



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Lima Metropolitana

Risk factors associated with eating disorders in adolescents from Metropolitan Lima

Giomy Riveros-Arenas¹, Melissa Garrido-Pinedo¹,
Mario Reyes-Bossio²

¹ Escuela de Postgrado, Maestría en Psicología de la Salud y Estilos de Vida, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Perú

² Facultad de Psicología, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC

Recibido: 2023-02-18

Revisado: 2024-06-21

Aceptado: 2024-09-05

Autor de correspondencia: mario.reyes@upc.pe (M. Reyes-Bossio)

Agradecimientos: Ninguno

Conflicto de intereses: Los autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Resumen. El presente estudio tuvo por objetivo determinar los factores de riesgo que predicen la presencia de sintomatología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en un grupo de 218 adolescentes mujeres de edades entre 12 y 18 años ($M = 15$, $DS = 1.33$), todas ellas estudiantes de una institución educativa pública de Lima Metropolitana. Para ello se utilizaron dos herramientas de medición: *Eating Attitudes Test* (EAT-26) y *Eating Disorder Inventory* (EDI-3). Para el análisis predictivo se realizó un análisis de regresión lineal múltiple y un análisis correlacional a través de la prueba Shapiro Wilk, en donde se encontró que existen 3 factores que predicen en mayor medida futuros TCA, dentro de estos está la Obsesión por la delgadez (DT), las Conductas bulímicas (B) y el Ascetismo (AS), mientras que aquellos que predicen en menor medida la aparición del cuadro son el Miedo a la madurez (FM) y el Desajuste emocional (EM). Estos factores se relacionan con características propias de la edad evolutiva de las adolescentes y los desafíos que enfrentan a nivel social y personal durante esta etapa.

Palabras clave: Trastorno de la alimentación, Factores de riesgo, Nutrición en la adolescencia, Delgadez

Abstract. The aim of this study was to determine the risk factors that predict the presence of symptoms of Eating Disorders (ED) in a group of 218 female adolescents between the ages of 12 and 18 years ($M = 15$, $SD = 1.33$), all of them students of a public educational institution in Metropolitan Lima. For this purpose, two measurement tools were used: Eating Attitudes Test (EAT-26) and Eating Disorder Inventory (EDI-3). For the predictive analysis, a multiple linear regression analysis and a correlational analysis were performed through the Shapiro Wilk test, where it was found that there are 3 factors that predict future ED to a greater extent, within these are the Obsession with thinness (DT), Bulimic behaviors (B) and Asceticism (AS), while those that predict to a lesser extent the appearance of the condition are Fear of maturity (FM) and Emotional maladjustment (EM). These factors are related to characteristics specific to the developmental age of adolescents and the challenges they face at a social and personal level during this stage.

Keywords: Eating disorders, Risk factors, Nutrition in adolescence, Thinness

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un incremento de enfermedades, tanto físicas como mentales, originadas por los estilos de vida poco saludables y las tendencias sociales. Por ejemplo, América Latina y el Caribe presenta las tasas de sobrepeso y obesidad más altas del mundo, con una prevalencia de obesidad del 30% en niños, niñas y adolescentes, entre los 5 y 19 años (UNICEF, 2022). Esto se debe a que el desarrollo, la urbanización y la globalización alejan cada vez más a su población de sus dietas tradicionales y saludables (Barry y Reardon, 2018).

Es así como, una de las poblaciones más afectadas por la influencia de estas tendencias son los adolescentes, lo que puede generar en ellos patologías como trastornos de la conducta alimentaria (Marcen, 2021). En los países occidentales, la frecuencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) ha aumentado considerablemente, convirtiéndose, del 0.5% a 1%, convirtiéndose así en el tercer trastorno crónico más común en adolescentes (Arija et al., 2022). Esto se debe a que la influencia de los pares y las demandas sociales propias de esta etapa influyen en la percepción que tienen los adolescentes de sí mismos, generando en ellos insatisfacción corporal y conductas alimentarias desfavorables (Amaya et al., 2017).

