras que en las mujeres fue el ayuno o la dieta restrictiva rígida (17.8%). El factor de riesgo que mejor predijo los TCA en las mujeres fue la insatisfacción corporal (Arévalo, 2005).

Además, la literatura científica sugiere que las mujeres son la población con mayor riesgo de trastornos alimentarios, con prevalencia de conductas inadecuadas, como la dieta restrictiva y otras conductas compensatorias utilizadas para disminuir el peso corporal (Arévalo, 2005).

En un estudio transversal llevado a cabo entre agosto y octubre de 2005 en una universidad del sur de Santa Catarina, Brasil, se evaluó el riesgo de desarrollar un TCA en estudiantes de medicina mayores de 18 años. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario autoadministrado, y la muestra final incluyó a 391 participantes, de los cuales 200 eran mujeres (51,2%) y 191 hombres (48,8%). Utilizando el EAT-26 como instrumento de evaluación, con un punto de corte de 21 puntos o más para identificar riesgo de TCA, se observó que el 17% de las mujeres (34 mujeres) y el 2,6% de los hombres (5 hombres) presentaban conductas de riesgo (Alberton, 2013).

Durante el 2007 y 2008, en una universidad del sureste de Carolina del Norte se realizó un estudio donde se evaluó con el EAT 26 a 348 estudiantes universitarios (299 eran mujeres y 49 hombres). Utilizando como punto de corte una puntuación igual o superior a 20 puntos se obtuvo que el 13 % de las mujeres presentó riesgo de TCA (Sira, 2010).

En un estudio transversal realizado en España en 2008, cuyo objetivo fue evaluar la magnitud de la población universitaria con alto riesgo de desarrollar un TCA y la prevalencia de actitudes y comportamientos alimentarios poco saludables entre los grupos de riesgo. La muestra estuvo compuesta de 2551 estudiantes universitarios con edades comprendidas entre los 18 y los 26 años. Se encontró que el 14.9% de los hombres y el 20.8% de las mujeres estaban en alto riesgo de desarrollar un TCA, con diferencias significativas entre géneros. Las mujeres reportaron prácticas poco saludables como dietas restrictivas y el uso de laxantes, mientras que un mayor porcentaje de hombres (11.6%) presentó comportamientos de atracón (Sepúlveda, 2008).

En un estudio epidemiológico de tipo analítico transversal realizado en México durante el 2008, se evaluó a 742 estudiantes universitarios de entre 16 y 25 años de edad, de los cuales 480 eran mujeres y 262 hombres. El objetivo fue analizar la prevalencia de conductas de riesgo para desarrollar TCA usando el cuestionario EAT-26, considerando como punto de corte una puntuación igual o superior a 20. Los resultados mostraron que la prevalencia de conductas de riesgo para TCA fue del 7.9% en mujeres y del 1.9% en hombres, en relación con el total de la muestra (Álvarez I. C., 2009)

En un estudio transversal realizado durante el semestre de otoño de 2017 en la Universidad Nacional de An-Najah, Palestina, se encuestó a 2001 estudiantes mujeres, con una edad promedio de $19,5 \pm 1,4$ años. Las participantes completaron de forma anónima los cuestionarios EAT-26 y SCOFF. Los resultados revelaron que el 28,6% de las estudiantes presentaba riesgo de desarrollar TCA, evidenciado por una puntuación igual o superior a 20 en el EAT-26. Asimismo, el 38,2% obtuvo una puntuación de 2 o más en la escala SCOFF, lo cual también indica riesgo de TCA (Saleh, 2018).

Así también. en otro estudio llevado a cabo en México durante el 2020, donde participaron 1012 jóvenes de ambos sexos de 14 a 22 años, se observó que las mujeres muestran una mayor preocupación por su peso, lo que las conduce a vomitar, ayunar, seguir dietas y utilizar fármacos para perder peso, mientras que los hombres tienden a presentar más atracones y a tener una mayor falta de control al comer en comparación con las mujeres (Palacios, 2020).

En este mismo sentido, los estudios de prevalencia indican una mayor incidencia de TCA en mujeres jóvenes (0,1-2 % para AN, 0,37-2,98 % para BN, 0,62-4,45 % para TA). Esta

patología es un problema a nivel mundial, con tasas reportadas del 2,2 % (0,2-13,1 %) en Europa, 3,5 % (0,6-7,8 %) en Asia y 4,6 % (2,0-13,5 %) en América. Se observa una alta comorbilidad, especialmente con problemas psiquiátricos como depresión, ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de personalidad (Gómez-Candela, 2022).

En un estudio transversal publicado en 2023, se investigó la prevalencia del riesgo de desarrollar un TCA, AN y BN, así como los factores asociados a estos en estudiantes de odontología de la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia. La muestra incluyó a 278 estudiantes, de los cuales 76 eran hombres y 202 mujeres, evaluados mediante los cuestionarios EAT-26 y SCOFF. El punto de corte en el EAT-26 fue una puntuación mayor o igual a 11 para identificar el riesgo de TCA. Según los resultados del EAT-26, el 27,6% de los hombres y el 28,7% de las mujeres presentaron riesgo de TCA. Sin embargo, el cuestionario SCOFF reveló diferencias de género más amplias, con un 6,6% de hombres y un 22,3% de mujeres mostrando riesgo, una diferencia estadísticamente significativa. Además, aquellas mujeres que obtenían información a través de redes sociales presentaban una mayor tendencia a manifestar síntomas de TCA (Sanjuán-Navarro, 2023).

2.1.2 Clasificación

La Asociación Americana de Psiquiatría, en su 5° Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), clasifica a los TCA en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANEs) (DSM-5, 2014).

Los distintos cuadros psicopatológicos comparten entre sí el rechazo a mantener un peso corporal mínimo acorde a los patrones saludables, así como también, la distorsión de la imagen corporal, ambos considerados factores de riesgo significativos para su persistencia (Marmo, 2014).

2.1.2.1 Anorexia

La AN se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal en valores mínimos normales, con un intenso temor a aumentar de peso y una percepción distorsionada del tamaño y la forma corporal. Lo que lleva a adoptar estrategias inadecuadas para evitar el aumento de peso, como el ejercicio físico vigoroso y una restricción severa en la ingesta alimentaria. Donde, las mujeres afectadas por este trastorno pueden experimentar amenorrea incluso después de haber pasado la menarquía (DSM-5, 2014).

La persona que transita este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida de peso puede haber falta de aumento de peso o de talla (Juan J. López-Ibor Aliño, 2008).

La AN suele iniciarse durante la adolescencia o la edad adulta temprana y a menudo se vincula con un evento vital estresante, como por ejemplo dejar el hogar familiar. Las personas más jóvenes pueden mostrar características inusuales en esta patología, como negar el "miedo a engordar". Algunas personas se recuperan por completo tras un único episodio, otras experimentan un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de recaídas, y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años (Juan J. López-Ibor Aliño, 2008).

2.1.2.1.1 Diagnóstico

Criterios para el diagnóstico de AN:

- a) Restricción de la ingesta energética en comparación con las necesidades del individuo, lo que resulta en un peso corporal significativamente bajo para la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. El peso significativamente bajo se define como el inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- b) Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento sostenido que impide el aumento de peso, incluso cuando el peso corporal es significativamente bajo.
- c) Alteración en la forma en que la persona percibe su propio peso o constitución corporal, influencia inadmisibles del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente en reconocer la severidad del bajo peso actual (DSM-5, 2014).

Para especificar la gravedad actual de la AN, el DSM-5 categoriza según el Índice de Masa Corporal (IMC) en adultos o el percentil del IMC en niños o adolescentes en:

- Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC 15- 15,99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo: $< 15 \text{ kg/m}^2$

Por otro lado, el DSM-V, reconoce, además, dos subtipos de AN para precisar la presencia o no de atracones o purgas durante los episodios:

- Tipo restrictivo: en los últimos 3 meses, la persona no ha experimentado episodios recurrentes de atracones o purgas (como vómitos autoinducidos o uso inapropiado de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo se refiere a casos donde la pérdida de peso se debe principalmente a la dieta, el ayuno y/o ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones/purgas (compulsivo/purgativo): en los últimos 3 meses, la persona ha experimentado episodios recurrentes de atracones o purgas (vómitos autoinducidos o uso inapropiado de laxantes, diuréticos o enemas) (DSM-5, 2014).

2.1.2.1.2 Factores de riesgo y pronóstico

- Temperamentales: las personas que desarrollan trastornos de ansiedad o presentan rasgos obsesivos en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar AN.
- Ambientales: la variabilidad histórica e intercultural en la prevalencia de la AN respalda su asociación con la cultura y los entornos que valoran la delgadez.
- Genéticos y fisiológicos: hay mayor riesgo de AN y BN entre los familiares de primer grado de las personas que poseen el trastorno.
- Psicológicos: rasgos de personalidad con una autoexigencia elevada, perfeccionismo obsesivo, necesidad de control y rigidez cognitiva; junto con una autovaloración negativa e insatisfactoria pueden aumentar la probabilidad de desarrollar un TCA (DSM-5, 2014).

La anorexia nerviosa parece ser más prevalente en sociedades industrializadas, donde la comida abunda y la delgadez se asocia con el atractivo, especialmente en las mujeres. En algunas culturas, la percepción distorsionada del cuerpo puede no ser relevante, y los motivos para restringir los alimentos pueden ser diferentes, como el malestar epigástrico o la aversión a ciertos alimentos. En lo que respecta al sexo, más del 90% de los casos de anorexia nerviosa se observan en mujeres (Juan J. López-Ibor Aliño, 2008).

2.1.2.1.3 Consecuencias negativas para la salud

Además de la amenorrea característica de la patología, se observan complicaciones multiorgánicas, que afectan al sistema cardiovascular, gastrointestinal, hematológico, renal, esquelético, endocrino y metabólico, relacionadas no sólo con el estado de desnutrición, sino también con las conductas que estas personas adoptan para controlar su peso (Calvo, 2019).

En cuanto a las alteraciones cardiovasculares, se observa bradicardia e hipotensión, debido a desbalances del sistema nervioso autónomo, pudiendo mostrarse arritmias. Si la AN es de tipo purgativo, las conductas compensatorias empeoran la situación (Calvo, 2019).

En relación a las complicaciones gastrointestinales, estas se deben a la disminución de la motilidad, lo que provoca estreñimiento. El abuso de laxantes puede producir síndrome de colon catártico y estreñimiento crónico, que, en algunos casos, se vuelve refractario al tratamiento. El vaciamiento gástrico se encuentra enlentecido y las alteraciones esofágicas incluyen esofagitis severa e incluso rotura de esófago si se presentan vómitos recurrentes (Calvo, 2019).

Con respecto a las alteraciones neurológicas, debido a la desnutrición severa, se puede producir reducción de la materia blanca y gris, atrofia cortical y dilatación ventricular. Las alteraciones hematológicas que pueden darse son anemia, leucopenia (neutropenia relativa y linfocitosis), trombocitopenia y disminución de los niveles de fibrinógeno. La función celular inmune también puede estar alterada. Además, es frecuente la elevación del colesterol LDL en plasma con valores dentro de los rangos normales de colesterol HDL, VLDL y triglicéridos (Calvo, 2019).

Las alteraciones renales están presentes en el 7% de los pacientes, incluyendo descenso del filtrado glomerular, aumento de urea y creatinina en sangre, alteraciones electrolíticas, edemas periféricos, nefropatía hipocalémica y variación de la capacidad de filtrado renal, pudiendo llegar a la poliuria (Calvo, 2019).

En cuanto a las complicaciones endocrinas, el hipogonadismo de origen hipotalámico es característico en estos pacientes. Las mujeres tienen niveles basales bajos de la hormona luteinizante (LH) y de la hormona foliculoestimulante (FSH), así como niveles bajos de estradiol y testosterona, lo que indica una alteración en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Si sucede un incremento de peso, este se acompaña de un aumento de los niveles de ambas hormonas. Los niveles de cortisol plasmático pueden estar elevados y el ritmo circadiano de dicha hormona conservado. Los niveles de leptina son bajos y podría contribuir al desarrollo de la amenorrea hipotalámica, junto con el ejercicio compulsivo que realizan las personas que padecen este trastorno. Los niveles de grelina están elevados, en respuesta al bajo estado energético y se correlacionan inversamente con el IMC y la cantidad de masa grasa. El polipéptido Y (PYY) es un péptido anorexigénico, producido por las células L del colon, en proporción a la ingesta calórica, que se encuentra en niveles elevados en estos pacientes, pudiendo así contribuir a la reducida ingesta energética y a la disminución de la formación ósea (Calvo, 2019).

La desnutrición marcada y las alteraciones a nivel hormonal ocasionan pérdida de la densidad mineral ósea que conlleva a la aparición de osteopenia u osteoporosis, con aumento del riesgo de fracturas (Calvo, 2019).

Además, las personas que se provocan el vómito muestran erosiones dentales, y algunas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito, junto con, hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas (Juan J. López-Ibor Aliño, 2008). La muerte en personas que padecen AN se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (Juan J. López-Ibor Aliño, 2008).

2.1.2.2 Bulimia

El Manual DSM-V define a la BN como un trastorno en el cual las personas presentan episodios recurrentes de atracones, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas con el fin de evitar la ganancia de peso, recurriendo al vómito autoprovocado, el abuso de fármacos laxantes o diuréticos y el ayuno o el ejercicio excesivo. A diferencia de la AN, los individuos con BN pueden mantener un peso corporal igual o mayor que el límite inferior normal esperado (DSM-5, 2014).

La BN es significativamente más común en mujeres que en hombres y se manifiesta en la adolescencia o en la adultez temprana. Los episodios de atracones empiezan frecuentemente durante o después de una dieta para perder peso, y la aparición de varios eventos estresantes también puede desencadenar su inicio. Los comportamientos alimentarios alterados persisten durante varios años en un alto porcentaje de casos. El curso de la enfermedad puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con la recurrencia de los atracones. Además, se ha reportado un riesgo considerablemente elevado de mortalidad en individuos con BN (DSM-5, 2014).

2.1.2.2.1 Diagnóstico

Criterios para el diagnóstico de BN:

- a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimentos en un corto lapso de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en una cantidad que excede lo que habitualmente consumirían las personas en un tiempo

similar y bajo las mismas condiciones. Incluyendo, la percepción de falta de control sobre la ingesta (por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer o no lograr controlar el tipo o la cantidad de comida que se está consumiendo).

- b. Conductas compensatorias inapropiadas y recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, el ayuno y el ejercicio en exceso.
- c. Los episodios de atracones y las conductas compensatorias inapropiadas suceden, en promedio, al menos una vez por semana durante un período de 3 meses.
- d. La autoevaluación está extremadamente influida por el peso y la figura corporal.
- e. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la AN (DSM-5, 2014).

Para especificar la gravedad actual de la BN, el DSM-5 categoriza según frecuencia de los episodios de atracones en:

- Leve: 1-3 atracones por semana
- Moderado: 4-7 atracones por semana
- Grave: 8-13 atracones por semana
- Extremo: 14 o más atracones por semana

Por otro lado, el DSM-V, reconoce, además, dos tipos de BN según el tipo de método utilizado:

- Tipo purgativo: en el transcurso del episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o abusa de laxantes, diuréticos o enemas.
- Tipo no purgativo: en el transcurso del episodio de BN, el individuo usa otras conductas compensatorias inadecuadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni abusa de laxantes, diuréticos o enemas (DSM-5, 2014).

2.1.2.2.2 Factores de riesgo y pronóstico

- Temperamentales: las preocupaciones sobre el peso, la baja autoestima, los síntomas depresivos, el trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada en la infancia se asocian a un incremento del riesgo de desarrollar BN.

- Ambientales: se ha observado que la internalización de un ideal de cuerpo delgado aumenta el riesgo de desarrollar preocupaciones por el peso, lo cual a su vez incrementa el riesgo de presentar una BN.
- Genéticos: la obesidad infantil y el desarrollo puberal temprano incrementa el riesgo de BN. Puede existir vulnerabilidad genética para el trastorno (DSM-5, 2014).
- Estresores: las dificultades interpersonales, la restricción alimentaria, los sentimientos negativos sobre el peso corporal, la constitución física y los alimentos, así como el aburrimiento (Juan J. López-Ibor Aliño, 2008).

