



**Universidad
Europea MADRID**

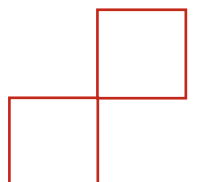
Realfooding, dietas, ayuno intermitente y otros hábitos alimenticios y su relación con la imagen corporal.

Estudio sobre la influencia de factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Máster de Psicología General Sanitaria

Autor/a Ana de la Villa Ramírez Sánchez
Tutor/a Andrea Álvarez San Millán

28 de Febrero de 2022





Agradezco en primer lugar a mi tutora, Andrea, el tiempo dedicado y los conocimientos ofrecidos. A mi madre, que me ha apoyado en todo momento y sobre todo me ha escuchado cuando he necesitado ventilar emocionalmente y me ha dado la oportunidad de formarme en aquello que siempre he soñado y me hace feliz. A mis hermanas, Carmen y María, por la compañía y el interés ofrecido en la distancia. A mis compañeras de piso y amigas, Raquel y Mari, por estar todos los días compartiendo los momentos más duros y más felices de la realización de este proyecto. A todas mis amigas de Madrid, compañeros/as de clase y de experiencias, de los que me siento profundamente orgullosa de haber conocido durante el máster en la universidad. No puede faltar, agradecérselo a mi psicóloga, Rocío, que me hizo adentrarme y querer saber más sobre este tipo de problemáticas, que me hizo abrir los ojos y querer aprender nuevas conductas y formas de relacionarme con la alimentación y conmigo misma. Gracias a todos/as los/as profesores de la universidad por enriquecer mi formación y contribuir en que ame aún más esta maravillosa profesión.



Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una problemática que está en auge y están afectando cada vez más a personas de menor edad. Actualmente, existen estilos de vida relacionados con la alimentación, como son el *realfooding*, el ayuno intermitente, la realización de dietas y la pertenencia a grupos pro-Ana y pro-Mía, sin embargo, hay poca investigación de las consecuencias psicológicas de realizar estas prácticas alimenticias. El principal objetivo de este estudio ha sido comprobar si existe una relación entre la insatisfacción corporal y llevar a cabo estos hábitos. Asimismo, se ha explorado si estos suponen un riesgo para desarrollar TCA. Para ello, se ha realizado una encuesta y se ha distribuido a 551 participantes con edades comprendidas entre los 18 y 40 años. Los resultados han revelado que estas prácticas alimenticias están relacionadas con la insatisfacción corporal y que las personas que las realizan tienen un riesgo mayor a padecer TCA, tal y como exponen otros estudios. No obstante, se necesitan más investigaciones para comprobar los resultados de la presente investigación.

Palabras clave

Ayuno intermitente, dieta, insatisfacción corporal, ortorexia, pro-Ana, pro-Mía, *realfooding*, trastornos de la conducta alimentaria.



Abstract

Eating disorders (EDs) are a problem that is on the rise and are increasingly affecting younger people. Currently, there are lifestyles related to food, such as realfooding, intermittent fasting, dieting and belonging to pro-Ana and pro-Mía groups, however, there is little research on the psychological consequences of doing these food practices. The main objective of this study has been to verify if there is a relationship between body dissatisfaction and carrying out these habits. Likewise, it has been explored whether these pose a risk for developing eating disorders. For this, a survey has been carried out and distributed to 551 participants aged between 18 and 40 years. The results have revealed that these eating practices are related to body dissatisfaction and that the people who carry them out have a higher risk of suffering from eating disorders, as other studies show. However, more research is needed to verify the results of the present investigation.

Keywords

Body dissatisfaction, diet, eating disorder, intermittent fasting, orthorexia, pro Ana, pro-Mia, realfooding.



Índice

1.	Introducción	9
2.	Marco teórico	11
2.1.	Trastornos de la conducta alimentaria.....	11
2.2.	Ortorexia.....	11
2.3.	Prevalencia.....	12
2.4.	Factores de riesgo.....	13
2.4.1.	Factores biológicos.....	13
2.4.2.	Factores familiares.....	14
2.4.3.	Factores sociales.....	14
2.4.4.	Factores conductuales.....	16
3.	Objetivos	17
4.	Método	18
4.1.	Diseño.....	18
4.2.	Muestra.....	18
4.3.	Instrumento.....	21
4.4.	Procedimiento.....	22
4.5.	Análisis de los datos.....	22
5.	Resultados	24
6.	Discusión	34
7.	Conclusiones	41
8.	Referencias bibliográficas	43
9.	Anexos	51



Índice de abreviaturas

Abreviatura	Significado
AI	Ayuno intermitente
AN	Anorexia nerviosa
BN	Bulimia nerviosa
DSM-5	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
IC	Insatisfacción corporal
IMC	Índice de masa corporal
ON	Ortorexia nerviosa
SEMG	Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
TA	Trastorno por atracón
TCA	Trastorno de la conducta alimentaria
TCANE	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado



Índice de Tablas

Tabla 1: Recuento. Diagnóstico en TCA según el genero.....	25
Tabla 2: Porcentajes de participantes que se sienten mal después de consumir alimentos ultraprocesados según si siguen una alimentación basada en el <i>realfooding</i> o no.....	28
Tabla I: Anexo 3. Análisis descriptivos de la edad en función del tipo de diagnóstico en TCA.....	60
Tabla II: Anexo 4. Porcentajes de participantes que llevan a cabo conductas compensatorias, restrictivas y compulsivas según si se sigue la alimentación <i>realfooding</i> o no.....	60
Tabla III: Anexo 5. Porcentajes de personas que realizan conductas de riesgo para desarrollar un TCA en función de si practican el AI o no.....	62
Tabla IV: Anexo 6. Porcentajes de personas que realizan conductas de riesgo para desarrollar un TCA en función de si realizan dietas alimenticias o no.....	64



Índice de Figuras

Figura 1: Porcentajes de participantes con diagnóstico en TCA.....	19
Figura 2: Tipo de diagnóstico en TCA que tienen los participantes en cuanto al genero.....	20
Figura 3: Medias de las puntuaciones en IC en función del tipo de alimentación.....	27
Figura 4: Medias en IC en función de si realizan ayuno intermitente o no.....	29
Figura 5: Porcentajes del tipo de dietas que realizan los/as participantes según si tienen diagnóstico en TCA o no.....	32
Figura 6: Porcentajes de participantes que tienen diagnóstico en TCA o no, en función de si pertenecen a grupos pro-Ana y pro-Mía.....	33

1. Introducción

¿Por qué y para qué comemos?, ¿qué función puede tener la comida o el hecho de comer? Para empezar, la comida cumple múltiples y variadas funciones según el contexto donde se analice la conducta de comer. Algunas de estas funciones pueden ser el sabor agradable de ciertos alimentos y el placer que conlleva ingerirlos, la reducción del malestar que provoca el hambre, el disfrute social de compartir momentos con los demás donde la comida está presente, sensación de control o por mero entretenimiento (Dye y Blundell, 2002).

A priori, por una cuestión fisiológica, las personas deberíamos mantener una relación natural con la comida, necesitamos energía para sobrevivir y esta se obtiene de los nutrientes que contienen los alimentos (Carrasco y Luna, 2000). Sin embargo, en España, los últimos estudios revelan que de un 4,1% a 6,4% de mujeres entre 12 y 21 años y un 0,3% de hombres sufren algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Están aumentando más en los últimos años, 9 de cada 10 casos ocurre en mujeres (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulimia, 2020). Si a esto le sumamos los casos de aquellas personas que no buscan tratamiento, que no han recibido diagnóstico como tal o que no son conscientes de la enfermedad, el número de casos aumenta exponencialmente.

Golden et al. (2003), situaron entre los diagnósticos más frecuentes en adolescentes el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), seguido de la Anorexia Nerviosa y finalmente de la Bulimia Nerviosa. Mientras que el TCANE, la AN y la BN sí son cuadros clínicos reconocidos por el DSM-5 (American Psychological Association, 2013), otras patologías aún no tienen el reconocimiento necesario, como es la "Ortorexia", término acuñado por Steven Bratman en 1997 (Bratman, 1997). Las personas que siguen estos hábitos y rituales refieren aislamiento social compensatorio y un deterioro en diferentes áreas de sus vidas, por lo que comparten semejanzas en cuanto a comportamientos restrictivos y obsesivos en TCA (Aranzeta, 2007).

En España, se desconocen datos exactos de prevalencia en ortorexia porque es una construcción novedosa y aún no hay estudios suficientes, sin embargo, el número de personas que siguen dietas alimenticias rígidas y restrictivas está aumentando desmesuradamente en los últimos años. Algunos autores sugieren que la ortorexia puede ser un riesgo para desarrollar un TCA. Por otro lado, algunos estudios revelan que las personas que están en la parte final del tratamiento de un TCA tienen conductas ortoréxicas relacionadas con el control de la comida saludable (Busatta et al., 2021).

Actualmente, numerosas personas y sobre todo adolescentes siguen patrones alimenticios novedosos que aparecen en medios de comunicación, redes sociales, etc., que hacen apología de salud nutricional, como el *realfooding*, ayuno intermitente, dietas hipocalóricas, milagro, cetogénicas, proteicas, etc. con el objetivo de “cuidar la salud” sin tener en cuenta las consecuencias negativas que pueden tener para la propia salud la obsesión, el control y la restricción de los alimentos que se consumen (Athanasian et al., 2021). Por otro lado, en el mundo de las redes se ha extendido el movimiento pro-anorexia (pro-Ana), pro-bulimia (pro-Mía) y pro-alimentación saludable (pro-Alisa). Comenzó en EEUU y se extendió a Europa en la década de los 90 (Lago et al., 2012).

Estos recientes fenómenos suponen un auge en la actualidad y por ahora son escasas las investigaciones que estudien los posibles efectos o la relación con una mala percepción de la imagen corporal o el riesgo de padecer un TCA en las personas que siguen estos hábitos alimenticios. Es importante destacar, que estos hábitos pueden suponer un riesgo según la función con la que se realicen las conductas. Por ello, el objetivo de este estudio es evaluar la función de las conductas de los/as participantes relacionadas con los hábitos alimenticios y la actividad física.

2. Marco teórico

2.1. Trastornos de la conducta alimentaria

Según Ortiz et al. (2017), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de psicopatologías que se caracterizan por un comportamiento patológico en la ingesta, control, restricción alimenticia, episodios de excesiva ingesta o atracones y preocupación por el peso e imagen corporal, teniendo una insatisfacción corporal mayor que las personas que no padecen estas patologías. En el Anexo 1 se explica la clasificación de los TCA según el DSM-5.

2.2. Ortorexia

La ciencia de la nutrición ha crecido principalmente desde la década de los 90. Este interés en una alimentación saludable, en ocasiones, llega al extremo, transformándose en una obsesión por la misma. En algunas ocasiones, este estilo de vida, conductas u obsesiones se vuelven patológicas, llamándose “ortorexia nerviosa” (Behar, 2021).

Actualmente, se debate si la ortorexia debería ser un trastorno o no. De hecho, no aparece en el DSM-V como un trastorno, ni se especifican criterios diagnósticos para el mismo. Si bien, hay que diferenciar la funcionalidad de las conductas respecto a estos hábitos alimenticios. Algunos autores han diferenciado la ortorexia saludable (tendencia o interés hacia una alimentación sana con el objetivo de cuidar la salud con flexibilidad y sin que esté presente la culpabilidad y otras emociones que suponen un riesgo) y la ortorexia nerviosa (preocupación patológica por comer de manera saludable con la función de reducir el malestar y culpabilidad que supone consumir alimentos menos interesantes a nivel nutricional). La ortorexia nerviosa se fundamenta por el control de la alimentación y la restricción o prohibición de ciertos alimentos, produciendo malestar si se ingieren tales alimentos “prohibidos” o “demonizados” (Barthels et al., 2019; Depa et al., 2019).

La ortorexia nerviosa puede coexistir o tener comorbilidad con otros trastornos alimentarios; también puede ser un riesgo que precede a los TCA, afectando los hábitos alimenticios, aunque de esto aún hay poca investigación (Plichta y Jezewska, 2020). Por otro lado, en personas en recuperación de un TCA, aparecen con mayor prevalencia los comportamientos ortoréxicos y tienden a aumentar con el tratamiento (Segura et al., 2015).