Los TCA hacen referencia a trastornos donde el paciente presenta alteraciones en la alimentación o su forma de comer, esto genera una variación en el consumo o absorción de los alimentos, causando así

un deterioro significativo de la salud física y la salud mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En la adolescencia, los TCA son los trastornos más comunes, llegando a una incidencia, en Perú, entre el 7% y 11%; siendo más frecuente en las mujeres que en los varones (Torrez & Torres, 2021). Muchas veces el curso de los TCA se prolonga en el tiempo, generando consecuencias que abarcan desde complicaciones médicas y psiquiátricas, hasta la muerte (Gabler, 2017). En la esfera de la salud mental existen problemas psicológicos y psiquiátricos que frecuentemente acompañan a los TCA, tales como el aislamiento social, dificultades para consolidar el autoconcepto, la autoestima y la autonomía, además de conflictos en la esfera familiar (Lopez & Treasure, 2011).

Los TCA tienen un buen pronóstico si el diagnóstico se realiza durante los tres primeros años del trastorno; por ello, reconocer el trastorno de manera oportuna y temprana es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad (Castelao et al., 2018). No obstante, su diagnóstico suele realizarse cuando la patología ya está en fases avanzadas, por lo que es crucial llevar a cabo investigaciones que faciliten la creación de estrategias de prevención y detección (Losada & Rodríguez, 2019). En Lima Metropolitana, cinco de cada 10 casos que llegan a consulta son diagnosticados con TCA, sin embargo, no se tienen mayores datos sobre la incidencia e información disponible de este trastorno, lo que dificulta el planeamiento de estrategias de prevención primaria y secundaria (Ponce et al., 2017).

Por lo antes mencionado, los TCA requieren ser estudiados y atendidos de manera específica y con urgencia cada vez mayor, ya que se han convertido en un problema relevante para la salud pública y la salud mental (Reyes-Rodríguez, 2022). Por ello, la importancia de la presente investigación radica en brindar información relevante acerca de los factores de riesgo que desencadenan TCA, contribuyendo así a la prevención primaria de esta problemática.

Las causas de los TCA son multifactoriales, por lo que se encuentran involucrados diversos factores biológico-genéticos como la historia familiar (Reyes-Rodríguez, 2022), factores psicológicos asociados a rasgos de personalidad como excesiva rigidez, autoexigencia y baja autoestima y factores socioculturales relacionados con modelos familiares sobreprotectores y/o conflictivos, el culto al cuerpo, ideales de belleza, influencia de la moda y de las redes sociales (Pérez, 2018). Estos factores y elementos del medio ambiente forman parte de las causas y el pronóstico de los TCA y se relacionan con síntomas como la insatisfacción frente a la imagen corporal, la preocupación permanente por la comida, el peso y la forma corporal, así como el uso de medios poco saludables para controlar o reducir el peso, especialmente en jóvenes con sobrepeso u obesidad, lo que deriva en un deterioro significativo de su bienestar psicosocial y físico (Castelao et al., 2018; Contreras et al., 2015).

En estudios anteriores, se han identificado varios factores de riesgo predictores de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la insatisfacción corporal y las preocupaciones relacionadas con el peso y la forma del cuerpo (Beato et al., 2004; Ghaderi & Scott, 2001; Rohde et al., 2015; Palomino-Floreano & Reyes-Bossio, 2023). También se han encontrado conductas extremas para perder peso, entre las que se encuentran el uso de laxantes, píldoras adelgazantes y el vómito autoinducido, así como la adhesión a dietas estrictas, como factores predictivos de TCA (Fairburn et al., 2005). Adicionalmente, se encuentran como otros factores que aumentan el riesgo de padecer TCA a las dietas tempranas, la depresión y la distorsión de la imagen corporal (Gismero, 2020).

Por todo lo expuesto, el objetivo de la presente investigación fue determinar los factores de riesgo que

predicen la presencia de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes mujeres de 12 a 18 años en Lima Metropolitana.

MÉTODO

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo predictivo transversal, pues el objetivo de la investigación es explorar la relación entre dos variables, sin emplear ninguna forma de control de variables extrañas sobre esta relación (Ato et al. 2013).

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 218 mujeres con edades entre los 12 y los 18 años (\bar{X} = 14.90; DE = 1.33), todas ellas estudiantes de primer a quinto grado de secundaria de una institución educativa pública de Lima Metropolitana. La mayoría de ellas se encontraban cursando el tercer grado de secundaria (29%) y residían en el distrito de Chorrillos (98%). De éstas, el 89% reportaron un peso ideal promedio de 48.80kg (DE = 8.35).

El muestreo que se utilizó para elegir a la muestra del estudio fue de tipo no probabilístico deliberado. Es decir, la muestra obedeció a los criterios de investigación, por lo que la elección de los elementos depende de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador, más no de la probabilidad (Hernández et al., 2014).

