

TCA ASOCIADO A LA PRÁCTICA DEPORTIVA

TRABAJO DE FIN DE
GRADO 2022-2023

Sara Pérez Navas
Universitat Rovira i Virgili
Grau de Psicologia
Carmen Hernández Martínez

ÍNDICE

1. Introducción teórica.....	3
1.1. Definición.....	3
1.2. Clasificación y criterios diagnósticos de los Trastornos de la conducta alimentaria.....	3
1.3. Epidemiología.....	16
1.4. Prevalencia.....	17
1.5. Factores de riesgo.....	18
1.6. Comorbilidad.....	22
2. Contexto, objetivos e hipótesis.....	23
3. Metodología.....	24
3.1. Participantes.....	24
3.2. Instrumentos.....	24
3.3. Procedimiento y variables.....	26
4. Resultados y aportaciones.....	27
4.1. Resultados generales.....	28
4.2. Resultados EAT-26.....	31
4.3. Resultados EDI-3 RF.....	32
4.4. Resultados BSQ-34.....	33
5. Discusión y conclusiones.....	35
5.1. Discusión.....	35
5.2. Conclusiones.....	37
6. Limitaciones.....	38
7. Bibliografía.....	39
8. Anexos.....	47

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

1.1. DEFINICIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos de salud mental caracterizados por un comportamiento alterado, y a su vez patológico, ante la ingesta de alimentos, y una grave obsesión por la imagen corporal y el control de peso; (Gómez del Barrio, Gaité Pindado, Gómez, & al., 2012; Cuquejo, Aguiar, Domínguez, & Hermosilla, 2017). Son de origen multifactorial, en el que se encuentran interrelacionadas causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural que conlleva consecuencias para la salud física y mental de la persona que lo padece (Instituto Nacional de la Salud, 2012).

Los TCA son aquellos trastornos afectados por los ideales de belleza que promueve la sociedad, en especial los medios de comunicación, basándose en la delgadez extrema, donde los cánones de belleza son representados por modelos con una estatura y peso muy específicos mostrando la delgadez como la representación de autonomía, éxito social, personal y profesional (Cruzart, y cols, 2010; Steiner & Lock, 1998).

Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representan con mayor relevancia uno de los problemas más graves de salud; siendo cada vez mayor el número de personas afectadas por este trastorno, así como las muertes producidas (Becker A. , Grinspoon, Klibanski, & DB, 1999).

1.2. CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Para diagnosticar enfermedades psiquiátricas en medicina y psiquiatría se tiene como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos

Mentales (DSM). La versión más reciente es el DSM-V que se publicó en 2013 por la Asociación Americana de Psiquiatría.

En el DSM-V, se producen grandes cambios respecto a las ediciones anteriores, sobre todo en la categoría de Trastornos de la conducta alimentaria. Entre ellos se modifica el nombre de la categoría TCA y se les denomina "Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos". También se elimina la clasificación de Trastornos de la infancia y de la adolescencia de manera que los Trastornos Pica, Rumiación y de la Ingestión alimentaria de la infancia o la niñez se incluyen con la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y el Trastorno por Atracón (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, 2002); American Psychiatric Association (APA, 2013).

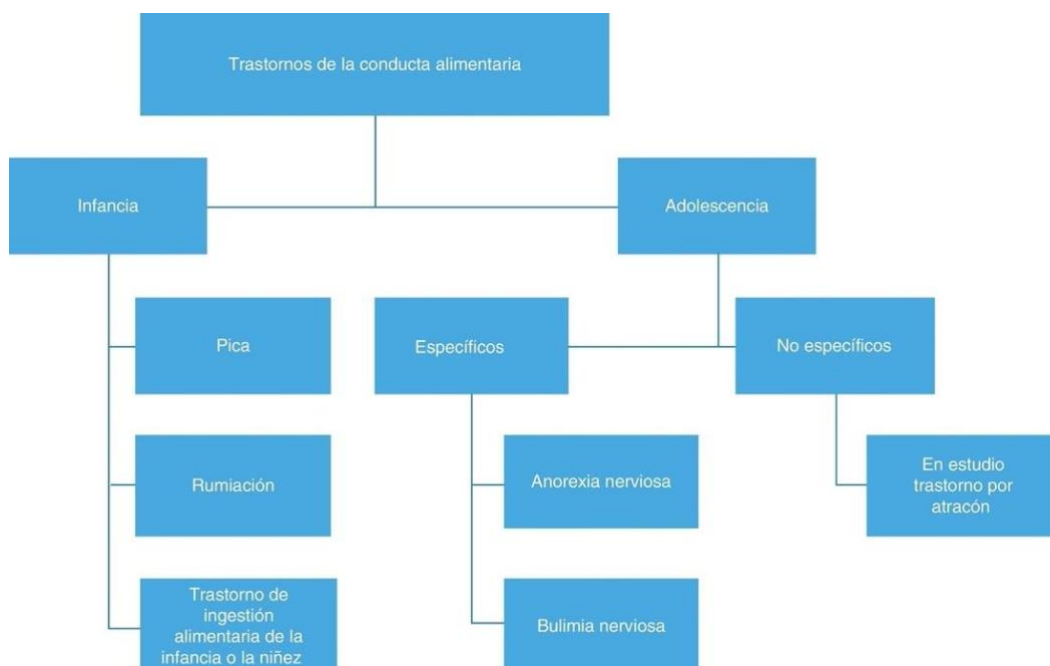


Figura 1 Esquema sobre los trastornos de la conducta alimentarios de acuerdo al DSM-IV-TR. Fuente: American Psychiatric Association ([APA, 2002](#)).

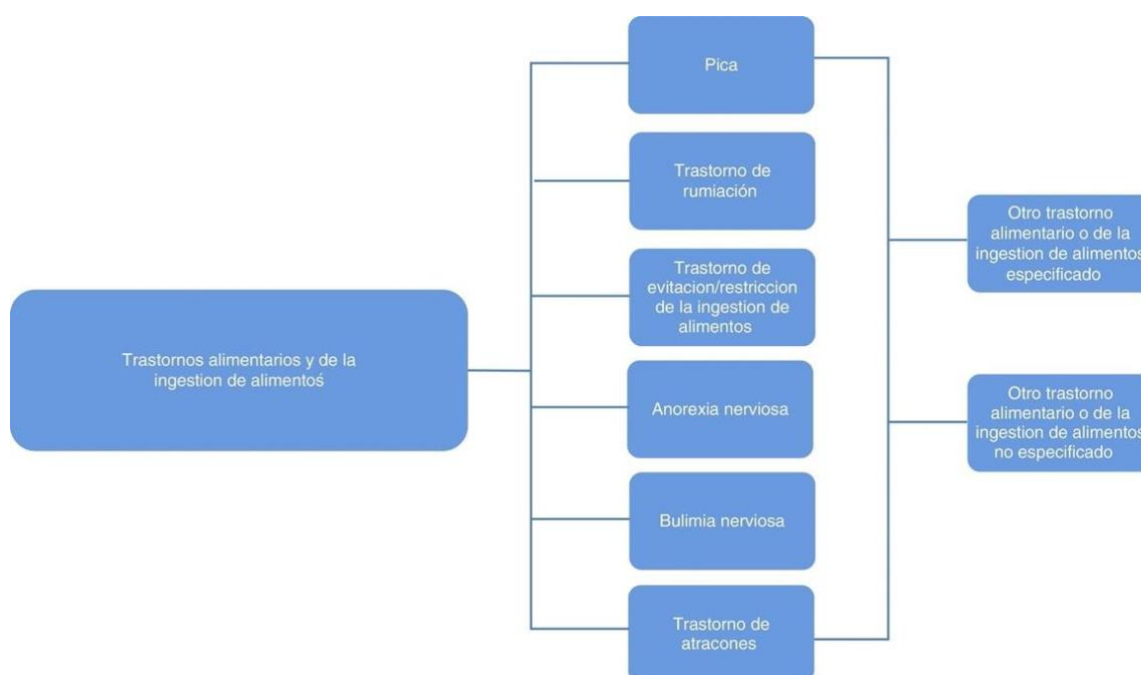
DSM-IV-TR DSM-5 (2014)
(1994)

Nombre

 Trastornos de la conducta alimentaria Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Definición

Se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria	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
--	---

Tabla 1 Cambios en el nombre y la definición de los trastornos alimentarios, del DSM-IV-TR al DSM-5.

Figura 2 Esquema de la Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo al DSM-5. Fuente American Psychiatric Association ([APA, 2013](#)).

- **TRASTORNO DE PICA**

El Trastorno de Pica (alotriofagia) es un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta propio de la infancia, en el que también lo podemos encontrar en personas con discapacidad intelectual, embarazadas, personas con autismo o enfermedades mentales (Pica en la adolescencia, 2018; Gualtieri, 1990).

DSM-5 (2014)

Pica

A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes

B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo

C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa

D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional

Nota de codificación: el código CIE-9-MC para pica es 307-52 y se utiliza en niños o adultos. Los códigos CIE-10 para pica son (F98.3) en niños y (F50.8) en adultos

Especificar si:

En remisión: después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado

• TRASTORNO DE RUMIACIÓN

El Trastorno de rumiación o mericismo es un trastorno gastrointestinal funcional poco frecuente que se caracteriza por la expulsión de los alimentos no digeridos o parcialmente digeridos después de comer sin producir náuseas ni arcadas involuntarias. Pueden volver a masticar el alimento expulsado, escupirlo o volverlo a ingerir. Este trastorno puede darse en bebés, niños, adolescentes e incluso en adultos (Hyams, y cols, 2016).

En comparación con los vómitos, éstos son involuntarios y son producidos por un trastorno o enfermedad, la regurgitación puede ser intencionada y las personas que padecen de este trastorno afirman que no pueden controlarlo y ni pueden dejar de hacerlo (Evelyn Attia & B. Timothy Walsh, 2015).

DSM-5 (2014)

Rumiación

A. Regurgitación repetida de alimentos *durante un periodo mínimo de un mes* . Los alimentos regurgitados *se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen*

DSM-5 (2014)

Rumiación

B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p.ej., reflujo esofágico, estenosis pilórica)

C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional

Especificar si:

En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado

● TRASTORNO DE EVITACIÓN O RESTRICCIÓN

En cuanto al Trastorno de evitación o restricción (TERIA) consiste en ingerir bajas cantidades de alimento y/o evitar el consumo de ciertos alimentos por diferentes causas:

- La sensibilidad de algunas personas a ciertas características sensoriales de algunos alimentos.
- La restricción en la cantidad de comida como resultado del desinterés por la comida y el poco apetito.
- Algunas personas pierden el interés en comer o dejan de comer como consecuencia de haber vivido una experiencia traumática alimentaria como asfixia y vómito (Pitt & Middleman, 2018).