2.3. Prevalencia

Se conoce que los TCA afectan mayoritariamente a las mujeres (9 a 1) y suelen tener su inicio en la adolescencia. Por ello, en población adolescente, en España, la tasa de prevalencia de TCA es de alrededor del 4,1 – 4,5% entre los 12 y los 21 años (Associació Contra l’Anorèxia i la Bulimia, 2020). Asimismo, el 70% de los adolescentes no se sienten a gusto con su cuerpo, 6 de cada 10 chicas creen que serían más felices delgadas y el 30% realizan conductas de riesgo para conseguirlo (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, SEMG, 2018). En el Hospital Niño Jesús de Madrid se ha constatado, en los últimos cuatro años, un aumento de un 15% en menores de 12 años con algún TCA, por lo que esta problemática actualmente aparece cada vez a edades más tempranas. Concretamente, la AN se sitúa alrededor del 0,3%; la BN en torno al 0,8% y el TCANE en el 3,1% en población femenina dentro del rango de edad de 12 y 21 años (Associació Contra l’Anorèxia i la Bulimia, 2020).

Para la AN el rango de edad de mayor riesgo de aparición es entre los 13 y 18 años. Para la BN el rango de edad de mayor riesgo es de 18 a 24 años. En España, se aprecia que un 21% de las mujeres y un 15% de los hombres universitarios están en riesgo de sufrir esta problemática (Asociación TCA Aragón, 2020). A nivel mundial, el número de casos de TCA se ha duplicado en los últimos 18 años: La prevalencia ha aumentado de 3,4% a 7,8% (Asociación TCA Aragón, 2020).

En relación con la ortorexia nerviosa (ON), el estudio llevado a cabo por Ruiz y Quiles (2021) reveló que el 30,5% de los estudiantes universitarios presentaban un alto riesgo de tener ON,

observando mayores conductas ortoréxicas en mujeres. En general, es difícil estimar el grado de prevalencia en esta problemática por la falta de criterios de clasificación y por la falta de investigación y datos de las mismas.

2.4. Factores de riesgo

Antes de comenzar, es importante remarcar que el desarrollo de un TCA es multicausal, e influyen diversos componentes a la hora de padecer alguna de estas problemáticas y que ninguna por sí sola desencadena un TCA, para ello habría que evaluar las variables moduladoras y disposicionales de cada persona.

2.4.1. *Factores biológicos.*

Diversos estudios han observado los factores biológicos que influían en los TCA, encontraron que la heredabilidad de algunos TCA como la AN y la BN era moderadamente alta (Helder y Collier, 2011; Schorr y Miller, 2017; Thorton et al., 2011). Sin embargo, los estudios no respaldan que el desarrollo de los TCA se deba a influencias genéticas, más bien, que las alteraciones metabólicas, neuroquímicas y biológicas podrían ser la consecuencia de padecer un TCA y de las conductas de riesgo que se realizan dentro de estas problemáticas (Sudo, 2021). Por ello, en el presente estudio, nos centraremos en los factores socioculturales y psicológicos que según la literatura revisada tienen más peso en el desarrollo de estos trastornos.

2.4.2. Factores familiares.

Dada la alta prevalencia de TCA en niños y adolescentes, la influencia familiar tiene una gran relevancia debido al papel que juega tanto en la etiología como en la recuperación de estas patologías (Ruíz et al., 2013).

En relación con el funcionamiento familiar, diferentes autores revelaron que las personas con BN tenían un funcionamiento familiar más deteriorado caracterizado por bajos niveles de cohesión, respuesta afectiva y expresión (Dancyger et al., 2005; Vidovic et al., 2005). Por otro lado, el funcionamiento familiar de las personas con AN se caracterizaba por ser rígido, basado en la autoridad, perfeccionismo, exigencia y con escasa comunicación (Dancyger et al., 2005; Vidovic et al., 2005).

Por otra parte, Fonseca et al. (2002) destacan la relación entre experiencias familiares estresantes y traumáticas como abuso sexual, fallecimientos, abuso de sustancias y la presencia de conductas alimentarias patológicas. Mientras que Moreno y Londoño (2017) ponen el foco en el rol protector que los padres ejercen como riesgo para el desarrollo de un TCA, teniendo en cuenta el modelado y aprendizaje vicario del comportamiento de los padres que reciben los hijos durante su aprendizaje.

2.4.3. Factores sociales.

Los factores sociales son considerados una base predominante en los TCA (Carrillo, 2005), aunque no afectan del mismo modo a todas las personas. Cuando estos se juntan con otros factores conductuales y psicológicos, el riesgo es aún mayor. Los factores sociales y culturales están relacionados con el culto al cuerpo, la cultura de dieta, la gordofobia y los estereotipos de género.

Por una parte, la exigencia y presión que se ejerce sobre el aspecto físico, determina en muchos casos el deseo por un cuerpo prototípico y delgado que está relacionado con un mayor triunfo, y por lo tanto, valía personal, aunque esta correlación no es real (Carrillo, 2005). Esto se debe en gran

parte a la gordofobia, es decir, a la discriminación de las personas con sobrepeso. Este sesgo asocia a las personas con sobrepeso con falta de autoestima y falta de voluntad (Carrillo, 2005).

Actualmente, los cánones de belleza, sobre todo en mujeres es un tema de crítica social. Impera sobre el sistema patriarcal, los estereotipos de género, emitiendo una visión negativa a las mujeres gordas, lo que potencia la cosificación de las mujeres (Suárez, 2017). El ideal de belleza actual, debido al sistema patriarcal, observa que el rechazo de las personas con obesidad no es el mismo en mujeres que en hombres, sufriendo las mujeres mayor presión por mantener los cánones de belleza (De Miguel, 2021).

Todo ello está inmerso en la sociedad a través de la cultura de la dieta y el culto al cuerpo. Se puede ver el ideal de belleza reflejado en las redes sociales, *influencers*, publicidad, cine, televisión, industrias de la moda, etc. La cultura de dieta gira en torno a la creencia de que los cuerpos delgados son los más saludables, valiosos y atractivos. Este sistema pone énfasis en el valor de lo que comemos y a cómo nos vemos en vez de a cómo nos sentimos, premiando y reforzando la delgadez. Las consecuencias de estas creencias son caer en dietas y restricciones alimenticias, cambiar la imagen real de la persona influida por una IC, afectando a la autoestima y pudiendo llevar a las personas a realizar conductas de riesgo para el desarrollo de TCA (Faw et al., 2020).

Como se ha mencionado antes, la influencia de las redes sociales en TCA, ha despertado un gran interés en la red. Actualmente, están proliferando en internet páginas, blogs y grupos que promueven los TCA. Estos grupos son conocidos como “Ana y Mía”. Se hacen llamar “princesas” “Ana” (pro-anorexia), “Mía” (pro-bulimia) y “Alisa” (pro-alimentación saludable). Este fenómeno comenzó a popularizarse en el año 2004. Las personas que pertenecen a estos grupos, lo definen como un estilo de vida, creando su propio lenguaje que incita a los participantes a perder peso. Algunos de los términos que utilizan son *meanspo* (críticas ofensivas acerca de la imagen corporal para hacer sentir mal a la persona por su cuerpo y llevar a cabo conductas restrictivas y compensatorias), *thinspo* (ver imágenes de personas extremadamente delgadas como forma de motivación), etc. Estas personas realizan competiciones para ver quien adelgaza más rápido y se dan trucos para inducirse el vómito,

tomar laxantes, restringir alimentos, dietas desequilibradas, mantener el ayuno, y demás conductas patológicas que ponen en peligro la salud de las personas que las realizan (Bermejo et al., 2011).

2.4.4. Factores conductuales.

En relación con la cultura de la dieta y culto al cuerpo, existen detrás industrias multimillonarias que buscan vender productos bajo mensajes de motivación para perder peso, reducir la celulitis, estrías, etc., manteniendo las creencias gordofóbicas que llevan a una IC constante con el cuerpo, la necesidad de cambiarlo y una mala relación con la comida. Un ejemplo de estos productos que tienen el objetivo de hacer creer a las personas que conseguirán su peso ideal y por ende se sentirán bien, son los batidos dietéticos, edulcorantes artificiales, suplementos, infusiones y pastillas para adelgazar. (Research and markets, 2021).

Como resultado de la sobreexposición del ideal de belleza y la cultura de la dieta, se están observando actualmente un incremento en la aparición de hábitos alimenticios, dietas y movimientos que pueden influir en el desarrollo de problemas nutricionales y problemas con la relación con la imagen corporal (Marcos-Retuerta, 2019). Tener una alimentación saludable y variada es beneficioso para la salud. Sin embargo, la obsesión y preocupación excesiva por los alimentos ingeridos, así como la pureza o el aporte calórico de los mismos, puede contribuir al desarrollo de alteraciones nutricionales y conductas patológicas (Marcos-Retuerta, 2019).

Existe poca investigación acerca de los efectos que tienen en la relación con la imagen corporal y la relación con la comida, estas nuevas tendencias, como son el *realfooding*, dietas alimenticias y el “ayuno intermitente”. El *realfooding*, término creado por Carlos Ríos en 2016, defiende una alimentación real basada en alimentos frescos y no procesados, llegando a las personas a través de blogs y redes sociales. Este nutricionista lo define como “un estilo de vida basado en comer comida real y no consumir alimentos ultraprocesados”. Por otro lado, el ayuno intermitente, trata de un acto cíclico en el que se dejan de ingerir alimentos durante un periodo de tiempo que varía según el tipo

de ayuno, siendo el más frecuente el 16-8, es decir, 16 horas de ayuno y 8 horas de ingesta. En algunas personas, este hábito produce hambre exagerada que deriva en una mayor probabilidad de atracones de comida, irritabilidad y falta de concentración (Canicoba, 2020).

Estas tendencias, llevadas al extremo y sobre todo realizadas por personas que carecen de información y conocimiento pueden suponer un riesgo a desarrollar deficiencias nutricionales, conductas obsesivas y compensatorias, así como, una mala relación con la comida y con la figura corporal, puesto que la adquisición de estos hábitos genera en las personas que lo practican sensación de control y superioridad, además de sentimientos de culpabilidad y malestar cuando no cumplen con sus objetivos preestablecidos (Marcos-Retuerta, 2019).

3. Objetivos

Considerando las investigaciones y planteamientos previos, el principal objetivo de este trabajo es comprobar si hay relación entre llevar hábitos alimenticios asociados a la restricción de alimentos y control de los mismos (como el *realfooding*, dietas y ayuno intermitente) y tener una mala relación con la imagen corporal. Asimismo, se estableció como propósito comparar los resultados con población clínica diagnosticada de TCA, para comprobar si existe un riesgo entre llevar estos hábitos alimenticios y exigencia en el ejercicio físico con el desarrollo de algún TCA.

Concretamente, en este proyecto se plantean las siguientes hipótesis:

- Las mujeres tienen una peor relación con su imagen corporal y el número de diagnósticos en TCA es mayor que los hombres y que las personas con género no binario, y la edad de estas está entre los 18 y 25 años.
- Las personas que siguen una alimentación *realfooding* tienen una mala relación con su imagen corporal, sienten culpabilidad después de consumir alimentos ultraprocesados, llevan a cabo conductas compensatorias, tienen miedo a engordar y tienen problemas en su vida diaria.

- Las personas que realizan el ayuno intermitente tienen una mala relación con su imagen corporal, tienen atracones de comida después y realizan conductas compensatorias. Asimismo, las personas que realizan ayunos intermitentes más largos tienen más riesgo de padecer un TCA.
- Las personas que realizan dietas alimenticias tienen una mala relación con su imagen corporal, tienen atracones de comida con sentimientos de culpabilidad y realizan conductas compensatorias.
- Las personas que pertenecen a grupos Pro-Ana y Pro-Mia tienen una mala relación con su imagen corporal y TCA o riesgo de padecerlo.

Para comprobar las siguientes hipótesis, se llevó a cabo el estudio descrito a continuación.

4. Método

4.1. Diseño

Se utilizó un diseño observacional descriptivo, ya que se pretende comparar las respuestas de un grupo sin diagnóstico de TCA con un grupo con diagnóstico de TCA, para conocer cómo se distribuyen las respuestas respecto a determinados hábitos alimenticios y comportamentales. Por otro lado, se trata de un diseño transversal, pues la recolección de los datos se ha realizado en un solo momento temporal.

