

Original

## Correlatos psicológicos del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria según sexo e índice de masa corporal en estudiantes universitarios mexicanos

PAOLA ISABEL GUERRERO ISLAS, REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA, MARÍA DE LAS MERCEDES MORALES BRISEÑO, LILIÁN ELIZABETH BOSQUES-BRUGADA

PAOLA ISABEL GUERRERO ISLAS.  
Universidad Autónoma del  
Estado de Hidalgo,  
Instituto de Ciencias de la Salud.  
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México;  
gu453228@uaeh.edu.mx

REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA.  
Universidad Autónoma del  
Estado de Hidalgo,  
Instituto de Ciencias de la Salud.  
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México;  
rguzman@uaeh.edu.mx

MARÍA DE LAS MERCEDES  
MORALES BRISEÑO.  
Universidad Anáhuac.  
Querétaro México;  
mercedes.morales@anahuac.mx

LILIÁN ELIZABETH BOSQUES-BRUGADA  
Universidad Anáhuac.  
Querétaro México;  
lilian\_bosques@uaeh.edu.mx

**Introducción:** los trastornos de la conducta alimentaria son condiciones complejas influenciadas por factores fisiológicos y psicológicos entre ellos el sexo y el índice de masa corporal (IMC). El **objetivo** de este estudio fue identificar los correlatos psicológicos del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en función del sexo y el IMC en estudiantes universitarios mexicanos. **Materiales y métodos:** se empleó un diseño no experimental, transversal y descriptivo. Se calculó el IMC a partir de mediciones de peso y talla, y se evaluaron factores psicológicos de riesgo mediante el *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3). La muestra fue de 126 estudiantes (57.9 % mujeres y 42.1 % hombres) de entre 18 y 23 años ( $M = 18.0$ ,  $DE = 1.20$ ), de una universidad pública en Hidalgo, México. **Resultados:** se identificaron diferencias significativas en las variables psicológicas en función del sexo y del IMC las mujeres reportaron niveles más altos en obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e inseguridad interpersonal. El miedo a la madurez fue el factor más elevado en ambos sexos. Además, un mayor IMC se asoció con puntuaciones más altas en obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, baja autoestima y perfeccionismo. **Conclusiones:** los hallazgos destacan la necesidad de estrategias de preventión y detección temprana en poblaciones universitarias.

**Palabras clave:** Riesgo psicológico – Indicadores de peso corporal – Diferencias por sexo – Población Universitaria – Prevención

### Psychological Correlates of Eating Disorder Risk Based on Sex and Body Mass Index in Mexican University Students

**Introduction.** Eating disorders are complex conditions influenced by psychological and physiological factors, including sex and body mass index (BMI). **Objective.** This study aimed to identify psychological correlates of eating disorder risk based on sex and BMI among Mexican university students. **Materials and Methods.** A non-experimental, cross-sectional, and descriptive design was employed. BMI was calculated from measured weight and height, and psychological risk factors were assessed using the *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3). The sample consisted of 126 students from a public university in the state of Hidalgo, Mexico, including 57.9% women ( $n = 73$ ) and 42.1% men ( $n = 53$ ), aged 18 to 23 years ( $M = 18.0$ ,  $SD = 1.20$ ). **Results.** Significant differences were found in psychological variables related to eating disorder risk, primarily based on sex and BMI. Women reported higher levels of drive for thinness, body dissatisfaction, and interpersonal insecurity. Fear of maturity was the most elevated factor in both sexes. Additionally, higher BMI was associated with increased scores in drive for thinness, body dissatisfaction, bulimia, low self-esteem, and perfectionism. **Conclusions.** Findings underscore the need for targeted prevention and early detection strategies in university populations.

Correspondencia  
Rebeca María Elena Guzmán Saldaña;  
rguzman@uaeh.edu.mx

**Keywords:** Psychological Risk – Body Weight Indicators – Sex Differences – University Student Population – Preventio

## Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (TCAIA) constituyen un grupo de condiciones caracterizadas por alteraciones persistentes en los patrones de ingesta de alimentos, lo que genera un consumo o absorción disfuncional de los alimentos, afectando significativamente tanto la salud física como el funcionamiento psicosocial del individuo [1]. Entre los trastornos más comunes se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

La prevalencia global de los TCAIA representa un problema significativo de salud pública. Según Nieto [25] aproximadamente el 9 % de la población mundial presenta algún tipo de TCAIA, lo que equivale a cerca de 70 millones de personas. En el contexto mexicano, la situación resulta aún más preocupante: Cuevas *et al.* [9] señalan que alrededor del 25 % de la población manifiesta algún trastorno de la conducta alimentaria, siendo los jóvenes el 7.5 % de este total.

Estudios realizados en población joven adulta han aportado hallazgos relevantes, Téllez Islas *et al.* [32] reportaron que el 12.84 % de los participantes entre 18 y 29 años presentaban riesgo de desarrollar un TCAIA, mientras que un 64.69 % exhibía conductas alimentarias de riesgo (CAR [21]). Estos datos reflejan una alta vulnerabilidad en este grupo etario frente a los trastornos alimentarios.

La etiología de los TCAIA es ampliamente multifactorial. La Comunidad de Madrid [8] identifica factores interrelacionados de orden biológico, psicológico, familiar y cultural que explican tanto la complejidad de su manifestación como las dificultades en su prevención y tratamiento. Canals [5] refiere que la presencia de trastornos emocionales como ansiedad o depresión puede anteceder el desarrollo de TCAIA.

