



Universidad Austral  
Facultad de Ciencias Biomédicas  
Carrera Licenciatura en Nutrición

## TRABAJO INTEGRADOR FINAL

# **Características psicológicas y comportamentales relacionadas con trastornos alimenticios en los médicos residentes del Hospital Universitario Austral en el año 2024. Estudio observacional**

**Autora:**

Valentina Del Giudice

**Tutora:**

Mgt. Regina Carbajal

**Tutora en metodología de la investigación:**

Dra. Natalia Elorriaga

Mgt. Regina Carbajal

**Año: 2024**



## Contenido

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>Antecedentes</b> .....	7
<b>Características psicológicas y comportamentales en los trastornos de la conducta alimentaria: Etiología, factores de riesgo, desencadenantes y mantenedores</b> .....	8
<b>Conducta ingestiva humana</b> .....	10
<b>EVALUACIÓN EN TCA: Clasificación, diagnóstico y detección</b> .....	19
<b>Clasificación y diagnóstico</b> .....	19
<b>Anorexia Nerviosa</b> .....	19
<b>Bulimia nerviosa</b> .....	20
<b>Trastornos Alimentarios No Especificados</b> .....	21
<b>Detección</b> .....	22
<b>Objetivos</b> .....	26
<b>Objetivo primario</b> .....	26
<b>Objetivo secundario</b> .....	26
<b>Valor Social</b> .....	26
<b>Materiales y método</b> .....	27
<b>Diseño</b> .....	27
<b>Universo y muestra de estudio</b> .....	27
<b>Criterios de inclusión</b> .....	28
<b>Criterios de exclusión</b> .....	28
<b>Métodos para la recolección de datos y sus instrumentos</b> .....	28
<b>Instrumento</b> .....	29
<b>Variables</b> .....	33
<b>De interés</b> .....	33
<b>Características psicológicas y comportamentales</b> .....	33
<b>Variables de caracterización</b> .....	36
<b>Plan de contención</b> .....	36
<b>Análisis de los datos</b> .....	37
<b>Resultados</b> .....	39



<b>Discusión</b> .....	47
<b>Sesgos potenciales y limitaciones</b> .....	48
<b>Conclusión</b> .....	51
<b>Declaración de conflicto de interés</b> .....	53
<b>Financiamiento</b> .....	53
<b>Agradecimientos</b> .....	54
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	55
<b>ANEXO I</b> .....	59

## RESUMEN

**Características psicológicas y comportamentales relacionadas con trastornos alimenticios en los médicos residentes del Hospital Universitario Austral en el año 2024. Estudio observacional.**

**Del Giudice Valentina, Carbajal Regina, Elorriaga Natalia**

**Carrera de Nutrición, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral**

**Antecedentes:** los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones graves del comportamiento alimentario que de forma progresiva van cobrando incidencia y son un problema a nivel global. Son patologías neuropsicobiológicas y hay una mayor incidencia en mujeres jóvenes. Un trastorno de la conducta alimentaria puede traer múltiples complicaciones, siendo algunas de ellas mortales. La detección precoz es la mejor estrategia para prevenir el desarrollo y la cronicidad de los TCA.

**Objetivos:** describir las características psicológicas y comportamentales relacionadas con trastornos alimenticios en los médicos residentes del Hospital Universitario Austral de la localidad de Pilar, Buenos Aires, Argentina en el año 2024.

**Materiales y método:** estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se utilizó el cuestionario ICA (Inventario de Conductas alimentarias), la versión validada para la población Argentina del EDI-2 (Eating Disorder Inventory o Inventario de Desórdenes Alimenticios en español). Los participantes completaron el cuestionario mediante un google forms y previo a su acceso dieron su consentimiento informado por escrito. El ICA posee una escala de cuatro puntos “Siempre o casi siempre”, “Generalmente”, “Algunas veces” y “Nunca o casi nunca”. El puntaje de las respuestas se realizó de manera manual y una vez obtenido el puntaje bruto de cada dimensión, se transformaron en percentiles utilizando la tabla “Conversión de puntajes brutos a percentiles”. Aquellas características cuyo percentil sea igual o mayor a 90, presentan una sintomatología significativa.

**Resultados:** se ha encontrado que de las 11 variables presentes en el cuestionario ICA, en 8 de ellas las mujeres han presentado un número mayor en el percentil mayor a 90, presentando una sintomatología mayor en 8 variables en comparación con los

hombres. Por otro lado, de las otras variables restantes, se encuentran igualados los hombres y las mujeres en la cantidad de personas que superan el percentil 90.

**Conclusión:** las mujeres presentan una sintomatología significativa en 8 variables en comparación con los hombres y en las variables restantes el número de participantes que superan el percentil 90 es igual en hombres y en mujeres. Como es un estudio descriptivo en el cual se analizan las características obtenidas en el cuestionario, no podemos garantizar que las personas que posean sintomatología significativa presenten un TCA. Por ello, se realizó el plan de contención, poniéndonos en contacto con aquellos participantes cuyos resultados dieron una sintomatología significativa, pudiendo haberse beneficiado. Este estudio también sirvió para visibilizar y prevenir en esta población posibles casos de TCA.

**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria, EDI-2, ICA, médicos residentes, Argentina.

## ABSTRACT

**Psychological and behavioral characteristics related to eating disorders in medical residents at the Austral University Hospital in the year 2024. Observational study.**

**Del Giudice Valentina, Carbajal Regina, Elorriaga Natalia**

**Carrera de Nutrición, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral**

**Background:** eating disorders (ED) are serious eating behavior disorders that are progressively gaining incidence and are a global problem. They are neuropsychobiological pathologies and there is a higher incidence in young women. An Eating disorders can lead to multiple complications, some of which can be fatal. Early detection is the best strategy to prevent the development and chronicity of ED.

**Objective:** to describe the psychological and behavioral characteristics related to eating disorders in medical residents of the Hospital Universitario Austral of Pilar, Buenos Aires, Argentina in the year 2024.

**Materials and method:** cross-sectional descriptive observational study. The ICA questionnaire (Eating Behavior Inventory), the validated version for the Argentine population of the EDI-2 (Eating Disorder Inventory), was used. The participants completed the questionnaire using google forms and prior to accessing the questionnaire gave their written informed consent. The ICA has a four-point scale “Always or almost always”, “Usually”, “Sometimes” and “Never or almost never”. The scoring of the responses was done manually and once the raw scores for each dimension were obtained, they were transformed into percentiles using the table “Conversion of raw scores to percentiles”. Those characteristics whose percentile is equal to or greater than 90 present significant symptomatology.

**Results:** it was found that of the 11 variables present in the ICA questionnaire, in 8 of them women presented a higher number in the percentile, greater than 90, presenting greater symptomatology in 8 variables compared to men. On the other hand, of the other remaining variables, men and women are equal in the number of people above the 90th percentile.

**Conclusion:** women present significant symptomatology in 8 variables compared to men and in the remaining variables the number of participants above the 90th percentile is equal in men and women. As this is a descriptive study in which the characteristics obtained in the questionnaire are analyzed, we cannot guarantee that people with significant symptomatology present an ED. Therefore, the containment plan was carried out, contacting those participants whose results showed significant symptomatology and who could have benefited from it. This study also served to make visible and prevent possible cases of ED in this population.

**Key words:** eating disorders, EDI-2, ICA, medical residents, Argentina.

## INTRODUCCIÓN

### Antecedentes:

Los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones graves del comportamiento alimentario que de forma progresiva van cobrando incidencia. Son patologías neuropsicobiológicas y hay una mayor incidencia en mujeres jóvenes (1,2). Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema global, afectando a todas las etnias, culturas y grupos socioeconómicos(3). En Argentina se cuenta con datos sobre la población que se considera de riesgo, los adolescentes, mientras que el dato sobre la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adultos se desconoce por falta de encuestas en el país.

En Argentina en el año 2008 se sancionó la Ley 26.396 por el Congreso de la Nación. En ella se declara la prevención y el control de los trastornos alimentarios como temas de "interés nacional". En esta ley se entiende por trastornos alimentarios a los efectos de esta ley "a la obesidad, a la bulimia y a la anorexia nerviosa, y a las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia"(4).

Un trastorno de la conducta alimentaria puede traer múltiples complicaciones, siendo algunas de ellas mortales. La duración/cronicidad de los trastornos de la conducta alimentaria al igual que la gravedad del mismo van a aumentar las probabilidades que aparezcan complicaciones.

Algunas de las complicaciones que podemos observar son problemas de salud, depresión y ansiedad, pensamientos o conductas suicidas, autolesiones, problemas sociales, consumo de sustancias, problemas laborales y la muerte(5).

## **Características psicológicas y comportamentales en los trastornos de la conducta alimentaria: Etiología, factores de riesgo, desencadenantes y mantenedores**

Los trastornos de la conducta alimentaria no tienen una única causa. Según la investigación realizada por Lameiras Fernández, Calado Otero, Rodríguez Castro y Fernández Prieto, la etiología de los TCA es de origen multicausal, considerando conductas de riesgo a la preocupación por la figura y el seguimiento de dietas para adelgazar (6).

A su vez, hay varios factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de un TCA. Algunos de los factores de riesgo descritos por Levine y Smolak son:

- Predisponentes genéticos
- La presión social por estar delgado
- La interiorización del modelo estético delgado
- La dieta restrictiva
- La insatisfacción corporal
- Sobrepeso
- Historial de burlas relacionadas con la apariencia física por parte de los pares y/o progenitores
- Baja autoestima
- Afecto negativo
- Perfeccionismo (7,8)

Otros factores de riesgo identificados por Rava y Silber son:

- estrés postraumático
- enfermedades crónicas
- alteraciones psiquiátricas de los padres
- patología psiquiátrica previa
- participación en actividades o deportes con un estricto control del peso, donde se hace énfasis en la delgadez (9)



Luego tenemos los factores desencadenantes o también llamados factores “gatillo” que son aquellos que en alguna persona vulnerable, lo precipitan al TCA. Estos son:

- Estresores (Abuso sexual infantil, divorcio parental, accidente, mudanza, estrés del cuidador)
- Dietas/prácticas de control de peso restrictivas
- Situaciones típicas de ciclo vital (Pérdida de abuelos, salidas)
- Maduración temprana o menarquía temprana

Una vez presente el TCA, los factores de mantenimiento se encargan de sostenerlo. Aquí podemos encontrar los siguientes factores:

- Conductas purgativas
- Ayunos prolongados
- Rasgos de personalidad
- Consecuencias físicas y anímicas
- Dificultad en el manejo de conflictos
- Red social escasa (actitudes de familiares y de amigos)

Estos tres factores se combinan entre sí y de su interacción surge el TCA. No todos los casos son iguales y por esta razón hay que evaluar de manera individual como es que se desarrolló el TCA y cómo es que se mantiene (10).

Evaluando el estilo de vida de los residentes médicos, se conoce que tienen niveles de estrés superiores a la población general debido a diferentes factores (como por ejemplo, sobrecarga de trabajo, falta de sueño, quejas de los pacientes, conocimientos médicos insuficientes, competitividad entre compañeros, incertidumbre, entre otros) y esto también puede llevar a una mala alimentación y/o largos períodos de ayuno. Teniendo en cuenta que se pueden ver afectados los sistemas de la conducta ingestiva humana (el homeostático y el de estrés) y sumando los factores de riesgo (nombrados y explicados anteriormente), se puede generar un trastorno de la conducta alimentaria (11,12).

