

Leonardeli, Eduardo ; Losada, Analía Verónica ; Aragno, Florencia Daniela

Hábitos alimentarios de adolescentes escolarizadas con y sin riesgo de TCA

Adolescent eating habits of school-aged with and without risk of eating disorders

Artículo publicado en:

Praxis. Revista de Psicología Año 18 N° 29, 2016

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Leonardeli, E., Losada, A.V., Aragno, F.D. (2016). Hábitos alimentarios de adolescentes escolarizadas con y sin riesgo de TCA [en línea]. Praxis. Revista de Psicología 18(29).

Disponibile en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/habitos-alimentarios-adolescentes-escolarizadas.pdf> [Fecha de consulta:....]

HÁBITOS ALIMENTARIOS DE ADOLESCENTES ESCOLARIZADAS CON Y SIN RIESGO DE TCA

ADOLESCENT EATING HABITS OF SCHOOL-AGED
WITH AND WITHOUT RISK OF EATING DISORDERS

EdUardo Leonardeli

Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina eleonard@psi.uba.ar

analia VeróniCa losada

Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina analia_losada@yahoo.com.ar

FlorenCia daniela aragno

Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina florencia.aragno@gmail.com

Recibido: 19-4-2016. **Aceptado:** 30-6-2016.

Resumen: Se evaluó la posible relación entre los hábitos de alimentación de las adolescentes y el riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Se trabajó con la EDE-16 dividiendo a la muestra en dos grupos: con riesgo y sin riesgo de TCA. De esta manera se ponderaron aquellos comportamientos de alimentación distorsionados que podrían presentarse en el inicio de un TCA, ya que, como refiere Raich (1998), los TCA constituyen un desorden extremo de la conducta alimentaria, pero existen otras prácticas cotidianas que son consideradas normales, aunque constituyen igualmente un peligro y riesgo para la salud de la persona. Las conclusiones obtenidas manifiestan la ausencia de una correlación positiva entre las variables de hábitos alimentarios, entendidos como realización de comidas habituales, y riesgo de TCA. Es de destacar que esto podría estar relacionado con el pequeño tamaño de la muestra que genera la dispersión de los datos. No obstante, debe considerarse dentro de los hábitos alimentarios a las variables de dietas restrictivas y preocupación por los alimentos y sus calorías. Las puntuaciones de estas escalas demuestran una relación de significación estadística con la presencia de un riesgo de desarrollo de TCA.

Palabras clave: Riesgo, trastorno de la conducta alimentaria, hábitos, adolescentes.

Abstract: The possible Relationship Between Eating Habits of adolescents and the risk of having an eating behaviour disorder was evaluated. I worked with the EDE-16 Sample dividing the sample into two groups: with eating disorder risk and without eating disorder risk. This Way, those distorted food Behaviors that may occur at the beginning of eating disorders were weighted since as Racih (1998) points out, eating disorders are an extreme eating behavior disorder, but although other daily practices are considered normal, they are also a danger and risk for the health of the person/ subject. The conclusions obtained show the absence of a positive correlation between variables of Eating Habits, understood as the preparation of regular meals and Risk of Eating Disorders. It is noteworthy that this may be related to the small size of the sample that generates data dispersion. However, variables of restrictive Diets and Concern for food and its calories should be considered within the eating habits. These scales scores show a significant statistical relationship with the presence of a development risk of Eating disorders.

Keywords: Risk, disorder of eating behavior, habits, adolescents.

1. Delimitación del objeto de estudio

La presente investigación se abocó a describir los hábitos alimentarios en una población de adolescentes femeninas escolarizadas. Se estudiaron los hábitos tanto de las adolescentes que se presenten dentro del grupo de riesgo de padecer un TCA, como de aquellos en grupos sin riesgo.

Se entiende a los hábitos alimentarios como los hábitos adquiridos a lo largo del tiempo sobre el qué comer, horarios de comidas, compañía en las comidas y la frecuencia de las cuatro comidas habituales (De los Santos Sánchez Barbudo, 2007). Desde esta investigación se comprende a la alimentación como un proceso sociocultural, donde el hecho alimentario es tanto producto como productor de relaciones y representaciones culturales y sociales, razón por la cual se tiene en cuenta el hecho de la comensalidad en el establecimiento de los hábitos del adolescente.

El objetivo ha sido conocer los hábitos alimentarios de las escolares adolescentes, ya que los mismos se encuentran sumamente alterados en el caso de los TCA. A su vez se buscará evaluar si los hábitos alimentarios se encuentran distorsionados, también, en casos de riesgo potencial de TCA. La finalidad es promover la prevención de estos trastornos antes de su comienzo al trabajar con los hábitos alimentarios no saludables, ya que al momento de establecerse un TCA son trastornos de difícil remisión total. Se apuntó a la etapa de la adolescencia, edad comprendida entre los 12-13 a 21 años aproximadamente, debido a que, en ese momento a raíz de los grandes cambios vividos a nivel corporal y psicológico, y las características propias de la etapa adolescente que serán descriptas a lo largo del trabajo, aumenta la probabilidad de enfermedades como TCA.

1.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria

Raich (1998) define a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) como “trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta” (22). Esta autora, además, plantea la actual clasificación de los TCA como: Anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y otros trastornos del comportamiento alimentario no especificados (TCANE), que, como define Raich (1998), son aquellos trastornos que no alcanzan a cumplir todas las características de las clasificaciones anteriores de AN y BN. En la misma línea, Gorab e Iñarritu (2005) concuerdan con esta definición del concepto de TCA y agregan los criterios diagnósticos procedentes de la *American Psychiatric Association* (1994) en el *Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales* (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV).

Algunos autores hacen referencia a los TCA como un grupo de psicopatologías que se caracterizan por la presencia de serios disturbios en la ingesta, como ser la conducta de restricción de los alimentos, los episodios de apetito voraz como en el atracón, y la excesiva preocupación por la imagen corporal y/o el peso (Fandiño, Giraldo, Martínez, Aux & Espinosa, 2007). Un estudio realizado por el Instituto de Medicina Tropical (2007) plantea que los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por presentar una alteración de la conducta frente a la ingesta, o presencia de comportamientos de control de peso que como consecuencia llevan a problemas físicos o psicosociales en el sujeto.

Panzitta (2009) tiene en cuenta la importancia de los hábitos alimentarios saludables, considerando a los TCA como trastornos del crecimiento. Se entiende a la bulimia y anorexia como un conjunto de síntomas y signos, que se pueden presentar en distintas entidades

clínicas y según distintos grados de gravedad, que van desde formas menores a mayor gravedad en cuanto comportamiento que implica un daño y puede conducir a la muerte.