Por otro lado, Choéz Plúa [7] destaca que ambientes familiares rígidos, con problemas de comunicación y énfasis en la apariencia física, representan condiciones que favorecen la aparición de estos trastornos. Desde un enfoque individual, Garner [20] propone una clasificación basada en experiencias traumáticas y otros factores personales, identifica como factores de riesgo de nivel bajo a medio el abuso físico, la pérdida por muerte y el abuso sexual, en un nivel medio, la depresión, ansiedad y una regulación emocional deficiente; y en un nivel alto, el perfeccionismo, la preocupación excesiva por el peso, la insatisfacción corporal, la baja autoestima, la inseguridad personal y distorsiones cognitivas. Garner también subraya que la adolescencia representa una etapa de alta vulnerabilidad para el desarrollo de TCAIA.

Durante la adolescencia, confluyen transformaciones corporales y la construcción de la identidad personal. Este proceso puede derivar en preocupaciones excesivas por el peso y la imagen corporal, facilitando la adopción de patrones alimentarios disfuncionales [4]. Además, el aumento en el consumo de alimentos ultraprocesados y los cambios en el estilo de vida influenciados por factores como el entorno familiar, los grupos de pares y los medios de comunicación han alterado significativamente los hábitos alimentarios en la población joven [23].

En estudios que han empleado el *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3* (EDI-3, por sus siglas en inglés), las dimensiones con puntuaciones más elevadas han sido obsesión por la delgadez y miedo a la madurez, mientras que bulimia mostró las puntuaciones más bajas. Estos hallazgos se relacionan con la presión social ejercida sobre las mujeres para ajustarse a ideales corporales socialmente aceptados [29]. En una investigación con gimnastas, Salas [30] encontró que el 52.6 % presentaba riesgo de desarrollar TCAIA, siendo las mujeres quienes puntuaron más

alto en obsesión por la delgadez. Resultados similares fueron reportados por Vindas *et.al.* [35] quienes identificaron diferencias significativas únicamente en dicha escala, con puntajes más altos en mujeres.

Aunque históricamente los TCAIA han sido más prevalentes en mujeres, investigaciones recientes evidencian un aumento en los casos reportados por hombres. Por ejemplo, Ganoza [15] documentó puntuaciones más elevadas en problemas interpersonales en varones, mientras que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en bulimia, perfeccionismo y miedo a madurar. Del Giudice [10] encontró puntuaciones similares entre ambos sexos en ascetismo, deseo por adelgazar y desconfianza interpersonal. En el estudio de Ramírez y Zerpa [27] los hombres presentaron puntuaciones más altas en bulimia, lo que refuerza la idea de que la presión social por alcanzar una figura ideal también afecta a esta población, aunque de forma diferenciada. Las teorías actuales sugieren que los hombres tienden a preocuparse más por la imagen corporal, mientras que las mujeres presentan mayor preocupación por la pérdida de peso.

Las diferencias por sexo en la manifestación de los TCAIA pueden atribuirse, en parte, a la influencia de estereotipos culturales. Ramírez *et al.* [28] señalan que dichos estereotipos promueven ideales corporales específicos —musculosos en hombres y delgados en mujeres—, que ejercen presión sobre ambos sexos. Además, sus hallazgos muestran niveles más altos de autoconcepto en hombres, posiblemente explicados por normas sociales y expectativas diferenciadas de género.

Los TCAIA generan consecuencias severas en la salud física y mental. Desde el punto de vista médico, pueden presentarse complicaciones cardiovasculares, derrames pericárdicos, y en casos extremos, desenlaces fatales asociados con la desnutrición y la pérdida extrema de

peso [13]. En el plano psicosocial, se asocian frecuentemente con aislamiento, baja autoestima, conflictos interpersonales y elevada comorbilidad psiquiátrica, incluyendo depresión, ansiedad, conductas obsesivo-compulsivas, abuso de sustancias, agresividad y riesgo suicida [17].

Ahora bien, el índice de masa corporal (IMC) es un indicador fundamental del estado nutricional que ha mostrado correlación significativa con el riesgo de desarrollar TCAIA. Santana y García [16] indican que un IMC elevado se asocia con mayor probabilidad de desarrollar estos trastornos. Galván Bárcenas *et al.* [14] reportaron hallazgos similares, destacando que individuos con IMC más alto tienden a experimentar mayor preocupación corporal, prácticas dietéticas restrictivas y temor al aumento de peso, incluso cuando se encuentran dentro de un rango considerado saludable.

Esta relación entre IMC y TCAIA adquiere particular relevancia en el contexto universitario, donde factores como el cambio de sus hábitos alimentarios, rutinas, estrés académico, vida independiente y la inactividad física pueden intensificar la vulnerabilidad a los trastornos alimentarios, especialmente en estudiantes con IMC elevado [3].

En síntesis, la literatura científica revisada resalta la relevancia epidemiológica de los TCAIA, especialmente en adultos jóvenes. La etiología multifactorial de estos trastornos, sus consecuencias graves, las diferencias de género en su expresión y su vínculo con el IMC, justifican la necesidad de investigarlos en poblaciones específicas. En este sentido, el presente estudio se enfocó en estudiantes universitarios del estado de Hidalgo, México. El objetivo fue evaluar factores de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria considerando el sexo e índice de masa corporal de los participantes.

## Método

### Tipo de estudio

La presente es una investigación cuantitativa, de alcance descriptivo; con un diseño no experimental, transversal.