Según la Dra. Mabel Bello, Médica Psiquiatra de la Fundación ALUBA, entre los factores predisponentes de los TCA, el 40% corresponde a lo genético y el 60% a lo social (ALUBA, 2024).

2.1.2.2.3 Consecuencias negativas para la salud

Las consecuencias negativas para la salud incluyen anomalías hidroelectrolíticas provocadas por el vómito excesivo, como la hipopotasemia, que puede causar arritmias cardíacas, así como hipocloremia e hiponatremia. La pérdida de ácido gástrico debido al vómito puede generar una alcalosis metabólica (aumento del bicarbonato sérico), y el abuso de laxantes y diuréticos, que induce diarrea o deshidratación, puede provocar acidosis metabólica. Los vómitos recurrentes causan una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, lo que incrementa la frecuencia de caries, gingivitis, y enfermedad periodontal. Además, hay elevado riesgo de broncoaspiración, reflujo gastroesofágico, esofagitis y síndrome de Mallory-Weiss. Las glándulas parótidas pueden agrandarse notablemente, y pueden aparecer callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano por el contacto repetido con los dientes al inducir el vómito (DSM-5, 2014).

2.1.2.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE), incluyen el Trastorno por Atracón (TA) y otros TCA que no cumplen con todos los criterios clínicos de AN o BN (Juan J. López-Ibor Aliño, 2008).

Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para AN, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN 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 BN, 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 (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN (Juan J. López-Ibor Aliño, 2008).

2.1.2.4 Trastorno por atracón

La principal característica del TA es la presencia de atracones recurrentes, que deben ocurrir, en promedio, al menos una vez por semana durante 3 meses. Las personas suelen sentirse avergonzadas por sus problemas alimenticios, intentando ocultar sus síntomas. Estos episodios continúan hasta que la persona se siente incómoda o incluso con dolor debido a la saciedad. Se presenta tanto en personas con peso normal y sobrepeso como en personas obesas, siendo más prevalente entre aquellos que buscan tratamiento para perder peso que en la población general. Muchos individuos con TA inician dietas después de desarrollar los atracones, a diferencia de aquellos con BN, que lo hacen antes. El trastorno generalmente comienza en la adolescencia o en la adultez temprana, aunque también puede iniciarse en una edad adulta más avanzada (DSM-5, 2014).

2.1.2.4.1 Diagnóstico

- a. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimentos en un corto lapso de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en una

cantidad que excede lo que habitualmente consumirían las personas en un tiempo similar y bajo las mismas condiciones; y por la percepción de falta de control sobre la ingesta (por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer o no lograr controlar el tipo o la cantidad de comida que se está consumiendo).

- b. Los episodios de atracones se asocian a 3 o más de los siguientes hechos:
 - 1. Comer mucho más rápido de lo normal.
 - 2. Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho.
 - 3. Comer grandes cantidades de comida aun cuando no se siente hambre físicamente.
 - 4. Comer solo por sentirse avergonzado debido a la cantidad de alimentos que se ingiere.
 - 5. Sentirse después a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- c. Malestar intenso con respecto a los atracones.
- d. Los atracones se producen al menos una vez a la semana durante tres meses en promedio.
- e. El atracón no se asocia a la presencia repetida de un comportamiento compensatorio inadecuado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o la AN (DSM-5, 2014).

Por otro lado, el DSM-V, especifica si se encuentra en:

- Remisión parcial: después de haber cumplido con todos los criterios para el diagnóstico de TA, los atracones se producen con una frecuencia inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado.
- Remisión total: después de haber cumplido con todos los criterios para el diagnóstico de TA y no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado (DSM-5, 2014).

2.1.2.4.2 Consecuencias negativas para la salud

Entre las consecuencias negativas para la salud que presentan las personas afectadas se encuentran las dificultades para adaptarse a su rol social, un deterioro en la calidad de vida vinculada con la salud y la satisfacción personal, un incremento en la morbilidad, así como un mayor uso de los servicios de salud en comparación con

los sujetos de control con un IMC equivalente. Asimismo, puede asociarse a un mayor riesgo de ganar peso y desarrollar obesidad (Juan J. López-Ibor Aliño, 2008).

Algunos autores sugieren como modelo explicativo que los TCA surgen de la interacción entre tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Los factores predisponentes otorgan susceptibilidad a desarrollar TCA, los precipitantes, como la insatisfacción con la imagen corporal, influyen en la toma de decisiones y llevan a la acción, y los perpetuantes son aquellos factores que prolongan el trastorno en el tiempo y complican su tratamiento (Garner D. M., 1993). Estos tres tipos de factores pueden estar influenciados por factores biológicos (alteraciones genéticas y alteraciones neurobiológicas), factores socioculturales (modelos familiares, desestructuración familiar, presión por cánones de belleza específicos, influencia de pares, etc.) (Gale, 2013) (Couturier, 2013), y factores psicológicos y cognitivos (depresión, ansiedad, trastornos obsesivos-compulsivos, alteración de la imagen corporal, etc.) descritos anteriormente para cada TCA específico (Puccio, 2016) (Treasure, 2013).

El siguiente cuadro fue adaptado de uno diseñado por los doctores Garner y Garfinkel en 1980, quienes fueron pioneros en el estudio y tratamiento de los trastornos alimentarios en el Hospital de Toronto, Canadá (Crispo, 1997).

I. Factores predisponentes	II. Factores precipitantes	III. Factores perpetuantes
<ul style="list-style-type: none"> - Socioculturales - Familiares - Individuales 	<ul style="list-style-type: none"> - Estresores - Actitudes anormales con peso y figura - Dietas extremas y pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> - Atracones y purgas - Secuelas fisiológicas y psicológicas

Fuente: Adaptado de Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1997). Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. Gedisa.

El TA puede manifestarse en personas con normopeso, sobrepeso u obesidad; sin embargo, suele asociarse a individuos con malnutrición por exceso que buscan tratamiento para el descenso de peso (Spitzer y col., 1992). La detección temprana de conductas de riesgo puede prevenir el desarrollo de estos trastornos mejorando la terapéutica y el pronóstico (Behar y col., 2007).

2.2 Cultura de dieta

La cultura de dieta conlleva una serie de comportamientos adoptados generalmente por las mujeres en búsqueda del ideal de belleza femenina. Sin embargo, seguir una dieta extremadamente restrictiva durante un período de tiempo prolongado tiene un impacto significativo en la salud física y mental, ya que es frecuente que se opte por diversas dietas de moda que no cumplen con los requerimientos de una alimentación equilibrada (Arbour, 2021) (Barrera-Carranza, 2021).

Aunque algunas dietas pueden ser efectivas para bajar de peso, no son apropiadas para todas las personas y deben ser seguidas solo por un período de tiempo breve bajo la supervisión de un profesional de la salud. Esto es necesario para evitar posibles efectos negativos, como episodios de atracones o deficiencias nutricionales, entre otros (Arbour, 2021).

Existen múltiples razones por las cuales las mujeres deciden seguir una dieta. Un estudio realizado en México en 2018, encontró que las mujeres mayores de 30 años adoptan dietas populares por motivos como salud, belleza, aceptación social y seguridad en el trabajo. Además, la presión familiar para mantener un cuerpo delgado, transmitida a través de generaciones, también influye. La presión social para mantener una determinada figura es más intensa en las mujeres, y este enfoque en el cuerpo se ha centrado en discursos sobre la salud y la estética, donde la alimentación juega un papel crucial (Torres, 2018).

2.2.1 Dietante crónico

Un grupo específico de personas, que combinan de forma cíclica momentos de restricción alimentaria con episodios de sobrealimentación, ha sido objeto de estudio detallado por varios equipos de investigación. Debido a sus patrones alimentarios, se los ha denominado como dietantes crónicos (DC), y pueden describirse en términos generales como individuos que experimentan un miedo significativo a aumentar de peso y que limitan su ingesta a través de dietas. Paradójicamente, bajo ciertas circunstancias, estos individuos aumentan su consumo alimentario, a menudo en respuesta a la ingestión de alimentos "prohibidos", el consumo de alcohol o estados emocionales intensos causados por factores ambientales estresantes (Silva, 2008).

Los DC muestran una tendencia notable a romper sus dietas en situaciones de ansiedad, donde el estrés anticipado amenaza su identidad personal y autoestima. Se han

desarrollado diversos modelos explicativos para comprender esta combinación particular de restricción y sobrealimentación. Según la hipótesis del confort psicossomático, los DC recurren a la comida para reducir o calmar la ansiedad, utilizando la alimentación como una herramienta "ansiolítica" que les ayuda a manejar sus emociones. Por otro lado, la hipótesis de distracción sugiere que los DC utilizan la comida como una forma de distraerse de emociones negativas, permitiéndoles desviar su atención de pensamientos amenazantes asociados a la ansiedad mientras consumen alimentos. Además, otras hipótesis proponen que la sobrealimentación puede actuar como una regulación de los efectos relacionados con una autoimagen negativa (Silva, 2008).

Heatherton y Baumeister argumentan que los DC, frecuentemente insatisfechos con su imagen corporal, emplean la comida como una estrategia para desviar temporalmente su atención de sentimientos negativos hacia sí mismos. Esto les ayuda a escapar momentáneamente de una autoconciencia negativa, reduciendo así la inhibición que normalmente limita su comportamiento a largo plazo. Polivy y Herman destacan que los DC tienden a malinterpretar la ansiedad asociada con la amenaza a la autoestima, reinterpretándola como remordimiento por romper la dieta. Esta reinterpretación les permite percibir la situación como controlable en lugar de incontrolable, lo que ayuda a enmascarar la ansiedad y proteger la autoimagen. Por otro lado, Wallis y Hetherington sugieren que la amenaza a la identidad dificulta el monitoreo de la restricción alimentaria al requerir recursos cognitivos que distraen de esta tarea. Así, el debilitamiento del control ejecutivo puede comprometer la regulación a largo plazo de la alimentación en los DC. En resumen, estos estudios revelan que los DC necesitan manejar sus emociones negativas asociadas con la amenaza a la autoimagen, utilizando el rompimiento de la dieta como una estrategia para atribuir los estados emocionales negativos a una situación controlable (Silva, 2008).

2.2.2 Ideal de delgadez

El ideal de belleza establecido por la sociedad influye significativamente en las alteraciones de la imagen corporal y en los hábitos alimentarios. En los últimos años, se ha promovido el ideal de extrema delgadez como estándar de belleza y, este, se ha internalizado en las personas como objetivo a seguir, principalmente en las mujeres (Saffon, 2014).

La internalización del ideal de delgadez se refiere al nivel de compromiso cognitivo y emocional que una persona tiene con los estándares de belleza establecidos socialmente, adoptando los comportamientos necesarios para alcanzarlo. Durante este proceso, el individuo incorpora los valores promovidos por dicho ideal en su propio sistema de creencias. Así, se transforma en un objetivo personal constante, a menudo perseguido de manera automática (Saffon, 2014).

Investigaciones han demostrado que, en el contexto de las relaciones entre pares, el ideal de belleza se perpetúa mediante mecanismos automatizados como la crítica al sobrepeso, el fomento de las dietas y la admiración de modelos extremadamente delgadas. Estos comportamientos reflejan las expectativas sociales sobre el peso y la figura, así como los beneficios culturales asociados a la delgadez. Convirtiendo así, una característica física en un atributo personal muy valorado, sinónimo de atractivo y virtud, mientras que el no ser delgado se asocia con malestar y desagrado (Saffon, 2014).

La búsqueda de este ideal y los mecanismos que lo promueven conllevan a consecuencias como distorsión en la percepción de la imagen del propio cuerpo, insatisfacción corporal y alteraciones patológicas en los hábitos alimenticios, tales como BN y AN (Saffon, 2014).

2.2.3 Insatisfacción corporal

Muchas personas sienten una brecha entre su autopercepción y su ideal físico. Este fenómeno es particularmente común entre las mujeres y, a menudo, es independiente del peso o la forma corporal reales. Esta discrepancia suele generar sentimientos negativos hacia el propio cuerpo, lo que se conoce como insatisfacción corporal (Oda-Montecinos, 2018).

Dentro de los factores psicológicos, la insatisfacción corporal es el predictor más consistente en el desarrollo de los TCA, principalmente entre las mujeres. Los determinantes de esta insatisfacción incluyen la baja autoestima, emociones negativas, la interiorización del ideal de delgadez, valores elevados del índice de masa corporal (IMC) y presiones sociales y familiares, así como influencias del grupo de pares a favor la delgadez (Gómez-Candela, 2022).

La dieta se ha considerado como una conducta normativa debido a estas preferencias sociales por la delgadez, afectando la conducta y las actitudes con respecto a la comida entre las mujeres adolescentes y jóvenes. Por lo que, la restricción alimentaria es un factor de riesgo para el desarrollo de un TCA (Reyna María Cruz Bojórquez, 2008).

Este panorama se ve reforzado por la industria, que se beneficia de la promoción y venta de diversos productos para perder peso. Los medios de comunicación y la publicidad amplifican el miedo al sobrepeso que existe en la sociedad mediante anuncios que fomentan el temor a ganar peso y sentirse obeso. Además, la tecnología crea imágenes perfectas de cuerpos, con el objetivo de que tanto mujeres como hombres se sientan insatisfechos con su apariencia y sientan la necesidad de adquirir productos para aliviar ese malestar. Los datos muestran que, en general, tanto hombres como mujeres están descontentos con su cuerpo, aunque la insatisfacción es mayor en las mujeres. A su vez, las personas que sufren un TCA presentan mayor insatisfacción con su cuerpo en comparación con aquellas que no tienen estos trastornos. Asimismo, las personas que siguen dietas para bajar de peso de forma regular experimentan una mayor insatisfacción corporal que aquellas que no lo hacen (Vazquez, 2015).

La percepción de la imagen corporal es un factor psicológico/cognitivo que potencialmente conduce a prácticas alimentarias de riesgo pudiendo ser un factor predisponente, precipitante y perpetuante de la AN (Treasure, 2013).

2.2.4 Dieta restrictiva

En nuestra sociedad, la delgadez se percibe como un requisito esencial para lograr una mejor aceptación social, especialmente entre las mujeres jóvenes, quienes son más vulnerables a esta presión. Por ello, muchas de ellas optan por seguir dietas restrictivas con el objetivo de alcanzar este ideal internalizado (Vazquez, 2015).

La dieta se define como la ingesta total de alimentos por parte de un individuo durante un período de tiempo determinado. Sin embargo, muchos utilizan este concepto para definir la intervención dietoterápica en la alimentación a corto plazo para lograr un objetivo, que generalmente está enfocado en la pérdida de peso (Pace, 2016).

Una dieta saludable es aquella que aporta los nutrientes necesarios para mantener la salud, el crecimiento y el funcionamiento adecuado del organismo, al mismo tiempo que ayuda

a prevenir la malnutrición por déficit y por exceso, y las enfermedades crónicas no transmisibles como obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedades cardíacas, entre otras. Se basa en el consumo equilibrado de una variedad de alimentos, incluyendo frutas, verduras, granos enteros, proteínas magras y grasas saludables, y limitando la ingesta de alimentos procesados, azúcares añadidos y grasas saturadas. Además, implica mantener un equilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético, así como seguir pautas dietéticas específicas según las necesidades individuales, el momento biológico y el estado de salud (OMS, 2018).

Los TCA tienden a debutar con una dieta restrictiva o restricción alimentaria, considerada esta como una reducción o abstinencia en el comer y el beber que puede variar desde evitar ciertos alimentos considerados "engordantes" (pan o galletas) o el suprimir una comida diaria (generalmente el desayuno o la cena), hasta el ayuno prolongado en el que solamente se consume agua (Reyna María Cruz Bojórquez, 2008).

Algunos autores afirman que la dieta restrictiva es la práctica más frecuente de las personas que pretenden reducir su peso corporal y se le considera como uno de los precursores más importantes de los TCA (Vázquez, 2002). Esto se relaciona así ya que, generalmente, en estas patologías que cursan con bajo peso, la pérdida del mismo se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta primero todos los alimentos con alto contenido calórico, esto va en incremento y la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos (DSM-5, 2014).

En el ámbito de la salud mental, diversos autores consideran que este tipo de dietas restrictivas son un factor de riesgo tanto para el desarrollo de un TCA como de depresión, estrés y/o ansiedad (Yong, 2021).