Desde esta perspectiva, Pérez Manuel (2004) refiere a los TCA como un *continuum* donde la bulimia y anorexia constituyen los extremos del mismo, pero existen distintos niveles de alteraciones según los hábitos alimentarios saludables y no saludables del sujeto.

1.2. La dieta y la comensalidad

Dentro de los hábitos alimentarios que una persona lleva a cabo se encuentran distintos elementos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de evaluar estos hábitos. En este caso se hace referencia a la dieta y la comensalidad, en tanto que son dos variables principalmente afectadas en el caso de los TCA de forma temprana.

Lameiras Fernández et al. (2002) señalan que el desarrollo de dietas de adelgazamiento, a raíz de una preocupación por la imagen corporal, es considerada una conducta de riesgo. Esto se da porque, a consecuencia de la preocupación por el peso y su imagen, el adolescente establece métodos de control como son en este caso las dietas.

Raich (1998) plantea que en ocasiones se destaca el valor negativo de una dieta, pero que la definición propiamente dicha de dieta hace referencia al comer saludable de una persona. El problema presenta su raíz en que al hablar de dieta se comprende a la misma en su carácter de dieta restrictiva, en donde se llega al comer poco y deficiente, pero esta autora destaca a la dieta como la adquisición de hábitos alimentarios saludables que permitan un adecuado desarrollo y crecimiento de la persona, como la incorporación de comidas sanas y realización de ejercicio.

Desde la misma perspectiva, Panzitta (2002) plantea que cuando nos referimos a la dieta debemos resaltar a la misma por una definición que implica los alimentos que se ingieren durante el día, las 24 horas. Así, esta autora denota que el problema en discusión sobre la dieta resultaría de la distorsión del concepto a partir de lo cual se considera a la dieta como dieta de reducción.

En este trabajo se tiene en cuenta la importancia de la dieta alimentaria restrictiva debido a que, como se viene observando, la misma es considerada un factor de riesgo en investigaciones anteriores. La dieta restrictiva es señalada como un factor de riesgo, ya que implica el inicio de fenómenos *mal nutricionales*, que en un futuro podrían llevar al desarrollo y agravamiento de los TCA (Zamora, Martínez, Gazzo & Cordero, 2002).

Resultados de un estudio realizado con anterioridad demostraron que la restricción calórica es un factor de riesgo en cualquier nivel dentro del continuum de la conducta alimentaria, donde bulimia y anorexia constituyen los extremos, pero en medio se encuentran distintos niveles de alteraciones de los hábitos alimentarios (Pérez Manuel, 2004). Pérez Manuel (2004) señala que es de significativa importancia evaluar la presencia de dietas en el caso de las adolescentes, ya que, comenzando por una dieta para perder peso y alcanzar los modelos estéticos que les son propuestos desde lo social, pueden evolucionar en un TCA.

Por otro lado, la comensalidad implica el comer en compañía de otros, y es de especial importancia tenerlo en cuenta frente a posibles casos de TCA, ya que, como se conoce, la variable comer en compañía es tempranamente afectada en estas patologías.

Como señalan algunos autores como Moreno Villares y Galiano Segovia (2006), la mesa ha sido un vehículo de interacción familiar, el simple hecho de compartir comidas refuerza la identidad familiar. Las comidas familiares pueden ser una ocasión importante para establecer estrechas relaciones paterno filiales, es por eso que la familia ejerce una fuerte influencia en la dieta de los niños y de los adolescentes, y en sus conductas relacionadas con la alimentación.

De los Santos Sánchez Barbudo (2007) refiere a las características negativas de algunas familias, que denominan familias con TCA, donde hay una intensa necesidad de relacionarse a costa de la identidad y diferenciación del sujeto. Frente a estas ideas se resalta la importancia del contexto familiar y la comensalidad para el establecimiento de hábitos alimentarios saludables, que a su vez funcionan como factor protector de los TCA.

1.3. Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia

La patología de los TCA presenta un grave riesgo durante la etapa adolescente (Losada, 2011). Como evidencia de esto se mostró una alta tasa de prevalencia de este trastorno en adolescentes femeninas, iniciándose en el periodo de la adolescencia y pudiendo extenderse a la edad adulta (Góngora, Grinhauz & Suárez Hernández, 2009). La prevalencia de los TCA en adolescentes, además, ha crecido a lo largo de los últimos años, estimándose a los adolescentes como una población en riesgo frente a los TCA. Se plantea que “se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA en las últimas tres décadas, aceptándose un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa, de 1-3% de bulimia nerviosa y de aproximadamente 3% de trastornos de conducta alimentaria no especificados” (Peláez Fernández et al., 2005: 131).

Como factores etiológicos de estos trastornos se habla de una compleja interacción entre distintos factores, tales como los (a) biológicos: genéticos y neuroquímicos, (b) psicológicos: perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima, (c) familiares: padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos y evitadores de conflictos, (d) como sobrevaloración de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética (Marín, 2002).

En la misma línea Sabioncello (2001) se refiere a la etiología de los TCA a partir de trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, posibles alteraciones genéticas o biológicas y el hecho de vivir en una cultura en la que hay exceso de alimentación y obsesión por estar delgados.

Raich (1998) señala como factores de riesgo para patologías de TCA la presión social por estar delgado, la interiorización del modelo estético delgado, la dieta restrictiva, la insatisfacción corporal, el sobrepeso, la historia de burlas relacionadas con la apariencia física por parte de los pares y/o progenitores, la autoestima baja, el afecto negativo y el perfeccionismo. Losada (2011) señala la alta prevalencia de abuso sexual en pacientes con trastornos alimentarios. Losada, Leonardelli y Magliola (2015) postulan que no es necesario tener un IMC con sobrepeso para apreciar la presión que la sociedad practica sobre el propio cuerpo, aunque se observa que individuos con mayor IMC son más susceptibles al impacto que agentes y situaciones sociales despliegan sobre sí mismas.