Este trastorno suele darse durante la infancia, pero no es diagnosticado hasta la adolescencia (Zimmerman & Fisher, 2017). Además, cabe remarcar que este trastorno es más común en varones que los otros trastornos de la conducta alimentaria, siendo un 20,6% en varones y un 8,7% en mujeres (Norris, y cols, 2014).

DSM-5 (2014)

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p.ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y /o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)

2. Deficiencia nutritiva significativa

3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral

4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada

C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución

D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica recurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional

Especificar si:

En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado

- **ANOREXIA NERVIOSA**

La Anorexia Nerviosa se define como una enfermedad psicosomática que se caracteriza por la alteración de la imagen corporal y, por lo tanto, está asociada a la obsesión por la delgadez. Supone la pérdida de apetito o la negación a alimentarse correctamente debido al pánico o fobia a aumentar de peso (Luisa Osorio López, s.f.).

Esta paulatina bajada de peso se alcanza primero reduciendo la ingesta, en especial de los alimentos con más contenido calórico (hidratos de carbono y grasas) o también pueden empezar haciendo dietas muy estrictas que se asemejan al ayuno. Después eliminan completamente este consumo y pueden recurrir a laxantes, diuréticos, productos dietéticos, etc. (Luisa Osorio

López, s.f.). Además, lo combinan con hacer mucha actividad física con el fin de perder peso (Masson E. , Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV)., 1995).

Este trastorno es más común en mujeres que en hombres (promedio de 10:1) de todas las clases sociales (Rubinstein, Terrasa, Duarte, Rubinstein, & Carrete, 2004). Además, la población más vulnerable a padecer de Anorexia Nerviosa son las deportistas, modelos, atletas y personas que hayan tenido antecedentes familiares con algún trastorno de la conducta alimentaria o con antecedentes de obesidad en la infancia, hayan sufrido abuso sexual, maltrato o tengan antecedentes de depresión (Alarcon, Mazzotti, & Nicolini, 2005; Johnson, Cohen, & Kasen, 2002).

DSM-5 (2014)

Anorexia nerviosa

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo *normal* o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado

B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual. Nota de codificación: el código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación)

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)

Especificar si:

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

DSM-5 (2014)

Anorexia nerviosa

remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado

Especificar la gravedad actual:

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

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderado: IMC 16-16.99 kg/m²

Grave: IMC 15-15.99 kg/m²

Extremo: IMC <15kg/m²

● BULIMIA NERVIOSA

Las personas con Bulimia Nerviosa (BN) ingieren grandes cantidades de alimento, normalmente de altas calorías, en periodos cortos de tiempo y sin ser vistos por los demás. Normalmente compensan mediante la provocación del vómito y en otros casos tomando laxantes, haciendo ayuno o haciendo más ejercicio físico de lo normal con la finalidad de intentar eliminar el peso que consiguieron a causa de esta sobreingesta (Acerete, Trabazo, & Ferri, 2010).

Este trastorno de la conducta alimentaria está muy relacionado con los atracones y afecta más a adolescentes del sexo femenino, siendo más común que la Anorexia Nerviosa. (Van der Ster Wallin, 1994; Sounday, Lucas, Suman, & Melton, 1995).

DSM-5 (2014)

Bulimia nerviosa

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1.- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2.- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere

DSM-5 (2014)

Bulimia nerviosa

durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere)

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo

C. Los atracones y los comportamientos compensatorio inapropiadas se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal

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

Especificar si:

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

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

Especificar la gravedad actual:

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

Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Extremo: un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

● TRASTORNO DE ATRACONES

El Trastorno de Atracones o trastorno de apetito desenfrenado se caracteriza por episodios de consumo compulsivo de cantidades superiores a lo que comería cualquier persona en el mismo período de tiempo, además se le suma el sentimiento de ser incapaz de parar de comer, como de haber perdido el control (Cuadro & Baile, 2015).

A diferencia de la Bulimia, las personas con Trastorno de atracón después de presenciar estos episodios, a pesar de tener sentimientos de culpa, no hacen conductas compensatorias para eliminar la sobreingesta. Además, este trastorno está relacionado con el sobrepeso y la obesidad ya que impulsa el aumento de peso (Raich R. M., 2011)

DSM-5 (2014)

Trastorno de atracones

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

1. Ingestión, en periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían un periodo similar en circunstancias parecidas

2. Sensación de pérdida de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej. sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere lo la cantidad de lo que se ingiere)

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado

C. Malestar intenso respecto a los atracones

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

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

Especificar si:

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado *En remisión total:* después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado

Especificar la gravedad actual:

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

Leve: 1-3 atracones a la semana

Moderado: 4-7 atracones a la semana

Grave: 8-13 atracones a la semana

Extremo: 14 o más atracones a la semana

● OTRO TRASTORNO ALIMENTARIO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS ESPECIFICADO

En el subgrupo llamado Otro trastorno alimentario de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados están incluidos aquellos trastornos que no cumplen con todos los requisitos para ser diagnosticados como

Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa y el clínico tiene que especificar y justificar por qué no se cumple los criterios (APA, 2000).

DSM-5 (2014)

Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos *especificado*

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría de otros trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificados", seguido del motivo específico p. ej., "bulimia nerviosa de frecuencia baja". Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizan la designación "otro especificado" son los siguientes:

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

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

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

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

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

- **OTRO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS NO ESPECIFICADO**

Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado (TCANE) aparece en el DSM-V con la finalidad de complementar los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingestión de alimentos especificados y el clínico usa esta categoría cuando no especifica qué criterios específicos faltan por ausencia de información (APA, 2000).

DSM-5 (2014)

Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos *no* especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias)

- **OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Otros trastornos considerados trastornos de la conducta alimentaria pero que no están incluidos en el DSM o son considerados trastornos no especificados son:

- **Vigorexia**, también conocida como dismorfia muscular, complejo de Adonis o anorexia invertida, es un trastorno mental en que la persona tiene una fuerte obsesión con su apariencia física. Los sujetos que sufren de vigorexia tienen una gran adicción por el ejercicio físico con el objetivo de ganar masa muscular así como un excesivo control sobre la dieta, alterando la ingesta de alimentos (ingesta excesiva de carbohidratos y proteínas, el consumo de otras sustancias como son los esteroides anabolizantes) (Alonso, 2006). Este trastorno afecta

más al género masculino, insatisfechos con su cuerpo y con baja autoestima entre otras manifestaciones fenomenológicas (Baile J. I., 2005).

- **Ortorexia**, se caracteriza por la preocupación constante sobre la dieta y la alimentación, centrándose en alimentos puros biológicamente, considerados saludables, lo que desempeña a grandes restricciones y a la eliminación de alimentos poco saludables que contienen herbicidas, pesticidas o sustancias artificiales (Koven & Abry, 2015). También se ve afectado por este ritual obsesivo la manera de preparar los alimentos y los materiales que utilizan para ello. Los grupos más vulnerables son adolescentes de sexo femenino y aquellos deportistas que practican culturismo y atletismo (Bratman & Knight, 2001; Mathieu, 2005).

- **Anorexia nerviosa atípica**, esta categoría se utiliza para aquellos casos en los que no se cumplen uno o más de los criterios principales para poder ser diagnóstico de anorexia nerviosa como es tener un peso corporal saludable dentro de los estándares del IMC (Moskowitz & Weiselberg, 2017).

- **Anorexia nerviosa no fóbica a la gordura**, a pesar de la falta de investigaciones de este trastorno para poder distinguirlo de la Anorexia Nerviosa típica, se demostró que personas que padecen de este trastorno tienen puntuaciones inferiores al menos en 2 o 3 mediciones de TCA en comparación con aquellas que padecen de TCA tradicional (Becker, Thomas, & Pike, 2009):
 - Bulimia nerviosa sub-umbral de baja frecuencia o con duración reducida.
 - Episodios bulímicos con frecuencia menor a una vez a la semana y/o tres meses.
 - Trastorno por atracones sub-umbral.
 - Episodios de atracón con frecuencia menor a una vez a la semana y/o tres meses.

- **Trastorno purgativo**, consiste en realizar conductas purgativas como son provocarse el vómito, tomar diuréticos, laxantes u otros fármacos con el fin de influir en su peso o imagen corporal sin hacer un abuso de la comida (atracones) (Jáuregui, 2012).
- **Síndrome de la ingesta nocturna** o síndrome de comedor nocturno, las personas que padecen este trastorno presentan tres características principales; anorexia matutina, hiperfagia nocturna e insomnio (Scheck C, 1994). Este síndrome está relacionado con la obesidad y el grupo con más vulnerabilidad son aquellas personas que sufren de depresión, ansiedad y estrés (Allison, y otros, 2010).

1.3. EPIDEMIOLOGÍA

Estudios epidemiológicos realizados en España señalan que la población más afectada con TCA son los adolescentes y jóvenes del sexo femenino (Lázaro, 1999). A lo largo de estos últimos años se han producido cambios en los hábitos alimenticios alterando las conductas alimentarias y aumentando el impacto de la anorexia y bulimia. También se han incrementado los comportamientos, actitudes y creencias relacionadas con estos trastornos.

En general, hay una mayor preocupación por el peso, por la imagen corporal, malestar y desagrado por el volumen y peso corporal y conductas enfocadas a reducir el peso (APA, 1994; CIE-10., 1996).

En Cataluña se han hecho varios estudios para determinar la población de riesgo de padecer TCA en adolescentes entre 12 y 19 años. Concretamente en Barcelona, Toro et al. (1989) encontró que el 9,8% de las alumnas (n= 56) y el 1,2% de hombres (n= 8) formaban parte de la población más propensa a padecer TCA (Toro, Castro, García, Pérez & Cuesta, 1989).

En Tarragona encontraron que el 43% de las adolescentes mantienen más estabilidad en la insatisfacción corporal en comparación a los varones

(25,8%). Además, se demostró que el sobrepeso en la preadolescencia es un indicador de insatisfacción corporal en ambos sexos y otros factores de riesgo como la pubertad tardía en hombres (Lucmort, 2008).

1.4. PREVALENCIA

Según estudios realizados en países desarrollados, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa tienden a padecerlo mujeres, representando entre un 90% y un 95% respectivamente (Rooney, McClelland, Crisp, & Sedgwick, 1995; Ramírez, y otros, 2004); concretamente en adolescentes y en jóvenes adultas blancas de clase alta o media donde la prevalencia es de 1 a 4%. Aún así, estos tipos de trastornos cada vez los encontramos en chicos y chicas más jóvenes (Peláez Fernández, Labrador Encinas, & Raich Escursell, 2004).