Así mismo, la BN comienza generalmente con una dieta hipocalórica. Las investigaciones indican que al menos el 80% de las personas con esta patología habían comenzado una dieta antes de que apareciera el trastorno. Desde ese punto, los atracones bulímicos suelen ser el resultado natural de romper una restricción alimentaria autoimpuesta, lo que lleva a consumir de manera descontrolada una gran cantidad de alimentos muy calóricos considerados como "prohibidos" (Vazquez, 2015).

Sumado a esto, en un estudio donde participaron 93 pacientes ambulatorios diagnosticados con Trastorno por Atracón se observó que, los episodios de atracones a menudo estaban precedidos o acompañados de esfuerzos para controlar el peso a través de restricciones alimentarias y que estas, se correlacionaron positivamente con la preocupación por el peso, la forma del cuerpo y la insatisfacción corporal (Masheb, 2000).

Según la teoría de la restricción alimentaria propuesta por Herman y Mack en 1975, las personas que siguen un régimen restrictivo de forma continua, regulando su ingesta basándose en creencias sobre lo que deben hacer en vez de seguir sus sensaciones reales de hambre y saciedad, tienden a comer de manera descontrolada y a darse atracones cuando rompen la dieta autoimpuesta. En el estudio que sustentó esta teoría, se comparó a un grupo de personas restrictivas con otro grupo no restrictivo, y se observó que la ruptura de la restricción conduce a la desinhibición alimentaria que termina finalizando en un atracón (Herman C. P., 1975).

Asimismo, el Modelo de los Límites de la Regulación de la Ingesta, propuesto por Herman y Polivy en 1984, plantea que la ruptura de una dieta restrictiva es una consecuencia inevitable de la adherencia estricta del Dietante Crónico a cuotas calóricas diarias limitadas. Las normas y creencias del individuo establecen un límite cognitivo para la dieta que, una vez superado, lleva a un consumo excesivo. Esto ocurre en parte debido a la reafirmación de las necesidades fisiológicas de hambre que habían sido ignoradas previamente. Por lo tanto, las personas con restricciones alimentarias tienden a comer en exceso cuando perciben que han cruzado este límite autoimpuesto, independientemente de la exactitud y validez de esa percepción (Herman C. P., 1983).

2.2.5 Conducta alimentaria de riesgo

La conducta alimentaria abarca las acciones que una persona lleva a cabo en relación con la comida, influenciadas por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Estas conductas pueden resultar en el desarrollo de comportamientos de riesgo y trastornos alimentarios, dependiendo de las elecciones y prácticas adoptadas (Berengüí, 2020).

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son acciones inadecuadas que anticipan a los TCA, pero no alcanzan los criterios necesarios en términos de frecuencia y duración para ser diagnosticadas como tales (Gutiérrez, 2019). Las CAR abarcan una amplia gama de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo, surgidos de una

preocupación excesiva por el peso y la comida, dirigidos a controlar o reducir el peso corporal. Estas conductas incluyen los atracones, la realización de dietas crónicas y restrictivas, el abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas no prescritas por especialistas, el vómito autoinducido y la práctica de ayunos (Martínez, 2011) (de Jesús, 2010). Una de las CAR más frecuentes, generalmente motivada por la insatisfacción corporal, es la realización de dietas restrictivas (Andrés, 2014).

Según un estudio realizado en México con 264 adultos, 148 mujeres y 116 hombres de entre 18 y 39 años, se obtuvo que los individuos que presentaban mayor número de CAR mostraron igualmente mayor riesgo de TCA, baja autoestima, perfeccionismo y desajuste emocional (Berengüí, 2020).

A su vez, en una investigación realizada en México con 487 mujeres de 15 a 20 años de edad, se observó que el 11,4% de las adolescentes y el 6,6% de las jóvenes informaron tener comportamientos alimentarios de riesgo. Entre los más frecuentes se encontraban seguir dietas restrictivas, evitar alimentos con azúcar y realizar conteo de calorías. Se encontró que, entre las jóvenes, a medida que aumentaba el IMC, se incrementaba la presencia de CAR, lo que no se observaba entre las adolescentes. En términos generales, las participantes con sobrepeso tenían cinco veces más probabilidades de presentar CAR. Asimismo, el 18,8% de las adolescentes y el 19,8% de las jóvenes experimentaban insatisfacción con su cuerpo. Finalmente, se encontró que, en ambos grupos, las CAR estaban asociadas con la insatisfacción corporal, con excepción del comportamiento de vómito (Franco Paredes, 2019).

En un estudio de corte transversal realizado en Argentina en 2005 con adolescentes de todo el país, enfocado en los factores de riesgo de los TCA, se observó que el 13,3% de los encuestados manifestó temor a aumentar de peso, siendo el 86% de estos individuos mujeres, y donde un 17,9% expresó deseos de perder peso (Bay, 2005).

En un estudio publicado en 2006, se evaluaron 467 niñas españolas y 329 mexicanas de entre 11-12 y 17-18 años mediante los cuestionarios EAT-26, CETCA (Cuestionario de Evaluación de Trastornos de la Conducta Alimentaria), CIMEC (Cuestionario sobre Influencias en el Modelo de Forma Corporal) y una encuesta propia diseñada para identificar factores sociodemográficos y de riesgo. Los resultados del EAT-26, considerando un punto de corte mayor o igual a 20 puntos, indicaron que el 17.9% (n=84) de las españolas y el 17.7% (n=45) de las mexicanas presentaban riesgo de desarrollar un

TCA. Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a conductas de riesgo. Las participantes españolas mostraron una mayor insatisfacción con su imagen corporal y mayor frecuencia de episodios de atracones. Por otro lado, en las mexicanas se detectó una mayor prevalencia de antecedentes de tratamiento psiquiátrico y psicológico, influencia de familiares y amigos para perder peso, uso de dietas, actividad física intensa y vómitos como métodos para reducir peso, además de mayores pérdidas de peso reportadas. En cuanto a la percepción corporal, aproximadamente el 50% de las participantes en ambos grupos deseaba aumentar el tamaño de sus senos. Sin embargo, las mexicanas tendían a preferir brazos, hombros y espalda más delgados, mientras que las españolas deseaban reducir el tamaño de sus caderas, glúteos y piernas, que, en contraste, algunas mexicanas querían aumentar (Toro, 2006).

En 2019, un estudio realizado en Buenos Aires evaluó la relación entre la sobrevaloración de la imagen corporal, la internalización del ideal de delgadez y la necesidad de aprobación social con actitudes disfuncionales relacionadas con la alimentación, el peso y la imagen corporal (ADAPIC), factores que incrementan el riesgo de TCA. La muestra estuvo compuesta de 237 estudiantes universitarias mujeres de entre 18 y 34 años, a la cual se le aplicaron varios cuestionarios. Los resultados indicaron que, tanto la sobrevaloración de la imagen corporal como la internalización del ideal de delgadez tenían efectos directos significativos sobre las ADAPIC, mientras que la necesidad de aprobación social no mostraba un efecto directo significativo. Estos resultados destacan la importancia de abordar la sobrevaloración de la imagen corporal y la internalización del ideal de delgadez en la prevención de los TCA (Murawski, 2019).

En 2019 se publicó una revisión bibliográfica que incluyó 121 estudios de todo el mundo publicados entre 2000 y 2018, de los cuales 94 describen las medias ponderadas de la prevalencia puntual de TCA en un momento específico, incluyendo a hombres y mujeres de todas las edades y utilizando los criterios diagnósticos del DSM-5. Describen una prevalencia de los TCA del 5,7 % (0,9-13,5 %) en las mujeres y del 2,2 % (0,2-7,3 %) en los hombres. Por continentes, la prevalencia de los TCA se observa en Europa: 2,2 % (0,2-13,1 %), seguida de Asia: 3,5 % (0,6-7,8 %) y de América: 4,6 % (2,0-13,5 %) (Galmiche, 2019).

En Argentina, durante el año 2020, el equipo interdisciplinario Bellamente, compuesto por profesionales de la salud mental, educación, comunicación e investigación, llevó a

cabo un estudio sobre el impacto de las presiones socio-culturales en la imagen corporal que incluyó a 6945 mujeres mayores de 18 años. Los resultados revelaron que el 49% de las participantes mostró una alta internalización del ideal de delgadez, y un 12% del ideal de muscularidad. Asimismo, el 90% reportó sentir una fuerte presión de los medios de comunicación, mientras que el 49% experimentó una presión moderada por parte de la familia. Además, el 93% indicó sentirse significativamente influenciado por la cultura que promueve o justifica la pérdida de peso, y el 75% manifestó una gran preocupación por su imagen corporal. Entre las mujeres encuestadas, el 76% escucha con frecuencia comentarios relacionados con el miedo a ganar peso, el 73% oye afirmaciones que relacionan la delgadez con la felicidad, y el 63% escucha quejas sobre su propio cuerpo (Fundación Bellamente, 2024).

2.3 Herramientas de evaluación en los TCA

Dada la complejidad de los TCA, se presentan a continuación los instrumentos empleados y validados para su evaluación, diagnóstico y tratamiento (Losada, 2013).

2.3.1 Entrevistas estructuradas

Lista de Evaluación de Resultado Morgan Russell (MR AS)

En 1975, Morgan y Russell crearon una escala llamada "The Morgan Russell Outcome Assessment Schedule" para evaluar la sintomatología clínica de la AN. Esta herramienta solicita a la persona entrevistada, ya sea el paciente o un miembro de su familia, información sobre su alimentación, peso corporal, estado mental y actitudes relacionadas con la enfermedad, tanto en el momento de la entrevista como en los seis meses previos. Se utiliza para recopilar datos sobre el estado del paciente, evaluar su evolución y valorar los resultados del tratamiento (Morgan, 1988).

Entrevista de Desordenes del Comer (EDI)

La "Eating Disorders Interview" es una herramienta diseñada para detectar TCA en la población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 91 ítems y 11 escalas, las cuales evalúan diversos aspectos relacionados con los TCA. Aunque no

diagnostica AN ni BN, sí describe y mide características psicológicas asociadas a estos trastornos (García-García, 2003).

Instrumento Clínico que tasa el Desorden de Comer (CEDRI)

El "Clinical Eating Disorder Rating Instrument" consiste en 35 ítems evaluados en una escala de 5 puntos, diseñado para analizar la sintomatología de la AN y BN (Palmer, 1996).

Examen de Desordenes del Comer (EDE)

El "Eating Disorders Examination" es una entrevista semiestructurada compuesta por 62 ítems que evalúan las últimas cuatro semanas del paciente. Existen múltiples versiones de esta herramienta, adaptadas a los criterios del DSM-IV. La entrevista, que dura aproximadamente una hora, se centra en detectar la presencia de AN y BN, con un mayor énfasis en esta última. Está dividida en cinco subescalas: restricción alimentaria, síntomas relacionados con conductas compensatorias inadecuadas, preocupación por la alimentación, por el peso y por la silueta (Cooper Z., 1989).

Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED)

La "Interview for the Diagnosis of Eating Disorders" es una entrevista estructurada de 18 preguntas, autoadministrable, desarrollada por Williamson, Davis, Duchmann, McKenzie y Watkins en 1990. Su objetivo es diferenciar entre obesidad, BN, AN y Trastorno por Atracón. Las pruebas de concordancia entre evaluadores han demostrado que esta herramienta es confiable y válida para el diagnóstico diferencial de los TCA (Kutlesic, 1998).

Instrumento de Detección de los Trastornos de la Alimentación (SDE)

El "Screening for Disordered Eating," desarrollado por Anstine y Grinenko en el año 2000, es una entrevista que consta de cuatro preguntas seleccionadas del Test de Actitudes hacia la Comida (EAT-26) y de otros tests adicionales. Este método de tamizaje tiene una

duración de tres minutos y utiliza respuestas de tipo "Sí" o "No". Se aclara que, si se obtiene una respuesta afirmativa, es necesario realizar una evaluación más exhaustiva (Anstine, 2000).

2.3.2 Cuestionarios Auto aplicados

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT)

El "Eating Attitudes Test" fue creado por Garner y Garfinkel en 1979 para detectar síntomas y preocupaciones asociadas a los TCA en muestras no clínicas. Este cuestionario, consta de 40 ítems (EAT-40) organizados en siete componentes: conductas bulímicas, imagen corporal orientada hacia la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social relacionada con el aumento de peso (Garner D. M., 1979).

Posteriormente, desarrollaron una versión corta con 26 ítems (EAT-26) al eliminar 14 preguntas que se consideraron redundantes y que no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. Esta herramienta multidimensional presenta altos valores de fiabilidad y sensibilidad, además de una especificidad adecuada. Es ideal para el cribado de posibles TCA en poblaciones en riesgo y resulta útil para la detección temprana en mujeres jóvenes (Constaín, 2014). Su versión en español fue validada por Gandarillas y colaboradores (Montoro-Pérez, 2024).

Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI)

El "Eating Disorder Inventory" fue creado en 1983 por Garner, Olmstead y Polivy para evaluar diversas áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN. Este instrumento contiene 64 ítems distribuidos en ocho subescalas: motivación para adelgazar, síntomas bulímicos, insatisfacción con la imagen corporal, ineficacia y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar. El EDI-2, validado en mujeres mexicanas, ha demostrado tener una alta validez interna, lo que lo hace adecuado para medir TCA (García-García, 2003).

Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT R)

La versión inicial del Cuestionario de Bulimia fue desarrollada por Smith y Thelen en 1984 con el propósito de evaluar la presencia de síntomas y preocupaciones típicos de la BN. En 1991, Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith revisaron y actualizaron el cuestionario, eliminando algunos ítems, permitiendo que el instrumento se adaptara a los criterios diagnósticos del DSM-IV (Thelen, 1991).

Test Edimburgo de Investigación de Bulimia (BITE)

El “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” (BITE) fue creado por Henderson y Freeman en 1987 para identificar los síntomas y evaluar la gravedad de la BN. Consiste en un cuestionario de 33 preguntas que puede autoadministrarse de forma individual o colectiva tanto al inicio, como en el transcurso o al final del tratamiento. En términos de su fiabilidad y validez, este instrumento ha mostrado una correlación positiva con el EDI y el EAT (Henderson, 1987).

Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)

El “Three Factor Eating Questionnaire” fue desarrollado por Stunkard y Messick en 1985. Contiene 51 preguntas divididas en dos secciones: la primera parte consta de 36 ítems con respuestas dicotómicas (verdadero o falso), mientras que la segunda sección tiene 15 enunciados con respuestas tipo escala Likert de cuatro opciones. Las puntuaciones para los ítems de ambas secciones van de 0 a 1 (Stunkard, 1985). Los análisis de validez concurrente y discriminante han mostrado resultados satisfactorios (López-Aguilar, 2011).

Escala de Trastornos por Atracón (BES)

La “Binge Eating Scale” fue creada por Gormally, Black, Daston y Rardin en 1982 con el propósito de identificar el Trastorno por Atracón. Esta herramienta puede determinar tanto la presencia del trastorno como su severidad, evaluando la frecuencia y gravedad de los episodios de atracón a través de la puntuación obtenida. Con un máximo de 46 puntos posibles, se categoriza a los pacientes en tres grupos: aquellos con 17 puntos o menos no

mostrarían síntomas del trastorno, aquellos con 18 a 26 puntos indicarían un trastorno moderado, y aquellos con 27 puntos o más serían diagnosticados con un grado severo (Guisado, 2001).

Cuestionario de Comer y Modelo de Peso Revisado (QEWP-R)

El “Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised” fue creado por Spitzer en 1992 con el fin de detectar individuos que experimentan episodios recurrentes de Trastorno por Atracón, caracterizados por una sensación de pérdida de control y sentimientos de culpa relacionados con la comida, la dieta y el peso. Este cuestionario consta de 13 preguntas que exploran la cantidad de comida consumida durante el atracón, la duración del episodio y los sentimientos de culpa asociados con respecto a la comida, la dieta y el peso (Spitzer, 1992).

Cuestionario Auto informado de Desorden (EDE-Q)

El cuestionario “Eating Disorder Examination-self-report”, desarrollado por Fairburn y Beglin en 1994 a partir de la entrevista semiestructurada EDE, se diseñó como una herramienta para diagnosticar específicamente AN y BN. Este instrumento permite clarificar el concepto de atracón, evaluar creencias como el miedo a ganar peso, la restricción alimentaria, la preocupación por el peso, la figura corporal y los hábitos alimentarios. Estudios han demostrado una alta consistencia interna y fiabilidad en este cuestionario (Luce, 1999).