La adolescencia es la edad comprendida entre los 12-13 a 21 años aproximadamente (Maddaleno, Morello & Infante Espínola, 2003), culminando con la emancipación psicológica del sujeto de la figura de sus padres, y una identidad construida. Durante esta etapa se atraviesan cambios físicos como es la maduración de los órganos genitales, y consecuentemente psicológicos. Además, el adolescente presenta una serie de características propias de la edad que lo hacen más vulnerable a este tipo de patologías. En este sentido Braconnier y Marcelli (2005) señalan: (a) la relevancia que adquiere para el adolescente el cuerpo como lugar para manifestar sus conflictos: a raíz de los importantes cambios vividos, comenzados en la pubertad, el adolescente centra toda su atención e interés en el cuerpo, y frente a un conflicto el mismo será proyectado sobre el cuerpo, (b) la impulsividad y el paso al acto: el adolescente presenta impulso y descarga, no hay mediación del pensamiento en sus conductas, lo cual lo implica en distintos riesgos, (c) la construcción de la imagen corporal

e identidad: a partir de los cambios físicos el adolescente debe organizar una nueva imagen mental de su cuerpo con las características adquiridas, y además, a partir de distintas identificaciones, podrá ir configurando lo que será su propia identidad.

A raíz de estas diferentes características del adolescente, el mismo puede presentar un desorden a nivel de los hábitos que venía llevando a cabo hasta el momento. Desde este aspecto, se señala que hay un aumento de la probabilidad de enfermedades como TCA, debido a que todos los cambios físicos y psíquicos en el adolescente van acompañados de otros determinantes que generan un desorden a nivel de la alimentación del sujeto (Macedo Ojeda et al., 2008). Estas alteraciones en la alimentación del adolescente estarían relacionadas con la adquisición de autonomía para elegir los alimentos ligada a la búsqueda de identidad, la disminución de la influencia familiar en este aspecto, el comer fuera de casa por sus horarios escolares, y la necesidad de pertenecer e identificarse con las costumbres y modas (Macedo Ojeda et al., 2008).

Durante la adolescencia se plantea que se atraviesan procesos normales donde el sujeto se caracteriza por conductas de impulsividad, paso al acto sin mediación del pensamiento, centralización de sus conductas en el cuerpo debido a los grandes e importantes cambios sufridos en el paso del cuerpo de niño a cuerpo de adulto que hacen que el sujeto tome al cuerpo como un escenario (Kaplan & Sadock, 1997). Además de los cambios corporales que le implican al adolescente atravesar procesos psicológicos complejos, el mismo debe adaptarse a los modelos estéticos impuestos desde lo social, los cuales muchas veces es una meta difícil de alcanzar para algunos adolescentes (Panzitta, 2009).

2. Objetivos e hipótesis de la investigación

2.1. *Objetivo general*

El objetivo general de esta investigación es describir los hábitos alimentarios de adolescentes escolarizadas que se encuentren en riesgo de TCA y grupos sin riesgo.

2.2. *Objetivos específicos*

- Analizar si se encuentran diferencias en los hábitos alimentarios según la edad en grupos con riesgo de TCA y grupos sin riesgo.
- Evaluar el grado de preocupación sobre los alimentos y calorías frente a la alimentación en grupos de riesgo de TCA y sin riesgo.
- Justipreciar y describir diferencias en la realización de las cuatro comidas principales en grupos de riesgo de TCA y sin riesgo.
- Describir las diferencias en la presencia de dietas restrictivas en grupos de riesgo de TCA y sin riesgo.
- Examinar y referir la comensalidad en las comidas en grupos de riesgo de TCA y sin riesgo.

2.3. *Hipótesis*

- Se presentan diferencias en los hábitos alimentarios de las adolescentes escolarizadas según las distintas edades en los grupos con riesgo de TCA y grupos sin riesgo.
- No se encontrarán diferencias en los grupos de riesgo y sin riesgo de TCA, en lo que respecta a la preocupación por los alimentos y sus calorías en adolescentes escolarizadas.

- Existen diferencias en la realización de las cuatro comidas principales en grupos de riesgo de TCA y grupos sin riesgo.
- Los hábitos de comensalidad se ven alterados en las adolescentes escolarizadas del grupo de riesgo de TCA.

3. Método

3.1. Diseño

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, de tipo correlacional y de diferencia de grupos.

3.2. Muestra

En esta investigación se convocó a una muestra representativa de 60 adolescentes escolarizadas de sexo femenino, pertenecientes a una muestra mayor de 200 adolescentes que formaron parte de una investigación de "Rastrillaje de Trastornos de la conducta alimentaria y exploración de hábitos y representaciones de la alimentación en colegios secundarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires" a cargo del Lic. Eduardo Leonardelli y la Dra. Analía Losada. El rango de edad de la muestra se conformó entre los 12 y 17 años, en adolescentes femeninas de dos colegios privados de la localidad de Bernal, ciudad de Bs. As, donde el 46,6% pertenecen al Instituto María Auxiliadora y el 53,3% al Instituto Monseñor Esandi. En la muestra convocada la edad media se presenta en 14,06 años, sin especificación del estrato socioeconómico. Asimismo, debido a las condiciones de ambos colegios se infiere un estrato socioeconómico de clase media-alta. Por último, en cuestión de peso y altura, la media fue 62,74 kg y 1,52 metros.

3.3. Instrumentos de recolección de datos

Se administró un cuestionario sociodemográfico junto a la *Eating Disorder Inventory 3* (Garner, 2004) y la *Eating Disorder Examination* (Fairburn, 2008). El *Eating Disorder Inventory* (Garner, 1983) es utilizado como instrumento de screening para identificar casos potenciales de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En esta investigación se utilizará el EDI-3-RF, que es una versión abreviada de la última versión del EDI, EDI-3 (Garner, 2004). Mediante el mismo se busca la evaluación de las preocupaciones excesivas relacionadas con el peso, hábitos alimentarios y dieta, y es un instrumento para identificar riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Se utilizan tres de las 12 escalas del EDI-3, denominadas escalas de riesgo que son la búsqueda de delgadez, bulimia e insatisfacción corporal. De esta manera se evalúa lo específico del trastorno alimentario para conocer el riesgo de padecer un TCA, que luego se integra con las restantes escalas que exploran las características psicológicas generales. A esto se adiciona, además, un cuestionario corto para variables sociodemográficas y pautas de alimentación. La *Eating Disorder Examination 16.0D* (Fairburn, 2008) es una entrevista semiestructurada que consta de 62 ítems que se refieren a las últimas cuatro semanas previas a la entrevista. Cubre tanto bulimia como anorexia, a través de cinco subescalas que comprenden: (1) Subescala de Restricción, (2) Subescala de Preocupaciones sobre el comer (3) Subescala de Preocupación por peso, (4) Subescala de Preocupación por silueta, y (5) Subescala de Preocupación de silueta y peso, acompañados por una serie de ítems de Diagnóstico. Con este instrumento se permite obtener distintos niveles de datos, en tanto ítems diagnósticos para evaluar la presencia o ausencia de conductas que confirman

un trastorno alimentario, ítemes según las distintas escalas para evaluar los aspectos conductuales y actitudinales del trastorno, y además cada respuesta es evaluada según el entrevistador en una escala de 0 a 6 respecto a la frecuencia o intensidad (Robles, Oberst, Sánchez Planell & Chamarro, 2006).