## Conducta ingestiva humana

La conducta ingestiva humana se refiere al conjunto de comportamientos y acciones relacionados con la ingesta de alimentos. Se construye en el inicio de la vida. Durante el embarazo, el bebé puede apreciar sabores a través de la deglución del líquido amniótico y luego esa conducta ingestiva humana va modelando con la familia, las tradiciones, la cultura y el mercado. Se conforma de 5 variables o sistemas:

- Sistema homeostático
- Sistema de recompensa
- Sistema de funciones ejecutivas
- Sistema estrés y emociones
- Sistema social- cultural

La función principal de la conducta ingestiva humana es la supervivencia, nutrirnos. La nutrición genera un gasto calórico al igual que otras funciones esenciales del cuerpo humano como por ejemplo la contracción muscular, la reparación de tejidos, la respiración, entre otras.

El organismo al detectar que disminuyen los niveles necesarios de calorías que necesita, envía una sensación corporal llamada “Hambre”. La sensación del hambre es un registro propioceptivo que se genera cuando los niveles de glucosa o lípidos se encuentran disminuidos en nuestro cerebro. Esta conducta ingestiva humana se orienta en la búsqueda de alimento para la supervivencia, desde el punto de vista fisiológico.

A pesar de que el acto de comer es un comportamiento relacionado con la supervivencia, se encuentra afectado por otras funciones del ser humano como son las biológicas, las psicológicas, las sociales y las culturales.

La alimentación también tiene otras funciones importantes además de brindarle a nuestro organismo los nutrientes necesarios, como por ejemplo socializar, obtener placer y regular los estados emocionales (incluido el estrés).

El sistema social y cultural es el principal determinante de la alimentación y en él se encuentran 3 subsistemas entrelazados entre sí que son:

1. El sistema homeostático de balance de energía. Toda vez que disminuye la disponibilidad de calorías, este sistema se activa para dirigir nuestra búsqueda de comida.
2. El sistema hedónico o de recompensa. Siempre que sea posible, tendemos a la búsqueda de placer. Deseamos aquellas cosas que nos harán disfrutar.
3. El sistema que regula las emociones y el estrés.

Para comprender bien cómo funciona el sistema homeostático, debemos tener en cuenta que el acto de comer está regulado por redes cerebrales, cuyas conexiones con las diferentes regiones del cerebro generan la liberación de neurotransmisores. El núcleo arcuato es un punto del cerebro que es capaz de percibir cambios en la concentración de hormonas y de nutrientes en la sangre. El acto de comer comienza con los receptores sensoriales, cuando se percibe el gusto, el olor y la textura de los diferentes alimentos. Cuando se ingieren alimentos, estos pasan al tracto digestivo, el cual se encarga de degradar los alimentos y transformarlos mediante procesos tanto químicos como mecánicos. A su vez, se activan señales nerviosas y se produce una secreción de hormonas que informan al cerebro acerca de la nueva disponibilidad de calorías y nutrientes. También se encuentran dos factores, los orexigénicos (que incrementan el hambre) y los anorexigénicos (que disminuyen el hambre), los cuales se producen como consecuencia de la situación nutricional y metabólica del organismo.

Por otro lado tenemos el sistema de estrés, el cuál reacciona ante cualquier estímulo que amenace nuestro equilibrio. Cuando nos encontramos en situaciones estresantes o desestabilizantes, se incrementa la secreción de una hormona llamada cortisol, también conocida como la hormona del estrés. Esta hormona afecta de manera negativa al cerebro, al metabolismo y al sistema digestivo y cardiovascular. Aquí entran en juego los alimentos, que son una de las sustancias que ayudan a reducir el cortisol. Por esta razón, muchas personas comen cuando sufren de ansiedad, no buscan la

comida por hambre ni por necesidad, sino lo que buscan es disminuir los niveles de cortisol y dopamina. Esta última regula el sistema de recompensa, sistema que también está presente como variable de la conducta ingestiva humana.

El cortisol también se encuentra aumentado cuando se expone al organismo a dietas extremas o ayunos prolongados, donde disminuye la concentración de leptina y de insulina. El metabolismo del ayuno va evolucionando a medida que se prolonga en el tiempo. Los primeros días en donde se expone al organismo al ayuno, este realiza cambios metabólicos adaptativos. Cuando el ayuno se prolonga en el tiempo, el organismo deja de realizar la glucogenólisis y aumenta la lipólisis y cetogénesis. A su vez, al principio el cerebro utiliza la glucosa disponible y cuando la misma se agota, comienza a utilizar cuerpos cetónicos para su funcionamiento (13).

Del mismo modo, la privación de nutrientes y energía al organismo trae consecuencias en los diferentes órganos, en donde se produce la atrofia de los mismos y por ende, disminuye su capacidad funcional (14).

El sistema de recompensa ha evolucionado para que podamos repetir aquellos comportamientos que aumentan los niveles de dopamina, la mensajera del placer. Sin esta hormona, no seríamos capaces de abandonar una actividad irrelevante para comenzar otra importante, o viceversa. La comida o alimentarnos, la cual es una conducta primaria de supervivencia, es una de las cosas que aumentan la dopamina. Los hombres han inventado otras recompensas no naturales para activar el sistema de recompensa y así liberar dopamina (el dinero, las drogas, el alcohol, el cigarrillo, las compras, entre otros). Siempre buscamos aquello que nos da placer pero primero se evalúa el trabajo que estamos dispuestos a hacer para obtener aquel objeto de placer. La preferencia disminuye a medida que aumenta el esfuerzo necesario para obtenerla.

La disminución de dopamina disminuye la motivación. En la anorexia nerviosa, los niveles de esa hormona son muy bajos. La característica constitutiva de los anoréxicos es la anhedonia, el deseo de nada; tampoco de comida. Al comer poco, se reduce la presencia de dopamina y al tener una concentración baja de dopamina, no comen.

Por otro lado, al repetir muchas veces un estímulo que nos da placer, los niveles de dopamina permanecen estables y el deseo se atenúa (15).

Todos los sistemas se encuentran influenciados entre sí y de esta manera determinará cómo, cuándo, cuánto y qué comemos (8,15).

## **Deseo de adelgazar**

El deseo de adelgazar está fuertemente relacionado a la insatisfacción corporal. Hoy en día hay una imposición de un modelo estético de extrema delgadez el cual transmite el mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de belleza y éxito (16), contribuyendo en el aumento de la preocupación por el peso corporal y a adoptar conductas que tienen como finalidad perder peso y/o modificar el cuerpo. Esta imposición del modelo de delgadez se relaciona con el miedo y el estigma de la obesidad. Lo que lleva a relacionar a las personas obesas con falta de voluntad y de carácter, considerándolas poco atractivas y responsables de su exceso de peso (17).

## **Insatisfacción corporal**

La insatisfacción corporal va de la mano de la imagen corporal que cada uno tenga de uno mismo. La imagen corporal consiste en la representación mental que la persona construye y percibe de su propio cuerpo. Esta construcción se realiza en base a una historia psicosocial de las personas, y depende del autoconcepto y la autoestima de cada individuo, por lo que se considera móvil y variable durante la vida (18).

Hay que tener en cuenta que la familia es quien nos enseña desde la infancia cuál es la manera en que debemos actuar, qué es lo que se considera estético, cuál el significado de belleza y de fealdad. Si se festejan ciertos aspectos o atributos físicos, afectarán en la imagen corporal el día de mañana. Pudiendo generar una disconformidad con su físico (19).

Una imagen corporal distorsionada puede tener importantes efectos para la salud, a nivel físico, mental, social y alimentario como, por ejemplo, una alimentación desequilibrada, trastornos de estado de ánimo o trastornos de conducta alimentaria (18).

Como se ha dicho, todo comienza desde la familia pero no solamente es ella quien influye en la percepción que tengamos de nosotros mismos. Hoy en día las redes sociales tienen un fuerte impacto en la imagen corporal de los adolescentes y de los jóvenes adultos. Allí se pueden encontrar contenidos relacionados con el cuerpo que pueden influir en los adolescentes llevándolos a obsesionarse con su apariencia y con las fotos que publican (20).

Desde edades tempranas, especialmente en las mujeres, su cuerpo es observado, comentado y evaluado por los demás, de ello habla la teoría de la cosificación que se refiere a valorar a una persona como un objeto, atendiendo a su cuerpo y fijándose en su atractivo físico y sexual, en lugar de otras características de la persona. La mujer interioriza este tipo de mensajes, pudiendo tener repercusiones importantes en su imagen corporal y la salud mental (21).

No sólo las mujeres sienten esta presión social sino que también los hombres, y esto lleva a que quieran mostrar aquella imagen que la sociedad considera aceptada/adecuada.

Las redes sociales y los medios de comunicación desarrollan un papel fundamental en la cosificación, pudiendo tener un impacto significativo en la autoestima, satisfacción corporal y el bienestar psicológico (22,23).

En las redes sociales se promociona el uso de efectos y el uso de herramientas de edición de imágenes y videos. Esto logra que las imágenes o videos que se observan puedan estar alteradas, haciendo que las personas aspiren a cuerpos que no son

reales, cuerpos hegemónicos y hasta a veces poco saludables, pudiendo así aumentar la insatisfacción corporal, disminuir la autoestima y pudiendo presentar síntomas de ansiedad o depresión (22).

## **Ineficacia**

Hilde Bruch, pionera en la comprensión descriptiva de los TCA, decía que aquellas personas que padecían de trastornos de la conducta alimentaria tenían un pensamiento paralizante de ineficacia. Los pacientes aparentan ser sumamente desafiantes y excesivamente independientes. No reconocen sus logros y talentos (23).

A su vez, los sentimientos de ineficacia personal se encuentran significativamente asociados con la severidad de la enfermedad (24).

## **Perfeccionismo**

El perfeccionismo es una característica de personalidad típica en las personas que sufren de trastornos de la conducta alimentaria y se caracteriza por establecer metas personales inalcanzables, hacer énfasis excesivo en la precisión y la organización, evaluar de manera inadecuada los logros individuales y considerar que no se cubren las expectativas de las otras personas. Es una característica tan relevante en los trastornos de la conducta alimentaria que se ha investigado de manera individual, dando a conocer que el perfeccionismo y la insatisfacción corporal son suficientes para que las personas con este trastorno puedan controlar su peso y su alimentación (16,25).

El perfeccionismo favorece a la baja autoestima, la evaluación comparativa de la apariencia y una mayor motivación por la delgadez (25,26).

## **Desconfianza e inseguridad social**

En los TCA, los problemas sociales, aprensiones, incertidumbres e inseguridad, conjuntamente con la desconfianza general en las relaciones, son parte de sus manifestaciones psicopatológicas y conductuales. Ya sea por causa o efecto, los vínculos al deteriorarse desencadenan o perpetúan los TCA.

Una investigación detectó una asociación entre problemas interpersonales con síntomas nucleares de los TCA, mientras que la incapacidad de establecer relaciones cercanas y de ser asertiva, la incomodidad que conlleva la ansiedad social, y la tendencia al sacrificio personal, se relacionaron positivamente con el desajuste psicológico general.

Las pacientes con TCA, habitualmente exhiben un estilo interpersonal amigable, aunque sumiso y poco asertivo, evitando expresar sentimientos propios y priorizando los ajenos; pero las bulímicas muestran más desconfianza interpersonal, interacciones negativas y conflictividad (27).

## **Alexitimia**

La alexitimia es la dificultad para identificar, describir y discriminar sentimientos y sensaciones corporales. Las pacientes bulímicas presentan mayores dificultades para reconocer sentimientos y las pacientes anoréxicas para describirlos (27).