### Participantes

Se estableció muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño muestral se determinó *a priori* mediante un análisis de potencia estadística realizado con el software G\*Power 3.1 [12] considerando un tamaño del efecto medio ( $d = .50$ ), un nivel de significancia de .05 y una potencia estadística de .80. De esta manera, la muestra quedó conformada con la participación de 126 estudiantes de licenciatura en psicología de una institución pública de educación superior ubicada en el estado de Hidalgo, México. La muestra estuvo compuesta por 57.9 % ( $n = 73$ ) mujeres y 42.1 % ( $n = 53$ ) hombres, con edades entre 18 y 23 años ( $M = 18.0$ ,  $DE = 1.20$ ).

Los criterios de inclusión fueron: 1) estar matriculado como estudiante regular en la licenciatura en psicología y 2) haber firmado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión incluyeron: 1) recibir tratamiento actual por trastornos alimentarios, 2) presentar condiciones médicas que afectaran significativamente el peso corporal, 3) encontrarse en periodo de embarazo o lactancia, y 4) utilizar marcapasos u otros dispositivos médicos incompatibles con las mediciones antropométricas.

### Instrumentos y materiales

Encuesta sociodemográfica. Se empleó una encuesta estructurada compuesta por 12 ítems, diseñada para recopilar información sobre edad, sexo, estado civil, composición familiar, situación laboral, procedencia geográfica y condición de residencia (local o foráneo). La validez de contenido fue evaluada mediante juicio de expertos, obteniendo un índice de validez

de contenido (CVR) de .85. Esta herramienta permitió caracterizar a la población y establecer distinciones relevantes para análisis comparativos.

*Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3 (EDI-3)*. Desarrollado por Garner [19] y validado para población mexicana por Ochoa [26] el EDI-3 cuenta con propiedades psicométricas reportadas por Elosua *et al.* [11], incluyendo consistencia interna aceptable ( $\alpha = .76$  a .91) y validez convergente adecuada ( $r = .68$  a .83). El instrumento está conformado por 91 ítems con formato de respuesta tipo Likert de seis puntos (0 = nunca a 5 = siempre), organizados en 12 dimensiones distribuidas en dos categorías:

A) *Escalas específicas de trastornos alimentarios*: obsesión por la delgadez: preocupación excesiva por la dieta y el peso corporal; bulimia: propensión a episodios de atracones y conductas compensatorias; e insatisfacción corporal: descontento con la forma y el tamaño del cuerpo.

B) *Escalas psicológicas generales*: baja autoestima: percepción negativa de sí mismo; alienación personal: sentimientos de vacío y desconexión emocional; inseguridad interpersonal: incomodidad y dificultad en relaciones sociales; desconfianza interpersonal: reticencia a establecer vínculos; déficit interoceptivo: dificultad para reconocer estados emocionales internos; desajuste emocional: impulsividad e inestabilidad afectiva; perfeccionismo: búsqueda rígida de estándares personales elevados; ascetismo: tendencia al autocontrol y la autoimposición de restricciones; y miedo a la madurez: deseo de regresar a la seguridad de la infancia.

Las puntuaciones directas fueron transformadas a puntuaciones T, de acuerdo con los baremos para población mexicana no clínica establecidos en el manual técnico del instrumento.

### *Composición corporal*

*Índice de masa corporal (IMC).* El estado nutricional se evaluó mediante el cálculo del IMC con la fórmula: peso (kg)/talla<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>). Las mediciones se realizaron utilizando un analizador de composición corporal InBody 270 validado frente al método de referencia DEXA ( $r = .94$  [24]). La clasificación del IMC siguió los criterios del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades [6] adaptados a población adulta mexicana, con los siguientes rangos: bajo peso ( $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ ), peso saludable ( $18.5\text{--}24.9 \text{ kg/m}^2$ ), sobrepeso ( $25.0\text{--}29.9 \text{ kg/m}^2$ ), obesidad ( $30.0\text{--}34.9 \text{ kg/m}^2$ ) y obesidad severa ( $\geq 35.0 \text{ kg/m}^2$ ).

### *Procedimiento*

La recolección de datos se llevó a cabo en dos fases. En la primera, se realizó una presentación informativa en las aulas, donde se explicaron los objetivos del estudio, el procedimiento y los criterios éticos. Los estudiantes que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado, asegurando la confidencialidad y voluntariedad de su participación.

Posteriormente, se aplicaron el EDI-3 y la encuesta sociodemográfica de forma grupal, en sesiones controladas de 40 minutos. Durante estas sesiones, el equipo de investigación estuvo presente para resolver dudas y garantizar la correcta comprensión de los ítems.

En la segunda fase, se agendaron evaluaciones antropométricas individuales. A los participantes se les proporcionaron instrucciones previas, como: no portar objetos metálicos, vestir ropa ligera y mantenerse hidratados. Las mediciones se realizaron en un espacio acondicionado para garantizar la privacidad, siguiendo el protocolo técnico del fabricante del equipo InBody.

### *Procesamiento y análisis de los datos*

Los datos fueron codificados y digitalizados mediante doble entrada para minimizar

errores de transcripción. Se utilizó el software IBM SPSS Statistics, versión 21 en español, para realizar los análisis estadísticos.

Primero se aplicaron análisis descriptivos para caracterizar la muestra, mediante medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias para las variables categóricas. Las puntuaciones del EDI-3 fueron interpretadas conforme al manual para población mexicana. El IMC se calculó conforme a la fórmula estandarizada y se categorizó siguiendo los lineamientos de los CDC (Communicable Disease Centers de los Estados Unidos) [6]. De igual forma, para identificar las posibles diferencias de los factores de estudio por sexo, se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes.