4.2. Muestra

La muestra total está integrada por 551 personas, no se han perdido ningún caso, por lo que la muestra se mantiene en ese número. Como criterio de exclusión se ha empleado la edad, para los

menores de edad y para las personas de más de 40 años. De este modo, las edades comprendidas son entre los 18 y los 40 años, ambas incluidas. El rango de edad comprendido entre los 24 y 25 años se corresponde con un mayor número de participantes. En relación con la muestra:

- El 80.8 % (446) de participantes son mujeres; el 17.4 % (96) son hombres y el 1.6 % (9) se identifican con género no binario.
- El 88 % (486 participantes) no tiene diagnóstico en TCA frente al 11.8 % (65 participantes) que sí tiene diagnóstico en TCA. Entre los participantes que tienen diagnóstico en TCA, el 4.5 % (25 participantes) tiene anorexia nerviosa; el 3.3 % (18 participantes) tiene bulimia nerviosa; el 2.7 % (15 participantes) tiene trastorno de la conducta alimentaria no especificado y el 1.4 % (8 participantes) tiene trastorno por atracón. En lo que se refiere al género, el 92.3 % (60 participantes) de personas diagnosticadas con TCA son mujeres, el 4.6 % (3 participantes) son hombres y el 3.1 % (2 participantes) son personas que se identifican con género no binario. En la Figura 1 se ilustran gráficamente los porcentajes de género de los participantes con diagnóstico en TCA.

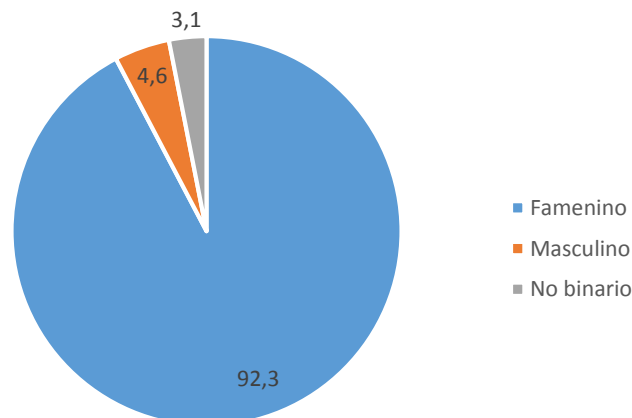


Figura 1: Porcentajes de participantes con diagnóstico en TCA.

Concretamente, en nuestra muestra, el 88 % de personas con anorexia nerviosa (22 participantes) son mujeres, el 4 % (1 participante) son hombres y el 8 % (2 participantes) son personas que se identifican con género no binario. En relación con la bulimia, el 100 % de las personas (18 participantes) son mujeres. Respecto al trastorno por atracón, el 87.5 % de personas (7 participantes) son mujeres y el 12.5 % (1 participante) son hombres. Por otro lado, el 93.3 % de personas con trastorno de la conducta alimentaria no especificado (14 participantes) son mujeres y el 6.7 % (1 participante) son hombres. Estos datos se muestran en la siguiente Figura 2.

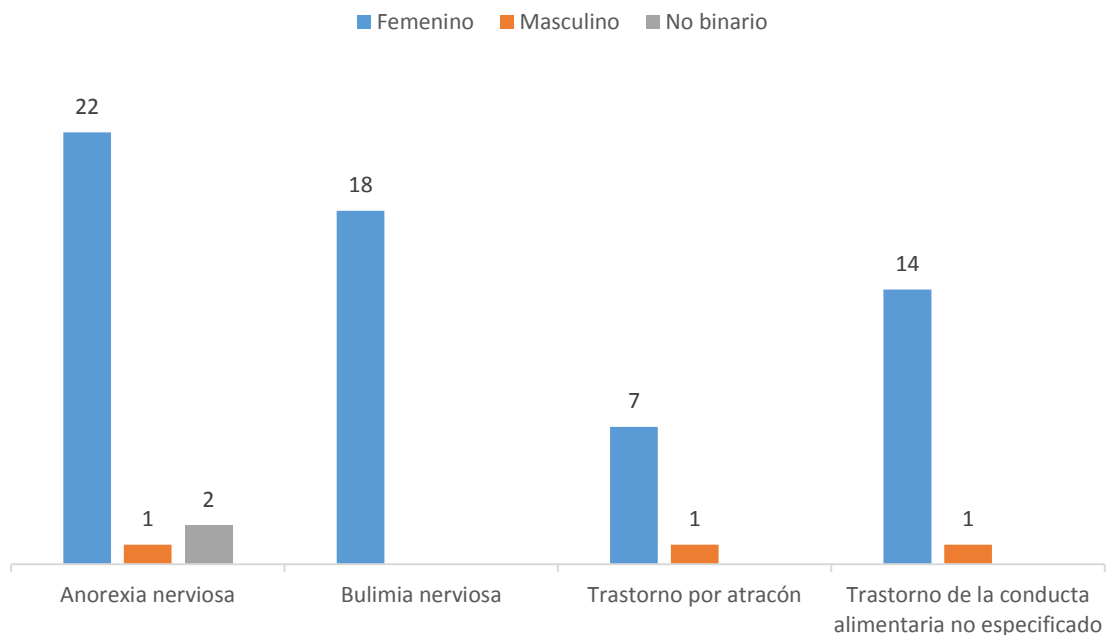


Figura 2: Tipo de diagnóstico en TCA que tienen los participantes en cuanto al género.

4.3. Instrumento

Se ha utilizado una encuesta realizada mediante la plataforma de Google Form. La encuesta consta de 82 ítems (Anexo 2) y la mayoría de preguntas han sido dicotómicas con dos opciones de

respuesta (“sí” o “no”), aunque en algunas de ellas se ha pedido especificar la respuesta. Al comienzo de la encuesta hay un párrafo introductorio que explica el objetivo del estudio, el contenido de la encuesta y la importancia de responder con sinceridad, ya que al ser anónima el sesgo de deseabilidad social es menor. Más tarde, se pide la aceptación del consentimiento informado y la protección de los datos según la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD) vigente desde el 6 de diciembre de 2018.

La encuesta se divide de la siguiente manera, midiendo cada una de las diferentes variables:

- Variables sociodemográficas (Edad, género y tipo de diagnóstico en TCA: AN, BN, TA o TCANE).
- Bloque “hábitos alimenticios”. En esta parte las preguntas van destinadas a evaluar cuáles son los hábitos alimenticios de los/as participantes, si siguen una alimentación *realfooding*, si están realizando alguna dieta, ayuno intermitente, si llevan un control de las calorías que consumen, si han realizado conductas compensatorias y cómo se sienten respecto a determinadas conductas.
- Bloque “ejercicio físico”. En esta parte las preguntas van destinadas a evaluar hábitos relacionados con el ejercicio físico. En resumen, si registran su actividad física, si realizan ejercicio físico intenso, si lo realizan para contrarrestar alguna comida, etc. El objetivo es evaluar la función que tiene realizar conductas de actividad física para la persona.
- Bloque “imagen corporal”. En esta parte las preguntas van destinadas a evaluar la percepción que tienen los participantes con su imagen corporal. La mayoría de los ítems están recogidos del Cuestionario de la Forma Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ; Raich et al., 1996). Los ítems que pertenecen a esta variable son 16, y se ha hecho una sumatoria total, siendo 16 el máximo que se puede puntuar. Cuánto más se puntúe en esta escala, peor es la relación con la imagen corporal.

- Bloque “influencias ambientales”. En esta parte las preguntas van destinadas a evaluar las influencias ambientales y sociales respecto al propio comportamiento de la persona relacionado con su imagen corporal en su contexto y su percepción de la imagen corporal de otras personas.

4.4. Procedimiento

El procedimiento llevado a cabo fue la elaboración de la encuesta en formato Google Form. Después de realizarla, se distribuyó por diferentes lugares a través de internet, a conocidos cercanos, a conocidos de conocidos, a través de redes sociales (Instagram, Twitter, Facebook, WhatsApp, Telegram), páginas webs, etc. La encuesta estuvo activa los días 28 y 29 de noviembre. Asimismo, las personas tuvieron que aceptar el consentimiento de participación voluntaria, siendo informados de la utilización de sus respuestas y del anonimato de las mismas. Posteriormente, se llevó a cabo el análisis de los datos obtenidos.

4.5. Análisis de los datos

Todos los análisis fueron realizados con el programa IBM SPSS Statistics. En primer lugar, se comprobó la consistencia interna o confiabilidad de la encuesta completa y de las diferentes partes de la encuesta. El objetivo era medir las correlaciones entre los distintos ítems dentro de las mismas variables y de la encuesta en general. Para ello, se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach. Este oscila entre 0 y 1, cuánto más próximo esté a 1, más consistentes son los ítems. A partir de 0.70 se considera aceptable.

En segundo lugar, se analizó si había diferencias significativas en cuanto al género en diagnóstico de TCA con la prueba Chi cuadrado. La variable dependiente ha sido el diagnóstico en TCA identificado mediante la respuesta “sí” o “no” en la encuesta. Como variable independiente, se ha considerado el género con tres niveles, hombres, mujeres y género no binario.

En tercer lugar, para averiguar si existe relación entre el género y la percepción con la imagen corporal, primero, se comprobó el supuesto de normalidad, luego, se utilizó el estadístico no paramétrico H de Kruskal-Wallis para tres muestras independientes (hombres, mujeres y personas que se identifican con género no binario).

En cuarto lugar, para estudiar si existe relación entre la edad y la relación con la imagen corporal, se realizó un análisis de correlaciones bivariadas.

En quinto lugar, para comprobar si existen diferencias en insatisfacción corporal entre las personas que realizan el *realfooding* y las que no, se utilizó el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney para dos muestras independientes. Este estadístico se ha utilizado también para estudiar las diferencias entre las personas que practican el ayuno intermitente, dietas alimenticias y que pertenecen a grupos pro-anorexia y pro-bulimia y su relación con la IC.

En sexto lugar, se analizó si había diferencias significativas entre realizar *realfooding*, practicar el AI, realizar dietas alimenticias y tener conductas de riesgo para desarrollar un TCA. Para ello, se utilizó el estadístico Chi cuadrado para comprobar si existe una asociación entre ambas variables.

En séptimo lugar, para comprobar si existe relación entre las horas de AI y el riesgo de desarrollar un TCA se realizó un análisis de correlaciones bivariadas, utilizando el coeficiente de correlación Rho de Spearman para una variable nominal y otra ordinal.

En octavo lugar, para estudiar si existe relación entre pertenecer a grupos pro-anorexia y pro-bulimia y tener un TCA, se realizó un análisis de correlación con el coeficiente de correlación V de Cramer para dos variables categóricas.

El nivel de significancia establecido en todos los análisis estadísticos del estudio es 0.05 ($\alpha = 5\%$).

5. Resultados

Análisis de la confiabilidad de la encuesta

El valor de alfa para analizar la consistencia interna de la encuesta completa fue de 0.943, por lo que se considera que las puntuaciones de la encuesta en la muestra son fiables y que los ítems correlacionan entre sí, es decir, existe consistencia interna u homogeneidad entre los ítems de la encuesta.

- Consistencia interna de los ítems de la variable “hábitos alimenticios”: El valor de alfa fue de 0.897.
- Consistencia interna de los ítems de la variable “ejercicio físico”: El valor de alfa fue de 0.705.
- Consistencia interna de los ítems de la variable “imagen corporal”: El valor de alfa fue de 0.885.
- Consistencia interna de los ítems de la variable “influencias ambientales”: El valor de alfa fue de 0.704.

Los valores de las cuatro variables se consideran aceptables, por lo que las puntuaciones de los ítems que componen cada escala en la muestra son fiables.

Diferencias en cuanto al género y a la edad

En primer lugar, la hipótesis planteada es que existen diferencias en cuanto al género en el diagnóstico en TCA y que este es mayor en mujeres.

Los análisis revelaron que existen diferencias entre el género y el diagnóstico en TCA $\chi^2 (1) = 9.054, p = .011$. La Tabla 1 muestra que el 92.3% de diagnósticos en TCA lo tienen las mujeres, el 4.6% lo tienen los hombres y el 3.1% las personas que se identifican con género no binario. Por lo tanto, el número de mujeres que tienen diagnóstico en TCA es mayor que el número de hombres y de personas que se identifican con género no binario que tienen diagnóstico en TCA y esta diferencia es significativa estadísticamente.

Tabla 1:

Recuento. Diagnósticos en TCA según el género.