3.4. Procedimientos

A partir de establecer el contacto con los colegios de la localidad de Bernal, se informó a los directivos acerca de las cuestiones de la investigación. Una vez dada la aprobación por parte de los mismos se prosiguió a informarles a las alumnas que participarían cómo se llevaría a cabo la misma y la condición de confidencialidad de los datos. Se solicitaron consentimientos informados a los padres, o representantes legales, de las alumnas que conformaron la muestra sobre la protección de los derechos de sujetos en investigación en salud. De esta manera se asegura a los sujetos una participación voluntaria y se garantiza la confidencialidad de los datos. Una vez obtenidos los consentimientos, las alumnas pudieron formar parte de la muestra.

El trabajo fue llevado a cabo en dos instancias: En un primer momento se les administró la EDI-3-RF junto a un cuestionario de variables sociodemográficas y pautas de alimentación, con la finalidad de detectar posibles casos de riesgo de TCA. Posterior a esta toma, se realizó en un segundo momento, un encuentro para la toma de la EDE 16.0, para alcanzar un diagnóstico final acerca de casos de riesgo de TCA y casos sin riesgo. Una vez obtenidos los datos se prosiguió con el almacenamiento de ellos en una planilla de carga donde se encuentran las variables sociodemográficas, de la EDI-3-RF y de la EDE 16.D.

4. Resultados

Se administró la EDE-16 a 67 adolescentes escolarizadas con el propósito de conocer cómo se manifiestan las distintas variables que integran los hábitos alimentarios con el posible riesgo de TCA. Del análisis de las respuestas obtenidas se dividió a la muestra en dos grupos: se extrajo que un 73,1% de las participantes de la muestra no poseían riesgo de padecer un TCA, mientras que el restante 26,9%, equivalente a 18 participantes, poseía riesgo de desarrollar un TCA.

Tabla 1. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria según EDE Global.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	49	73,1	73,1	73,1
	Sí	18	26,9	26,9	100,3
Total		67	100,0	100,0	

El objetivo general de la investigación ha sido describir los hábitos alimentarios incluyendo en éstos a las cuatro comidas principales y colaciones del día. El propósito de este objetivo es conocer si estos hábitos alimentarios podrían conectarnos con el comienzo de un riesgo de desarrollar un TCA. Como se observa en la Tabla 1, existe un importante porcentaje de adolescentes que se encuentra en el grupo con riesgo de desarrollo de un TCA. Asimismo, no es posible inferir una correlación positiva entre la variable de hábitos alimentarios y la presencia de un riesgo de TCA, debido a que ambos grupos de la muestra

suelen realizar de forma cotidiana las comidas de Desayuno, Almuerzo, Merienda y Cena. De esta manera se destaca que la omisión de comidas es una variable ausente en esta investigación.

El desayuno en el último mes fue realizado en un 68,66% siempre o casi siempre, nunca o casi nunca en un 13,43% y a veces en un 17,91%. El 100 % de las estudiantes almorzó en el último mes. En tanto el 65,7% merendó en el último mes, el 22,39% a veces y el 11,94% nunca o casi nunca. La cena del último mes fue llevada adelante por el 98,51% de las estudiantes encuestadas y el 1,49% nunca o casi nunca.

Los hábitos de desayuno y merienda son realizados por un amplio porcentaje de adolescentes de la muestra (mayor al 60%) a lo largo de los tres meses evaluados. Es de destacar que dentro del porcentaje que no realiza estas comidas de forma habitual entre 3 y 4 participantes poseen riesgo de desarrollar un TCA. En el caso de las comidas de almuerzo y cena presentan contingencias en cuanto que son realizadas por un porcentaje cercano al 100% de la muestra, por lo cual se arriba a la conclusión de que las adolescentes presentarían un plan alimenticio adecuado y organizado en lo que respecta a la realización de las comidas consideradas como centrales.

Tabla 2. Desayuno en el último mes y Riesgo según EDE Global.

		Riesgo según EDE Global		
		No	Sí	Total
Desayuno Nunca/casi Mes 3 nunca	Recuento	6	3	9
	% dentro de Riesgo según EDE Global	12,2	16,7	13,4
A veces	Recuento	8	4	12
	% dentro de Riesgo según EDE Global	16,3	22,2	17,9
Siempre/casi siempre	Recuento	35	11	46
	% dentro de Riesgo según	71,4	61,1	68,7
Total	Recuento	49	18	67
	% dentro de Riesgo según EDE Global	100,0	100,0	100,0

Tabla 3. Almuerzo en el último mes y Riesgo según EDE Global.

		No	Sí	Total
Almuerzo Siempre/casi Mes 3 siempre	Recuento	49	18	67
	% dentro de Riesgo según EDE Global	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Recuento	49	18	67

Tabla 4. Merienda en el último mes y Riesgo según EDE Global.

		No	Sí	Total	
Merienda Mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	4	4	8
		% dentro de Riesgo según EDE Global	8,2%	22,2%	11,9%
	A veces	Recuento	12	3	15
		% dentro de Riesgo según EDE Global	24,5%	16,7%	22,4%
	Siempre/casi siempre	Recuento	33	11	44
		% dentro de Riesgo según EDE Global	67,3%	61,1%	65,7%
Total	Recuento	49	18	67	
	% dentro de Riesgo según EDE Global	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 5. Cena en el último mes y Riesgo según EDE Global.

		No	Sí	Total	
Cena Mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	1	0	1
		% dentro de Riesgo según EDE Global	2,0%	,0%	1,5%
	Siempre/casi siempre	Recuento	48	18	66
		% dentro de Riesgo según EDE Global	98,0%	100,0%	98,5%
Total	Recuento	49	18	67	
	% dentro de Riesgo según EDE Global	100,0%	100,0%	100,0%	

Del análisis de estos datos se infiere que la mayoría de las participantes presenta una conducta similar en cuanto a la realización de las cuatro comidas consideradas en esta investigación como principales, sin intervenir en ello el potencial riesgo de un TCA.

Otra variable evaluada dentro de los hábitos de alimentación son las colaciones entre comidas. Se realizó un análisis de los tres tipos de colaciones que incluyen media mañana,

media tarde y post cena, arrojando como resultado a la colación de media mañana como realizada de forma habitual, con resultados contingentes al Desayuno.