### *Aspectos éticos y de bioseguridad*

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación (CNEIP) de México. Se desarrolló conforme a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki [2] y la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [22]. Fue supervisada por investigadores con experiencia en investigación clínica y ética. Antes de su participación, cada estudiante recibió información clara, completa y comprensible sobre los objetivos del estudio, los procedimientos involucrados, y los posibles riesgos y beneficios. La firma del consentimiento informado fue condición indispensable para su participación, respetando el principio de autonomía. Se garantizó el anonimato y confidencialidad de los datos, así como el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin repercusiones.

Además, se estableció un protocolo de referencia para canalizar a servicios especializados de atención psicológica o nutricional en caso de detectar indicadores clínicos de riesgo.

## Resultados

Previo al análisis principal, se evaluó el supuesto de normalidad para determinar la idoneidad de las pruebas estadísticas. Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors se evaluó la normalidad de los datos, se verificó que los factores del EDI-3 siguieran una distribución normal ( $p < .05$ ). Este hallazgo fue posteriormente confirmado mediante análisis de histogramas, orientando así la selección de pruebas paramétricas para los análisis subsecuentes.

### *Características sociodemográficas de los participantes*

De la muestra analizada, con relación al estado civil, se observó un predominio de estudiantes solteros (95.2 %,  $n = 120$ ), mientras que las categorías de unión libre (3.2 %,  $n = 4$ ) y casados (1.6 %,  $n = 2$ ) presentaron frecuencias notablemente menores. Respecto a la estructura de convivencia, la mayoría de los estudiantes reportó vivir con ambos padres (42.1 %,  $n = 53$ ) o exclusivamente con la madre (23.8 %,  $n = 30$ ). Otras modalidades de convivencia incluyeron: compañero de cuarto (11.9 %,  $n = 15$ ), otras formas no especificadas (9.5 %,  $n = 12$ ), vivir sólo (6.3 %,  $n = 8$ ), y en menor proporción, convivir únicamente con el parent (3.2 %,  $n = 4$ ) o con hermanos (3.2 %,  $n = 4$ ).

### *Factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios*

Los resultados obtenidos mediante el EDI-3 y su distribución por factores y rangos clínicos según el sexo se presentan en la tabla 1. El análisis de los factores del EDI-3 reveló que el factor miedo a la madurez presentó las puntuaciones medias más elevadas tanto en mujeres ( $M = 20.86$ ,  $DE = 5.30$ ) como en hombres ( $M = 20.05$ ,  $DE = 7.65$ ). Este factor evalúa el deseo de regresar a la seguridad percibida durante la infancia y el temor ante las exigencias de la vida adulta, particularmente ante los nuevos

roles para los cuales los jóvenes podrían no sentirse preparados [11]. En contraste, el factor bulimia obtuvo las puntuaciones más bajas tanto en mujeres ( $M = 6.94$ ,  $DE = 8.58$ ) como en hombres ( $M = 6.18$ ,  $DE = 5.27$ ). Este factor evalúa la tendencia a presentar episodios de atracones y conductas compensatorias, así como su asociación con estados emocionales negativos.

Al comparar los factores por sexo, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en tres factores, todos con puntuaciones medias superiores en las mujeres: obsesión por la delgadez ( $t = 2.16$ ,  $p = .03$ ), insatisfacción corporal ( $t = 2.32$ ,  $p = .02$ ), e inseguridad interpersonal ( $t = 2.30$ ,  $p = .02$ ). Estos resultados sugieren una mayor vulnerabilidad en el grupo femenino hacia aspectos cognitivos y conductuales relacionados con trastornos alimentarios.

Respecto a los rangos clínicos, el miedo a la madurez presentó las medias más elevadas tanto en mujeres ( $M = 2.93$ ,  $DE = 0.25$ ) como en hombres ( $M = 2.73$ ,  $DE = 0.55$ ), en congruencia con lo observado en los factores. En las mujeres, el rango clínico con menor puntuación fue desajuste emocional ( $M = 1.82$ ,  $DE = 0.78$ ), que evalúa la inestabilidad emocional, impulsividad y conductas autodestructivas. En los hombres, el rango clínico con menor puntuación correspondió a baja autoestima ( $M = 1.88$ ,  $DE = 0.82$ ), asociado a autoevaluaciones negativas, sentimientos de inseguridad y percepción de escasa valía personal.

Al establecer la diferencia por sexos, se observó que los rangos clínicos significativos fueron: desconfianza interpersonal ( $t = 2.30$ ,  $p = .02$ ), perfeccionismo ( $t = 2.20$ ,  $p = .03$ ) y miedo a la madurez con ( $t = 2.39$ ,  $p = .02$ ). De igual manera, se encontró que en los tres rangos clínicos las mujeres cuentan con la media más alta.

Cabe recordar que, el rango clínico miedo a la madurez es el que muestra la media mayor