## **Miedo a crecer**

En 1983 Garner, Olmstead y Polivy definieron el miedo a crecer en la subescala del EDI como el deseo de regresar a la seguridad de los años de la pre-adolescencia, lo que les permite evadirse de la confusión, los conflictos y las expectativas de desarrollo asociadas a la adultez.



La imagen corporal que es temida representa un estado de inmadurez psicosexual. La anorexia nerviosa sería un intento de manejar intensos temores que implica la madurez psicobiológica. El hacer dieta y la "fobia ponderal" tiene el efecto físico de una regresión a un estado prepuberal, acompañándose de un rechazo activo del rol sexual adulto. El restringir la dieta y la inanición consecuente se transforman en mecanismos mediante los cuales se retorna a una apariencia, estado hormonal y experiencia pre-pubescentes.

Existe la creencia de que las obligaciones y las exigencias de ser adulto son demasiado grandes y de que la infancia es el periodo más feliz en la vida de una persona. Estos resultados ponen de manifiesto la incapacidad de aceptación de la madurez psicosexual y de la futura adultez, lo que se manifiesta en miedo a los cambios psicológicos, sociales y biológicos asociados con un peso de adulto.

Característicamente las personas que padecen de anorexia se muestran confusas acerca de sus sensaciones y funciones corporales. Para ellas, los cambios de la pubescencia, el incremento en la talla, silueta y peso, el flujo menstrual, y nuevos y perturbadores impulsos sexuales, representan un peligroso desafío para el cual no están preparadas, enfrentándolas al escaso control que poseen. La frenética preocupación ponderal es un intento de contrarrestar este temor de pérdida de control, siendo la dieta rígida la dimensión por medio de la cual intentan recuperarlo (28,29).

## **Ascetismo**

Durante la etapa de la adolescencia uno de los principales mecanismos de defensa utilizados para responder a las dificultades propias de esta etapa es la aceptación de grandes ideales y la renuncia a los placeres corporales. En ese sentido, es posible que esta renuncia se asocie con privarse de la comida como una negación a lo placentero. Es así como el concepto de ascetismo ha estado históricamente vinculado a factores para el desarrollo de la anorexia, como una connotación patológica en TCA, pues exagera las manifestaciones sintomatológicas y determina un peor pronóstico de la

patología. En algunas personas, las restricciones que presentan sobre la comida o los hábitos poco saludables que van configurando en torno a ella, también están motivadas por otros procesos psicológicos como el ascetismo o el deseo de castigarse ellas mismas.

Un estudio realizado en el 2022 por Ramirez, encontró que los adolescentes que contemplan mayor número de conductas de ascetismo, en un futuro, podrían presentar TCA. (30)

## **Impulsividad**

La impulsividad es un rasgo de personalidad relacionado con el control de la conducta y de las emociones y que se observa en diferentes alteraciones psicopatológicas, entre ellas los trastornos de la conducta alimentaria. No obstante, la base neurobiológica de esta vinculación no es bien conocida. La impulsividad se caracteriza por la realización de acciones rápidas y no planeadas en respuesta a estímulos (internos o externos) a pesar de las consecuencias negativas que puedan tener tanto para el sujeto impulsivo como para los demás.

La impulsividad se ha ligado a los TCA en el sentido, por ejemplo, de afectar a la capacidad atencional. También se ha señalado que en la anorexia nerviosa de tipo purgativo y en la bulimia nerviosa habría mayores niveles de impulsividad relacionada con la actividad motora y que en la bulimia habría una mayor tendencia a actuar de forma imprudente e incluso de forma peligrosa. De hecho, la impulsividad es un constructo multidimensional que implica aspectos cognitivos (planeamiento), atencionales y conductuales. Por ello, distintos componentes podrían estar asociados positiva o negativamente a distintas alteraciones alimentarias (31).

## **EVALUACIÓN EN TCA: Clasificación, diagnóstico y detección**

### **Clasificación y diagnóstico**

#### **Anorexia Nerviosa**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), clasifica a la anorexia nerviosa como una restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. En estos pacientes también se observa un intenso temor a ganar peso o a engordar, temor que persiste o incluso se incrementa a pesar de que el peso corporal disminuye.

Aquellas personas que sufren este trastorno tienen una alteración en la forma en que perciben su peso o constitución corporal, una influencia impropia del peso. Tienen una falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual. Por este motivo, suelen pesarse constantemente, mirarse al espejo y/o medirse algunas partes del cuerpo de manera obsesiva.

La anorexia nerviosa puede ser de dos tipos:

- Tipo restrictivo: No ha habido atracones en los últimos meses, la pérdida de peso se debe a dieta/restricción, ayuno o ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones o purgas: Atracones o purgas recurrentes en los últimos 3 meses (vómito auto-provocado, utilización incorrecta de laxantes, enemas, diuréticos).

También se debe especificar si el trastorno se encuentra en:

- Remisión parcial: Cuando luego de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa y el criterio de peso corporal bajo no se ha cumplido durante un período de tiempo continuo, pero todavía persiste el miedo intenso a engordar o algún comportamiento que interfiera en el aumento de peso o la alteración del peso y la constitución.

- Remisión total: Luego de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios pero ninguno de los criterios ninguno se ha cumplido durante un período de tiempo continuo.

La gravedad de la anorexia nerviosa se mide a través del IMC (Índice de Masa Corporal), cuyos límites derivan de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos. Mientras menor sea el IMC, se verán más síntomas clínicos, mayor discapacidad funcional y mayor necesidad de supervisión.

Los grados de gravedad son:

- Leve:  $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado:  $IMC 16- 16.99 \text{ kg/m}^2$
- Grave:  $IMC 15- 15.99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo:  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$  (32)

## **Bulimia nerviosa**

Por otro lado, tenemos a la bulimia nerviosa que según el DSM-5 son episodios recurrentes de atracones que se caracterizan por: ingestión, en un periodo determinado (dentro de un periodo cualquiera de 2 horas), 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. Presentan una sensación de falta de control sobre lo que se ingiere en el episodio (aquella sensación de que no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). Una de las características que diferencian este trastorno de la anorexia nerviosa es que estos pacientes se encuentran normalmente dentro del rango de peso considerado normal.

La bulimia nerviosa puede tener comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso. El método más habitual para compensar la cantidad de alimento ingerido en los atracones es la provocación del vómito. Además del vómito, existen otras conductas de purga como puede ser el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno de varias horas o días, o el ejercicio excesivo.

Se debe especificar si el trastorno se encuentra en:

Remisión parcial: Después de haberse cumplido con todos los criterios de la bulimia nerviosa (ingestión excesiva de alimentos en un período de tiempo corto y la sensación de falta de control sobre lo que se ingiere), algunos pero no todos los criterios se han cumplido durante un período continuo.

Remisión total: Luego de haberse cumplido todos los criterios de la bulimia nerviosa, pero ninguno de ellos se haya cumplido durante un período de tiempo continuo.

Los atracones y las conductas compensatorias se deben producir al menos 1 vez por semana durante 3 meses para poder clasificarlo como bulimia nerviosa.

Dependiendo de la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana, es la gravedad del trastorno:

- Leve (1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana)
- Moderado (4-7 episodios)
- Grave (8-13 episodios)
- Extremo (Un promedio de 14 episodios)

Estos dos trastornos de la conducta alimentaria tienen como característica en común la baja autoestima y la alteración en la percepción corporal (32).

## **Trastornos Alimentarios No Especificados**

También se encuentran los T.A.N.E. (Trastornos Alimentarios No Especificados), cuya categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria (6,32).

## DetECCIÓN

La detección precoz es la mejor estrategia para prevenir el desarrollo y la cronicidad de los trastornos de la conducta alimentaria(33). Por esta razón es fundamental contar con instrumentos validados y adaptados a los diferentes contextos y poblaciones para poder evaluar de manera simultánea a un gran número de sujetos. Uno de estos instrumentos es el Inventario de Desórdenes Alimenticios (EDI-2), que mide características psicológicas y sintomatología que se pueden asociar a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

En el año 2003 se realizó el Inventario sobre Conductas Alimentarias (ICA), que es la adaptación Argentina del EDI-2(34).

Actualmente se encuentra disponible el EDI-3 que es la versión más reciente del Inventario de Desórdenes Alimenticios. El mismo se creó tomando componentes del EDI y el EDI-2. Se encuentra organizado en 12 escalas. Las escalas incluidas en este instrumento se dividen en dos tipos:

- Características específicas de trastornos alimentarios (“De riesgo”):
  - Insatisfacción corporal
  - Bulimia
  - Búsqueda de delgadez
- Características psicológicas asociadas a los trastornos alimentarios:
  - Baja autoestima
  - Alineación personal
  - Inseguridad interpersonal
  - Desconfianza interpersonal
  - Déficit interoceptivo
  - Desregulación Emocional
  - Ascetismo
  - Perfeccionismo

- Miedo a madurar

Utilizando el EDI-3 se puede obtener el perfil clínico de los participantes que orienta sobre: riesgo de trastorno alimentario; ineficacia; problemas interpersonales; problemas afectivos; exceso de control y desajuste psicológico general y permite delinear patrones de respuesta inconsistentes o extraños(33). En esta investigación no se utilizará el EDI-3 ya que actualmente no se encuentra validado para el uso de la población argentina.

Actualmente en la Argentina no hay datos de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en población adulta. A su vez, tampoco se encuentran disponibles investigaciones cuya población sean residentes médicos o población comparable a la que se está estudiando. Por esta razón se han buscado aquellas investigaciones en donde se haya utilizado el mismo instrumento o la edad promedio de la población seleccionada sea parecida a la edad de los participantes de esta investigación.

En el año 2008 se publicó un estudio cuyo objetivo era evaluar conductas, cogniciones específicas relacionadas con los TCA y creencias básicas en estudiantes universitarios.

Participaron 449 estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (13.2% hombres y 86.8% mujeres) cuya edad media fue de 25,66 años. Se utilizaron 3 instrumentos: SQ (Cuestionario de Esquemas), ICA (Inventario de Conductas Alimentarias) y MAC (Cuestionario de Cogniciones Anoréxicas de Mizes).

El 9.4% de la muestra mostró sintomatología compatible con un TCA de acuerdo a la escala ICA. Los resultados de este estudio muestran una alta frecuencia de conductas relacionadas con los TCA en estudiantes universitarios(35).

En diciembre del año 2009 se publicó una investigación similar a la anterior, cuyo objetivo era evaluar conductas, cogniciones específicas y creencias básicas en adolescentes y luego comparar por género y grupos de edad. Participaron 553 adolescentes que asistían a escuelas de la ciudad de Buenos Aires y Conurbano

Bonaerense. Para llevar a cabo esta investigación, se utilizaron tres instrumentos: SQ (Cuestionario de Esquemas), ICA (Inventario de Conductas Alimentarias) y MAC (Cuestionario de Cogniciones Anoréxicas de Mizes).

Para analizar los datos del ICA se tomaron en cuenta la variable género y los datos normativos de la prueba. Se utilizó como punto de corte los puntajes brutos 16 para mujeres y 11 para varones equivalentes al percentil 90 para ambos casos en la escala Deseos de Adelgazar. El criterio utilizado del percentil 90 corresponde a lo recomendado en estudios internacionales para considerar que la persona tiene una alta probabilidad de presentar un trastorno alimentario. Teniendo en cuenta este punto de corte, un 13.79% de las mujeres y un 11.11% de los varones pertenecientes a la muestra mostraron sintomatología compatible con un TCA de acuerdo a la escala ICA(36).