Dentro de los criterios de inclusión se tomó en cuenta a adolescentes mujeres, de 12 a 18 años, excluyéndose a adolescentes del sexo masculino.

INSTRUMENTOS

Como parte de los instrumentos de recolección de información se aplicó una ficha sociodemográfica que tuvo por objetivo recopilar datos acerca de la edad, el lugar de procedencia, el grado de instrucción y el peso de las participantes.

Para obtener información sobre la posible presencia de TCA en las participantes, se aplicó el Eating attitudes test (EAT -26). Este fue diseñado por Garner y Garinkel (1979) y tiene como finalidad el desarrollo y la validación de una escala de calificación que permite la evaluación de una amplia gama de comportamientos y actitudes que se encuentran presente en los Trastornos de Conducta Alimentaria. La versión utilizada en el presente estudio es la versión resumida al castellano validada por Gandarillas (2003) en población española.

Según estudios de confiabilidad se encontró un alfa de Cronbach de 0.921, este valor por subescala fue más alta en Bulimia Nerviosa (0.891), seguida por dieta (0.857), control oral (0.818) y preocupación por la comida (0.756). Asimismo, se encontró un 0.889 de sensibilidad y un 0.977 de especificidad (Constain et al, 2013).

Por otro lado, el examen de la matriz de correlaciones de los 26 ítems indicó que los datos fueron adecuados para el análisis factorial (determinante de la matriz de correlaciones = 0,000000291, test de esfericidad de Bartlett = 2.466,48 con una $p < 0,0001$, y medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = 0,90).

La prueba presenta en cada pregunta seis opciones de respuesta (nunca, raramente, a veces, a menudo, muy a menudo, siempre). El puntaje total se obtiene de la suma de todos los atributos, en donde a mayor puntaje, mayor riesgo de padecer anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. La versión resumida de 26 ítems contiene 3 subescalas que se definen como: 1) Dieta: con 13 ítems sobre conductas para evitar alimentos que engordan y preocupaciones por la delgadez; 2) Bulimia y preocupación por la comida: que consta de 6 ítems sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de la comida, y 3) Control oral: con 7 ítems sobre autocontrol de la ingesta y presión de los otros para ganar peso.

Al calcular los coeficientes de confiabilidad para el EAT - 26, se encontraron adecuados niveles de confiabilidad con un coeficiente de confiabilidad ($\alpha = .725$, $\omega = .727$), y correlaciones ítem-test entre .120 y .405, siendo estos puntajes considerados dentro de los niveles aceptables de confiabilidad (Prieto & Delgado, 2010).

Por otro lado, para obtener información sobre factores de riesgo presentes en las participantes del estudio, se aplicó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria - 3 (EDI-3). Este es un cuestionario que

evalúa los rasgos y constructos psicológicos clínicamente relevantes en personas con Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) de 12 años en adelante. Está compuesto por 91 ítems que se encuentran organizados en 12 escalas principales, de las cuales tres son específicas de los TCA y nueve son escalas psicológicas generales que resultan relevantes, pero no específicas de los TCA. Proporciona también 6 índices adicionales, uno específico de los TCA (Riesgo de TCA) y cinco índices de constructos psicológicos integradores (Ineficacia, Problemas interpersonales, Problemas afectivos, Exceso de control y Desajuste psicológico general). Además, incorpora tres escalas de validez que permiten detectar patrones de respuestas inconsistentes o extraños (Inconsistencia, Infrecuencia e Impresión negativa). Los ítems tienen un formato de respuesta de 6 opciones que van desde nunca, pocas veces, a veces, a menudo, casi siempre y siempre. Cada ítem puntúa de 0 a 4 (Garner, 2010).

Las validaciones de la versión en español de EDI-3 se han llevado a cabo en varios países; en el presente estudio se emplea la versión argentina del cuestionario, propuesta por Rutzstein et al. (2013). En esta se encontró, en cuanto a la validez basada en la estructura interna, donde se identificaron 12 factores, una varianza explicada igual a 46.7%. Por otro lado, en relación con la confiabilidad, se encontró un alfa de Cronbach mínimo de .61 (Miedo a madurar), Máximo de .89 (Búsqueda de delgadez) y menores a .70 en tres escalas (Perfeccionismo, Ascetismo y Miedo a madurar) (Rutzstein et al., 2013).