Un porcentaje mayor al 60% realiza de forma habitual una colación en la media mañana sin intermediar diferencias en cuanto a la presencia o ausencia de un TCA. Se infiere, a partir de los comentarios durante la administración de la EDE-16, que esta colación es realizada durante el recreo del colegio y por ello el porcentaje alto en la realización de la misma. Debe considerarse que entre 2 y 3 participantes de la muestra que poseen riesgo de desarrollar un TCA no realizan nunca la colación de media mañana como el restante de participantes. Por su parte, las colaciones de media tarde y post cena encuentran un puntaje del 80% que no suelen realizarlas nunca.

Tabla 6. Colación de media mañana en el último mes y Riesgo según EDE Global.

			No	Sí	Total
Colación media mañana Mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	7	2	9
		% dentro de Riesgo según EDE Global	14,3%	11,1%	13,4%
	A veces	Recuento	11	4	15
		% dentro de Riesgo según EDE Global	22,4%	22,2%	22,4%
	Siempre/casi siempre	Recuento	31	12	43
		% dentro de Riesgo según EDE Global	63,3%	66,7%	64,2%
Total		Recuento	49	18	67
		% dentro de Riesgo según EDE Global	100,0%	100,0%	100,0%

Frente a la colación de media mañana en el último mes el 64,18% de las participantes la realizó siempre o casi siempre, el 22,39% a veces y el 13,43 % nunca o casi nunca. En tanto, la colación de media tarde en el último mes fue cumplimentada siempre o casi siempre en un 10,45% de las participantes, nunca o casi nunca en un 74,63% y a veces por el 14,93% del grupo. Colación en horario de post cena en el último mes fue seleccionado en el 79,10% de la muestra bajo la opción de nunca o casi nunca, a veces en el 10,45% y siempre o casi siempre en el 10,45%.

Además del análisis de las diferencias en los hábitos de alimentación entre el grupo con riesgo y el grupo sin riesgo de desarrollar un TCA, se realizó un análisis según las edades de las participantes que constituyen a la muestra. Las adolescentes evaluadas poseen un rango de edad entre 12 y 18 años.

Con fines estadísticos se reunió a las participantes en tres grupos según sus edades, con el propósito de conocer si existía un grupo de edad mayormente expuesto al riesgo de un TCA. Según los resultados obtenidos, no se puede establecer una relación estadísticamente significativa entre un grupo de edad y el riesgo de desarrollar un TCA, aunque, como se observa en la Tabla 7, dentro del grupo de participantes con riesgo de desarrollar un TCA, el grupo de edad comprendido entre 12-13 años presenta mayores participantes. 10 participantes poseen riesgo de desarrollar un TCA.

Tabla 7. Edad en tres valores y Riesgo según EDE Global.

		No	Si	Total
Edad en 3 valores	12-13 Recuento	23	10	33
	% dentro de Riesgo según EDE Global	46,9%	55,6%	49,3%
	14-15 Recuento	11	3	14
	% dentro de Riesgo según EDE Global	22,4%	16,7%	20,9%
	16-17 Recuento	15	5	20
	% dentro de Riesgo según EDE Global	30,6%	27,8%	29,9%
Total	Recuento	49	18	67
	% dentro de Riesgo según EDE Global	100,0%	100,0%	100,0%

Se realizó un análisis de cada comida central en forma aislada con el fin de conocer si algún grupo de edad presentaba mayores dificultades en la realización habitual de las mismas. Debe destacarse que, a pesar de las conclusiones establecidas, no es posible establecer una relación de significación entre un grupo de edad y el mayor riesgo de desarrollar un TCA. Se observó que el almuerzo y la cena son realizados por todos los grupos de edad, con y sin riesgo, de forma habitual. En el caso del desayuno se denotan mayores participantes con riesgo de desarrollar TCA del grupo de mayor edad comprendido entre 16-17 años, mientras que en el caso de la merienda el grupo que presentó participantes con mayor riesgo fue el de 12-13 años.

Tabla 8. Desayuno en el último mes, Edad en tres valores y Riesgo según EDE Global.

Riesgo según EDE Global			Edad en 3 valores				
No	Desayuno mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	12-13	14-16	16-17	Total
			% dentro de Desayuno mes 3	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
		A veces	Recuento	3	3	2	8
			% dentro de Desayuno mes 3	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%
		Siempre/casi siempre	Recuento	17	6	12	35
			% dentro de Desayuno mes 3	48,6%	17,1%	34,3%	100,0%
	Total		Recuento	23	11	15	49
			% dentro de Desayuno mes 3	46,9%	22,4%	30,6%	100,0%
Si	Desayuno mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	1	0	2	3
			% dentro de Desayuno mes 3	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
		A veces	Recuento	3	0	1	4
			% dentro de Desayuno mes 3	75,0%	,0%	25,0%	100,0%
		Siempre/casi siempre	Recuento	6	3	2	11
			% dentro de Desayuno mes 3	54,5%	27,3%	18,2%	100,0%
	Total		Recuento	10	3	5	18
			% dentro de Desayuno mes 3	55,6%	16,7%	27,8%	100,0%
Total	Desayuno mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	4	2	3	9
			% dentro de Desayuno mes 3	44,4%	22,2%	33,3%	100,0%
		A veces	Recuento	6	3	3	12
			% dentro de Desayuno mes 3	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
		Siempre/casi siempre	Recuento	23	9	14	46
			% dentro de Desayuno mes 3	50,0%	19,6%	30,4%	100,0%
	Total		Recuento	33	14	20	67
			% dentro de Desayuno mes 3	49,3%	20,9%	29,8%	100,0%

Tabla 9. Merienda en el último mes, Edad en tres valores y Riesgo según EDE Global.