También se ha demostrado que los homosexuales tienen mayor riesgo de desarrollar algún TCA (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012).

En cuanto a la anorexia nerviosa, la prevalencia se aproxima al 1% con una tasa de mortalidad entre el 15% al 20%. Pese a ello, los trastornos no especificados son los más frecuentes (33,6%) seguidos de la bulimia nerviosa (3,25%) y, en último lugar, la anorexia (0,28%) (Frank, Weihs, Minerva, & Lieberman, 1998; Hoek, y otros, 1995; Rooney, McClelland, Crisp, & Sedgwick, 1995).

En relación a la prevalencia de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres jóvenes, los más frecuentes son la preocupación por el peso, disminución en la ingesta, dietas, atracones y conductas purgativas (Shefer, 1987; Moore, 1988; Casper & Offer, 1990; Cooper & Fairburn, 1993; Story, y cols, 1994).

Otro estudio afirma que, entre la población adolescente, los síntomas de TCA más comunes son los relacionados con la desregulación emocional (Hansson, Daukantaite, & Johnsson, 2017). Así pues, aquellos adolescentes que tenían habitualmente pensamientos y/o sentimientos negativos hacia su imagen

eran más vulnerables a desarrollar bulimia, sobre todo en aquellos casos que utilizaban la evitación como estrategia para regular estas emociones negativas sobre su cuerpo o empleaban de manera incorrecta estrategias de regulación emocional, así como rumiación o supresión (Sim & Zeman, 2005; 2006).

1.5. FACTORES DE RIESGO

Se han realizado varios estudios longitudinales para entender los diferentes factores determinantes de los TCA por tal de desarrollar métodos de prevención y tratamientos para este tipo de trastornos.

Los factores de riesgo están compuestos por factores biológicos/genéticos, psicológicos y socioculturales que interactúan entre sí (Gismero González, 2020).

Dentro de los factores **biológicos** o **genéticos** encontramos:

- La predisposición genética es un indicador de mayor riesgo a desarrollar TCA si hay algún antecedente familiar que haya sufrido de alguno de los trastornos que engloba. Aunque exista mayor vulnerabilidad genética no se considera un factor determinante debido a que son patologías multicausales (Hilker Salinas, Caballero, & Flamarique Valencia, 2019).
- La etapa de la adolescencia relacionada con la pubertad, se caracteriza por la fase de maduración y desarrollo de los caracteres sexuales que conlleva al crecimiento, aumento de peso y al desarrollo de la identidad (Klump, Keel, Sisk, & Burt, 2010).
- Ser del sexo femenino. Relacionado con el apartado anterior, las mujeres durante la pubertad liberan una serie de hormonas que producen cambios físicos, como el aumento de grasa corporal, preparando al cuerpo para el embarazo. Estos cambios provocan que las niñas sientan que su cuerpo no es lo establecido como ideal de belleza para las mujeres y, por lo tanto, contribuye a una menor

satisfacción corporal (Culbert, Burt, McGue, Iacono, & KL, 2009; Bearman, Presnell, Martinez, & Stice, 2006).

Los **factores psicológicos** hacen referencia a aquellos indicadores individuales y personales estables que hacen que una persona sea más propensa a padecer de TCA. Estos factores se encuentran en pensamientos, comportamientos y emociones que aparecen ante situaciones que vivimos.

Algunos rasgos de personalidad que presentan más probabilidad de desarrollar síntomas de TCA son el perfeccionismo, la emocionalidad negativa/neuroticismo y/o síntomas depresivos, la baja autoestima, retraimiento social y la impulsividad/urgencia negativa (Gismero González, 2020). Incluso haber vivido situaciones vitales estresantes como abusos sexuales o físicos durante la infancia y haber recibido comentarios negativos relacionados con el físico (Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia, 2010).

Diferentes estudios manifiestan que los **factores socioculturales** establecen una relación entre los TCA con los modelos familiares sobreprotectores, desestructurados, rígidos, exigentes y conflictivos (Sant Joan de Déu, 2021).

Por otro lado, los **factores culturales** se basan en la influencia de los medios de comunicación y las relaciones interpersonales centrándose en la idealización sociocultural de la delgadez en las mujeres que conlleva a la presión por adelgazar, la idea interna de querer estar delgada y las expectativas de adelgazar (halagos) y, por lo tanto, provoca la insatisfacción corporal, preocupaciones por el cuerpo, el peso, y la forma del cuerpo (Blodgett Salafia & Gondoli, 2011; Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario, & Martínez-Delgado, 2004).

Estos factores conllevan los dos factores de riesgo más comunes en los TCA, concretamente en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa que son la insatisfacción corporal y las dietas o el ayuno (Beato-Fernández et al., 2004; Ghaderi & Scott, 2001).

Es importante puntualizar en el concepto de Imagen Corporal para poder entender los distintos trastornos que engloban los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Dado a que los TCA están relacionados con la alteración de la imagen corporal, se considera una variable asociada a estos trastornos.

La imagen corporal es la representación mental que crea la mente sobre el propio aspecto físico, es decir, es cómo la persona se ve a sí misma al mirarse al espejo, cómo la persona cree que es.

La imagen corporal está formada por varios componentes:

- Aspectos perceptivos: percepción del cuerpo en cuanto tamaño, peso y forma del cuerpo ya sea en su totalidad o en sus partes.
- Aspectos cognitivos: pensamientos, creencias y valoraciones sobre nuestro cuerpo o una parte de éste.
- Aspectos afectivos: sentimientos, emociones y actitudes respecto al cuerpo o una parte de éste.
- Aspectos conductuales: acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción y de los sentimientos relacionados con nuestro cuerpo (Pruzinsky & Cash, 1990; Thompson, 1990).

En cuanto a la práctica del deporte, hoy en día, hay cada vez más personas que practican deporte, en cualquiera de sus disciplinas; bien sea de forma lúdica como aficionado, para mantenerse activos y saludables, o bien a nivel competitivo, semiprofesional o profesional. El mundo del deporte es muy extenso y abarca una gran variedad de disciplinas.

El que los jóvenes practiquen deporte favorece los hábitos de vida saludables disminuyendo el consumo de sustancias. (Décamps, Gana, Hagger, Bruchon-Schweitzer, & Boujut, 2016). También se ha observado que aquellas personas que practican deporte tienen más conocimientos sobre nutrición que aquellas sedentarias o que su práctica es amateur. Un factor protector de desarrollar TCA es tener conocimientos sobre nutrición. (Torstveit, Fahrenholtz, Lichtenstein, Stenqvist, & Melin, 2019).

A pesar de ello y de que el deporte es fundamental para nuestra salud y para la vida de muchas personas, diferentes investigaciones afirman que la práctica deportiva posiblemente es un principal factor de riesgo para el desarrollo de los TCA; concretamente las mujeres deportistas son las que tienen mayor riesgo de padecer alguna alteración alimenticia siendo su prevalencia del 6-45%, porcentaje notablemente más elevado que el de la población general (0.4-1.5%) (De Bruin, 2017).

Además, cuanto mayor es el nivel de competición (élite, profesional...) mayor es el riesgo (Toledo Hinarejos, León Zarzeño, & Cantón Chirivella, 2023).

Algunos deportes se centran mucho en la estética de la figura y en el peso, estos son denominados deportes estéticos, como pueden ser el ballet, la gimnasia rítmica, la gimnasia deportiva o artística, el patinaje artístico (hielo y sobre ruedas) y la natación sincronizada. En este tipo de deportes se presenta un mayor riesgo de desarrollar algún tipo de TCA, debido al alto nivel de exigencia respecto a la apariencia y a que muchas veces el éxito en estos tipos de deporte se centra en gran parte en el componente artístico, en la presentación o en la apariencia de demostrar, dejando más de lado las habilidades físicas y técnicas (Iuso, y otros, 2019).

Otros factores de riesgo vinculados a la práctica deportiva son la insatisfacción corporal causada por las presiones en cuanto a la alimentación y al peso. Estas presiones son impuestas por la sociedad, incluso por parte de familiares y entrenadores. También se considera factor de riesgo el uso de técnicas perjudiciales para la salud con el fin de perder peso como, por ejemplo, los métodos térmicos como saunas, vestimentas de plástico, restricción de comidas, uso de píldoras adelgazantes, diuréticos y ayunos prolongados (Betancourt, Salinas, & Arinchiga, 2011; Duran, Jiménez, Ruiz, Jiménez, & Camacho, 2006).

Además, cabe remarcar que no únicamente la práctica del deporte estético ejerce como factor desencadenante de un TCA, sino también los comentarios que el deportista recibe por parte de entrenadores/as, compañeras o incluso padres acerca del cuerpo o de cómo perciben el cuerpo en la ropa deportiva

(bañador, maillot, mallas, tops, ropa ajustada, etc.) (Reel, Petrie, SooHoo, & Anderson, 2013).

Asimismo, otro factor de riesgo relacionado con el deporte sería la personalidad tanto del entrenador como del deportista ya que muchas veces se considera beneficioso el perfeccionismo y la exigencia para obtener mejor rendimiento (Betancourt, Salinas, & Arinchiga, 2011; Duran, Jiménez, Ruiz, Jiménez, & Camacho, 2006).

A pesar de todo ello, el desarrollo del TCA viene dado a partir de una combinación de factores que se dan en la persona (genéticos, familiares, ambientales, personalidad...), con lo cual el deporte podría ser un factor de riesgo siempre que coincida con otros factores de la personalidad que la predisponga a padecer TCA (rasgos de personalidad, genética, perfeccionismo, problemas familiares, etc.) y de su entorno. (Fewell, Nickols, Tierney, & Levinson, 2018).

1.6. COMORBILIDAD

Se conoce que los pacientes con anorexia nerviosa tienden a presentar entre un 50% y 75% de comorbilidad con depresión mayor y distimia y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), padeciendo entre un 10% y 13% de pacientes con anorexia nerviosa (Luis A. Angel, 1994; Halmi, Eckert, Sampugnaro, Apple, & Cohen, 1991).

En cambio, las personas con bulimia nerviosa tienden a tener niveles altos de ansiedad (43%) y dependencia hacia los medicamentos (49%), trastorno afectivo bipolar (12%) y trastornos de la personalidad en 50% a 75% (Gartner & Marcus, 1989; Hudson JI, 1987; Zanarini MC, 1990).

En varios estudios se ha encontrado que existe una elevada comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno obsesivo-compulsivo (entre 11% y 37%). Esta patología es más común en la anorexia

que en la bulimia. (Laessle, Wittchen, Fichter, & Pirke, 1989; Thiel, Brooks, Ohlmeier, Jacoby, & Schuessler, 1995; Toro & Vilardell, Anorexia nerviosa, 1989).

