



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

**Carrera de Psicología Clínica**

**PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE  
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN  
ADOLESCENTES DE 15 A 18 AÑOS DE UN  
COLEGIO DE CUENCA.**

**Autores:**

Amanda Bermeo Nieto.; Carlos Zúñiga Arteaga.

**Directora:**

Mst. María Fernanda Coello Nieto.

Cuenca - Ecuador

2023

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo y estos años de camino a mis amados padres, Ximena y Vinicio, por creer siempre en mí, por ser mi guía y la base de todo lo que soy, y por siempre impulsarme a ser un mejor ser humano.

A mí, a Amanda, por estar logrando todo lo que alguna vez se propuso, porque estoy orgullosa de su proceso, y del gran ser humano en el que se ha convertido, sabiendo que jamás ha cambiado su esencia ni su corazón, y que continúa en constante crecimiento.

Amanda Micaela Bermeo Nieto

## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo quiero dedicar a mis padres, Pablo y Fabiola, quienes con su esfuerzo, sacrificio, cariño y apoyo incondicional me han ofrecido la oportunidad de completar mi formación profesional

Carlos Santiago Zuñiga Arteaga

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis profesores, por su acompañamiento a lo largo de estos años, dejando aprendizajes que no solo llevaré en la cabeza, sino en el corazón.

A mi directora de tesis, Mgst. Fernanda Coello Nieto, a quien admiro siempre por sus enseñanzas, dedicación y entrega.

A mis amigos y amigas, por haber vuelto más ligera cualquier dificultad a lo largo de esta travesía y por no faltarme nunca, por demostrarme que he escogido con sabiduría a aquella gente que me acompaña en este viaje de la vida.

A mi hermosa familia, por su apoyo y amor incondicional, en especial, a mis abuelas, Galud y Esperanza, a mi abuelo, Gerardo, y a mis padres, Ximena y Vinicio.

Amanda Micaela Bermeo Nieto

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Universidad del Azuay por abrirme sus puertas, a mis profesores por compartir generosamente sus conocimientos, y a mi familia por siempre estar presente para brindarme su apoyo

Carlos Santiago Zuñiga Arteaga

## **RESUMEN:**

Los TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria) son cada vez más recurrentes, sobre todo en la etapa de la adolescencia, por lo que el presente trabajo busca evaluar la existencia de trastornos alimenticios en jóvenes entre los 15 y 18 años. La herramienta utilizada es el EDI-2, y los participantes fueron 67 estudiantes que asisten a un colegio particular mixto de la ciudad de Cuenca. Entre los principales resultados se encuentra que un 10.44% de la muestra presenta sintomatología relacionada con estos trastornos, además, se evidencia una diferencia significativa en la variable género por lo que los valores más altos de TCA se encuentran en las mujeres. Es importante trabajar en talleres preventivos y de abordaje de este trastorno.

**Palabras clave:** adolescencia, género, prevalencia, trastornos de la conducta alimentaria, variables sociodemográficas.

## ABSTRACT

Eating disorders are increasing, especially in adolescence, so the present work seeks to evaluate the existence of eating disorders in young people between 15 and 18 years of age. The tool used is the EDI-2, with participants consisting of 67 students who attended a mixed private school in the city of Cuenca. Among the main results is that 10.44% of the sample presents symptoms related to these disorders. In addition, there is a significant difference in the gender variable, so the highest values of eating disorders are found in women. It is important to work in preventive workshops and address this disorder.

**Key words:** adolescence, eating disorder, gender, prevalence, sociodemographic data.



Este certificado se encuentra en el repositorio digital de la Universidad del Azuay, para verificar su autenticidad escanee el código QR

# ÍNDICE

## Índice de contenido

|   |     |
|---|-----|
| <b>DEDICATORIA</b> .....                              | I   |
| <b>AGRADECIMIENTO</b> .....                           | III |
| <b>RESUMEN:</b> .....                                 | V   |
| <b>ABSTRACT</b> .....                                 | VI  |
| <b>ÍNDICE</b> .....                                   | VII |
| <b>Introducción</b> .....                             | 1   |
| <b>CAPÍTULO 1</b> .....                               | 2   |
| <b>1. Adolescencia</b> .....                          | 2   |
| 1.1 Conceptos .....                                   | 2   |
| 1.2 Características .....                             | 2   |
| 1.3 Problemas asociados con la adolescencia.....      | 3   |
| <b>CAPÍTULO 2</b> .....                               | 4   |
| <b>2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b> ..... | 4   |
| 2.1 Epidemiología.....                                | 4   |
| 2.2 Etiopatogenia .....                               | 5   |
| 2.3 Signos y síntomas.....                            | 6   |
| 2.4 Tipos de TCA.....                                 | 7   |
| 2.4.1 Anorexia Nerviosa (AN).....                     | 7   |
| 2.4.2 Bulimia Nerviosa (BN).....                      | 8   |
| 2.5 Modelos explicativos.....                         | 8   |
| 2.6 Evolución y pronóstico.....                       | 8   |
| 2.7 Complicaciones y comorbilidades .....             | 9   |
| 2.8 Tratamiento Psicológico .....                     | 10  |
| <b>CAPÍTULO 3</b> .....                               | 11  |
| <b>3. METODOLOGÍA</b> .....                           | 11  |
| 3.1 Tipo de investigación .....                       | 11  |
| 3.2 Hipótesis .....                                   | 11  |
| 3.3 Objetivos.....                                    | 11  |
| 3.3.1 Objetivo General .....                          | 11  |



|  |    |
|--|----|
| 3.3.2 Objetivos Específicos .....  | 11 |
| 3.4 Participantes:.....  | 11 |
| 3.4.1 Criterios de inclusión:.....   | 11 |
| 3.4.2 Criterios de exclusión: .....  | 12 |
| 3.5 Instrumentos: .....  | 12 |
| 3.6 Procedimiento: .....   | 12 |
| <b>CAPÍTULO 4</b> .....  | 13 |
| <b>4. RESULTADOS</b> .....   | 13 |
| 4.1 Población .....  | 13 |
| 4.2 Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria .....                                     | 14 |
| 4.3 Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria según variables sociodemográficas.....        | 16 |
| 4.2.1 Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según el género .....                   | 16 |
| 4.2.1 Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según la situación socioeconómica ..... | 17 |
| 4.2.1 Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según el uso de redes sociales.....     | 17 |
| <b>CAPÍTULO 5:</b> .....   | 20 |
| <b>DISCUSIÓN</b> .....   | 20 |
| CONCLUSIONES .....   | 22 |
| RECOMENDACIONES .....  | 23 |
| REFERENCIAS.....   | 24 |

## Índice de tablas y figuras

### Tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. <i>Características de los participantes según la encuesta sociodemográfica n=67</i> ..... | 13 |
| Tabla 2. <i>Clasificación de resultados por niveles.</i> .....                                     | 14 |
| Tabla 3. <i>Diferencia de resultados con el género de la persona.</i> .....                        | 16 |
| Tabla 4. <i>Diferencia de resultados con la situación socioeconómica de la persona.</i> .....      | 17 |
| Tabla 5. <i>Diferencia entre resultados y tiempo de uso de redes sociales.</i> .....               | 18 |

## **Figuras**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1. <i>Número de personas que presentaron puntajes relevantes.</i> ..... | 15 |
| Figura 2. <i>Tiempo de uso de redes sociales.</i> .....                        | 17 |
| Figura 3. <i>Dimensiones por tiempo en redes sociales.</i> .....               | 19 |

## **Índice de anexos**

|  |    |
|--|----|
| Anexo 1. <i>Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).</i> ..... | 28 |
| Anexo 2. <i>Encuesta Sociodemográfica.</i> .....                                   | 30 |
| Anexo 3. <i>Consentimiento Informado a representantes.</i> .....                   | 31 |

## **Introducción**

La adolescencia es una etapa del desarrollo del ser humano en la cual las personas se encuentran en una situación especialmente vulnerable, la angustia generada por pertenecer a un grupo y la búsqueda de aprobación de los pares, hacen que formar una buena autoestima no sea tarea fácil, por lo que se prestan más a desarrollar trastornos como el TCA, que es alarmantemente recurrente en esta etapa.

En el capítulo uno, se aborda el tema de la adolescencia, sus conceptos, características y problemáticas.

Mientras, el capítulo dos aborda los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), su epidemiología, etiopatogenia, signos y síntomas, principales tipos, los modelos explicativos que existen sobre esta patología, la evolución y pronóstico de la misma, además, las complicaciones y comorbilidades que pueden llegar a presentarse y qué tratamiento psicológico es el más óptimo para trabajar durante un proceso terapéutico al existir un TCA.