Riesgo según EDE Global			Edad en 3 valores				
No	Merienda Mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	12-13	14-15	16-17	Total
			% dentro de Merienda Mes 3	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
		A veces	Recuento	5	3	4	12
			% dentro de Merienda Mes 3	41,7%	25,0%	33,3%	100,0%
		Siempre/casi siempre	Recuento	18	8	9	33
			% dentro de Merienda Mes 3	49,3%	24,2%	27,3%	100,0%
	Total		Recuento	23	11	15	49
			% dentro de Merienda Mes 3	46,9%	22,4%	30,6%	100,0%
Si	Merienda Mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	3	0	1	4
			% dentro de Merienda Mes 3	75,0%	,0%	25,0%	100,0%
		A veces	Recuento	1	0	2	3
			% dentro de Merienda Mes 3	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
		Siempre/casi siempre	Recuento	6	3	2	11
			% dentro de Merienda Mes 3	54,5%	27,3%	18,2%	100,0%
	Total		Recuento	10	3	5	18
			% dentro de Merienda Mes 3	55,6%	16,7%	27,8%	100,0%
Total	Merienda Mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	5	0	3	8
			% dentro de Merienda Mes 3	62,5%	,0%	37,5%	100,0%
		A veces	Recuento	6	3	6	15
			% dentro de Merienda Mes 3	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		Siempre/casi siempre	Recuento	22	11	11	44
			% dentro de Merienda Mes 3	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	Total		Recuento	33	14	20	67
			% dentro de Merienda Mes 3	49,3%	20,9%	29,8%	100,0%

Tabla 10. Almuerzo en el último mes, Edad en tres valores y Riesgo según EDE Global.

Riesgo según EDE Global			Edad en 3 valores			Total	
			12-13	14-16	16-17		
No	Almuerzo Mes 3	Siempre/casi siempre	Recuento	23	11	15	49
			% dentro de Almuerzo Mes 3	46,9%	22,4%	30,6%	100,0%
	Total		Recuento	23	11	15	49
			% dentro de Almuerzo Mes 3	46,9%	22,4%	30,6%	100,0%
Sí	Almuerzo Mes 3	Siempre/casi siempre	Recuento	10	3	5	18
			% dentro de Almuerzo Mes 3	55,6%	16,7%	27,8%	100,0%
	Total		Recuento	10	3	5	18
			% dentro de Almuerzo Mes 3	55,6%	16,7%	27,8%	100,0%
Total	Almuerzo Mes 3	Siempre/casi siempre	Recuento	33	14	20	67
			% dentro de Almuerzo Mes 3	49,3%	20,9%	29,9%	100,0%
	Total		Recuento	33	14	20	67
			% dentro de Almuerzo Mes 3	49,3%	20,9%	29,9%	100,0%

Tabla 11. Cena en el último mes, Edad en tres valores y Riesgo según EDE Global.

Riesgo según EDE Global			Edad en 3 valores			Total	
			12-13	14-16	16-17		
No	Cena Mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	1	0	0	1
			% dentro de Cena Mes 3	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Siempre/casi siempre	Recuento	22	11	15	48
			% dentro de Cena Mes 3	45,8%	22,9%	31,3%	100,0%
	Total		Recuento	23	11	15	49
			% dentro de Cena Mes 3	46,9%	22,4%	30,6%	100,0%
Sí	Cena Mes 3	Siempre/casi siempre	Recuento	10	3	5	18
			% dentro de Cena Mes 3	55,6%	16,7%	27,8%	100,0%
	Total		Recuento	10	3	5	18
			% dentro de Cena Mes 3	55,6%	16,7%	27,8%	100,0%
Total	Cena Mes 3	Nunca/casi nunca	Recuento	1	0	0	1
			% dentro de Cena Mes 3	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		Siempre/casi siempre	Recuento	32	14	20	66
			% dentro de Cena Mes 3	48,5%	21,2%	30,3%	100,0%
	Total		Recuento	33	14	20	67
			% dentro de Cena Mes 3	49,3%	20,9%	29,9%	100,0%

Otro objetivo de la investigación, abordando a los síntomas y signos que aparecen en los TCA, fue evaluar la presencia de las variables de dietas restrictivas y preocupación por los alimentos y sus calorías. Problemáticas de la sociedad actual llevan a hablar de las dietas como algo habitual. Es cotidiano que las personas evalúen y analicen las calorías que presenta un alimento antes de ingerirlo, y esto es visto como un hecho normal ante la vista de los demás. A partir de ello se plantea la necesidad de comparar los niveles de preocupación sobre los alimentos y sus calorías entre los grupos participantes de la muestra a fin de establecer una relación de esta variable con el riesgo de desarrollar un TCA.

Los resultados arrojan que existe una tendencia a la preocupación sobre los alimentos y sus calorías dentro del grupo de adolescentes que presentan un riesgo de TCA. A partir de la prueba de Mann-Whitney podemos inferir una correlación positiva entre el grado de preocupación sobre los alimentos y sus calorías y la presencia de un riesgo de desarrollar un TCA.

Otro factor evaluado en esta muestra es la presencia de dietas restrictivas en ambos grupos, con la finalidad de encontrar diferencias entre el grupo con riesgo y sin riesgo. En contingencia a los resultados obtenidos en el factor de preocupación sobre los alimentos y

sus calorías, según los resultados obtenidos a partir de un examen estadístico de Chicuadrado, existe una tendencia en las adolescentes del grupo con riesgo de TCA a realizar dietas con la finalidad de perder peso. De esta manera se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de dietas, preocupación por los alimentos y sus calorías y el riesgo de desarrollar un TCA.

Tabla 12. Preocupación por los alimentos y sus calorías y Riesgo según EDE Global.

Riesgo según EDE Global		N	Rango promedio	Suma de rangos
Preocupación sobre los y calorías	No alimentos	49	32,08	1572,00
	Sí	18	39,22	706,00
Total		67		

Tabla 13. Dietas restrictivas y Riesgo según EDE Global.

			No	Sí	Total
Reglas dietéticas	Nunca/Casi nunca	Recuento	44	14	58
		% dentro de Reglas dietéticas	75,9%	24,1%	100,0%
	A veces	Recuento	3	0	3
		% dentro de Reglas dietéticas	100,0%	,0%	100,0%
	Siempre/Casi siempre	Recuento	2	4	6
		% dentro de Reglas dietéticas	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Recuento	49	18	67
		% dentro de Reglas dietéticas	73,1%	26,9%	100,0%

Según lo observado en la Tabla 13, un 9% de las participantes de la muestra lleva a cabo alguna regla acerca del qué comer y qué no comer. Dentro de este porcentaje 4 personas poseen riesgo de desarrollar un TCA.