Género	¿Has sido diagnosticado/a alguna vez de algún TCA?		Total
	No	Sí	
Femenino	386	60	446
Masculino	93	3	96
No binario	7	2	9
Total	486	65	551

En segundo lugar, en cuanto a la relación con la imagen corporal. La hipótesis planteada fue que las mujeres tienen una mayor IC que los hombres y que las personas que se identifican con género no binario. Para ello, se comprobó el supuesto de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. El estadístico resultó significativo ($p < .05$), por lo que, se utilizó el estadístico no paramétrico H de Kruskal-Wallis para tres muestras independientes. El estadístico reveló que había diferencias entre mujeres, hombres y personas con género no binario en relación con la imagen corporal ($p < .001$). Asimismo, se realizó una comparación por pares mediante la prueba no paramétrica U de Mann Whitney para confirmar que hay diferencias significativas entre las personas con género no binario y las mujeres ($p = .032$), entre las personas con género no binario y los hombres ($p < .001$) y entre los hombres y las mujeres ($p < .001$). En concreto, la puntuación media en la escala de IC en personas que se identifican con género no binario fue de 12.11, mientras que la puntuación media en la misma escala en mujeres fue de 7.93 y en hombres fue de 4.17. Se concluye que las personas con género no binario tienen una puntuación mayor en IC que las mujeres y que estas tienen una puntuación mayor en IC que los hombres.

En tercer lugar, la hipótesis planteada fue que, a menor edad de los participantes, peor relación con su imagen corporal. Para ello, se ha explorado si existe una relación entre la edad y la relación con la imagen corporal, mediante un análisis de correlaciones bivariadas. La correlación fue significativa ($p < .001$). El análisis ha mostrado una correlación negativa baja entre las distintas variables, $r = -0.342$. Si bien, existe una relación apreciable entre la edad e IC, es decir, cuánto menor es la edad de los participantes, mayor es la insatisfacción corporal.

Asimismo, se muestra en la Tabla I en el Anexo 3 un análisis descriptivo de la edad en función de los casos con TCA y el tipo de diagnóstico que tienen.

Relación entre el *realfooding*, insatisfacción corporal y conductas de riesgo

En primer lugar, se analizó si existe relación entre seguir una alimentación basada en “comida real” o *realfooding* y tener IC. Para ello, se comprobó el supuesto de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. El estadístico resultó significativo ($\rho < .001$), por lo que, se utilizó el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney para muestras independientes. El estadístico reveló que había diferencias significativas entre las personas que siguen una alimentación basada en el *realfooding* y las que no en IC ($\rho < .001$). En particular, la puntuación media en IC de las personas que siguen una alimentación basada en la “comida real” o *realfooding* es de 10.07 mientras que la puntuación media en IC de las personas que no siguen este tipo de alimentación es de 7.07 y esta diferencia es significativa estadísticamente. Por lo tanto, se aceptó la hipótesis planteada, las personas que siguen una alimentación *realfooding* tienen una media mayor en insatisfacción corporal que las personas que no siguen esta alimentación. La Figura 3 indica las diferentes medias en insatisfacción corporal entre las personas que siguen el *realfooding* y las que no.

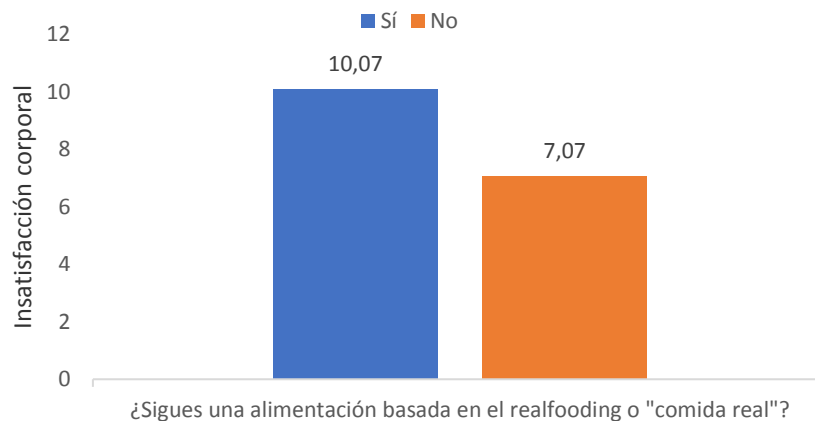


Figura 3: Medias de las puntuaciones en IC en función del tipo de alimentación

En segundo lugar, se estudió si las personas que siguen una alimentación *realfooding* se sentían mal después de haber consumido algún alimento ultraprocesado. El estadístico utilizado fue

la prueba Chi-cuadrado para comparar si hay asociación entre ambas conductas. La Tabla 2 muestra la distribución de las respuestas de las personas que siguen el *realfooding* y de las que no lo siguen en función de sentirse mal al consumir alimentos ultraprocesados. Se comprobó que no hubiera ningún valor 0 en ninguna casilla.

Tabla 2:

Porcentajes de participantes que se sienten mal después de consumir alimentos ultraprocesados según si siguen una alimentación basada en el realfooding o no.

		¿Sigues una alimentación basada en el realfooding o “comida real”?	
		No	Sí
¿Te sientes mal si consumes alimentos ultraprocesados?	No	56.4%	39.4%
	Sí	43.6%	60.6%

El estadístico Chi-cuadrado resultó significativo ($\chi^2 = 14.702$, $p < .001$), por lo que se encontraron diferencias entre ambos grupos.

En tercer lugar, se ha explorado si existe una asociación entre llevar a cabo una alimentación basada en el *realfooding* y otras conductas de control, restricción y compensación, así como, si supone un problema en el ámbito social de las personas que siguen esta alimentación. Para ello, se ha utilizado la prueba Chi-cuadrado para comparar las conductas en estos participantes.

En el Anexo 4 se encuentra la Tabla II, que revela la distribución de las puntuaciones de las personas que siguen una alimentación basada en la comida real y las que no, según las conductas de

riesgo para padecer un TCA que realizan los participantes. El estadístico Chi-cuadrado resultó significativo ($p < .005$) para todos los ítems que muestran conductas de riesgo para padecer TCA, por lo que las diferencias entre las personas que siguen una alimentación basada en “comida real” y las que no, son estadísticamente significativas.

Relación entre el ayuno intermitente, insatisfacción corporal y conductas de riesgo

Por un lado, la hipótesis planteada es que las personas que realizan el ayuno intermitente (AI) tienen una mayor IC que las personas que no lo realizan. Para estudiar esta relación se ha realizado el supuesto de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. El estadístico resultó significativo ($p < .001$), las variables son distintas a la distribución normal. Por ello, se utilizó el estadístico no paramétrico U de Mann Whitney para muestras independientes. El estadístico reveló que había diferencias significativas ($p < .001$), por lo que hay una asociación entre las personas que realizan el AI y la IC. En particular, tal y como refleja la Figura 4, la puntuación media en insatisfacción corporal de las personas que realizan el ayuno intermitente ($M=10.39$) es mayor que la puntuación media en insatisfacción corporal de las personas que no realizan el ayuno intermitente ($M=6.93$).

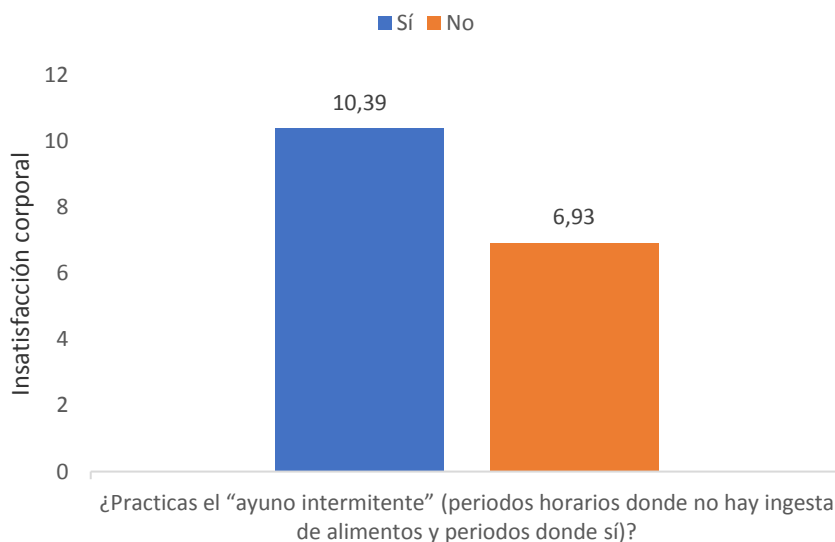


Figura 4: Medias en IC en función de si realizan ayuno intermitente o no.

Por otro lado, otra hipótesis planteada fue que los participantes que realizan el ayuno intermitente tienen más conductas de riesgo para padecer un TCA que las personas que no lo practican. Estas conductas son restricción alimenticia, control y obsesión por los alimentos, conductas compensatorias, etc. Para ello, se utilizó la prueba Chi-cuadrado para comparar las conductas de ambos grupos (los que siguen el AI y los que no). La Tabla III recogida en el Anexo 5 contiene el porcentaje de participantes que respondió afirmativamente a diferentes conductas de riesgo de desarrollar un TCA en función de si practican AI o no. El estadístico Chi-cuadrado resultó significativo ($\rho < .005$) para todos los ítems, por lo que las diferencias en los participantes que realizan conductas de riesgo para desarrollar un TCA entre las personas que practican el ayuno intermitente y las que no, son estadísticamente significativas.

Finalmente, la última hipótesis planteada respecto al AI fue que las personas que realizan ayunos intermitentes más largos, es decir, con más horas de restricción alimenticia tienen un mayor riesgo de padecer un TCA. Para comprobarlo se realizó un análisis de correlaciones bivariadas utilizando el coeficiente de correlación Rho de Spearman ya que la variable “horas de ayuno” es ordinal. El análisis mostró correlación significativa ($\rho < .001$), es decir, se acepta la hipótesis planteada, existe correlación positiva alta entre las horas que se realiza AI y tener riesgo de padecer algún TCA. Esta relación es intensa ($r_s = .608$), cuánto mayores son las horas de restricción alimenticia en las personas que practican el AI, mayor es el riesgo de padecer un TCA.

Relación entre hacer dietas alimenticias, insatisfacción corporal y conductas de riesgo

Por una parte, la hipótesis planteada es que las personas que hacen dietas alimenticias tienen una mayor IC que las personas que no hacen dietas. Para estudiar esta hipótesis, primero se comprobó el supuesto de normalidad. El estadístico de Kolmogorov-Smirnov resultó significativo ($\rho < .001$), se rechaza la hipótesis nula, es decir, las variables son distintas a la distribución normal. Por lo que se utilizó la prueba U de Mann Whitney para dos muestras independientes.

El estadístico reveló que hay diferencias significativas ($\rho < .001$) entre las puntuaciones de las medias en IC entre las personas que hacen dieta de manera habitual y las que no la hacen. La puntuación media en IC de las personas que hacen dieta de manera habitual ($M = 11.38$) es mayor que la puntuación media en IC de las personas que no hacen dieta ($M = 7.5$).

Por otra parte, se ha estudiado la relación entre hacer dietas alimenticias de manera habitual y realizar conductas de riesgo para desarrollar un TCA. La hipótesis planteada es que hay una asociación entre ambas variables. Para ello, se utilizó la prueba Chi-cuadrado para comparar las conductas de ambos grupos de participantes (los que realizan dietas y los que no).

En la Tabla IV del Anexo 6 se recoge la distribución de porcentajes de las conductas de riesgo para desarrollar un TCA (tales como, restricción, control, compensación, etc.) que realizan los participantes según si realizan dietas alimenticias o no. El estadístico Chi-cuadrado resultó significativo ($\rho < .001$) para todos los ítems descritos en la tabla anterior. Por lo que existe una asociación significativa estadísticamente entre las conductas de riesgo que realizan las personas que realizan dietas y las que no, siendo mayores los porcentajes de las personas que hacen dietas alimenticias habitualmente.

Asimismo, para estudiar si existe una relación directa entre la realización de dietas y la presencia de conductas de riesgo, se empleó el coeficiente Rho de Spearman. El nivel de significancia fue significativo ($\rho < .001$) para $r_s = .462$, la relación entre ambas variables es considerable, es decir, existe una correlación positiva media. En efecto, las personas que realizan dietas tienen más riesgo en desarrollar un TCA, ya que tienen más conductas de riesgo que las personas que no realizan dietas, en nuestra muestra de participantes.