2. CONTEXTO, OBJETIVO E HIPÓTESIS

En la actualidad cada vez hay más deportistas que sufren de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Los deportistas con mayor riesgo para desarrollar un TCA son aquellos que practican deportes de categorías, gimnasio, estética y resistencia (Díaz & Ceballos, 2012).

Una investigación muestra que el 62% de las deportistas de élite desarrollan algún tipo de trastorno alimentario ante el 1% de la población femenina con algún TCA. Las afectadas en primer lugar representando un 62% son las gimnastas, en segundo lugar, con un 33% están las esquiadoras, en tercer lugar, con un 32% las corredoras de fondo, en cuarto lugar, con un 20% las ciclistas y en el último puesto están las nadadoras con un 15% (Las deportistas de élite sufren mayores trastornos alimentarios, 2006).

El objetivo general de este estudio es comprobar si existe una relación entre la práctica deportiva que requiere una estética corporal y la presencia de síntomas relacionados con trastornos de la conducta alimentaria en mujeres y la insatisfacción corporal.

La hipótesis de estudio es la siguiente: aquellas mujeres que practican un deporte que tiene un fuerte impacto en la estética corporal van a tener más síntomas asociados al trastorno de la conducta alimentaria, así como mayor insatisfacción con su propio cuerpo o imagen corporal en comparación con aquellas que no realizan ningún deporte o que practican deportes donde la estética no es un factor tan relevante.

3. METODOLOGÍA

3.1. PARTICIPANTES

Este estudio va dirigido a mujeres, ya que la gimnasia rítmica sigue siendo un deporte practicado mayoritariamente por éstas y, aunque cada vez vemos a más hombres practicarlo, aún se considera un deporte minoritario en el ámbito masculino.

En este estudio se ha considerado una muestra de participantes, del sexo femenino, cuyo rango de edad oscila entre los 18 y los 29 años con una Media de 22 años. La muestra final ha sido de 79 mujeres, de las cuales, 29 no realizan ningún deporte, 26 realizan deportes estéticos y un 24 realizan deportes no estéticos.

3.2. INSTRUMENTOS

Se ha llevado a cabo un estudio observacional transversal mediante una encuesta con el objetivo de comprobar que las mujeres que practican un deporte en el que se da mayor importancia al aspecto físico tienen más probabilidad de desarrollar algún TCA en relación a mujeres que practican otros tipos de deporte o a aquellas que no hacen ninguna actividad física.

La encuesta está compuesta por tres cuestionarios: el EAT-26, el EDI-3 RF y el Body Shape junto con un grupo de preguntas relacionadas con la práctica deportiva y con el peso.

El cuestionario seleccionado para evaluar la probabilidad que tienen las participantes de padecer un TCA es Eating Attitudes Test (EAT-26) y Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3 RF)

La escala EAT-26 es un cuestionario autoaplicable, se considera una herramienta para la detección de síntomas comunes en la anorexia y evalúa conductas relacionadas con la alimentación, el peso y el ejercicio físico.

Este cuestionario puede administrarse para detectar algún caso en grupos no clínicos, casos con iniciativa de TCA sin diagnosticar y/o para determinar los hábitos alimentarios de una población y se puede administrar de forma individual o grupal. Se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 puntúa a la inversa: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos.

El resultado final de la prueba se lleva a cabo mediante la suma de todos los ítems, el cual puede oscilar entre 0 y 78 puntos. Si el resultado es igual o superior a 20 puntos se relaciona a actitudes y conductas asociadas con desórdenes alimentarios. Los ítems de la prueba están organizados en tres subescalas: Dieta, que incluye 13 ítems relacionados con conductas evitativas de alimentos que engordan y la preocupación por la delgadez; Bulimia y preocupación por la comida, incluye 6 ítems y Control Oral, que engloba 7 ítems que tienen que ver con el autocontrol de la ingesta y presión externa para subir de peso (Garfinkel & Newman, 2001).

El EDI-3 RF es una versión breve del EDI-3 que evalúa el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria a través de 25 ítems.

Está formado por tres escalas: Obsesión por la Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal. El formato de respuesta de los ítems está compuesto por 6 opciones: nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre. Cada ítem puntúa de 0 a 4, en el que las respuestas extremas en el sentido sintomático del ítem (siempre) tiene una puntuación de 4 en orden descendente hasta 0 (nunca). Excepto los ítems 1, 8, 10, 13, 21 y 24 que puntúan de manera inversa.

Es una herramienta de cribado que permite identificar de manera precoz el TCA, que facilita iniciar cuanto antes la atención y prevención necesaria para disminuir o evitar el posible problema.

Por último, para conocer la percepción que tienen de ellas mismas sobre su imagen corporal y evaluar el grado de insatisfacción corporal se ha administrado el Body Shape Questionnaire (BSQ-34). Es un cuestionario autoadministrado compuesto por 34 preguntas de respuesta cerrada según una escala de tipo Likert de 6 categorías (de 1= nunca hasta 6=siempre). La puntuación total va de 34 a 204 puntos, los cuales se dividen en los siguientes puntos de corte: a) menos a 81, no presentan insatisfacción por la imagen corporal; b) de 82 a 110, leve insatisfacción; c) 111 a 140, moderada insatisfacción y d) mayor a 140 extrema insatisfacción.

En el análisis de los resultados de este cuestionario se han tenido en cuenta cinco factores:

- Factor 1: los ítems considerados hacen referencia a la Preocupación por el peso en relación a la ingesta de alimentos.
- Factor 2: los ítems que forman parte de este factor tienen que ver con la Preocupación por aquellas características relacionadas con la obesidad.
- Factor 3: se tienen en cuenta aquellos ítems que hacen referencia a la Insatisfacción y Preocupación Corporal General.
- Factor 4: se incluyen ítems que evalúan la Insatisfacción Corporal respecto a la parte inferior del cuerpo (muslos, caderas o glúteos).
- Factor 5: se hace alusión a ítems relacionados con el uso del vómito o laxantes para disminuir la insatisfacción corporal.

3.3. PROCEDIMIENTO Y VARIABLES

Inicialmente se confeccionó una encuesta mediante Microsoft Forms compuesto por tres cuestionarios (EAT-26, EDI-3 RF, BSQ-34).

Posteriormente, se publicó la encuesta a través de Instagram y Whatsapp

para que fuera accesible al mayor número de participantes posible. Para acceder al test debían clicar el enlace y proceder a su autorrealización.

En la realización del cuestionario las participantes tuvieron que contestar también a variables como edad, altura, peso, si realizaban o no deporte, qué tipo de deporte practicaban, cuánto tiempo hace que lo practican, en qué nivel, cuántos días a la semana dedicaban y cuántas horas al día, así como cuál era su peso máximo y desde cuándo, el mínimo y desde cuándo y el peso ideal.

La publicidad del estudio estuvo expuesta en las redes sociales durante 56 días, desde el día 20 de marzo hasta el 15 de mayo.

Ante la dificultad de conseguir una muestra mínima óptima, especialmente de mujeres que practican deportes relacionados con la estética corporal, tuve que recurrir a contactos para que lo difundieran de boca a boca.

El tiempo medio utilizado por las participantes en la realización de la encuesta fue de 14:23 minutos.

4. RESULTADOS Y APORTACIONES

Para poder analizar los resultados de los cuestionarios, fueron traspasados previamente a una tabla de EXCEL transformando las respuestas numéricamente.

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa informático SPSS. Se calcularon la Media y la Desviación estándar.

Para comparar los resultados de los tres grupos de mujeres respecto a sus medias, se ha utilizado como prueba estadística paramétrica la prueba t-Student, cuando había dos variables y ANOVA, para más de dos variables.

La variable principal que se ha tenido en cuenta para el análisis de resultados ha sido la práctica deportiva. Para ello se han distribuido las participantes en

tres grupos; se hace referencia al grupo 1, señalado en el cuadro estadístico como *NO Esport*, como aquellas participantes que no hacen deporte; para el grupo 2, señalado en el cuadro como *Esport NO Estética*, las que hacen deporte no relacionado con la estética y para el grupo 3, en el cuadro *Esport Estética*, las que hacen deporte relacionado con la estética.

Entre los diferentes deportes que practican las participantes se distribuyeron de la siguiente manera:

- *Esport NO Estética*: Krav Magá (defensa personal), Hoquei, Gimnasio, Baile, Padel, Artes Marciales, Natación, Básquet, Yoga, Apnea, Crossfit, Salir a Correr, Patinaje, Equitación, Powerlifting y Hiit (High Intensity Interval Training).
- *Esport Estética*: Gimnasia Rítmica, Ballet, Danza.

Para hacer esta agrupación, los deportes catalogados como *Esport Estética* son aquellos que dan mucha importancia a la estética de la figura y en el peso corporal.

Y los deportes que no se incluyen en *Esport Estética* los he agrupado dentro del grupo *Esport NO Estética*.

4.1. RESULTADOS GENERALES

La muestra está formada por 79 participantes de las cuales hay un 36,71% del grupo *No Esport*, 30,38% del grupo *Esport NO Estética* y un 32,91% del grupo *Esport Estética*.



	No Esport ¹	Esport NO estètica ²	Esport Estètica ₃	F	P
	Mitja (DE)	Mitja (DE)	Mitja (DE)		
	N=29	N=24	N=26		
Eating Attitude Test (EAT-26)					
Dieta	7,48 (8,6)	11,92 (11,4)	10,19 (8,3)	1,484	0,233
Bulimia y Preocupación por la comida	1,52 (2,8)	2,96 (3,7)	3,31 (4,3)	1,946	0,150
Control Oral	3,97 (2,8)	4,54 (3,9)	3,42 (3,0)	0,750	0,476
TOTAL	12,97	19,42	16,92		
Eating Disorder Inventory (EDI-3 RF)					
Obsesión por la Delgadez	8,28 (7,7)	11,33 (9,8)	11,00 (9,3)	0,971	0,383
Bulimia	3,93 (4,7)	4,54 (4,0)	4,31 (5,1)	0,118	0,889
Insatisfacción Corporal	11,68 (7,8)	11,45 (8,2)	10,88 (6,9)	0,075	0,928
TOTAL	23,89	27,32	26,19		

Body Shape Questionnaire (BSQ-34)					
<i>Preocupación por el Peso</i>	19,24 (10,0)	21,38 (11,4)	22,31 (8,7)	0,951	0,511
<i>Preocupación por la Obesidad</i>	10,55 (4,5)	12,46 (6,5)	12,38 (4,8)	1,792	0,321
<i>Insatisfacción y Preocupación Corporal General</i>	6,59 (3,9)	7,38 (4,5)	6,50 (3,9)	0,476	0,709
<i>Insatisfacción Corporal respecto a la parte inferior del cuerpo</i>	4,48 (2,6)	7,08 (3,5)	6,62 (2,6)	12,471	0,003 ₁₋₂ 0,005 ₁₋₃ 0,024
<i>Uso del vómito o laxantes</i>	2,72 (1,9)	2,67 (1,7)	2,50 (1,1)	0,111	0,866
TOTAL	85,79 (37,4)	96,96 (45,8)	96,42 (32,4)		0,486

Analizados los resultados de los tres cuestionarios auto administrados: EAT-26, EDI-3 RF y BSQ-34 a las participantes de los tres grupos objeto de estudio no se han hallado diferencias significativas de respuesta por el hecho de formar parte de un grupo u otro (P Significación no próxima a = 0).

