

Universidad de Lima
Facultad de Psicología
Carrera de Psicología



RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA AUTOESTIMA EN ESCOLARES Y UNIVERSITARIOS

Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en
Psicología

Camila Maria Bocian Otero

20160177

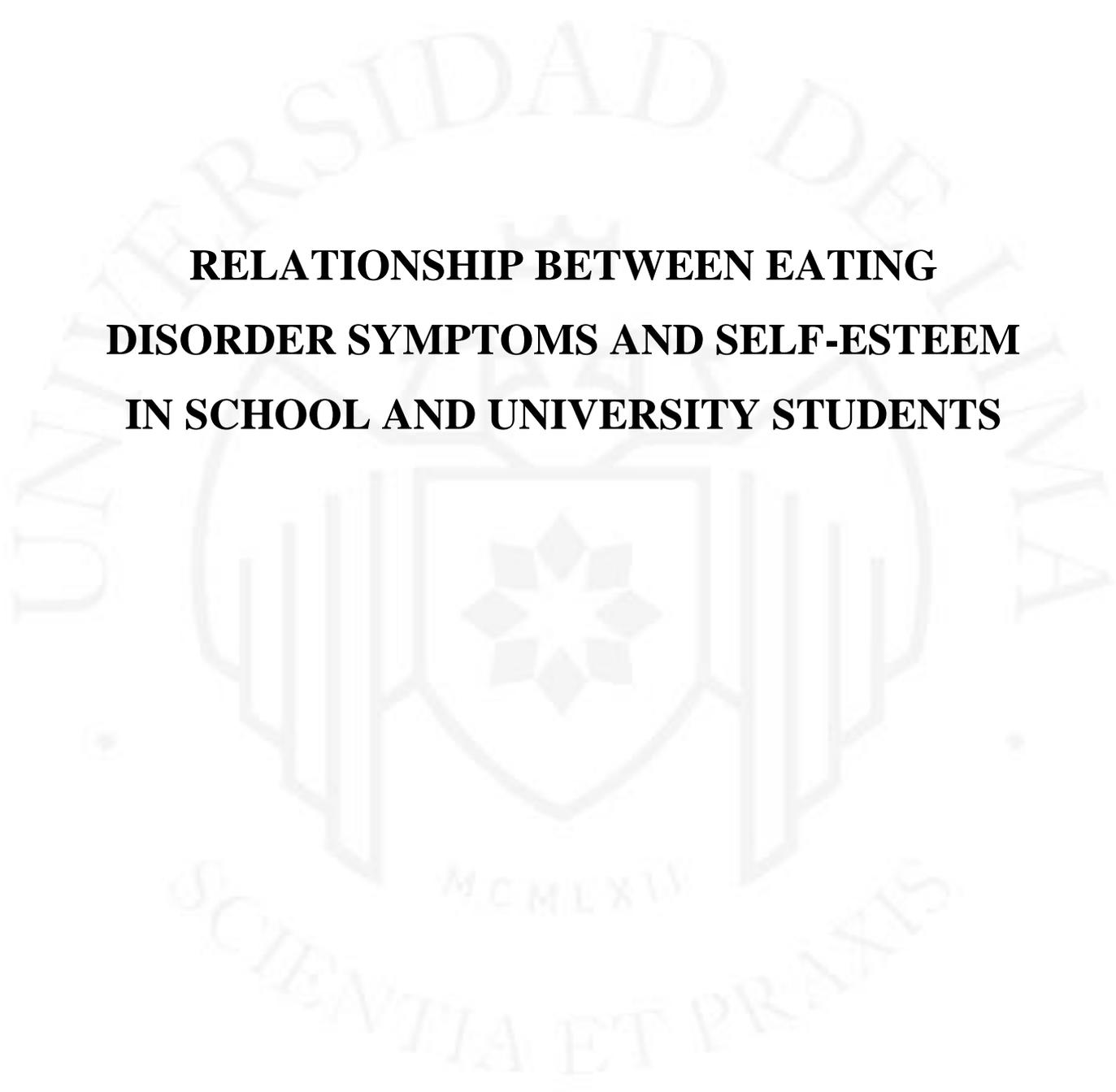
Asesor

Zoila Magaly Flores Giles

Lima – Perú

Noviembre de 2022





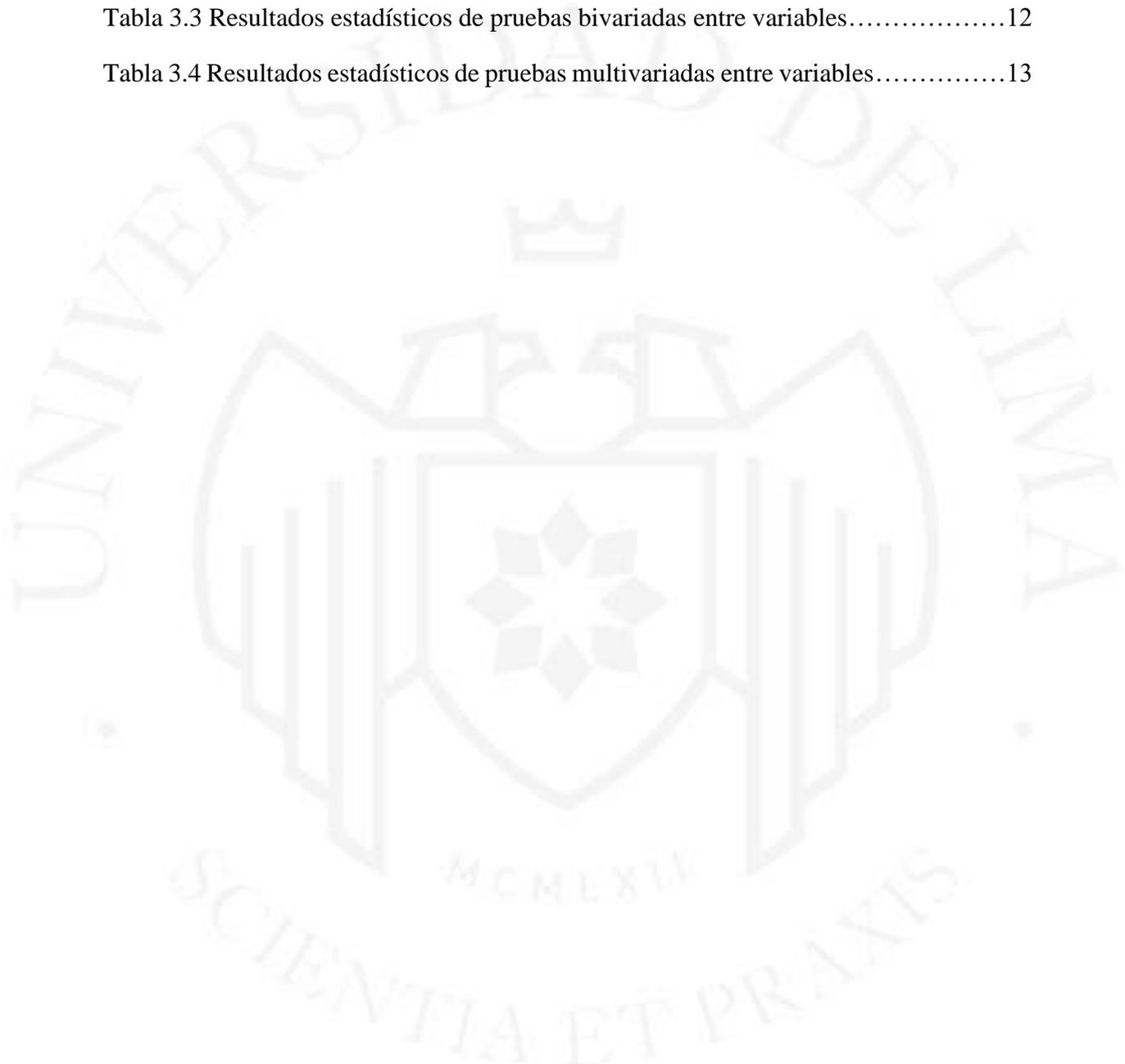
**RELATIONSHIP BETWEEN EATING
DISORDER SYMPTOMS AND SELF-ESTEEM
IN SCHOOL AND UNIVERSITY STUDENTS**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II: MÉTODO.....	7
2.1 Criterios de elegibilidad.....	7
2.1.1 Criterios de inclusión.....	7
2.1.2 Criterios de exclusión.....	8
2.2 Estrategia de búsqueda.....	8
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	10
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	17
CONCLUSIONES.....	21
REFERENCIAS.....	22