Otra investigación realizada por Nakandakari, De la Rosa y Jaramillo en Lima, Perú, utilizaron el EDI. Aquí buscaban identificar la incidencia de rasgos de trastornos de la conducta alimentaria y de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Medicina Humana en una Universidad de Lima. Los resultados mostraron que el sexo femenino tiene una mayor predisposición a padecer de rasgos de trastornos de la conducta alimentaria. Adicionalmente, se encontró que los rasgos más frecuentes entre los estudiantes eran de ineffectividad y baja autoestima. Ambos rasgos indican predisposición para padecer un TCA (ya sea anorexia o bulimia) (37).

En España, en el año 2013, se realizó una investigación cuyo objetivo era conocer la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles y fue publicado en el año 2014. La muestra total fue de 1306 personas. De los 1306 estudiantes, 255 presentaban criterios de padecer TCA correspondiendo a una prevalencia del 19,5%, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres (38).

Una de las investigaciones más actuales es del año 2023, la cual habla de la regulación emocional y la insatisfacción corporal en mujeres adultas jóvenes de entre 18 y 30



años. Este estudio sólo utilizó una de las categorías del Inventario de Trastornos de la Alimentación-2 (EDI-2), la dimensión de insatisfacción corporal. Dando como resultado que todas las variables del estudio (regulación emocional, la ira y la insatisfacción corporal) se correlacionaron positivamente entre sí. Esto quiere decir que a mayores niveles de dificultades en la regulación de las emociones se relacionaron con una mayor insatisfacción corporal. Además es importante destacar que la dificultad en la regulación de las emociones tiene un papel importante en la etiología, el mantenimiento y la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria. (39)

## Objetivos:

### Objetivo primario

- Describir las características psicológicas y comportamentales relacionadas con trastornos alimenticios en los médicos residentes del Hospital Universitario Austral de la localidad de Pilar, Buenos Aires, Argentina en el año 2024.

### Objetivo secundario

- Comparar las características psicológicas y comportamentales relacionadas con trastornos alimenticios entre hombres y mujeres.

## Valor Social

Es importante recalcar que no se realizaron estudios relacionados con una caracterización asociada a trastornos de la conducta alimentaria en residentes médicos. Los residentes médicos se encuentran en una presión constante por la exigencia de su trabajo diario, es importante saber si presentan características psicológicas y sintomatología asociada a la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Esperamos que se pueda generar información para implementar mecanismos de apoyo que mejoren las condiciones laborales, y posiblemente personales, de los médicos residentes.

## Materiales y método:

### Diseño

El estudio será observacional descriptivo transversal.

Los estudios descriptivos son aquellos en donde se estudia la distribución de un evento o una característica. Estos estudios tienen como finalidad especificar propiedades y características de conceptos, fenómenos, variables o hechos en un contexto determinado. En un estudio descriptivo el investigador selecciona una serie de variables para luego recabar información sobre cada una de ellas, para así representar lo que se investiga (describirlo o caracterizarlo)(40,41).

Por otro lado, los estudios transversales son aquellos que recolectan datos en un solo momento, es decir, en un tiempo único(40,41).

### Universo y muestra de estudio

La población son los médicos y médicas residentes del Hospital Universitario Austral. El muestreo fue no probabilístico, por método consecutivo.

Fórmula para el tamaño muestral mínimo para población finita:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

N: 120

Z: 1,96

p: 0,195

q: 0,805

d: 0,05

Actualmente la Argentina no cuenta con datos de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adultos. Por esta razón se utilizó la prevalencia de estudiantes universitarios españoles de entre 17 y 30 años de edad. La prevalencia en aquella muestra era de 19,5% (0,195)(38).

Se calculó que un tamaño muestral de 80 sería suficiente para estimar una proporción de 0,195 con una precisión de 0,05 (d)(42).

### **Criterios de inclusión:**

- Estar realizando la residencia médica en el Hospital Universitario Austral.
- Haber firmado el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

No se definen criterios de exclusión.

### **Métodos para la recolección de datos y sus instrumentos:**

Para la recolección de información se utilizó un cuestionario llamado “Inventario de Conductas Alimentarias” (ICA), el cuál fue entregado a través de un google forms (Anexo 1).

Previo al acceso al cuestionario ICA, los participantes dieron su Consentimiento Informado (CI) por escrito, a través de la firma del Formulario de Consentimiento Informado (FCI – Anexo 2) preparado para tal fin. Para ello, se coordinó previamente con el Dr. Raúl Valdez, Director del Comité de Residencias, una comunicación a los jefes de los servicios médicos del HUA explicando los objetivos del TIF y del tipo de información a recolectar sobre los residentes. En aquellas áreas médicas que aceptaron participar, se concretaron los espacios de reunión con los médicos residentes para invitarlos a participar del TIF de manera voluntaria, para explicar el proyecto del TIF, resolver posibles dudas, proceder con la lectura del FCI con cada uno

de los que aceptaron participar y la firma del mismo. Una vez firmado, se dispuso de un QR de acceso al cuestionario para que el participante pudiera escanearlo.

Los cuestionarios solicitaron nombre y apellido y una forma de contacto (correo electrónico o número de celular, según decisión de cada participante), y al ser población subordinada se citaron a los residentes con características positivas para una entrevista individual y confidencial para orientación (ver debajo plan de contención).

Las encuestas fueron codificadas con un número correlativo y se conservaron de forma codificada en una planilla de cálculo, en una carpeta guardada en la cuenta personal de *One Drive*. La planilla de cálculo sólo tiene los datos necesarios para las variables descriptas debajo.

### **Instrumento:**

El Eating Disorder Inventory (EDI) o Inventario de Desórdenes Alimenticios en español, fue desarrollado en la Universidad de Toronto por David Garner en 1983. Esta es una escala de auto-reporte que mide características psicológicas y sintomatología asociada a anorexia y bulimia nerviosa. Comenzó teniendo 64 ítems en 8 subescalas. Cuando se desarrolló el EDI-2 se agregaron tres escalas para poder evaluar tres características psicológicas que se suelen asociar con los trastornos de la conducta alimentaria (ascetismo, impulsividad e inseguridad social)(43).

La versión actual del EDI-2 contiene 91 reactivos agrupados en 11 escalas. El formato de respuestas es una escala de seis puntos: "siempre", "casi siempre", "frecuentemente", "en ocasiones", "rara vez" o "nunca" que permiten puntuar en 11 escalas, 8 principales: obsesión por la delgadez (DT); bulimia (B); insatisfacción corporal (BD); ineficacia (I); perfeccionismo (P); desconfianza interpersonal (ID); conciencia introceptiva (IA) y miedo a la madurez (MF)) y 3 adicionales (ascetismo (A), impulsividad (IR) e inseguridad social (SI))(44).

El instrumento que se utilizó en la investigación es el Inventario sobre Conductas Alimentarias (ICA) que es una adaptación argentina del EDI-2 realizada por María

Martina Casullo y Marcelo Pérez de la Facultad de Psicología de la UBA (Universidad de Buenos Aires) en el año 2003 y se muestra en el anexo 1. La diferencia entre ambos instrumentos es que el ICA posee una escala de cuatro puntos (“Siempre o casi siempre”, “Generalmente”, “Algunas veces” y “Nunca o casi nunca”) en vez de seis(34,43,45).

La corrección de las respuestas se realizó de manera manual. Se sumó el puntaje bruto de cada dimensión del cuestionario por separado.

Los números de ítems 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 18, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 56, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 72, 74, 75, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90 se puntuaron de la siguiente manera:	
Si contestó...	El puntaje es
Siempre o casi siempre	3
Generalmente	2
Algunas veces	1
Nunca o casi nunca	0

Los números de ítems 1, 12, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 30, 31, 37, 39, 42, 50, 55, 57, 58, 62, 69, 71, 73, 76, 80, 89, 91 se puntuaron de la siguiente manera:	
Si contestó...	El puntaje es
Siempre o casi siempre	0
Generalmente	1
Algunas veces	2
Nunca o casi nunca	3

Las oraciones referidas a:

- “Deseos de adelgazar” son: 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49.
- “Bulimia” son: 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61.
- “Insatisfacción corporal” son: 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62.
- “Ineficacia” son: 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56.
- “Perfeccionismo” son: 13, 29, 36, 43, 52, 63.
- “Desconfianza” son: 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57.
- “Alexitimia” son: 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64.
- “Miedo a crecer” son: 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58.
- “Ascetismo” son: 66, 68, 71, 75, 78, 82, 86, 88.
- “Impulsividad” son: 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 85, 90.
- “Inseguridad social” son: 69, 73, 76, 80, 84, 87, 89, 91.

Una vez obtenido el puntaje bruto de cada dimensión, se transformaron en percentiles utilizando la tabla “Conversión de Puntajes Brutos a Percentiles”. Los datos normativos que en estas tablas se encuentran fueron obtenidos de población general de Buenos Aires, Argentina, y se han dividido por sexo.