Cuestionario SCOFF

Es un cuestionario breve creado por Morgan, Reid y Lacey en 1999, compuesto por cinco preguntas que siguen los criterios del DSM-IV. Puede ser administrado de manera oral o escrita y se reconoce como un instrumento conciso, válido y confiable para la detección de un TCA (Campo-Arias, 2006).

Cuestionario de Diagnóstico de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Q-EDD)

Desarrollado en 1997 por Mintz, O'Halloran, Mulholland y Schneider, que consiste en 50 preguntas que aplican los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se evalúa mediante una entrevista estructurada que proporciona criterios diagnósticos, permitiendo distinguir entre aquellos que presentan un TCA de los que no (Teresa, 2001).

2.3.3 Métodos de Percepción Corporal

Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)

El “Body Shape Questionnaire” se compone de 34 preguntas cerradas autoadministrables diseñadas para evaluar la preocupación por el peso y la imagen corporal. También explora la insatisfacción con el propio cuerpo, el temor a aumentar de peso, la autoestima afectada por la apariencia física, el deseo de perder peso corporal y la evitación de situaciones donde la presencia física pueda ser expuesta. Este instrumento permite diferenciar entre la población general y aquella que padece TCA (Cooper Z., 1989).

Test de Siluetas (TS)

El “Test de Siluetas” (TS) se creó con el objetivo de evaluar la distorsión y la insatisfacción relacionadas con la imagen corporal. El empleo de siluetas ha demostrado ser práctico y bien recibido para este propósito, facilitando una evaluación rápida y clara de estos aspectos (Thompson, 1995).

Examen del Trastorno Dismórfico (BDDE)

El “Body Dysmorphic Disorder Examination” fue creado por Rosen y Reiter en 1996 con el propósito de evaluar la imagen corporal y el Trastorno Dismórfico Corporal. Consiste en una entrevista semiestructurada que incluye 34 preguntas y su aplicación puede llevar entre treinta minutos a una hora. Se necesita capacitación previa para administrarlo adecuadamente (Rosen, 1996). Esta herramienta presenta consistencia interna alta y una validez concurrente (Castrillón Moreno, 2007).

2.3.4 Registros Alimentarios

Auto Registro de Alimentación (ARA)

Es un instrumento diseñado para pacientes con TCA, el cual registra y detalla las ingestas diarias. Esto facilita la comprensión precisa de la conducta alimentaria de los individuos, incluyendo la calidad y cantidad de alimentos consumidos (Losada, 2013).

3 PROBLEMA

¿Las mujeres adultas que realizan dietas restrictivas para bajar de peso tienen riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria?

4 HIPÓTESIS

Las mujeres que realizan dietas restrictivas para bajar de peso tienen mayor riesgo de desarrollar un TCA (Álvarez M. T.-C., 2018).

5 OBJETIVO GENERAL

Identificar el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en mujeres adultas residentes en Buenos Aires que realizan dietas restrictivas para bajar de peso en el año 2024.

6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar la muestra.
- ✓ Determinar existencia de restricciones alimentarias en las mujeres.
- ✓ Evaluar conductas alimentarias en las mujeres.
- ✓ Identificar actitudes alimentarias en las mujeres.
- ✓ Analizar la percepción externa de las mujeres sobre su comportamiento alimentario y aspecto físico.

7 METODOLOGÍA

7.1 Diseño/tipo de estudio

Estudio de alcance descriptivo con enfoque cuantitativo, cuyo diseño metodológico es observacional de tipo transversal prospectivo.

7.2 Población

Mujeres adultas.

7.3 Muestra

Mujeres mayores de 18 años que residan en Buenos Aires y realicen dietas restrictivas para bajar de peso en el año 2024.

Tipo de muestreo: No probabilístico, a conveniencia, por bola de nieve.

7.4 Criterios de elegibilidad

De inclusión:

- Sexo femenino.
- Mayores de 18 años.
- Residir en Buenos Aires, Argentina.
- Estar realizando actualmente una dieta para bajar de peso o haber realizado dieta para bajar de peso en el último año.
- Haber otorgado su consentimiento informado para participar.
- Saber leer y escribir.

De exclusión:

- Que tenga diagnóstico previo de TCA.
- Que actualmente esté en tratamiento por un TCA.
- Que no tenga acceso a internet.

Eliminación:

- Que no finalice el cuestionario.

7.5 Operacionalización de las variables

Variables de caracterización

Variable	Dimensión	Conceptualización	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/instrumento
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento de referencia.	Cantidad de años cumplidos	a) menor de 18 años b) 18-21 años c) 22-25 años d) 26-29 años e) 30-34 años f) 40-49 años g) 50 -54 años h) 55-69 años i) 70 o más	Cuantitativa discreta Ordinal Politómica	Cuestionario de elaboración propia
	Lugar de residencia	Lugar en el que vive la persona.	Tipo de zona geográfica residencial	GBA CABA	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario de elaboración propia
	Nivel educativo	Nivel de educación más alto que una persona ha alcanzado.	Nivel educativo alcanzado	a) Sin estudios b) Primaria completa c) Secundaria completa d) Universitario completo	Cualitativa Ordinal	Cuestionario de elaboración propia

Variables de estudio

Variable	Dimensión	Conceptualización	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/Instrumento
Comportamientos Alimentarios	Dieta restrictiva	Plan de alimentación que limita significativamente el consumo de ciertos grupos de alimentos o nutrientes.	Cantidad de veces que ha iniciado una dieta restrictiva en el último año	a) 1-2 veces b) 3-4 veces c) 5 o más veces	Cuantitativa discreta Ordinal Politómica	Cuestionario de elaboración propia
			Duración estimativa de cada período de dieta restrictiva que ha iniciado durante el último año	a) Menos de una semana b) 1 semana c) 2 semanas d) 3 semanas e) 1 mes f) 2-3 meses g) Más de 3 meses	Cuantitativa Ordinal Politómica	Cuestionario de elaboración propia
			Edad en que ha realizado su primera dieta restrictiva con el fin de bajar de peso	a) 10 años a menos b) 11-13 años c) 14-17 años d) 18-21 años e) 22-25 años f) 26-29 años g) 30-34 años h) 40-49 años i) 50 -54 años j) 55-69 años k) 70 o más	Cuantitativa discreta Ordinal Politómica	
			Tiempo que lleva realizando ciclos de dietas restrictivas de forma continua	a) Menos de 6 meses b) 6 meses - 1 año c) 1-2 años d) 2-5 años e) Más de 5 años	Cuantitativa Ordinal Politómica	Cuestionario de elaboración propia

Riesgo de TCA	Restricción alimentaria	Reducción o abstinencia en el comer y el beber que puede ir desde la simple evitación de un alimento o la omisión de un tiempo de comida.	Procuró no comer alimentos que tengan azúcar	a) Nunca b) Casi nunca c) A menudo e) Muy a menudo f) Siempre	Cualitativa Ordinal Politómica	Cuestionario EAT 26
			Procuró no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)			
			Como alimentos dietéticos			
Riesgo de TCA	Conducta alimentaria	Conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos.	Procuró no comer cuando tengo hambre	a) Nunca b) Casi nunca c) A menudo e) Muy a menudo f) Siempre	Cualitativa Ordinal Politómica	Cuestionario EAT 26
			He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer			
			Tengo un buen control en lo que se refiere a la comida			
			Corto mis alimentos en trozos pequeños.			
			Tardo más tiempo que los demás en comer			
			Me gusta tener el estómago vacío			
Riesgo de TCA	Conductas compensatorias	Comportamientos que buscan compensar el efecto negativo de una conducta no	Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	a) Nunca b) Casi nunca c) A menudo	Cualitativa Ordinal Politómica	Cuestionario EAT 26

		saludable, mediante la ejecución de una conducta que un sujeto piensa que es saludable.	Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	e) Muy a menudo f) Siempre		
			Vomito después comer			
Riesgo de TCA	Actitud alimentaria	Creencias, pensamientos y comportamientos hacia la comida y la alimentación. Incluyen cómo una persona percibe y reacciona ante los alimentos, así como los hábitos y patrones alimenticios que se desarrollan a lo largo del tiempo.	Me angustia la idea de estar demasiado gorda	a) Nunca b) Casi nunca c) A menudo e) Muy a menudo f) Siempre	Cualitativa Ordinal Politómica	Cuestionario EAT 26
			Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida			
			La comida es para mí una preocupación habitual			
			Me siento muy culpable después de comer			
			Me obsesiona el deseo de estar más delgada			
			Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis			
			No me siento bien después de haber comido dulces			
			Estoy haciendo dieta			
			Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías (*)			

			Paso demasiado tiempo pensando en la comida			
			Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como			
Riesgo de TCA	Percepción externa	Proceso mediante el cual los individuos reciben, interpretan y organizan estímulos sensoriales provenientes del entorno físico y social.	Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más	a) Nunca b) Casi nunca c) A menudo e) Muy a menudo f) Siempre	Cualitativa Ordinal Politómica	Cuestionario EAT 26
			Los demás piensan que estoy demasiado delgada			
			Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más			

7.6 Instrumento

Para la recolección de datos, se elaboró un cuestionario conformado por tres partes mediante Google Forms. La primera sección se llevó a cabo mediante un cuestionario de elaboración propia que incluyó preguntas sociodemográficas. La segunda sección incorporó preguntas que evaluaron el comportamiento alimentario en relación a la dieta restrictiva, también mediante un cuestionario de elaboración propia. La tercera sección consistió en un cuestionario validado científicamente, el "Eating Attitudes Test -26" (EAT-26), previamente descrito en el marco teórico, que se utilizó como método de cribado para detectar la presencia de comportamientos de riesgo asociados a los TCA, mediante preguntas que reflejan conductas de riesgo típicas.

El EAT-26 es una herramienta autoadministrable que lleva aproximadamente 10 minutos en completarse y consta de 26 preguntas divididas en cuatro subcategorías: bulimia, dieta, preocupación por la comida y control oral. El instrumento presenta una sensibilidad del 88,9% y una especificidad del 97,7%. Se utilizó la versión en español validada por Gandarillas y colaboradores (Montoro-Pérez, 2024).

Para responder a este cuestionario, cada participante debió leer los enunciados y señalar con qué frecuencia llevó a cabo los comportamientos descritos en ellos. Las respuestas se valoraron en una escala de frecuencia tipo Likert con cinco opciones de respuesta: Siempre, Muy a menudo, A menudo, Casi nunca y Nunca. Las preguntas que van de la 1 a la 24 y la 26 se puntúan de la siguiente manera: "Nunca" y "Casi nunca" reciben 0 puntos, "A menudo" 1 punto, "Muy a menudo" 2 puntos y "Siempre" 3 puntos. En cuanto a la pregunta 25, las respuestas se puntuaron a la inversa, como: "Siempre" y "Muy a menudo" obtienen 0 puntos, "A menudo" 1 punto, "Casi nunca" 2 puntos y "Nunca" 3 puntos. El puntaje total se obtuvo sumando los puntos en cada ítem. La presencia de TCA fue determinada considerando un puntaje mayor o igual a 20 puntos (Constaín, 2014)

7.7 Consideraciones éticas

Todas las participantes recibieron información detallada sobre el propósito del estudio y el procedimiento del mismo. Se les proporcionó un formulario de consentimiento informado que aceptaron antes de participar. Este documento explicó claramente que su participación fue voluntaria y que podían retirarse del cuestionario en cualquier momento que lo deseen sin repercusiones. En consonancia con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki que guían la investigación con humanos, se priorizó el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos y el bienestar integral de todas las participantes (Asociación Médica Mundial, 1994).

Se garantizó entonces la confidencialidad de los datos personales y la información recopilada durante el estudio. Los cuestionarios y datos recolectados fueron codificados para asegurar el anonimato de las participantes. Los resultados se presentaron sin identificar a ninguna participante individual, respetando su privacidad y dignidad.

Aunque la participación en el estudio no ofreció beneficios directos a las participantes, los resultados pudieron contribuir al conocimiento científico y a la comprensión de los factores de riesgo asociados con los TCA en mujeres que realizan dietas para bajar de peso. Este conocimiento podría utilizarse para desarrollar intervenciones más efectivas y programas de prevención.

7.8 Prueba piloto

La prueba piloto se realizó durante el 30 y el 31 de agosto con el objetivo de analizar cómo los participantes comprendían el cuestionario y así identificar posibles dificultades al responderlo, especialmente en términos de claridad y comprensión de las preguntas. Esta prueba, llevada a cabo por 4 personas, permitió realizar las modificaciones necesarias antes de la implementación final a campo, donde se modificó la redacción de una de las preguntas de elaboración propia correspondiente a la variable comportamientos alimentarios por sugerencia de dos de las personas que realizaron la prueba. Además, se cambió el orden de las preguntas de dicha sección para una mejor coherencia en el abordaje del tema.

7.9 Cronograma de actividades

	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Actividades									
Definición del tema									
Búsqueda bibliográfica									
Pregunta problema									
Introducción									
Marco teórico									
Objetivos									
Población									
Análisis de variables									
Elaboración del cuestionario									
Prueba piloto									
Trabajo de campo									
Análisis de resultados									
Discusión									
Conclusión									

8 RESULTADOS

La muestra se analizó utilizando Microsoft Excel, presentando los resultados en frecuencias absolutas y relativas. La misma quedó conformada por n= 203 personas, de las cuales se excluyeron n=115 por no cumplir criterios de elegibilidad. En detalle, se eliminaron 92 personas por no cumplir con los criterios de inclusión (91 por no estar realizando actualmente una dieta para bajar de peso o haber realizado dieta para bajar de peso en el último año y 1 por ser menor de 18 años) y 23 personas por criterios de exclusión (tener diagnóstico previo de TCA). La muestra final quedó conformada entonces por n= 88 personas.

Características sociodemográficas

Tabla 1: Distribución por rangos etarios (n= 88).

Edad	n=	%
18-21 años	2	2%
22-25 años	10	11%
26-29 años	7	8%
30-34 años	14	16%
35-39 años	16	18%
40-44 años	10	11%
45-49 años	14	16%
50-54 años	9	10%
55-69 años	5	6%
70 o más años	1	1%
Total	88	100%
Lugar de residencia	n=	%
CABA	50	57%
GBA	38	43%
Total	88	100%
Estudios alcanzados	n=	%
Sin estudios	0	0%
Primaria completa	2	2%
Secundaria completa	35	40%
Universitario/ terciario completo	51	58%
Total	88	100%

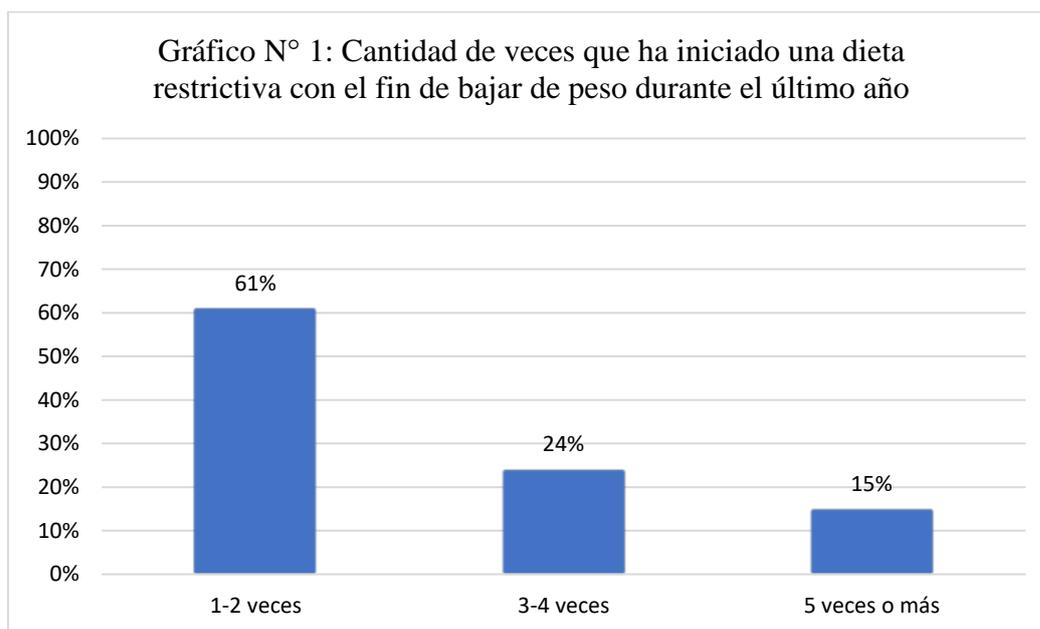
Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra de n= 88 personas, la mayor representación corresponde al grupo etario comprendido entre los 35 a 39 años de edad, que representa el 18% (n=16), seguido por los grupos de 30 a 34 años y de 45 a 49 años, ambos cada uno con un 16% (n=14). Estos tres grupos suman el 50% de la muestra total, lo cual indica que la mitad de los participantes tienen entre 30 y 49 años. Por otro lado, los grupos de 22 a 25 años, 40 a 44 años y 50 a 54 años muestran una distribución similar, con un 11% (n=10) cada uno.