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1 Datos generales y modelos teóricos.....	10
Tabla 3.2 Variables e instrumentos.....	11
Tabla 3.3 Resultados estadísticos de pruebas bivariadas entre variables.....	12
Tabla 3.4 Resultados estadísticos de pruebas multivariadas entre variables.....	13



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Flujograma del proceso de selección de los artículos analizados.....9



RESUMEN

La presente investigación buscó conocer la relación entre autoestima y síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes escolares y universitarios. El Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2020) expone que en el 2019, el 0.11% de la población mundial, menor de 20 años, con alguna enfermedad, padece por lo menos, un tipo de trastorno de conducta alimentaria. Se realizó una revisión en cinco bases de datos, identificando criterios de inclusión y exclusión, de las cuales se extrajeron 7 artículos para su posterior análisis. Se encontró que todos los estudios reportan correlaciones bivariadas significativas entre la autoestima y los síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. Se realizó la discusión en torno a hallazgos principales, como por ejemplo la relación con otras variables significativas como el perfeccionismo, internalización del ideal social del cuerpo y depresión. Se puede concluir que existe una correlación bivariada negativa entre la autoestima y los síntomas de trastornos de conducta alimentaria; así como, se puede señalar que la autoestima funciona como una variable predictora y estadísticamente significativa en relación a los síntomas de Trastornos de Conducta Alimentaria, en tanto esté acompañada de otros factores que expliquen mejor la varianza.

Palabras clave: autoestima, trastornos de conducta alimentaria, estudiantes, adolescentes, adultos jóvenes

ABSTRACT

The present study sought to identify the relationship between self-esteem and eating disorder symptoms in school and university students. The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2020) states that in 2019, 0.11% of the world population with diseases, under the age of twenty, suffers from some type of eating disorder. A review was carried out in five databases, identifying inclusion and exclusion criteria, from which 7 articles were extracted for further analysis. It was found that all studies report significant bivariate correlations between self-esteem and eating disorder symptoms. The discussion was carried out around the main findings, such as the relationship with other significant variables such as perfectionism, internalization of the social ideal of the body and depression. It can be concluded that there is a negative bivariate correlation between self-esteem and eating disorder symptoms; it can also be pointed out that self-esteem works as a predictive and statistically significant variable in relation to the symptoms of eating disorders, as long as it is accompanied by other factors that better explain the variance.

Key words: self-esteem, eating disorders, students, adolescents, young adults

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Para el 2019 casi 14 millones de personas padecía al menos un trastorno de conducta alimentaria; de los cuales casi 3 millones eran niños y adolescentes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Este grupo de trastornos son denominados enfermedades graves; las cuales a su vez representan una de las principales causas de patologías mentales en la población joven y adolescente (Escolar-Llamazares et al., 2017).

En la actualidad, pacientes con trastornos de la conducta alimentaria han visto sus síntomas exacerbados a partir del periodo de confinamiento en adelante. En el Centro Médico de Michigan, el número de admisiones hospitalarias por problemas médicos relacionados con los TCAs, en adolescentes y jóvenes entre 10 y 23 años, se incrementó significativamente a partir del inicio de la pandemia, siendo la media de 53 admisiones mensuales previo a la pandemia, en comparación con una media de 125 durante los primeros 12 meses del confinamiento por la pandemia de COVID-19 (Otto et al., 2021). Además, Graell et al. (2020), afirman que el 41,9% de niños y adolescentes experimentaron un aumento en sus síntomas relacionados con trastornos de la conducta alimentaria. En Australia se ha reportado un incremento de hasta 104% de casos de Anorexia Nerviosa en niños menores de 16 años, en comparación a datos entre el 2017 y 2019 (Haripersad et al., 2020).

En este sentido, de acuerdo con Branley-Bell y Talbot (2020), existen 8 razones principales para este fenómeno: alteración de la situación de vida, aumento del aislamiento y acceso reducido a las redes de apoyo habituales, cambios en las tasas de actividad física, acceso reducido a servicios de salud, interrupción de la rutina y el control percibido, cambios en la relación con los alimentos, aumento exposición a mensajes desencadenantes y resultados positivos.

Por otro lado, el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2020) expone que en el 2019, el 0.11% de la población mundial, menor de 20 años, con alguna enfermedad, padece por lo menos, un tipo de trastorno de conducta alimentaria. Al comparar la población de mujeres menores de 20 años con la de hombres de esta misma

edad, se distingue una evidente diferencia en la prevalencia según sexos; en mujeres este grupo de trastornos representa un 0.15%, por el contrario, en los varones es de 0.075%.

En el Perú, la médico psiquiatra del Hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Amparo Jaramillo, afirma que, durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19, entre sus consultantes niños y adolescentes, "de cada 10 consultas 5 tienen diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria, un aumento más del 50 % de casos de trastornos de conducta alimentaria"; siendo la anorexia y la bulimia nerviosa las más predominantes respecto a complicaciones. Así mismo, a raíz de la pandemia, la edad promedio de desarrollo de los síntomas ha disminuido de 15-16 años a 11 años; los cuales a su vez empiezan presentándose con mayor gravedad (El Peruano, 2021).

Como mencionado anteriormente, este grupo de trastornos se desarrollan desde edades muy tempranas de la adolescencia (Gaete & López, 2020). Ello, ya que: "La adolescencia es una etapa única y formativa, pero cambios físicos, emocionales y sociales que se producen en este periodo, incluida la exposición a la pobreza, los malos tratos o la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental" (OMS, 2021, párr. 1).

Algunas de las conductas de riesgo características de este grupo de trastornos son las dietas restrictivas, las cuales conducen a estar por debajo del peso deseado; el ejercicio excesivo, a pesar del estado de salud física; los atracones de comida, las purgas, entre otros. Como consecuencia de no intervenir en el desarrollo y mantención de los trastornos de conducta alimentaria, el individuo, puede llegar a presentar muchas dificultades de salud, ya sea física y/o psicológica. Algunos de los más significativos son los problemas cardiovasculares y el debilitamiento de los huesos, como complicación irreversible. Además, a nivel psicológico, se produce una mayor preocupación por la comida y la ingesta de la misma, aislamiento social, mayor sensación de saciación con poca ingesta, lo cual contribuye a que el trastorno existente se perpetúe o se agrave. De igual manera se evidencian consecuencias muy limitantes como menor capacidad de concentración, cambios en el sueño, tendencias obsesivas e indecisión (Fairburn, 2008).

Existen ciertas influencias genéticas y ambientales que actúan como factores de riesgo, por los cuales la persona se vuelve más vulnerable al desarrollo y la mantención del trastorno (Keel et al., 2012). En otras palabras, existe una "confluencia" entre una vulnerabilidad genética, fenómenos biológicos, tendencias temperamentales e

influencias culturales que se interrelacionan y impactan en el eventual desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. (McGilley, 2006).

A nivel de influencias biológicas, existe un componente de heredabilidad que impacta en el desarrollo del trastorno por atracones entre 30 a 77% (Javaras et al., 2008). De igual manera, de acuerdo con los hallazgos de Klump et al. (2009), afirma que existe un alto nivel de heredabilidad para los trastornos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y, en general, síntomas de los trastornos alimenticios, tales como la preocupación por el peso, falta de satisfacción corporal y purgas. Tauscher et al. (2001), por medio del uso de tomografías por emisión de fotón único (SPECT), encontró que, sujetos con bulimia nerviosa tenían menos transportadores de dopamina en el cuerpo estriado; lo cual produciría un aumento en la dopamina libre en la sinapsis. De igual manera, personas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracones presentan menor concentración de leptina sérica; por el contrario, pacientes con sobrepeso que padecen el trastorno por atracones presentan mayor concentración de leptina sérica, en comparación con personas con un peso "normal" de acuerdo con el IMC (Keel et al., 2012).

