



Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en atletas seleccionados nacionales de taekwondo de México, Centroamérica y El Caribe

Prevalence of Risky Eating Behaviors in National Team Taekwondo Athletes from Mexico, Central America, and the Caribbean

Itzel Adilene Manjarrez-Bastidas¹, Jesús Gilberto Arámburo-Gálvez², Ana Saile Espinoza-Salomón¹, José Antonio Mora-Melgem², Oscar Gerardo Figueroa-Salcido², Noé Ontiveros Apodaca³, Giovanni Isai Ramírez-Torres^{1**}.

1. Facultad de Educación Física y Deporte, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
2. Facultad de Ciencias de la Nutrición y Gastronomía, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.
3. Departamento de Ciencias Químico, Biológicas y Agropecuarias, Universidad de Sonora, México.

**Correspondencia: giovanni.ramirez@uas.edu.mx

Palabras claves	RESUMEN
Trastornos de la Conducta Alimentaria Deportistas Taekwondo Conductas de Riesgo para la Salud	Objetivo: Evaluar la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) y posibles trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en atletas seleccionados nacionales de taekwondo de México, Centroamérica y El Caribe. Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y analítico en 72 atletas (38 mujeres, 34 hombres; edad media 22.7 años) de 11 selecciones nacionales durante un campeonato clasificatorio. Se aplicó el cuestionario Eating Attitudes Test (EAT-26) y se preguntó sobre CAR. Se evaluó el peso (kg) y el Índice de Masa Corporal (IMC) en período habitual y de competencia. Se consideró "Posible TCA" la presencia de una puntuación EAT-26 ≥ 20 , cualquier CAR reportada, o un IMC < 18.0 kg/m ² en competencia. Se utilizaron pruebas de Wilcoxon, McNemar-Bowker y U de Mann-Whitney para el análisis estadístico ($p < 0.05$). Resultados: Se observó una reducción del IMC en el período de competencia (21.2 vs. 20.3 kg/m ² ; $p < 0.0001$). La prevalencia de un posible TCA fue del 91.7% (IC 95%: 82.7–96.9), siendo el vómito autoinducido (76.4%) y los atracones (63.9%) las principales conductas de riesgo. Contrariamente, la puntuación del EAT-26 mostró que solo el 18.1% alcanzó el umbral de riesgo (≥ 20). Más hombres (64.7%) que mujeres (26.3%) reportaron un historial de tratamiento para TCA ($p = 0.0018$). Conclusiones: Existe una prevalencia alta y normalizada de CAR en atletas seleccionados nacionales de taekwondo de México, Centroamérica y el Caribe. La discrepancia entre conductas y actitudes cognitivas sugiere que, CAR son vistas como herramientas efectivas para el control de peso, subestimando su riesgo para la salud física y mental.
Keywords	ABSTRACT
Eating Disorders Athletes Taekwondo Health Risk Behaviors	Objective: To evaluate the prevalence of risky eating behaviors (REB) and possible eating disorders (ED) in national selected taekwondo athletes from Mexico, Central America and the Caribbean. Material and methods: A cross-sectional, analytical study was conducted on 72 athletes (38 women, 34 men; mean age 22.7 years) from 11 national teams during a qualifying championship. The Eating Attitudes Test (EAT-26) questionnaire was administered, and questions about compensatory behaviors were asked. Weight and Body Mass Index (BMI) were assessed during habitual and competition periods. An EAT-26 score ≥ 20 , any reported REB, or a BMI < 18.0 kg/m ² during competition was considered as a "Possible ED". Wilcoxon, McNemar-Bowker, and Mann-Whitney U tests were used for statistical analysis ($p < 0.05$). Results: A reduction in BMI was observed during the competition period (21.2 vs. 20.3 kg/m ² ; $p < 0.0001$). The prevalence of a possible ED was 91.7% (95% CI: 82.7–96.9), with self-induced vomiting (76.4%) and binge eating (63.9%) the main risk behaviors. On the contrary, the EAT-26 scores showed that only 18.1% reached the risk threshold (≥ 20). More men (64.7%) than women (26.3%) reported a history of treatment for an ED ($p = 0.0018$). Conclusions: There is a high and normalized prevalence of REB in nationally selected taekwondo athletes from Mexico, Central America and the Caribbean. The discrepancy between behaviors and cognitive attitudes suggests that REB are seen as effective tools for weight control, underestimating their risk to physical and mental health.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones de salud mental graves caracterizadas por patrones de alimentación alterados y una preocupación excesiva por el peso y la figura corporal (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2013). En el ámbito deportivo, la prevalencia de TCA y conductas alimentarias de riesgo (CAR) es significativamente mayor que en la población general, especialmente en disciplinas que exigen un control estricto del