Al calcular los coeficientes de confiabilidad para las dimensiones del EDI - 3, en donde los puntajes mayores de confiabilidad se encontraron en la dimensión de Perfeccionismo (PE), con un coeficiente de confiabilidad $\alpha = .685$, $\omega = .780$ y correlaciones ítem-test entre .065 y .689, las cuales se consideran dentro de los niveles aceptables (Prieto y Delgado, 2010). No obstante, cabe señalar que, para obtener dicho resultado, fue necesario eliminar el ítem 13 dentro de la dimensión. Por otro lado, la dimensión con menores puntajes de confiabilidad fue Insatisfacción Corporal (BD) con un coeficiente de confiabilidad $\alpha = .038$, $\omega = .229$ y correlaciones ítem-test fuera de los niveles aceptables (.063 y .183), incluso después de haber eliminado el ítem 45 para obtener mejores puntajes.

PROCEDIMIENTO

Antes de iniciar la fase de aplicación de la investigación, primero se pasó por la evaluación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (368-6-22). Luego de contar con la aprobación de dicho comité, se realizó el contacto con el colegio seleccionado para el estudio a través de una carta donde se explicó el objetivo de la investigación y se invitó a las estudiantes a participar de la misma.

Después de la aprobación del comité de ética, se realizó el contacto con la institución educativa, quien dio la autorización para la aplicación de los cuestionarios a través de la firma de un Consentimiento Informado. Luego de ello, se pasó a la fase de aplicación de los cuestionarios, la cual se realizó de manera presencial. Durante una semana, se acudió a la institución para llevar a cabo la recolección de datos, segmentando el proceso por grados y secciones. En los primeros dos días, se aplicaron los cuestionarios a las alumnas de primero y segundo de secundaria, mientras que en los días siguientes se realizó la aplicación a las alumnas de tercero, cuarto y quinto de secundaria.

Previo a la aplicación de los cuestionarios a las participantes del estudio se hizo un estudio piloto a 30 estudiantes para confirmar la idoneidad lingüística de los ítems, para ello se realizó un cuestionario en *google forms*.

Para la aplicación del estudio se contó con un consentimiento informado dirigido a los padres de familia de los adolescentes. Dicho documento detalla a los padres de familia los objetivos de la investigación y la calidad de la participación de las estudiantes, la cual se realizó de manera anónima y voluntaria y el tratamiento de la información bajo los lineamientos de confidencialidad y uso exclusivo para los fines del estudio.

ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis se realizaron a través de un programa estadístico especializado denominado *Jamovi*. Las variables fueron analizadas descriptivamente según la

media (M), la desviación estándar (DE), asimetría ($g1$) y curtosis ($g2$).

Se evaluó la normalidad multivariada de las variables para luego seleccionar el estadístico de correlación tomando en cuenta la prueba de contraste de hipótesis ($<.05$), la dirección (+/-) y la magnitud de las asociaciones: Pequeño ($\geq.10$), mediano ($\geq.30$) y grande ($\geq.50$) (Dominguez-Lara, 2018).

Para el análisis predictivo se hizo uso del análisis de regresión lineal múltiple, el cual permitirá predecir el valor de las variables dependientes. En ese sentido, para evaluar la capacidad predictiva de todos los indicadores se tomarán en cuenta los valores de R^2 , en donde .01 representa una varianza pequeña; .10, mediana y .25, grande. Asimismo, para evaluar cada predictor de forma individual se tomarán en cuenta los valores de β , en donde $<.20$, tiene un valor predictivo débil; entre .20 y .50, moderado y $>.50$, fuerte (Dominguez-Lara, 2018).

Se revisaron los supuestos de regresiones auxiliares con la regla de Klein, y no existe multicolinealidad, el R^2 no es mayor al primer supuesto de regresión; otra manera de ver colinealidad que es a través del VIF, si este es más grande que 10 existe colinealidad, en este caso no existe ya que todos los valores salieron por debajo del valor ($DT=1.32$, $B=1.33$, $MF=1.04$)

RESULTADOS

Tal como se observa en la Tabla 1, se calcularon los estadísticos descriptivos para las dimensiones de cada variable. Con respecto a las dimensiones evaluadas por el EDI - 3, la dimensión con mayor puntaje promedio fue la de Miedo a la madurez (MF) y la de menor puntaje fue Bulimia (B).