Asimismo, cabe destacar que en el factor *Insatisfacción Corporal Respecto a la parte inferior del cuerpo* del cuestionario BSQ-34 he hallado una diferencia significativa en sus respuestas (P= 0,003). Al hacer la medición comparativa entre los tres grupos, hay mayor diferencia de respuesta al comparar los resultados de respuesta del grupo 1 *No Esport* con el grupo 2 *Esport NO estética* (P=0,005) y entre los grupos 1 *NO Esport* y el grupo 3 *Esport Estética* (P=0,024). La Media obtenida en las respuestas del grupo que practica deporte no estético ha sido más elevada que la de los otros dos grupos (M=7,08), seguido por el grupo que realiza deporte estético.

4.2. RESULTADOS EAT-26

En la prueba EAT-26 la puntuación total que ha obtenido el grupo 1 de Media ha sido 12,97, mientras que el grupo 2 obtuvo una Media de 19,42 y el grupo 3 una Media de 16,92. A partir de estos datos se puede extraer que el grupo 2 puntúa 2,50 más que el grupo 3 en su media y 6,45 más que el grupo 1.

En el grupo 1, *NO Esport*, las puntuaciones fluctúan entre 2 y 56; las puntuaciones del grupo 2, *Esport No Estética*, se encuentran entre 1 y 57 y las del grupo 3, *Esport Estética*, entre 1 y 43. Los tres grupos presentan una dispersión en su puntuación lo cual demuestra que se tratan de grupos heterogéneos.

Ninguno de los grupos ha superado la puntuación de 20, pudiendo establecer que no hay una relación directa entre la presencia de síntomas comunes en la anorexia y conductas relacionadas con la alimentación, el peso y el ejercicio físico con la práctica deportiva, aunque cabe destacar que el más cercano a la puntuación 20 es el grupo 2, *Esport NO Estética*, con una puntuación de 19,42.

En relación a las subescalas del EAT-26:

- En cuanto a la Dieta, la Media del grupo 1 es de 7,48 con una desviación estándar de 8,6; la del grupo 2 es de 11,92, con una desviación estándar de 11,4 y la del grupo 3 es de 10,19, con una desviación estándar de 8,3. Hay una mayor diferencia entre el grupo 1 con respecto a los grupos 2 y 3, en el que hay una mayor coincidencia en los dos últimos en lo que hace referencia a la preocupación por la delgadez y conductas evitativas de alimentos que engordan. Aún así la diferencia no se puede considerar significativa ya que la puntuación en este factor oscilaría entre 0 y 39.
- En relación a la Bulimia, la Media del grupo 1 es de 1,52 con una desviación estándar de 2,8; la del grupo 2 es de 2,96, con una desviación estándar de 3,7 y la del grupo 3 es de 3,31, con una

desviación estándar de 4,3. En este factor, que puntúa de 0 a 18, las medias de sus grupos se hallan entre 1,52 y 3,31, aún hay mayor coincidencia entre los grupos 2 y 3.

- En cuanto al Control Oral, la Media del grupo 1 es de 3,97, con una desviación estándar de 2,8; la del grupo 2 es de 4,54, con una desviación estándar de 3,9 y la del grupo 3 es de 3,42, con una desviación estándar de 3,0. Tampoco en este factor podemos señalar diferencias significativas entre sus medias, donde la puntuación oscilaría entre 0 y 21 puntos.

Calculada la P (Significación) de los resultados obtenidos en los tres grupos de la muestra por factores, el factor Dieta puntúa 0,233; el factor Bulimia y Preocupación por la comida, 0,150 y el factor Control Oral, 0,476, ninguno de ellos está próximo al 0, sin que se pueda determinar que el hecho de no hacer deporte, o bien hacerlo, cualquier deporte o deportes relacionados con la estética corporal no se haya asociación con el que puedan presentar trastornos de conductas alimentarias.

4.3. RESULTADOS EDI-3 RF

En la prueba del EDI-3 RF la puntuación total obtenida por el grupo 1 ha sido de Media 23,89, el grupo 2 obtuvo una Media de 27,32, y el grupo 3, 26,19. No se observan casi diferencias entre las medias de los tres grupos, habiendo más proximidad entre las medias de los grupos 2, *Sport No Estética* y el grupo 3, *Sport Estética* que nos haga pensar que está asociado a presentar conductas alimentarias de riesgo en relación a si hacen o no deporte, o si el deporte es estético o no.

Al analizar los diferentes factores del EDI-3 RF se puede extraer:

- En relación a la Obsesión por la Delgadez, la Media del grupo 1 es de 8,28, con una desviación estándar de 7,7; la Media del grupo 2 es de 11,33, con una desviación estándar de 9,8 y la Media del grupo 3 es de 11,00, con una desviación estándar de 9,3. La P (Significación) es

de 0,383, no siendo significativa la diferencia de los grupos en este factor.

- En cuanto a la Bulimia, la Media del grupo 1 es de 3,93, con una desviación estándar de 4,7; la Media del grupo 2 es de 4,54, con una desviación estándar de 4,0 y la Media del grupo 3 es de 4,3, con una desviación estándar de 5,1. La P es de 0,321 lo cual señala que la diferencia entre grupos no es significativa.
- En relación a la Insatisfacción Corporal, la Media del grupo 1 es de 11,68 con una desviación estándar de 7,8; la Media del grupo 2 es de 11,45 con una desviación estándar de 8,2 y la Media del grupo 3 es de 10,88 con una desviación estándar de 6,9. La P es de 0,928, por lo tanto, la diferencia de los grupos en este factor tampoco es significativa.

4.4. RESULTADOS BSQ-34

En esta prueba la puntuación total obtenida por el grupo 1 presenta una Media de 85,79, con una desviación estándar de 37,4 mientras que el grupo 2 obtuvo una Media de 96,96, con una desviación estándar de 45,8 y el grupo 3 una Media de 96,42, con una desviación estándar de 32,4. En el grupo 1 las puntuaciones fluctúan entre 34 y 171; las puntuaciones del grupo 2 se encuentran entre 35 y 178 y las del grupo 3 entre 38 y 147. Los tres grupos presentan una dispersión en su puntuación, lo cual demuestra que se tratan de grupos heterogéneos. Sus puntuaciones se hallan en la franja 82-110, lo cual indica una leve insatisfacción respecto a su imagen corporal.

La diferencia de puntuación de las medias entre el grupo 2 y 3 es poco significativa, de 0,54, algo mayor respecto al grupo 1. La preocupación por la imagen corporal es similar en aquellas participantes que hacen deporte, sin distinguir entre aquellas que practican deportes estéticos y las que practican cualquier tipo de deporte no estético. Calculada la P (Significación), la puntuación total es de 0,486 lo cual confirma que las participantes de los

diferentes grupos presentan una preocupación por su imagen corporal similar, sin grandes diferencias entre ellas.

Al analizar los resultados del BSQ-34 por factores se ha obtenido los siguientes resultados:

- En relación a la Preocupación por el Peso, la Media del grupo 1 es de 19,24 con una desviación estándar de 10,0; la Media del grupo 2 es de 21,38 con una desviación estándar de 11,4 y la Media del grupo 3 es de 22,31 con una desviación estándar de 8,7. Las diferencias de las medias son mínimas. Calculada la P (Significación) de los grupos esta es de 0,5111, sin que el resultado muestre que la preocupación por el peso en las participantes sea muy diferente por el hecho de no practicar deporte, practicar deporte no estético o un deporte estético.
- En cuanto a la Preocupación por la Obesidad, la Media del grupo 1 es de 10,55 con una desviación estándar de 4,5; la Media del grupo 2 es de 12,46 con una desviación estándar de 6,5 y la Media del grupo 3 es de 12,38 con una desviación estándar de 4,8. La diferencia de media entre grupo 1 con respecto a los grupos 2 y 3 es algo mayor: de 1,91 con respecto al grupo 2 y de 1,83 respecto al grupo 3. Calculada la P, es de 0,321, sin que pueda determinarse que la diferencia entre los grupos sea significativa.
- En relación a la Insatisfacción y Preocupación Corporal General, la Media del grupo 1 es de 6,59 con una desviación estándar de 3,9; la Media del grupo 2 es de 7,38 con una desviación estándar de 4,5 y la Media del grupo 3 es de 6,50 con una desviación estándar de 3,9. Apenas hay diferencias entre las medias de los tres grupos, y calculada la P, el resultado es de 0.709.
- En cuanto a la Insatisfacción Corporal respecto a la parte inferior del cuerpo, la Media del grupo 1 es de 4,48 con una desviación estándar de 2,6; la Media del grupo 2 es de 7,08 con una desviación estándar de 3,5 y la Media del grupo 3 es de 6,62 con una desviación estándar de 2,6. Obtenemos una mayor distancia en las medias entre el grupo 1 y los grupos 2 y 3. Calculada la P se obtiene un resultado de 0,003. Para determinar cuanto significativo es este resultado, se ha calculado

la P entre los tres grupos (1-2, 1-3, 2-3), destacando la P entre los grupos 1 y 2, que es de 0,005 y entre los grupos 1 y 3 que es de 0,024.

- En relación al Uso del vómito o laxantes, la Media del grupo 1 es de 2,72 con una desviación estándar de 1,9; la Media del grupo 2 es de 2,67 con una desviación estándar de 1,7 y la Media del grupo 3 es de 2,50 con una desviación estándar de 1,1. Tampoco existen grandes diferencias entre las medias de los tres grupos en que calculada la P el resultado es de 0,866.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. DISCUSIÓN

Tras diferentes investigaciones, De Bruin señala que la práctica deportiva constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de los TCA, principalmente en las mujeres deportistas (De Bruin, 2017). En cambio, en la muestra de este estudio las respuestas de los diferentes grupos no difieren entre sí y la práctica deportiva no aparece como un factor de riesgo ni se asocia al desarrollo de TCA como tampoco en la percepción de la Imagen Corporal.