peso (Bratland-Sanda & Sundgot-Borgen, 2013; Ghazzawi et al., 2024). Quienes practican deportes de combate, como el taekwondo, son particularmente vulnerables, ya que la competencia por categorías de peso somete a los atletas a una presión constante para manipular su composición corporal en función del calendario competitivo (Barley et al., 2019; Franchini et al., 2012).

Las estrategias para alcanzar un peso competitivo a menudo incluyen prácticas extremas como la restricción calórica severa, la deshidratación

inducida, el uso de laxantes, diuréticos, y el vómito autoinducido (Barley et al., 2019). Estas conductas, a menudo realizadas sin supervisión profesional, pueden comprometer gravemente la salud y el rendimiento deportivo (Franchini et al., 2012). A pesar de los riesgos, estas prácticas están profundamente arraigadas en ciertos deportes, percibiéndose como un medio necesario para obtener una ventaja competitiva (Barić & Erdeljac, 2024). Aunque existe literatura internacional que aborda esta problemática, no se cuenta con estudios sobre CAR en atletas de élite de taekwondo de la región de México, Centroamérica y el Caribe, limitando el desarrollo de estrategias preventivas adaptadas a este contexto sociocultural. Así, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia de CAR en atletas mexicanos, centroamericanos y caribeños seleccionados nacionales de taekwondo.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio y participantes. Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Se invitó a participar a atletas adultos (≥ 18 años), miembros de selecciones nacionales que compitieron en el Campeonato Clasificatorio de Taekwondo 2017, en Monterrey, México, para los Juegos Centroamericanos y del Caribe Barranquilla 2018. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, formar parte de una selección nacional y aceptar voluntariamente participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado. Se excluyeron aquellos que no otorgaron su consentimiento para participar.

Procedimientos y variables. Los atletas fueron invitados a participar durante el evento clasificatorio de Taekwondo 2017. Se les explicó el objetivo del estudio verbalmente y por escrito, garantizando la confidencialidad, anonimato y el derecho a retirarse en cualquier momento. Los datos se recolectaron previo al día de competencia mediante cuestionarios impresos autoadministrados de forma individual, en un entorno controlado y sin la presencia de entrenadores.

Para evaluar las actitudes y conductas asociadas a TCA, se utilizó el cuestionario Eating Attitudes Test (EAT-26), validado para su uso en poblaciones de

habla hispana (Grande et al., 2003). Este instrumento de 26 ítems evalúa 3 subescalas: 1) dieta, 2) bulimia y preocupación por la comida y 3) control oral. Adicionalmente, el cuestionario incluyó cuatro preguntas de comportamiento relacionadas con conductas compensatorias, como atracones, inducción del vómito, uso de fármacos para perder peso y antecedentes de tratamiento para un TCA.

La estatura (m) (medida con un estadiómetro, Seca 213) y el peso (kg) (medido con una báscula Tanita BF-689) del periodo de competencia fueron medidos por personal capacitado previo al día de competencia, mientras que el peso durante el periodo habitual fue autorreportado por los atletas. Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) como $\text{peso (kg)} / \text{estatura (m)}^2$. Se definió como "Posible Trastorno de la Conducta Alimentaria" la presencia de al menos uno de los siguientes tres criterios: (a) una puntuación total en el EAT-26 ≥ 20 ; (b) una respuesta afirmativa a cualquiera de las cuatro preguntas sobre conductas compensatorias; o (c) un IMC en competencia $< 18.0 \text{ kg/m}^2$.

Consideraciones éticas. El estudio fue aprobado por la Unión Panamericana de Taekwondo y la Federación Mexicana de Taekwondo. Todos los procedimientos se llevaron a cabo de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para investigaciones con seres humanos. Se garantizó la confidencialidad, anonimato y el derecho de los participantes a retirarse del estudio en cualquier momento, sin repercusiones.