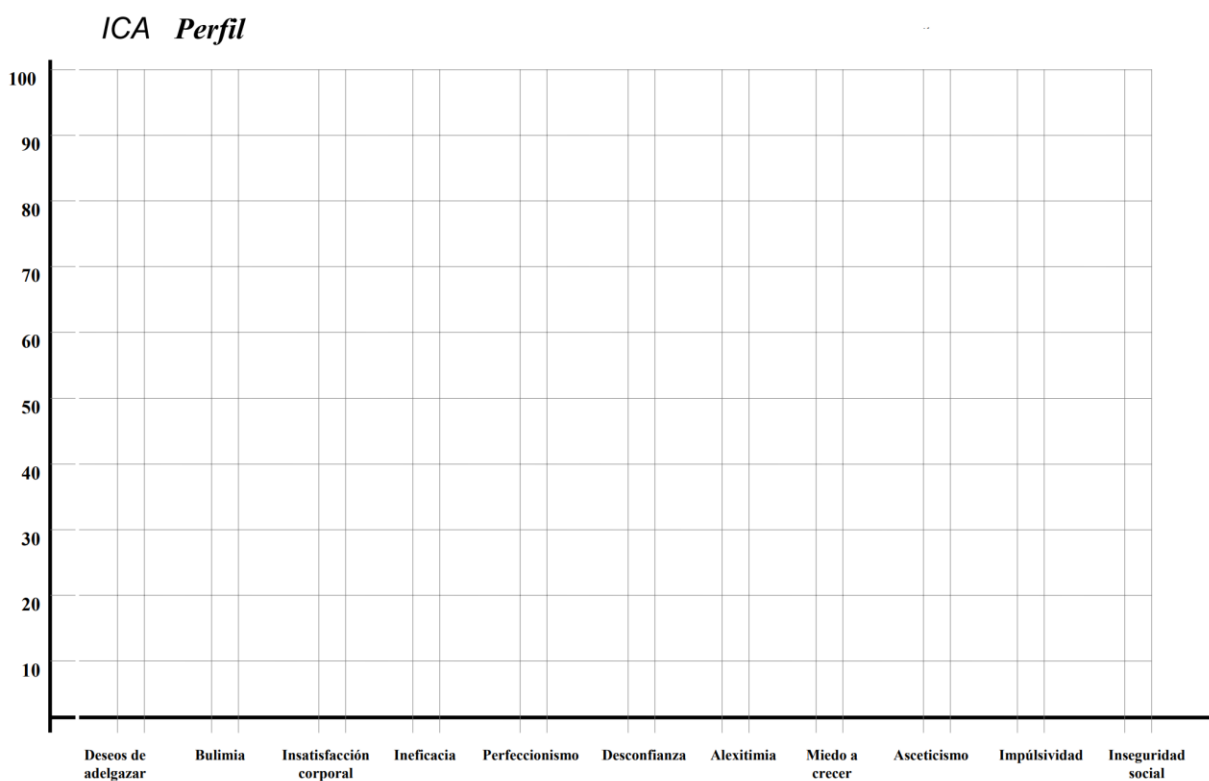
**EDAD 23 AÑOS en adelante**

<b>JCA Conversión de puntajes brutos a percentiles para población general sexo masculino. Buenos Aires (2002) . N = 100</b>												
P	Deseos de adelgazar	Bulimia	Insatisfacción corporal	Ineficacia	Perfeccionismo	Desconfianza	Alexitimia	Miedo a crecer	Ascetismo	Impulsividad	Inseguridad social	P
<b>1</b>	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	<b>1</b>
<b>10</b>	0	0	1	1	3	3	2	6	2	3	4	<b>10</b>
<b>20</b>	2	1	3	3	4	4	3	8	3	5	6	<b>20</b>
<b>30</b>	3	2	5	4	5	6	4	9	4	6	7	<b>30</b>
<b>40</b>	4	3	6	5	6	6	5	10	5	7	7	<b>40</b>
<b>50</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>50</b>
<b>60</b>	7	5	9	7	7	8	8	12	7	9	10	<b>60</b>
<b>70</b>	8	6	11	9	8	9	9	14	8	11	10	<b>70</b>
<b>80</b>	9	8	12	11	11	11	11	15	10	13	12	<b>80</b>
<b>90</b>	12	10	16	13	13	12	14	17	12	16	15	<b>90</b>
<b>100</b>	19	13	27	24	18	20	18	23	16	31	19	<b>100</b>

EDAD 22 AÑOS en adelante

<b>ICA</b> Conversión de puntajes brutos a percentiles para población general sexo femenino. Buenos Aires (2002). N = 104												
P	Deseos de adelgazar	Bulimia	Insatisfacción corporal	Ineficacia	Perfeccionismo	Desconfianza	Alexitimia	Miedo a crecer	Asceticismo	Impulsividad	Inseguridad social	P
1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1
10	1	0	4	3	2	2	3	5	2	3	5	10
20	5	1	7	4	3	3	4	7	3	4	6	20
30	7	2	8	6	4	4	5	8	4	5	7	30
40	8	3	10	7	5	6	7	9	5	6	8	40
50	10	3	12	8	6	7	8	10	6	8	9	50
60	11	4	15	9	7	9	9	11	7	9	10	60
70	13	5	17	10	8	10	10	11	8	10	11	70
80	14	6	21	11	9	11	12	13	9	12	13	80
90	16	7	23	15	11	13	14	15	11	14	14	90
100	20	16	27	25	14	17	24	21	16	27	17	100

Una vez obtenido el percentil para cada escala, se trazó el perfil de los encuestados con un diagrama de barras. A mayor valor percentilar, le corresponde mayor presencia de la dimensión descripta.



Aquellas características cuyo percentil sea igual o mayor a 90, presentan una sintomatología significativa.



## **Variables:**

### **De interés**

- Sexo:
  - Definición: Se definirá como el conjunto de características biológicas que diferencian al hombre y la mujer(46).
  - Se definió por auto- reporte.
  - Escala de la Variable: Cualitativo Nominal.
  - Categorías: hombre/mujer.

### **Características psicológicas y comportamentales:**

- Deseo de adelgazar:
  - Definición: Necesidad del sujeto de estar mucho más delgado o su temor a “ser gordo”. Los ítems que integran esta sub-escala se vinculan con preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso(45).
  - Se calculó a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
  - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica
  - Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.
- Bulimia:
  - Definición: Tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva(45).
  - Se calculó a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
  - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica
  - Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.
- Insatisfacción corporal:
  - Definición: Sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo propio (su forma y/o tamaño), presencia de una perturbación en la “Imagen corporal”(45).

- Se calculó a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
  - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica
  - Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.
- 
- Ineficacia:
    - Definición: Presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo, falta de control sobre la propia vida. Se vincula con “baja autoestima” o “pobre autoconcepto”, incluyendo además referencias a sentimientos de “vacío” y “soledad”(45).
    - Se calculará a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
    - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica
    - Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.
- 
- Perfeccionismo:
    - Definición: Presencia de pensamientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto sólo conductas exitosas(45).
    - Se calculará a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
    - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica
    - Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.
- 
- Desconfianza:
    - Definición: Existencia de sentimientos sobre la necesidad de mantenerse alejado/a de las demás personas(45).
    - Se calculará a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
    - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica

- Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.
- Alexitimia:
  - Definición: Presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales(45).
  - Se calculará a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
  - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica
  - Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.
- Miedo a crecer:
  - Definición: Hace referencia al deseo de poder detener el crecimiento personal, el miedo a crecer y convertirse en adulto(45).
  - Se calculará a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
  - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica
  - Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.
- Ascetismo:
  - Definición: Tendencia a comportarse de manera “virtuosa” a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el autorechazo y el autocontrol(45).
  - Se calculará a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
  - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica
  - Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.
- Impulsividad:
  - Definición: Presencia de tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales. Esta dimensión

está relacionada con características de personalidad borderline y psicopática(45).

- Se calculará a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
  - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica
  - Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.
- Inseguridad social:
    - Definición: Creencias de la persona respecto a sus relaciones sociales las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables, y, en general, de baja calidad(45).
    - Se calculará a partir del puntaje bruto de esta dimensión según lo explicado en la sección del ICA.
    - Escala de la variable: Cualitativa Dicotómica
    - Categorías: mayor o igual al percentil 90 o menor al percentil 90.

### **Variables de caracterización:**

- Edad:
  - Escala de la variable: Cuantitativa discreta
  - Unidad de medición: Años.
- Año de residencia:
  - Escala de la variable: Cuantitativa ordinal
  - Categorías: primer año, segundo año, tercer año, cuarto año, quinto año.

### **Plan de contención:**

El cuestionario no permite identificar un TCA. El cuestionario indaga acerca de diferentes características que pueden estar asociadas a ellos.

Al momento de brindar la información del estudio a los residentes, se les recalcó la posibilidad de que una vez iniciado el cuestionario, pudiesen dejar de completarlo en

cualquier momento del mismo sin necesidad de comunicar a los investigadores que lo habían dejado incompleto. Estos formularios no se incluyen en la muestra final.

El contacto de la investigadora principal, Lic. Regina Carbajal, referido en el encabezado del formulario de la encuesta es el de una Licenciada en Nutrición especialista en trastornos de la conducta alimentaria. En los casos en que algún participante haya tenido inquietudes sobre el cuestionario o sobre el tema del mismo, se interrumpió el llenado del cuestionario ya sea porque le generó incomodidad o bien a causa de haber tenido interés en realizar consultas sobre su contenido, pudiéndose contactar a dicha profesional a través de los canales de contacto descritos en el consentimiento informado, a fin de que el participante pudiese recibir orientación idónea respecto a su necesidad. En aquellos casos que se haya reconsiderado completar la encuesta, pudieron realizarlo en otro momento.

Por otro lado, los cuestionarios con características que presentan una sintomatología significativa, las investigadoras del TIF identificaron el código del formulario con el encuestado. La Lic. Carbajal contactó al residente a través del canal referido por él o ella para convenir una entrevista virtual para devolver los resultados de la encuesta y brindar orientación al residente. En aquellos casos en donde no hubo respuesta, se lo contactó una segunda y última vez. La entrevista no es obligatoria por parte del residente, en caso de no haber asistido no repercutió sobre su actividad laboral ya que la misma es solo de conocimiento entre ellos dos. Ningún miembro del HUA ni de la FCB conoce que se ha concertado dicha entrevista.

## **Análisis de los datos:**

Se resumieron las características de la población incluida (demográficas, año de la residencia y edad) a través de frecuencias absolutas y relativas.

Las características psicocomportamentales se describieron a través de porcentajes o proporciones de la población, se calcula un intervalo de confianza del 95%.

Para evaluar la relación entre sexo y las características psicocomportamentales se utilizó el test de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) aceptando un error alfa de 0,05.

Los datos se analizaron utilizando el programa Jamovi, creado en el año 2017. La versión actual del programa es la 2.4.14

## Resultados:

Se incluyeron 42 participantes. Las características sociodemográficas se describen en la tabla 1. Más de la mitad de los participantes son mujeres y 1/3 de ellos se encuentran en el primer año de la residencia. La edad media es de 28.5 años.

**Tabla 1**

Características sociodemográficas de los participantes, residentes de especialidades médicas del Hospital Universitario Austral 2024 (n=42)

<b>Características</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Femenino	24	57.1
	Masculino	18	42.9
<b>Año de residencia</b>	1er año	14	33.3
	2do año	9	21.4
	3er año	8	19.1
	4to año	8	19.1
	5to año	3	7.1
		Media	
<b>Edad (años)</b>		28.5	2.71

En la tabla se realizó un promedio de los puntajes brutos obtenidos de cada variable dividido entre hombres y mujeres. A su vez se colocó una columna donde se observa cual es el puntaje bruto considerado que equivale al percentilo 90, cuyo significado es que la persona posee una sintomatología significativa, y otra columna donde podemos ver el puntaje máximo que se puede obtener de cada variable.

**Tabla 2**

Puntajes brutos de las variables pertenecientes al cuestionario ICA

Características	Masculino, N=18	Puntaje para percentilo >90	Puntaje Máximo	Femenino, N=24	Puntaje para percentilo >90	Puntaje Máximo
Puntaje bruto deseo de adelgazar	7 (6, 12)	12	21	10 (6, 14)	16	21
Puntaje bruto bulimia	6 (3, 8)	10	21	4 (3, 7)	7	21
Puntaje bruto insatisfacción corporal	7 (4, 12)	16	27	14 (5, 18)	23	27
Puntaje bruto ineficacia	6 (2, 9)	13	30	6 (4, 9)	15	30
Puntaje bruto perfeccionismo	7 (4, 10)	13	18	8 (5, 11)	11	18
Puntaje bruto desconfianza	7 (5, 9)	12	21	7 (4, 9)	13	21
Puntaje bruto alexitimia	6 (4, 9)	14	30	8 (3, 11)	14	30
Puntaje bruto miedo a crecer	8 (8, 12)	17	24	12 (9, 15)	15	24
Puntaje bruto ascetismo	8 (4, 9)	12	24	4 (3, 8)	11	24
Puntaje bruto impulsividad	4 (2, 9)	16	33	5 (2, 8)	14	33
Puntaje bruto inseguridad social	8 (6, 12)	15	24	8 (7, 11)	14	24

En las tablas siguientes se realizó el análisis de los resultados obtenidos en el cuestionario ICA. Se evaluó de manera individual cada variable presente y se compararon los resultados entre hombres y mujeres.

### Variable deseo de adelgazar

En la muestra se observó que  $\frac{1}{4}$  de los participantes (5 hombres y 5 mujeres) se encuentran por encima del percentilo 90 de la variable deseo de adelgazar. Esto quiere decir que tienen una sintomatología significativa de esta variable. También podemos observar que 11 de los participantes se encuentran entre los percentilos 50 y 70.