Por otro lado, el puntaje obtenido en el EAT-26, se observa un puntaje promedio de 25.1 y una $DE = 9.61$, con valores que fluctúan en 0 y 54. Es así como se puede hipotetizar que los datos se encuentran ligeramente dispersos, lo que indicaría heterogeneidad en las respuestas de las participantes. Además, teniendo en cuenta el punto de corte del cuestionario (20) se podría indicar que, en la muestra evaluada, existe un riesgo a padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las dimensiones del EDI-3 y el EAT-26

Dimensión	Min	Max	M	DE	g1	g2	SW
EDI-3							
DT	.0	4	1.64	.68	.20	.67	.007
B	.0	3.33	1.50	.79	.04	.69	.005
BD	.0	3.67	1.60	.46	-0.05	2.10	<.001
II	.14	3.29	1.63	.54	.24	.01	.037
IA	.29	3.43	1.58	.66	.44	-.15	<.001.
LSE	.0	3.50	1.68	.77	-.10	-.37	.013
PE	.0	4	1.62	.85	.45	-.65	<.001
ED	.0	3.8	1.56	.90	.24	-.65	<.001
MF	.37	3.5	1.74	.66	.19	-.60	.003
PA	.0	3.71	1.68	.58	.05	.57	.101
AS	.0	3.71	1.56	0.90	0.20	-.85	<.001
ID	.33	3.89	1.67	.66	.38	.03	.006
EAT-26	.0	54.0	25.1	9.61	-.528	.478	<.001

Nota: DT = Obsesión por la delgadez, B = Bulimia, BD = Insatisfacción Corporal, II = Inseguridad Interpersonal, IA= Desconfianza interpersonal, LSE = Baja Autoestima PE = Perfeccionismo ED = Desajuste Emocional MF = Miedo a la Madurez PA = Alienación Personal, AS = Ascetismo ID = Déficits introspectivos

Análisis de normalidad

Al realizar el análisis de normalidad, empleando la prueba Shapiro Wilk, se obtuvo un puntaje $>.05$ en la dimensión Alineación personal (PA), siendo esta la única dimensión del EDI - 3 cuya distribución de datos se aproxima a la normalidad, pues las demás dimensiones obtienen puntajes $<.05$. (DT, B, BD, II, IA, L, SE, PE, ED, MF, AS, ID).

Del mismo modo, en cuanto al análisis de normalidad del EAT-26 al emplear la prueba Shapiro Wilk se obtuvo un resultado de $<.001$ lo cual indica que la distribución de datos no se aproxima a la normalidad.

Análisis correlacional

En la Tabla 2 se muestran los coeficientes de correlación de spearman entre las variables de estudio. En esta, las variables que muestran un mayor grado de correlación

son la Obsesión por la Delgadez (DT), Bulimia (B) y Ascetismo (AS). Cabe mencionar que, para el análisis correlacional se excluyeron las variables Insatisfacción Corporal (BD), Inseguridad Interpersonal (II) y Alienación Personal (PA) debido a que estas no presentaron un coeficiente de confiabilidad dentro de los valores aceptables.

Análisis predictivos

En cuanto a los análisis de regresión múltiple realizado entre la presencia de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y las variables Obsesión por la Delgadez (DT), Bulimia (B) y Miedo a la madurez (MF), se encuentra que todas ellas son importantes para predecir la presencia de TCA en la muestra, obteniéndose una significancia estadística menor de $.001$. Además, la inclusión de estas variables explica en un 19.1% la presencia de TCA. (Ver tabla 3).

Tabla 2. Matriz de correlaciones

VARIABLES	EAT	DT	B	IA	LSD	PE	ED	MF	AS	ID
EAT	-									
DT	.190**	-								
B	.216**	.454***	-							
IA	.105	.249**	.056	-						
LSE	.096	.191**	.267***	.402***	-					
PE	.032	.369***	.432***	.399***	.154*	-				
ED	.133*	.456***	.709***	.183**	.091	.671***	-			
MF	.154*	.131	.197**	.458***	.341***	.137*	.298***	-		
AS	.180**	.454***	.748***	.019	.161*	.476***	.723***	.457***	-	
ID	.041	.479***	.496***	.217**	.108	.546***	.679***	.220**	.480***	-

Nota: DT = Obsesión por la delgadez, B = Bulimia, BD = Insatisfacción Corporal, II = Inseguridad Interpersonal, LA = Desconfianza interpersonal, LSE = Baja Autoestima PE = Perfeccionismo ED = Desajuste Emocional MF = Miedo a la Madurez PA = Alienación Personal, AS = Ascetismo ID = Déficit introspectivos