Solamente hay una diferencia significativa en las respuestas referidas a la Insatisfacción Corporal respecto a la parte inferior del cuerpo, donde la puntuación más elevada es la del grupo *Esport NO Estética*.

Los estudios señalan que cuanto mayor es el nivel de competición (élite, profesional, alto rendimiento...) mayor es el riesgo de sufrir TCA (Toledo Hinarejos, León Zarzeño, & Cantón Chirivella, 2023). En este sentido, ésta podría ser una explicación de los resultados obtenidos en este estudio dado que la mayor parte de participantes que practican deporte están en niveles que no son de élite ni profesionales (solamente una participante del grupo

Esport NO Estètica y una participante del grupo *Esport Estètica* se encuentran en nivel de élite).

Los estudios de Iuso y colaboradores indican que el éxito en deportes que tienen un componente artístico está más centrado en la figura y peso que en la técnica y en las habilidades físicas, por lo cual las personas que practican este tipo de deportes tienen un mayor riesgo de desarrollar algún tipo de TCA ya que el nivel de exigencia es mayor (Iuso, y otros, 2019). En este estudio, los resultados del grupo *Esport Estètica* no difieren de los resultados de los otros dos grupos no pudiendo confirmar dicha afirmación. Es posible que si se hubiera llevado a cabo un análisis más completo de los resultados teniendo en cuenta el resto de variables recogidas en este estudio, tales como edad, altura, peso, en el caso de practicar deporte, cuánto tiempo hace que lo practican, en qué nivel, cuántos días a la semana dedicaban y cuántas horas al día así como cuál era su peso máximo, el mínimo y peso ideal y desde cuándo, hubiera podido extraer conclusiones más significativas al respecto.

En el estudio realizado por Reel, Petrie, SooHoo & Anderson señalan que no solamente la práctica del deporte estético ejerce como factor desencadenante de un TCA, sino también los comentarios que el deportista recibe por parte de entrenadores/as, compañeras o incluso padres acerca del cuerpo o de cómo perciben el cuerpo en la ropa deportiva (bañador, maillot, mallas, tops, ropa ajustada, etc.) (Reel, Petrie, SooHoo, & Anderson, 2013). En este sentido, los resultados obtenidos a través del estudio no señalan que la práctica deportiva estética sea un elemento determinante para el desarrollo de síntomas de TCA, aunque donde aparece más significación en las puntuaciones de la Insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo en el grupo *Esport NO Estètica*, lo cual podría tener que ver con lo expuesto con estos autores y que esta insatisfacción provenga de factores externos. Para poder afirmarlo sería necesario realizar un estudio más amplio que tuviera en cuenta otras variables tales como el modelo familiar, la relación con los entrenadores y/o compañeros con la participante, la personalidad del entrenador y la personalidad de la deportista como se afirma en otro estudio (Betancourt, Salinas & Arinchiga; Duran, Jiménez, Ruiz, Jiménez & Camacho, 2006).

Según el estudio realizado por Fewell, Nickols, Tierney, & Levinson en el que afirman que la práctica deportiva no se puede considerar como un factor de riesgo por sí solo si no va de la mano con otros factores de la personalidad del deportista y otros factores su entorno, explicaría porque no hemos encontrado diferencias de respuesta significativas entre los tres grupos (Fewell, Nickols, Tierney, & Levinson, 2018).

5.2. CONCLUSIONES

Analizados los resultados de los tres cuestionarios auto administrados se puede concluir que en la muestra estudiada no se ha hallado una relación directa entre práctica deportiva estética y TCA. Las participantes, por el hecho de no hacer deporte o por el hecho de practicar un deporte estético o bien, un deporte no estético no ha mostrado respuestas muy distantes entre sí en cuanto a la posibilidad de padecer trastornos de la conducta alimentaria y mostrar insatisfacción con su propio cuerpo. La variable deporte por sí sola no constituye un factor de riesgo para el desarrollo de TCA.

Asimismo, los resultados del estudio señalan una diferencia de respuesta de las participantes en relación a la Imagen Corporal, concretamente la parte inferior del cuerpo, en el que el grupo que practica deporte son las que presentan mayor preocupación seguido de las que practican deporte estético.

6. LIMITACIONES

En la realización del cuestionario me he centrado principalmente en la variable deportes, que incluyen no practicar deporte, practicar deportes no relacionados con la estética o practicar deportes estéticos. Es posible que si hubiera hecho un estudio más detallado teniendo en cuenta el resto de variables recogidas en el cuestionario tales como edad, altura, peso, en el caso de practicar deporte: cuánto tiempo hace que lo practican, en qué nivel, cuántos días a la semana dedicaban y cuántas horas al día, así como cuál era su peso máximo y cuándo, el peso mínimo y cuándo y el peso ideal, los resultados hubieran sido más significativos y precisos.

Para un mayor análisis de este estudio hubiera sido interesante poder hacer un cálculo de cuántas personas tuvieron acceso a este cuestionario y no lo realizaron o bien lo iniciaron y no lo finalizaron, así como saber cuál fue el motivo de ello.

Dentro de mi círculo más cercano, hubo varias personas que no lo realizaron o lo dejaron a medias. Este círculo son personas dentro de la práctica de deporte estético, concretamente de la gimnasia rítmica. Se excusaron diciendo que el cuestionario era muy largo o bien que no se sintieron cómodas con esta temática.

Podría ser que si estas personas, tanto las más cercanas, como aquellas personas desconocidas que no lo realizaron lo hubieran hecho, hubiéramos obtenido unos resultados distintos.

7. BIBLIOGRÀFIA

- (APA), A. P. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*.
- (APA), A. P. (2000). *Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5*.
Obtenido de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.th ed. Tex Reviewed [DSM-IV-TR]):
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108
- Fewell, L., Nickols, R., Tierney, A., & Levinson, C. A. (2018). Eating Disorders in Sport: Comparing Eating Disorder Symptomatology in Athletes and Non-Athletes During Intensive Eating Disorder Treatment. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 1-28.
- Álvarez-Rayón G, F.-P. K.-A. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista medica de Costa Rica y Centroamerica LXX*, 607. Obtenido de Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, L. N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En *Protocolos diagnóstico-terapéutico de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP* (págs. 401-325). Madrid.
- Alarcon, R., Mazzotti, G., & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría 2a ed.* México: Editorial el Manual Moderno.
- Allison, K., Lundgren, J., O'Reardon, J., Geliebter, A., Gluck, M., & Vinai, P. e. (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disord.*, 43(3):241-7.
- Alonso, J. M. (2006). *La adicción al gimnasio: Vigorexia o Complejo de Adonis*. Obtenido de
http://www.mifarmacia.es/contenido/articulos/articulo_ef_vifgorexia.htm
- American Psychiatric Association (APA). (2013). En *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5.thed. [DSM-5])*. Washington, DC.
- APA, A. P. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.th ed. Tex Reviewed [DSM-IV-TR])*. Washington.
- Carmen Varela, José Ruiz, Adela Fusté, Ana Andrés y Carmina Saldaña. (2017). *Night Eating Syndrome: psychopathological profile in a community sample of both sex*. Obtenido de Night Eating Syndrome: psychopathological profile in a community sample of both sex: https://www.researchgate.net/profile/Jose-Ruiz-Rodriguez/publication/320960789_Sindrome_de_ingesta_nocturna_perfil_psicopatologico_en_una_muestra_comunitaria_de_ambos_sexos/links/5a0493f50f7e9bc4078d518e/Sindrome-de-ingesta-nocturna-perfil-psicopatologico
- Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia*. (2010). Obtenido de Factores de riesgo y síntomas: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/queson-los-tca/factores-de-riesgo-y-sintomas/>
- Association, A. P. (2013). *American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5.thed. [DSM-5])*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108
- Baile, J. (2014). Trastorno por atracón, el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 138-142.
- Baile, J. I. (2005). *Vigorexia, cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: Síntesis.

- Baldares, M. J. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista medica de Costa Rica y Centroamerica LXX*, 607.
- Bartrina, J. A. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Organo Oficial de la Sociedad Lationamericada de Nutrición*, 315.
- Bearman, S., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (2): 217-29.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., & Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294.
- Becker, A. E., Thomas, J. J., & Pike, K. M. (2009). Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V? *International Journal of Eating Disorders*, 620-635.
- Becker, E., Grinspoon, S., Klibanski, A., & Herzog, D. (1999). Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, 340(14):1092–1098.
- Betancourt, H., Salinas, O., & Arinchiga, J. (2011). Composición de masas corporales de bailarinas de ballet y atletas de elite de deportes estéticos de Cuba. *Res Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 13 (5):335-340.
- Blodgett Salafia, E., & Gondoli, D. (2011). A 4-Year Longitudinal Investigation of the Processes by Which Parents and Peers Influence the Development of Early Adolescent Girls' Bulimic Symptoms. *J Early Adolesc*, 31 (3): 390-414.
- Bratman, S., & Knight, D. (2001). Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating. *Broadway publisher*.
- Carmen Varela, J. R. (2017). *Night Eating Syndrome: psychopathological profile in a community sample of both sex*. Obtenido de Night Eating Syndrome: psychopathological profile in a community sample of both sex: https://www.researchgate.net/profile/Jose-Ruiz-Rodriguez/publication/320960789_Sindrome_de_ingesta_nocturna_perfil_psicopatologico_en_una_muestra_comunitaria_de_ambos_sexos/links/5a0493f50f7e9bc4078d518e/Sindrome-de-ingesta-nocturna-perfil-psicopatologico
- Casper, R., & Offer, D. (1990). Weight and dieting concerns in adolescents, fashion or symptom? 86:384-390.
- CIE-10. (1996). Trastornos mentales y del comportamiento. *Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria*.
- Claudia Cruzat, C. A. (Marzo de 2010). *Significados y Vivencias Subjetivas Asociados a la Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la Perspectiva de Mujeres que lo Padecen*. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282010000100001&lng=en&tlng=en
- comportamiento., C.-I. T. (1996). *Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria*.
- Cooper, P., & Fairburn, C. (1993). Binge-eating and self-induced vomiting in the community. A preliminary study. *British Journal of Psychiatry*, 142: 139-144.
- Cruzart, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M., & Haemmerli, C. (2010). Subjective Life Experiences and Meanings Associated with the Presence of an Eating Disorder, from the Perspective of Women who Suffer from it. *Psykhé (Santiago)*, Vol. 19, N° 1, 3-17.
- Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista mexicana de trastornos alimentarios vol.6 n°2*.