En cuanto al lugar de residencia, el 57% (n=50) reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), mientras que el 43% (n=43) vive en el Gran Buenos Aires (GBA).

En cuanto al nivel de estudios alcanzado, el 58% (n=51) completó estudios universitarios o terciarios, seguido por un 40% (n=35) que cuenta con el nivel secundario completo.

Gráfico N 1: Distribución porcentual de la cantidad de veces que las mujeres han iniciado una dieta restrictiva con el fin de bajar de peso durante el último año

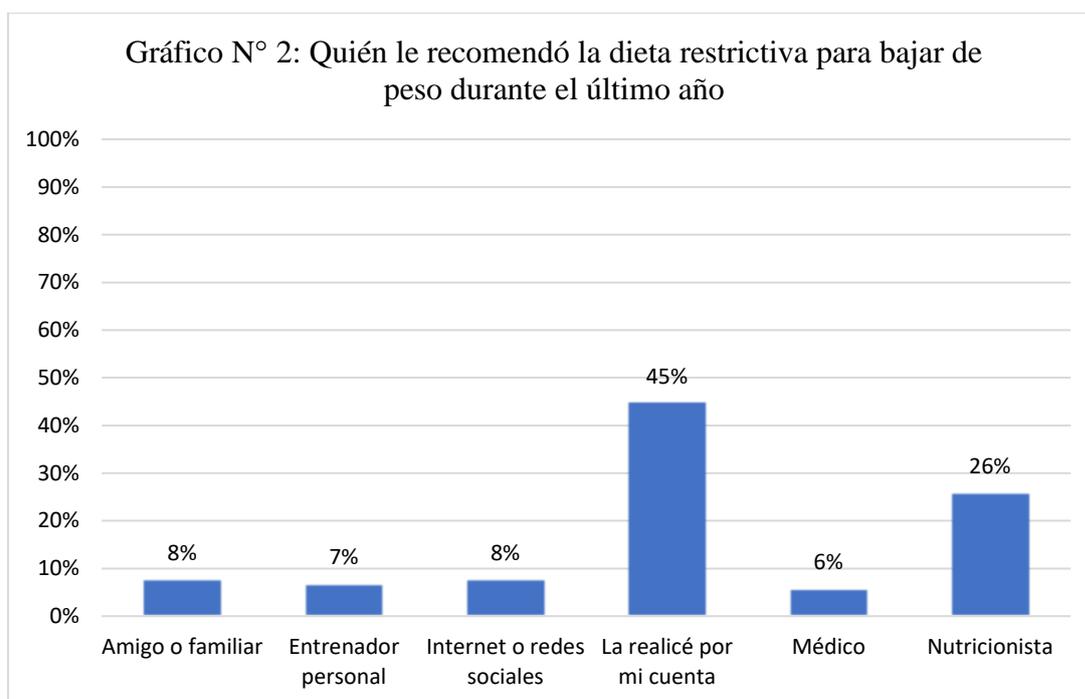


Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra de n= 88 personas, el 61% (n= 54) indicó haber comenzado una dieta restrictiva para bajar de peso entre 1 y 2 veces durante el último año. Por otro lado, el 24% (n=21) reportó haber iniciado dietas restrictivas entre 3 y 4 veces, mientras que el

15% restante (n=13) señaló haber iniciado dietas restrictivas 5 veces o más durante el último año.

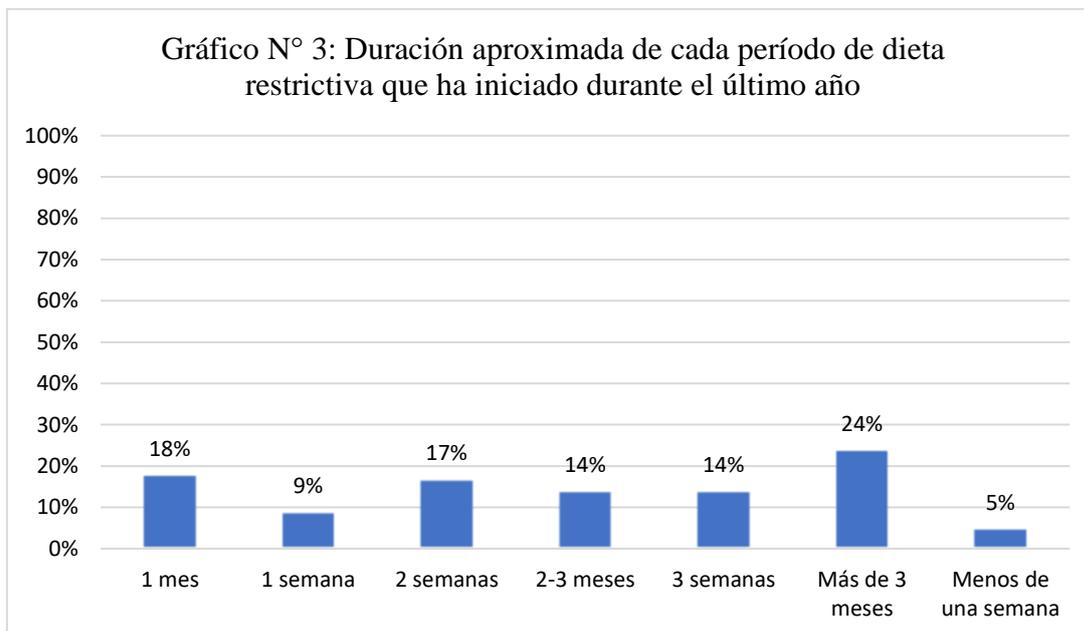
Gráfico N 2: Distribución porcentual de recomendaciones que recibieron las mujeres para iniciar una dieta restrictiva para bajar de peso en el último año



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra de n= 88 personas, el 45% (n=40), indicó que decidió realizar la dieta restrictiva para bajar de peso por su cuenta. En segundo lugar, el 26% (n=23) señaló haber recibido la recomendación de un nutricionista para realizarla. Por otro lado, el 8% (n=7) recibió la recomendación de un amigo o familiar, mientras que otro 8% (n=7) mencionó haber sido influenciado por Internet o redes sociales para su realización. Un 7% (n=6) indicó que la recomendación provino de un entrenador personal, y el 6% (n=5) señaló al médico como fuente de la recomendación.

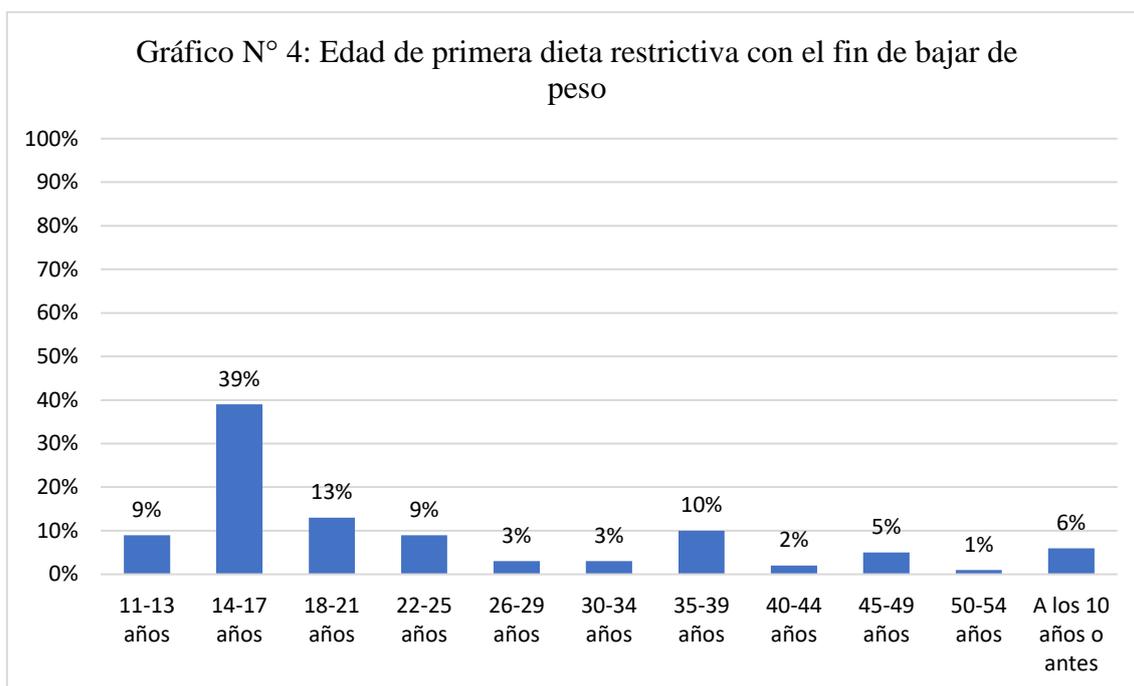
Gráfico N 3: Distribución porcentual de la duración aproximada de cada período de dieta restrictiva que ha iniciado las mujeres durante el último año



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra de $n= 88$ personas, el 24% ($n=21$) indicó que sus períodos de dieta restrictiva duraron más de 3 meses, mientras que el 18% ($n=16$) reportó una duración de 1 mes. Un 17% ($n=15$) señaló que su dieta restrictiva tuvo una duración de 2 semanas, y un 14% ($n=12$) reportó períodos de duración de 2 a 3 meses, mientras que otro 14% ($n=12$) indicó una duración de 3 semanas. Por otro lado, el 9% ($n=8$) mencionó que la duración aproximada de cada período de dieta restrictiva fue de 1 semana, y el 5% ($n=4$) indicó haber realizado la dieta por menos de una semana.

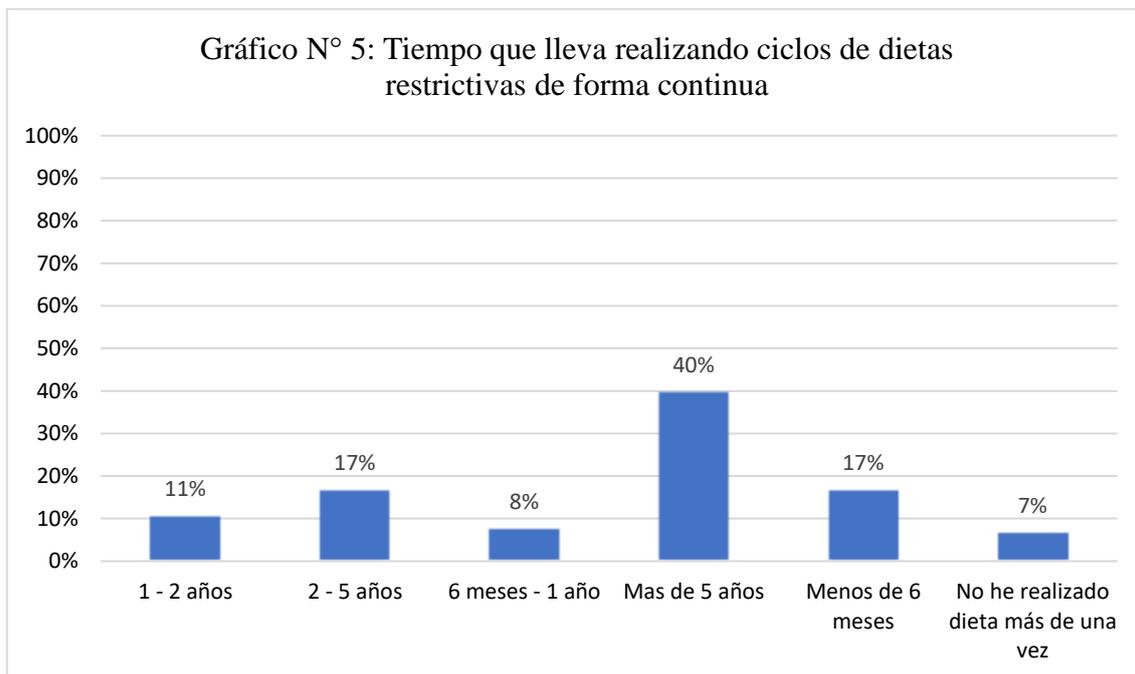
Gráfico N 4: Distribución porcentual según la edad de inicio de la primera dieta restrictiva para bajar de peso que realizaron las mujeres



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra de $n= 88$ personas, el 39% ($n=34$) indicó haber comenzado su primera dieta restrictiva para bajar de peso entre los 14 y 17 años. Un 13% ($n=11$) reportó haber iniciado entre los 18 y 21 años, mientras que el 10% ($n=9$) lo hizo entre los 35 y 39 años. Un 9% ($n=8$) comenzó entre los 11 y 13 años, y otro 9% ($n=8$) en la franja de los 22 a 25 años. Además, el 6% ($n=5$) reportó haber empezado a los 10 años o antes. Las franjas de edad restantes, entre los 26 y 54 años, representan porcentajes más bajos, siendo el 5% ($n=4$) para los 45-49 años, el 3% ($n=3$) tanto para los 26-29 y 30-34 años, el 2% ($n=2$) para los 40-44 años, y el 1% ($n=1$) para los 50-54 años.

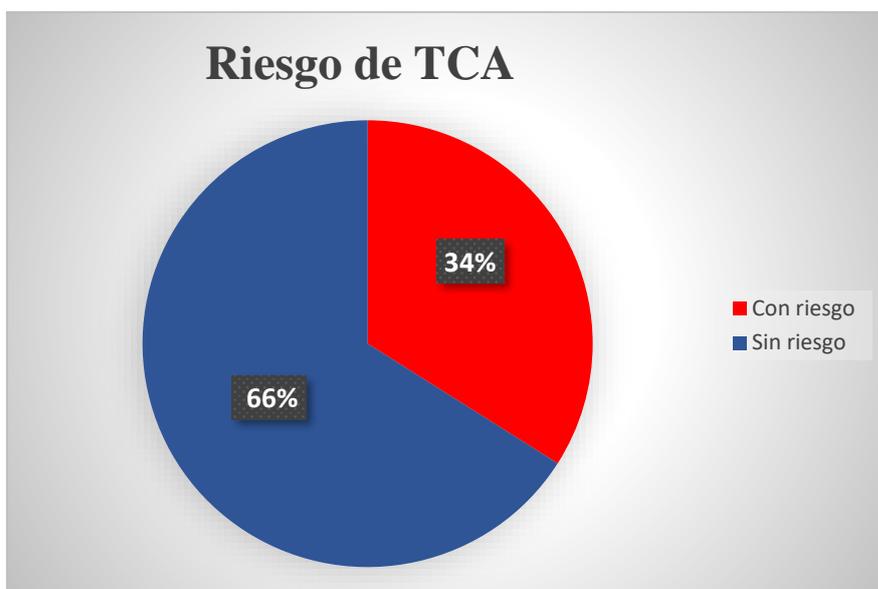
Gráfico N 5: Distribución porcentual del tiempo en ciclos de dietas restrictivas de forma continua que realizaron las mujeres



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra de $n= 88$ personas, el 40% ($n=35$) reportó haber seguido dietas restrictivas de forma continua por más de 5 años. Seguido de un 17% ($n=15$) cuyos ciclos de dietas restrictivas tuvieron una duración de 2 a 5 años y un 17% ($n=15$) con una duración de menos de 6 meses. Un 11% ($n=10$) de reporta que su duración fue de 1 a 2 años, y un 8% ($n=7$) entre 6 meses a 1 año. Además, un 7% ($n=6$) de las participantes afirmó no haber realizado dieta más de una vez.