*p < .05, **p < .01-

Tabla 3. Análisis de regresión

	EAT		Intervalo de Confianza				
	B	seB	β	p	Lower	Upper	
Constante	19.81	2.03	-	<.001			
DT	3.48	0.97	.252	<.001	0.113	0.3905	
B	3.33	0.92	.254	<.001	0.115	0.3924	
MF	-3.03	0.87	-.216	<.001	-0.338	-0.0930	
Model	R	R ²	Adjusted R ²	F	df1	df2	p
1	0.449	0.202	0.191	18.0	3	214	<.001

Nota: DT = Obsesión por la delgadez, B = Bulimia, MF = Miedo a la Madurez

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar los factores de riesgo que predicen la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en adolescentes mujeres de 12 a 18 años. En ese sentido, se encontró que los factores que predicen en mayor medida un TCA son la Obsesión por la delgadez (DT) y las Conductas bulímicas (B). Estos resultados pueden explicarse teniendo en consideración la etapa cronológica de las personas que formaron parte del estudio,

pues se sabe que durante la adolescencia existe una importante presión hacia la mujer para mantener una imagen corporal que esté dentro de los cánones establecidos socialmente. De este modo, la imagen corporal en la adolescente es motivo de preocupación y la no aceptación de esta puede favorecer a desarrollar insatisfacción corporal y dificultades relacionadas a ello (Duno & Acosta, 2019).

Así, el culto por la extrema delgadez, las conductas asociadas a la pérdida de peso, los ideales propios de la etapa de la adolescencia y trastornos asociados a ello,

se convierte en una constante durante esta etapa, pues el cuerpo y su valoración tienen un gran peso en la formación de la identidad adolescente (Salazar, 2008). Por ello, la presencia de factores de riesgo en TCA, se encuentran principalmente en adolescentes y adultas jóvenes de entre 12 y 25 años, pues las demandas sociales frente a la imagen adolescente predisponen a las personas a buscar un cuerpo ideal, llevándolas a conductas desadaptativas frente a su peso y alimentación e, incluso, a la obsesión por la delgadez (Amaya et al., 2017). Estos factores, se encuentran también en estudios anteriores como factores de riesgo a tener en cuenta en el desarrollo de un TCA, principalmente en mujeres entre los 18 y 25 años, con un deseo extremo de estar más delgadas, con preocupación por la alimentación e intenso temor a ganar peso (Escolar-Llamazares, 2017).

En relación con el primer factor mencionado como predictor de TCA, la Obsesión por la delgadez (DT), se encuentra que existe en los adolescentes una gran preocupación respecto de su peso corporal y su figura, lo que se ve aumentado en el caso de las mujeres. Esto trae como consecuencia la idealización de cuerpos delgados y la búsqueda de conductas que lo permitan, llevándolas a presentar una alta motivación e, incluso, obsesión por estar delgadas (Saffon & Saldarriaga, 2014). Así, dentro de todas las manifestaciones psicológicas y conductuales de los TCA, en estudios anteriores, la obsesión por la delgadez se perfila como el rasgo más específico y sensible para predecir la patología (Behar, 2012). En un estudio realizado por Hernández, et al (2012) se encontró que las participantes del mismo mostraron niveles significativos de obsesión por la delgadez. Estos datos son similares a los encontrados en otros estudios previos realizados con universitarios (Lameiras et al., 2003).

Por otro lado, en cuanto al segundo factor, Conductas bulímicas (B), se encuentra que, con el objetivo de tener un cuerpo delgado o que encaje en los patrones establecidos, las adolescentes se muestran motivadas a seguir dietas o conductas poco saludables respecto a la alimentación. de este modo, en estudios previos se encontró que las conductas bulímicas, asociadas a una ingesta desadaptativa representa un factor de riesgo para TCA, principalmente presentes en las mujeres y principalmente en las menores de 20 años (Camino, et al. 2017). Del mismo modo, las conductas extremas

para controlar el peso, como la inducción del vómito es un importante indicador de presencia de TCA y cuanto mayor sea su frecuencia, mayor es el riesgo de sufrir el trastorno y sus secuelas físicas (Garner, 2010). Igualmente, la frecuencia del uso de laxantes como forma de controlar el peso representa también un potencial indicador de TCA (Gómez, et al., 2010).