La Figura 5 nos muestra qué tipo de dietas son las que utilizan los/as participantes que tienen un diagnóstico en TCA, para así revisar cuáles son aquellas dietas que suponen un mayor riesgo para el desarrollo de esta problemática.

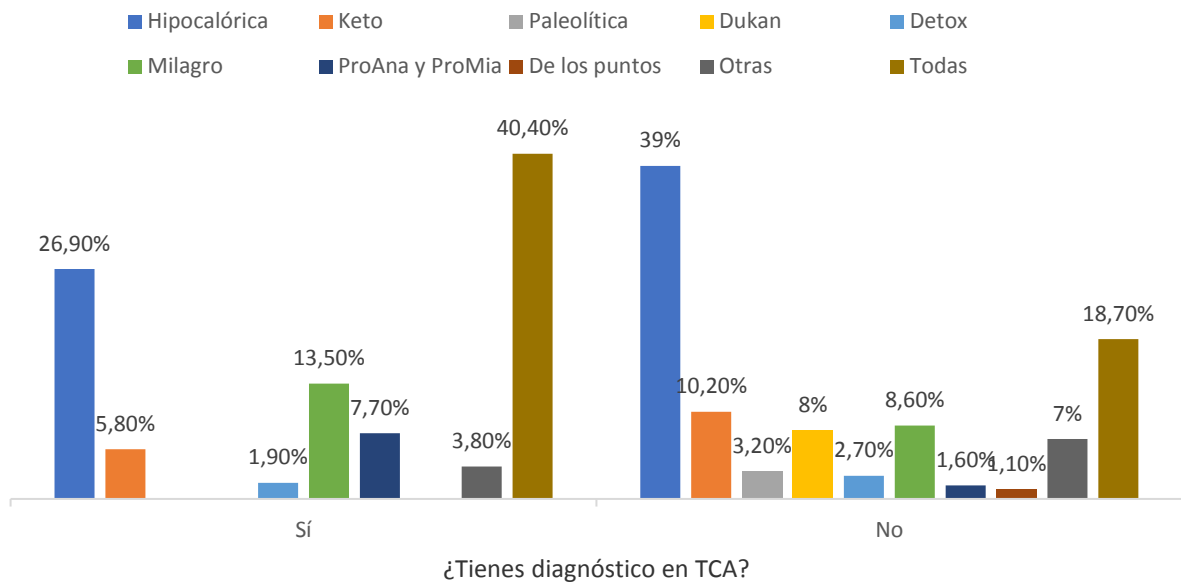


Figura 5: Porcentajes del tipo de dietas que realizan los/as participantes según si tienen diagnóstico en TCA o no.

Relación entre pertenecer a grupos pro-Ana y pro-Mía, insatisfacción corporal y TCA

En primer lugar, la hipótesis planteada es que las personas que pertenecen a grupos pro-Ana (pro-anorexia) y pro-Mía (pro-bulimia) tienen una mayor IC que las personas que no pertenecen a estos grupos. Para comprobar la asociación entre ambas variables se comprobó el supuesto de normalidad. La prueba de Kolmogorov-Smirnov ($N > 50$) resultó significativa ($p < .001$), por lo que las variables no tienen una distribución normal. Se aplicó el estadístico U de Mann Whitney para dos muestras independientes. El estadístico reveló que existen diferencias significativas ($p < .001$) en las medias de la puntuación en IC en función de si pertenecen a grupos pro-Ana y pro-Mía o no. Por consiguiente, la puntuación media en IC de los participantes que pertenecen a grupos pro-Ana y pro-Mía es mayor ($M = 13.96$) que la puntuación media en IC de los participantes que no pertenecen a estos grupos ($M = 7.61$) y esta diferencia es estadísticamente significativa.

En segundo lugar, se ha observado mediante un análisis descriptivo, las características sociodemográficas de los/as participantes que pertenecen a estos grupos. Según los datos obtenidos, la mayoría de participantes han sido mujeres (82,7%), respecto a las personas que se identifican con género no binario (11,5%) y a los hombres (5,8%). A su vez, las edades comprendidas de los/as participantes que están en grupos pro-anorexia y pro-bulimia son entre 18 y 28 años, teniendo la mayor parte de la muestra 18 años. Por otro lado, una gran parte de estos participantes tienen diagnóstico en TCA. Entre ellos, el 50% tiene AN; el 26,7% BN; el 20% TCANE y el 3,3% TA.

En tercer lugar, se estudió si las personas que pertenecen a estos grupos tienen un diagnóstico en TCA. Se empleó la prueba Chi-cuadrado para comprobar esta asociación. El estadístico fue significativo ($p < .001$), existe una relación entre pertenecer a estos grupos y tener un TCA, tal y como ilustra gráficamente la Figura 6.

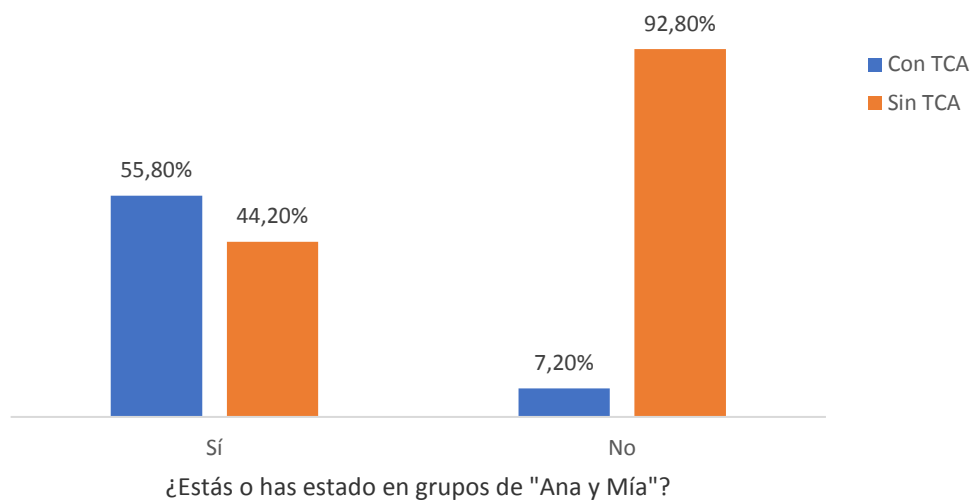


Figura 6: Porcentajes de participantes que tienen diagnóstico en TCA o no, en función de si pertenecen a grupos pro-Ana y pro-Mía.

Por último, se analizó la correlación entre ambas variables. Se utilizó el coeficiente V de Cramer para dos variables categóricas. El coeficiente fue significativo ($\rho < .001$) y reveló una correlación positiva media ($V = .44$). Por ende, existe una relación considerable entre pertenecer a grupos pro-Ana y pro-Mía y tener un trastorno de la conducta alimentaria.

6. Discusión

El objetivo del presente estudio ha sido investigar la relación entre la insatisfacción corporal y diferentes hábitos alimenticios. A continuación, se van a exponer los resultados de uno en uno en función de las variables implicadas y los resultados obtenidos.

Insatisfacción corporal, género y edad

Respecto a la primera hipótesis planteada se ha revelado que las personas que se identifican con género no binario y las mujeres tienen una mayor insatisfacción corporal que los hombres. Además, se ha observado que el mayor porcentaje de diagnósticos en TCA se da en mujeres y en personas que se identifican con género no binario. Estos resultados se ven apoyados por diferentes estudios previos, sobretudo la literatura refleja que estas problemáticas son mayores en mujeres jóvenes (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulimia, 2020). El hecho de que afecte más a las mujeres puede verse influido por el poder que ejerce la socialización del rol sexual (Behar et al., 2001). El estudio de Ruiz et al. (2016) confirma que la población de riesgo para tener TCA era muy superior en el género femenino y que esto se debe a la influencia cultural que centra la atención en los cuerpos de las mujeres.

En relación a las personas que se identifican con género no binario hay poca investigación. Sin embargo, estudios como el de Villaverde et al. (2018) relacionan la disforia de género con el desarrollo de TCA. Abadía et al. (2020) comprobaron que las personas que no sienten correspondencia con el género asignado al nacer sufrían IC. Del mismo modo, el reciente estudio de Gordon et al. (2021) revela que las personas transgénero y las personas con género no binario tienen un riesgo de 2 a 4 veces mayor que las personas cisgénero para padecer TCA.

Por otro lado, en el presente estudio se ha revelado que la edad promedio de las personas (en su mayoría, mujeres) que tienen TCA es 24 años, y la edad con mayor número de diagnósticos en TCA es 18 años. En particular, en una muestra de participantes de entre 18 y 40 años, llama la atención que la edad a la que más se diagnosticaron los cuadros clínicos de AN y BN fueron los 18 años, siendo 27 años para el TA y 25 para el TCANE.

En resumen, los resultados de este trabajo revelan que cuanto menor es la edad de los participantes, mayor es la insatisfacción corporal y el riesgo a tener TCA, siendo la AN y la BN los diagnósticos con edades menores. Estos resultados, lo comparten estudios como el de Volpe et al. (2016), en el que las edades de sus participantes con BN y AN eran 18 años y no diferían entre ambos diagnósticos. Por otro lado, en la literatura se describe que la edad de inicio para desarrollar TCA se encuentra en la adolescencia y edad adulta joven, es decir, cuanto menor es la edad mayor es el riesgo de desarrollar estas patologías ya que la pubertad es un periodo crítico y vulnerable para el desarrollo de estas (Dueñas et al., 2015). Por una parte, para la AN, la edad de inicio se ha situado entre los 14 y 18 años. Sin embargo, para la BN, se sitúa algo más tarde, entre los 18 y 19 años (Halmi, 2005; Dueñas et al., 2015).

Realfooding, insatisfacción corporal y conductas de riesgo

Se ha comprobado en este estudio que existe relación entre seguir una alimentación basada en el *realfooding* o “comida real” y puntuar alto en IC. Es decir, las personas que siguen este tipo de alimentación tienen una peor relación con su imagen corporal que las personas que no tienen este tipo de alimentación. Asimismo, se ha revelado que las personas que siguen esta alimentación expresan sentimientos de culpabilidad tras consumir alimentos ultraprocesados y conductas de riesgo para desarrollar TCA como son las conductas compensatorias, conductas restrictivas y de control. En relación con el contexto social y de ocio, las personas que siguen esta alimentación refieren que supone un problema a la hora de compartir momentos y situaciones sociales. En el presente estudio, estas diferencias entre ambos grupos (los que realizan el *realfooding* y los que no) son estadísticamente significativas. Estos resultados los comparten autores como Gil et al. (2021), que exponen que el *realfooding* se ha convertido en un movimiento extendido que conlleva comportamientos y preocupaciones sobre la alimentación saludable relacionados con la ortorexia nerviosa que son perjudiciales para la salud. Estos autores señalan que la información publicada en *posts* y redes sociales relacionada con la “comida real” puede fomentar prejuicios y producir anomalías en el estilo de vida de personas más vulnerables.

Ayuno intermitente, insatisfacción corporal y conductas de riesgo

Los resultados revelaron que las personas que realizan la práctica del AI tienen una mayor insatisfacción corporal que las personas que no la llevan a cabo. Asimismo, se ha constatado que los participantes que realizan el AI tienen más conductas de riesgo para desarrollar TCA como son las conductas restrictivas, de control y de compensación que los participantes que no lo realizan. Estas conductas se describen como contar calorías y pesar alimentos, tener periodos restrictivos y periodos de atracones, utilizar métodos como laxantes, diuréticos, inducir el vómito, realizar ejercicio de forma intensa, etc. que están relacionadas con el riesgo de desarrollar un TCA.

De este modo, Gil et al. (2021) apoyan que el AI es muy inflexible y que las personas que lo realizan con el objetivo de perder peso pueden desarrollar hábitos perjudiciales para su salud nutricional. Estos resultados también lo corroboran Cucolo et al. (2021), quienes explican que los participantes que realizan el AI informan de comportamientos compensatorios como los vómitos autoinducidos y otros comportamientos relacionados con el TCA que los que no lo realizan. Así, sus resultados sugieren que el AI está relacionado con la sintomatología de los TCA.