Gráfico N 6. Porcentaje de mujeres que se encuentran (o no) en riesgo de desarrollar un TCA (n= 88).



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Luego de la aplicación de la herramienta EAT-26 para identificar conductas alimentarias de riesgo relacionados con Trastornos Alimentarios, se encontró que del total de la muestra n= 88 mujeres, el 34% (n=30) presenta riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), mientras que el 66% (n=58) no presenta riesgo.

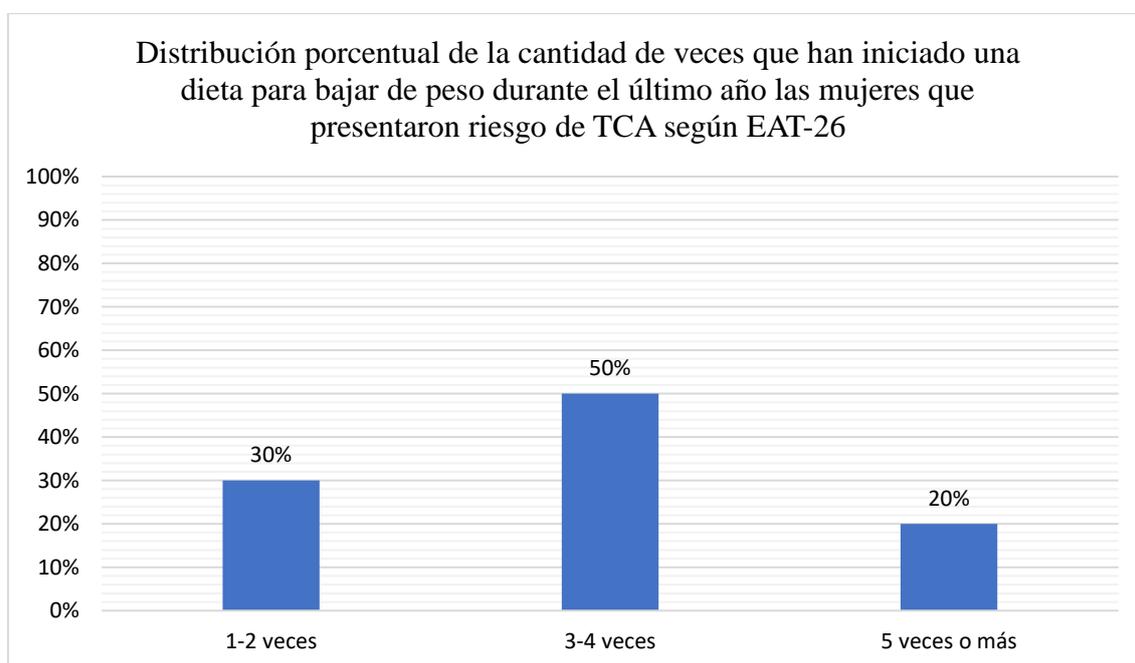
Tabla 2: Distribución de mujeres según edad de la primera dieta restrictiva y presencia actual de riesgo de desarrollar un TCA (n= 88).

Edad de primera dieta restrictiva con el fin de bajar de peso	Con riesgo de TCA (n=)	%	Sin riesgo de TCA (n=)	%
10 años o antes (n=5)	2	7%	3	5%
11-13 años (n=8)	5	17%	3	5%
14-17 años (n=34)	17	57%	17	29%
18-21 años (n=11)	2	7%	9	16%
22-25 años (n=8)	2	7%	6	10%
26-29 años (n=3)	1	3%	2	3%
30-34 años (n=3)	0	0%	3	5%
35-39 años (n=9)	0	0%	9	16%
40-44 años (n=2)	0	0%	2	3%
45-49 años (n=4)	1	3%	3	5%
50-54 años (n=1)	0	0%	1	2%
Total (n=88)	30	100%	58	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Al analizar la relación entre la edad de la primera dieta realizada por el total de la muestra de mujeres (n=88) y la presencia actual de riesgo a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), se observó que el mayor porcentaje del total de las mujeres con riesgo a desarrollar un TCA, que corresponde al 57% (n=17), se encuentra en la franja de edad comprendida entre los 14 y 17 años. Seguido del 17% (n=5), donde la edad comprendida al iniciar su primera dieta fue entre los 11 y 13 años.

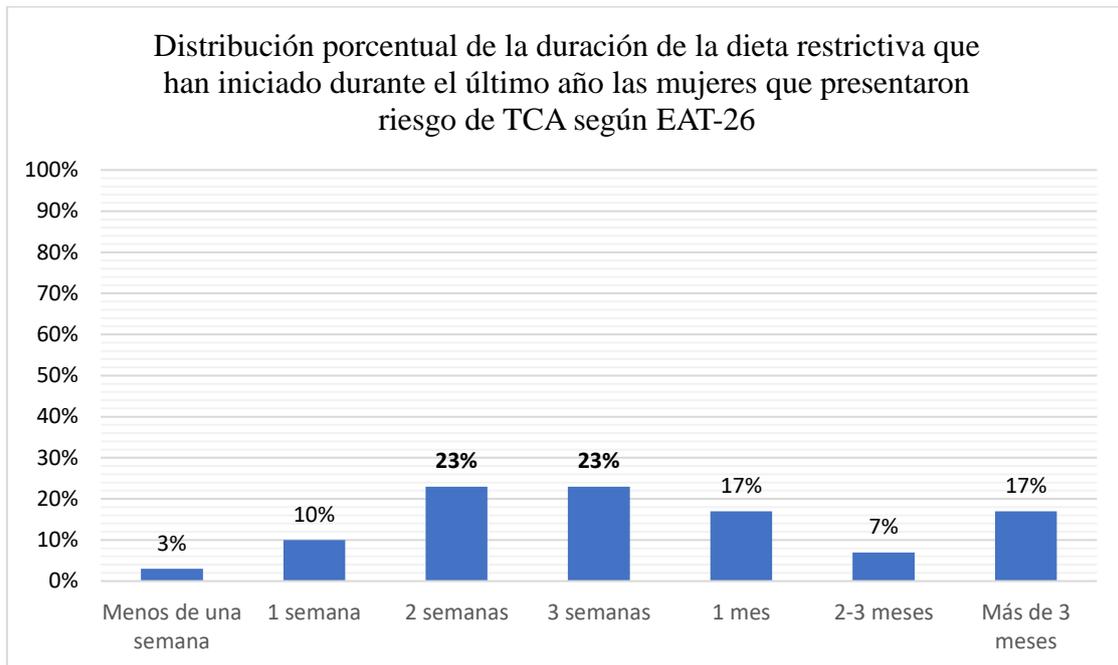
Gráfico N 7: Distribución porcentual de la cantidad de veces que han iniciado una dieta durante el último año las mujeres que presentaron riesgo de TCA según EAT-26 (n=30)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra que presentó riesgo de TCA según EAT-26 (n= 30), el 50% (n=15) reportó haber iniciado 3 a 4 veces una dieta durante el último año, el 30% (n= 9) 1 a 2 veces y el 20 % restante (n= 6) 5 veces o más.

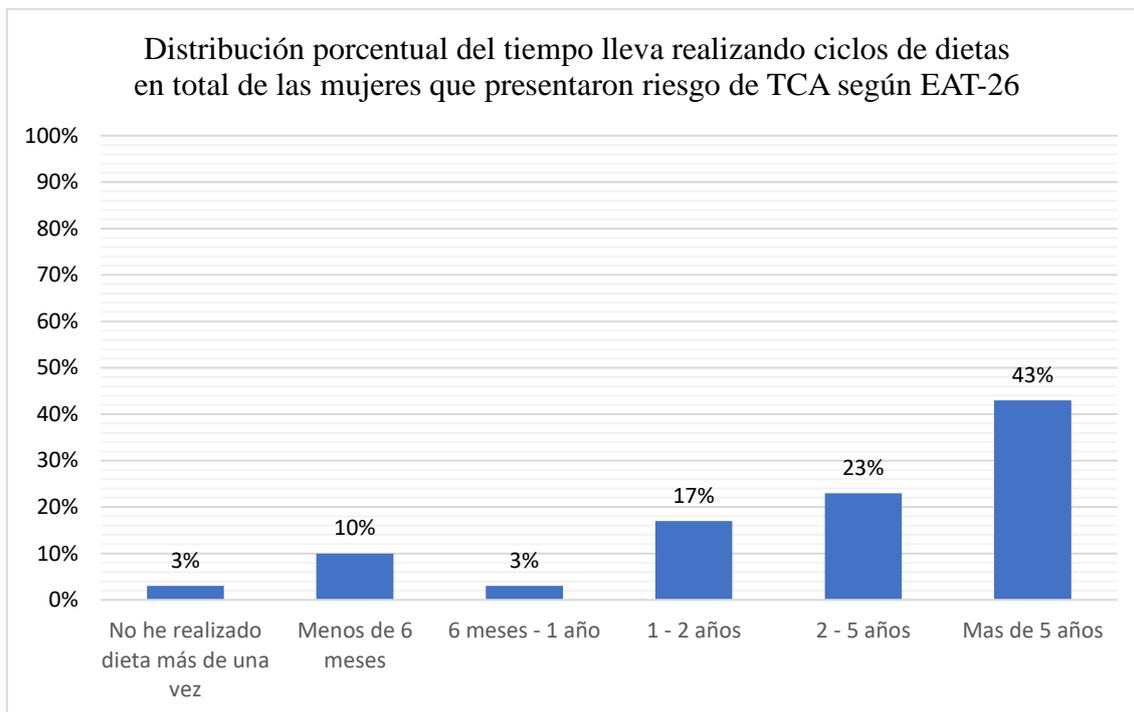
Gráfico N 8: Distribución porcentual de la duración de la dieta restrictiva que han iniciado durante el último año las mujeres que presentaron riesgo de TCA según EAT-26 (n=30)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra que presentó riesgo de TCA según EAT-26 (n= 30), un 23% (n=7) indicó la duración de la dieta restrictiva que han iniciado durante el último fue de 2 semanas y otro 23% (n=7) señaló una duración de 3 semanas.

Gráfico N 9: Distribución porcentual del tiempo lleva realizando ciclos de dietas en total de las mujeres que presentaron riesgo de TCA según EAT-26 (n=30)

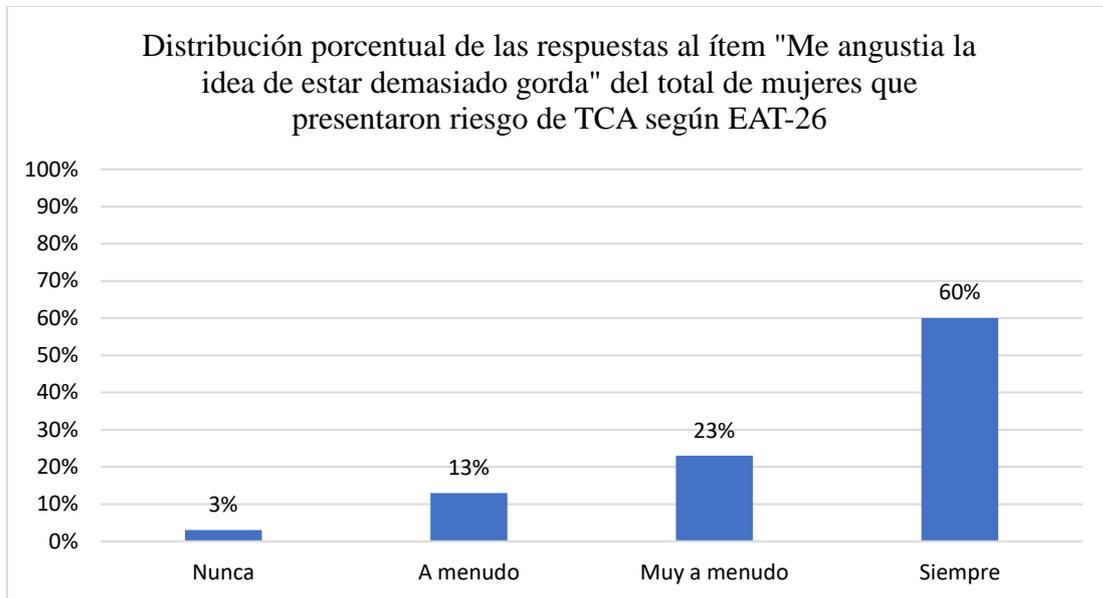


Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra que presentó riesgo de TCA según EAT-26 (n= 30), el 43% (n= 13) indicó haber estado más de 5 años realizando ciclos de dietas en total y el 23% (n=7) entre 2 a 5 años.

Debido a la sólida evidencia descrita en la literatura sobre la relación entre la insatisfacción corporal de las mujeres y los TCA, se analizó la distribución porcentual de las respuestas a 3 preguntas del EAT-26 relacionadas al cuerpo en las mujeres que dieron como resultado un puntaje mayor o igual a 20 puntos:

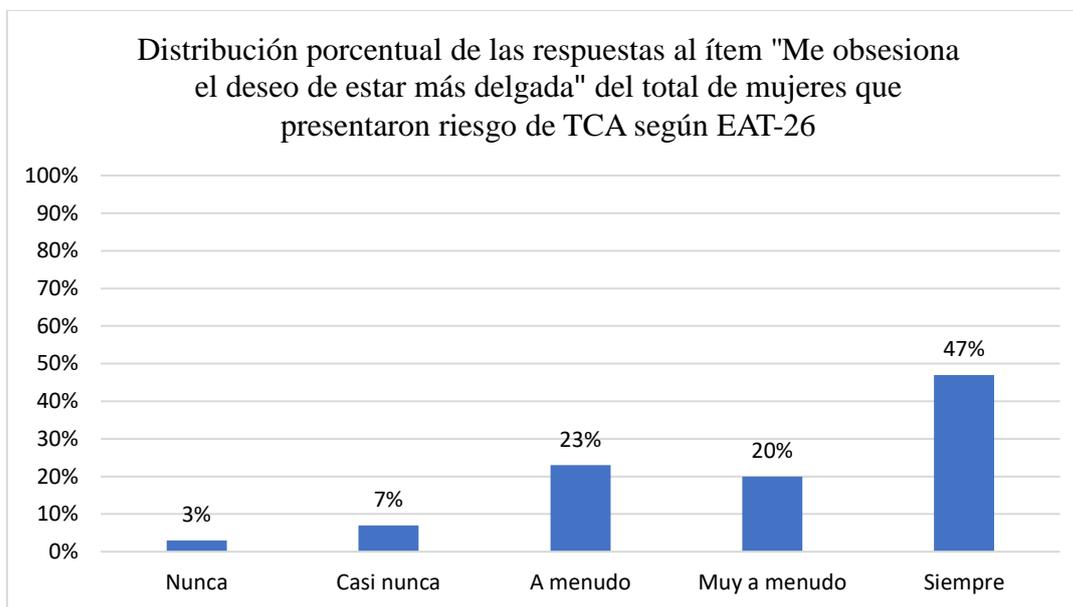
Gráfico N 10: Distribución porcentual de las respuestas al ítem "Me angustia la idea de estar demasiado gorda" del total de mujeres que presentaron riesgo de TCA según EAT-26 (n=30)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra que presentó riesgo de TCA según EAT-26 (n= 30), el 60% (n=18) respondió con el puntaje máximo correspondiente a la opción "Siempre", mientras que el 23% (n=7) respondió "Muy a menudo". La opción "Nunca" solo correspondió al 3% (n= 1).