Finalmente, el último factor relevante Miedo a la madurez (MF), se encuentra que, pese a ser un factor que predice en menor medida la presencia de un TCA, no es menos importante, pues se asocia con características de la etapa cronológica por la que atraviesan las participantes. Esto se debe a que hace referencia al deseo de regresar a la seguridad de los años antes de la adolescencia, debido a las abrumadoras demandas de la futura adultez. Esto trae como consecuencia evadir enfrentarse a los conflictos inherentes de la etapa adolescente, en algunos casos debido a un deseo por volver a una etapa de la vida que dota de seguridad y, en otros, la evitación de los cambios corporales y hormonales propios de la adolescencia y adultez para lo cual las dietas y la pérdida de peso solucionarían este miedo o rechazo a madurar. (Laporta et al., 2018). Por ello, la evidencia actual ha demostrado una importante relación entre el miedo a la madurez y la presencia de TCA, principalmente, en Anorexia Nerviosa (Behar, 2012; Carretero et al., 2009).

CONCLUSIONES

En conclusión. se encontraron 3 principales factores de riesgo que pueden predecir futuros TCA en adolescentes mujeres de 12 a 18 años, tales como Obsesión por la delgadez (DT), Conductas bulímicas (B) y Miedo a la madurez (MF). Las tres primeras predicen en mayor medida la aparición de TCA. De este modo, la DT se encontró relacionada con una gran preocupación de las adolescentes respecto de su peso corporal y su figura. Asimismo, la B se presenta debido a la necesidad de tener un cuerpo delgado, lo que motiva a las adolescentes a seguir dietas o conductas poco saludables respecto a la alimentación.

Finalmente, el MF, surge como una forma de evasión de los conflictos inherentes de la etapa adolescente, con un deseo por volver a una etapa de la vida que dota de

seguridad y como evitación de los cambios corporales y hormonales que se producen en esta etapa. Todos estos hallazgos, en suma, se relacionan con situaciones propias de la edad evolutiva de este colectivo y los desafíos que enfrentan a nivel social y personal, las herramientas o recursos que permiten afrontarlos, así como la influencia que ejercen diversos factores externos e internos. Por ello, el poder abordar estos factores ayudará a tomar acciones tempranas para prevenir futuros TCA en adolescentes.

REFERENCIAS

- Amaya-Hernández, A., Alvarez-Rayón, G., Ortega-Luyando, M. & Mancilla-Díaz, J. M. (2017). Peer influence in preadolescents and adolescents: A predictor of body dissatisfaction and disordered eating behaviors. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 31- 39. Universidad Nacional Autónoma de México. doi: 10.1016/j.rmta.2016.12.001
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM - 5).
- Ato, M., López, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038 - 1059. doi: 10.6018/analesps.29.3.178511
- 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(1), 287 - 294. doi: 10.1007/s00787-004-0407-x
- Behar, R. (2012). Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nerviosa. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(2), 106-118.
- Camino, M., Martínez, M., González, M., Mediana, M. Mercado, E. & Lara, F. (2017). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 105 - 112.
- Castelao-Navala, O., Blanco-Fernández A., Meseguer-Barros C., Thuissard-Vasallo, I., Cerda, B. & Larrosa M. (2018). Estilo de vida y riesgo de trastorno alimentario atípico en estudiantes universitarios: realidad versus percepción. *Enfermería Clínica*, 29(5), 280 - 290. doi: 10.1016/j.enfcli.2018.03.002
- Carretero, A., Sánchez, L., Rusiñol, J., Raich, R., Sánchez, D. (2009). Relevancia de Factores de Riesgo, Psicopatología Alimentaria, Insatisfacción Corporal y Funcionamiento Psicológico en Pacientes con TCA. *Scielo*, 20(2), 145 - 157.
- Constaín G., Ricardo C., Rodríguez-Gázquez M., Álvarez M., Marín C. & Agudelo, C. (2013). Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Atención Primaria*, 46(6), 283 - 289.
- Contreras, M.L., Morán, J., Frez, S., Lagos, C. Paz, M., Pinto, M. & Suzarte, A. (2015). Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(2), 97 - 102. doi: 10.1016/j.aprim.2013.11.009
- Domiguez-Lara, S. Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educ Med*. 2017 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301390?via%3Dihub>
- Duno, M. & Acosta, E. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes universitarios. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(4), 545 - 553. doi: 10.4067/S0717-75182019000500545
- Escolar-Llamazares, M., Martínez, M., González A., Medina G., Mercado V., & Lara O. (2017). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8 (2), 105 - 112.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Davies, B. A. (2005). Identifying dieters who will develop an eating disorder: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2249 - 2255. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2249
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2022. El sobrepeso en la niñez: Un llamado para la prevención en América Latina y el Caribe <https://www.unicef.org/lac/informes/el-sobrepeso-en-la-ninez>
- Gabler, G., Olguín, P., & Rodríguez, A. (2017). Complicaciones médicas de los Trastornos de Conducta Alimentaria. *Rev. Med. Clin. Condes*, 28(6), 893 - 900.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(1), 122 - 130. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00298.x
- Gismero, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33 - 47. doi: 10.33898/rdp.v31i115.354
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(1), 122 - 130. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00298.x
- Gómez, R., Gómez, R., Díaz, A., Fortea, M., & Salorio, P. (2010). Prevalencia de los trastornos de alimentación en una