- Culbert, K., Burt, S., McGue, M., Iacono, W., & KL, K. (2009). Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (4): 788-96.
- Cuquejo, L., Aguiar, C., Domínguez, G., & Hermosilla, A. (2017). Eating Disorders in adolescents: A booming disease? *Pediatría (Asunción)*, Vol.44, nº1.
- De Bruin, A. P. (2017). Athletes with eating disorder symptomatology, a specific population with specific needs. Obtenido de *Current Opinion in Psychology*, 16, 148–153.
- Décamps, G., Gana, K., Hagger, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2016). Étude des liens entre la fréquence de pratique sportive et la santé des étudiants: mesure des effets de genre sur les troubles alimentaires et les consommations de substances. *Psychologie Française*, 61(4), 361-374.
- Déu, F. S. (11 de septiembre de 2021). *Trastornos de la conducta alimentaria: factores de riesgo y señales de alerta*. Obtenido de <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/trastornos-conducta-alimentaria-factores-riesgo-senales-alerta>
- Diana Madruga Acerete1, R. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHPN-AEP* (pág. 339). Madrid, Santiago de Compostela, Barcelona. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53741780/anorexia_bulimia-libre.pdf?1499086786=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAnorexia_bulimia.pdf&Expires=1673447812&Signature=ALxUvkRyy3eWnF2s2Yn8oLYGZNja6kkG~s34LQ7bt9ULYAzHy~c1e1hDokhS77XtUeVmY
- Díaz, J. D., & Ceballos, I. D. (2012). Trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento. Madrid.
- Domínguez, G. C. (14 de Octubre de 2016). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge?* Obtenido de http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032017000100037
- Duran, L., Jiménez, P., Ruiz, L., Jiménez, F., & Camacho, M. (2006). Trastornos de la Alimentación y Deporte. *Archi Med Dep*, 23 (112): 117-125.
- E., H. K. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 712-718.
- Evelyn Attia, B. W. (julio de 2022). *Trastorno por rumiación*. Obtenido de Manual MSD : <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-ánimo/introducción-a-los-trastornos-del-estado-de-ánimo>
- Frank, J., Weihs, K., Minerva, E., & Lieberman, D. (1998). Women`s mental health in primary care. Depression, anxiety, somatization, eating disorders, and substance abuse. *Med Clin North Am*, 82:359-389.
- Garfinkel, P., & Newman, A. (2001). *The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later*.
- Gartner, A., & Marcus, R. (1989). *Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de DSM-III-TR personality disorders in patients with eating disorders.: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-1997-02-.pdf>
- GE, R.-J. (2006). *Eating disorders prevalence in high school students*. Obtenido de Validación del cuestionario SCOFF para los trastornos de alimentación en

- Colombia: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112008000300002
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (págs. 104, 122-130).
- Gismero González, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención e intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47.
- Gualtieri, T. (1990). Pica. *Thomas Gualtieri, ed. Neuropsychiatry and Behavioral Pharmacology*, 142-3.
- Gómez del Barrio, J., Gaite Pindado, L., Gómez, E., & al., e. (2012). *Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso*. Cantabria.
- Halmi, K., Eckert, E., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 48(8):712-8.
- Hansson, E., Daukantaite, D., & Johnsson, P. (2017). Disordered eating and emotion dysregulation among adolescents and their parents. *BMC Psychology* 5, article number 12.
- Hilker Salinas, I., Caballero, M., & Flamarique Valencia, I. (14 de enero de 2019). *Factores de riesgo para desarrollar un TCA*. Obtenido de Trastornos de la Conducta Alimentaria: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo>
- Hoek, H., Bartels, I., Bosveld, J., Vander Graaf, Y., Limpens, V., Maiwald, M., & Spaaij, C. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry*, 152:1273-1278.
- Hudson JI, P. H. (1987). *Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-1997-02-.pdf>
- HW, H. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. 61-64.
- Hyams JS, d. L. (2016). *Síndrome de rumiación: dificultades diagnósticas y terapéuticas de un proceso no tan infrecuente*. Obtenido de Functional disorders: Children and adolescent. *Gastroenterology*.: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S169540331730156X?token=FAD41B64C3B7A43FB82E5F9CCAE46799D752AE0F0BB123523CB3F5C550D7D5AD4193E01D64F4ED331BAEAE3CD34A2F2&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230102165911>
- Hyams, J., Di Lorenzo, C., Saps, M., Shulman, R., Staiano, A., & Van Tilburg, M. (2016). Functional disorders: Children and adolescent. *Gastroenterology*, 1456-1468.
- Instituto Nacional de la Salud*. (2012). Obtenido de Trastornos de la alimentación.: www.nimh.nih.gov
- Iuso, S., Bellomo, A., Pagano, T., Carnevale, R., Ventriglio, A., & Petito, A. (2019). Factor in Feeding and Eating Disorder. *Behavioral Sciences*, 9(12), 143.
- Jáuregui, I. (2012). Los trastornos de la conducta alimentaria en el DSM-5. En *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V* (págs. 16: 1744-51).
- Johnson, J., Cohen, P., & Kasen, S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *The American Journal of Psychiatry*, 394-400.

- Klump, K., Keel, P., Sisk, C., & Burt, S. (Octubre de 2010). Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychological Medicine*, 40 (10): 1745-53.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*.
- Lázaro, L. (1999). Epidemiología y factores socioculturales. *Trastornos del comportamiento alimentario*, LVI(1298):49-55.
- Laessle, R., Wittchen, H., Fichter, M., & Pirke, K. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 569-574.
- Las deportistas de élite sufren mayores trastornos alimentarios. (2006). Obtenido de En directo al paladar: <https://www.directopaladar.com/salud/las-deportistas-de-elite-sufren-mayores-trastornos-alimentarios>
- Lindsay Moskowitz MD, E. W. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. En E. W. Lindsay Moskowitz MD, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* (pág. 84).
- Lucmora, C. S. (2008). *Estudio longitudinal de una muestra de estudiantes catalanes con conductas a riesgo de tca*. Tarragona. Obtenido de Estudio longitudinal de una muestra de estudiantes catalanes con conductas de riesgo de tca.
- Luis A. Angel, R. V. (julio de 1994). *Prevalencia de trastornos del comportamiento*. Obtenido de <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-1997-02-.pdf>
- Luisa Osorio López, M. A. (s.f.). *Anorexia Nerviosa*. Obtenido de Anorexia Nerviosa: https://www.emagister.com/uploads_courses/Comunidad_Emagister_70105_0105.pdf
- Mandich, C. V. (s.f.). *Significados y Vivencias Subjetivas Asociados a la Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la Perspectiva de Mujeres que lo Padecen*. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282010000100001&lng=en&tlng=en
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. (2002). *American Psychiatric Association*.
- Masson. (1978). *American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Obtenido de <http://recerca.blanquerna.edu/conductes-desadaptatives/wp-content/uploads/2017/03/distribucion-diagnostica-trastornos-alimentacion-1.pdf>
- Masson. (1994). *American Psychiatric Association (APA) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4.ª ed. [DSM-IV])*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108
- Masson. (2002). *American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Obtenido de <http://recerca.blanquerna.edu/conductes-desadaptatives/wp-content/uploads/2017/03/distribucion-diagnostica-trastornos-alimentacion-1.pdf>
- Masson, E. (1995). Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV). 557-9.
- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? *J Am Diet Assoc*, 105:1510-12.
- Miján, A. (7 de abril de 2006). *La pica: retrato de una entidad clínica poco conocida*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112006000800001&script=sci_arttext&tlng=pt

- Moore, D. (1988). Body image and eating behaviour in adolescent girls. *American Journal of Disabled Children*, 142: 1114-1118.
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. En *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* (págs. 70-84).
- Norris, M., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W., & Henderson, K. (2014). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *Int J Eat Disord*, 47: 495-9.
- Padilla Viguria, F., & De la Torre Miján, A. (2006). Pica: the portrait of a little known clinical entity. *Nutrición Hospitalaria*.
- Pediatría, R. C. (2000). *Anorexia Nerviosa: características y síntomas*. Obtenido de Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV): http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-75312000000400011
- Peláez Fernández, M., Labrador Encinas, F., & Raich Escursell, R. (2004). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 34-41.
- Pica en la adolescencia, 27 (2018).
- Pitt, P., & Middleman, A. (2018). A Focus on Behavior Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): A Case Series. *Clin Pediatr (Phila)*, 57: 478-80.
- Pruzinsky, T., & Cash, T. (1990). Body Images: Development, Deviance and Change. *N. York, The Guildford Press*, 337-349.
- Raich, R. (2011). Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. *Revista médica de Chile*.
- Ramírez, A., Moreno, S., Yepes, M., Posada, A., Pérez, G., & Roldán, L. (2004). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres estudiantes de secundaria de la ciudad de Medellín y el Área Metropolitana. *Ámbito Médico*, 15/31:3.
- Reel, J., & Voelker, D. (2012). "Sculpted to perfection": Addressing and managing body image concerns and disordered eating among athletes. En R. S. (Editor), *Athletic Insight's Writings in Sport Psychology*. (pág. 358).
- Reel, J., Petrie, T., SooHoo, S., & Anderson, C. (2013). Weight pressures in sport: Examining the factor structure and incremental validity of the weight pressures in sport - Females. *Eating Behaviors*, 14(2), 137-144.
- Ríos, P. B. (2018). *CASO CLÍNICO: PICA EN LA ADOLESCENCIA*. Obtenido de PB Ríos - Trastornos de la conducta alimentaria, 2018 - dialnet.unirioja.es
- Rodríguez A, M. J. (1999). Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. *Rev Esp Salud Pública*, 23(3):127-31. Obtenido de Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes en Cádiz.
- Rooney, B., McClelland, L., Crisp, A., & Sedgwick, P. (1995). The incidence and prevalence of anorexia nervosa in three suburban health districts in south west London. *U.K. Int J Eating Disord.*, 18:299-307.
- Rosalía Vázquez Arévalo, X. L.-G.-D. (28 de Septiembre de 2015). *El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108
- Rubinstein, A., Terrasa, S., Duarte, E., Rubinstein, E., & Carrete, P. (2004). *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.