Con respecto al contexto social y cultural, este hace referencia a factores como el ambiente familiar, la influencia de los pares y las ideas y valores culturales. En los estudios realizados a gemelas de Klump et al. (2007), se afirma que existe una relación significativa entre el ambiente y el desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria. Otros estudios, como los de Wade et al. (2007), afirman que, en estudios retrospectivos con gemelos, encontraron que el control parental estaba correlacionado con el diagnóstico de anorexia nerviosa, a diferencia de un ambiente de mayor control parental, el cual se relaciona con la bulimia nerviosa. Otro factor de influencia es la objetivación del cuerpo y las actitudes predominantes acerca de los cánones de belleza de la sociedad occidental y el exceso de delgadez. Lo cual conlleva a que muchas adolescentes, hasta niñas empiecen regímenes de dietas; lo que se considera la "puerta de entrada" para el desarrollo de este grupo de trastornos, en especial las personas con predisposición biológica y genética. Se dice que las personas que empiezan a hacer dieta desde edades tempranas son 7 veces más propensas a desarrollar algún trastorno de conducta alimentaria (McGilley, 2006).

Así mismo, en cuanto a las influencias psicológicas, Keel et al. (2012) indican que existen ciertos rasgos de la personalidad que actúan como factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria. De acuerdo con Cassin y Von

Ronson (2005), estos son una alta emotividad, perfeccionismo y tendencias a la restricción o impulsividad, los cuales están relacionados con el trastorno por atracones, la anorexia y la bulimia y sus variantes diagnósticas. Estas se explicarán con mayor exhaustividad a continuación.

En primer lugar, de acuerdo con la última clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos son un grupo de enfermedades mentales caracterizado principalmente por "alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial". Los trastornos que incluye son "la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones" (APA, 2014, p. 329).

Por otro lado, Fairburn (2008), propone el enfoque Transdiagnóstico de los trastornos alimenticios. Este explica que estos son "trastornos cognitivos", los cuales comparten un mismo núcleo; ya que, todos tienen como base la sobrevaloración de la figura y el peso; y el control de ambos. Como consecuencia, la persona evalúa su propia valía en términos de su propia figura y peso; y su capacidad de controlarlos. Además, otras características propias de este grupo de trastornos son la baja ingesta de alimentos, la cual conduce a una disminución de peso y masa corporal; dietas rígidas y extremas, las cuales pueden desencadenar en atracones; purgas, entre otros. Este grupo de diagnósticos comparten muchas características muy similares, además, se evidencia que, en el curso de la enfermedad, se puede migrar con facilidad y alternar entre un diagnóstico y otro. Este autor también postula que, existen factores como el perfeccionismo, la baja autoestima y los problemas interpersonales que podrían cumplir un rol de mantención en el curso de los trastornos.

Por otro lado, Stice (2013) propone el modelo de Vía Dual de los Trastornos alimentarios. En el cual postula que la internalización de la "idealización del cuerpo delgado" y la presión social, ya sea familiar, de los pares o de los medios generan una insatisfacción con el propio cuerpo. Por lo tanto, esta insatisfacción corporal interactúa con dos variables mediadoras (las "dos vías"), que son los comportamientos restrictivos o dietas y las emociones negativas; para elevar el riesgo de desencadenamiento de un trastorno de conducta alimentaria.

Por último, la teoría Sociocultural postula que existen agentes como los pares, los medios y los padres generan constantemente mensajes (ya sean intencionales o no intencionales) que ayudan a las personas a conceptualizar la importancia de la apariencia física y la presión de alcanzar un ideal de belleza poco realista (Thompson et al., 1999; Webb & Zimmer-Gembeck, 2014). Por consiguiente, estas ideas son internalizadas por los individuos, adoptando estos estándares de belleza como propios. Debido a ello se forma una discrepancia entre el “ideal” y el propio cuerpo, generando así, sentimientos de insatisfacción corporal; seguidos por intentos de alcance de este ideal. Lo cual termina, en ciertos casos, en el desarrollo de algún TCA (Thompson et al., 1999).

Con respecto a la segunda variable del estudio, la autoestima, existen diversos modelos teóricos en los cuales esta es presentada dentro de un marco unidimensional o multidimensional. Un ejemplo del enfoque unidimensional es la postura de Coopersmith (1969), uno de los pioneros del término en cuestión, definiéndola como: la evaluación buena o mala del autoconcepto. Esta se desarrolla en base a la aceptación personal, límites definidos y metas moderadamente altas, y el trato respetuoso. De igual manera, Rosenberg (1965), comparte el enfoque global de la autoestima y la define como la actitud que tiene el individuo, ya sea positiva o negativa, hacia su autoconcepto; definición de la cual se basó para realizar la famosa Escala de Autoestima de Rosenberg. Sin embargo, años después, Rosenberg et al. (1995), realizan una diferenciación entre la autoestima global y la específica, haciendo alusión a una nueva conceptualización de la autoestima, dentro del marco multidimensional. A diferencia de la autoestima global, la específica hace referencia a la actitud que el individuo toma frente a un área o aspecto de sí mismo. Por ejemplo, la autoestima racial o la autoestima académica. En el presente trabajo se hará referencia a la autoestima global cuando se haga uso del concepto de la autoestima, ya que, es de la que se hace referencia en las evaluaciones del constructo, realizadas en la mayoría de los artículos analizados. Por último, para Fairburn (2008), la baja autoestima patológica (*core low self-esteem*) esta caracterizada por: una visión negativa de la valía personal, la cual perdura en el tiempo y no es explicada por ningún trastorno depresivo o del estado de ánimo; una visión negativa del futuro y de la posibilidad de cambio y mejoría; y constantes sesgos cognitivos negativos en su procesamiento.

De acuerdo con la literatura, la autoestima puede tomar distintos papeles en su interacción con los TCA. En primer lugar, esta puede tomar el rol de mediador en el

desarrollo de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Esto se explica, ya que, el autoestima como una dimensión global, toma la función de satisfacción corporal; la cual implica constantes comparaciones entre uno mismo y otras personas; y el filtraje negativo en relación a las interacciones sociales (Borda et al., 2011). Así mismo, el perfeccionismo, la alta emotividad negativa, idealización del cuerpo delgado, la autoimagen corporal y el autoestima, son algunos constructos característicos que se repiten al evaluar las cogniciones en individuos con estos trastornos (Colmsee et al., 2021; Naemi et al., 2016). Se ha encontrado que, si bien, la baja autoestima es característica en personas con este tipo de trastornos, no es solo parte de la sintomatología, sino que es un factor de riesgo predictor de la misma; es decir, una baja autoestima contribuye al desarrollo de los TCA. De igual manera, se postula que, un alto o moderado nivel de autoestima puede servir como factor protector (Colmsee et al., 2021). En un estudio realizado por Naemi et al. (2016), concluye que, al evaluar la autoestima, se tiene en cuenta también el concepto de la imagen corporal, ya que, el individuo, a partir de ello se va a valorar. En este sentido, se confirma que, además de la autoestima, ser un factor de riesgo que se correlaciona significativamente con el desarrollo de los TCAs, la propia percepción y satisfacción de la imagen corporal, como aspecto específico del autoconcepto, también actúa como factor predictor del desarrollo de los problemas de TCA. De igual manera, como sucede con la autoestima, la satisfacción respecto a la propia imagen corporal funciona también como factor protector; se concluye que aquellos estudiantes con una buena o moderada satisfacción poseen significativamente menos probabilidades de desarrollar algún TCA.

Este trabajo tiene como objetivo identificar la relación entre la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y la autoestima en estudiantes escolares y universitarios.

CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1 Criterios de elegibilidad

A continuación se exponen los criterios de elegibilidad aplicados para la selección de los estudios primarios a analizar.

2.1.1 Criterios de inclusión:

Fueron seleccionados los estudios que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Se incluyeron artículos desde el año 2000, ya que, este periodo coincide, con el periodo de la famosa moda de los 2000, también conocida como la década de las “pin-thin models”, un canon de belleza casi irreplicable por los cuerpos normales de las mujeres; para los cuales las mismas modelos debían someterse a estrictas dietas, las cuales provocaban excesiva disminución de peso hasta Anorexia (Clements, 2013). El idioma de preferencia de la búsqueda fue inglés. Se incluyeron, también estudios correlacionales y estudios cuantitativos, puesto que brindan información objetiva, cuentan con elementos de medición de la validez y confiabilidad (Hernández- Sampieri & Mendoza, 2018) y permiten obtener resultados que puedan ser contrastados con otras investigaciones. Así mismo, estudios que incluyan población de estudiantes escolares y universitarios, población adolescente y adulta joven. De igual manera, investigaciones que especifiquen el uso de instrumentos de medición de la variable autoestima como constructo global; así como instrumentos que midan la sintomatología de los trastornos de conducta alimentaria. Finalmente se incluyó estudios longitudinales, ya que, al tener medidas en distintos intervalos de tiempo por lo que, proporcionan información acerca de la evolución de las a lo largo de un tiempo determinado.