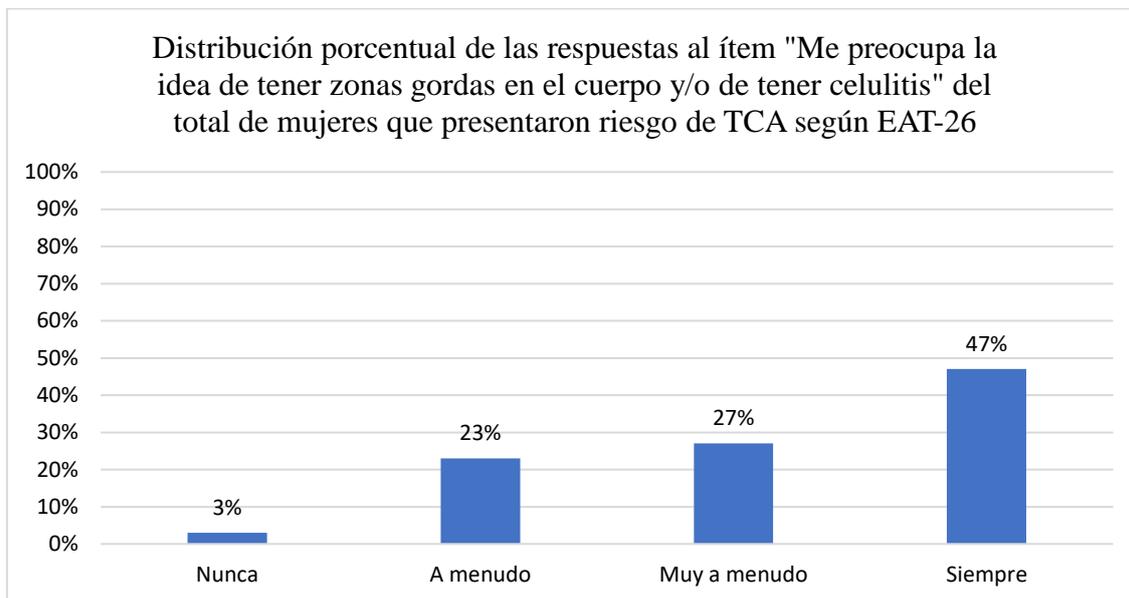
Gráfico N 11: Distribución porcentual de las respuestas al ítem "Me obsesiona el deseo de estar más delgada" del total de mujeres que presentaron riesgo de TCA según EAT-26 (n=30)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra que presentó riesgo de TCA según EAT-26 (n= 30), el 47 % (n=14) respondió con el puntaje máximo correspondiente a la opción "Siempre", mientras que el 23% (n=7) respondió "A menudo" y el 20% (n=6) marcó "Muy a menudo". Nuevamente, la opción "Nunca" solo correspondió al 3% (n= 1).

Gráfico N 12: Distribución porcentual de las respuestas al ítem "Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis" del total de mujeres que presentaron riesgo de TCA según EAT-26 (n=30)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el trabajo de campo

Del total de la muestra que presentó riesgo de TCA según EAT-26 (n= 30), el 47 % (n=14) respondió con el puntaje máximo correspondiente a la opción "Siempre", mientras que el 27 % (n=8) respondió "Muy a menudo" y el 23% (n=7) marcó la opción "A menudo". Nuevamente, la opción "Nunca" solo correspondió al 3% (n= 1).

9 DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios sobre la preocupación por el peso, la dieta y los TCA se han centrado principalmente en la población adolescente. En este contexto, el presente estudio busca evidenciar la presencia de dicha preocupación, vinculada a posibles TCA, mediante la aplicación del Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) en una población femenina mayor de 18 años. Lo que permitirá identificar estas patologías y favorecer una intervención temprana a modo preventivo.

En estudios epidemiológicos sobre TCA, las tasas de prevalencia pueden variar considerablemente. Estas diferencias dependen de factores metodológicos como la definición de los casos, los puntos de corte empleados en las herramientas de evaluación, las características de la muestra estudiada y el tipo de muestreo utilizado. Sin embargo, en la última década, existe un consenso en la mayoría de estos estudios en que el número de casos de TCA ha mostrado una tendencia al alza.

Al analizar los resultados del presente estudio, tras aplicar el EAT-26, se encontró que del total de la muestra $n= 88$ mujeres, el 34% presenta riesgo de desarrollar un TCA. Estos resultados reflejan un riesgo mayor de desarrollar TCA en mujeres adultas de Buenos Aires, Argentina, comparado con otros países que han empleado el mismo instrumento de cribado y punto de corte. Por ejemplo, un estudio transversal realizado en 2017 en la Universidad Nacional de An-Najah, Palestina, evaluó a 2001 estudiantes mujeres con una edad promedio de $19,5 \pm 1,4$ años, encontrando que el 28,6% presentaba riesgo de desarrollar TCA según el EAT-26 (Saleh, 2018). De manera similar, un estudio realizado en Brasil en 2010, que evaluó las actitudes alimentarias de 2,489 mujeres universitarias, mostró que el 26,1% presentó comportamientos de riesgo relacionados con TCA, con puntuaciones iguales o superiores a 21 puntos en el EAT-26 (Dos Santos Alvarenga, 2010). Además, un estudio en los Emiratos Árabes Unidos con 228 estudiantes universitarias en 2010 reveló que el 24,6% estaba en riesgo de desarrollar TCA (Thomas, 2010).

Por otra parte, este porcentaje también supera al observado en estudios previos en América Latina y España. En un estudio realizado entre 2007 y 2008 en una universidad del sureste de Carolina del Norte, donde se aplicó el mismo cuestionario a 348 estudiantes (299 mujeres), el 13% de las mujeres presentó riesgo de TCA con una puntuación igual o superior a 20 puntos (Sira, 2010). Asimismo, en una investigación publicada en 2006,

que evaluó a 467 niñas españolas y 329 mexicanas mediante el EAT-26, el 17.9% de las españolas y el 17.7% de las mexicanas presentaron riesgo de desarrollar TCA (Toro, 2006). En México, un estudio realizado en 2008 con 742 estudiantes universitarios mostró que el 7.9% de las mujeres también presentaban riesgo de TCA (Álvarez I. C., 2009).

Además, se realizó un análisis adicional utilizando un punto de corte ≥ 11 en el EAT-26, empleado en otras investigaciones para detectar riesgo de TCA. Como resultado, se observó que del total de la muestra ($n=88$), el 76% ($n=67$) presentó riesgo de desarrollar un TCA, mientras que el 24% restante ($n=21$) no presentó riesgo, según este punto de corte ≥ 11 . Este porcentaje es considerablemente mayor en comparación con un estudio realizado en 2023 en la Universidad de Antioquia, Colombia, que también utilizó este mismo punto de corte. En esa investigación, de la muestra de 278 estudiantes (76 eran hombres y 202 mujeres), el 28,7% de las mujeres y el 27,6% de los hombres presentaron riesgo de TCA según el EAT-26 (Sanjuán-Navarro, 2023).

Un hallazgo relevante del presente estudio es que muchas mujeres con riesgo de TCA comenzaron su primera dieta en edades tempranas. En particular, el mayor porcentaje inició dietas para perder peso entre los 11 y los 17 años. Estos resultados coinciden con estudios previos realizados en México en 2008, donde se observó que, de 700 mujeres entre 12 y 15 años, el rango de edad de inicio de dieta oscilaba entre los 7 y los 15 años. Además, la preocupación por su peso corporal comenzó entre los 6 y los 14 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 12 años. En ese estudio, los investigadores confirmaron una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las dietas restrictivas y la preocupación por el peso y la comida, lo que reafirma los hallazgos de investigaciones previas, como la de Gómez y colaboradores en 1999, que señalan que, a los 11 años, los factores de riesgo que predicen TCA se encuentran en su punto más alto (Leon Hernandez, 2008) (Gómez-Peresmitré, 1999).

Por otro lado, una fortaleza destacable de este estudio es el empleo de un cuestionario científicamente validado para la obtención de datos, lo cual aporta solidez y consistencia a los resultados obtenidos. Además, se utilizó un punto de corte ampliamente adoptado en investigaciones científicas sobre TCA, lo que permite una mejor comparación de los hallazgos con estudios previos en el área.

Sin embargo, las limitaciones incluyen, en primer lugar, el tamaño reducido de la muestra, lo cual restringe la posibilidad de generalizar los resultados a una población más amplia

y limita la capacidad de identificar tendencias significativas. Además, el enfoque exclusivo en mujeres de Buenos Aires impide examinar posibles variaciones en factores asociados con el riesgo de TCA en diferentes contextos culturales y socioeconómicos. Por ello, se sugiere que futuras investigaciones incluyan muestras más amplias y diversas para fortalecer la validez externa de los hallazgos.

En términos de implicancias para futuras investigaciones, sería relevante ampliar el enfoque de los estudios sobre TCA e incluir a hombres, dado que la presencia de estos trastornos está aumentando en ambos sexos. Además, sería valioso realizar investigaciones que incluyan una muestra más amplia y representativa de diferentes regiones del país, no solo limitándose a Buenos Aires. Esto permitiría obtener una visión más generalizada de los factores de riesgo y las características socioculturales que inciden en el desarrollo de los TCA a nivel nacional, teniendo presente que Argentina ocupa el segundo lugar con más casos de TCA a nivel mundial.

Por último, se podría incorporar una evaluación más exhaustiva de la percepción de la imagen corporal mediante la adición de cuestionarios validados, así como también la inclusión de datos antropométricos (peso y talla) para calcular el IMC. Esta información permitiría explorar si la percepción del cuerpo difiere de los datos objetivos y cómo esta influye en las decisiones alimentarias y en la adopción de conductas de riesgo que fomentan los TCA.

10 CONCLUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue identificar el riesgo de desarrollar un TCA en mujeres adultas de Buenos Aires que realizan dietas restrictivas para perder peso. Los resultados obtenidos revelan que, utilizando un punto de corte ≥ 20 del EAT-26, el riesgo fue de 34%, siendo considerablemente mayor a lo evidenciado en estudios con población de sexo y rango etario similar. Sin embargo, al aplicar un punto de corte más estricto de 11 puntos, el porcentaje de mujeres en riesgo aumentó considerablemente, alcanzando un 76%, lo que deja en evidencia que una gran parte de las mujeres en estudio presenta conductas de riesgo.

Estas cifras nos llevan a reflexionar sobre la complejidad del fenómeno de los TCA en mujeres adultas, una población que ha recibido menos atención en comparación con la adolescencia, a pesar de que las conductas alimentarias patológicas y la preocupación por el peso persisten y se agravan con el tiempo. La tendencia a iniciar dietas restrictivas desde edades tempranas, observada también en este estudio, puede sentar las bases para el desarrollo de TCA en etapas posteriores de la vida. Este patrón coincide con estudios en México y España que asocian la preocupación por el peso desde la infancia con un mayor riesgo de TCA en la adultez.

Desde una perspectiva de nutrición y salud pública, estos hallazgos refuerzan la necesidad de replantear las estrategias de prevención e intervención, no solo en adolescentes, sino también en mujeres adultas. La alta prevalencia de riesgo identificada sugiere que la promoción de una relación saludable con la alimentación y la imagen corporal debe extenderse a todas las etapas de la vida. Es fundamental educar y concientizar sobre los riesgos asociados con las dietas restrictivas y fomentar prácticas alimentarias equilibradas y sostenibles.

Además, las comparaciones con otros países resaltan el impacto que pueden tener factores socioculturales y contextuales en la aparición de estos trastornos. Argentina, con su posición como uno de los países con mayor prevalencia de TCA a nivel mundial, requiere un enfoque contextualizado que considere las presiones estéticas, los modelos de belleza hegemónicos y la influencia de los medios de comunicación y redes sociales en la percepción del cuerpo y los hábitos alimentarios.

Este estudio también plantea la importancia de que la comunidad científica continúe investigando con metodologías que permitan detectar los TCA en sus etapas iniciales. La utilización de instrumentos validados como el EAT-26 facilita esta tarea y posibilita comparaciones internacionales, pero es necesario complementarlos con enfoques cualitativos que profundicen en las experiencias y percepciones de las mujeres respecto a su relación con la comida y su imagen corporal.

En conclusión, los datos obtenidos no solo alertan sobre el riesgo de TCA en mujeres adultas de Buenos Aires, sino que también invitan a reflexionar sobre las implicancias de las dietas restrictivas y la necesidad de intervenciones preventivas oportunas. Desde el campo de la nutrición, se hace imperativo abogar por un cambio de paradigma hacia la promoción de la salud integral y el bienestar emocional, alejándonos de enfoques centrados exclusivamente en el peso y la restricción calórica. Solo así podremos contribuir como licenciados en nutrición a una sociedad más consciente sobre los riesgos de realizar dietas restrictivas muy estrictas.

11 RECOMENDACIONES

Considerando la prevalencia del riesgo de desarrollar un TCA presentado en las mujeres adultas evaluadas quienes iniciaron sus dietas a edades tempranas y muestran una preocupación significativa por su imagen corporal, se pueden realizar varias recomendaciones para los profesionales de la salud y la educación:

- 1. Implementar programas de prevención en escuelas primarias y secundarias.** Es crucial abordar la preocupación por la imagen corporal y las prácticas dietéticas restrictivas desde la infancia y la adolescencia. Los profesionales de la salud y la educación deberían trabajar en conjunto mediante charlas o talleres para promover una relación saludable con la alimentación y el cuerpo, disminuyendo la presión sobre los ideales de delgadez.
- 2. Fomentar la educación sobre la imagen corporal positiva en los centros de salud.** Se debería educar a los jóvenes sobre la importancia de una percepción positiva del cuerpo y la salud, y desmitificar los estándares irreales de belleza impuestos por los medios de comunicación y la sociedad. Esta estrategia de educación podría incluir talleres gratuitos en centros de salud para sensibilizar a la población sobre los riesgos de los trastornos de la conducta alimentaria.
- 3. Capacitar a todo profesional de la salud que este en contacto con niños, niñas y adolescentes.** Dada la importancia de una detección precoz de estos trastornos, los profesionales de la salud que reciban niños, niñas y adolescentes como pacientes deberán estar capacitados para detectar conductas de riesgo tanto de los menores como de la familiar o cuidador a cargo y realizar un seguimiento de los patrones alimentarios y las preocupaciones relacionadas con la figura corporal.
- 4. Incorporar a los padres y cuidadores.** Involucrar a los padres en programas de educación sobre hábitos alimentarios saludables y la promoción de una imagen corporal positiva puede tener un gran impacto en la prevención de los TCA. Los padres pueden ser un factor protector al proporcionar apoyo emocional y un ambiente familiar que valore la salud por encima de la apariencia física.

12 BIBLIOGRAFÍA

- A., R. B. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. *Rev Méd Chile* 136, 1589-1598.
- Alberton, V. C.-B. (2013). Conductas alimentarias anormales entre estudiantes de medicina en una universidad en el sur de Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37 (01), 15-20.
- ALUBA. (2024). *Asociación de lucha contra la Bulimia y la Anorexia* . Obtenido de <https://aluba.org.ar>
- Álvarez, I. C. (2009). Prevalence of risk factors and behaviors associated to eating disorders in college students. *Revista Médica del Hospital General de México*, 72 (2)., 68-72.
- Álvarez, M. T.-C. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. . *Nutrición Hospitalaria*, 35 (2) , 489-494.
- Andrés, A. &. (2014). Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research*, 34(11), 944-950.
- Anstine, D. &. (2000). Detección rápida de trastornos alimentarios en mujeres en edad universitaria en el entorno de atención primaria. *Revista de Salud del Adolescente*, 26(5), 338-342.
- Arbour, M. W. (2021). Clinical implications for women of a low-carbohydrate or ketogenic diet with intermittent fasting. *Nursing for Women's Health*, 25(2), 139-151.
- Arévalo, R. V. (2005). Trastornos del Comportamiento Alimentario y Factores de Riesgo en una Muestra Incidental de Jóvenes Mexicanos. *Revista Mexicana de psicología*, 22(1), 53-63.
- Arija-Val, V. S.-C.-R.-M. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, Vol 39 N° 2, 8-15.
- Asociación Americana de Psiquiatría*. (2018). Obtenido de <https://www.apa.org/topics/eating-disorders>
- Asociación Médica Mundial. (1994). *Declaración de Helsinki*. Obtenido de https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/investigacion/declaraciones_helsinki.pdf
- Barrera-Carranza, Y. Z. (2021). Ideal de cuerpo femenino y cultura de la dieta: retos y recomendaciones para la mujer de hoy. *Apuntes de bioética*, 4(2), 56-72.
- Bay, L. B. (2005). Alteraciones alimentarias en niños y adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra. *rchivos argentinos de Pediatría*, 103(4), 305-316.
- Berengüí, R. C. (2020). Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8.
- Boone, L. S. (2011). Perfeccionismo, insatisfacción corporal y síntomas bulímicos: El papel intermedio de la presión percibida para ser delgado y delgado la internalización ideal. *Revista de Psicología Social y Clínica*, 30(10), 1043-1068.