El objetivo final de esta investigación se encuentra ampliamente relacionado con una de las variables más afectadas en el inicio de un TCA, la comensalidad: el acto de comer en compañía. Con la finalidad de evaluar la modalidad de comensalidad de las adolescentes de la muestra, se evaluaron las cuatro comidas principales de forma aislada en distintos ámbitos de compañía a saber: en contexto familiar, acompañada por un par y/o acompañada por un adulto. La merienda resulta como la única comida que la mayoría de las adolescentes de la muestra suelen realizar de forma independiente, sin compañía. Un puntaje mayor al 50% de participantes manifiesta no realizar nunca esta comida acompañadas por un par, adulto y/o en familia. El 34,43% expresó que siempre o casi siempre merienda con Par, el 59,02% nunca o casi nunca y el 6,56% a veces. En relación a la comensalidad en merienda con adulto, el 59,02 % respondió que nunca o casi nunca, el 31,15% siempre o casi siempre y el 9,84% a veces. En tanto en términos de comensalidad merienda en contexto familiar las respuestas

obtenidas aportaron datos de nunca o casi nunca el 69,93%, el 31,15% siempre o casi siempre y el 4,92% nunca o casi nunca. En contraparte, los resultados estiman que: la cena es el principal momento de encuentro familiar, donde el 91,8% de las participantes manifiesta realizarla con toda su familia. El almuerzo presenta contingencias con la cena en cuanto que un 37,7% realiza esta comida en un contexto familiar y un 55,7% acompañado de un adulto. Por último, el desayuno se presenta con porcentajes dispersos en los tres ámbitos de compañía.

Tabla 14. Comensalidad cena con Par.

		No	Sí	Total	
Comensalidad cena con par	Nunca/Casi nunca	Recuento	25	9	34
		% dentro de Comensalidad cena con par	73,5%	26,5%	100,0%
	A veces	Recuento	2	0	2
		% dentro de Comensalidad cena con par	100,0%	,0%	100,0%
	Siempre/Casi siempre	Recuento	16	9	25
		% dentro de Comensalidad cena con par	64,0%	36,0%	100,0%
	Total	Recuento	43	18	61
		% dentro de Comensalidad cena con par	70,5%	29,5%	100,0%

Tabla 15. Comensalidad cena con Adulto.

		No	Sí	Total	
Comensalidad cena con adulto	Nunca/Casi nunca	Recuento	16	9	25
		% dentro de Comensalidad cena con adulto	64,0%	36,0%	100,0%
	A veces	Recuento	1	0	1
		% dentro de Comensalidad cena con adulto	100,0%	,0%	100,0%
	Siempre/Casi siempre	Recuento	26	9	35
		% dentro de Comensalidad cena con adulto	74,3%	25,7%	100,0%

Total	Recuento	43	18	61
	% dentro de Comensalidad cena con adulto	70,5%	29,5%	100,0%

Tabla 16. Comensalidad almuerzo en contexto Familiar.

		No	Sí	Total
Comensalidad almuerzo familiar nunca	Nunca/Casi nunca	21	12	33
	% dentro de Comensalidad almuerzo familiar	63,6%	36,4%	100,0%
A veces	Recuento	5	0	5
	% dentro de Comensalidad almuerzo familiar	100,0%	,0%	100,0%
Siempre/Casi siempre	Recuento	17	6	23
	% dentro de Comensalidad almuerzo familiar	73,9%	26,1%	100,0%
Total	Recuento	43	18	61
	% dentro de Comensalidad almuerzo familiar	70,5%	29,5%	100,0%

Tabla 17. Comensalidad almuerzo con Adulto.

		No	Sí	Total
Comensalidad almuerzo con adulto	Nunca/Casi nunca	15	9	24
	% dentro de Comensalidad almuerzo con adulto	62,5%	37,5%	100,0%
A veces	Recuento	2	1	3
	% dentro de Comensalidad almuerzo con adulto	66,7%	33,3%	100,0%
Siempre/Casi siempre	Recuento	26	8	34

	% dentro de Comensalidad almuerzo con adulto	76,5%	23,5%	100,0%
Total	Recuento	43	18	61
	% dentro de Comensalidad almuerzo con adulto	70,5%	29,5%	100,0%

A partir de los datos obtenidos se infiere que no es posible plantear la existencia de una relación significativa entre la realización de la comida en compañía y la presencia o ausencia de Riesgo de TCA, ya que participantes de ambos grupos manifiestan semejanzas en la realización de las comidas de forma individual o en compañía.

5. Discusión

La presente pesquisa tuvo como propósito general evaluar la posible relación entre los hábitos de alimentación de las adolescentes y el riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria. A estos fines se trabajó con la EDE-16, dividiendo a la muestra en dos grupos: con riesgo y sin riesgo de TCA. De esta manera se permitiría evaluar aquellos comportamientos de alimentación distorsionados que podrían presentarse en el inicio de un TCA, ya que, como refiere Raich (1998), los TCA constituyen un desorden extremo de la conducta alimentaria, pero existen otras prácticas cotidianas que son consideradas normales, aunque constituyen igualmente un peligro y riesgo para la salud de la persona.

Las conclusiones obtenidas manifiestan la ausencia de una correlación positiva entre las variables de hábitos alimentarios, entendidos como realización de comidas habituales, y riesgo de TCA. Es de destacar que esto podría estar relacionado con el pequeño tamaño de la muestra que genera la dispersión de los datos.

No obstante, debe considerarse dentro de los hábitos alimentarios a las variables de Dietas restrictivas y Preocupación por los alimentos y sus calorías. Las puntuaciones de estas escalas demuestran una relación de significación estadística con la presencia de un riesgo de desarrollo de TCA.

Se encontró que las adolescentes estudiadas llevan a cabo una adecuada dieta y realizan de forma cotidiana las cuatro comidas principales. Con algunas diferencias, desde otra investigación se arribó a la misma conclusión en cuanto que las adolescentes no realizaban las cuatro comidas habituales, aunque, aun así, presentaban una dieta variada incluyendo a la totalidad de los grupos alimentarios (Pagani, 2008). En contraposición, Pérez de Eulate et al. (2008) planteaban que el factor que más se destaca es el de la omisión de comidas.

Se encontró cierta asociación no significativa a nivel estadístico, nuevamente debido al tamaño muestral, entre el grupo de edad entre 12-13 años y el riesgo potencial de TCA. Estas dificultades podrían estar relacionadas con que es una edad estrechamente afectada por los cambios físicos y psicológicos que conlleva el inicio de la adolescencia. Como señalan Macedo Ojeda et al. (2008), hay un aumento de la probabilidad de enfermedades como TCA debido a que todos los cambios físicos y psíquicos en el adolescente van acompañados de otros determinantes que generan un desorden a nivel de la alimentación del sujeto. De esta manera, por distintos factores, el cuerpo es tomado como escenario de los conflictos (Braconnier & Marcelli, 2005). Las dificultades y riesgo en este grupo de edad están enteramente vinculados con lo planteado por Pérez Manuel (2004), quien señala que la etapa de la adolescencia es cuando aquellos hábitos adquiridos en la infancia se establecen como hábitos alimentarios estables. La presencia de dietas restrictivas obtuvo una tendencia a puntuaciones altas en el grupo con riesgo de desarrollar un TCA, donde un porcentaje del 9% suele

presentar reglas dietéticas. En línea con los resultados de la investigación, Lameiras Fernández et al. (2002) señalan que el desarrollo de dietas de adelgazamiento, a raíz de una preocupación por la imagen corporal, es considerada una conducta de riesgo. En esta misma línea, la investigación de Pérez de Eulate et al. (2005) arribó a los resultados de que un 21% de los participantes de la muestra estudiada realiza alguna dieta con el fin de perder peso y un 29% ha realizado ejercicio para perder peso.