Por otro lado, se ha examinado que las personas que realizan AI más largos, es decir, con un mayor tiempo de restricción alimentaria, tienen un mayor riesgo a desarrollar TCA. Esto lo corrobora Dalle (2020), quien comenta que existe una asociación entre estar sin comer durante varias horas y desarrollar TCA, ya que aumenta el riesgo de llevar a cabo episodios de atracones comiendo grandes cantidades de comida en poco tiempo, lo que a su vez está relacionado con la BN y el TA. Esto se explica también por el ciclo restricción/atracción (Corwin y Grigson, 2009) en el que la privación de alimentos genera una gran presión psicológica y fisiológica (hambre), incrementando el valor de la comida, haciendo que la conducta de ingesta sea difícil de detener y provocando una mayor probabilidad de tener atracones (Hernández y Ledón, 2018).

Dietas alimenticias, insatisfacción corporal y conductas de riesgo

En tercer lugar, los resultados obtenidos en relación a esta hipótesis son que los participantes que realizan dietas alimenticias de manera habitual tienen una peor relación con su imagen corporal que las personas que no realizan dietas. A su vez, los resultados han constatado que las personas que realizan dietas tienen un mayor riesgo para desarrollar un TCA, ya que existe una asociación entre ambas variables.

Esto se ha comprobado a través del estudio de las conductas de riesgo (control, restricción, compensación, culpabilidad) que realizan los participantes que hacen dietas. Compartiendo estos datos, Isomaa et al. (2020), sugieren que las personas que hacen dieta tienen un riesgo para padecer TCA 15 veces mayor en comparación con las personas que no la hacen. En esta línea, Vladimirovna (2019) estudia el riesgo de realizar dietas para tener trastornos alimenticios, exponiendo que la mayoría de planes dietéticos no tienen en cuenta las consecuencias psicológicas, sino la pérdida de peso, los cambios en el IMC y en la salud (presión arterial, insulina, etc.). Sin embargo, se conoce que hacer dietas alimenticias a lo largo de la vida es un factor de riesgo para los TCA (Vladimirovna, 2019; Stice et al., 2016).

Dentro del tipo de dietas que tienen más riesgo para los TCA, el presente estudio, ha revelado que la dieta hipocalórica (baja en calorías) realizada con el objetivo de obtener un déficit calórico y así una pérdida de peso; las dietas “milagro” en las que se consume un alimento de manera repetida durante el día, como la de la piña, la alcachofa, el aguacate, etc.; la dieta cetogénica, *keto* o Atkins en la cual no se consumen hidratos de carbono y las dietas donde el aporte calórico no supera las 800 kcal al día (características de los grupos pro-anorexia y pro-bulimia) son las que suponen un mayor riesgo para el desarrollo de esta problemática. En relación con esto, Vladimirovna (2019) estudió que las dietas inflexibles como las “milagro”, la cetogénica y dietas hipocalóricas conllevan la no ingesta de alimentos placenteros, por lo que aumentaría la prohibición y privación de ellos, incrementando así el riesgo de atracones.

Por otra parte, las dietas que conllevan una restricción calórica severa (800 kcal al día, o menos) son las que se califican como un síntoma de TCA y se colocan en la categoría de alto riesgo (Vladimirovna, 2019). Del mismo modo, se ha comprobado que la realización de dietas como la proteica o Dukan, cetogénica e hipocalórica aumenta la probabilidad de conductas del control del peso y el riesgo a tener desórdenes alimenticios (Athanasian et al., 2021).

Grupos pro-Ana y pro-Mía, insatisfacción corporal y TCA

Por último lugar, se ha analizado la relación de pertenecer a grupos que fomentan conductas relacionadas con la AN y la BN a través de redes sociales y tener una mala relación con la imagen corporal. En este estudio se ha comprobado que existe una IC y un riesgo en tener TCA mayor en las personas que pertenecen a estos grupos. Asimismo, la mayoría de participantes que están en estos grupos tienen diagnóstico de TCA (AN 50%, BN 26,7%, TCANE 20% y TA 3,3%), son mujeres y tienen edades comprendidas entre los 18 y los 28 años. En este sentido, Cruzat et al. (2012), plantean que estos sitios webs tienen un impacto negativo tanto para las conductas alimentarias manifiestas como para las conductas encubiertas, pensamientos y emociones influyendo en el desarrollo, mantenimiento y cronificación de los TCA.

Igualmente, se conoce que la insatisfacción corporal es el principal factor de riesgo precipitante a la hora de padecer un TCA. La pubertad es un periodo especialmente vulnerable para tener insatisfacción corporal, debido a los cánones de belleza sociales y las influencias ambientales. Este hecho, en ocasiones, provoca que las adolescentes consulten páginas y webs en internet para hacer dietas con el objetivo de perder peso y acercarse al ideal de belleza (Lladó et al., 2017). En estas páginas pro-anorexia, pro-bulimia y pro-alimentación saludable se difunden contenidos altamente peligrosos para la salud de las personas que los llevan a cabo, defendiendo estas conductas como un estilo de vida. En relación con esto, Lladó et al. (2017) revelaron que el 60% de participantes con AN y BN consultaron estas páginas para averiguar trucos para perder peso, quedando atrapados en el círculo de estos trastornos alimenticios.

Por otra parte, cabe señalar algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, las respuestas han sido dicotómicas en su mayoría, lo que hace que los/as participantes no hayan podido justificar su opinión o adecuarla dentro de unos valores menos específicos. En segundo lugar, la muestra ha estado compuesta mayoritariamente por mujeres, y en un menor número por género masculino y por personas que se identifican con género no binario; por lo que no hay una igualdad en cuanto al género en la participación del estudio. Por otra parte, respecto a la edad, la muestra ha contado con participantes de entre 18 y 40 años. Sin embargo, se conoce que estas problemáticas cada vez son mayores en edades menores. En este estudio, por aspectos legales y éticos no se ha podido contar con la participación de personas menores de edad, no obstante, su colaboración hubiera sido interesante.

Por otra parte, las preguntas de la encuesta han ido destinadas a personas que tienen insatisfacción corporal respecto al deseo de perder peso y apenas se han mencionado preguntas para aquellas personas que tienen insatisfacción corporal por verse demasiado delgadas y desean aumentar de peso. Igualmente, mencionar la existencia de un posible sesgo de deseabilidad social que compromete a los cuestionarios y encuestas, con el fin de adecuar una respuesta para dar una imagen más favorable. Por último, cabe destacar la falta de estudios previos e investigaciones relacionadas con algunas temáticas actuales, como son el *realfooding* y el ayuno intermitente y su relación con los TCA.

Por consiguiente, tras haber especificado las limitaciones de este estudio, sería necesario que futuras líneas de investigación fuesen encaminadas al estudio de estos nuevos hábitos alimenticios que actualmente están en auge y suponen un gran problema para la sociedad, ya que cada vez estas conductas debido a las influencias ambientales y a las redes sociales afectan a adolescentes con edades más tempranas.

Asimismo, cabe destacar la importancia de este estudio en aplicaciones clínicas relacionadas con la detección, prevención, promoción y protección de conductas que suponen un riesgo para desarrollar desórdenes alimenticios y una mala relación con la imagen corporal, perpetuando los cánones de belleza impuestos por la sociedad.

7. Conclusiones

El presente trabajo ha puesto en evidencia que el padecimiento de un TCA es más probable en aquellas personas que siguen determinados hábitos alimenticios como son el *realfooding*, el ayuno intermitente y la realización de dietas alimenticias. Asimismo, se ha revelado que las personas que pertenecen a grupos pro-Ana y pro-Mia y realizan conductas compensatorias, restrictivas y obsesivas respecto a la alimentación y al ejercicio físico tienen un riesgo mayor para desarrollar alteraciones en la conducta alimentaria.

La sociedad, sin duda, se ha concienciado de los beneficios de la comida saludable y gracias a las redes sociales y, concretamente al movimiento *realfooding*, se han descubierto recetas y alternativas de consumir los alimentos. Sin embargo, debajo de frases motivacionales que se promueven como “aléjate de los ultraprocesados”, “tal alimento es malo”, etc. se esconden unas verbalizaciones que elicitán emociones de culpabilidad, vergüenza y malestar en aquellas personas que los consumen. Carlos Ríos, creador del *realfooding* propone que no se debe consumir más del 10% de alimentos ultraprocesados. Es importante destacar que bajo este número restrictivo de consumo influye, visto anteriormente, el ciclo privación/atracón. Lo que también ocurre con otras dietas alimenticias y con el AI, el valor de dicho alimento prohibido aumenta, incrementándose la probabilidad de atracones.

Los alimentos no son buenos, ni malos. Pueden ser más o menos interesantes a nivel nutricional, pero hacer un juicio moral de ellos solo supone que su consumo se vea mermado, generando poco disfrute y placer al consumirlos y pudiendo desarrollar conductas compensatorias, de control, restricción y comprobación que suponen un gran riesgo para la salud. No obstante, como se ha comprobado en este estudio, esto se debe en gran parte a la cultura de la dieta y gordofobia que está inmersa en la sociedad. Nos bombardean a través de publicidad y redes con que estar delgado/a es sinónimo de éxito y que hay que hacer lo que sea para conseguirlo aunque eso suponga hacerse daño a uno/a mismo/a.

Es preciso señalar, recogiendo las conclusiones de este estudio, que ninguno de estos hábitos alimenticios, como el *realfooding*, AI y dietas son peligrosos per se o desencadenan un TCA inevitablemente. Más bien, suponen un riesgo según la función con la que se realicen estas conductas.

Nada más lejos de la realidad, en este estudio no se quiere demonizar la pérdida de peso, simplemente se quiere constatar el punto de partida. ¿Desde dónde se hace esa pérdida de peso? Si se realiza desde el odio al cuerpo, las consecuencias pueden ser peligrosas, como fomentar insatisfacción, generar obsesión y pérdida de apoyo social. Si por el contrario, se hace desde lo que me gustaría, desde la flexibilidad y desde la aceptación las consecuencias son diferentes. La manera en que nos hablamos y el lenguaje que utilizamos influyen en cómo nos sentimos. Cambiar nuestro diálogo es fundamental para cambiar como pensamos. El estigma social relacionado con la búsqueda del cuerpo “ideal” está ahí, aun así, podemos comportarnos de manera diferente, cambiando el paradigma y aceptando que todos los cuerpos son válidos y merecen respeto.

Para finalizar, hacer mención a la importancia de este tema ya que es un problema que afecta a gran parte de la sociedad, y actualmente la prevalencia está aumentando, y cada vez es mayor a edades menores. Por lo que se considera necesario una concienciación social e intervención en estas problemáticas desde el inicio, para poder prevenir riesgos mayores.

8. Referencias bibliográficas

- Abadía, S. y López, L. (2020). *¿Cómo se perciben los Trastornos de la conducta alimentaria en la población transgénero y transexual?* [Trabajo de fin de grado, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional UAM. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/691414>
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Aranzeta, J. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 57 (4), 313-315
<https://www.proquest.com/docview/2082184560/8B14F3CD5D3446DCPQ/148?accountid=14555&forcedol=true>
- Asociación TCA Aragón (2020, 1 junio). *Estadísticas sobre los TCA*. <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>
- Associació Contra l'Anorèxia i la Bulimia (2020, 7 julio). *¿Qué son los TCA?*
<https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/>
- Athanasian, C. E., Lazarevic, B., Kriegel, E. R. y Milanaik, R. L. (2021). Alternative diets among adolescents: facts or fads? *Current Opinion in Pediatrics*, 33 (2), 252-259. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000001005>
- Barthels, F., Barrada, J. y Roncero, M. (2019). Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles. *Plos One*, 14 (7).[AASM1] <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219609>
- Behar, R., De la Barrera, M. y Michelotti, J. (2001). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista médica de Chile*, 129 (9), 1003-1011. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000900005>