**Tabla 1. Comparación por sexo de factores y rangos clínicos del EDI-3**

N=126	Mujeres Media	n=73 DE	Hombres Media	n=53 DE	t -2.16	p <.03
<b>Factores</b>						
Obsesión por la delgadez (DT)	14.15	9.21	10.73	8.37		
Bulimia (B)	6.94	8.58	6.18	5.27	-2.32	<.02
Insatisfacción corporal (BD)	19.93	9.53	16.05	9.02		
Baja autoestima (LSE)	7.26	5.46	6.79	6.48		
Alineación personal (PA)	9.83	5.50	9.98	7.05	-2.30	<.02
Inseguridad interpersonal (II)	15.89	6.02	13.15	7.00		
Desconfianza interpersonal (IA)	14.56	4.63	13.60	5.88		
Déficits intelectivos (ID)	15.35	8.32	16.09	10.34		
Desajuste emocional (ED)	8.73	6.20	9.56	7.24		
Perfeccionismo (P)	15.72	5.82	14.00	5.72		
Ascetismo (A)	8.82	5.13	9.62	5.58		
Miedo a la madurez (MF)	20.86	5.30	20.05	7.62		
<b>Rangos clínicos</b>						
Obsesión por la delgadez (DT)	2.08	.79	2.00	.70		
Bulimia (B)	2.17	.82	2.09	.81		
Insatisfacción corporal (BD)	2.35	.73	2.28	.71		
Baja autoestima (LSE)	2.00	.78	1.88	.82		
Alineación personal (PA)	2.15	.70	2.22	.75		
Inseguridad interpersonal (II)	2.58	.64	2.35	.81	-2.30	<.02
Desconfianza interpersonal (IA)	2.52	.60	2.24	.70	-2.16	<.03
Déficits intelectivos (ID)	14.15	9.21	10.73	8.37		
Desajuste emocional (ED)	6.94	8.58	6.18	5.27	-2.32	<.02
Perfeccionismo (P)	19.93	9.53	16.05	9.02		
Ascetismo (A)	7.26	5.46	6.79	6.48		
Miedo a la madurez (MF)	9.83	5.50	9.98	7.05	-2.30	<.02

en las mujeres y hombres, mientras que el rango clínico desajuste emocional es el que tiene la media más baja en mujeres, este último rango evalúa la tendencia a ser inestables emocionalmente, impulsivos, temerarios y autodestructivos. Asimismo, el rango clínico baja autoestima que fue el que obtuvo la menor media en los hombres, que consiste

en la autoevaluación negativa, lo que incluye aspectos relacionados con sentimientos de inseguridad, ausencia de valía personal, etcétera.

Como puede observarse en la tabla 2, a partir de los resultados de las pruebas ANOVA de una vía para muestras

**Tabla 2. Rangos clínicos en comparación con diagnósticos de índice de masa corporal mediante ANOVA****N=126. Mujeres n=73 Hombres n=53**

Factores	(I) Nivel de peso	(J) Nivel de peso	Dif. medias (I-J)	Sig.	$\eta^2$	F
Rango clínico obsesión por la delgadez	Bajo peso	Peso salud	-.84722*	.000	.35	22.36
		Sobrepeso	-.156250*	.000		
		Obesidad	-.161538*	.000		
	Peso saludable	Bajo peso	.84722*	.000		
		Sobrepeso	-.71528*	.000		
		Obesidad	-.76816*	.001		
	Sobrepeso	Bajo peso	1.56250*	.000		
		Peso saludable	.71528*	.000		
		Obesidad	Bajo peso	1.61538*	.000	
		Peso salud	.76816*	.001		
Rango clínico bulimia	Bajo peso	Obesidad	-.113675*	.024	.10	4.72
	Peso saludable	Obesidad	-.65064*	.018		
	Obesidad	Bajo peso	1.13675*	.024		
		Peso salud.	.65064*	.018		
Rango clínico insatisfacción corporal	Peso saludable	Sobrepeso	-.55903*	.001	.19	9.38
	Obesidad	-.82585*	0000			
	Sobrepeso	Peso salud.	.55903*	.001		
	Obesidad	Peso salud.	.82585*	.000		
Rango clínico ascetismo	Peso saludable	Sobrepeso	-.42361*	.021	.09	4.25
	Sobrepeso	Peso salud.	.42361*	.021		
	Obesidad	Peso salud.	.60150*	.036		
Rango clínico miedo a la madurez	Bajo peso	Peso salud.	.20833*	.004	.03	1.16
	Peso saludable	Bajo peso	-.20833*	.004		

independientes, fue posible identificar la presencia de diferencias estadísticamente significativas en cinco de los doce factores de rangos clínicos, para precisar estas diferencias entre los grupos rangos clínicos e IMC se llevó a cabo una prueba *post hoc* de Tukey, utilizando para la comparación el número total de los participantes y enfocándose únicamente en los rangos con diferencias significativas.

Los resultados indicaron que el rango clínico obsesión por la delgadez mostró diferencia significativa con los grupos de bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obesidad, teniendo una significancia de  $F(22.36, p < 0.001)$ , y un tamaño del efecto grande ( $\eta^2 = 0.35$ ). En cuanto al rango clínico bulimia  $F(4.72, p < 0.05)$ , mostró significancia en los grupos bajo peso, peso saludable y obesidad, con un tamaño de efecto media-

no, ( $n^2 = 0.10$ ). Por su parte el rango clínico insatisfacción corporal  $F$  (9.38,  $p < 0.001$ ), arrojó significancia con los grupos peso saludable, sobrepeso y obesidad, con un tamaño de efecto grande ( $n^2 = 0.19$ ). De igual manera, el rango clínico ascetismo  $F$  (4.25), ( $p < 0.05$ ), comparte diferencias estadísticamente significativas en los mismos grupos que el rango anterior, teniendo un tamaño del efecto mediano ( $n^2 = 0.09$ ). Finalmente, el rango clínico miedo a la madurez  $F$  (1.16), ( $p < 0.05$ ), presentó diferencias únicamente con los grupos de bajo peso y peso saludable, teniendo un tamaño del efecto pequeño ( $n^2 = 0.03$ ).