2.1.2 Criterios de exclusión

Por otro lado, los criterios de exclusión, además del incumplimiento de los criterios de inclusión señalados anteriormente fueron: metaanálisis o revisiones sistemáticas; así como, estudios cualitativos. Por último, se eliminaron abstracts, artículos de validación de tests o instrumentos psicológicos, capítulos de libros y revista de divulgación o

manuales, ya que no proporcionan la información correlacional, pertinente y rigurosa para el presente estudio.

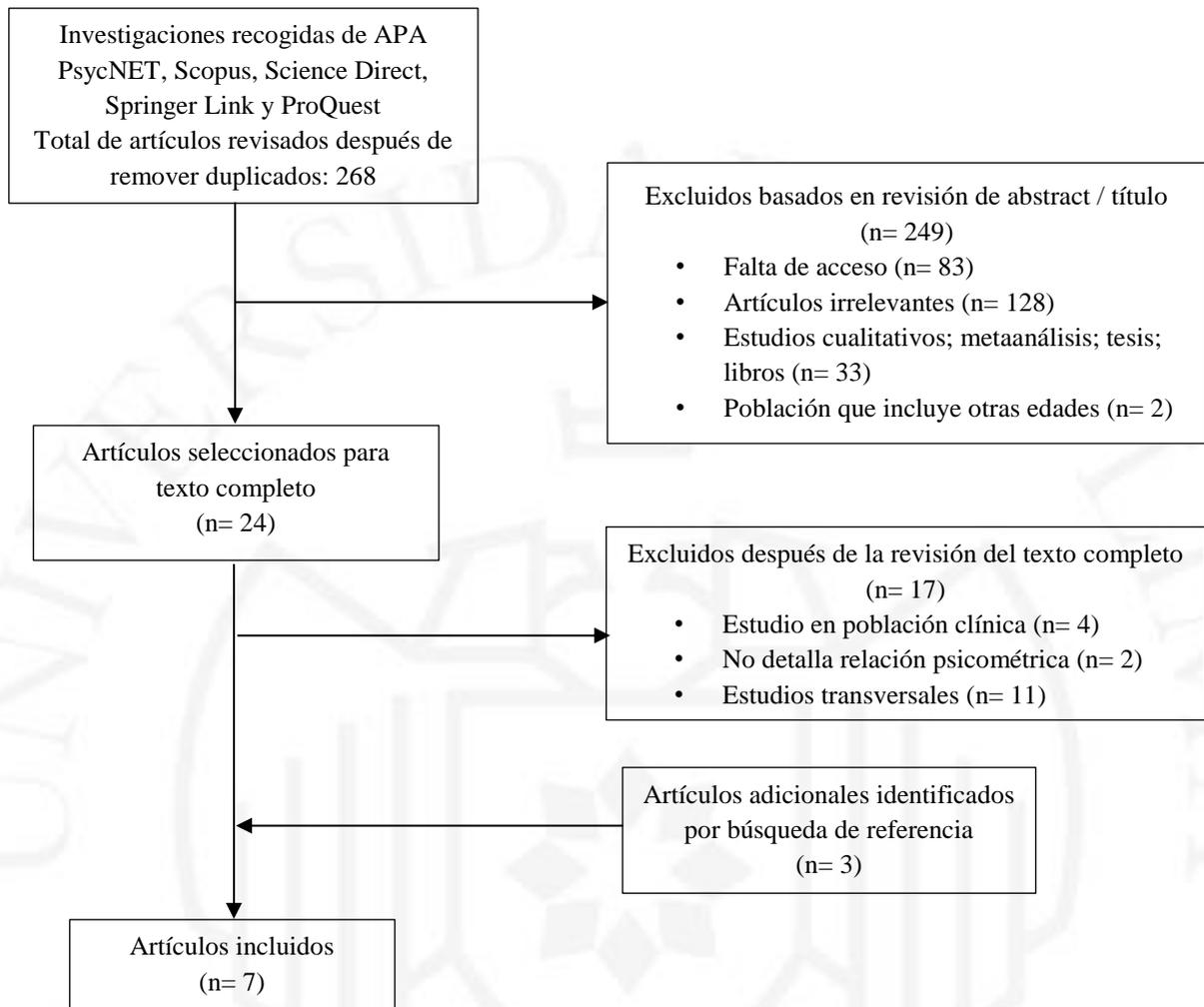
2.2 Estrategia de búsqueda

La búsqueda se llevó a cabo en el mes de octubre del 2022. Para ello, se tuvo en cuenta algunos de los lineamientos de la guía PRISMA para los estudios de revisión. Se hizo uso de las palabras clave de acuerdo a los thesaurus de las bases de datos APA PsycNET y Scopus, combinaciones de palabras y los operadores booleanos (Page et al., 2021). Así mismo, se utilizaron las bases de datos APA PsycNET, Scopus, Science Direct, Springer Link y ProQuest. Se utilizaron los operadores booleanos OR y AND. Las combinaciones utilizadas fueron:

- (“eating disorders” OR “anorexia nervosa” OR “anorexia” OR “binge eating disorder” OR “bulimia” OR “purging eating disorder” OR “eating behaviors”) AND (“self-esteem” OR “body esteem” OR “self-worth” OR “self evaluation”) AND (“young adults” OR “adolescence” OR “teenagers” OR “students”)

Figura 2.1

Flujograma del proceso de selección de los artículos analizados



CAPÍTULO III: RESULTADOS

El análisis de los siete estudios primarios se presentan en 4 tablas. En la Tabla 3.1 se muestran los datos principales de cada investigación: los autores, el año de publicación, el título y los modelos teóricos en los que se basaron para explicar cada una de las variables. Luego, en la Tabla 3.2 indica las variables analizadas, el rol de cada una de ellas, y los instrumentos de evaluación correspondientes. La Tabla 3.3 se describe los resultados de las pruebas bivariadas para las variables de autoestima y los síntomas de los TCA. Finalmente, la Tabla 3.4 desarrolla los resultados de los análisis multivariados.

Tabla 3.1

Datos generales y modelos teóricos

Autor y año	Título	Modelo Teórico TCA	Modelo teórico Autoestima
Vohs et al., 2001	Perfectionism, Body dissatisfaction, and self-esteem: An interactive model of bulimic symptom development	Modelo de desarrollo de los síntomas de Bulimia de Vohs et al. (1999)	Autoestima de Rosenberg (1965)
Wertheim et al., 2001	Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls	Modelo Dual de la Bulimia de Stice et al. (1996)	Autoestima de Rosenberg (1965)
Kansi et al., 2005	Eating problems and their risk factors: A 7-year longitudinal study of a population sample of Norwegian adolescent girls	Modelo Multidimensional de Garner para Anorexia Nerviosa et al. (1982)	Modelo Transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003)
Steele et al., 2007	The interaction of perfectionism, perceived weight status, and self-esteem to predict bulimic symptoms: The role of 'benign' perfectionism	Modelo de desarrollo de los síntomas de Bulimia de Vohs et al. (1999)	Modelo Transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003)
Halvarsson-Edlund et al., 2008	Prediction of disturbed eating attitudes in adolescent girls: A 3-year longitudinal study of eating patterns, self-esteem and coping	Modelo Multidimensional de Garner para Anorexia Nerviosa et al. (1982)	Modelo Transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003)
Ferreiro et al., 2012	Gender-related Risk and Protective Factors for Depressive Symptoms and Disordered Eating in Adolescence: A 4-year Longitudinal Study.	Modelo Dual de la Bulimia de Stice et al. (1996)	Autoestima según Kalliopuska (1990)
Sehm y Warschburger, 2018	Prospective associations between binge eating and psychological risk factors in adolescence	Modelo Dual de la Bulimia de Stice et al. (1996)	Modelo Transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003)