- Behar, R. (2021). Ortorexia nerviosa: ¿un estilo de vida o el surgimiento de un nuevo trastorno alimentario? *Revista chilena de nutrición*, 48 (2), 255-265. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182021000200255>
- Bermejo, B. G., Saul, L. A. y Jenario, C. (2011). La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mía dos “malas compañías” para los jóvenes de hoy. *Acción psicológica*, 8 (1), 71-84. <http://hdl.handle.net/10366/123299>
- Bratman, S. (1997). The health food eating disorder. *Yoga Journal*, 42-50.
- Busatta, D., Cassioli, E., Rossi, E., Campanino, C., Ricca, V. y Rotella, F. (2021). Orthorexia among patients with eating disorders, student dietitians and general population: a pilot study. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://link-springer-com.ezproxy.universidadeuropea.es/content/pdf/10.1007/s40519-021-01184-7.pdf>
- Canicoba, M. (2020). Aplicaciones clínicas del ayuno intermitente. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 3 (2). <https://doi.org/10.35454/rncm.v3n2.174>
- Carrasco, T. J. Luna, M. (2000). Una alternativa científica a la comprensión y tratamiento de la “anorexia y bulimia nerviosa”: el análisis funcional de la conducta. En: Lameiras, M. y Faílde, J. M. (eds) *Trastornos de la conducta alimentaria: del tratamiento a la prevención*, Editorial de la Universidad de Vigo, 65-89.
- Carrillo-Durán, M. V. (2005). Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 2, 120-141. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000109&pid=S0121-7577201200020001200009&lng=en
- Corwin, R. L. y Grigson, P. S. (2009). Symposium overview – Food addiction: Facto or fiction? *JN. The Journal of Nutrition*, 139 (3), 617-619. <https://doi.org/10.3945/jn.108.097691>

- Cucolo, K., Kramer, R., Petros, T. y Thoennes, M. (2021). Intermittent fasting implementation and association with eating disorder symptomatology. *Eating disorder. The journal of treatment & prevention*. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1922145>
- Dalle, R. (2020). Regular eating, not intermittent fasting, is the best strategy for a healthy eating control. *Italian Journal os Eating Disorders and Obesity*, 2, 5-7. https://www.researchgate.net/profile/Riccardo-Dalle-Grave/publication/339312606_Regular_eating_not_intermittent_fasting_is_the_best_strategy_for_a_healthy_eating_control/links/5e4b749e92851c7f7f43e0af/Regular-eating-not-intermittent-fasting-is-the-best-strategy-for-a-healthy-eating-control.pdf
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W. y Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.024>
- De Miguel, A. (2021). *Ética para Celia*. Penguin Random House Grupo Editorial, S. A. U.
- Depa, J., Barrada, J. y Roncero, M. (2019). Are the motives for food choices different in orthorexia nervosa and healthy orthorexia? *Nutrients*, 11 (3), 697. <https://doi.org/10.3390/nu11030697>
- Dueñas, Y., Murray, M., Rubio, B., Murjani, H. S. y Jiménez, A. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica. Una patología en auge. *Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, 32 (59), 2091-2097. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.5.9662>
- Dye, L. y Blundell, J. (2002). Functional foods: psychological and behavioral functions. *British Journal of Nutrition*, 88, 187-211. <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000179698200011>
- Faw, M. H., Davidson, K., Hogan, L. y Thomas, K. (2020). Corumination, diet culture, intuitive eating, and body dissatisfaction among Young adult women. *Journal of the International*

- Association for Relationships Research*, 28 (2), 406-426. <https://doi.org/10.1111/pere.12364>
- Fonseca, H., Ireland, M. y Resnik, M. D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 441-448. <https://doi.org/10.1002/eat.10078>
- Gil, J., Santoveña, S., Romero, E. (2021). Realfooding influencers on Instagram: from followers to consumers. *International Journal of Environmental research and Public Health*, 18 (4), 1624. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041624>
- Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Stevens, S. L., Sawyer, S. M., Rees, J., Nicholls, D. y Rome, E. S. (2003). Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 33 (6), 496-503. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X03003264#!>
- Gordon, A. R., Moore, L. B. y Guss, C. (2021). Eating disorders among transgender and gender non-binary people. *Eating Disorders in Boys and Men*, 265-281. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-67127-3_18
- Halimi, K. A. (2005). The multimodal treatment of eating disorders. *World Psychiatry*, 4, 69-73. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414734/>
- Helder, S. G. y Collier, D. A. (2011). The genetics of eating disorders. *Curr Top Behav Neurosci*, 6, 157-175.
- Hernández, J. y Ledón, L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29 (2), 1-15. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532018000200009&script=sci_arttext&tlng=en

- Isomaa, R., Isomaa, A. L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R. y Björkqvist, K. (2010). Psychological distress and risk for eating disorders in subgroups of dieters. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 18 (4), 296-303. <https://doi.org/10.1002/erv.1004>
- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current opinión in psychiatry*, 34 (6), 525-531. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
- La verdadera alimentación saludable (2021). Realfooding. España. <https://realfooding.com/>
- Lladó, G., González-Soltero, R. y Blanco, M. J. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34 (3), 693-701. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.469>
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (1), 85-97. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960#bib0005>
- Marcos-Retuerta, S. (2019). *Nuevas tendencias alimentarias: vegetarianismo y ortorexia nerviosa* [Trabajo de fin de grado, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional UAM. <http://hdl.handle.net/10486/687899>
- Moreno, A. M. y Londoño, C. (2017). Factores familiares y personales predictores de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes. *Anales de psicología*, 33 (2), 235-242. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.2.236781>
- Moreno, F. J., Benítez, N., Pinto, B., Ramallo, Y. y Días, C. (2019). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista española de Nutrición Humana y Dietética*, 23. <https://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/891>

- Ortiz, L. M., Aguiar, C., Samudio, G. C. y Troche, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge? *Pediatría (Asunción)*, 44 (1), 37-42. <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/151>
- Plichta, M. y Jezewska-Zychowicz, M. (2020). Orthorexic tendency and eating disorders symptoms in Polish students: Examining differences in eating behaviors. *Nutrients*, 12 (1), 218. <https://doi.org/10.3390/nu12010218>
- Raich, R., M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, I. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7 (1), 51-66. <https://psycnet.apa.org/record/1999-13362-003>
- Research and markets. The world's largest market research store (2021, marzo). *The U. S. weight loss & diet control market*. <https://www.researchandmarkets.com/reports/5313560/the-u-s-weight-loss-and-diet-control-market>
- Ríos, C. (2019). *Come comida real: Una guía para transformar tu alimentación y tu salud*. Paidós.
- Ruís, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. N., Viladrich, C. y Halley, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4 (1), 45-57. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000100006
- Ruiz, A. y Quiles, Y. (2021). Prevalencia de la Ortorexia Nerviosa en estudiantes universitarios españoles: relación con la imagen corporal y con los trastornos alimentarios. *Anales de psicología*, 37 (3), 493-499. <https://doi.org/10.6018/analesps.449041>
- Ruiz, P. M., Peláez-Fernández, M. A., Calvo, D., Pérez, J., Gómez, A. y Calado, M. (2016). Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. *AequAlitas*, (39), 29-36.

- Schorr, M. y Miller, K. K. (2017). The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management. *Nature Reviews Endocrinology*, 13, 174-186. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2016.175>
- Segura-García, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F. y De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat Weight Disord.*, 20 (2), 161-6. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-014-0171-y>
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, SEMG (30 de Noviembre de 2018) <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P. y Shaw, H. (2016). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J. Abnorm Psychol.*, 126 (1), 38-51. <https://psycnet.apa.org/buy/2016-47863-001>
- Suárez, C. (2017). *Gordofobia: un tránsito entre la enfermedad y la cosificación del cuerpo femenino* [Trabajo de fin de grado, Universidad de la Laguna]. RIULL – Repositorio institucional. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/5641>
- Sudo, N. (2021). Possible role of the gut microbiota in the pathogenesis of anorexia nervosa. *BioPsychoSocial Medicine*, 15 (25). <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00228-9>
- Thorton, L. M., Mazzeo, S. E. y Bulik, C. M. (2011). The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Curr Top Behav Neurosci*, 6, 141-156. https://doi.org/10.1007/7854_2010_91
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M. y Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13 (1), 19-28. <https://doi.org/10.1002/erv.615>

- Villaverde-González, A., Fernández-Rodríguez, M., Fontanil-Gómez, Y., Guerra-Mora, P. y Camero-García, A. (2018). ¿Están asociados los trastornos de la conducta alimentaria a la disforia de género en población clínica adulta? *Trastornos de la conducta alimentaria*, (27), 2943-2967. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7114200>
- Vladimirovna, O. (2019). *Losing weight and eating disorder risk: the role of diet type, dieting strategies, BMI, and psychological factors in achieving weight loss and increasing eating disorder risk* [Tesis de doctorado, Washington State University]. ProQuest. https://www.proquest.com/openview/0f46c30d16666fd2563f975262a69f10/1?pq-origsite=gscholar&cbl=51922&diss=y&casa_token=2TqE4qVQxRgAAAAA:rtkXSbNAo5hcHGND9ACknIjubFY_wWbWlccI2IPUGuHC3zq-KOsvoBL31eMrAhVV8v_bZ3V
- Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A. M., Albert, U. y Monteleone, P. (2016). Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Research*, 238, 225-227. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.048>

9. Anexos

Anexo 1. Clasificación de los TCA según el DSM-5.

Los TCA, según Ortiz et al. (2017), se caracterizan por una alteración en la conducta alimentaria, en cuanto al estilo de vida y en la percepción de la imagen o figura corporal, suponiendo un gran riesgo en la salud, nutrición y vida en general de la persona que lo sufre.

Los TCA se clasifican en el DSM-5 en:

- **Anorexia Nerviosa (AN):** Supone la restricción de la ingesta de alimentos que conduce a un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo y desarrollo de la persona. Además de un intenso miedo a engordar, teniendo comportamientos para evitar que eso ocurra. Asimismo, hay una alteración en la percepción de sí mismo y su constitución corporal. Existen dos tipos de anorexia, tipo restrictivo (la persona no ha tenido en los últimos tres meses episodios de atracones o purgas) y tipo con atracones/purgas (la persona sí los ha tenido) (DSM-5, 2014, pp. 191-192).

- **Bulimia Nerviosa (BN):** Se caracteriza por episodios recurrentes de atracones (ingestión de una gran cantidad de alimentos en poco tiempo y sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere) y comportamientos compensatorios para evitar aumentar de peso (vómito autoprovocado, uso de laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio físico intenso) (DSM-5, 2014, pp. 192-193).

- **Trastorno de Atracones (TA):** Se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de grandes cantidades de comida en poco tiempo, falta de control en los mismos y sentirse culpable, deprimido o avergonzado de uno mismo. Pero no se producen conductas compensatorias para contrarrestar la ingesta (DSM-5, 2014, pp. 194-195).

- Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (TCANE): Esta categoría se aplica en aquellos casos en los que predominan síntomas característicos de algún trastorno alimentario y causan malestar significativo en alguna de las áreas (social, laboral u otras), pero que no cumplen con todos los criterios de ninguno de los trastornos anteriormente descritos (DSM-5, 2014, p. 197).

Anexo 2. Encuesta de Google Form.

Estudio de investigación TFM

La presente encuesta está diseñada con el objetivo de recoger información acerca de los hábitos alimenticios, de ejercicio físico y de la percepción de la imagen corporal que tiene la población actualmente para realizar mi estudio de investigación del TFM (trabajo de fin de máster). Agradezco mucho tu participación voluntaria para poder conseguir la realización de este trabajo tan importante para mí. La encuesta consta de cuatro apartados y tiene una duración de realización aproximada de 15 min. Es importante que si lo necesitas, tomes tu tiempo en leer las preguntas. Las respuestas son de “sí” o “no”, aunque en algunos casos te pediré que especifiques algo si te sientes identificado/a con ello. Cualquier duda escribirla al correo "anaramirezpsicologia@gmail.com". Es muy importante responder con sinceridad, las respuestas son totalmente anónimas y confidenciales y solo se utilizarán para la realización del estudio. Muchísimas gracias.

1. Comprendo que mi participación es voluntaria. Presto mi consentimiento para la realización de la encuesta propuesta y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee. Conozco que mis datos se tratarán de manera confidencial conforme con la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (LOPDGDD) vigente desde el 6 de diciembre de 2018.

2. Edad
3. Género: Femenino; Masculino; No binario
4. ¿Has sido diagnosticado/a alguna vez de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA)?
5. Si has sido diagnosticado/a, señala cuál: Anorexia nerviosa; Bulimia nerviosa; Trastorno por atracón; Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Las siguientes preguntas van destinadas a evaluar hábitos relacionados con la alimentación. Responde “sí” o “no” con sinceridad.

6. ¿Sigues habitualmente dietas de forma estricta?
7. ¿Has seguido alguna de estas dietas? Si es así, señala cuál: Dieta hipocalórica; Dieta keto o cetogénica; Dieta Dukan o proteica; Dieta detox; Dietas “milagro”; Dietas Pro-Ana y Pro-Mía
8. ¿Consideras un fracaso romper tu dieta alguna vez?
9. ¿Cuentas las calorías de lo que comes?
10. ¿Utilizas aplicaciones para contar calorías o llevar un control de aquello que comes?
11. ¿Sigues una alimentación basada en el “realfooding” o “comida real”?
12. ¿Te sientes mal si consumes alimentos ultraprocesados?