## Discusión y conclusiones

Los hallazgos de este estudio evidencian diferencias significativas en los factores psicológicos asociados a los TCAIA, especialmente en función del sexo y del IMC. En consonancia con investigaciones previas, se observó que las mujeres presentaron mayores niveles en factores de riesgo como obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e inseguridad interpersonal. Estos resultados coinciden con lo reportado por Salas [30] quien documentó puntuaciones más elevadas en obsesión por la delgadez en mujeres gimnastas, lo que sugiere una mayor presión social sobre el cuerpo femenino.

Un resultado relevante fue que, el factor miedo a la madurez obtuvo las puntuaciones más altas tanto en hombres como en mujeres. Este resultado puede interpretarse como una tendencia compartida a evitar las responsabilidades propias de la adultez o a rechazar los cambios corporales asociados con el crecimiento, fenómeno especialmente presente en la etapa universitaria. Este patrón fue también observado por Riveros Arenas [29] quien, al emplear el EDI-3, encontró puntuaciones elevadas en esta misma dimensión, destacando su valor como indicador transdiagnóstico en poblaciones jóvenes.

En contraste, el factor bulimia registró las puntuaciones más bajas en ambos sexos. Estos resultados difieren de los reportados por Ramírez y Zerpa [27] en los que los hombres presentaron puntuaciones significativamente más altas en esta escala. Estas discrepancias pueden deberse a diferencias culturales, contextuales o metodológicas entre las poblaciones estudiadas.

Otro hallazgo importante fue la asociación significativa entre IMC elevado y mayores puntuaciones en los factores obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, baja autoestima y perfeccionismo. Este patrón confirma lo planteado por Galván Bárcenas *et al.* [14] quienes identificaron al IMC como un predictor relevante de malestar corporal y de la adopción de conductas alimentarias desadaptativas. Así, el IMC no solo se asocia con la percepción de peso, sino que también incide en variables psicológicas clave para el desarrollo de TCAIA.

Estos resultados se alinean con otros estudios en población universitaria mexicana que han utilizado el EDI-3. Por ejemplo, Vilchis Gutiérrez *et al.* [34] encontraron puntuaciones elevadas en insatisfacción corporal y perfeccionismo en estudiantes con IMC en rangos altos. Asimismo, en un estudio realizado por Vahos [33] se reportaron asociaciones entre las dimensiones del EDI-3 y la percepción distorsionada del cuerpo, lo que refuerza la utilidad del instrumento para evaluar factores psicológicos relacionados con la alimentación en jóvenes.

Una implicación práctica relevante es la necesidad de implementar programas de prevención y detección oportuna en entornos universitarios. Dichos programas deben considerar la perspectiva de género, abordar la imagen corporal desde un enfoque crítico y promover habilidades de regulación emocional como mecanismos de protección ante los factores de riesgo identificados.

El EDI-3 es una herramienta psicométrica ampliamente validada que no sólo permite identificar sintomatología asociada a los TCAIA, sino también explorar rasgos psicológicos que, aunque no sean diagnósticos por sí mismos, pueden funcionar como predictores clínicos relevantes [18]. En este sentido, los resultados obtenidos en el presente estudio aportan evidencia empírica significativa con implicaciones clínicas y preventivas claras.

Las puntuaciones significativamente más altas en obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal e inseguridad interpersonal en mujeres no sólo revelan una mayor presión social y autocritica corporal en este grupo, sino que también sugieren un perfil de riesgo elevado para el desarrollo de anorexia nerviosa y bulimia [11]. Clínicamente, estas dimensiones se encuentran asociadas con: dietas extremas o restrictivas, evitación social relacionada con la imagen corporal, desarrollo temprano de síntomas compensatorios (ayuno, ejercicio excesivo, purgas). El hecho de que estas puntuaciones se encuentren en rangos clínicamente significativos justifica la implementación de tamizajes sistemáticos en la población universitaria femenina.

El factor miedo a la madurez presenta una puntuación más elevada en ambos sexos. Este hallazgo es clínicamente relevante, ya que el miedo a asumir responsabilidades adultas, junto con el rechazo de los cambios corporales asociados a la pubertad, ha sido identificado como un marcador de regresión psicoafectiva en personas con TCAIA, especialmente en la anorexia restrictiva. Según Garner [18], una puntuación elevada en miedo a la madurez puede indicar evitación emocional como mecanismo de defensa; en tanto que, rasgos de dependencia, necesidad de aprobación o control; y los comportamientos regresivos son muestra de rechazo de la sexualidad, del rol adulto y de autonomía). En contextos clínicos, este rasgo debe abordarse desde la psicoeducación y la psicoterapia, pues pue-

de obstaculizar la adherencia al tratamiento y el desarrollo de autonomía personal.

En cuanto el hallazgo de puntuaciones elevadas en bulimia, perfeccionismo, baja autoestima, insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez en participantes con IMC alto, pone de manifiesto un perfil clínico de alto riesgo que frecuentemente es subestimado o invisibilizado por no encajar en el estereotipo del TCAIA con delgadez extrema. Clínicamente, estos individuos pueden no cumplir criterios diagnósticos formales, pero sí presentar trastornos conductas desadaptativas crónicas. Recibir refuerzo social por la pérdida de peso, aún si es mediante conductas purgativas. Experimentar mayor estigmatización corporal, generando un círculo de reforzamiento negativo. Este perfil subraya la importancia de no utilizar el IMC como único indicador diagnóstico, y confirma la utilidad del EDI-3 para detectar trastornos alimentarios atípicos o enmascarados.

Los rasgos como perfeccionismo e Inseguridad interpersonal no son específicos de los TCAIA, pero sí contribuyen al mantenimiento y cronificación del trastorno. El perfeccionismo clínico, por ejemplo, ha sido identificado como uno de los principales predictores de recaída [31] mientras que la inseguridad interpersonal interfiere con la efectividad del apoyo social y con la participación activa en la terapia. En consecuencia, estos factores deberían formar parte de las formulaciones clínicas individuales, incluso si no hay diagnóstico formal de TCAIA [20].

A manera de conclusión se puede afirmar que los resultados del presente estudio, interpretados desde la estructura y lógica del EDI-3, reflejan patrones clínicamente relevantes que exceden la mera descripción psicométrica. Identificar tempranamente perfiles de riesgo elevados —incluso en ausencia de sintomatología franca— es fundamental por diferentes motivos: tanto para realizar intervenciones

preventivas adaptadas al perfil de riesgo; como para incorporar estrategias terapéuticas específicas para el perfeccionismo, la baja autoestima y la evitación emocional; como también para promover tamizajes periódicos y no invasivos en contextos universitarios. La utilidad clínica del EDI-3 en este contexto se confirma al evidenciar su capacidad para diferenciar perfiles de riesgo por sexo, IMC y factores psicológicos subyacentes.

### *Limitaciones*

Por otro lado, entre las principales limitaciones se encuentra el uso de un muestreo no probabilístico, lo cual restringe la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones universitarias. Además, la distribución por sexo fue desigual, lo que puede haber influido en la significación de algunas diferencias detectadas.

En cuanto a sugerencias para investigaciones futuras se recomienda ampliar el tamaño y la diversidad de la muestra, buscando una distribución más equilibrada por sexo y considerando universidades de

distintas regiones geográficas. También se sugiere incluir medidas complementarias como la actividad física, hábitos alimentarios, percepción de imagen corporal y el impacto del uso de redes sociales.

La incorporación de metodologías cualitativas (como entrevistas o grupos focales) podría enriquecer la comprensión de los significados subjetivos asociados al cuerpo, la madurez y las presiones socioculturales. Finalmente, un diseño longitudinal permitiría analizar la evolución de los factores psicológicos asociados a los TCAIA a lo largo del tiempo y en diferentes etapas del desarrollo académico y personal del estudiantado universitario.

### **Financiamiento y agradecimientos**

Agradecemos al Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación de psicología (CNEIP) de México por el apoyo financiero para llevar a cabo la presente investigación.

---

### **Referencias**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders: (DSM-5-TR). 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
2. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos (oct. 2024) [internet]. Asociación Médica Mundial; 2024. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post-declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
3. Avendaño Rodríguez GB. Asociación de frecuencia de consumo de alimentos, riesgo de trastornos alimentarios, actividad física e índice de masa corporal en universitarios [tesis]. Pachuca de Soto, Hgo., México: Universidad Autónoma del

- Estado de Hidalgo; 2023. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/2978>
4. Berny Hernández MC, Rodríguez López D, Cisneros Herrera J, Guzmán Díaz G. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bol Cient Esc Super Atotonilco Tula. 2020;7(14):15-21. DOI: 10.29057/esat.v7i14.6036
  5. Canals J, Arija-Val V. Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. Nutr Hosp. 2022;39(spe2):16-26. DOI: 10.20960/nh.04174
  6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Communicable Disease Center CDC). Calculadora de IMC para adultos [internet]. Estados Unidos: Communicable Disease Center; 2924. Disponible en: <https://www.cdc.gov/bmi/es/adult-calculator/>
  7. Choéz Plúa LI, Tejeda Díaz R. Influencia familiar sobre los trastornos en la conducta alimentaria y su relación con la obesidad en la adolescencia. Recimundo. 2021;5(2):376-86. DOI: 10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.376-386
  8. Comunidad de Madrid. Trastornos de la conducta alimentaria [internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; s.f. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/trastornos-conducta-alimentaria>
  9. Cuevas-Ortiz D, Hernández-García DL, Hernández-Romo MF. Atención primaria de los trastornos de conducta alimentaria en mujeres adolescentes y factores influyentes. Aten Fam. 2024;32(1):79-81. DOI: 10.22201/fm.14058871p.2025.1.90137
  10. Del Giudice V. Características psicológicas y comportamentales relacionadas elacionadas con trastornos alimenticios en los médicos residentes del Hospital Universitario Austral en el año 2024: estudio observacional. [Trabajo Final de Residencia] Universidad Austral; 2024. Repositorio Institucional Australis. Disponible en: <https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/3366/TIF-%20Valentina%20Del%20Giudice.pdf?sequence=1&isAllowed=true>
  11. Elosua P, López-Jáuregui A, y Sanchez-Sánchez F. Adaptación española del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-3 de DM Garner. Madrid: TEA Ediciones; 2010.
  12. Faul F, Erdfelder E, Faul F, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: a flexible Statistical Power Analyses for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91. PMID: 17695343 DOI: 10.3758/bf03193146
  13. Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. Rev Chil Pediatr. 2020;91(5):784-93. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v91n5/0370-4106-rcp-rchped-v91i5-1534.pdf>
  14. Galván Bárcenas D, de la Torre Vidal P, Gordines Magaña A, Fulgencio Juárez M. Relación entre IMC, Insatisfacción Corporal y Conductas Alimentarias de riesgo en mujeres. Simbiosis. 2023;3(5):56-66. DOI: 10.59993/simbiosis.v3i5.25
  15. Ganoza Granados, G. A. (2023). Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de 2do-3er grado de secundaria. Chiclayo-2022 [tesis]. Chiclayo, PE: Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2023. Disponible en: <https://repositorio.usat.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9516e767-d77a-4acd-b3cd-0b3cb2e908e0/content>
  16. García Quintana A, Luis Santana A. Vulnerabilidad para padecer TCA según los factores de la personalidad e IMC en población universitaria [tesis]. San Cristóbal de La Laguna Tenerife: Universidad de La Laguna; 2022. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/28418/Vulnerabilidad%20para%20padecer%20TCA%20segun%20los%20factores%20de%20la%20personalidad%20e%20IMC%20en%20poblacion%20universitaria.pdf?sequence=1>
  17. García-Volpe C, Murray Hurtado M. Alteraciones del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia, atracones. En: Martín de Carpi J, coord. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2<sup>a</sup> ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría; Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; 2023. pp. 519-34.