- Salud, I. N. (2012). *Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida*.
- Sant Joan de Déu. (2021). Obtenido de Trastornos de la conducta alimentaria: factores de riesgo y señales de alerta: <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/trastornos-conducta-alimentaria-factores-riesgo-senales-alerta>
- Scheck C, M. M. (1994). *Review of Nocturnal Sleep*. Obtenido de Related eating Disorders. Int J Eating Disord: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522006000100006
- Shefer, T. (1987). Abnormal eating attitudes and behaviours among woman students. *South African Medical Journal*, 72: 419-421.
- Sim, L., & Zeman, J. (2005). Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence* , 25(4), 478-496.
- Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Jornal of Youth and Adolescence*, 35(2), 207-216.
- Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 207-216.
- Smink, F., van Hoeken, D., & Hoek, H. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4): 406-414.
- Sociedad Española de Pediatría, S. E. (2010). *Eating Disorders in adolescents: A booming disease?* Obtenido de Protocolos diagnóstico-terapéutica de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica: trastornos del comportamiento alimentario: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032017000100037
- Sounday, T., Lucas, A., Suman, V., & Melton, L. (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980-1990. *Psychol Medic*, 25:1065-1071.
- Soundy T, L. A. (2004). *Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones*. Obtenido de Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980-1990.: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000500007
- Steiner, H., & Lock, J. (1998). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in children and adolescents: a review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:352–359.
- Story, M., Hauck, F., Broussard, B., White, L., Resnick, M., & Blum, R. (1994). Weight perceptions and weight control practices in American Indian and Alaska Native adolescents. A national survey. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 148: 567-571.
- Striegel-Moore R, F. D. (2008). *DSM-V and eating disorders*. Obtenido de Should binge eating disorder be included in the DSM-5? A critical review of the state of the evidence: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/47305635/DSM-5_y_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria-libre.pdf?1468793060=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDSM_5_y_los_trastornos_de_la_conducta_al.pdf&Expires=1670932957&Signature=QoBXO051tyFz

- Thiel, A., Broocks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G., & Schuessler, G. (1995). Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 72-75.
- Thomas JJ, L. E. (2017). *Pediatría Integral*. Obtenido de Avoidant/ Restrictive Food Intake Disorder: a Three- Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2020/07/Pediatria-Integral-XXIV-4_WEB.pdf#page=77
- Thompson, J. (1990). Body image disturbance: assessment and treatment. *Nueva York. Pergamon Press.* , 140.
- Toledo Hinarejos, M., León Zarzeño, E., & Cantón Chirivella, E. (2023). El rol del deporte en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentara: una revisión de la literatura más reciente (2015-2020). *Journal Sport and Health Research*, 15(1):1-16.
- Toro, J., & Vilardell, E. (1989). Anorexia nerviosa. *Revista lationamericana de psicología*, 102-103.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P., & Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body-shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Torstveit, M., Fahrenholtz, I., Lichtenstein, M., Stenqvist, T., & Melin, A. (2019). Exercise dependence, eating disorder symptoms and biomarkers of Relative Energy Deficiency in Sports (RED- S) among male endurance athletes. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine*.
- Van der Ster Wallin, G. N. (1994). Binge eating versus nonpurged eating in bulimics: Is there a car- bohydrate craving after all? *Binge eating versus nonpurged eating in bulimics: Is there a car- bohydrate craving after all?*, (págs. 376-381). Scandinava.
- Washington, D. A. (2000). *American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.th ed. Tex Reviewed*. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108
- Zanarini MC, H. J. (1990). *Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de Axis II comorbidity opf normal weight bulimia: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/03-1997-02-.pdf>
- Zimmerman, J., & Fisher, M. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 47: 95-103.

8. ANEXOS

ESCALA EAT-26 PARA EVALUAR EL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Este cuestionario NO es un examen, NO hay respuestas buenas ni malas. Si en alguna pregunta no encuentras la respuesta que se ajuste exactamente a lo que piensas o haces, marca con una X la respuesta que más se le aproxime.

Nombre _____ Fecha de nacimiento (día/mes/año) ___/___/___

Fecha de diligenciamiento _____

Pregunta	(0)	(0)	(1)	(2)	(3)
	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P01. Me angustia la idea de estar demasiado gorda	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P02. Procuo no comer cuando tengo hambre	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P03. La comida es para mí una preocupación habitual	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P04. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P05. Corto mis alimentos en pequeños trozos	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P06. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P07. Procuo no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P08. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P09. Vomito después de comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P10. Me siento muy culpable después de comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P11. Me obsesiona el deseo de estar más delgada	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P15. Tardo más tiempo que los demás en comer	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P16. Procuo no comer alimentos que tengan azúcar	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P17. Como alimentos dietéticos	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P22. No me siento bien después de haber tomado dulces	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P23. Estoy haciendo dieta	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P24. Me gusta tener el estómago vacío	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P25. Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías (*)	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre
P26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	Nunca	Casi nunca	A menudo	Muy a menudo	Siempre

(*): Se puntúa por columna así: 3-2-1-0-0

Puntaje: _____

Puntaje total: _____

ESCALA EAT-26 PARA EVALUAR EL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Instrucciones:

- Escala autoaplicable
- Cinco opciones de respuesta
- Puntuación: Respuestas de columna 1 y 2 ("Nunca" y "Casi nunca") con 0 puntos. Respuestas de columna 3 ("A menudo") con 1 punto. Respuestas de columna 4 ("Muy a menudo") con 2 puntos. Respuestas de columna 5 ("Siempre") con 3 puntos.
- El ítem 25 se puntúa a la inversa: columna 1 con 3 puntos, columna 2 con 2 puntos, columnas 3 y 4 con 0 puntos.
- Puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 26 ítems de la escala.
- Punto de corte de la escala es de 11 y más puntos.

INSATISFACCION DE IMAGEN CORPORAL
Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

		Nunca	Es Raro	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo	Siempre	
IC1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?							
IC2	Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?							
IC3	Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?							
IC4	Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?							
IC5	Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?							
IC6	Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?							
IC7	Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?							
IC8	Has evitado correr para que tu piel no saltara?							
IC9	Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?							
IC10	Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?							
IC11	El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?							
IC12	Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?							
IC13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)							
IC14	Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?							
IC15	Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?							
IC16	Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?							
IC17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?							
IC18	Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?							
IC19	Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?							
IC20	Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?							
IC21	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?							
IC22	Te has sentido mas a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?							
IC23	Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)							
IC24	Te ha preocupado que la gente vea "llantitas" en tu cintura?							
IC25	Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean mas delgadas/os que tu?							
IC26	Has vomitado para sentirte más delgado/a?							
IC27	Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?							
IC28	Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?							
IC29	Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?							
IC30	Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?							
IC31	Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?							
IC32	Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?							
IC33	Te has fijado mas en tu figura cuando estas en compañía de otra gente							
IC34	La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?							

EDI-3 RF

INSTRUCCIONES

Las afirmaciones y cuestiones que aparecen en la siguiente página de este cuadernillo describen actitudes, sentimientos y comportamientos. Algunas de las cuestiones están relacionadas con la comida, la forma de comer y los intentos de controlar el peso. Otras cuestiones tratan sobre los sentimientos respecto a la forma del cuerpo y el peso. Por favor, contesta a todas las cuestiones lo mejor que puedas. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Parte A

Para contestar a esta parte debes rodear con un círculo una de las opciones de respuesta que aparecen a la derecha de cada afirmación. Las opciones de respuesta son las siguientes:

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

Por ejemplo, si tú nunca has pensado en hacer una dieta podrías rodear el "0" en este ítem, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Pienso en ponerme a dieta. 0 1 2 3 4 5

Si te equivocas al marcar la respuesta o simplemente quieres cambiarla NO BORRES. Para cambiar tu respuesta dibuja una X encima de la respuesta que quieras cambiar y después rodea con un círculo la nueva respuesta. Fíjate en el siguiente ejemplo:

Pienso en ponerme a dieta. 0 1 2 3 4 5

Parte B

En esta parte debes escribir tu respuesta en los huecos de cada una de las preguntas y en las preguntas de opción múltiple debes rodear con un círculo una de las opciones de respuesta que aparecen a la derecha de cada pregunta. Las opciones de respuesta son las siguientes:

NUNCA	UNA VEZ AL MES O MENOS	2-3 VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	2-6 VECES A LA SEMANA	UNA VEZ AL DÍA O MÁS
0	1	2	3	4	5

Por ejemplo, si tú haces ejercicio 60 minutos diarios o más para controlar tu peso podrías rodear el 5 en este ítem, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has hecho ejercicio 60 minutos o más para controlar tu peso? 0 1 2 3 4 5

Si te equivocas al marcar la respuesta o simplemente quieres cambiarla NO BORRES. Para cambiar tu respuesta dibuja una X encima de la respuesta que quieras cambiar y después rodea con un círculo la nueva respuesta. Fíjate en el siguiente ejemplo:

Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia has hecho ejercicio 60 minutos o más para controlar tu peso? 0 1 2 3 4 5



Autor: D. M. Garner. Copyright original © 2004 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc., USA.
Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.
Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio.



Nombre _____ Fecha _____ / _____ / _____

Parte A

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

HOJA DE RESPUESTAS

1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.	0	1	2	3	4	5
2	Creo que mi estómago es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
3	Suelo comer cuando estoy disgustado.	0	1	2	3	4	5
4	Suelo hartarme de comída.	0	1	2	3	4	5
5	Pienso en ponerme a dieta.	0	1	2	3	4	5
6	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.	0	1	2	3	4	5
7	Me siento muy culpable cuando como en exceso.	0	1	2	3	4	5
8	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
9	Me aterroriza la idea de engordar.	0	1	2	3	4	5
10	Me siento satisfecho con mi figura.	0	1	2	3	4	5
11	Exagero o doy demasiada importancia al peso.	0	1	2	3	4	5
12	He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.	0	1	2	3	4	5
13	Me gusta la forma de mi trasero.	0	1	2	3	4	5
14	Estoy preocupado porque cuerría ser una persona más delgada.	0	1	2	3	4	5
15	Suelo pensar en darme un atracón.	0	1	2	3	4	5
16	Creo que mis caderas son demasiado anchas.	0	1	2	3	4	5
17	Me siento hinchado después de una comida normal.	0	1	2	3	4	5
18	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.	0	1	2	3	4	5
19	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.	0	1	2	3	4	5
20	Pienso en vomitar para perder peso.	0	1	2	3	4	5
21	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.	0	1	2	3	4	5
22	Creo que mi trasero es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
23	Como o bebo a escondidas.	0	1	2	3	4	5
24	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
25	Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.	0	1	2	3	4	5

Parte B

¿Cuántos años tienes?

¿Cuál es tu sexo? V M

¿Cuánto mides? ,

¿Cuál es tu peso actual? ,

¿Cuál es el peso más alto que has tenido? , ----> ¿En qué año fue?

¿Cuál es el peso mínimo que has tenido? , ----> ¿En qué año fue?

¿Cuánto te gustaría pesar? ,

DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA...

- te has dado atracones (comer una gran cantidad de comida y sentir que no puedes parar de comer)?
- te has provocado el vómito para controlar tu peso?
- has usado laxantes para controlar tu peso o tu figura?
- has hecho ejercicio 60 minutos o más para controlar tu peso?
- ¿Durante los últimos 6 meses has perdido 9 kilos o más?

Nunca	Una vez al mes o menos	2-3 veces al mes	Una vez a la semana	2-6 veces a la semana	Una vez al día o más
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
0	1	2	3	4	5
NO	SÍ				