**Tabla 3**



Percentilos de la variable deseo de adelgazar dividido por sexo

Sexo	Percentilos deseo de adelgazar						Total	
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90		
Masculino	n	0	1	2	7	3	5	18
	%	0.0 %	5.6 %	11.1 %	38.9 %	16.7 %	27.8 %	100.0 %
Femenino	n	1	6	3	4	5	5	24
	%	4.2 %	25.0 %	12.5 %	16.7 %	20.8 %	20.8 %	100.0 %
Total	n	1	7	5	11	8	10	42
	%	2.4 %	16.7 %	11.9 %	26.2 %	19.0 %	23.8 %	100.0 %

### Variable bulimia

Se puede observar que más de la mitad de los participantes que están por encima del percentilo 90 son mujeres.

**Tabla 4**

Percentilos de la variable bulimia dividido por sexo

Sexo	Percentilos bulimia						Total	
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90		
Masculino	n	1	0	4	2	9	2	18
	%	5.6 %	0.0 %	22.2 %	11.1 %	50.0 %	11.1 %	100.0 %
Femenino	n	1	2	5	7	2	7	24
	%	4.2 %	8.3 %	20.8 %	29.2 %	8.3 %	29.2 %	100.0 %
Total	n	2	2	9	9	11	9	42
	%	4.8 %	4.8 %	21.4 %	21.4 %	26.2 %	21.4 %	100.0 %

### Variable insatisfacción corporal

Solamente 3 de los participantes se encuentran por encima del percentilo 90. 12 de los residentes médicos se encuentran entre el percentilo 70 y 90. Por otro lado, 20 de los participantes se encuentran por debajo del percentilo 50.

**Tabla 5**

Percentilos de la variable insatisfacción corporal dividido por sexo

Sexo	Percentilos insatisfacción corporal							Total
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90		
Masculino	n	0	5	5	1	6	1	18
	%	0.0 %	27.8 %	27.8 %	5.6 %	33.3 %	5.6 %	100.0 %
Femenino	n	5	4	1	6	6	2	24
	%	20.8 %	16.7 %	4.2 %	25.0 %	25.0 %	8.3 %	100.0 %
Total	n	5	9	6	7	12	3	42
	%	11.9 %	21.4 %	14.3 %	16.7 %	28.6 %	7.1 %	100.0 %

## Variable Ineficacia

10 de las mujeres se encuentran entre los percentilos 10 a 30. Mientras que los hombres se encuentran distribuidos de una manera más homogénea entre todos los rangos de percentilos. 2 de los hombres y 3 de las mujeres se encuentran por encima del percentilo 90.

**Tabla 6**

Percentilos de la variable ineficacia dividido por sexo

Sexo	Percentilos ineficacia							Total
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90		
Masculino	n	2	4	3	4	3	2	18
	%	11.1 %	22.2 %	16.7 %	22.2 %	16.7 %	11.1 %	100.0 %
Femenino	n	2	10	2	5	2	3	24
	%	8.3 %	41.7 %	8.3 %	20.8 %	8.3 %	12.5 %	100.0 %
Total	n	4	14	5	9	5	5	42
	%	9.5 %	33.3 %	11.9 %	21.4 %	11.9 %	11.9 %	100.0 %

## Variable perfeccionismo

En esta tabla se muestra una gran diferencia entre los hombres y las mujeres. De las 9 personas que se encuentran por encima del percentilo 90, 7 son mujeres. Demostrándose también que varias de las mujeres se encuentran por encima del rango 50.

**Tabla 7**

Percentilos de la variable perfeccionismo dividido por sexo

Sexo	Percentilos perfeccionismo						Total
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90	
Masculino	n 1	4	2	4	5	2	18
	% 5.6 %	22.2 %	11.1 %	22.2 %	27.8 %	11.1 %	100.0 %
Femenino	n 2	1	4	5	5	7	24
	% 8.3 %	4.2 %	16.7 %	20.8 %	20.8 %	29.2 %	100.0 %
Total	n 3	5	6	9	10	9	42
	% 7.1 %	11.9 %	14.3 %	21.4 %	23.8 %	21.4 %	100.0 %

### Variable desconfianza

Como podemos observar 12 participantes que han participado de la investigación se encuentran entre el percentilo 50 a 70, y 8 de los participantes se encuentran entre el percentilo 70 a 90. De los hombres, 2 se encuentran por encima del percentilo 90, al igual que las mujeres.

**Tabla 8**

Percentilos de la variable desconfianza dividido por sexo

Sexo	Percentilos desconfianza						Total
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90	
Masculino	n 2	3	2	5	4	2	18
	% 11.1 %	16.7 %	11.1 %	27.8 %	22.2 %	11.1 %	100.0 %
Femenino	n 2	4	5	7	4	2	24
	% 8.3 %	16.7 %	20.8 %	29.2 %	16.7 %	8.3 %	100.0 %
Total	n 4	7	7	12	8	4	42
	% 9.5 %	16.7 %	16.7 %	28.6 %	19.0 %	9.5 %	100.0 %

### Variable alexitimia

Aquí se puede observar que de los 4 participantes que se encuentran por encima del percentilo 90, 3 de ellos son mujeres.

**Tabla 9**

Percentilos de la variable alexitimia dividido por sexo

Sexo	Percentilos alexitimia						Total	
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90		
Masculino	n	2	2	5	3	5	1	18
	%	11.1 %	11.1 %	27.8 %	16.7 %	27.8 %	5.6 %	100.0 %
Femenino	n	5	5	2	3	6	3	24
	%	20.8 %	20.8 %	8.3 %	12.5 %	25.0 %	12.5 %	100.0 %
Total	n	7	7	7	6	11	4	42
	%	16.7 %	16.7 %	16.7 %	14.3 %	26.2 %	9.5 %	100.0 %

### Variable miedo a crecer

De las 24 mujeres, 11 de ellas se encuentran por encima del percentilo 90, mientras que solamente 2 de los hombres lo superan. Más del 50% de los hombres se encuentran por debajo del percentilo 50.

**Tabla 10**

Percentilos de la variable miedo a crecer dividido por sexo

Sexo	Percentilos miedo a crecer						Total	
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90		
Masculino	n	2	7	1	5	1	2	18
	%	11.1 %	38.9 %	5.6 %	27.8 %	5.6 %	11.1 %	100.0 %
Femenino	n	1	2	4	5	1	11	24
	%	4.2 %	8.3 %	16.7 %	20.8 %	4.2 %	45.8 %	100.0 %
Total	n	3	9	5	10	2	13	42
	%	7.1 %	21.4 %	11.9 %	23.8 %	4.8 %	31.0 %	100.0 %

### Variable ascetismo

14 de los participantes se encuentran entre los percentilos 10 y 30 y 12 de ellos entre los percentilos 70 a 90. 4 de los residentes médicos se considera que tienen una sintomatología significativa ya que superan el percentilo 90 (2 de ellos son mujeres y 2 de ellos hombres).

**Tabla 11**  
Percentilos de la variable ascetismo dividido por sexo

Sexo	Percentilos ascetismo						Total	
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90		
Masculino	n	0	5	2	2	7	2	18
	%	0.0 %	27.8 %	11.1 %	11.1 %	38.9 %	11.1 %	100.0 %
Femenino	n	1	9	5	2	5	2	24
	%	4.2 %	37.5 %	20.8 %	8.3 %	20.8 %	8.3 %	100.0 %
Total	n	1	14	7	4	12	4	42
	%	2.4 %	33.3 %	16.7 %	9.5 %	28.6 %	9.5 %	100.0 %

## Variable impulsividad

Más del 50% de los hombres se encuentran por debajo del percentilo 50 y algo que se destaca es que ninguno de los restantes superan el percentilo 90. Por otro lado, más del 50% de las mujeres también se encuentran por debajo del percentilo 50%. También 2 de las participantes superan el percentilo 90.

**Tabla 12**  
Percentilos de la variable impulsividad dividido por sexo

Sexo	Percentilos impulsividad						Total	
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90		
Masculino	n	5	5	2	3	3	0	18
	%	27.8 %	27.8 %	11.1 %	16.7 %	16.7 %	0.0 %	100.0 %
Femenino	n	7	2	8	3	2	2	24
	%	29.2 %	8.3 %	33.3 %	12.5 %	8.3 %	8.3 %	100.0 %
Total	n	12	7	10	6	5	2	42
	%	28.6 %	16.7 %	23.8 %	14.3 %	11.9 %	4.8 %	100.0 %

## Variable inseguridad social

En esta variable también se puede apreciar que ningún hombre se encuentra por encima del percentilo 90, mientras que de las mujeres, 5 de ellas lo superan.

**Tabla 13**

Percentilos de la variable inseguridad social dividido por sexo

Sexo	Percentilos inseguridad social						Total	
	<10	10 a <30	30 a <50	50 a <70	70 a <90	>90		
Masculino	n	2	6	0	3	7	0	18
	%	11.1 %	33.3 %	0.0 %	16.7 %	38.9 %	0.0 %	100.0 %
Femenino	n	4	2	8	1	4	5	24
	%	16.7 %	8.3 %	33.3 %	4.2 %	16.7 %	20.8 %	100.0 %
Total	n	6	8	8	4	11	5	42
	%	14.3 %	19.0 %	19.0 %	9.5 %	26.2 %	11.9 %	100.0 %

## Discusión:

Este trabajo buscó describir las características psicológicas y comportamentales relacionadas con trastornos alimenticios en los médicos residentes del Hospital Universitario Austral de la localidad de Pilar, Buenos Aires, Argentina en el año 2024. En base a los objetivos secundarios de la investigación, se buscó comparar las características entre hombres y mujeres.

Un dato de gran relevancia que se ha encontrado es que de las 11 variables presentes en el cuestionario ICA, en 8 de ellas las mujeres han presentado un número mayor en el percentil mayor a 90, presentando una sintomatología mayor en 8 variables en comparación con los hombres. Estas 8 variables son: bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, alexitimia, miedo a crecer, impulsividad, inseguridad social.

Por otro lado, de las otras variables restantes (deseo de adelgazar, desconfianza y ascetismo), se encuentran igualados los hombres y las mujeres en la cantidad de personas que superan el percentil 90.

Evaluando la variable deseo de adelgazar, podemos observar que entre el percentil 50 y 90 se encuentran 10 hombres y 9 mujeres. El ICA determina que a aquellos participantes que se superan el percentilo 90, presentan una sintomatología significativa. Por ello, se entiende que los participantes que se encuentren por debajo de ese percentilo, no presentan una sintomatología significativa de algún trastorno de la conducta alimentaria

En la variable bulimia tenemos un resultado similar al anterior. Podemos observar que 11 hombres y 9 mujeres se encuentran entre los percentilos 50 y 90.

Por otro lado, en la variable de insatisfacción corporal tenemos un resultado diferente a los anteriores. Aquí se puede ver como las mujeres superan en gran cantidad a los hombres entre los percentilos 50 y 90, siendo 12 mujeres y 7 hombres los que se encuentran entre ese rango de percentilos.

En la variable de ineficacia podemos encontrar que la misma cantidad de hombres (7) y de mujeres (7) se encuentran entre los percentilos antes mencionados.

En la variable perfeccionismo no hay una gran diferencia entre ambos sexos ya que son 9 los hombres que se encuentran entre el percentil 50 y el 90 y 10 mujeres.

En cuanto a la variable de desconfianza podemos observar que las mujeres superan en número a los hombres, siendo un total de 11 mujeres y 9 hombres, entre los percentilos 50 y 90.

Con respecto a la variable alexitimia hay una leve diferencia entre ambos sexos. Podemos observar que son 9 mujeres y 8 hombres entre los percentilos 50 y 90.