Para finalizar, los hábitos de comensalidad son considerados una variable de amplia importancia en la evaluación del riesgo de TCA, ya que, como plantean Moreno Villares y Galiano Segovia (2006), la mesa es el vehículo de interacción familiar y la comida un refuerzo de la identidad familiar. Demuestran cómo la familia ejerce una influencia en el establecimiento de la dieta de los niños.

En la misma línea se plantea que, así como la conducta alimentaria es una conducta aprendida a partir de interacciones en el ámbito familiar durante los primeros años de vida, los trastornos nutricionales se establecen en etapas muy tempranas del desarrollo. Los resultados obtenidos en la escala de Comensalidad manifiestan la ausencia de una relación de significación entre el hábito de comer en compañía y el riesgo de desarrollar un TCA. No obstante, se observa que las adolescentes que suelen realizar la comida acompañadas por un adulto, par o en familia presentan mayor protección ante el riesgo de TCA y hábitos alimentarios más saludables. Además, suelen realizar las comidas de forma organizada y sin omisión de las mismas.

5.1. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

Se ha alcanzado conclusiones que aportan al estudio y la prevención de los TCA, no obstante, el tamaño de la muestra ha impedido que se puedan establecer relaciones de significatividad entre las variables estudiadas. A su vez, la población pertenece a estudiantes secundarias femeninas de dos colegios privados de la ciudad de Bernal, GBA Sur, lo cual impide la posibilidad de extender las conclusiones a una población más general.

Es de necesidad que se extienda el estudio aplicando las técnicas utilizadas en esta investigación a población de género masculino, colegios públicos y diferentes zonas. La técnica utilizada de la EDE-16 es una herramienta sumamente valiosa que aportó importantes conclusiones, aunque debe tenerse en cuenta que presenta ciertas limitaciones de validez en cuanto a que la toma e interpretación de los resultados, a pesar de ser basada en criterios establecidos, es administrada por una persona, por lo cual es posiblemente afectada de su subjetividad. Para finalizar, el tipo de estudio realizado requiere del seguimiento de los casos a futuro para obtener mayores conclusiones.

5.2. Fortalezas de la investigación y del trabajo e implicancias para la clínica

Esta investigación permitió realizar un estudio exhaustivo en una muestra de adolescentes de población no clínica acerca de los TCA, que con el paso del tiempo han ido adquiriendo mayor protagonismo en las poblaciones de adolescentes femeninas.

A su vez se ha podido observar la asociación entre la presencia de dietas restrictivas y preocupación sobre los alimentos y sus calorías en el grupo considerado como riesgoso de desarrollar un TCA, lo cual permite evaluar estrategias preventivas ante la aparición de los TCA. Como se vio a lo largo de la investigación, los TCA comprenden solo un extremo del continuum de problemas relacionados a los hábitos alimentarios que pueden aparecer en una persona.

Estas conclusiones pueden ser de gran aporte para la psicología clínica y preventiva con el fin de estudiar estrategias y planes de acción en poblaciones no clínicas con el fin de evitar el desarrollo de un TCA.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington D.C. Masson.
- Braconier, A. & Marcelli, D. (2005). *Psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.
- De los Santos Sánchez Barbudo, A. (2007). Nuevas familias y conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 5, 439-456.
- Fandiño, A., Giraldo, S., Martínez, C., Aux, C. & Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médico*, 38(4).
- Góngora, V., Grinhauz, A. & Suárez Hernández, N. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Un estudio sobre conductas y cogniciones. *Anuario de Investigaciones, XVI. Facultad de Psicología, UBA16*, 25-31.
- Gorab, A., Iñarritu, M. del C. (2005). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia*. México: Dirección General de Divulgación de la Ciencia.
- Instituto de Medicina Tropical (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de primer año de medicina. *Academia biomédica digital* (47). Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Disponible en: [http:// vitae.ucv.ve/pdfs/](http://vitae.ucv.ve/pdfs/)
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1997). *Tratado de psiquiatría* (6ta ed.). Buenos Aires: Intermedica.
- Lameiras Fernández, M., Calado Otero, M., Rodríguez Castro, Y. & Fernández Prieto, M. (2002). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 23-33.
- Losada, A., Leonardelli, E. & Magliola, M. (2015). Influencia sociocultural y los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), 381.
- Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Argentina.
- Macedo Ojeda, G., Bernal Orozco, M., López Uriarte, P., Hunot, C., Vizmanos, B. & Rovillé Sausse, F. (2008). Hábitos alimentarios en adolescentes de la Zona Urbana de Guadalajara, México. *Antropo*, 16, 29-41.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública De México*, 45, 132-139.
- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena Nutricional*, 29(2).
- Moreno Villares, J. & Galiano Segovia, M. (2006). La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediátrica España*, 64(11), 554-558.
- Pagani, S. (2008). *Hábitos alimentarios de estudiantes secundarios de la ciudad de San Lorenzo*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Cs. de la Salud, Sede regional Rosario.
- Peláez Fernández, M., Labrador Encinas, F. & Raich Escursell, R. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2), 135-148.
- Pérez de Eulate, L., Ramos, P., Liberal, S. & Latorre, M. (2005). Educación nutricional: Una encuesta sobre hábitos alimenticios en adolescentes vascos. *Enseñanza de las Ciencias*, N° extra, VII Publicación del Congreso, 1-5.
- Pérez Manuel, S. (2004). *Estado nutricional y psicosocial en adolescentes con alteración de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Facultat de Medicina y Ciències de la Salut, Departament de Medicina i Cirurgia.
- Raich, R. M. (1998). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Buenos Aires: Pirámide.

- Robles, M., Oberst, U., Sánchez-Planell, L. & Chamarro, A. (2006). Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorder Examination. *Medicina Clínica*, 127(19), 734-735.
- Sabioncello, S. F. (2001). *Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Zamora, R., Martínez, A., Gazzo, C. & Cordero, S. (2002). Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 73(3), 129-136.