Posterior a esto, se llevará a cabo la metodología y análisis de datos de la muestra evaluada, para proceder a analizar los resultados más relevantes y la relación que tiene con las variables sociodemográficas: género, situación socioeconómica, edad y uso de redes sociales.

Más adelante encontramos la discusión, en donde se examinan los resultados del siguiente estudio en base a investigaciones internacionales de diferentes autores sobre el tema.

Finalmente, se encuentran las conclusiones y recomendaciones planteadas en base a lo indicado.

# **CAPÍTULO 1**

## **1. Adolescencia**

### **1.1 Conceptos**

Etimológicamente, la palabra adolescencia viene del latín “*adolescere*” y del verbo *adolecer*, puede tener dos significados: crecimiento y maduración, y tener una imperfección o defecto. (Güemes-Hidalgo et al., 2017)

La OMS (2022) define a la adolescencia como la etapa de la vida que va de la niñez a la adultez, caracterizada por ser una etapa del desarrollo humano importante para sentar las bases de una buena salud. Los y las adolescentes presentan un crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial rápido, lo cual tiene gran influencia en cómo piensan, sienten y perciben su entorno.

Esta fase de la vida está dividida en tres etapas: la adolescencia temprana, media, y tardía (Mendoza et al., 2016). Esta investigación se enfoca en la adolescencia media, pues en este período se da una reorientación en las relaciones interpersonales, distanciándose afectivamente de la familia y acercándose al grupo de pares, lo que implica que la autoimagen dependa fuertemente de la opinión de terceros, en búsqueda de aprobación. (Gaete, 2015)

### **1.2 Características**

Al no ser un grupo homogéneo, las y los adolescentes presentan variaciones de caso a caso en su desarrollo biológico y psicosocial. En términos generales la adolescencia es una etapa acompañada por numerosos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; aunque se caracteriza por extenderse por un periodo de tiempo impreciso, su finalización se da cuando el sujeto completa la maduración física y psicosocial, alrededor de la segunda década de la vida. Esta fase de la vida no es un proceso uniforme, “los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales y sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés” (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

La adolescencia está marcada en gran parte por la pubertad, la cual “es un fenómeno biológico complejo a través del cual se desarrollan los caracteres sexuales secundarios, se obtiene la maduración sexual completa y se alcanza la talla adulta”

(Soriano Guillén, 2015). Además de considerarse el inicio de la adolescencia, el desarrollo psicosocial del adolescente se ve influenciado en gran medida por estos cambios biológicos en interacción con las anteriores etapas de la vida del sujeto, además de la influencia de factores sociales y culturales. También factores como el sexo, etnia, ambiente en el que se encuentra, situación socioeconómica, entre otros hacen que esta etapa no sea compatible con un esquema del desarrollo único que se pueda aplicar a todos los adolescentes (Gaete, 2015).

### **1.3 Problemas asociados con la adolescencia**

La adolescencia ha sido referida como un periodo de tormenta hormonal, emocional y estrés, sin embargo, en la actualidad se considera a esta etapa de la vida como una época de oportunidades especiales para el desarrollo evolutivo (Güemes-Hidalgo et al., 2017). Durante esta fase de la vida, el adolescente debe aprender a autorregular sus emociones y relacionarse efectivamente con otras personas, esta última competencia “además de facilitar la progresiva autonomía, las relaciones con los pares cumplen otras funciones importantes, contribuyendo significativamente al bienestar y desarrollo psicosocial de los jóvenes” (Gaete, 2015).

Es considerado que las debilidades emocionales propias de esta época ayudan al adolescente a desarrollar aptitudes relacionales que son útiles al momento de formar un desarrollo y un ajuste al ambiente adecuado en los adolescentes, lo que le permite al adolescente a identificar sus sentimientos y regular sus respuestas emotivas en sí mismo y en el otro. (Schoeps et al., 2019)

Varios conflictos de diversa naturaleza se pueden presentar en esta época caracterizada por la inestabilidad y el cambio, la etapa de la adolescencia más caracterizada por este fenómeno es la adolescencia media, en la cual es común que se presenten conflictos de índole familiar ya que el grupo de pares adquiere más importancia, por esta razón, es más probable que el adolescente inicie conductas de riesgo durante esta etapa (Güemes-Hidalgo et al., 2017), el adolescente tiende al aislamiento y la autoimagen depende mucho de las opiniones del otro. Persiste el egocentrismo y la impulsividad, factores que aumentan la posibilidad de la existencia de conductas de riesgo, aunque el adolescente está consciente de los riesgos que está corriendo, la búsqueda de gratificaciones o nuevas experiencias, amplificada por la presencia de pares (Gaete, 2015).

## **CAPÍTULO 2**

### **2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

#### **2.1 Epidemiología**

Los TCA están caracterizados por la aparición de conductas alteradas en cuanto a la alimentación y una preocupación extrema por la imagen corporal, lo que ocasiona daños tanto fisiológicos como psicosociales. (Vargas, 2013).

Constituyen un problema de salud pública, y, según señala la OMS, en 2019, 14 millones de personas padecían trastornos alimentarios, de los que casi 3 millones eran niños y adolescentes. (2022)

Los TCA tienen alta prevalencia en población femenina adolescente. Estudios precedentes realizados en Argentina indican la presencia de sintomatología relacionada con los TCA en un 19.2% a un 58% de las adolescentes. (Bay et al., 2005; citado en Góngora et al., 2009)

En una investigación en España en el año 2016, se observa que la población femenina escolarizada es la que tiene mayor riesgo y con TCA establecido, en los varones también se encontraron casos de TCA pero con una prevalencia significativamente menor, con el 1.3% en mujeres y el 0.1% en hombres (Ruiz et al., 2016)

En una investigación realizada por Salazar (2019) en la ciudad de Cajamarca, Perú, se puede observar que, de una muestra de 257 adolescentes, un 25,3% presenta conductas de riesgo relacionadas con desórdenes alimenticios, un 12,1% muestra una posible bulimia subclínica y un 4,7% refiere un patrón de comportamiento alterado relacionado a la comida.

Un estudio realizado por Mérida y López en el año 2013, en la ciudad de La Paz, Bolivia, indica que el 2,9% de adolescentes en esta ciudad presentan un TCA, de los cuales un 1,4% se categorizan en Bulimia y un 1,5% en anorexia, además, se pudo observar que el 6,9% de la población general está en riesgo de padecer un TCA.

En el Ecuador no existen estadísticas certeras acerca de esta problemática, por lo que es difícil determinar su prevalencia a nivel país.

## 2.2 Etiopatogenia

Cada vez existen más estereotipos sobre cómo deben ser nuestros cuerpos, y esta presión social puede llevar a iniciar conductas de riesgo, con el objetivo de encajar dentro de estas expectativas de la sociedad, además, al vivir en una era de tecnología y redes sociales, estos estigmas de belleza son más globalizados, pues esta información recorre las plataformas, y para los adolescentes, en una etapa en la que su autoimagen depende mucho más del criterio de terceros y de la aceptación que tienen en su grupo de pares, seguir estos patrones y acercarse lo mayor posible a conseguir que su cuerpo se vea con similitud a las imágenes y publicidades que encuentran en internet, es considerado un triunfo y que los vuelve respetables, aunque lo que realizan para lograrlo muchas veces es perjudicial, no solo para su salud física, sino también para su salud mental.

La ansiedad con relación a la comida, el temor a aumentar de peso y la obsesión por la delgadez van asociadas a variables de edad, sexo, nivel social, índice de masa corporal, distorsión e insatisfacción con la imagen corporal y se consideran factores de riesgo de los trastornos alimenticios. (Maganto y Cruz, 2000)

La etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es causada por factores varios que interactúan entre sí, que pueden ser individuales (biológicos y psicológicos), familiares y socioculturales, y que van a actuar como factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento. (Ruiz et al., 2003).

Los factores predisponentes confieren susceptibilidad de padecer TCA, los precipitantes condicionan la toma de decisiones y conducen a la acción, y los perpetuantes son los factores que hacen que el cuadro se extienda en el tiempo y se dificulte su tratamiento (Baladia, 2016).

Los factores individuales biológicos tienen que ver con hipótesis centradas en las alteraciones genéticas y neurobiológicas, mientras que los factores individuales psicológicos refieren a sentimientos de inseguridad, auto exigencia, situaciones de estrés o cambios, dificultades en las relaciones interpersonales, entre otros, que representan una amenaza hacia el autocontrol, autoestima o equilibrio. Además, es claro que la familia desempeña un papel importante en el desarrollo, curso y mantenimiento de la enfermedad, así como factores socioculturales, en el que se destaca el anhelo por la

delgadez, que es un valor plenamente introducido en nuestra cultura e interiorizado por toda la población (Ruiz et al., 2003).

### **2.3 Signos y síntomas**

Los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal (García y Zamora, 2014).

Los pacientes con TCA cuentan con la presencia de determinados errores cognitivos como: Abstracciones selectivas, sobre generalización, magnificación de posibles respuestas negativas, pensamiento dicotómico de todo o nada, pensamiento supersticioso y pensamientos distorsionados en relación a los procesos fisiológicos, tienden a detonar la convicción de que la ganancia de peso es indefinida, que los alimentos se convierten en grasa, no por su cantidad o valor calórico, sino por sus características. Perciben de forma extrema las mínimas variaciones en la mecánica digestiva y en el peso (Turner, 2014).

Las alteraciones de los patrones cognitivos llevan a los pacientes con TCA a tener una visión negativa de sí mismo, de sus experiencias y del futuro (Losada, 2021). Además, al romper los hábitos que desarrollan, como dietas, ejercicio, rumiaciones, etc., la culpabilidad los invade. Esto implica que, la percepción que tienen y los hábitos que han desarrollado, dificulta que puedan divisar los problemas que tienen con su peso y a que la autoimagen se conciba más gruesa, lo que genera una constante preocupación, y al volverse tan autocríticos, su autoestima se encuentra en un nivel muy bajo.

La insatisfacción corporal lleva a desear una figura o cuerpo delgado, independientemente del peso real, objetivo o incluso saludable, causando ansiedad, alteración de la imagen corporal en su efecto de sobreestimación, y considerar que una apariencia física atractiva y aceptable está ligada con esbeltez, preocupándose en exceso por el peso corporal. Esto puede llegar a generar ciertas medidas, como dietas sin control nutricional, restricciones de la alimentación, ejercicio desmedido, etc., lo cual para algunos investigadores constituye el antecedente inmediato que dispara el desarrollo de desórdenes de la alimentación (Gomez, 1999).



En estos pacientes, suele existir un desajuste psicológico general que afecta distintas áreas de su vida, empezando por una mala relación consigo mismo, lo cual los vuelve controladores excesivos e ineficaces al momento de realizar tareas, y pueden llegar a tener problemas afectivos e interpersonales.

En el ámbito emocional, pacientes adolescentes con un TCA diagnosticado tienen más probabilidad de presentar un trastorno de ansiedad. Específicamente los pacientes que padecen de bulimia nerviosa son más propensos a presentar cuadros depresivos, síntomas somáticos o comportamientos de retraimiento. Pensamientos autolíticos, suicidas, alucinaciones, ideas repetitivas u otros problemas del pensamiento son asociados con los síntomas que acompañan a los trastornos de ansiedad y afectivos, que se presentan comúnmente en pacientes como estos (Osorio Acuña, 2019).

A nivel físico, entre los signos más frecuentes en una primera exploración se puede observar en los pacientes piel seca y fría, con edemas maleolares, cabello frágil, uñas quebradizas y vello en cara, espalda o brazos. Aparecen alterados los signos vitales, complicaciones a nivel cardíaco, trastornos gastrointestinales, alteraciones en el Sistema Metabólico, afecciones hematológicas y alteraciones a nivel del Sistema Nervioso Central (Ruiz et al., 2003).

## **2.4 Tipos de TCA**

El DSM-5 habla de 7 Trastornos de la Conducta Alimentaria: pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones y trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

Los principales representantes de este grupo son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) (Staudt y Rojo, 2006; citado en Baldares, 2013).

### **2.4.1 Anorexia Nerviosa (AN)**

La anorexia nerviosa, según el DSM-5, presenta síntomas como: miedo desadaptativo al aumento de peso, alteración de la imagen corporal y restricción de calorías que resulta en peso corporal significativamente bajo. (EDRS, 2021)

La evolución de esta enfermedad es variada, ya que algunas personas se recuperan después de un único episodio, mientras otras tienen recaídas constantes, y, otras pueden

llegar a desarrollar una desnutrición progresiva en caso de no darle un tratamiento adecuado. (Bravo et al., 2000)

#### **2.4.2 Bulimia Nerviosa (BN)**

La bulimia nerviosa, por su parte, se caracteriza por comer mucha comida y luego tomar medidas inadecuadas para prevenir el aumento de peso, como vomitar o usar laxantes de manera desmedida. Quienes la padecen, pierden el control de la cantidad de alimentos que consumen durante un episodio de atracones y purgas posteriores, que generalmente ocurre al menos una vez a la semana (American Psychiatric Association, 2013)

La bulimia también puede afectar la vida cotidiana de una persona, especialmente en el ámbito social, ya que los pacientes pueden evitar las actividades sociales relacionadas con la comida. Los bulímicos pueden deprimirse, estar de mal humor e irritarse, experimentando sentimientos de culpa y disgusto después del ciclo de atracones-purgas (Jarvis, 2017).

### **2.5 Modelos explicativos**

Existen varias maneras de explicar los TCA, el Modelo Funcional de Slade propone que la dificultad para la alimentación existe en función de antecedentes y consecuencias; así las dietas y comportamientos disfuncionales surgen producto de un conjunto de antecedentes y la retroalimentación positiva y negativa conducen a cambios en el comportamiento. Por otro lado, el Modelo de Desarrollo y Mantenimiento de Lloyd, Frampton, Verplanken y Haase; la ansiedad propia de los individuos con TCA los predispone al desarrollo de hábitos alimenticios poco saludables, posteriormente, el refuerzo de la inacción mantiene dichos hábitos. Finalmente, está el Modelo Multidimensional de Garner, que define los TCA como un trastorno de varios factores e instaura su patogénesis en un patrón de síntomas que son resultado de la interacción de factores predisponentes, precipitantes y de perpetuación. (Fontalvo, 2020)

### **2.6 Evolución y pronóstico**

El inicio del cuadro consiste siempre en la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el cuerpo y la valoración estética, y en un inicio, estos pensamientos pueden no ser patológicos, pero sí lo son cuando se vuelven repetitivos

hasta el punto de llegar a constituir una temática casi exclusiva. Una vez instaurado el trastorno, su pensamiento se caracteriza por presentar cogniciones distorsionadas o erróneas en relación a la comida, peso y figura. (Ruiz et al., 2003)

Los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), son de utilidad en la investigación para homogeneizar criterios de distintas poblaciones y poder comparar. Aunque el diagnóstico sea un cuadro incompleto, nunca debe considerarse como insignificante, sino que se debe tomar como oportunidad para intervenir de forma temprana, lo cual es especialmente importante en los pacientes más jóvenes, en los que el tratamiento precoz se asocia a un mejor pronóstico. Este pronóstico es variable, la duración de la enfermedad puede ser larga, con una evolución episódica y fluctuante asociada a los eventos estresantes de la vida. Como datos generales, se conoce que la mitad de los pacientes con TCA evolucionan favorablemente y de la otra mitad, el 30% sigue presentando algún síntoma y el 20% restante tiene mala evolución. Las conductas purgativas, la falta de respuesta al tratamiento, un peso mínimo alcanzado muy bajo, el trastorno obsesivo compulsivo, una relación familiar patológica y la comorbilidad con otras enfermedades son variables que están asociadas a un mal pronóstico (Salmerón et al., 2017).

## **2.7 Complicaciones y comorbilidades**

Las complicaciones físicas en los TCA son consecuencia de la malnutrición, afectando prácticamente a todos los sistemas. Se presentan afecciones médicas en la piel, a nivel gastrointestinal, endocrino, cardiovascular, renal, y en el Sistema Nervioso Central, mismas que, de no ser tratadas adecuadamente, tienen un alto riesgo de morbimortalidad. (Ruiz et al., 2003)

Los TCA afectan a diversas áreas de la vida de los pacientes, incluyendo la autoestima, la regulación emocional, y las relaciones interpersonales, lo que disminuye notablemente la calidad de vida de quienes los sufren, llevándolos muchas veces a aislarse y a presentar comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas como la ansiedad y la depresión. Las autolesiones, los intentos de suicidio y la muerte constituyen algunas de las consecuencias potenciales más graves de los trastornos alimentarios. Las autolesiones se distribuyen uniformemente entre diferentes tipos de trastornos alimentarios y se asocian con frecuencia con la impulsividad y el uso de sustancias. El aumento del riesgo de suicidio no se explica completamente por la

depresión mayor comórbida, la ansiedad y los trastornos por uso de sustancias, lo cual significa que los trastornos alimentarios aumentan sustancialmente la mortalidad (Keski-Rahkonen y Mustalin, 2016).

## **2.8 Tratamiento Psicológico**

Para iniciar un proceso psicológico en pacientes con TCA, lo primero que debe tenerse en cuenta es la seguridad de la persona, atendiendo signos y síntomas médicos urgentes, y generando estrategias para otras complicaciones médicas a largo plazo. A continuación, se deben plantear objetivos individualizados, que, dentro de los TCA, suelen ser relacionados con la regulación del peso y la eliminación de conductas mantenedoras, buscando implementar hábitos saludables. (Mehler y Andersen, 2017).

Además, se debe trabajar sobre las distorsiones cognitivas con relación al peso, la imagen corporal y la comida, lo cual se trabaja principalmente con la Terapia Cognitivo Conductual, misma que “combina técnicas conductuales y de reestructuración cognitiva con el objetivo de modificar los esquemas disfuncionales que dan forma a la percepción de la realidad de los pacientes.” (Alonso, 2021)

Se debe abordar con un equipo multidisciplinario de médicos, nutricionistas, psiquiatras y psicólogos, además, se debe trabajar conjuntamente con la familia y allegados, para brindar una psicoeducación y generar una red de apoyo consistente que aporte al progreso y mejoría de la enfermedad. En casos graves, debe considerarse un internamiento del paciente (Mehler y Andersen, 2017).

## **CAPÍTULO 3**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de investigación**

El estudio realizado es de naturaleza cuantitativa, descriptiva, no experimental, correlacional y de corte transversal.

#### **3.2 Hipótesis**

- De la población a evaluar, existe al menos un 15% de adolescentes que presentan sintomatología asociada con los trastornos alimenticios.
- Las mujeres presentan puntajes más altos que los hombres en este estudio.
- Existe relación estadísticamente significativa entre los trastornos alimenticios y las variables sociodemográficas.

#### **3.3 Objetivos**

##### **3.3.1 Objetivo General**

Evaluar la existencia de trastornos alimenticios en los y las adolescentes de la población de estudio.

##### **3.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar la existencia de casos con puntajes clínicamente significativos.
- Relacionar resultados de la prueba con variables sociodemográficas.
- Desarrollar taller de psicoeducación para los participantes en caso de presentarse casos de puntaje clínicamente significativo.

#### **3.4 Participantes:**

Muestra estadísticamente significativa de 67 adolescentes de entre 15-18 años del colegio privado mixto “Unidad Educativa Santana” a través de un muestreo probabilístico por conveniencia.

##### **3.4.1 Criterios de inclusión:**

- Adolescentes de entre 15-18 años
- Estudiantes del colegio seleccionado

### **3.4.2 Criterios de exclusión:**

- Fuera del rango de edad establecido
- Coeficiente intelectual muy bajo
- Consentimiento informado no firmado por parte del representante

### **3.5 Instrumentos:**

En la presente investigación, se utilizó el test EDI-2 (Eating Disorder Inventory), por el PhD. David M. Garner, que proporciona una evaluación clínica estandarizada de la sintomatología asociada con los trastornos alimentarios. Consta de 91 ítems organizados en 11 escalas primarias: Impulso hacia la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Regulación de impulsos, e Inseguridad social. Se aplica en individuos desde los 11 años de edad en adelante, con una duración aproximada de 20 minutos. En cuanto a la fiabilidad, la consistencia interna en muestras clínicas es excelente, obteniendo los valores del Alfa de Cronbach entre 0.83 y 0.93. Las escalas de manera individual muestran un valor mayor a 0.7.

### **3.6 Procedimiento:**

Esta investigación se realizó mediante un previo diálogo de socialización con los directivos de la institución, detallando los objetivos de este estudio, así como la importancia del análisis de resultados obtenidos y un acuerdo para impartir talleres de psicoeducación en el tema de los trastornos de la conducta alimentaria en caso de encontrar puntajes clínicos relevantes. Se envió un consentimiento informado a los representantes de los menores para solicitar su autorización para que los mismos puedan ser evaluados. Se realizó la aplicación en las instalaciones de la Unidad Educativa Santana, con los estudiantes que tenían consentimientos firmados por sus representantes, en los que autorizaron su participación. Posterior a esto, se realizó una encuesta sobre las siguientes variables; género, situación socioeconómica, edad y uso de redes sociales. y se explicó la consigna del instrumento a aplicar. Las aplicaciones y la encuesta fueron hechas con documentos físicos.

Para determinar la existencia de sintomatología asociada a trastornos de alimentación, se utilizó el test EDI-2 (Eating Disorder Inventory).

Se realizó la prueba de distribución t de Student de probabilidad para determinar el estadístico correspondiente. Se utilizó herramientas del software "R" para el análisis de datos.

## CAPÍTULO 4

### 4. RESULTADOS

#### 4.1 Población

La investigación fue realizada con 67 estudiantes, 36 mujeres (53.73%) y 31 hombres (46.27%), con edades comprendidas entre los 15 y 18 años ( $M= 15.85$ ;  $DE= 0.93$ ), asistentes a una Unidad Educativa privada mixta (Santana), a estudiantes de entre primero y tercero de bachillerato quienes en su mayoría se consideraban pertenecientes a una situación socioeconómica media. Además, se realizó una encuesta sobre las redes sociales, el tiempo que invierten en ellas y cuál es la que más utilizan, teniendo como resultado que una mayoría utiliza las redes sociales más de 3 horas al día, y que la más utilizada es la red social "Tik Tok".

**Tabla 1.** Características de los participantes según la encuesta sociodemográfica  $n=67$

|                          | Característica | n  | %     |
|--------------------------|----------------|----|-------|
| Género                   | Mujer          | 36 | 53.73 |
|                          | Hombre         | 31 | 46.27 |
|                          | Otro           | 0  | 0     |
| Situación Socioeconómica | Alta           | 25 | 37.31 |
|                          | Media          | 42 | 62.69 |
|                          | Baja           | 0  | 0     |
| Red Social más utilizada | Instagram      | 25 | 37.31 |
|                          | Tik Tok        | 39 | 58.21 |
|                          | Otro           | 3  | 4.48  |
| Tiempo de uso            | Más de 3 horas | 41 | 61.19 |
|                          | 2 a 3 horas    | 23 | 34.33 |
|                          | 1 hora         | 3  | 4.48  |
|                          | No utilizo     | 0  | 0     |

En la Tabla 1 se detalla la cantidad de participantes según variables sociodemográficas, en donde se encuentra que, en cuanto al género, existen 36 mujeres (53.7%) y 31 hombres (46.3%), con respecto a la situación socioeconómica, existieron

25 (37.3%) estudiantes que se consideran de clase alta y 42 (62.6%) de clase media. La red social más utilizada es “Tik Tok”, con 39 personas (58.2%) que aseguran que es la red que más frecuentan, seguido de “Instagram” con 25 personas (37.3%) y la opción “Otro” con 3 personas (4.4%). Mientras, el tiempo de uso diario de redes sociales en la mayoría de estudiantes supera las 3 horas, con 41 personas (61.1%), 23 personas (34.3%) aseguraron usarla diario de 2 a 3 horas y 3 personas (4.4%) la utilizan 1 hora.

## 4.2 Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

El cuestionario EDI-2 se califica por 11 subescalas, mismas que son: Ineficacia (IN), Perfeccionismo (P), Desconfianza Interpersonal (DI), Conciencia Interoceptiva (CI), Miedo a la madurez (MM), Ascetismo (A), Impulsividad (IM), Inseguridad Social (IS), Obsesión por la delgadez (OD), Bulimia (B) e Insatisfacción Corporal (IC).

**Tabla 2.** Clasificación de resultados por niveles.

| Calificación (n)        | Dimensiones |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |
|-------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                         | IN          | P         | DI        | CI        | MM        | A         | IM        | IS        | OD        | B         | IC        |
| <b>Sin patología</b>    | <b>62</b>   | <b>63</b> | <b>67</b> | <b>57</b> | <b>64</b> | <b>64</b> | <b>59</b> | <b>65</b> | <b>59</b> | <b>65</b> | <b>65</b> |
| <b>Moderado</b>         | <b>4</b>    | <b>4</b>  | <b>0</b>  | <b>7</b>  | <b>3</b>  | <b>2</b>  | <b>4</b>  | <b>2</b>  | <b>8</b>  | <b>1</b>  | <b>2</b>  |
| <b>En riesgo</b>        | <b>1</b>    | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>2</b>  | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>3</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>0</b>  |
| <b>Patología Severa</b> | <b>0</b>    | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>0</b>  |

En la Tabla 2 se puede observar el comportamiento de datos de la calificación del cuestionario EDI 2, en donde los puntos de corte para definir por nivel son: “Sin patología” (5 a 15ptos), “moderado” (16 a 20ptos) “en riesgo” (21 a 25ptos) y “patología severa” (25 en adelante).

Para que los puntajes sean clínicamente relevantes deben estar dentro de las categorías “en riesgo” o “patología severa”.

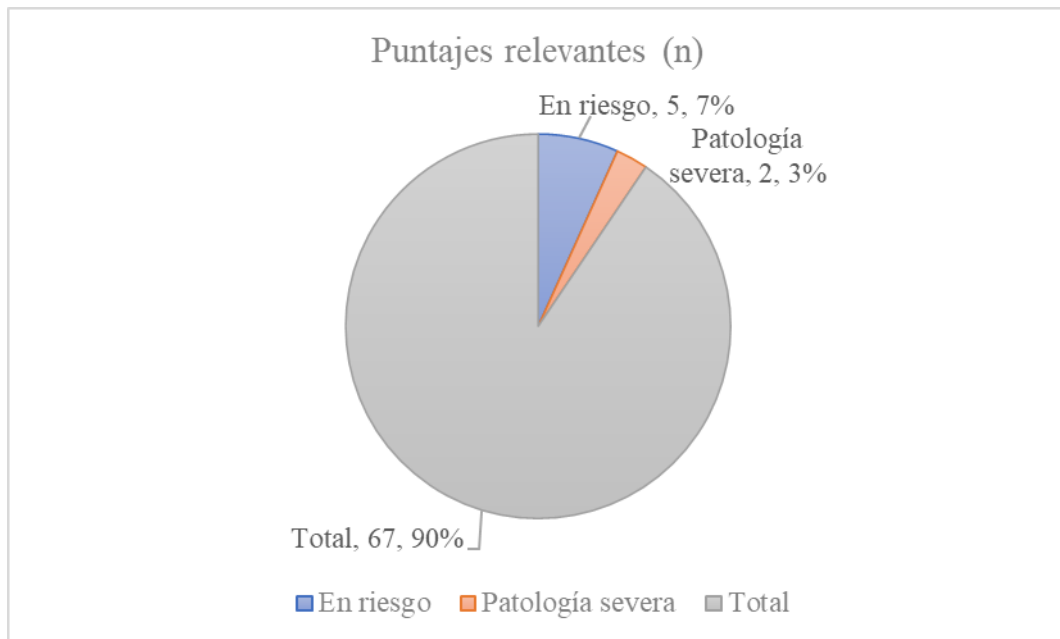
Como resultado, se obtiene que las dimensiones que presentan puntajes de nivel “patología severa” son: 1 persona en Conciencia Interoceptiva (CI) que es la capacidad para la identificación adecuada de emociones y sensaciones propias, y 1 persona en Impulsividad (IM), que refiere un rasgo de personalidad caracterizado por la falta de control sobre las acciones propias.

En cuanto al nivel “En riesgo”, se encontró que se presenta en las siguientes dimensiones: una persona en Ineficacia (IN), que supone la imposibilidad de obtener los



resultados que el individuo espera en distintos ámbitos de su vida; dos personas en Conciencia Interoceptiva (CI); una persona en Ascetismo (A), que refiere que como objetivo de vida la perfección moral y espiritual, renunciando a placeres y comodidades; 3 personas en Impulsividad (IM) y 1 persona en Bulimia (B), que refiere conductas alimentarias desadaptativas como atracones, vómito autoprovocado, consumo de laxantes, entre otras.

**Figura 1.** *Número de personas que presentaron puntajes relevantes.*



Como se detalla en la Figura 1, se realizó un recuento de las personas que obtuvieron puntajes clínicamente relevantes para sintomatología de Trastornos de la Conducta Alimentaria, dando como resultado que 7 personas se encuentran dentro de estos, lo cual es equivalente al 10.44% de la muestra de 67 estudiantes.

### 4.3 Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria según variables sociodemográficas

#### 4.2.1 Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según el género

**Tabla 3.** *Diferencia de resultados con el género de la persona.*

| Dimensión                       | Género  |      |         |      | p              |
|---------------------------------|---------|------|---------|------|----------------|
|                                 | Hombres |      | Mujeres |      |                |
|                                 | M       | DE   | M       | DE   |                |
| Ineficacia (IN)                 | 9.42    | 4.05 | 9.56    | 3.58 | .885           |
| Perfeccionismo (P)              | 7.19    | 4.05 | 9.06    | 4.85 | .091           |
| Desconfianza Interpersonal (DI) | 7.74    | 3.46 | 7.47    | 3.23 | .744           |
| Conciencia Interoceptiva (CI)   | 6.77    | 4.68 | 11.44   | 6.22 | <b>.0008*</b>  |
| Miedo a la madurez (MM)         | 6.74    | 4.55 | 8.06    | 4.34 | .233           |
| Ascetismo (A)                   | 6.16    | 4.79 | 7.11    | 4.49 | .40            |
| Impulsividad (IM)               | 6.74    | 5.68 | 8.72    | 6.51 | .188           |
| Inseguridad Social (IS)         | 9.42    | 3.59 | 9.33    | 3.29 | .919           |
| Obsesión por la delgadez (OD)   | 4.84    | 3.94 | 10.08   | 5.74 | <b>.00004*</b> |
| Bulimia (B)                     | 2.16    | 2.35 | 4.39    | 4.78 | <b>.0168*</b>  |
| Insatisfacción Corporal (IC)    | 8.03    | 4.14 | 10.32   | 3.60 | <b>.0179*</b>  |

Como se muestra en la Tabla 3, se encontró en la prevalencia de esta condición según el género de los estudiantes, que en promedio, las mujeres presentan puntajes más altos, con diferencias significativas ( $p < .05$ ) en las categorías de: “Conciencia Interoceptiva” (CI); “Obsesión por la delgadez” (OD), que refiere una preocupación constante por la idea de ser delgado para caber dentro de los estereotipos de belleza planteados por la sociedad, misma que afecta varios ámbitos de su vida; “Bulimia” (B) e “Insatisfacción corporal” (IC), en donde la persona tiene una percepción desvalorizante de su autoimagen, generando juicios que muchas veces no coinciden con las características reales que tiene.

#### 4.2.1 Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según la situación socioeconómica

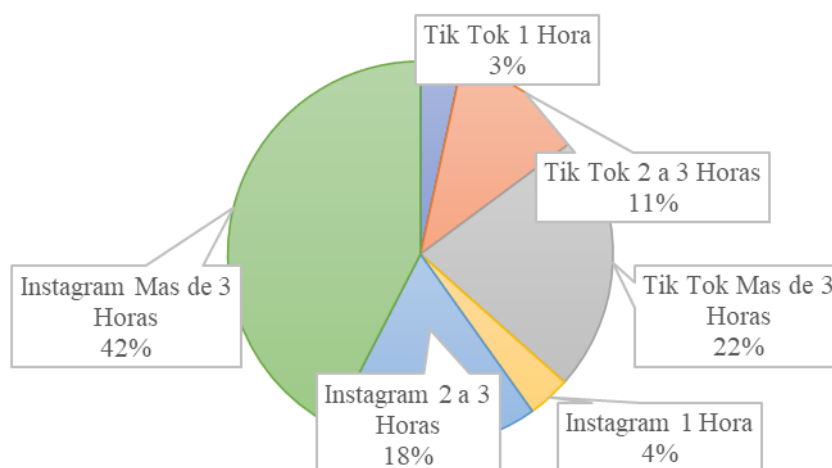
**Tabla 4.** Diferencia de resultados con la situación socioeconómica de la persona.

| Dimensión                       | M    | Situación Socioeconómica |       | p    |       |
|---------------------------------|------|--------------------------|-------|------|-------|
|                                 |      | Alta                     | Media |      |       |
| Ineficacia (IN)                 | 9.92 | 3.70                     | 9.24  | 3.84 | .475  |
| Perfeccionismo (P)              | 9.08 | 4.54                     | 7.67  | 4.55 | .2235 |
| Desconfianza Interpersonal (DI) | 7.6  | 3.40                     | 7.60  | 3.31 | .9956 |
| Conciencia Introceptiva (CI)    | 8.28 | 5.94                     | 9.88  | 6.02 | .2935 |
| Miedo a la madurez (MM)         | 7.08 | 4.58                     | 7.67  | 4.42 | .6097 |
| Ascetismo (A)                   | 5.92 | 5.75                     | 7.12  | 3.80 | .3591 |
| Impulsividad (IM)               | 8.12 | 6.44                     | 7.62  | 6.08 | .7547 |
| Inseguridad Social (IS)         | 10.4 | 3.5                      | 8.76  | 3.24 | .0628 |
| Obsesión por la delgadez (OD)   | 6.2  | 5.22                     | 8.52  | 5.71 | .0947 |
| Bulimia (B)                     | 2.32 | 2.44                     | 3.98  | 4.59 | .0586 |
| Insatisfacción Corporal (IC)    | 9.64 | 3.76                     | 8.76  | 4.20 | .3805 |

Se muestra en la Tabla 4 que no existe una diferencia significativa ( $p < .05$ ), por lo que puede decir que, no se encuentran valores significativos entre los resultados de las dimensiones y la situación socioeconómica de los estudiantes, aunque se puede distinguir que, en promedio, aquellos que se consideran pertenecientes a la clase social media, presentan puntajes más altos.

#### 4.2.1 Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según el uso de redes sociales

**Figura 2.** Tiempo de uso de redes sociales.



Como se puede evidenciar en la Figura 2, la mayor parte de estudiantes invierten más de 3 horas a diario en sus redes sociales, siendo las más frecuentadas “Instagram” y “Tik Tok”.

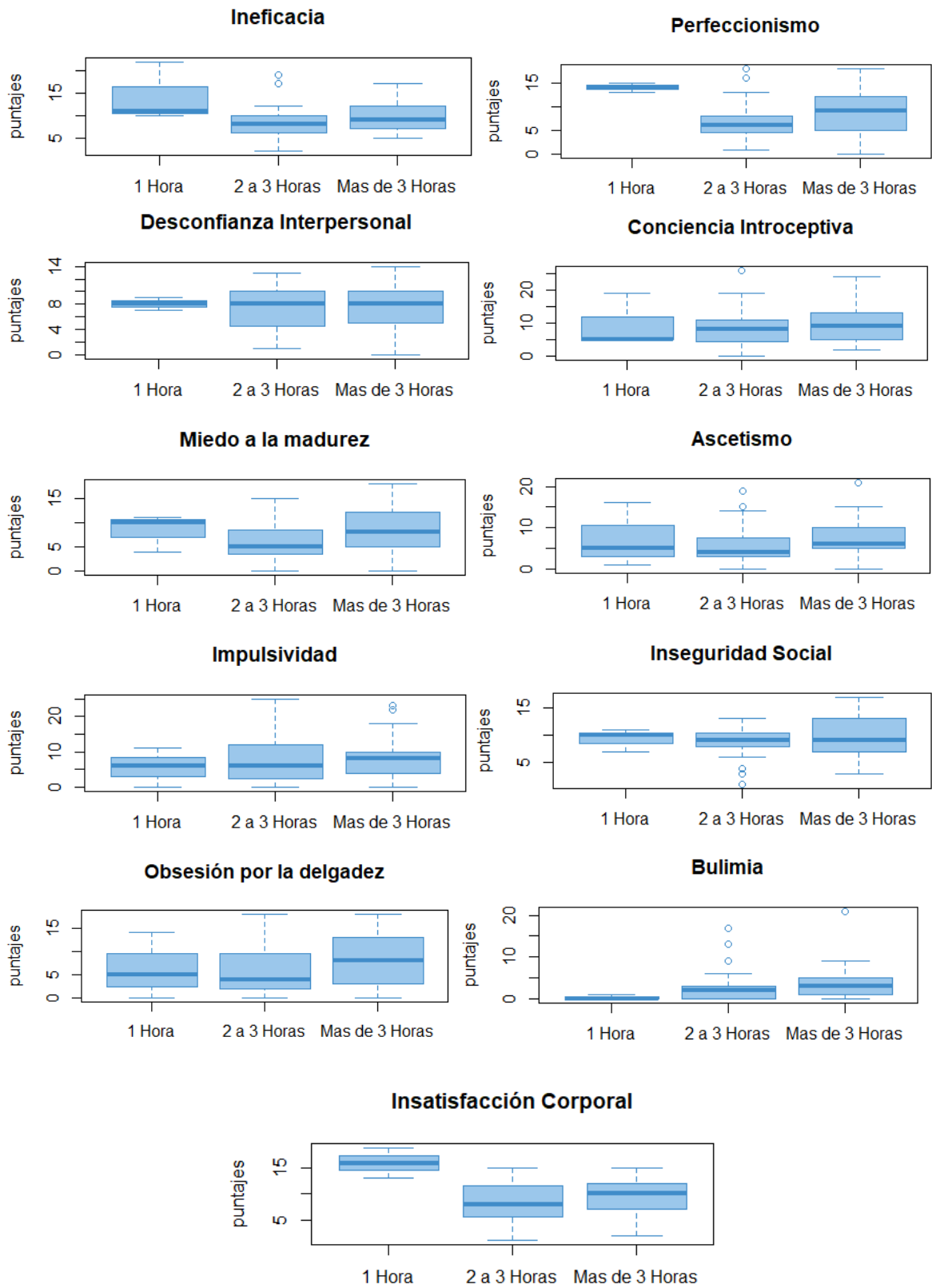
**Tabla 5.** *Diferencia entre resultados y tiempo de uso de redes sociales.*

| Dimensión                              | SC       | gl          | Tiempo de uso en redes |             |             |
|--|----------|-------------|------------------------|-------------|-------------|
|  |          |             | MC                     | F           | p           |
| <b>Ineficacia (IN)</b>                 | <b>1</b> | <b>1.5</b>  | <b>1.46</b>            | <b>.10</b>  | <b>.752</b> |
| <b>Perfeccionismo (P)</b>              | <b>1</b> | <b>.5</b>   | <b>.51</b>             | <b>.024</b> | <b>.877</b> |
| <b>Desconfianza Interpersonal (DI)</b> | <b>1</b> | <b>0</b>    | <b>.02</b>             | <b>.002</b> | <b>.966</b> |
| <b>Conciencia Interoceptiva (CI)</b>   | <b>1</b> | <b>18.2</b> | <b>18.2</b>            | <b>.503</b> | <b>.481</b> |
| <b>Miedo a la madurez (MM)</b>         | <b>1</b> | <b>51.5</b> | <b>51.45</b>           | <b>2.66</b> | <b>.108</b> |
| <b>Ascetismo (A)</b>                   | <b>1</b> | <b>15.2</b> | <b>15.21</b>           | <b>.71</b>  | <b>.403</b> |
| <b>Impulsividad (IM)</b>               | <b>1</b> | <b>4.8</b>  | <b>4.79</b>            | <b>.12</b>  | <b>.726</b> |
| <b>Inseguridad Social (IS)</b>         | <b>1</b> | <b>12.6</b> | <b>12.6</b>            | <b>1.08</b> | <b>.301</b> |
| <b>Obsesión por la delgadez (OD)</b>   | <b>1</b> | <b>64.5</b> | <b>64.48</b>           | <b>2.80</b> | <b>.154</b> |
| <b>Bulimia (B)</b>                     | <b>1</b> | <b>33.4</b> | <b>33.42</b>           | <b>2.14</b> | <b>.149</b> |
| <b>Insatisfacción Corporal (IC)</b>    | <b>1</b> | <b>16.8</b> | <b>16.77</b>           | <b>1.03</b> | <b>.314</b> |

En la Tabla 5, se puede evidenciar que no existe una diferencia significativa en cuanto al tiempo de uso de redes sociales y la sintomatología de los TCA, aunque no deja de considerarse a las redes sociales y su mal uso como un factor de riesgo para el desarrollo de estos.

La diferencia de horas de uso de redes sociales en cada dimensión se puede observar a mayor detalle en la figura 3 a continuación.

**Figura 3.** Dimensiones por tiempo en redes sociales.



## **CAPÍTULO 5:**

### **DISCUSIÓN**

El 53,73% de los participantes son mujeres, mientras el 46.27% son hombres. De la muestra, el 37.31% se ubican a sí mismos en una situación socioeconómica alta y el 62.69% en situación socioeconómica media. En lo que refiere al uso de redes sociales, Tiktok es la red social más utilizada, siendo la opción preferida por el 58.21% de los participantes. El 61.19% de los participantes utiliza redes sociales durante 3 horas o más diariamente.

Afirma Lozano (2012), en su texto “La familia y las redes sociales en los Trastornos Alimenticios en adolescentes de la época contemporánea”, que la exposición a contenidos sobre moda en internet y la probabilidad del desarrollo de un TCA son directamente proporcionales. También menciona la existencia de contenido disponible en línea que promueve conductas alimentarias poco sanas con el objetivo de que su público (usualmente mujeres entre 12 y 25 años de edad) obtenga y mantenga un peso corporal excesivamente bajo, aprovechándose de la búsqueda del sentido de pertenencia a un grupo que caracteriza a la adolescencia, estos sitios ofrecen al adolescente una manera de identificarse con el TCA sin tener conciencia del mismo; además de poder identificarse con otros adolescentes en la misma situación.

Un estudio realizado en España en el año 2021 encontró una relación significativa directa entre el riesgo a padecer un TCA y en la frecuencia de uso de las redes sociales, sin embargo, no se encontró una relación significativa entre el riesgo global de padecer un TCA y el uso de “Tik Tok” (Ojeda et al., 2021).

Además, según un estudio realizado en Argentina en el mismo año, existe una relación entre el uso de redes sociales y el desarrollo de Anorexia Nerviosa en mujeres, aunque también es posible que los hombres padezcan esta enfermedad. Se reconoce que ciertas plataformas como “Instagram”, filtran palabras relacionadas con “anorexia” o “bulimia” y ofrecen ayuda a los usuarios que probablemente padezcan de un TCA. (Lucciarini et al., 2021)

En una investigación en España en el año 2016, se observa que la población femenina escolarizada es la que tiene mayor riesgo y con TCA establecido, en los varones también se encontraron casos de TCA, pero con una prevalencia

significativamente menor, con el 1.3% en mujeres y el 0.1% en hombres (Ruiz et al., 2016)

En lo que respecta a la aplicación del EDI-2, las mujeres participantes obtuvieron un mayor puntaje promedio que los hombres, con diferencias significativas en las escalas de: Obsesión por la delgadez (OD), Bulimia (B), Conciencia interoceptiva (CI), e Insatisfacción Corporal (IC).

En el año 2011, se analizó a un grupo de adolescentes escolarizados del norte de Chile, en donde los resultados obtenidos fueron similares ya que las puntuaciones medias en todas las escalas de las mujeres evaluadas superaron a las puntuaciones de los varones; con una diferencia estadísticamente significativa apreciable en las escalas de Obsesión por la Delgadez, Insatisfacción Corporal, Conciencia Interoceptiva e Ineficacia (Urzúa et al., 2011).

Mientras, en Argentina en el año 2010, al analizar una población similar, se encontró que las mujeres obtuvieron puntuaciones medias significativamente mayores en las escalas Obsesión por la Delgadez, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia y Conciencia Interoceptiva, mientras que los varones muestran una puntuación promedio significativamente mayor en la escala de Perfeccionismo. También se determinó que una proporción significativamente mayor de mujeres que presentan un TCA, con un 14.1% vs. un 2.9% de varones (Rutzstein et al., 2010).

Aunque no existe una diferencia significativa en las puntuaciones medias obtenidas, los sujetos en situación socioeconómica media obtuvieron un mayor puntaje que aquellos en una situación socioeconómica alta. Estos resultados concuerdan con una investigación realizada en Andalucía en el año 2007, los sujetos que muestran una tendencia más pronunciada a padecer de un TCA son las mujeres de clase media (Gil et al., 2007).

En cuanto a los puntajes obtenidos en cada escala, no se obtuvieron resultados que indiquen riesgo de patología o patología severa en las escalas de Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Miedo a la Madurez, Insatisfacción Corporal, Obsesión por la Delgadez e Inseguridad Social.

En la escala de Ineficacia, el 1% de los resultados indica riesgo, al igual que en Conciencia Interoceptiva, con un 2,99%, mientras un 1,49% indica patología severa. En lo que corresponde a la escala de Ascetismo el 1,49% de los resultados es alto.

Finalmente, la escala de Impulsividad indica un 4,48% en riesgo y un 1,49% en patología severa. De los participantes, 7 de ellos obtuvieron un resultado que indican puntajes clínicamente significativos.

## CONCLUSIONES

- En la presente investigación se pudo evidenciar que un 10,44% del total de estudiantes encuestados presentan algún tipo de sintomatología de TCA, de los cuales un 7.46% se encuentran en nivel “en riesgo”, mientras un 2.98% se encuentra en un nivel “patología severa”, lo cual descarta la primera hipótesis, que plantea que el porcentaje de estudiantes con puntajes clínicamente significativos es de más del 15%, sin embargo, se ha demostrado una existencia de estos puntajes dentro de la muestra, a pesar de ser un porcentaje menor.
- Se puede observar en los resultados obtenidos que se corrobora la segunda hipótesis planteada, la misma indica que, las mujeres presentan puntajes más altos que los hombres, con una mayor prevalencia de TCA, destacando las categorías de “Conciencia Interoceptiva”, “Obsesión por la delgadez”, “Bulimia” e “Insatisfacción Corporal”, lo que demuestra, de acuerdo a la investigación realizada, que la autoimagen de éstas es más vulnerable a decaer debido a estereotipos impuestos por la sociedad, en donde cuerpos ideales, sobre todo en mujeres, suelen ser muy delgados y no necesariamente saludables.
- La tercera hipótesis afirma una relación entre las variables sociodemográficas y la prevalencia de los TCA, sin embargo, no se encontró una diferencia significativa. En cuanto a la situación socioeconómica y su relación con los TCA, se evidencia que quienes se consideran de clase media presentan puntajes más altos. Al analizar el tiempo de uso de redes, no se han encontrado valores significativos, aunque su buen uso como un factor de prevención. Esta hipótesis se cumple de manera parcial, debido a que la variable sociodemográfica significativa en este estudio es la del género de los adolescentes evaluados.



## **RECOMENDACIONES**

Se deben realizar más estudios de esta índole, respaldados por entidades tanto públicas como privadas, debido a que existen datos escasos sobre esta temática a nivel país y son de gran utilidad para realizar actividades de prevención o estrategias de intervención.

El Ministerio de Educación podría incluir dentro de la malla académica informar a los estudiantes sobre temas de salud mental, como los TCA, debido a que la falta de información puede derivar a que no se busque ayuda profesional al no identificar las actitudes disfuncionales y normalizarlas, por lo que es necesario que se destine un espacio a brindar psicoeducación en cuanto a este contenido.

Promover campañas sobre el buen uso de las redes sociales y de concientización sobre los estereotipos que en estas se promueven, sobre todo en cuanto al cuerpo femenino, que generan complejos e inseguridad, por lo que se debe trabajar en aceptación corporal y en la reducción de consumo de este tipo de contenido.

Se sugiere al Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) que se desarrollen talleres de psicoeducación sobre los Trastornos de Conducta Alimentaria dentro de la población evaluada en esta investigación, dado a que existen resultados que muestran patología o riesgo de patología en la muestra. Además, se recomienda realizar evaluaciones regulares que permitan llevar un reporte del estado mental de los estudiantes, para reconocer aquellos casos que necesiten ser derivados a atención profesional y prevenir la aparición de casos nuevos, velando así por el bienestar de sus estudiantes, siendo el medio para que los mismos reciban el apoyo que necesitan.

## REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Alonso, A. (2021). *La intervención cognitivo - conductual en TCA: Una revisión sistemática de su efectividad basada en la evidencia*. Universidad de Valladolid. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42150/TFG-M-N2005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Baladia, E. (2016). *Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)*. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 20(3), 161–163. <https://doi.org/10.14306/renhyd.20.3.303>

Baldares, M. J. V. (2013). *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*. REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX.

Bravo Rodríguez, M., Pérez Hernández, A., & Plana Bouly, R. (2000). *Anorexia nerviosa: Características y síntomas*. Revista Cubana de Pediatría, 72(4), 300–305.

Calvopina Loaiza, D. P. (Abril de 2014). *Factores de riesgo que inciden en la probabilidad de padecer trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en la Unidad Educativa Sagrados Corazones de Rumipamba*. Quito.

EDRS, T. (2021). *Criteria for Anorexia in the DSM-5*. Eating Disorder Recovery Specialists. <https://eatingdisorderspecialists.com/criteria-for-anorexia-in-the-dsm-5>

*Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*. 1/2003, n.º 26. Páginas 31-48. *Variables familiares predictoras de vulnerabilidad a trastornos alimenticios*. (s/f). SUMMA. UPSA. Obtenido de <https://summa.upsa.es/viewer.vm?id=28382&view=main&lang=es>

Fontalvo, G. (2020). *Modelos explicativos y funcionales de la Anorexia Nerviosa: Una revisión teórica*. Barranquilla. Obtenido de <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/8182/Modelos%20explicativos%20y%20funcionales%20de%20la%20Anorexia%20Nerviosa.%20Una%20revisi%C3%B3n%20te%C3%B3rica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gabler, G., Olgún, P., & Rodríguez, A. (2017). *COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(6), 893–900. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.09.003>

Gaete, V. (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. Revista chilena de pediatría, 436-443.

García, E., Vázquez, V., López, J., & Arcila, D. (2003). *Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas*. Salud Pública de México.

Garner, D. (1998). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.

Gil, E., Ortiz, T., & Fernández, M. (2007). *Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces*. *Atención Primaria*, 7-11.