Tabla 3.2*Variables, instrumentos y fiabilidad*

Autor	Variables	Instrumento
Vohs et al.	- Síntomas de Bulimia (VD)	EDI (Bulimia $\alpha=.77$)
	- Autoestima (VP)	RSES de Rosenberg ($\alpha=.83$)
	- Perfeccionismo (VP)	EDI (Perfeccionismo $\alpha=.86$)
	- Insatisfacción corporal (VP)	EDI (Cuerpo $\alpha=.75$)
	- Síntomas depresivos (VI)	BDI ($\alpha=.84$)
	- Síntomas ansiosos (VI)	BAI ($\alpha=.90$)
Wertheim et al.	- Síntomas de TCA (VD)	DEBQ-R (Deseo de Delgadez $\alpha=.85$) (Insatisfacción Corporal $\alpha=.91$) (Bulimia $\alpha=.83$)
	- Restricción alimentaria (VD)	DEBQ-R (Restricción Alimentaria $\alpha=.95$)
	- Autoestima (VI)	RSES ($\alpha=.83$)
	- Síntomas depresivos (VI)	BDI ($\alpha=.85$)
	- Bromas sobre el peso (VI)	POTS (Subescala BSP $\alpha=.96$)
Kansi et al.	- Desórdenes Alimenticios (VD)	EAT-12 ($\alpha=.70$)
	- Autoestima (VI)	SPPA de Harter ($\alpha=.77$)
	- Insatisfacción Corporal (VI)	SPPA (Satisfacción de áreas Corporales $\alpha=.78$) y (Autoconcepto Físico $\alpha=.81$)
	- Autopercepciones Inestables (VI)	RSES ($\alpha=.81$)
Steele et al.	- Síntomas de Bulimia (VD)	EDI (Bulimia $\alpha=.86$)
	- Autoestima (VP)	RSES ($\alpha=.89$)
	- Perfeccionismo Benigno y P. Problemático (VP)	MPS-F (Perfeccionismo Benigno $\alpha=.84$); (Perfeccionismo Problemático $\alpha=.87$)
	- Percepción sobre Peso (VP)	Categorías de percepción de peso Vohs
Halvarsson-Edlund et al.	- Actitudes Alimenticias Problemáticas (VD)	ChEAT ($\alpha=.76$)
	- Comportamientos y actitudes frente a la comida (VP)	DEBQ ($\alpha=.77$ hasta $\alpha=.86$)
	- Conductas de Afrontamiento (VP)	A-COPE (Distracción $\alpha=.75$, "Acting-out" $\alpha=.68$, Apoyo social $\alpha=.77$, Evitación $\alpha=.65$, Resolución de Problemas $\alpha=.61$, "Take light" $\alpha=.62$)
	- Autoestima (VP)	JTJA ($\alpha=.9/.93$)
Ferreiro et al.	- Desórdenes Alimenticios (VD)	ChEAT ($\alpha=.55/.90$)
	- Autoestima (VI)	RSE ($\alpha=.81/.88$)
	- Síntomas depresivos (VD)	CDI ($\alpha=.85/.86$)
	- Perfeccionismo (VI)	EDI-2 (Perfeccionismo $\alpha=.68/\alpha=.78$)
	- Insatisfacción Corporal (VI)	EDI-2 (Insatisfacción Corporal $\alpha=.79/.90$)
	- Apoyo Social (VI)	Preguntas en escala Likert ($\alpha=.75/.83$)
Sehm y Warschburger	- Trastorno por Atracones (VD)	ChEDE-Q ($\alpha=.77/.93$)
	- Autoestima (VI)	KINDL-R (T1: $\alpha=.57$ y T2: $\alpha=.83$)
	- Síntomas Depresivos (VI)	SDQ (T1: $\alpha=.66$ y T2: $\alpha=.71$)
	- Déficits interoceptivos (VI)	EDI-C (T1: $\alpha=.79$ y T2: $\alpha=.82$)
	- Perfeccionismo (VI)	EDI-C (Perfeccionismo T1: $\alpha=.72$)
	- Preocupación por Peso y Figura (VI)	CheDE-Q (preocupación por peso y figura T1 $\alpha=.93$ y T2 $\alpha=.94$)
	- Restricción por Dietas (VI)	CheDE-Q (Restricción T1 $\alpha=.81$, T2 $\alpha=.83$)
	- Internalización del ideal social del cuerpo (VI)	SATAQ-4 (Internalización General T1 $\alpha=.91$, T2 $\alpha=.93$)

Nota: VD = variable dependiente, VI = variable independiente, VP = variable predictiva.

Tabla 3.3*Resultados estadísticos de pruebas bivariadas entre variables*

Autor	Relación Bivariada: Síntomas de TCA - Autoestima		
Vohs et al. (2001)	Tiempo 1: Autoestima y síntomas de TCA ($r = -.45^{***}$)	Tiempo 2: Autoestima y síntomas de TCA ($r = -.39^{***}$)	
Wertheim et al. (2001)	Tiempo 1: - Autoestima y síntomas de bulimia ($r = -.41^{**}$) - Autoestima y deseo de ser mas delgada ($r = -.44^{**}$) - Autoestima e insatisfacción corporal ($r = -.53^{**}$) - Autoestima y restricción alimentaria ($r = -.40^{**}$)	Tiempo 2: - Autoestima y síntomas de bulimia ($r = -.38^{**}$) - Autoestima y deseo de ser mas delgada ($r = -.39^{**}$) - Autoestima y restricción alimentaria ($r = -.37^{**}$)	
Kansi et al. (2005)	Tiempo 1: - Puntaje EAT- global y Autoestima ($r = -.21^{***}$) - Preocupación por la comida y Autoestima ($r = -.14^{***}$) - Dietas y Autoestima ($r = -.21^{***}$)	Tiempo 2: - Puntaje EAT- global y autoestima ($r = -.019^{***}$) - Preocupación por la comida y autoestima ($r = -.016^{***}$) - Dietas y autoestima ($r = -.016^{***}$)	Tiempo 3: - Puntaje EAT- global y autoestima ($r = -.013^{***}$) - Restricción y autoestima ($r = -.010^{***}$) - Dietas y autoestima ($r = -.011^{***}$)
Steele et al. (2007)	Tiempo 1: No describe	Tiempo 2: - Síntomas de Bulimia y Autoestima ($r = -.20$, $p < .50$)	
Halvarsson-Edlund et al. (2008)	Tiempo 1: Actitudes Alimenticias Problemáticas y autoestima ($r = -.26^{***}$)	Tiempo 2: Actitudes Alimenticias Problemáticas y autoestima ($r = -.29^{***}$)	Tiempo 3: Actitudes Alimenticias Problemáticas y autoestima ($r = -.37^{***}$)
Ferreiro et al. (2012)	Tiempo 1: - Niñas: Desórdenes alimenticios y Autoestima ($r = -.16^*$) - Niños: Desórdenes alimenticios y Autoestima ($r = -.11^*$)	Tiempo 2: - Niñas: Desórdenes alimenticios y Autoestima ($r = -.33^*$) - Niños: Desórdenes alimenticios y Autoestima ($r = -.27^*$)	
Sehm y Warschburger (2018)	Tiempo 1: - Mujeres: Síntomas de Trastorno por atracones y Autoestima ($r = -.14^*$) - Hombres: Síntomas de Trastorno por atracones y Autoestima ($r = -.08$, $p = ns$)	Tiempo 2: - Mujeres: Síntomas de Trastorno por atracones y Autoestima ($r = -.18^*$) - Hombres: Síntomas de Trastorno por atracones y Autoestima ($r = -.16^*$)	

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 3.4*Resultados estadísticos de pruebas multivariadas entre variables*