Por otra parte, en la variable miedo a crecer 6 hombres y 6 mujeres se encuentran entre el percentil 50 y 90, no presentando ninguna diferencia entre ambos sexos.

La variable ascetismo, presenta un número superior de hombres (9) entre esos percentilos en comparación con las mujeres (7).

En la variable impulsividad hay una pequeña diferencia, 6 de los hombres y 5 de las mujeres se encuentran entre los percentilos 50 y 90.

Por último, en la variable de inseguridad social encontramos una gran diferencia en los resultados obtenidos en el estudio. Por una parte tenemos 10 hombres que se encuentran entre en los percentilos 50 y 90, mientras que de las mujeres son solamente 5.

No hay estudios previos realizados con este instrumento en la población estudiada y por ese motivo no se pueden comparar los resultados obtenidos ni puntos de corte de normalidad con otras investigaciones.

## **Sesgos potenciales y limitaciones:**



La principal limitación del trabajo fue no lograr llegar al número estipulado del tamaño muestral mínimo. El tamaño muestral mínimo que se había calculado era de 80 participantes. Se logró conseguir que 68 residentes médicos firmaran el consentimiento informado pero sólo 42 de ellos completaron el formulario reduciendo el tamaño muestral.

A su vez, otra de las limitaciones presentes en esta investigación es el hecho de que los datos se obtuvieron mediante métodos de autoinforme, por lo tanto, la precisión de los datos depende pura y exclusivamente de la veracidad de los encuestados y de su voluntad de compartir su experiencia/vivencia.

Por otra parte, el Inventario sobre Conductas Alimentarias (ICA), sólo permite identificar rasgos y características potenciales de los trastornos de la conducta alimentaria, más no cuadros clínicos, no da diagnóstico.

Por último, se realizará mención de los potenciales sesgos de la investigación.

El sesgo de cortesía, aceptabilidad social o complacencia social, se da cuando el participante trata de complacer al entrevistador dándole las respuestas que cree que serán aprobadas o por aquellas que crea que son socialmente más adecuadas o aceptadas. En este caso, es probable este sesgo ya que se está realizando una encuesta voluntaria en residentes médicos que tienen conocimiento del tema y saben cuál es la respuesta “correcta”. (47,48)

Sesgo potencial es el sesgo de no respuesta, de autoselección o de efecto del voluntario: Se produce cuando el grado de motivación de un sujeto que participa voluntariamente en una investigación puede variar sensiblemente en relación con otros sujetos (Ya sea por sobre o infra reporte) (49).

Aunque no es posible controlar plenamente el sesgo de selección, se realizó un esfuerzo para que la invitación a participar llegara a toda la población objetivo. Por otro lado, como en todo estudio cuya fuente de información es un cuestionario autorrespondido, no es posible evitar en forma completa la introducción de algún tipo

de sesgo de información. Se aclaró a los participantes que los resultados iban a ser analizados en forma grupal y de que los resultados individuales no iban a ser divulgados. Asimismo, la herramienta utilizada ha sido previamente validada y utilizada en las mismas condiciones, por lo que se espera que las limitaciones de los resultados debidas a estas causas no hayan afectado en gran medida la validez interna al utilizar dichas escalas.

## Conclusión:

Según los resultados obtenidos se encontró una gran diferencia entre hombres y mujeres. Se puede observar que las mujeres presentan una sintomatología significativa en 8 variables en comparación con los hombres y que en las variables restantes el número de participantes que superan el percentilo 90 es igual en hombres y en mujeres.

Las características comportamentales y psicológicas que se describieron en esta investigación fueron 11. De las cuales en 8 de las variables (bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, alexitimia, miedo a crecer, impulsividad, inseguridad social.) se encontraba un número mayor de mujeres que superaban el percentilo 90 en comparación con los hombres. Pudiéndose decir que las mujeres presentan una sintomatología significativa relacionada con trastornos de la conducta alimentaria mayor en comparación con los hombres.

Por otro lado, las variables restantes (deseo de adelgazar, desconfianza y ascetismo) se encuentran igualadas (en número de participantes que superan el percentilo 90) tanto en hombres y en mujeres.

El instrumento utilizado en esta investigación, ICA, no realiza diagnósticos ni da riesgo. Teniendo eso en cuenta, se puede concluir que la investigación se dejará abierta para futuras investigaciones. Se necesitarán instrumentos diagnósticos preferentemente elaborados desde el área de psicología. A su vez, sería relevante lograr llegar al tamaño muestral mínimo planteado en la investigación.

A su vez, como es un estudio descriptivo en el cual se analizan las características obtenidas en el cuestionario, no podemos garantizar que las personas que posean sintomatología significativa presenten un TCA. Teniendo en cuenta ello, se realizó el plan de contención, poniéndonos en contacto con aquellos participantes cuyos resultados en el cuestionario dieron una sintomatología significativa. Aquellos participantes podrían haberse beneficiado por haber recibido el plan de contención, en el caso de seguir con el diagnóstico.

El fin de este estudio, además de describir las características psicológicas y comportamentales relacionadas con trastornos alimenticios en los residentes médicos del Hospital Universitario Austral, fue visibilizar y prevenir en esta población posibles casos de trastornos de la conducta alimentaria.

## **Declaración de conflicto de interés:**

Los autores del proyecto declaran no tener conflictos de intereses en este proyecto de TIF.

## **Financiamiento:**

Este trabajo no cuenta con financiamiento. Se realiza en el marco de un trabajo integrador final para obtener el título de grado de la Carrera de Nutrición de la Universidad Austral.

## **Agradecimientos:**

A lo largo de todo el año 2023 y 2024 me han ayudado muchas personas con la realización de mi Trabajo Integrador Final.

Quiero comenzar agradeciendo a mi tutora de tesis, la Lic. Regina Carbajal, por haber aceptado ser mi tutora, siempre tuve una gran admiración por sus conocimientos acerca del tema, y por su dedicación, generosidad y paciencia al momento de brindarme su experiencia personal y apoyo, y por facilitarme material para realización de la tesis.

También le agradezco enormemente a la Doctora Natalia Elorriaga, quien fue mi primer guía para dar forma al TIF, y a toda su ayuda a lo largo de la redacción del mismo.

Quiero agradecer al Comité de Ética de Nutrición por acompañarme y ayudarme en cada momento en que lo necesité, no solo en el transcurso de la realización del Trabajo Integrador Final sino también a lo largo de estos 5 años de mi carrera universitaria.

Por último, pero no menos importante, quería agradecer a mi familia y amigos que me apoyaron de manera incondicional todos estos años y me acompañaron en este proceso de crecimiento profesional y personal.

## Referencias bibliográficas:

1. Méndez JP, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Aspectos clínicos: Los trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2008;65:579-92.
2. Rutzstein G, Elizathe L, Scappatura ML, Murawski B, Lievendag L, Leonardelli E, et al. Imagen corporal y hábitos alimentarios en adolescentes. Un dispositivo de intervención orientado a la prevención de los trastornos alimentarios. *Conicet*. 2011;33-50.
3. Arija Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez Martín A. Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutr Hosp* [Internet]. 2022 [citado 9 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/04173/show>
4. Congreso de la Nación Argentina. Ley 26.396 [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26396-144033/texto>
5. Personal de la Clínica Mayo. Síntomas y causas de los trastornos de la alimentación [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/eating-disorders/symptoms-causes/syc-20353603>
6. Lameiras Fernández M, Calado Otero M, Rodríguez Castro Y, Fernández Prieto M. Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. enero de 2003;3(1):23-33.
7. Neumark-Sztainer D, Michael P. Levine, Susan J. Paxton, Linda Smolak, Niva Piran, Eleanor H. Wertheim. Prevention of Body Dissatisfaction and Disordered Eating: What Next? *septiembre de 2006*;265-85.
8. Raich RM. Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. *Pirámide*;
9. M. Fernanda Rava, Tomás J. Silber. Bulimia nerviosa (Parte 2). Desde la etiología hasta la prevención. *Arch Argent pediatr*. 2004;
10. Lic. Melina Weinstein. Trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos.
11. Br. Díaz Ayelén, Br. Fernández Andrés, Br. Gericke Florencia, Lic. Gutiérrez Marisol, Br. Machado Agustina, Br. Rodríguez Evangelina, et al. Caracterización del estilo de vida de los médicos residentes de Uruguay 2022.
12. S.E. Prieto-Miranda, W. López-Benítez, C.A. Jiménez-Bernardino. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Educación médica*. septiembre de 2009;12(3):169-77.
13. P. Saz Peiró, M. Ortiz Lucas. Fisiología y bioquímica en el ayuno. 2007;(1):10-9.

14. G. Martín Peña, N. Paredes de Dios. About organ atrophy during starvation. Nutr Hosp. febrero de 2007;112-23.
15. Mónica Katz. Somos lo que comemos.
16. Karina Franco Paredes, Juan Manuel Mancilla Díaz, Rosalía Vázquez Arévalo, Georgina Álvarez Rayón, Xóchitl López Aguilar. El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario. diciembre de 2011;10(3):829-40.
17. N. Hernández, D. Alves, M. Arroyo, N. Basabe. From fear of obesity to the obsession with thinness; attitudes and diet. Nutri Hosp. agosto de 2012;27(4).
18. Maryelin Duno, Edgar Acosta. Body image perception among university adolescents. Revista Chilena de Nutrición.
19. Lic. María Laura Santellán, Yasmín Alicia Cohen. Insatisfacción de la imagen corporal global y multidimensional en mujeres entre 20 y 35 años con peso normal y sobrepeso. Universidad Abierta Interamericana;
20. Victoria Goodyear. Narrative Matters: Young people, social media and body image. agosto de 2019;
21. Barbara L. Fredrickson, Tomi-Ann Roberts. OBJECTIFICATION THEORY Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. Cambridge University. 1997;173-206.
22. Marta Jiménez García. La influencia de las redes sociales en la imagen corporal de los adolescentes. Universidad Pontificia de Comillas;
23. Rosa Behar A. Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. Revista Mexicana de trastornos alimentarios. 2011;2(2).
24. C. Bizeul, N. Sadowsky, D. Rigaud. The prognostic value of initial EDI scores in anorexia nervosa patients: a prospective follow-up study of 5--10 years. Eating Disorder Inventory. Eur Psychiatry. 2001;
25. Isabel Laporta-Herrero, María Pilar Delgado, Soraya Rebollar, Carmen Lahuerta. El perfeccionismo en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. European Journal of Health Research. 2020;6(1):97-107.
26. Rosa Behar A., Gloria Gramegna S., Marcelo Arancibia M. Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. Revista chilena de neuro-psiquiatría. junio de 2014;52(2).