Gomez, G. (1999). *Mexican preadolescent girls and thickness culture: Anorectic ideal figure and excessive concern about body weight*. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 153–165.

Góngora, V., Grinhauz, A. S., & Suárez Hernández, N. (2009). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Un estudio sobre conductas y cogniciones*. *Anuario de investigaciones*, 16, 25–31.

Guillén Riebeling, R. d. (2014). *Psicología de la obesidad*. Ciudad de México: Manual Moderno.

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal Gonzáles Fierro, M., & Hidalgo Vicario, M. (2017). *Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales*. *Pediatría Integral*, 233-244.

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2014). *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977–1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>

Jarvis, S. MBE. (2017). *Bulimia Nervosa*. <https://patient.info/health/eating-disorders/bulimia-nervosa#nav-3>

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). *Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors*. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>

Lambruschini, N., & Leis, R. (2000). *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría*. Madrid: Asociación Española de Pediatría.

Losada, A. (2021). *DISTORSIONES COGNITIVAS ALIMENTARIAS*. Obtenido de <https://es.linkedin.com/pulse/distorsiones-cognitivas-alimentarias-analia-veronica-losada-phd->

Lozano, Z. (2012). *LA FAMILIA Y LAS REDES SOCIALES EN LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN ADOLESCENTES DE LA ÉPOCA CONTEMPORÁNEA*. *Revista Científica In Crescendo*, 299-311.

Lucciarini, F., Losada, A., & Moscardi, R. (2021). *ANOREXIA Y USO DE REDES SOCIALES EN ADOLESCENTES*. *Avances en Psicología*, 33-45.

Maganto, C., & Cruz, S. (2000). *LA IMAGEN CORPORAL Y LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS: UNA CUESTIÓN DE GÉNERO*.

Mehler, P. S. (2017). *Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications*. JHU Press.

Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., & Peñaranda Ospina, C. B. (2016). *Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte*. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 243-253.

Mérida, C., & López, R. (2013). *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz*. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2223-30322013000200007&lang=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322013000200007&lang=es)

Ojeda-Martin, Á., López-Morales, P., Jáuregui-Lobera, I., & Herrero-Martín, G. (2021). *Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes*. JONNPR, 1240-1321.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud del adolescente*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud del adolescente*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Osorio Acuña, L. C. (2019). *Síntomas de orden emocional y/o conductual en pacientes adolescentes que consultan a un programa de trastornos de la conducta alimentaria*. Bogotá.

Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios: una revisión*. Nutrición Hospitalaria, 391-401.

Rojas, D. G., & Ruiz, A. P. (2014). *Intervención psicoeducativa ante la diversidad*. Universidad de Castilla La Mancha.

Ruiz, M. E., Salorio, P., & Santuiste, M. A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa*. 27.

Ruiz, P., Peláez, M., Calvo, D., Pérez, J., Gómez, A., & Calado, M. (2016). *Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles*. Aequalitas, 29-36.

Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & Scappatura, L. (2010). *Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 48-61.

Salazar, L. (2019). *PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS: ANOREXIA, BULIMIA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES DE LA I. E. ANDRÉS AVELINO CÁCERES - BAÑOS DEL INCA - CAJAMARCA, 2018*. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca.

Schoeps, K., Tamarit, A., Gonzáles, R., & Montoya-Castilla, I. (2019). *Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 51-56.

Soriano Guillén, L. (2015). *Pubertad normal y variantes de la normalidad*. *Pediatría Integral*, 380-388.

Salmerón, M.A., Román, C. y Casas, J. *Trastornos del comportamiento alimentario*. (2017). Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/trastornos-del-comportamiento-alimentario-2/>

Turner, H. (2014). Garner y Bemis (1982): '*A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa*'. *Advances in Eating Disorders*, 2(3), 300–306. <https://doi.org/10.1080/02619288.2014.875675>

Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. ( 2009). *EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL TEST EDI-2 EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS(AS) DE 13 A 18 AÑOS*. *Revista Chilena de Nutrición*, 1063-1073.

Urzúa, A., Castro, S., Lillo, A., & Leal, C. (2011). *PREVALENCIA DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL NORTE DE CHILE*. *Revista Chilena de Nutrición*, 128-135.

Vargas, M. (2013). *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 475-482.

## **ANEXOS**

**Anexo 1.** *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).*



|  |  |
|--|--|
| 43. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes   |  |
| 44. Temo no poder controlar mis sentimientos   |  |
| 45. Creo que mis caderas son demasiado anchas  |  |
| 46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van                     |  |
| 47. Me siento hinchado después de una comida normal  |  |
| 48. Creo que las personas son más felices cuando son niños   |  |
| 49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso                                      |  |
| 50. Me considero una persona valiosa   |  |
| 51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado                                 |  |
| 52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas  |  |
| 53. Pienso en vomitar para perder peso   |  |
| 54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado |  |
| 55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado   |  |
| 56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior  |  |
| 57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos                                       |  |
| 58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto   |  |
| 59. Creo que mi trasero es demasiado grande  |  |
| 60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo   |  |
| 61. Como o bebo a escondidas   |  |
| 62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado   |  |
| 63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos   |  |
| 64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer  |  |
| 65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome   |  |
| 66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas   |  |
| 67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable   |  |
| 68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales                          |  |
| 69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo                               |  |
| 70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento   |  |
| 71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer   |  |
| 72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas  |  |
| 73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente  |  |
| 74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado  |  |
| 75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente  |  |
| 76. La gente comprende mis verdaderos problemas  |  |
| 77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza                                     |  |
| 78. Comer por placer es signo de debilidad moral   |  |
| 79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira   |  |
| 80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco  |  |
| 81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol                                      |  |
| 82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo                                       |  |
| 83. Los demás dicen que me irrito con facilidad  |  |
| 84. Tengo la sensación de que todo me sale mal   |  |
| 85. Tengo cambios de humor bruscos   |  |
| 86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo  |  |
| 87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás  |  |
| 88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor   |  |
| 89. Sé que la gente me aprecia   |  |
| 90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo   |  |
| 91. Creo que realmente sé quién soy  |  |

41. Tengo mala opinión de mí

42. Creo que puedo conseguir mis objetivos

**Anexo 2. Encuesta Sociodemográfica.**

**Encuesta Sociodemográfica**

1. ¿Cuál consideras que es la situación económica actual de tu familia? Marca con una “x”  
Alta \_\_\_\_ Media \_\_\_\_ Baja \_\_\_\_
  
2. ¿Qué edad tienes? \_\_\_\_\_
  
3. ¿Con qué género te identificas? Marca con una “x”  
  
Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_
  
4. ¿Con qué frecuencia en el día utilizas redes sociales? Marca con una “x”  
No las utilizo \_\_\_\_\_  
1 hora \_\_\_\_\_  
2 a 3 horas \_\_\_\_\_  
Más de 3 horas \_\_\_\_\_
  
5. ¿Cuál es la red social que más utilizas? Marca con una “x”  
Facebook \_\_\_\_\_  
Instagram \_\_\_\_\_  
Tik-tok \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_



**Anexo 3. Consentimiento Informado a representantes.**

Cuenca, ~~Octubre~~ 2022.



Señores

**PADRES DE FAMILIA**

**Unidad Educativa Santana**

Cordial saludo.

Por medio de la presente, nos permitimos solicitar su autorización para la participación de su hijo en el proyecto de investigación previo a la titulación en Psicología Clínica "Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes", a cargo de los estudiantes Amanda Bermeo Nieto y Carlos Zuñiga Arteaga, supervisado por la Mst. Fernanda Coello Nieto y avalado institucionalmente por la Universidad del Azuay.

Dicho proyecto tiene como objetivo evaluar la existencia de trastornos alimenticios en los y las adolescentes de 15 a 18 años y su relación con variables sociodemográficas. Además, brindar talleres de psicoeducación en el tema en caso de hallarse puntajes clínicamente significativos.

Posterior a la autorización de la institución y consentimiento informado por parte de los padres y el (la) adolescente debidamente firmado, se procederá a aplicar de manera anónima el test EDI (Inventario de Trastornos Alimenticios), que proporciona una evaluación clínica estandarizada de sintomatología asociada con Trastornos de la Conducta Alimentaria, constando de 91 ítems cuya contestación dura aproximadamente 20 minutos. Además, se realizará una breve encuesta sobre variables sociodemográficas.

Agradeciendo su atención,

Cordialmente,

Amanda Bermeo Nieto

Carlos Zuñiga Arteaga

Mst. Fernanda Coello Nieto

Nombre del representado: \_\_\_\_\_

Número de cédula del representante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del representante