13. Si sigues una alimentación realfooding, ¿estás esperando a consumir algún alimento ultraprocesado dentro de ese 10% permitido?
14. ¿Consideras que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que te aporta?
15. ¿Te sientes en paz contigo mismo/a y crees que todo está bajo control cuando comes de forma sana?
16. ¿Llevas a cabo episodios de “cheat meal” o “comida trampa” (saltarte la dieta un día de la semana y tener una comida libre)?
17. ¿Te sientes mal después de ese día de “comida trampa o libre”?
18. ¿Practicas el “ayuno intermitente” (periodos horarios donde no hay ingesta de alimentos y periodos donde sí, por ejemplo 16h sin comer y 8h para comer)?
19. Si has hecho “ayuno intermitente”, ¿cuántas horas has ayunado?
20. ¿Has ayunado alguna vez un día o más completos?
21. ¿Utilizas infusiones o batidos para adelgazar?
22. ¿Utilizas pastillas o suplementos para adelgazar?
23. ¿Utilizas alguno de estos métodos para adelgazar?: Laxantes; Diuréticos; Provocar el vómito; Todos.
24. ¿Te ha ocurrido alguna vez “comer y comer” hasta sentir molestias físicas?
25. ¿Crees que la comida domina tu vida?

26. ¿Tienes o has tenido periodos de restricción alimenticia y periodos de atracones?
27. ¿Has tenido momentos en los cuales “solo puedes pensar en la comida”?
28. ¿Has sentido alguna vez que no puedes parar de comer?
29. ¿Te das “atracones” de grandes cantidades de comida en poco tiempo?: Sí, y después me siento culpable; Sí, y después no me siento culpable; No.
30. ¿Comes delante de los demás de manera racional y te excedes cuando estás a solas?
31. ¿Comes en secreto?
32. ¿Te has sentido culpable después de comer?
33. ¿Procuras no comer aunque tengas hambre?
34. ¿Te has sentido tan mal que te has provocado el vómito después de haber comido?
35. ¿Deseas perder peso?
36. ¿Te da miedo la idea de engordar?

Las siguientes preguntas van destinadas a evaluar hábitos relacionados con el ejercicio físico. Responde “sí” o “no” con sinceridad.

37. ¿Realizas ejercicio físico de manera intensa?

38. ¿Registras tu actividad física (caminar, correr, bicicleta, entrenamiento de fuerza, etc.)?
39. ¿Haces ejercicio para perder las calorías que has consumido?
40. ¿Haces ejercicio para perder peso?
41. ¿Sientes interés por verte musculoso/a?
42. ¿Has realizado alguna vez ejercicio de manera tan intensa que has tenido problemas físicos (lesiones, desmayos, etc.)?
43. ¿Te pesas en la báscula con continuidad?
44. ¿Sientes la necesidad de aumentar tu masa muscular o tonificar?
45. ¿Consumes suplementos alimenticios en relación a la nutrición deportiva?
46. ¿Consumes anabolizantes o esteroides?
47. ¿Te pasas más de 2 horas al día en el gimnasio o haciendo ejercicio físico?
48. ¿Te sientes mal o culpable si no haces un día o varios, ejercicio físico?
49. ¿Has compensado con ejercicio físico alguna comida?

Las siguientes preguntas van destinadas a evaluar la percepción que se tiene con la imagen corporal. Responde “sí” o “no” con sinceridad.

50. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?
51. ¿Te miras continuamente al espejo?
52. ¿Compras ropas de talla más pequeñas para cuándo adelgaces?
53. ¿Te gusta sentir el estómago vacío, como por ejemplo, por la mañana?
54. ¿Mides los contornos de tus brazos, piernas, muñecas, etc. para comprobar si has engordado o adelgazado?
55. ¿Has pensado que tenías los muslos, nalgas o caderas demasiado grandes en relación con el resto de tu cuerpo?
56. ¿Te preocupa o te ha preocupado la idea de que tu carne no sea lo suficientemente firme?
57. ¿Sentirte lleno/a después de comer te hace sentir gordo/a?
58. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?
59. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?
60. ¿Te has preocupado de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?
61. ¿Te has preocupado de ocupar demasiado espacio en un autobús, sofá, etc.?
62. ¿Te comparas con la figura de otras personas?
63. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?

64. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (vestuarios, duchas, piscina, playa, etc.)?
65. ¿Preocuparte por tu figura te ha hecho ponerte a dieta?

Ya casi has acabado... ¡este es el último apartado! Las siguientes preguntas van destinadas a evaluar las relaciones sociales y las influencias ambientales en relación con la imagen corporal y los hábitos alimenticios. Responde "sí" o "no" con sinceridad.

66. ¿Se ve afectada tu vida diariamente por tu forma de comer?
67. ¿Ha disminuido la calidad de tu vida, a medida que aumentaba la calidad de tu dieta?
68. ¿Se ven afectadas tus relaciones sociales y familiares por tu forma de comer?
69. ¿Supone un problema tu dieta a la hora de comer fuera?
70. ¿Has dejado alguna vez de salir con tus amigos por dedicarle tiempo al ejercicio físico / deporte / gimnasio?
71. ¿Te gusta comer delante de otras personas?
72. ¿Estás o has estado en grupos de "Ana y Mia" (personas que tienen problemas con la alimentación) como forma de sentir apoyo?
73. ¿Has hecho competiciones con otras personas para ver quien adelgaza más rápido?



74. ¿Te produce rechazo ver a una persona con sobrepeso?
75. ¿Piensas que las personas con sobrepeso tienen problemas de salud o no llevan una vida sana?
76. ¿Te genera rechazo ver pieles con celulitis o michelines?
77. ¿Te comparas con la figura de otras personas en internet o redes (Instagram, publicidad, televisión, etc.)?
78. ¿Crees que la obesidad es una cuestión de fuerza de voluntad?
79. ¿Crees que una persona con el rostro bonito lo sería aún más si adelgazara?
80. ¿Halagas a las personas porque están más delgadas?
81. ¿Crees que cuidarse es solo tener un cuerpo delgado?
82. ¿Cómo te has sentido respondiendo a las preguntas? Si quieres comentar algo, te leo.
¡Muchas gracias por tu participación! :)

Anexo 3. Tabla I

Tabla I:

Análisis descriptivos de la edad en función del tipo de diagnóstico en TCA.

¿Has sido diagnosticado/a alguna vez de algún trastorno de la conducta alimentaria (TCA)?					
	No	Sí			
		Si has sido diagnosticado/a, indica cuál:			
		AN	BN	TA	TCANE
Edad		M = 22	M = 24	M = 28	M = 24
		M _o = 18	M _o = 18	M _o = 27	M _o = 25

Anexo 4. Tabla II

Tabla II:

Porcentajes de participantes que llevan a cabo conductas compensatorias, restrictivas y compulsivas según si se sigue la alimentación realfooding o no.

	¿Sigues una alimentación basada en el <i>realfooding</i> ?	
	No	Sí
Cuentas las calorías de lo que comes	15.7%	25%
Utilizas aplicaciones para contar calorías o llevas un control de aquello que comes	10.7%	27.9%
Estás esperando a consumir algún alimento ultraprocesado dentro de ese 10% permitido	4.8%	41.5%
Consideras el valor nutritivo de una comida más importante que el placer que aporta	36.3%	63.5%
Te sientes en paz contigo mismo y crees que todo está bajo control cuando comes de forma sana	74.9%	92.2%
Utilizas infusiones o batidos para adelgazar	25.5%	35.3%
Utilizas pastillas o suplementos para adelgazar	16.5%	28.4%
Tienes periodos de restricción alimentaria y periodos de atracones	43.6%	52.9%
Te sientes culpable después de comer	51.7%	66.3%
No comes aunque tengas hambre	25.8%	35.3%
Te has sentido tan mal que te has provocado el vómito después de haber comido	17.5%	23.3%
Te da miedo la idea de engordar	60.6%	73%

Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tenías que ponerte a dieta	70.2%	78.8%
Has compensado con ejercicio físico alguna comida	34.2%	42.2%
Se ve afectada tu vida diariamente por tu forma de comer	20.5%	28.9%
Ha disminuido la calidad de tu vida a medida que aumentaba la calidad de tu dieta	15.6%	24.1%
Se ven afectadas tus relaciones sociales y familiares por tu forma de comer	12.5%	26.1%
Supone un problema tu dieta a la hora de comer fuera	19.1%	34.3%

Anexo 5: Tabla III

Tabla III:

Porcentajes de personas que realizan conductas de riesgo para desarrollar un TCA en función de si practican el AI o no.

	¿Practicas el ayuno intermitente?	
	No	Sí
Cuentas las calorías de lo que comes	10.4%	35%
Has ayunado alguna vez un día o más completos	12.6%	43.3%
Utilizas estos métodos para adelgazar (laxantes, diuréticos y provocar el vómito)	21.7%	44%
Utilizas infusiones y batidos para adelgazar	21.7%	42.3%
Utilizas pastillas o suplementos para adelgazar	13.8%	32.8%
Te ha ocurrido alguna vez “comer y comer” hasta sentir molestias físicas	49.4%	61%
Tienes periodos de restricción alimenticia y periodos de atracones	34.9%	68.7%
Has tenido momentos en los cuales “solo puedes pensar en comida”	52%	70.1%
Te das atracones de grandes cantidades de comida en poco tiempo y te sientes culpable después	22.3%	46%
Has sentido alguna vez que no puedes parar de comer	48.8%	65.2%
Comes en secreto	13.6%	34.8%
Te has sentido culpable después de comer	47.5%	73.6%
Procuras no comer aunque tengas hambre	20.5%	45.3%

Te has sentido tan mal que te has provocado el vómito después de haber comido	10.5%	35.9%
Deseas perder peso	59.7%	77%
Te da miedo la idea de engordar	57.2%	79.1%
Haces ejercicio para perder las calorías que has consumido	24.2%	40.8%
Haces ejercicio para perder peso	36.3%	57.3%
Has compensado con ejercicio físico alguna comida	26.8%	55.2%

Anexo 6: Tabla IV

Tabla IV:

Porcentajes de personas que realizan conductas de riesgo para desarrollar un TCA en función de si realizan dietas alimenticias o no.

	¿Sigues habitualmente dietas de forma estricta?	
	No	Sí
Consideras un fracaso romper tu dieta alguna vez	27.5%	65.7%
Cuentas las calorías de lo que comes	11.7%	54.1%
Te sientes en paz contigo mismo/a y crees que todo está bajo control cuando comes de forma sana	79.6%	89.8%
Llevas a cabo episodios de “ <i>cheat meal</i> ” o “comida trampa”	57.1%	86.9%
Te sientes mal después de ese día de “comida trampa”	28.7%	66%
Utilizas infusiones o batidos para adelgazar	24.3%	52%
Utilizas pastillas o suplementos para adelgazar	16.2%	42.4%
Utilizas estos métodos para adelgazar (laxantes, diuréticos, provocar el vómito)	23.8%	57.4%
Tienes periodos de restricción alimenticia y periodos de atracones	41.8%	71.7%
Te das “atracones” de grandes cantidades de comida en poco tiempo y te sientes culpable después	26.6%	51%
Comes delante de los demás de manera racional y te excedes cuando estás a solas	22.2%	40.4%
Te has sentido culpable después de comer	52.7%	77.8%



Procuras no comer aunque tengas hambre	22.8%	59.6%
Te has sentido tan mal que te has provocado el vómito después de haber comido	14.8%	42.4%
Deseas perder peso	61.2%	88.9%
Te da miedo la idea de engordar	61.6%	81.8%
Haces ejercicio para perder peso	39%	68.4%
Has compensado con ejercicio físico alguna comida	32.8%	57.6%
Preocuparte por tu figura te ha hecho ponerte a dieta	52.2%	89.9%
Se ve afectada tu vida diariamente por tu forma de comer	17.3%	53.5%
Ha disminuido la calidad de tu vida, a medida que aumentaba la calidad de tu dieta	12.8%	47.4%
Se ven afectadas tus relaciones sociales y familiares por tu forma de comer	12.2%	42.4%
Supone un problema tu dieta a la hora de comer fuera	16.6%	62.6%