Autor	Relación Multivariada
Vohs et al. (2001)	El modelo de regresión que obtuvo significancia estadística fue aquel que predice la varianza de los puntajes de los síntomas de Bulimia por medio de la interacción entre el perfeccionismo, la autoestima e insatisfacción corporal en un 73% ($R^2 = .73$, $p < .03$).
Wertheim et al. (2001)	El impacto predictivo que tiene la autoestima en los Síntomas de Bulimia esta mediado por los síntomas depresivos. Autoestima y Síntomas Depresivos para 7mo ($\beta = -0.40$, $p < 000$); 8vo ($\beta = -0.49$, $p < 000$) y 10mo grado ($\beta = -0.49$, $p < 000$). Síntomas Depresivos y Síntomas de Bulimia para 7mo ($\beta = 0.36$, $p < 000$); 8vo ($\beta = 0.40$, $p < 000$) y 10mo grado ($\beta = 0.29$, $p < 000$).
Kansi et al. (2005)	La baja autoestima y la alta inestabilidad en las autopercepciones predicen los síntomas de bulimia pronunciados y las dietas ($p = .0001$).
Steele et al. (2007)	Se encontró una interacción triple entre el Perfeccionismo Benigno, la Percepción de Peso y la Autoestima; la cual predice cambios en los Síntomas de Bulimia ($p = .043$). Solo para el grupo de alta autoestima, los puntajes de Síntomas de Bulimia podían ser predichos por la interacción mencionada anteriormente ($\beta = 0.38$, $p = .02$).
Halvarsson-Edlund et al. (2008)	La autoestima y las estrategias de afrontamiento (apoyo social y evitación) predicen un 34% de la variación de los puntajes de las actitudes alimenticias problemáticas ($R^2 = .34$)
Ferreiro et al. (2012)	Los puntajes de Desórdenes Alimenticios fueron predichos por insatisfacción corporal, síntomas depresivos ($\beta = 0.19$, $p < .001$), IMC y perfeccionismo; para el caso de las mujeres. Con respecto a los síntomas depresivos, estos fueron predichos por insatisfacción corporal, baja autoestima ($\beta = -0.14$, $p < .05$) y miedo a engordar.
Sehm y Warschburger (2018)	T1: Mujeres= interacción entre baja autoestima, preocupación por el peso y la figura, déficits interoceptivos, internalización del ideal social del cuerpo y trastorno por atracones correspondió a un 23% de la varianza de T2 trastorno por atracones. - Autoestima como variable predictora significativa de los síntomas del Trastorno por atracones ($\beta = -0.25$, $p < .001$). T1: Hombres= interacción entre déficits interoceptivos, las preocupaciones por el peso, la internalización del ideal social del cuerpo y trastorno por atracones predicen en un 27% la varianza de los síntomas del T2 trastorno por atracones. - Preocupación por el peso predice significativamente los síntomas del trastorno por atracones ($\beta = 0.5$, $p = .002$).

Analizando de manera detallada los siete artículos previamente mencionados, podemos destacar lo siguiente:

Todos los artículos fueron publicados en inglés y tuvieron un diseño no experimental, longitudinal. Cinco de los artículos tuvieron dos cortes de medición (ver tabla 3.3); a diferencia de los estudios de Kansi et al. (2005) y Halvarsson-Edlund et al. (2008) que tuvieron tres momentos de evaluación. El intervalo de tiempo, entre la primera toma de la última medición, varía entre las cinco semanas, como en el caso de Vohs et al. (2001); hasta los 7 años, como en Kansi et al. (2005).

Además, cinco de los estudios fueron realizados en mujeres; mientras que las investigaciones de Ferreiros et al. (2012) y Sehm y Warschburger (2018) fueron mixtas (hombres, 49.7%); así mismo tuvieron un mayor número de participantes, 748 y 1039 respectivamente. En total, la muestra total de los artículos revisados cuenta con 3388 hombres y mujeres, adolescentes y adultos jóvenes.

Los estudios primarios examinaron desde cuatro variables (Halvarsson-Edlund et al., 2008; Kansi et al., 2005; Steele et al., 2007), hasta ocho variables (Sehm & Warschburger 2018). En cuanto a los análisis de resultados, todos los estudios reportan correlaciones bivariadas entre todas las variables de estudio (ver Tabla 3.3) y análisis multivariados, con el objetivo de evaluar la predictibilidad de los distintos síntomas de los TCA como consecuencia de la interacción de las variables independientes estipuladas en los modelos teóricos propuestos por cada investigación.

A continuación, se describirá los datos y resultados más relevantes, de cada estudio primario.

Vohs et al. (2001) replicaron un modelo de un estudio previo (Vohs et al., 1999). Ellos se centraron en poner en evidencia la especificidad predictiva de la interacción de las variables perfeccionismo, insatisfacción corporal y autoestima, sobre el desarrollo de los síntomas de bulimia. Además, evaluaron la predictibilidad de esta interacción para los síntomas de ansiedad y depresión. Para esto utilizaron una muestra de 70 mujeres de entre 18 y 20 años de edad. Los hallazgos del estudio confirmaron, una vez más, la relación de predictibilidad significativa para el modelo de desarrollo de síntomas de bulimia planteado previamente (Tabla 3.4). Con respecto a los síntomas depresivos, si se lograron predecir por la interacción de las variables anteriormente mencionadas en un 82% ($R^2 = .82$, $p < .02$); sin embargo, no hubo una relación predictiva en relación a la ansiedad.

De manera similar, Steele et al. (2007) buscaron replicar el modelo interactivo del desarrollo de los síntomas de bulimia de Vohs et al. (1999), agregando la distinción entre el “perfeccionismo benigno” y el “perfeccionismo problemático”; así como su interacción con el peso percibido y la autoestima. Los autores encontraron una interacción triple entre el perfeccionismo benigno, percepción de sobrepeso y alta autoestima, la cual en conjunto predice cambios en los síntomas de bulimia, en 95 mujeres de una edad promedio de 22.08 años, a lo largo de un periodo de 3 meses.

Por otro lado, Wertheim et al. (2001) examinaron cuales eran los constructos psicológicos que predecían los síntomas de la bulimia y la restricción alimenticia. Las variables predictivas analizadas fueron la autoestima, los síntomas depresivos y las bromas sobre el peso. Para ello se utilizó una muestra de 3 grupos etarios los cuales se compararon posteriormente: chicas de séptimo, octavo y décimo grado; las cuales fueron evaluadas 2 veces con 8 meses de separación. De acuerdo con los Path Analysis realizados, se encontró que en los 3 grados, la insatisfacción corporal afectaba de manera negativa la autoestima, haciendo que esta última impacte en la bulimia, por medio de los síntomas depresivos como variable mediadora.

Así mismo, Ferreiro et al. (2012) buscaban analizar las diferencias en los niveles de sintomatología depresiva y síntomas de TCA entre hombres y mujeres; e identificar factores predictivos, específicos a cada sexo, de ambos desórdenes. Para ello, se evaluaron a 748 hombres y mujeres adolescentes de edad promedio de 10.8 años, 3 veces en un periodo de 4 años (con un intervalo de aplicación de 2 años). Se encontró que para los hombres, los predictores de los síntomas depresivos fueron la insatisfacción corporal y la baja autoestima, al igual que para las mujeres, con la diferencia que para estas, se le sumó la variable del miedo a engordar. Así mismo, las variables predictoras de los síntomas de TCA fueron, para mujeres, la insatisfacción corporal, los síntomas depresivos, el perfeccionismo y el índice de masa corporal; y para los hombres, el bajo apoyo social y el índice de masa corporal.

De manera semejante, Sehm y Warschburger (2018) se propusieron estudiar la relación entre los síntomas del trastorno por atracones y los factores de riesgo como: la baja autoestima, síntomas depresivos, déficits interoceptivos, perfeccionismo, preocupaciones por el peso y la figura, la restricción por dietas y la internalización del ideal social del cuerpo; teniendo en cuenta los efectos de la edad y el sexo. Se utilizó una muestra de 1039 chicos y chicas de entre 12 a 19 años, en un periodo de 20 meses, en el cual se realizaron 2 momentos de evaluación. No se observaron efectos moderadores en relación a la edad. Se concluyó que, únicamente las variables de autoestima, déficits interoceptivos, preocupación por el peso y figura, y la internalización del ideal social del cuerpo poseen correlaciones significativas con los síntomas del trastorno por atracones. Por otro lado, los síntomas de trastorno por atracones terminó siendo una variable predictora de los síntomas depresivos. A diferencia de las variables de perfeccionismo y

restricción por dietas, las cuales no estuvieron relacionadas con los síntomas del trastorno por atracones.