27. Rosa Behar A., María Patricia Cordella. Dificultades interpersonales en los trastornos alimentarios: Un modelo psiconeurobiológico explicativo/compreensivo. Revista chilena de neuro-psiquiatría. junio de 2022;60(2).
28. Rosa Behar Astudillo, Marcelo Arancibia Meza. Temor a la madurez en la anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. diciembre de 2013;4(2).
29. Isabel Laporta-Herrero, Teresa Díez Martín, Patricia Latorre Forcén, Eric Vives Hidalgo, Victor Navalón Monllor. Miedo a la madurez en adolescentes con anorexia nerviosa. European Journal of Child Development, Education and Psychopathology. 2018;6(2):67-75.
30. Garrido Pinedo Melissa Ivonne, Riveros Arenas Giomy Andrea. Factores de riesgo asociados a Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de Lima Metropolitana. abril de 2023;
31. Ignacio Jáuregui- Lobera, María José Santiago. Impulsividad y conducta alimentaria en varones. febrero de 2017;34(1).
32. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5). En: Sección 2: Criterios diagnósticos y códigos Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos [Internet]. 5.ª ed. 2013. p. 189-97. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
33. Rutzstein G, Leonardelli E, Scappatura ML, Murawski B, Elizathe L, L Maglio A. Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios - 3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. Rev Mex de trastor aliment vol4 no1 Tlalnepantla. 2013;1-14.
34. Casullo MM, Pérez M. Inventario sobre conductas alimentarias (ICA), adaptación Argentina del EDI-2 (Garner, 1991). Facultad de Psicología, UBA.; 2003.
35. Góngora VC, Casullo MM. Conductas y Cogniciones Relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Estudiantes Universitarios. Revista Argentina de Clínica Psicológica. noviembre de 2008;XVII(3):265-72.
36. Góngora VC, Grinhauz AS, Suárez Hernández N. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un estudio sobre conductas y cogniciones. 2009;XVI:25-31.
37. Nakandakari G. MA, De la Rosa C. D, Jaramillo S. J. Features of feeding disorders and consumption of psychoactive substances in students of human medicine. Rev Cuerpo médico HNAAA [Internet]. 2013; Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052776/rcm-v6-n4-2013\\_pag27-30.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052776/rcm-v6-n4-2013_pag27-30.pdf)
38. Martínez-González L, Fernández Villa Tt, Molina de la Torre AJ, Ayán Pérez C, Bueno Cavanillas A, Capelo Álvarez R, et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en

- universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*. 1 de octubre de 2014;(4):927-34.
39. Momeñe J, Estévez A, Herrero M, Griffiths MD, Olave L, Iruarrizaga I. Emotional regulation and body dissatisfaction: the mediating role of anger in young adult women. *Front Psychiatry*. 2023;14:1221513.
  40. Fathalla MF, Fathalla MMF. Guía práctica de investigación en salud. Publicación Científica y Técnica No. 620. Organización Panamericana de la Salud; 2008. 1-247 p.
  41. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. First edition. México: McGraw-Hill Education; 2018. 1-740 p.
  42. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*. agosto de 2005;11(1-2):333-8.
  43. Rutzstein G. Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorder Inventory). *Rev Mex Trast Alim*. 17 de diciembre de 2021;11(1):52-75.
  44. García E, Vázquez V, López JC, Arcila D. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*. junio de 2003;45(3):206-10.
  45. Casullo MM, Pérez M. Inventario para la evaluación de conductas alimentarias. Facultad de Psicología, UBA. 2003;1-9.
  46. Organización Mundial de la Salud, UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research D and RT in HR. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 9 de agosto de 2023]. 11 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274656>
  47. Choi B, Granero R, Pak A. Catálogo de sesgos o errores en cuestionarios sobre salud. *Rev Costarr Salud Pública*. diciembre de 2010;19:13.
  48. Hernández B, Velasco-Mondragón HE. Encuestas transversales. *Salud Pública de México*. 42(5).
  49. Manterola C, Otzen T. Los Sesgos en Investigación Clínica. *Int J Morphol*. septiembre de 2015;33(3):1156-64.



## ANEXO I:

Google Forms del Formulario ICA (Inventario de Conductas Alimentarias).

# Características psicológicas y comportamentales relacionadas con trastornos alimenticios en los médicos residentes del Hospital Universitario Austral en el año 2024. Estudio observacional

Se le está pidiendo que participe en el siguiente estudio de investigación y conteste unas preguntas que nos permita recolectar datos sobre Ud. porque es residente de algunas de las especialidades médicas del Hospital Universitario Austral.

manchidg2000@gmail.com [Cambiar cuenta](#)



No compartido

Estimados residentes,

Esta encuesta forma parte del Trabajo Integrador Final (TIF) de Valentina Del Giudice, alumna de 5to año de la Licenciatura en Nutrición, bajo la dirección de la Lic. Regina Carbajal, nutricionista especialista en trastornos de la conducta alimentaria. El TIF es un requerimiento para la obtención del título universitario.

Tu participación es voluntaria y los datos se mantendrán de forma confidencial. Las respuestas obtenidas se utilizarán con fines académicos para la realización del TIF.

La encuesta tiene muchas preguntas, pero contestar la misma no te llevará mucho tiempo. Si en algún momento de la encuesta, sentís la necesidad de no continuar respondiendo, desde ya que puedes hacerlo y no completar la encuesta.

Ante cualquier duda o inquietud, podrá dirigirse a la Lic. Regina Carbajal, mail: [regina.carbajal@gmail.com](mailto:regina.carbajal@gmail.com)

¡Desde ya les agradecemos la participación y disposición!

Saludos cordiales, Valentina Del Giudice.

[Siguiente](#)



Página 1 de 11

[Borrar formulario](#)



### Información Sociodemográfica

Nombre y Apellido \*

Tu respuesta

Sexo \*

- Masculino
- Femenino

Edad (Años) \*

Tu respuesta

Año de residencia \*

- 1er año
- 2do año
- 3er año
- 4to año
- 5to año

Forma de contacto (mail o número de celular) \*

Tu respuesta

Atrás

Siguiente



Página 2 de 11

Borrar  
formulario



### Formulario "Inventario de Conductas Alimentarias"

A continuación leerás 91 ítems que hacen referencia a tus sentimientos, actitudes y comportamientos.

Responder de acuerdo con la frecuencia con que para vos te sucede lo que dice.

**No hay respuestas correctas o incorrectas.**

Se sincero al responder y hacerlo de acuerdo a lo que pienses o sientas.

1. Como dulces e hidratos de carbono (pastas, pan, etc.) sin hacerme problemas \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

2. Pienso que mi abdomen (panza) es demasiado grande \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

3. Me gustaría sentirme segura/o como cuando era chica/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

4. Cuando estoy nerviosa/o me pongo a comer \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

5. Me lleno excesivamente de comida \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca



6. Me gustaría ser más joven \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

7. Pienso acerca de hacer dieta \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

8. Me asusto cuando siento emociones muy fuertes \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

9. Creo que mis muslos son demasiado grandes \*


- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

10. Siento que no sirvo para nada \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

Atrás

Siguiente

 Página 3 de 11

Borrar  
formulario



11. Me siento muy culpable cuando como demasiado \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

12. Creo que mi abdomen (panza) es de tamaño normal \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

13. Para mi familia lo más importante es ser primero en todo \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

14. La infancia es la etapa más feliz de la vida \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

15. Soy muy abierta/o con mis sentimientos \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca



16. Me aterroriza subir de peso \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

17. Confío en los demás \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

18. Me siento muy sola/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

19. Estoy conforme con el cuerpo que tengo \*


- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

20. En general puedo manejar lo que pasa en mi vida \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

Atrás

Siguiente

 Página 4 de 11

Borrar  
formulario





21. Me resulta difícil entender mis sentimientos \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

22. Me gusta más ser un/a adulto/a que un/a niño/a \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

23. Me resulta fácil comunicarme con los demás \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

24. Desearía ser otra persona \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

25. Exagero la importancia del peso de mi cuerpo \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca



26. Puedo darme cuenta claramente de lo que siento (miedo, alegría, rabia, etc.) \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

27. Siento que no hago nada bien \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

28. He llegado a comer y comer sin poder parar \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

29. De niña/o me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros \*


- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

30. Tengo buenos vínculos afectivos \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

Atrás

Siguiente

 Página 5 de 11

Borrar  
formulario



31. Me gusta la forma de mis nalgas (cola) \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

32. Quiero estar más delgada/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

33. No sé qué pasa dentro mío \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

34. Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

35. Es muy difícil ser adulta/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca



36. Detesto cuando no soy la/él mejor en algo \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

37. Me siento segura/o de mi misma/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

38. Pienso mucho en comer \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

39. Me alegra no ser más una chica/o \*


- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

40. Me confundo cuando intento saber si estoy hambriento/a o no \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

[Atrás](#)

[Siguiente](#)

 Página 6 de 11

[Borrar  
formulario](#)



41. Tengo una baja opinión de mi misma/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

42. Creo que puedo lograr las metas que me propongo \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

43. Mis padres esperan de mí un alto nivel de rendimiento \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

44. Me preocupa no poder controlar mis sentimientos \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

45. Creo que mis caderas son demasiado grandes \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca



46. Como moderadamente cuando estoy con otras personas y excesivamente si \*  
estoy solo/a

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

47. Me siento llena/o después de una comida pequeña \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

48. Creo que la niñez es la época más feliz de la vida \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

49. Si aumento de peso, me preocupa seguir aumentando \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

50. Siento que soy una persona valiosa \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

Atrás

Siguiente

Página 7 de 11

Borrar  
formulario



51. Cuando me siento nerviosa/o , no sé si estoy triste, enojada/o o atemorizada/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

52. Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

53. Pienso que si trato de vomitar podré bajar de peso \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

54. Necesito tener a la gente a cierta distancia (me incomoda/o si alguien trata de acercarse demasiado a mí) \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

55. Creo que el tamaño de mis muslos es normal \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca



56. Me siento emocionalmente vacía/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

57. Puedo hablar sobre problemas o sentimientos personales \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

58. La mejor época de la vida es cuando se llega a ser adulta/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

59. Creo que mis nalgas (cola) son demasiado grandes \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

60. Tengo sentimientos que no puedo explicar \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

Atrás

Siguiente

Página 8 de 11

Borrar  
formulario





61. Como o bebo a escondidas \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

62. Creo que mis caderas son del tamaño normal \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

63. Me propongo metas sumamente elevadas \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

64. Cuando estoy nerviosa/o, me preocupa que voy a empezar a comer \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

65. Las personas que más me agradan terminan desilusionándome \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca



66. Me avergüenza ser una persona débil \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

67. Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

68. Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

69. Me siento cómoda/o en la mayoría de las situaciones grupales \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

70. Digo cosas impulsivamente de las que después me arrepiento \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

Atrás

Siguiente

Página 9 de 11

Borrar  
formulario



71. Me esfuerzo mucho por hacer cosas que me den placer \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

72. Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir drogas \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

73. Soy comunicativa/o con la mayoría de la gente \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

74. Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

75. Me siento fortalecida/o espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca



76. Los demás son capaces de entender mis problemas \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

77. Me es imposible sacar de mi cabeza ciertos pensamientos extraños \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

78. Comer por placer es un signo de debilidad \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

79. Suelo tener ataques de rabia \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

80. Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

Atrás

Siguiente

Página 10 de 11

Borrar  
formulario



81. Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir alcohol \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

82. Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

83. Algunas personas piensan que me enojo fácilmente \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

84. Siento que todo me sale mal \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

85. Cambio fácilmente de estado de ánimo \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca



86. Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

87. Me gusta más estar solo/a que en compañía de otras personas \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

88. El sufrimiento nos convierte en mejores personas \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

89. Sé que la gente me quiere \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

90. Siento la necesidad de causarme daño a mí misma/o o a otros \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

91. Creo que me conozco bien a mí misma/o \*

- Siempre o casi siempre
- Generalmente
- Algunas veces
- Nunca o casi nunca

[Atrás](#)

[Enviar](#)

Página 11 de 11 [Borrar formulario](#)

Link de la encuesta que se realizará vía google forms:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScolSvYi933rKGZ11c-syCuB-\\_vGpzLI9LQTZ3zmjY99DbisQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScolSvYi933rKGZ11c-syCuB-_vGpzLI9LQTZ3zmjY99DbisQ/viewform?usp=sf_link)