- Calvo, M. M. (2019). Complicaciones crónicas de los trastornos del comportamiento alimentario. *ADOLESCERE Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia Vol VII N° 2*.
- Campo-Arias, A. D.-M.-J.-M.-N. (2006). Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario SCOFF para tamizaje de trastorno de conducta alimentaria en adolescentes estudiantes: Una comparación por género. . *Universitas Psychologica*, 5(2), 295-304.
- Castrillón Moreno, D. L.-A. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta colombiana de psicología*, 10(1), 15-23.
- Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Buenos Aires. (2022). Obtenido de <https://www.nutricionistaspba.org.ar/noticia/1484>
- Constaín, G. A.-G. (2014). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención primaria* 46(6), 283-289.
- Cooper Z., C. P. (1989). La validez del examen de trastornos de la conducta alimentaria y sus subescalas. *Revista Británica de Psiquiatría*, 154 (6), 807-812.
- Couturier, J. K. (2013). Eficacia del tratamiento basado en la familia para adolescentes con trastornos alimentarios: una revisión sistemática y metaanálisis. *evista Internacional de Trastornos de la Alimentación*, 46(1), 3-11.
- Crispo, R. F. (1997). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. . Gedisa.
- de Jesús, S. M. (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. *Rev Med UV*,
- Domínguez, S. V. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) en mujeres adolescentes de Lima. *Revista Mexicana de investigación en psicología*, 5(1), 30-40.
- Dos Santos Alvarenga, M. S. (2010). ctitudes alimentarias de mujeres universitarias brasileñas con conductas de riesgo para trastornos alimentarios. *Revista de comportamiento, salud y asuntos sociales*, 2 (1), 47-54.
- Dotti, A. &. (1998). Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, 3, 188-194.
- DSM-5, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Arlington, EEUU: Panamericana.
- Franco Paredes, K. D. (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(2).
- Freire, R. (2020). Evidencia científica de las dietas para adelgazar: Diferente composición de macronutrientes, ayuno intermitente y dietas populares. *Nutrición Vol 69*.
- Fundación Bellamente. (2024). Obtenido de bellamente.com.ar/investigacion

- Gale, C. J.-B. (2013). Una revisión de la relación padre-hijo en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia y la bulimia nerviosa en adolescentes. *Problemas de Enfermería Pediátrica Integral*, 36(1-2), 48-69.
- Galmiche, M. D. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109 (5), 1402-1413.
- García-García, E. V.-V.-A.-M. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud pública de México*, 45, 206-210.
- Garner, D. M. (1979). La prueba de actitudes alimentarias: Un índice de los síntomas de la anorexia nerviosa. *Medicina Psicológica*, 9(2), 273-279.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*. Vol. 41/26, 1631, 1634.
- Gómez-Candela, C. P.-R.-d. (2022). Resumen ejecutivo del documento de consenso para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria SENC-SEPEAP-SEMERGEN. *Nutrición Hospitalaria*, 39(SPE2), 3-7.
- Gómez-Peresmitré, G. &. (1999). Preadolescentes mexicanas y cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 1 (6), 153-166.
- Guisado, J. A. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón" binge eating disorder". *Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría*, (77), 27-32.
- Gutiérrez, M. C. (2019). Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 53-65.
- Henderson, M. &. (1987). Una escala de autoevaluación para la bulimia, la 'MORDIDA'. *Revista Británica de Psiquiatría*, 150(1), 18-24.
- Herman, C. P. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of personality*, 43(4), 647-660.
- Herman, C. P. (1983). A boundary model for the regulation of eating. *Psychiatric Annals*, 13(12), 918-927.
- Juan J. López-Ibor Aliño, A. P. (2008). *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson.
- Kutlesic, V. W.-E. (1998). La Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria-IV: Aplicación a los criterios diagnósticos del DSM-IV. *Evaluación Psicológica*, 10(1), 41.
- Leon Hernandez, R. C.-P. (2008). Risk eating behaviors and social skills in a sample of Mexican adolescents. *Salud mental*, 31 (6), 447-452.
- López-Aguilar, X. M.-D.-A.-P.-R.-G. (2011). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). *evista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(1), 24-32.
- Losada, A. V. (2013). *Herramientas de Evaluación En Trastornos de La Conducta Alimentaria*. Madrid: Académica Española.

- Luce, K. H. (1999). La fiabilidad del examen de trastornos alimentarios: versión del cuestionario de autoinforme (EDE-Q). . *Revista Internacional de Trastornos de la Alimentación*, 25(3), 349-351.
- Mandera-Grygierzec, A. K.-G. (2022). Trastornos alimentarios en niños y adolescentes: el estado actual del conocimiento. *Revista de Educación, Salud y Deporte Vol. 12, no. 7*, 906-911.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Avances en psicología*, 22(2), 165-178.
- Martínez, M. B. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública* 30(5), 401-407.
- Masheb, R. M. (2000). On the relation of attempting to lose weight, restraint, and binge eating in outpatients with binge eating disorder. *Obesity research*, 8 (9), 638-645.
- Montoro-Pérez, N. M.-L.-B.-O.-R. (2024). Propiedades psicométricas del Eating Attitudes Test-26 en escolares españoles. *Asociación Española de Pediatría - Anales de Pediatría - Vol. 100, No. 4,,* 241-250.
- Morgan, H. G. (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* 152, 367-371.
- Murawski, B. M. (2019). Factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de Buenos Aires. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia.* .
- Nasser, M. (2009). Eating disorders across cultures. *Psychiatry*, Vol. 8, Núm 9, 347-350.
- Oda-Montecinos, C. S.-V.-G. (2018). Insatisfacción corporal y comportamientos alimentarios anómalos en una muestra comunitaria de adultos chilenos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(1), 57-70.
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Mundial de la Salud*. (s.f.). Obtenido de www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
- Pace, L. A. (2016). Complex relationships between food, diet, and the microbiome. *Gastroenterology Clinics*, 45 (2), 253-265.
- Palacios, J. &. (2020). Comparación de la búsqueda de sensaciones en diferentes niveles de la conducta alimentaria de riesgo en jóvenes. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(4), 372-383.
- Palmer, R. R. (1996). El instrumento clínico de valoración de los trastornos alimentarios (CEDRI): Un estudio de validación. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 4(3), 149-156.
- Patton, G. C.-S. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls—a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. . *Psychological medicine*, 20 (2), 383-394.

- Prieto, I. R. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adultos mayores. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (14), 1611-1623.
- Puccio, F. F.-T. (2016). A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5), 439-454.
- Ramachandran, D. K. (2018). Tendencias alimentarias y consejos nutricionales populares en línea: implicaciones para la salud pública. *Revista en línea de informática en salud pública*, 10(2).
- Reyna María Cruz Bojórquez, M. L. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud*, Vol. 18, Núm. 2, 189-198.
- Royo, L. L. (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* Vol. 34 Núm 3, 281-291.
- Rosas Fernández, M. C. (2018). Restricción alimentaria intermitente: repercusiones en la regulación de la homeostasis energética hipotalámica y tejido adiposo. *In Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 79, No. 4, 331-337).
- Rosen, J. C. (1996). Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour research and therapy*, 34(9), 755-766.
- Saffon, S. &. (2014). La internalización del ideal de delgadez: Factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. . *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 75-90.
- Saleh, R. N. (2018). Disordered eating attitudes in female students of An-Najah National University: a cross-sectional study. *Journal of eating disorders* (6), 1-6.
- Sanjuán-Navarro, P. S.-S.-C.-N.-P.-G.-G. (2023). Frequency of symptoms and the associated factors of eating disorders in a group of dental students in Medellín, Colombia. *Dental and Medical Problems*, 60 (3), 401-411.
- SENPE. (2017). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria* Vol 34 Sup 5, 1-97.
- Sepúlveda, A. R. (2008). Diferencias de género, curso escolar y curso académico entre los universitarios españoles con alto riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria: un estudio epidemiológico. *BMC Salud Pública* (8), 1-12.
- Siervo, M. B. (2005). Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT 26) and Eating Inventory (TFEQ) Questionnaires in young women seeking diet-therapy. . *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10, 76-82.
- Silva, J. R. (2008). Restricción alimentaria y sobrealimentación: Un modelo de la neurociencia afectiva. *Revista médica de Chile* 136(10), 1336-1342.

- Sira, N. &. (2010). Prevalencia de sobrepeso y obesidad, y actitudes dietéticas entre estudiantes universitarios caucásicos y afroamericanos en el este de Carolina del Norte: una encuesta transversal. *Investigación y práctica de la nutrición*, 4 (1), 36-42.
- Spitzer, R. L. (1992). Trastorno por atracón: un ensayo de campo multicéntrico de los criterios diagnósticos. *Revista internacional de trastornos alimentarios*, 11(3), 191-203.
- Stice, E. M. (2011). Factores de riesgo para la aparición de trastornos alimentarios: evidencia de múltiples vías de riesgo de un estudio prospectivo de 8 años. *Investigación y terapia conductual*, 49(10), 622-627.
- Stunkard, A. J. (1985). El cuestionario de alimentación de tres factores para medir la restricción dietética, la desinhibición y el hambre. *Revista de investigación psicosomática*, 29(1), 71-83.
- Teresa, R. R. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, 24(2), 25-31.
- Thelen, M. H. (1991). A revision of the Bulimia Test: The BULIT—R. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 119.
- Thomas, J. K. (2010). Prevalence of overweight and obesity, and dietary attitudes among Caucasian and African American college students in eastern North Carolina: a cross-sectional survey. *Nutrition Research and Practice*, 4 (1), 595-598.
- Thompson, M. A. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of personality assessment*, 64(2), 258-269.
- Toro, J. G.-P. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria e imagen corporal en adolescentes españolas y mexicanas. *Psiquiatría social y epidemiología psiquiátrica* (41)., 556-565.
- Torres, J. M. (2018). Prácticas corporales y alimentarias de mujeres adultas del noroeste de México. Una aproximación al cuidado corporal femenino. *Géneros* 25 (23), 169-198.
- Treasure, J. &. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of eating disorders*, 1, 1-10.
- Vazquez, I. A. (2015). *Manual de Psicología de la salud 2° Edición*. Pirámide.
- Vázquez, R. F. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, Vol. 12 Núm. 1, 72-82.
- Yong, C. L. (2021). The relationship between restrained eating, body image, and dietary intake among university students in china: a cross-sectional study. *Nutrients*, 13(3), 990.
- Yumuk, V. T. (2015). Guías europeas para el manejo de la obesidad en adultos. *Datos sobre la obesidad*, 8(6), 402-424.

13 ANEXOS

13.1 Cuestionario

Cuestionario elaborado en Google Forms:

¡Hola! Mi nombre es Ludmila Romero, soy estudiante del último año de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad ISALUD. Actualmente, estoy llevando a cabo mi Trabajo Final Integrador sobre el riesgo de desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres mayores de 18 años que realizan dietas para bajar de peso en Buenos Aires.

Me gustaría contar con tu participación en este breve cuestionario, que tomará aproximadamente 15 minutos, donde cada pregunta tiene una única opción de respuesta para marcar. Es importante destacar que tu participación es completamente voluntaria, anónima y confidencial. Los datos recopilados solo se utilizarán para los fines de esta investigación y podés sentirte libre de abandonar el cuestionario en cualquier momento si así lo deseas.

Tu contribución es fundamental para el éxito de esta investigación. Agradezco de antemano tu colaboración y te invito a compartir este cuestionario con otras mujeres que consideres puedan aportar valiosa información sobre el tema.

Preguntas:

1. ¿Habiendo sido informada de antemano sobre el objetivo de la encuesta, acepta participar de la misma?

- Si
- No

2. ¿Usted se encuentra realizando actualmente una **dieta restrictiva** para bajar de peso o la ha realizado durante el último año?

*Se considera **dieta restrictiva** cuando se reduce o se deja de comer y beber ciertos alimentos. Esto puede incluir evitar comidas que se consideran "engordantes" como el pan o las galletas, saltarse una comida al día (como el desayuno o la cena), o incluso ayunar por un tiempo prolongado, bebiendo solo agua.*

- Si
- No

Características sociodemográficas

3. Indique su edad (en años cumplidos):

- a) Menor de 18 años
- b) 18-21 años
- c) 22-25 años
- d) 26-29 años
- e) 30-34 años
- f) 40-49 años
- g) 50 -54 años
- h) 55-69 años
- i) 70 o más

4. ¿Cuál es su lugar de residencia?

- a) CABA
- b) GBA

5. ¿Cuál es su nivel de estudios máximos alcanzados?

- a) Sin estudios
- b) Primaria completa
- c) Secundaria completa
- d) Universitario/ terciario completo

Comportamientos alimentarios

Se considera **dieta restrictiva** cuando se reduce o se deja de comer y beber ciertos alimentos. Esto puede incluir evitar comidas que se consideran "engordantes" como el pan o las galletas, saltarse una comida al día (como el desayuno o la cena), o incluso ayunar por un tiempo prolongado, bebiendo solo agua.

6. Indique la cantidad de veces que ha iniciado una dieta restrictiva con el fin de bajar de peso durante el último año.

- a) 1-2 veces
- b) 3-4 veces
- c) 5 o más veces

7. ¿Quién le recomendó la dieta restrictiva para bajar de peso durante el último año?

- a) Médico
- b) Nutricionista
- c) Entrenador personal

- d) Amigo o familiar
- e) Internet o redes sociales
- f) La realicé por mi cuenta

8. ¿Cuál fue la duración aproximada de cada período de dieta restrictiva que ha iniciado durante el último año?

- a) Menos de una semana
- b) 1 semana
- c) 2 semanas
- d) 3 semanas
- e) 1 mes
- f) 2-3 meses
- g) Más de 3 meses

9. ¿A qué edad realizaste tu primera dieta restrictiva con el fin de bajar de peso?

- a) 10 años a menos
- b) 11-13 años
- c) 14-17 años
- d) 18-21 años
- e) 22-25 años
- f) 26-29 años
- g) 30-34 años
- h) 40-49 años
- i) 50 -54 años
- j) 55-69 años
- k) 70 o más

10. Si ha comenzado y abandonado varias dietas restrictivas para bajar de peso a lo largo de su vida, ¿Cuánto tiempo lleva realizando estos ciclos de dietas en total? Menos de 6 meses

- a) Menos de 6 meses
- b) 6 meses - 1 año
- c) 1-2 años
- d) 2-5 años
- e) Más de 5 años
- f) No he realizado dieta más de una vez

Evaluación del riesgo de TCA:

Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y seleccione la opción que mejor represente su opinión (dentro de la escala **Nunca - Casi nunca - A menudo - Muy a menudo - Siempre**), no hay respuestas correctas o incorrectas.

Restricción alimentaria	Nunca	Casi nunca	A menudo	A menudo	Muy a menudo	Siempre
11. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar						
12. Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)						
13. Como alimentos dietéticos						

Conducta alimentaria	Nunca	Casi nunca	A menudo	A menudo	Muy a menudo	Siempre
14. Procuro no comer cuando tengo hambre						
15. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer						
16. Tengo un buen control en lo que se refiere a la comida						
17. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
18. Tardo más tiempo que los demás en comer						
19. Me gusta tener el estómago vacío						

Conductas compensatorias	Nunca	Casi nunca	A menudo	A menudo	Muy a menudo	Siempre
20. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar						
21. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías						
22. Vomito después comer						

Actitud alimentaria	Nunca	Casi nunca	A menudo	A menudo	Muy a menudo	Siempre
23. Me angustia la idea de estar demasiado gorda						
24. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida						
25. La comida es para mí una preocupación habitual						
26. Me siento muy culpable después de comer						
27. Me obsesiona el deseo de estar más delgada						
28. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis						
29. No me siento bien después de haber comido dulces						
30. Estoy haciendo dieta						
31. Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías (*)						
32. Paso demasiado tiempo pensando en la comida						
33. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como						

(*) Pregunta n° 25 del cuestionario EAT-26 que se puntúa a la inversa.

Percepción externa	Nunca	Casi nunca	A menudo	A menudo	Muy a menudo	Siempre
34. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más						
35. Los demás piensan que estoy demasiado delgada						
36. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más						