- muestra universitaria: Ansiedad como factor de modulación. *Index de Enfermería*, 19(2), 124 - 128.
- González, A., Kohn, M. R. y Clarke, S. D. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician*, 36(8), 614 - 619
- González-Carrascosa, R., García-Segovia, P. y Martínez-Monzó, J. (2013). Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(1), 45 - 59. doi: 10.5944/rppc.vol.18.num.1.2013.12762
- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M. & Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1148 - 1155. doi: 10.3305/nh.2012.27.4.5829
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana Editores. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/02/Gu%C3%ADa-b%C3%A1sica-para-la-elaboraci%C3%B3n-de-TFG.-Modalidad-Proyecto-de-Graduaci%C3%B3n.pdf>
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 23 - 33.
- Laporta-Herrero, I., Delgado, M., Rebollar, S., & Lahuerta, C. (2020). El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *European Journal of Health Research*, 6(1), 97 - 101. doi: 10.30552/ejhr.v6i1.205
- Lazo, Y., Quenaya, A. & Mayta, P. (2015). Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú. *Pediatr*, 113(6), 519 - 525. doi: 10.5546/aap.2015.519
- Lizana-Calderón, P., Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, J., Alvarado, J. & Compte, E. (2022). Psychometric Properties of the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) in Chilean Youth. *Frontiers in Psychology*, 13(1), 1 - 8. doi: 10.3389/fpsyg.2022.806563
- López, C., & Treasure J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista de Medicina Clínica Condes*, 22(1), 85 - 97.
- Losada, A., & Rodríguez, E. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. *Ajayu*, 17(1), 189-210.
- Maganto, C. (2011). *Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria*. InfocopOnline. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=3436
- Marcen, J. (2021). *Guía de prevención de los trastornos de conducta alimentaria y sobrepeso*. Gobierno de Cantabria. <https://up-pe.libguides.com/c.php?g=1043492&p=7612751#s-lg-box-24177353>
- Palomino-Floreano, A., & Reyes-Bossio, M. (2023). Body Shape Questionnaire (BSQ) in young university metropolitan Lima: Initial Evidence of Validity and Reliability. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios*, 13 (1), 58-70. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.1.641>
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (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*, 71, 33 - 41.
- Pérez, A. (2018). Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46697/1/T39643.pdf>
- Ponce, C., Turpo, K., Salazar, C. Viteri, L., Carhuanchó, J. & Taype, A. (2017). Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 551-561.
- Barry, P. & Reardon, T. (2018). Obesity and food system transformation in Latin America. *Obesity Reviews* 19(8): 1028-1064
- Prieto, G. & Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74.
- Reyes-Rodriguez, L.(2022). *Factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria*. NEDA Feeding Hope virtual. <https://www.nationaleatingdisorders.org/factores-de-riesgo-para-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>.
- Rohde, P., Stice, E. y Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187 - 198. doi: 10.1002/eat.22270
- Rutzstein, G., Leonardelli, E., Scappatura, M. L., Murawski, B., Elizathe, L., y Maglio, A. L. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios - 3 (EDI - 3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 1 - 14.
- Saffon, S. & Saldarriaga, R. (2014). La internalización del ideal de delgadez: factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 75 - 90.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87(2), 67 - 80.
- Tinahones, F. (2003). *Anorexia y bulimia: una experiencia clínica*. Ediciones Díaz de Santos.
- Yeo, M. H. y Hughes, E. (2011). Eating disorders: Early identification in general practice. *Australian Family Physician*, 40(3), 108 - 111.