Kansi et al. (2005) midieron los síntomas de los TCA por medio de 3 variables: restricción, preocupación por la comida característica de la bulimia y las dietas. Por medio de una muestra de 623 chicas de edades entre 13 y 14 años, se midió la estabilidad de los desórdenes alimenticios y sus factores de riesgo (autoestima, insatisfacción corporal, autopercepciones inestables y el IMC). En el transcurso de 7 años, los niveles de síntomas de los desórdenes alimenticios no varían mucho entre la adolescencia y la adultez temprana; así mismo, las dietas fueron el síntoma que tuvo una mayor correlación de estabilidad a lo largo del tiempo.

Por último, Halvarsson-Edlund et al. (2008) examinaron en qué grado, los patrones de comportamiento y actitudes frente a la comida, autoestima y conductas de afrontamiento predecían las actitudes alimenticias problemáticas. Para ello, se evaluó a 378 adolescentes mujeres de entre 13 a 15 años, 1 vez al año por 3 años consecutivos. Se concluyó que el factor con más fuerza para predecir las actitudes alimenticias problemáticas fueron los comportamientos y actitudes frente a la comida. Por otro lado, la autoestima y las estrategias de afrontamiento tuvieron un valor predictivo limitado con respecto al desarrollo de las actitudes alimenticias problemáticas.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Mediante este trabajo se buscó identificar la relación entre la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y la autoestima en estudiantes escolares y universitarios. Para ello se realizó una revisión sistemática de 7 estudios; cuyos resultados principales se presentan a continuación.

En primer lugar, los estudios primarios, en sus análisis bivariados confirman la correlación negativa significativa entre la autoestima y los síntomas de TCA. Así mismo, en los resultados de los análisis multivariados, se encuentra que la autoestima actúa como una variable predictora estadísticamente significativa, en tanto esta interactúa con otras variables, las cuales mencionaremos posteriormente. Sin embargo, la presencia de la autoestima parece no ser suficiente para afirmarse como factor protector o de riesgo en el desarrollo de los síntomas del TCA. Los hallazgos de estos estudios indican que la autoestima trabaja en conjunto con otras variables, sean estas de mediación o no. Al interactuar con otras variables se explica un porcentaje de varianza significativa de los síntomas de TCA (Halvarsson-Edlund et al., 2008; Kansi et al., 2005; Sehm & Warschburger, 2018; Steele et al., 2007; Vohs et al., 2001); y en otros casos, la autoestima requiere de los síntomas depresivos como variable mediadora para impactar en la aparición de los síntomas de TCA (Ferreiro et al., 2012; Wertheim et al., 2001).

En segundo lugar, los estudios revisados midieron variables como: insatisfacción corporal, inestabilidad en las autopercepciones y percepción sobre el peso, y preocupación por peso y figura (Ferreiro et al., 2012; Kansi et al., 2005; Sehm & Warschburger, 2018; Steele et al., 2007; Vohs et al., 2001). Se puede asumir que estos conceptos pueden representar dominios específicos de la autoestima; es decir, la evaluación específica del dominio del cuerpo; si se considera que la autoestima puede ser evaluada como un concepto global o específico, tal como planteado por Rosenberg et al. (1995). Así mismo, un metanálisis realizado por Gentile et al. (2009), con 115 estudios, evidenciaron la existencia de por lo menos 10 dominios específicos de autoestima. Algunos de estos dominios se vinculan estrechamente con lo corporal, como por ejemplo la apariencia física y la autoestima atlética (Dorairaj et al., 2013). En consecuencia, a la hora de discutir sobre la autoestima bajo el marco de los síntomas de los TCA, sería

preciso delimitar el dominio específico de la autoestima a aquel que relacionado con la apariencia física o corporal.

En tercer lugar, los análisis multivariados de estudios primarios integran otras variables en sus modelos predictivos, de las cuales es relevante desarrollar las tres más significativas: la internalización del ideal social del cuerpo, el perfeccionismo y los síntomas depresivos.

Con relación a la internalización del ideal social del cuerpo, analizada en el estudio primario de Sehm y Warschburger (2018), diferentes autores hacen énfasis en la importancia del rol de los estándares sociales de belleza en el desarrollo de los distintos TCA (Thompson et al., 1999). Heinberg et al. (1995), manifestaron que el ideal predominante detrás de esta idealización del cuerpo es la delgadez; pero se ha visto acompañada, a lo largo de los años por demandas que incluyen, en mujeres, la posesión de pechos grandes; y en ambos sexos, un físico musculoso, lo que resulta muchas veces en contradicciones biológicas, casi imposibles de alcanzar. Por ello, las personas pueden incurrir en comportamientos de restricción o purgas, característicos de los desordenes alimenticios, en pos de generar consistencia entre su autoconcepto físico con el ideal de belleza propuesto por las redes sociales y el internet, además, introyectado (Rodgers, 2016).

Estos hallazgos relacionados a la internalización del ideal social del cuerpo resaltan el impacto que tiene lo mediático en las personas, especialmente en la autoestima de las mujeres (Gentile et al., 2009), postulando que existe un cuerpo perfecto al que aspirar. Lo cual trae a colación otra variable de interés observada en los artículos revisados: el perfeccionismo. Para el modelo Transdiagnóstico, el perfeccionismo o “perfeccionismo clínico” es un rasgo de la personalidad, el cual de manera reiterada aparece en pacientes con TCA incluso antes del desarrollo de los primeros signos y síntomas del trastorno. De igual manera, este puede ser entendido como la evaluación que tiene la persona de si misma, basada exclusivamente en sus logros y su capacidad para conseguirlos. Otras características de este rasgo son la rigurosidad con la que se persigue la consecución de los altos estándares fijados, a pesar de que esto pueda tener un efecto negativo en el rendimiento real o en otros aspectos de su vida; y el constante control con respecto a sus avances y la comparación con los de los demás (Fairburn et

al., 2008). Es decir, este perfeccionismo se ve plasmado en las personas con síntomas de TCA en los diversos comportamientos y esfuerzos extremos que realizan con el objetivo de conseguir este ideal social de “cuerpo perfecto”.

La tercera variable analizada en la dinámica predictiva entre la autoestima y los síntomas de TCA fue los síntomas depresivos. De acuerdo a los artículos revisados, los síntomas depresivos tuvieron una participación significativa en las mujeres como variable mediadora entre variables como la autoestima, insatisfacción corporal y los síntomas de desórdenes alimentarios (Ferreiro et al., 2012; Wertheim et al., 2001). Sin embargo, otros estudios señalan que conductas alimentarias como síntomas de trastorno por atracones preceden a los síntomas depresivos (Grilo et al., 2009; Pérez et al., 2004). Aun cuando esto parece indicar una posible contradicción en los hallazgos, para fines prácticos, descubrir la direccionalidad causal entre estos trastornos no es lo más importante; sino reconocer que ante la aparición de uno, se debe estar alerta al posible desarrollo del otro y viceversa.

Se puede llegar a asumir que, los síntomas depresivos pueden generar una predisposición a desarrollar una baja autoestima en las personas. Esto se puede explicar desde el modelo de Aaron Beck de la Triada Cognitiva de la Depresión. Ya que, los esquemas maladaptativos de ciertos individuos generan distorsiones en sus creencias centrales, desarrollando una visión negativa sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Beck et al., 1979).

De lo revisado, se pueden derivar algunas implicancias prácticas. En primer lugar, desde el campo de la investigación, al analizar la variable de la autoestima en relación a los TCA, resultaría más útil referirse a la “autoestima corporal” específica, en lugar de utilizar un enfoque unidimensional y general de la misma. Para la aplicación en el campo educativo, la información obtenida en esta revisión brinda aspectos claves para ser considerados en la elaboración de programas de prevención e intervención de los TCA en población escolar y universitaria, como por ejemplo, que variables deben considerarse para su abordaje. Estos programas pueden ser abordados desde tres frentes: las alumnas, los profesores y los padres. Con las alumnas, se realizarán talleres para generar una cultura de aceptación a la diversidad corporal, desmitificar las redes sociales y los medios de comunicación y entretenimiento. Con los padres y profesores generar talleres con el

objetivo de concientizar acerca de los mensajes implícitos de sobrevaloración de la apariencia física, así como ciertos estereotipos del ideal social del cuerpo; los cuales generan insatisfacción corporal en las niñas. Como se mencionó anteriormente, la autoestima por si misma, no esta implicada directamente en el desarrollo de los síntomas de TCA; sino que la interacción de esta con otras variables es la que los predice. En este sentido, desde la educación se buscaría trabajar en los dominios específicos, como la autoestima corporal para prevenir dichas interacciones.