Análisis Estadísticos. Los datos se analizaron utilizando el software IBM SPSS Statistics 26. Las variables categóricas se presentan como frecuencias y porcentajes. Se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad. Las variables continuas se presentan como mediana y rango intercuartílico (IQR). Para las comparaciones entre grupos independientes (mujeres vs. hombres), se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney. Las asociaciones entre variables categóricas se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. Para las comparaciones pareadas (periodo habitual vs. competencia), se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para las variables continuas. El cambio en las proporciones de las categorías de

peso se analizó con la prueba de McNemar-Bowker. Se utilizó el software OpenEpi versión 3.03a (Atlanta, GA, EE. UU.) para estimar las tasas de prevalencia (reportadas por 100 habitantes, IC 95%). Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS.

La muestra final estuvo compuesta por 72 atletas de selecciones nacionales que firmaron el consentimiento informado. Los participantes provenían de once países, con un rango entre 2 a 15 atletas por cada selección nacional, siendo México ($n = 15$, 20.8%), Honduras ($n = 9$, 12.5%), y Puerto Rico ($n = 9$, 12.5%), los países con mayor número de representantes. La edad promedio los atletas fue de 22.7 años, con un 52.8% de participantes del sexo femenino (Tabla 1).

Las características antropométricas se presentan en la Tabla 2. De manera general, se observó una reducción en la mediana del IMC durante el periodo de competencia (de 21.2 a 20.3 kg/m²; $p < 0.0001$). Esto se acompañó de un cambio significativo en la distribución de las categorías de peso, donde la proporción de atletas con bajo peso aumentó más del doble, de 5.6% a 13.9% ($p = 0.042$). Al analizar por sexo, tanto mujeres como hombres mostraron una reducción estadísticamente significativa en el peso corporal (-2.0 kg, $p = 0.0013$ y -3.5 kg $p < 0.0001$, respectivamente) y en el IMC (-0.8 kg/m² $p < 0.0001$ y 1.4 kg/m², $p = 0.0007$, respectivamente) durante el periodo competitivo (Tabla 2).

La Tabla 3 presenta los indicadores de riesgo de TCA. La mediana de la puntuación total del EAT-26 fue de 11.0 (6.0–17.0) para toda la muestra, muy por debajo del punto de corte de riesgo (≥ 20), sin diferencias significativas entre sexos ($p = 0.4737$). En contraste, se reportó una alta prevalencia de conductas de riesgo: el 63.9% ($n = 46$) de los atletas admitió episodios de atracones con pérdida de control y el 76.4% ($n = 55$) reportó vómito autoinducido. El historial de tratamiento para un TCA fue mayor en hombres (64.71%, $n = 22$) que en mujeres (26.32%, $n = 10$) ($p = 0.0018$). Finalmente, al aplicar los criterios de riesgo combinados (puntaje EAT-26 ≥ 20 , IMC < 18 o respuesta afirmativa a preguntas de comportamiento), se determinó que el 91.7% de la

muestra (86.8% de las mujeres y 97.1% de los hombres) presentaba un posible trastorno de conducta alimentaria.

DISCUSIÓN.

En el presente estudio se identificó una alta prevalencia de un posible TCA en atletas de selecciones nacionales de taekwondo de México, Centroamérica y el Caribe (91.7%). Esta cifra es casi cinco veces mayor que la prevalencia global de posibles TCA reportada en atletas (19.2%), e incluso 2.4 veces más elevada que lo reportado en deportes clasificados como anaeróbicos (37.9%), como los de contacto (Ghazzawi et al., 2024). No obstante, la prevalencia posible de TCA reportada en el presente estudio está en línea con lo reportado en un estudio reciente que incluyó más de 250 atletas mayores de 18 años de diferentes deportes de contacto. En dicho estudio, el 83% de los hombres y el 89% de las mujeres competidoras de combate mostraron indicios de TCA de moderados a muy altos (Doherty et al., 2024). En general, los resultados destacan que se requieren estudios a profundidad sobre los TCA en la población evaluada, así como implementar programas para su prevención y detección temprana.

Por otro lado, se observó una marcada discrepancia entre las conductas de riesgo reportadas y las actitudes cognitivas. Aunque más del 76% de los atletas reportó vómitos autoinducidos, solo el 18% alcanzó el umbral de riesgo en el EAT-26. Este escenario sugiere que las conductas de riesgo pueden estar normalizadas dentro de la práctica del taekwondo competitivo. Es posible que los atletas no perciban estas conductas como problemáticas o como parte de un desorden psicológico, sino como una herramienta necesaria y efectiva para alcanzar una categoría de peso competitiva. Otros han reportado que la manipulación de la masa corporal es una práctica común entre los atletas de combate y artes marciales, con una alta incidencia de dietas graduales, aumento del ejercicio y restricción de líquidos (Barley et al., 2018). Particularmente, el saltarse comidas fue significativamente mayor en los atletas de taekwondo y lucha en comparación con otros deportes de combate (84% vs. 58%, $p < 0.05$) (Barley et al., 2018). La presión de los

entrenadores y un entorno que promueva la pérdida de peso a cualquier costo refuerzan que las conductas de riesgo no sean percibidas como problemáticas (Barić & Erdeljac, 2024), conduciendo a que los atletas no se identifiquen con la psicopatología que el EAT-26 pretende medir (Chapman & Woodman, 2016).

Notablemente, más hombres (64.71%) que mujeres (26.32%) reportaron un historial de tratamiento para un TCA. Este dato contrasta con la evidencia epidemiológica general, la cual muestra que los hombres buscan menos ayuda que las mujeres para tratar este tipo de trastornos (Coffino et al., 2019). Sin embargo, los hallazgos son consistentes con lo reportado en deportes de combate (Schaal et al., 2011). Algunas hipótesis no excluyentes podrían explicar, al menos en parte, estos resultados; primero, dado que se ha reportado una relación negativa y significativa entre la inteligencia emocional y los trastornos alimentarios en atletas de taekwondo del sexo masculino, factores psicológicos podrían estar influenciando la alta prevalencia de TCA hombres (Astuti et al., 2023). Segundo, es posible que los atletas interpreten "tratamiento" como una asesoría nutricional intensiva, en lugar de terapia psicológica. Y tercero, la literatura indica que los TCA en atletas masculinos son un fenómeno poco estudiado y subdiagnosticado (Karrer et al., 2020; Mitchison & Mond, 2015). Así, la alta exigencia del deporte competitivo podría estar desenmascarando casos severos que requieren intervención.

Los datos antropométricos muestran una pérdida de peso significativa pre-competencia, evidenciando una práctica conocida como "ciclo de peso" (Barley et al., 2019). Este ciclo se ha normalizado en deportes de combate y es un factor de riesgo para la salud. De hecho, la práctica del "ciclo de peso" se asocia con efectos secundarios a corto plazo como una tasa metabólica reducida, alteraciones en los niveles de insulina y leptina, y resistencia a la insulina, y a largo plazo con un mayor riesgo de síndrome metabólico (Lakicevic et al., 2021; Lebron et al., 2024). Por lo tanto, las prácticas observadas no solo representan un riesgo para la salud mental, sino que también pueden predisponer a los atletas al desarrollo de enfermedades crónicas futuras.

Desde la perspectiva de la salud deportiva, los resultados del presente estudio tienen implicaciones importantes. Es imperativo que los profesionales de la salud pregunten directamente sobre conductas específicas de control de peso. Para las federaciones y equipos técnicos, los resultados destacan que es necesario implementar programas educativos sobre los peligros de la pérdida de peso rápida y promover la integración de profesionales de la nutrición y la salud mental que ofrezcan estrategias seguras para el manejo del peso.

Finalmente, debemos reconocer que el presente estudio tiene la limitación de su diseño transversal, lo cual impide establecer relaciones de causalidad, y al basarse en autorreporte, los datos podrían estar sujetos a sesgo. No obstante, entre las fortalezas del presente estudio se encuentra que es el primero en evaluar la prevalencia de CAR y posibles TCA en atletas de élite de taekwondo de México, Centroamérica y El Caribe.

CONCLUSIONES.

Existe una alta prevalencia de CAR entre atletas de élite de taekwondo de México, Centroamérica y el Caribe. Los riesgos a la salud asociados a las CAR son comúnmente subestimados por los atletas, destacando la necesidad de implementar estrategias de detección y prevención de dichas conductas. Así mismo, es imperativo que se informe sobre las consecuencias a largo plazo del ciclo de peso, priorizando la salud integral del deportista más que el rendimiento a corto plazo.

REFERENCIAS.

- Astuti, G. P., Fitri, M., & Williyanto, S. (2023). Emotional Intelligence and Eating Disorders: Comparison by Gender in Taekwondo Athletes. *Jp. jok (Jurnal Pendidikan Jasmani Olahraga dan Kesehatan)*, 7(1), 94–105.
- Barić, R., & Erdeljac, T. (2024). Eating Disorders in Taekwondo Athletes: The Contribution of Coach Behavior, Body Satisfaction, and Goal Orientation. *Sports*, 12(12), 315.
- Barley, O. R., Chapman, D. W., & Abbiss, C. R. (2018). Weight loss strategies in combat sports and concerning habits in mixed

- martial arts. *International journal of sports physiology and performance*, 13(7), 933–939.
- Barley, O. R., Chapman, D. W., & Abbiss, C. R. (2019). The current state of weight-cutting in combat sports. *Sports*, 7(5), 123.
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European journal of sport science*, 13(5), 499–508.
- Chapman, J., & Woodman, T. (2016). Disordered eating in male athletes: A meta-analysis. *Journal of Sports Sciences*, 34(2), 101–109.
- Coffino, J. A., Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Rates of help-seeking in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders: Prevalence across diagnoses and differences by sex and ethnicity/race. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(8), 1415–1426.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed* (pp. xlv, 947). (2013). American Psychiatric Publishing, Inc.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Doherty, C. S., Fortington, L. V., & Barley, O. R. (2024). Prevalence of disordered eating and its relationship with rapid weight loss amongst male and female combat sport competitors: A prospective study. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 27(11), 745–752.
- Franchini, E., Brito, C. J., & Artioli, G. G. (2012). Weight loss in combat sports: Physiological, psychological and performance effects. *Journal of the international society of sports nutrition*, 9(1), 52.
- Ghazzawi, H. A., Nimer, L. S., Haddad, A. J., Alhaj, O. A., Amawi, A. T., Pandi-Perumal, S. R., Trabelsi, K., Seeman, M. V., & Jahrami, H. (2024). A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of the prevalence of self-reported disordered eating and associated factors among athletes worldwide. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 24.
- Grande, A. G., Torras, B. Z., & García, A. R. S. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Instituto de Salud Pública.
- Karrer, Y., Halioua, R., Mötteli, S., Iff, S., Seifritz, E., Jäger, M., & Claussen, M. C. (2020). Disordered eating and eating disorders in male elite athletes: A scoping review. *BMJ open sport & exercise medicine*, 6(1).
- Lakicevic, N., Mani, D., Paoli, A., Roklicer, R., Bianco, A., & Drid, P. (2021). Weight cycling in combat sports: Revisiting 25 years of scientific evidence. *BMC sports science, medicine and rehabilitation*, 13(1), 154.
- Lebron, M. A., Stout, J. R., & Fukuda, D. H. (2024). Physiological perturbations in combat sports: Weight cycling and metabolic function—A narrative review. *Metabolites*, 14(2), 83.
- Mitchison, D., & Mond, J. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: A narrative review. *Journal of eating disorders*, 3(1), 20.
- Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., Guillet, T., El Helou, N., Berthelot, G., Simon, S., & others. (2011). Psychological balance in high level athletes: Gender-based differences and sport-specific patterns. *PloS one*, 6(5), e19007.

Contribución de los autores.

Conceptualización I.A.M.-B., G.I.R.-T., J.G.A.-G.; proceso de datos A.S.E.-S., P.E.G.-A.; análisis formal J.G.A.-G, N.O, J.A.M.-M, O.G.F.-S.; redacción: borrador original I.A.M.-B, J.G.A.-G, A.S.E.-S, G.I.R.-T.; redacción: revisión y edición P.E.G.-A, N.O, J.A.M.-M, O.G.F.-S.

Agradecimientos.

Agradecemos al Dr. Pedro Erick Gastelum Acosta por su asesoría y la revisión del manuscrito.

Financiamiento.

El presente trabajo no obtuvo financiamiento del sector público o privado para su realización.

Tabla 1. Características demográficas de la población de estudio.

Variable	Promedio	Rango
Edad	22.7	18-36
Sexo	n (%)	%
Femenino	38	52.8
Masculino	34	47.2
País	n (%)	%
México	15	20.8
Honduras	9	12.5
Puerto Rico	9	12.5
Dominicana	8	11.1
Costa Rica	6	8.3
Venezuela	6	8.3
Guatemala	5	6.9
Panamá	5	6.9
Cuba	4	5.6
El Salvador	3	4.2
Nicaragua	2	2.8

Tabla 2. Comparación de indicadores antropométricos en atletas de taekwondo durante los periodos habitual y de competencia por sexo (n = 72).

		Edad promedio (rango)	Peso Mediana (IQR)	IMC Mediana (IQR)	Bajo peso n (%)	Peso Normal n (%)	Sobrepeso n (%)
Mujeres (n = 38)	Habitual	22.44 (18-29)	61.5 (54.0–68.3)	20.8 (19.9–22.0)	1 (2.63)	36 (94.74)	1 (2.63)
	En competencia		59.5 (53.0–67.0)	20.0 (19.1–21.8)	5 (13.16)	31 (81.58)	2 (5.26)
	p	–	0.0013	0.0020		0.082	
Hombres (n = 34)	Habitual	22.88 (18-36)	74.5 (61.8–84.3)	22.6 (19.2–24.9)	3 (8.82)	23 (67.65)	8 (23.53)
	En competencia		71.0 (61.8–81.8)	21.2 (19.3–24.5)	5 (14.71)	23 (67.65)	6 (17.65)
	p	–	<0.0001	0.0007		0.135	
Total (n = 72)	Habitual	22.65 (18–36)	65.5 (56.3–75.0)	21.2 (19.8–23.2)	4 (5.6)	59 (81.8)	9 (12.5)
	En competencia		63.0 (54.8–73.0)	20.3 (19.2–22.8)	10 (13.9)	54 (75.0)	8 (11.1)
	p	–	0.1704	<0.0001		0.042	

Abreviaturas: IMC, Índice de Masa Corporal; IQR, Rango Intercuartílico. Los valores *p* para Peso e IMC se calcularon con la prueba de Wilcoxon. Los valores *p* para las categorías de peso se calcularon con la prueba de McNemar-Bowker.

Tabla 3. Comparación de indicadores de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria por sexo en atletas de taekwondo de nivel nacional (n=72).

Variable	Mujeres (n = 38)	Hombres (n = 34)	p	Total (n = 72)
	Mediana (IQR)	Mediana (IQR)		Mediana (IQR)
Puntuación de EAT-26	11.0 (5.75–16.25)	11.0 (7.5–17.5)	0.4737	11.0 (6.0–17.0)
Dieta	7.0 (2.0–9.0)	7.0 (4.0–11.25)	0.3012	7.0 (4.0–10.75)
Control oral	3.0 (1.0–5.0)	3.0 (2.0–4.0)	0.5888	3.0 (1.0–4.75)
Bulimia	1.0 (0.0–3.0)	2.0 (0.0–3.0)	0.6254	2.0 (0.0–3.0)
Preguntas Conductuales	n (%)	n (%)	p	n (%), IC 95%
Atracones con pérdida de control	25 (65.79)	21 (61.76)	0.807	46 (63.9, 51.7–74.9)
Vómito autoinducido para controlar peso	30 (78.95)	25 (73.53)	0.7817	55 (76.4, 64.9–85.6)
Uso de laxantes, diuréticos o pastillas para control de peso	18 (47.37)	12 (35.29)	0.3446	30 (41.7, 30.2–53.9)
Historial de tratamiento para un TCA	10 (26.32)	22 (64.71)	0.0018	32 (44.4, 32.7–56.6)
Indicadores de Posible TCA	n (%)	n (%)	p	n (%), IC 95%
Puntuación EAT-26 ≥ 20	6 (15.8)	7 (20.6)	0.7606	13 (18.1, 9.9–28.9)
Respuesta afirmativa a preguntas conductuales (A-D)	33 (86.8)	33 (97.1)	0.2032	66 (91.7, 82.7–96.9)
IMC <18 en competencia	5 (13.2)	5 (14.7)	>0.999	10 9 (13.9, 6.9–24.1)
Posible Trastorno de la Conducta Alimentaria	33 (86.8)	33 (97.1)	0.2032	66 (91.7, 82.7–96.9)

Abreviaturas: TCA, Trastorno de la Conducta Alimentaria; IQR, Rango Intercuartílico; IMC, Índice de Masa Corporal. Los valores *p* para las variables continuas (puntuación de EAT-26) se calcularon con la prueba U de Mann-Whitney. Los valores *p* para las variables categóricas se calcularon con la prueba exacta de Fisher.