- Disponible en: [https://static.aeped.es/protocolos\\_seghnp\\_aep\\_2023\\_a24b7228e1.pdf](https://static.aeped.es/protocolos_seghnp_aep_2023_a24b7228e1.pdf)
18. Garner DM, EDI-3. Eating disorder inventory-3: professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 2004.
19. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int J Eat Disord. 1983;2(2):15-34. DOI: 10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6
20. Garner DM. 5.24 - Understanding and treatment of eating disorders in children and adolescents. En: Asmundson GJG, ed. Comprehensive Clinical Psychology [internet]. 2<sup>nd</sup> ed. Elsevier; 2022. pp. 453-494).
21. Hernández Traspeña JL. Análisis del impacto causado por la pandemia de COVID-19 en el cambio de conductas alimentarias en adultos jóvenes de la zona metropolitana de Pachuca, Hidalgo [tesis de maestría]. Pachuca de Soto, Hgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2022. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/2848>
22. Ley General de Salud; Reforma 7-6-2024, Diario Oficial de la Federación [internet]. Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <https://www.gob.mx/señasica/documentos/ley-general-de-salud-299430?state=published>
23. Lobo Hinojosa ME, González García L, Sánchez Guerrero HM, Ávila Zárate L del C, García Ramos MF. Factores sociales, familiares y del entorno educativo que influyen en las conductas alimentarias y en los estilos de vida de estudiantes universitarios. Realidades. 2021;11(1):9-3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?-codigo=8086230>
24. Malavolti M, Mussi C, Poli M, Fantuzzi AL, Salvioli G, Battistini N, Bedogni G. Cross-calibration of eight-polar bioelectrical impedance analysis versus dual-energy X-ray absorptiometry for the assessment of total and appendicular body composition in healthy subjects aged 21-82 years. Ann Hum Biol. 2003;30(4):380-91. PMID: 12881138 DOI: 10.1080/0301446031000095211
25. Nieto A. Más allá de la anorexia y la bulimia: los trastornos alimentarios han repuntado tras la pandemia [internet]. El País. 29 de junio de 2024. Disponible en: <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2024-06-29/mas-allá-de-la-anorexia-y-la-bulimia-los-trastornos-alimentarios-han-repuntado-tras-la-pandemia.html>
26. Ochoa-Alcaraz SG. Validación y confiabilidad del inventario de trastornos de la conducta alimentaria (edi-2) aplicado en una muestra de adolescentes mexicanos. Revista Científica Electrónica de Psicología Icsa-UAEH. 2008;5:30-40
27. Ramírez A, Zerpa C. Conductas alimentarias de riesgo en estudiantes universitarios venezolanos: prevalencia en la ciudad de Caracas, 2020. Rev GICOS. 2022;7(1):11-26. DOI: 10.53766/GICOS/2022.07.01.01
28. Ramírez Díaz M del P, Luna Hernández JF, Velázquez Ramírez DD. Conductas alimentarias de riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca: un estudio transversal. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2021;25(2):246-55. DOI: 10.14306/renhyd.25.2.1170
29. Riveros-Arenas G, Garrido Pinedo M, Reyes-Bossio M. Factores de riesgo asociados a Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de Lima Metropolitana. Rev Mex Trastor Aliment. 2025;15(1):14-23. DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2025.1.781
30. Salas Morillas A. Insatisfacción corporal y trastornos de conducta alimentaria en gimnastas de acrobática en función del género, edad y nivel competitivo [tesis doctoral]. Pontevedra: Universidad de Vigo; 2022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=312952>
31. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. Behav Res Ther. 2002;40(7):773-91. PMID: 12074372 DOI: 10.1016/s0005-7967(01)00059-6
32. Téllez Islas N, Pérez Norberto BVP, Guzmán-Saldaña RME, Vargas Ramos JC. Índice de Masa Corporal, Conductas Alimentarias de Riesgo y Autoconcepto en Adolescentes en Pachuca, Hidalgo, México.

- Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 2024;8(4):4710-30. DOI: 10.37811/cl\_rcm.v8i4.12692
33. Vahos Tobón MM. Rasgos de personalidad, imagen corporal y riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias [tesis]. Medellín: Politécnico Grancolombiano; 2023. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10823/6901>
34. Vilchis Gutiérrez HJ, Guadarrama Guadarrama R, Bautista Rodríguez ML, Veyta López M, Robles Estrada E. Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y de exceso de control en estudiantes de psicología de una institución universitaria pública del Estado de México. Rev Mex Trastor Aliment. 2025;15(1):24-31. DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2025.1.796
35. Vindas M, Sánchez MJ, Salamea RM. Alteración de la conducta alimentaria durante la pandemia generada por el COVID-19. Rev Espacios. 2022;43(8):37-42. DOI: 10.48082/espacios-a22v43n08p04