Finalmente se comparten las siguientes recomendaciones y limitaciones de la presente investigación. Dentro de las limitaciones se encontró que, las investigaciones analizadas emplearon modelos teóricos diferentes, así como, instrumentos de medición distintos para cada variable, lo cual podría tener impacto al realizar comparaciones entre los resultados. Dentro de las recomendaciones se puede destacar la necesidad de generar investigaciones longitudinales donde la “autoestima corporal” sea evaluada como predictora de los TCA; así como también, investigaciones experimentales con población clínica en las cuales se realice un plan de intervención para aumentar la autoestima corporal y determinar si hubo cambios favorables en los síntomas de los TCA.

CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue identificar la relación entre la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria y la autoestima en estudiantes escolares y universitarios mediante una revisión sistemática de los estudios primarios efectuados en este ámbito. De lo analizado se concluye lo siguiente:

- Existe una correlación bivariada negativa entre la autoestima y los síntomas de trastornos de conducta alimentaria, independientemente del trastorno específico que se evalúo o si se evalúan los síntomas de estos desórdenes en general.
- La autoestima funciona como una variable predictora estadísticamente significativa en relación a los síntomas de TCA, en tanto esté acompañada de otros factores para que la interacción explique de manera más ajustada un porcentaje significativo de varianza en los síntomas de TCA. Desde el modelo planteado por Vohs et al. (1999) las variables que interactúan son el perfeccionismo, la insatisfacción corporal y autoestima.
- La autoestima también funciona como una variable predictora y estadísticamente significativa en relación a los síntomas de TCA, en tanto esté mediada por los síntomas depresivos.
- La autoestima interactúa también con la insatisfacción corporal y la internalización imagen social del cuerpo para predecir los síntomas de TCA. Respaldo por el modelo de Thompson et al. (1999) explican que la discrepancia entre el “ideal” y el propio cuerpo, generan sentimientos de insatisfacción corporal y baja autoestima; desencadenando en síntomas de TCA.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Borda, M., Avargues, M. L., López, A. M., Torres, I., Del Rio, C., & Pérez, M. A. (2011). Personality Traits and Eating Disorders: Mediating Effects of Self-esteem and Perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 205-227. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-377.pdf
- Branley-Bell, D., & Talbot, C.V. (2020). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 8(44). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00319-y>
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and Eating Disorders: a Decade in Review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Clements, K. (2013, 5 de julio). Former Vogue editor: The truth about size zero. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/fashion/2013/jul/05/vogue-truth-size-zero-kirstie-clements>
- Colmsee, I.-S. O., Hank, P., & Bošnjak, M. (2021). Low self-esteem as a risk factor for eating disorders: A meta-analysis. *Zeitschrift für Psychologie*, 229(1), 48–69. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000433>
- Coopersmith, S. (1969). Implications of Studies on Self-Esteem for Educational Research and Practice. *California University*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED033742.pdf>
- Dorairaj, K., Thompson, K., Wilksch, S., Wade, T., Paxton, S., Austin, S., & Byrne, S. (2013). Risk factors for eating disorders: Investigating the relationships between global self-esteem, body-specific self-esteem and dietary restraint. *Journal of*

Eating Disorders, 1(Suppl. 1), O31. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-S1-O31>

El Peruano. (2021, 10 de agosto). *EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años*. <https://elperuano.pe/noticia/126450-essalud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-anos>

Escolar-Llamazares, M., Martínez, M.A., Gonzáles, M.Y., Medina, M.B., Mercado, E., & Lara, F. (2017). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 8(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.003>

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

Graell, M., Morón-Nozaleda, M. G., Camarneiro, R., Villaseñor, Á., Yáñez, S., Muñoz, R., Martínez-Núñez, B., Miguélez-Fernández, C., Muñoz, M., & Faya, M. (2020). Children and Adolescents with Eating Disorders During COVID-19 Confinement: Difficulties and Future Challenges. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 28(6), 864–870. <https://doi.org/10.1002/erv.2763>

Grilo, C. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2009). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 228–234. <https://doi.org/10.1002/eat.20599>

Haripersad, Y. V., Kannegiesser-Bailey, M., Morton, K., Skeldon, S., Shipton, N., Edwards, K., Newton, R., Newell, A., Stevenson, P. G., & Martin, A. C. (2021). Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. *Archives of disease in childhood*, 106(3), e15. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319868>

Harris, C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(1), 11-53. <https://doi:10.1192/bjp.173.1.11>

- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa y cualitativa y mixta* (6^{ta} ed.). Mc Graw Hill educación. <http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292>
- Huete Cordova, M. A. (2022). Trastorno de conducta alimentaria durante la pandemia del SARS-CoV-2. *Revista De Neuro-Psiquiatria*, 85(1), 66-71. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4156>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2020, 15 de octubre). *GBD Compare*. <https://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>
- Javaras, K. N., Laird, N. M., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Pope Jr, H. G., & Hudson, J. I. (2008). Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 174-179. <https://doi.org/10.1002/eat.20484>
- Keel, P., Holland, L., & Brown, T. (2012). Empirical Classification of Eating Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 381-404. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143111>
- Klump, K. L., Burt, S. A., McGue, M., & Iacono, W. G. (2007). Changes in Genetic and Environmental Influences on Disordered Eating Across Adolescence: a Longitudinal Twin Study. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1409–1415. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.12.1409>
- Klump, K. L., Suisman, J. L., Burt, S. A., McGue, M., & Iacono, W. G. (2009). Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 797–805. <https://doi.org/10.1037/a0017204>
- McGilley, B. H. (2006). Group Therapy for Adolescents With Eating Disorders. *Group*, 30(4), 321-336. <http://www.jstor.org/stable/41719135>
- Naeimi, A. F., Haghigian, H. K., Gargari, B. P., Alizadeh, M., & Rouzitalab, T. (2016). Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. *Eating and weight disorders: EWD*, 21(4), 597–605. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0283-7>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 8 de junio). *Trastornos Mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de noviembre). *Salud Mental del Adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Otto, A. K., Jary, J. M., Sturza, J., Miller, C. A., Prohaska, N., Bravender, T., & Van Huysse, J. (2021). Medical admissions among adolescents with eating disorders during the COVID-19 pandemic. *Pediatrics*, 148(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052201>
- Perez, M., Joiner, T. E., & Lewinsohn, P. M. (2004). Is major depressive disorder or dysthymia more strongly associated with bulimia nervosa? *The International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 55–61. <https://doi.org/10.1002/eat.20020>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjhh>
- Rodgers, R. F. (2016). The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, part II: An integrated theoretical model. *Adolescent Research Review*, 1(2), 121–137. <https://doi.org/10.1007/s40894-015-0017-5>
- Stice, E., Rohde, P. & Shaw, H. (2013). *The Body Project: A Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Intervention* (2^{da} ed.). Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199859245.001.0001>
- Tauscher, J., Pirker, W., Willeit, M., de Zwaan, M., Bailer, U., Neumeister, A., Asenbaum, S., Lennkh, C., Praschak-Rieder, N., Brücke, T., & Kasper, S. (2001). [123I] beta-CIT and single photon emission computed tomography reveal reduced brain serotonin transporter availability in bulimia nervosa. *Biological psychiatry*, 49(4), 326-332. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00951-3](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00951-3)
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association. <https://doi-org.ezproxy.ulima.edu.pe/10.1037/10312-000>
- Wade T.D., Gillespie N., Martin N.G. (2007). A comparison of early family life events amongst monozygotic twin women with lifetime anorexia nervosa, bulimia

nervosa, or major depression. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 679-686. <https://doi.org/10.1002/eat.20461>

Webb, H. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2014). The role of friends and peers in adolescent body dissatisfaction: A review and critique of 15 years of research. *Journal of Research on Adolescence*, 24(4), 564–590. <https://doi.org/10.1111/jora.12084>



TSP 2022-2

INFORME DE ORIGINALIDAD

0% EN

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

docplayer.net

Fuente de Internet

<1%

2

commons.und.edu

Fuente de Internet

<1%

3

deepblue.lib.umich.edu

Fuente de Internet

<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado