

CONDUCTAS DE RIESGO DE ANOREXIA NERVIOSA, BULIMIA NERVIOSA Y TRASTORNO POR ATRACÓN EN ESTUDIANTES SANCARLEÑOS DE UNDÉCIMO AÑO

RISK BEHAVIORS OF ANOREXIA NERVOSA, BULIMIA NERVOSA AND BINGE EATING DISORDER IN ELEVENTH GRADE STUDENTS FROM SAN CARLOS

Naomy Quesada

Universidad Católica de Costa Rica.

San José, Costa Rica.

Marcos Sequeira-Quesada

Universidad Católica de Costa Rica.

San José, Costa Rica.

Resumen: La investigación de enfoque cuantitativo y basada en el modelo transdiagnóstico de salud mental y psicopatologías, estudió una muestra de 155 estudiantes de undécimo año, pertenecientes a cuatro colegios académicos del Ministerio de Educación Pública de la Región Huetar Norte. El principal objetivo fue analizar la posible relación entre el uso de las redes sociales Instagram y TikTok, y las variables de autoestima, autoimagen, satisfacción corporal, sexo y edad, así como conductas de riesgo de trastornos alimentarios. Para la recolección de datos, además de preguntas puntuales, se dio uso de las dos escalas que, tras una ardua búsqueda, resultaron ser las más pertinentes: Escala de Autoestima Global de Rosenberg, y la versión en español del Eating Disorder Examination Questionnaire. Posterior a la recolección de datos, se dio uso del software estadístico Jamovi a través de diferentes etapas, hasta concluir con los análisis de correlaciones y comparaciones de media de los resultados, así como el respectivo modelo. El modelo de mejor ajuste resultó ser uno de regresión lineal simple, dado que el elemento con mayor valor explicativo fue la subescala de preocupación por comer del S-EDE-Q, explicando casi la mitad de la varianza del modelo.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, Modelo transdiagnóstico, Modelo de regresión lineal simple, Adolescentes.

Abstract: The research with a quantitative approach and based on the transdiagnostic model of mental health and psychopathologies, studied a sample of 155 eleventh grade students, belonging to four academic high schools of the Ministry of Public Education of the Región Huetar Norte. The main objective was to analyze the possible relationship between the use of the social networks Instagram

and TikTok, and the variables of self-esteem, self-image, body satisfaction, sex and age, as well as risk behaviors of eating disorders. For data collection, in addition to specific questions, the two scales that, after an arduous search, turned out to be the most relevant were: Rosenberg's Global Self-Esteem Scale, and the spanish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire. After data collection, the Jamovi statistical software was used through different stages, until concluding with the analysis of correlations and average comparisons of the results, as well as the respective model. The best fitting model turned out to be a simple linear regression model, given that the element with the greatest explanatory value was the worry about eating subscale of the S-EDE-Q, explaining almost half of the variance of the model.

Key Words: Eating disorders, Transdiagnostic model, Simple linear regression model, Adolescents.

Introducción

Las conductas de riesgo de trastornos alimentarios van en aumento alrededor del mundo, tal y como López-Gil et al. (2023) lo confirman a través de su metaanálisis de proporción global en que una de cada cinco personas entre 6 a 18 años presenta este tipo de conductas, aumentando en el sexo femenino y a mayor edad. Respecto a Costa Rica, Mora (2023) notifica que la Clínica de Adolescentes del Hospital Nacional de Niños atendió 33 pacientes nuevos y el servicio de pediatría valoró 73 pacientes, entre nuevos y subsecuentes durante un lapso de tres meses y medio.

El Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica (CPPCR, 2019) afirmó que 22 mil estudiantes se encuentran en riesgo de sufrir de algún trastorno alimentario (TA), con una dominancia en mujeres, con un 9,4% y un 2,3% para hombres. Además, Villalobos (2021) notificó que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) atendió 1.751 casos de TA en adolescentes entre 15 a 19 años de edad, en el lapso de enero a noviembre de 2021.

La Universidad de Costa Rica (UCR) reveló a través de una investigación que 38,3% de la muestra expresó que quienes tienen un TA es para llamar la atención, mientras que 46,1% considera que estas patologías se derivan por pura vanidad (Brunner, 2018).

Shelton y Owens (2021) encontraron que centros educativos de secundaria localizados en zonas rurales de Estados Unidos enfrentaban mayores retos para obtener acceso a la información y tratamiento en salud mental. Por esta razón, surge el interés de que el presente estudio se localice en San Carlos, cantón costarricense caracterizado por sus variados lugares rurales. En Costa Rica, las pocas investigaciones relacionadas al tema de interés de este estudio se han llevado a cabo en el Gran Área Metropolitana (GAM).

Para este estudio, se plantea el diseño de un modelo de regresión lineal que permita establecer una relación causal entre el uso de Instagram y TikTok con el posible desarrollo de conductas de riesgo de trastornos alimentarios. Debido a ello, la población de interés son adolescentes cursando undécimo año en colegios académicos sancarleños y usuarios de mencionadas plataformas digitales.

Para esta investigación, el objetivo general fue: Analizar la posible relación existente entre el uso de Instagram y TikTok, autoestima, autoimagen, satisfacción corporal, sexo y edad con un continuo de conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de undécimo año de la Dirección Regional San Carlos.

Además, se conformó por tres objetivos específicos:

1. Predecir el riesgo de desarrollo de conductas de trastornos alimentarios mediante la correlación de variables de autoestima, autoimagen, satisfacción corporal, sexo, edad y el tiempo y el contenido de consumo en Instagram y TikTok.
2. Examinar las diferencias en resultados con relación al sexo de las personas participantes.
3. Evaluar la calidad de ajuste del modelo resultante y su capacidad para predecir el valor de las variables.

Por último, la pregunta problema que surgió tras la exhaustiva búsqueda de información nacional e internacional fue: ¿Cómo se asocia el uso de Instagram y TikTok a conductas de riesgo de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón en estudiantes de undécimo año de la Dirección Regional de Educación San Carlos?

Modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios

El modelo o perspectiva transdiagnóstica de los TA fue desarrollado por Fairburn, Cooper y Shafran en 2003, en el Centro de Investigación de Trastornos Alimentarios de Oxford (CREDO), siendo los máximos exponentes de la Terapia Cognitivo Conductual para trastornos de la conducta alimentaria, cuyas siglas en inglés se establecen como CBT-E.

Desde este modelo nosológico, las personas con TA o conductas de riesgo mantienen estrechas similitudes y comparten hábitos y preocupaciones en común, tales como las relacionadas con el peso y la figura corporal. El modelo transdiagnóstico ha demostrado que los procesos nucleares que mantienen la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria se comparten en todos los trastornos, por lo que el abordaje de dichos procesos en un TA permitiría, entonces, interrumpir el desarrollo de otros TA.

El modelo, al no regirse por criterios ni categorías y prestarles mayor atención a las

conductas per se, evita que muchas personas con conductas de riesgo de TA sean subdiagnosticadas o no diagnosticadas del todo por no cumplir con la totalidad de los criterios del DSM-V, y así poder intervenir en etapas tempranas de las manifestaciones de riesgo. Fairburn (2013), amplía esta idea al mencionar que una persona puede presentar síntomas característicos de un TA y, en poco tiempo, presentar manifestaciones de otro TA. Esto no quiere decir que se presenten dos o más TA diferentes, sino que se trata de un espectro de conductas que pueden fluctuar con el tiempo.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa [AN] es caracterizada por la búsqueda de delgadez basada en una restricción o evitación alimentaria autoimpuesta. Dicha búsqueda de delgadez y temor a ganar peso se realiza de una manera abrupta y puede llevar a daños fisiológicos en la persona (Rivera, 2023). Además, quienes sufren AN pueden llegar a auto catalogar sus cuerpos como gordos, aunque realmente no lo sean (Fairburn, 2013) y, asimismo, se subdivide en dos tipos: la restrictiva y la purgativa. La primera se caracteriza por la evitación de comida, llegando al llamado síndrome de inanición, mientras la segunda presenta atracones subjetivos (que la persona cataloga como atracón pero no cumple los criterios para serlo) y comportamientos compensatorios.

Fairburn (2013), menciona que, a diferencia de la bulimia nerviosa, en la que los atracones alimentarios suelen darse con grandes cantidades de comida, en la AN la percepción de atracón puede basarse en pequeñas cantidades de comida, ya que se trata de una interpretación distorsionada y se le conoce como atracón subjetivo.

La tasa de mortalidad es elevada al representar más de un 5% de las personas entre los primeros cuatro años desde el diagnóstico inicial (Westmoreland et al., 2022), lo que la hace tener el récord del trastorno mental con la segunda mortalidad más elevada, siendo superada solo por casos de sobredosis de opioides (Asociación Nacional de Anorexia Nerviosa y Trastornos Asociados, 2023). La mitad de estas muertes se deben a suicidio, y las restantes, a complicaciones fisiológicas a causa del trastorno (Westmoreland et al., 2022).

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa [BN] se caracteriza por la presencia de episodios de atracones y comportamientos compensatorios posteriores, los cuales pueden incluir vómito autoinducido, uso de laxantes o ejercicio compulsivo (Berner et al., 2023). La primera característica mencionada es de relevancia, ya que es la principal distinción del trastorno junto a la compensación posterior. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, 2014) indica que en casos que no presentan comportamientos compensatorios tras los atracones, debe de considerarse el trastorno por atracón, en vez de la BN.

Linardon (2023) menciona que un 92% de las hospitalizaciones por BN corresponde a mujeres; no obstante, de las personas hospitalizadas que fallecen un 8% corresponde a hombres y un 3% a mujeres. Asimismo, un 53% de adolescentes con BN presentan ideación suicida y más de un tercio presenta un intento de suicidio previo. El acceso a un debido tratamiento de la BN es de vital importancia, ya que el riesgo de suicidio es alto. Según APA (2014), “una evaluación completa de los individuos con este trastorno debería incluir una valoración de las conductas e ideas suicidas y otros factores de riesgo de suicidio, como los antecedentes de tentativas de suicidio.” (p. 349).

Fairburn et al. (2003) señalan que muchas personas que sufren atracones suelen hacer dietas restrictivas, lo cual se establece como el principal factor asociado con el desarrollo posterior de atracones, generando un ciclo que se refuerza entre sí. Asimismo, el vómito autoinducido representa una conducta que, en lugar de “compensar” lo ingerido, conlleva a un mayor deseo de realizar un atracón posteriormente debido a la disminución de azúcar en sangre. Sobre esto, Fairburn (2013) encontró en pacientes de Oxford que quienes autoinducían el vómito presentaban atracones más cortos que quienes no tenían dicha conducta compensatoria, lo cual demuestra que la compensación per se es un factor que facilita atracones posteriores, porque de esa manera las personas se permiten la sobreingesta con la seguridad de que pueden compensar después.

Trastorno por atracón

El trastorno por atracón (TPA) se caracteriza por episodios de sobreingesta de comida

durante un período de tiempo dominado por la sensación de pérdida de control (Fairburn, 2013), así como la ausencia de comportamientos compensatorios relacionados con el excesivo control del peso (Fairburn, 2008). Es decir, el TPA es la sobreingesta de alimentos en un período en que comúnmente otras personas no lo tendrían, como puede suceder en los días festivos.

A diferencia de la AN y la BN, la distribución del TPA en la población general es más equiparada: en este caso, un tercio de los hombres se ven afectados por el trastorno y también es común que exista mayor prevalencia en otros grupos de edad más allá de la adolescencia (Fairburn, 2013). Un dato relevante es que el trastorno se asocia con la búsqueda de pérdida de peso, es decir, afecta más a quienes emplean estos métodos en comparación a otras personas (APA, 2014). Este dato concuerda con lo expuesto por Fairburn et al. (2003), respecto a que los atracones suelen presentarse tras la restricción alimentaria, por lo que las dietas restrictivas representan el principal método utilizado para la pérdida de peso.

Los atracones se describen como una conducta incontrolable para quienes la sufren, de hecho, Fairburn (2013) menciona que las personas describen sentirse en un trance durante los episodios. El origen de estos es multicausal, siendo el elemento emocional uno de los que cobran más fuerza para este tema, algo que no sería ajeno a lo que Fairburn et al. (2003) exponen acerca de la patología central de los TA, lo cual incluye dificultades interpersonales y las dificultades con el estado de ánimo.

Fairburn (2013) afirma que los episodios de atracón suelen ser placenteros al inicio, pero tienden a ser seguidos por sensaciones de disgusto mientras la persona no puede detenerse. Asimismo, suelen comer tan rápido que pueden evitar masticar los alimentos, lo cual eventualmente causa un mayor malestar hasta el punto de posibles atascamientos en el proceso. Las personas suelen detenerse cuando físicamente les es imposible ingerir más, y cuando sienten inflamación o náuseas.

Es evidente la psicopatología compartida entre la BN y el TPA, ya que la primera tiene como requisito la presencia de atracones, pero añade los comportamientos

compensatorios. Incluyendo a la AN, en los tres trastornos la patología central logra ser evidenciada gracias a la teoría recopilada: personas que buscan perder peso con la finalidad de modificar sus cuerpos a raíz de la preocupación por la figura y la sobrevaloración de la misma, el control del peso y de la alimentación. Estos síntomas son compartidos en estos trastornos y, aunque se distinguen al menos por una conducta, lo cierto es que las personas afectadas pueden pasar de uno a otro con solo la implementación o evitación de esas conductas diferenciales, tal y como lo concibe el enfoque transdiagnóstico.

Metodología

Enfoque y diseño

El enfoque cuantitativo fue el predominante en esta investigación, ya que facilita un conjunto de datos y procesos destinados a comprobar o refutar determinadas suposiciones. Se acompañó de un diseño no experimental, método transversal y alcance correlacional. El diseño ayuda a estudiar la realidad tal cual es, sin provocar sucesos, mientras el método permite recopilar la información de esa realidad en un momento en específico, por una única vez y el alcance brinda la posibilidad de relacionar dos o más categorías, sea como causa-efecto o no.

Muestra

La muestra se conformó por 155 estudiantes de cuatro colegios sancarleños. Un total de 55.5% de participantes reportaron ser mujeres en contraste con un 41.3% que reportó ser hombres; por otra parte, 3.2% se identificaron como sexo “otro”. La edad promedio fue de 16 a 19 años, con una media de 16.9. Además, los centros educativos participantes fueron:

1. Liceo Experimental Bilingüe Claudio Bonilla Alarcón (con 38.1% de la muestra).
2. Liceo Nicolás Aguilar Murillo (con 28.4% de la muestra).
3. Colegio San Martín (con 19.7% de la muestra).
4. Liceo Innovación Educativa Sucre (con 14.8% de la muestra).

Debido a la dificultad de acceso a otros centros educativos, debió de realizarse una muestra cualitativa, para cumplir con la cantidad mínima de sujetos incluidos en el proceso de muestreo.

Variables

Las variables que conformaron el estudio fueron: sexo, edad, tiempo en redes sociales, principales contenidos de consumo en redes sociales, autoestima, autoimagen corporal, satisfacción corporal y conductas de riesgo de TA (siendo esta última la variable por predecir).

Además, se dio uso de la versión en español del Eating Disorder Examination Questionnaire (S-EDE-Q) para obtener las últimas tres variables, mientras la Escala de Autoestima Global de Rosenberg se utilizó para medir la autoestima de la muestra. El resto de las variables fueron recopiladas por datos sociodemográficos y preguntas puntuales. Es de relevancia mencionar que el S-EDE-Q está compuesto por cuatro subescalas: restricción, preocupación por comer, preocupación por la figura y preocupación por el peso. Además, un apartado se destina a medir la presencia y frecuencia de conductas de riesgo, siendo estas las preguntas que darán espacio a la variable a predecir de este estudio.

Al aplicar los formularios, se dio uso de Google Forms en los casos que fue posible. En los que no, se imprimieron y repartieron entre el cuerpo estudiantil que conformó la muestra. Asimismo, todo dato obtenido se pasó a al software estadístico Jamovi, para su posterior trabajo y proceso metodológico.

Resultados

En este apartado, se exponen las etapas del proceso y los diferentes pasos que llegaron hasta el modelo de regresión lineal. Se estructura de esta manera debido a que cada paso aportó información distinta y, además, el entendimiento de todo el proceso metodológico es facilitado con este orden. Los resultados se conforman de: indicadores, correlaciones, comparaciones de media y el modelo de regresión lineal.

Indicadores

Los indicadores en esta investigación fueron estandarizados para que la medida resumen oscile entre 0 a 10. Esto colaboró a resumir la información recopilada con las escalas seleccionadas para el estudio y, además, los resultados se dividieron en tres grupos, gracias a la categoría semáforo de indicadores creada para esta investigación.

Ilustración 1

Fuente: elaboración propia (2023)

La primera categoría, verde, comprende de 0 a 3.9; la segunda, amarilla, de 4 a 6.9 y, por último, la roja de 7 a 10. Entonces, los puntajes de las subescalas del S-EDE-Q ubicados en la categoría verde evidenciaban en la muestra menor presencia de conductas de riesgo. Por otra parte, para la Escala de Autoestima Global de Rosenberg los puntajes en la categoría verde se asocian a una autoestima alta como factor protector. La categoría amarilla puede ser interpretada como “precaución”, pues en ella radican una frecuencia recurrente de conductas de riesgo y una autoestima de puntajes medios. Por último, en la categoría roja se agrupan los porcentajes de mayor frecuencia de conductas de riesgo y puntajes más bajos en autoestima como factor protector.

A continuación, se exponen la clasificación de puntajes en cada subescala y variable, tomando en cuenta que el orden de los porcentajes va de categoría verde, amarilla y roja, respectivamente.

1. Restricción: 87.1% — 9% — 3.9%
2. Preocupación por comer: 87.1% — 9.7% — 3.2%
3. Preocupación por la figura: 71% — 15.5% — 13.5%
4. Preocupación por el peso: 76.8% — 13.5% — 9.7%
5. Autoestima: 49% — 38.1% — 12.9%

Correlaciones

Las correlaciones funcionaron para evidenciar posibles relaciones entre las variables. Es pertinente decir que las correlaciones se componen de tres elementos: significancia, fuerza/ magnitud y signo. Para este caso, todas las correlaciones aprobaron la significancia, pues ningún puntaje superó el corte 0.05 y, hasta cierto grado, todas contaron con una magnitud significativa. A continuación, se muestra la fuerza o magnitud posible en una correlación:

Tabla 1

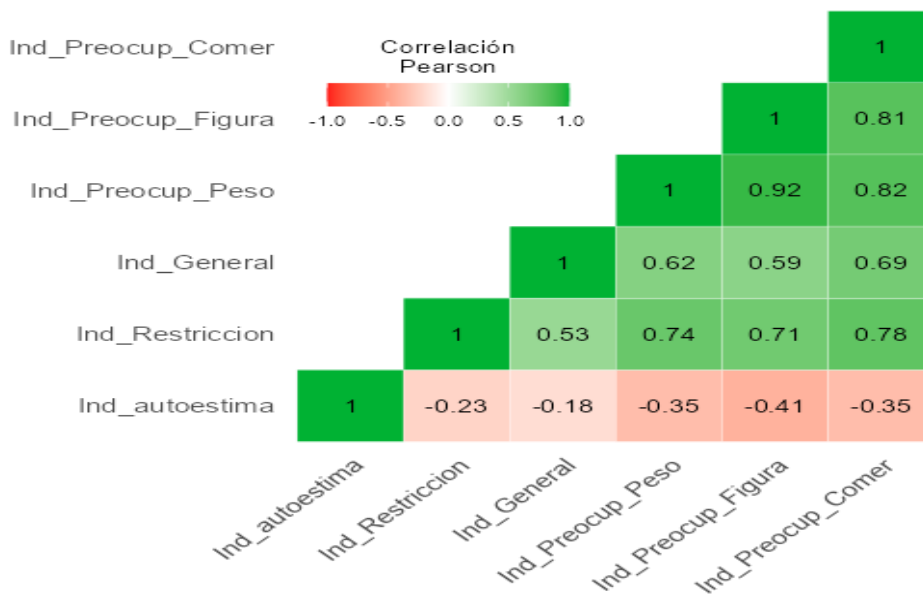
Signo	Valor	Significado
	0	Nula/correlación inexistente
+/-	0.20	Correlación débil
+/-	0.50	Correlación moderada
+/-	0.80	Correlación buena
+/-	1	Correlación perfecta

Fuente: Morales (2011)

En la tabla 1 el “valor” corresponde a los tipos de fuerza o magnitud que las correlaciones pueden tener, en caso de que exista significancia. Por otra parte, el signo puede ser positivo (+) o negativo (-). En caso del primero significa que, si el puntaje de una variable aumenta, el de la otra también; mientras tanto, el segundo indica que si el puntaje de una variable aumenta, el de la otra disminuye.

A continuación, se muestra un gráfico de color de las correlaciones realizadas en esta investigación:

Gráfico 1.



Fuente: elaboración propia (2023)

A mayor tono de rojo, mayor magnitud negativa existe, mientras a mayor tono de verde, mayor magnitud positiva se presenta. Es de especial interés observar que todas las correlaciones fueron negativas con la variable de autoestima, sugiriendo que, a menor autoestima, las escalas del S-EDE-Q presentan mayores puntajes.

Comparaciones de media

Las comparaciones de media permitieron evidenciar las diferencias estadísticamente significativas en la información estudiada. En primer lugar, se revisaron los supuestos de normalidad y homogeneidad, resultando que en ningún caso superaron el corte 0.05 simultáneamente, lo que llevó a dar uso de un estadístico no paramétrico para revisar las posibles comparaciones en las medias. A continuación, se muestran los supuestos y el número brindado por la U de Mann-Whitney (estadístico utilizado):

Tabla 2.

	Autoestima	Restricción	Comer	Figura	Peso	Frecuencia
P de Shapiro-Wilk	0.001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
P de Levene	0.691	0.036	< .001	0.001	< .001	0.059
Prueba	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney	U de Mann-Whitney
p de U de Mann-Whitney	0.031	< .001	< .001	< .001	< .001	0.035

Fuente: elaboración propia (2023)

Se evidencia que el estadístico no paramétrico no superó el corte 0.05 en ninguno de los casos, confirmando este dato la existencia de comparaciones. En este caso, las comparaciones fueron realizadas por sexo, únicamente añadiendo al grupo de mujeres y hombres, ya que el grupo de sexo “otro” se conformó por cinco personas y es recomendable evitar la disparidad de grupos para las comparaciones de media. En total, 150 personas de la muestra fueron tomadas en cuenta para las comparaciones de media.

Tabla 3.

	Mujeres		Hombres	
	Media	Desv. estándar	Media	Desv. estándar
Restricción	2.03	2.31	0.995	1.99
P. por comer	2.15	2.29	0.859	1.70
P. por la figura	3.81	3.10	1.732	2.33
P. por el peso	3.19	3.00	1.557	2.06
Frecuencia	2.27	2.17	1.576	1.79
Autoestima	6.23	2.08	6.91	2.14

Fuente: elaboración propia (2023)

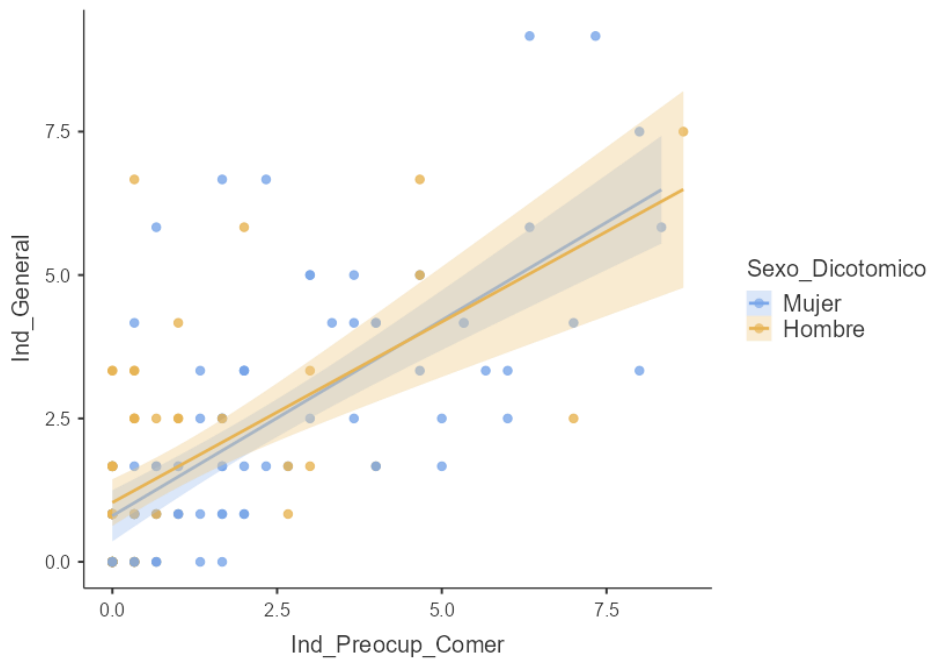
Como la tabla 3 evidencia, las mujeres puntúan más elevado en todos los indicadores, a excepción del de autoestima.

Modelo de regresión lineal simple

A pesar de que el interés inicial radicó en generar un modelo de regresión lineal múltiple (tal y como el conjunto de variables seleccionadas evidencian), metodológicamente no fue posible ajustar un buen modelo de este tipo, resultando uno simple el indicado para salvaguardar el valor predictivo, la significancia de ajuste y el valor explicativo. El indicador que mejor se ajustó fue la subescala de “Preocupación por comer” del S-EDE-Q. A continuación, se detallan brevemente los pasos que arrojaron a tal conclusión.

En primer lugar, se arrojaron modelos individuales con la escala general (es decir, la que representa las conductas de riesgo a predecir) y las variables predictoras. Se muestra el modelo de regresión múltiple con el indicador predominante en el modelo definitivo:

Gráfico 1.



Fuente: elaboración propia (2023)

Como se evidencia en el modelo, a mayor preocupación por la comida, aumenta también el indicador general, es decir, las conductas de riesgo. Esto se asocia directamente con los resultados de las correlaciones, en donde el indicador de conductas de riesgo se asoció positivamente con todos los indicadores del S-EDE-Q.

Una vez realizados todos los modelos y tras observar las diferencias individuales, se procedió a generar el modelo de regresión lineal múltiple. Como previamente se reveló, este modelo no fue viable y, entonces, se optó por un modelo súper-exploratorio, con la intención de conservar un modelo múltiple. Para este modelo, se añadieron también las variables que se sabían no aportaban al valor explicativo del modelo. Mencionada acción se justificó con que el orden en que son añadidas las variables influye en el modelo, por lo que se añadieron de mayor valor explicativo, a menor valor explicativo.

Tabla 4.

Variable/Indicador	p	R ²	Orden
Edad	0.682	0.00110	8
Tiempo_IG	0.947	3.08e-5	9
Tiempo_TT	0.186	0.0114	7
Sexo	0.039	0.0283	6
Autoestima	0.021	0.0342	5
Restricción	< .001	0.281	4
Comer	< .001	0.475	1
Figura	< .001	0.351	3
Peso	< .001	0.390	2

Fuente: elaboración propia (2023)

Como la tabla 4 muestra, se indicó el orden mediante el cual fueron añadidas las variables. Del mismo modo, cuando todas conformaron un modelo, se removió una a una respetando en mismo orden, para generar diversos modelos que se adecuaron a un mejor ajuste. A tal punto, las únicas variables que explicaron más del 20% de la varianza del modelo fueron las derivadas del S-EDE-Q. Por ello, se decidió pasar a un modelo polietápico, únicamente con estos cuatro indicadores.

Los modelos por etapas consisten en realizar un modelo con una variable y a ese mismo modelo creado se le añade una siguiente variable y así constantemente. Se trata de crear modelos en un modelo previo ya creado. Esto contribuye a estudiar mejor el impacto que cada variable aporta al modelo actual. Por su puesto, tal cual se hizo en el modelo súper-exploratorio, para el polietápico se añadieron de mayor a menor valor explicativo.

Tabla 5.

Modelo	R ²	R ² corregida	AIC	BIC	RMSEA
1	0.475	0.471	562	571	1.46
2	0.485	0.478	561	573	1.44
3	0.486	0.475	563	578	1.44
4	0.487	0.474	565	583	1.44

Fuente: elaboración propia (2023)

El orden de los modelos evidencia que fueron añadidos de la siguiente manera: “Preocupación por comer” (47,5%), “Preocupación por el peso” (39%), “Preocupación por la figura” (35%) y “Restricción” (28%). Del modelo 1 al modelo 4 se obtiene una ganancia de 1,2%, pero al corregir el valor explicativo (R^2), baja a 0,3%. Esto, por principio de parsimonia no es posible, debido a que matemáticamente no es viable complejizar el modelo para una ganancia tan baja. Asimismo, en el modelo polietápico se reveló que la única variable que continuaba siendo de significancia era la de “Preocupación por comer”, con un punto de corte menor a 0.05.

Por último, se utilizaron índices de ajuste para cerciorar la mejor elección de modelo. Los índices AIC y BIC a menor puntuación señalan un mejor modelo, mientras el RMSEA a mayor puntuación indica un mejor modelo. Como se evidencia en la tabla 5, tanto BIC como RMSEA señalan al primer modelo como el de mejor ajuste, mientras AIC revela que se trata del segundo. A este punto, tenemos dos de tres índices de ajuste que posicionan al primer modelo como el más adecuado, siendo éste el que contiene el único indicador con significancia y, además, el que explica por sí solo casi la mitad de la varianza del modelo.

Por lo tanto, se selecciona un modelo de regresión lineal simple como el predominante para este estudio, siendo el indicador relacionado a la preocupación por la comida que mejor explica las conductas de riesgo. A continuación, se muestran los coeficientes del modelo seleccionado:

Tabla 6.

Predictor	Estimador	EE	t	p
Constante	0.936	0.1460	6.41	< .001
Preocupación por comer	0.652	0.0555	11.76	< .001

Fuente: elaboración propia (2023)

La tabla 6 revela que por cada 0.6 puntos que aumente la preocupación por la comida, aumenta 1 punto en la escala general, siendo su fórmula:

$$Y=mx+b$$

Es decir:

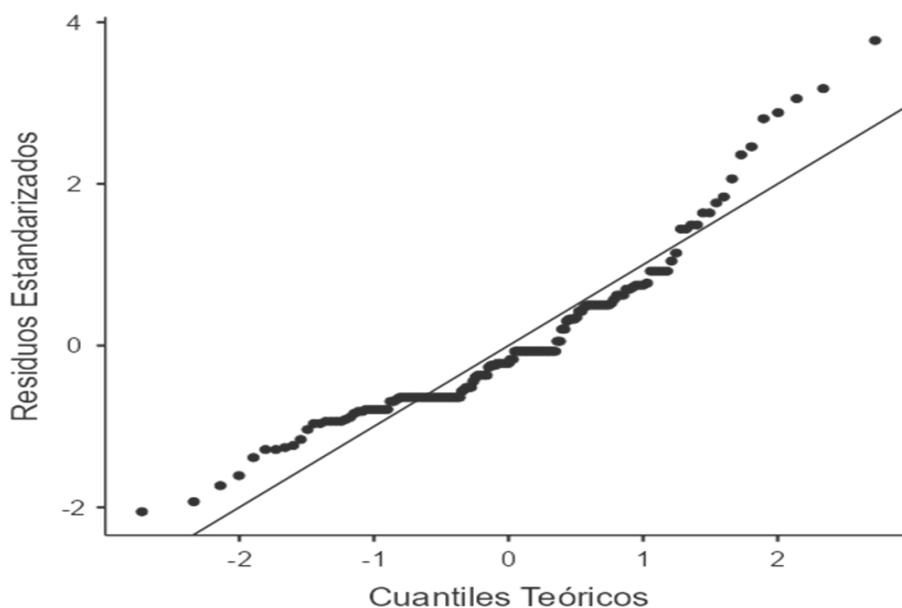
$$Y=0.652*(\text{indicador preocupación por comer}) + 0.936$$

En síntesis, basta con aplicar la subescala de “Preocupación por comer” y dar uso de la fórmula derivada para conocer el puntaje de la persona en el indicador general. De esta manera, el resultado brinda la predicción que caracteriza a los modelos de regresión.

Por último, es de relevancia mencionar que el modelo no cumple con la prueba de normalidad al caracterizarse por un corte menor a 0.05. Esto evidencia que no hay una distribución normal de los supuestos. Esta conclusión indica la presencia de un modelo de regresión lineal simple de buen valor predictivo, con una variable predictora de significancia, pero debido al muestreo cualitativo, valores extremos en el modelo y supuestos sin distribución normal, el mismo debe de ser analizado e interpretado con cautela.

A continuación, se muestra la normalidad de residuos estandarizados respecto a la distribución de la variable en el modelo:

Gráfico 2.



Fuente: elaboración propia (2023)

Como el gráfico 12 evidencia, los residuales no se ubican sobre la línea, lo cual indica mal supuesto de normalidad, tal y como la prueba Shapiro-Wilk demostró para este modelo.

Discusión

Tras un debido análisis al modelo de regresión lineal simple predominante, se encontró un buen entendimiento del ajuste desde el modelo transdiagnóstico, el cual brinda una explicación lógica al porqué el indicador de preocupación por la comida logró explicar casi la mitad de la varianza del modelo.

Para esta investigación fueron de interés las conductas de riesgo de trastornos alimentarios, es decir, de problemáticas cuya dificultad principal radica en una conducta alimentaria patológica. El comportamiento alimentario puede variar considerablemente en cada caso y esto hace que, dependiendo de la conducta alimentaria que se mantenga, dependerá del trastorno que se padezca, o bien, de las conductas de riesgo que se presenten.

En efecto, tal y como Fairburn et al. (2003) afirman, en los trastornos alimentarios se componen de diversos elementos que sostienen la sintomatología, incluso cuando no se relacionan directamente con la comida; por ejemplo: baja autoestima, problemas interpersonales, perfeccionismo clínico, desregulación emocional y demás. Pero estas problemáticas girarán en torno al deseo de controlar la figura, el peso y la alimentación. Dakanalis et al. (2014) afirman que la insatisfacción corporal es el principal factor de riesgo para desarrollar conductas de riesgo o trastornos alimentarios per se. Sin embargo, esta insatisfacción llevará a la conducta alimentaria problemática y es allí donde radicará el control que se desea obtener (debido a que se asocia con la modificación de la figura y el peso).

En caso de que la búsqueda de modificación corporal radique en perder peso, es común que la restricción de alimentos ricos en carbohidratos se eleve, incluso si la persona disfruta de la ingesta de los mismos. Estas restricciones se asocian a atracones y, por ende, a pérdida de control (Fairburn, 2013) y entonces la persona intentará recuperarlo restringiéndose una vez más y creando así un ciclo reforzador para la autoevaluación negativa (Fairburn et al., 2003).

Por su puesto, en algunos casos existe la presencia de atracones subjetivos e incluso la

restricción alimentaria. En estos casos el modelo transdiagnóstico también permite entender al modelo explicativo de regresión lineal, ya que la misma ausencia de ingesta de alimentos radica en la conducta alimentaria y al control que se cree tener sobre la misma. Por ejemplo, en casos de AN, la preocupación por la ingesta de alimentos se traduce en la restricción, lo cual funciona como ansiolítico natural para la persona y se tiende a asociar con el aumento otras conductas de riesgo, como el ejercicio excesivo o purgas, que funcionan como mecanismos de control del peso. Entonces, tal y como el modelo evidencia: a mayor preocupación, mayores conductas de riesgo.

Respecto a las comparaciones de media llevadas a cabo en esta investigación, es de interés señalar que el grupo de mujeres presentaron puntuaciones más elevadas en las subescalas del S-EDE-Q y menores puntuaciones en autoestima, en contraste con el grupo de hombres. Barakat et al. (2023) evidencian que las mujeres se encuentran más predispuestas a desarrollar conductas de riesgo de TA, al poseer menos factores protectores. En este caso, el factor protector se asocia con la autoestima.

Asimismo, el CPPCR (2019) reveló que, de los estudiantes en riesgo por padecer un TA, un 9,4% correspondía a mujeres y un 2,3% a hombres. Estas cifras concuerdan con los resultados encontrados en este estudio y se afirma que para la población que conformó la muestra hay diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a conductas de riesgo.

No obstante, no puede considerarse que los hombres de la muestra están exentos de sufrir de estas conductas o trastornos per se. Además, es de relevancia recordar que los indicadores para este estudio van del 0 al 1 y, como demuestra la tabla 3, ninguna puntuación del S-EDE-Q se posicionó siquiera a la mitad. Entonces, es factible decir que la muestra estudiada no presenta cifras alarmantes en conductas de riesgo en modo general, tanto en mujeres como en hombres.

Adicionalmente, es de relevancia subrayar que las correlaciones dieron espacio para la posterior información brindada por el modelo de regresión lineal. Esto porque “Restricción” y “Preocupación por comer” se correlacionaron positivamente con una fuerza de 0.713, es decir, una magnitud de grado significativo. Resulta interesante el suponer que la restricción

llega como un elemento para el control de la comida, la cual es preocupante para la muestra, pero entonces la presencia de atracones puede surgir o aumentar, en caso de la previa existencia de restricción (Fairburn, 2013), lo que aumentaría la preocupación y reforzaría la restricción para mantener un supuesto control. Este análisis permite confirmar que cuando un indicador aumenta, el otro también lo hace y específicamente en este caso puede funcionar como parte del ciclo reforzante que Fairburn et al. (2003) exponen.

Además, “Preocupación por comer” se asoció negativamente con “Autoestima”, con una fuerza de -0.327 , es decir, de magnitud moderada. Esto significa que, a menor autoestima, mayor preocupación por la comida, o viceversa. Dudek et al. (2014) mencionan que las personas que sufren de TA basan su autoestima en el control que tienen sobre la comida, el peso y su figura, reflejando así un efecto bidireccional entre el control de la comida y la autoestima. Como previamente se mencionó, los últimos dos elementos se asocian al éxito del primero, por lo que es factible mencionar que, independientemente exista buen control de la comida o no, la autoestima de estas personas depende directamente de este control y qué tan bien se les da sostener el control a corto y largo plazo en sus vidas.

Por último, “Preocupación por comer” obtuvo correlaciones positivas de magnitud significativa con “Preocupación por la figura” (0.794) y “Preocupación por el peso” (0.766). Estas cifras revelan resultados cercanos a correlaciones por encima de “buenas”, cosa que tiene sentido desde la teoría. Fairburn et al. (2003) asocian la figura y el peso con el control sobre la comida, por lo que se encuentra lógica en la afirmación que, a mayores puntajes en preocupación por la comida, aumentará también los puntajes de la preocupación por el peso y la figura. En síntesis, estas subescalas se asocian al esquema de autoevaluación negativa del modelo transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, pues en ellas radica el esquema mental predominante de las personas que sufren de estas patologías y el cual da lógica al modelo resultante de esta investigación.

Conclusiones

El modelo transdiagnóstico se posiciona como una opción nosológica de gran aporte investigativo y psicoterapéutico, esto debido a la accesibilidad de análisis del modelo de

regresión lineal simple y la lógica que se manejó en el hilo conductor. A partir de la exhaustiva búsqueda en el proceso de esta investigación, se sabe que este es el primer estudio relacionado a trastornos alimentarios en Costa Rica que se concibe desde este modelo nosológico, siendo también la primera investigación de esta temática realizada fuera del GAM y con especial interés en centros educativos ubicados en zonas rurales del cantón de San Carlos.

El modelo transdiagnóstico no permitió únicamente dar un adecuado sentido a los alcances metodológicos, sino que su función radica desde la misma concepción del estudio, el cual se interesa por conductas de riesgo, más allá de TA per se. Otros modelos nosológicos, como el categorial, dificulta el trabajo con conductas o sintomatología de riesgo si no existen suficientes criterios que cumplan para establecer un diagnóstico. A diferencia de otras visiones en el estudio de las patologías, el modelo nosológico predominante en esta investigación considera que las conductas de riesgo pueden generar tanto deterioro que limite a las personas en sus distintas dimensiones de vida como lo puede hacer un diagnóstico establecido de un trastorno.

A pesar de que los resultados relacionados a la presencia de conductas de riesgo en la muestra del estudio revelaron ser bajos, desde esta concepción nosológica se sabe que deben de ser tomados con cautela, debido a que a largo plazo podrían convertirse en un diagnóstico definitivo. La prevención primaria puede ser de significativa utilidad para una población como la tomada en cuenta para la investigación, pues permite brindar herramientas y factores protectores, como la información; siendo también el tipo de prevención más accesible de ejecutar.

Esta investigación tuvo sus limitaciones, siendo la primera la baja capacidad de correlación o causalidad de las RRSS con las conductas de riesgo y alejándose así el logro del objetivo general planteado. Como segunda, se tiene el no haber podido incluir a más participantes en la muestra y enfrentarse a la obligación de realizar un muestreo cualitativo, el cual limitó ante la posibilidad de eliminar valores extremos de los modelos de regresión y extrapolar la muestra.

Se recomienda tomar en cuenta al modelo transdiagnóstico como una prometedora herramienta investigativa y psicoterapéutica, además de profundizar en la realidad costarricense acerca de los trastornos alimentarios y sus conductas de riesgo en la población en general, incluyendo grupos etarios y zonas del país que han sido poco o nada estudiadas.

Referencias

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Barakat, S., McLean, S., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S. y Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(8), 1-31. doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4
- Berner, L.A., Fiore, V.G., Chen, J.Y, Krueger, A., Kaye, W.H., Viranda, T. y de Wit, S. (2023). Impaired belief updating and devaluation in adult women with bulimia nervosa. *Translational Psychiatry*, 13(2), 1-9. doi.org/10.1038/s41398-022-02257-6
- Brunner, F. (20 de febrero de 2018). Casi la mitad de costarricenses creen que trastornos de conducta alimenticia son por vanidad. *Noticias UCR*. ucr.ac.cr/noticias/2018/02/20/casi-la-mitad-de-costarricenses-creen-que-trastornos-de-conducta-alimenticia-son-por-vanidad.html
- Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. (02 de junio de 2019). *DÍA DE ACCIÓN POR LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)*. Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. Recuperado el 02 de octubre de 2022 de psicologiacr.com/dia-de-accion-por-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-tca/
- Dakanalis, A., Favagrossa, L., Clerici, M., Prunas, A., Colmegna, F., Zanetti, M.A. y Riva, G. (2014). Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptomatology: A Latent Structural Equation Modeling Analysis of Moderating Variables in 18- to 5 28-Year-Old Males. *The Journal of Psychology*, 00(0), 1-27. 10.1080/00223980.2013.842141
- Dudek, J., Ostaszewski, P. y Malicki, S. (2014). TRANSDIAGNOSTIC MODELS OF

EATING DISORDERS AND THERAPEUTIC METHODS: THE EXAMPLE OF FAIRBURN'S COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY AND ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY. *Annals of psychology*, 17(1), 25-39. kul.pl/files/1024/Roczniki_Psychologiczne/2014/1/RPsych2014nr1pp025-039_Dudek_Ostaszewski_MalickiEN.pdf

- Fairburn, C.G. (2013). *Overcoming Binge Eating Proven Program to Learn Why You Binge and How You Can Stop*. Guilford Press. Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528. [10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528. [10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Linardon, J. (01 de marzo de 2023). *Bulimia Nervosa Statistics 2023: 24 Shocking Facts*. Break Binge Eating. Recuperado el 06 de mayo de 2023 de breakbingeeating.com/bulimia-nervosa-statistics/
- López-Gil, J.F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Eumann, A., Jiménez-López, E., Gutiérrez-Espinoza, H., Tárraga-López, P.J. y Victoria-Montesinos, D. (2023). Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 177(4), 363-372. [10.1001/jamapediatrics.2022.5848](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848)
- Mora, A. (16 de febrero de 2023). CCSS alerta por aumento de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes: 30 casos nuevos en 3 meses. *Delfino*. delfino.cr/2023/02/ccss-alerta-por-aumento-de-trastornos-de-conducta-alimentaria-en-adolescentes-30-casos-nuevos-en-3-meses
- Morales, P. (2011). *El coeficiente de correlación* [Archivo PDF]. Universidad Zaragoza. ice.unizar.es/sites/ice.unizar.es/files/users/leteo/materiales/01._documento_1_correlacione_s.pdf
- Rivera, G.A. (2023). Anorexia nerviosa: un abordaje psicológico para su tratamiento. *Rhombus*, 3(1), 70-93. ulacit.ac.cr/wp-content/uploads/Revista-Rhombus-diciembre2022_compressed-1.pdf

- Shelton, A.J. y Owens, E.W. (2021). Mental Health Services in the United States Public High Schools. *Journal of School Health*. doi.org/10.1111/josh.12976
- Villalobos, F.J. (22 de diciembre de 2021). Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia. *Delfino*. delfino.cr/2021/12/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-la-adolescencia
- Westmoreland, P., Duffy, A., Rienecke, R., Le Grange, D., Joiner, T., Manwaring, J., Watters, A. y Mehler, P. (2022). Causes of death in patients with a history of severe anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 10(200), 1-9. doi.org/10.1186/s40337-022-00716-5