

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología

Riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca en el período septiembre 2023-febrero 2024


Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología

Autor:

Carol Gabriela Arias Sangurima

Director:

Sandra Eugenia Lima Castro

ORCID:  0000-0002-7736-4326

Cuenca, Ecuador

2024-02-15

Resumen

Los trastornos de conducta alimentaria son enfermedades mentales que afectan a la alimentación y la salud. Los más conocidos son la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. Se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y la apariencia corporal, y pueden tener graves consecuencias físicas y psicológicas. Estos trastornos son más comunes en adolescentes debido a su alta vulnerabilidad por estar en una etapa de desarrollo donde se presentan una variedad de cambios a nivel físico, psicológico y social. Por ello, el presente estudio tuvo como objetivo: describir el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca en el período septiembre 2023- febrero 2024. Esta investigación se llevó a cabo con un enfoque cuantitativo, de tipo transversal, no experimental y de alcance descriptivo. La muestra estuvo comprendida por 204 adolescentes seleccionados por muestreo probabilístico. Para la recolección de información se aplicó una ficha sociodemográfica y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2); para el análisis de resultados se utilizó el programa SPSS v.25. Los resultados indicaron que un 65.7% de los adolescentes presenta riesgo de TCA; el sexo femenino, los adolescentes de zona urbana, con un IMC normal y edades entre 14 y 16 años tienen mayor porcentaje de riesgo; mientras que Miedo a la Madurez, Impulsividad y Conciencia Interoceptiva son las dimensiones de mayor porcentaje con adolescentes que presentan riesgo de TCA; así mismo, en las medias se describe que las puntuaciones por dimensión son bajas, refiriéndose a un menor riesgo de TCA con base a la dimensión.

Palabras clave: características sociodemográficas, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, dimensiones de riesgo



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Mental illnesses that impact food intake and well-being are called eating disorders. Anorexia, bulimia, and binge-eating disorder are the most well-known. They can have major medical and psychological repercussions and are typified by excessive worry about weight and physical appearance. Teenagers are particularly vulnerable to these problems because they are going through a developmental stage where many changes take place on the social, psychological, and physical levels. It is possible to stop eating disorders from developing by keeping an eye out for and responding to behavioral changes in eating, fixation with losing weight, and other pertinent factors. Thus, the objective of this research was to describe the risk of eating disorders in adolescents aged 14 to 18 from Ciudad de Cuenca High School during the period of September 2023 to February 2024. A quantitative, cross-sectional, not experimental, descriptive methodology was used to perform this study. 204 teenagers were chosen for the sample using probabilistic sampling. The Eating Disorder Inventory (EDI-2) and a sociodemographic questionnaire were utilized to collect data, and SPSS v.25 was used to analyze the findings. Results showed that the risk of eating disorders among teenagers is 65.7%. Ages between 14 and 16 years old, normal BMI, female gender, and living in an urban region were associated with a higher proportion of risk. Among teenagers at risk, the aspects with the highest percentage were fear of maturity, impulsivity, and interoceptive awareness. Furthermore, based on the dimension, mean scores showed lower values, suggesting a lesser risk of eating disorders.

Keywords: sociodemographic characteristics, anorexia nervosa, bulimia nervosa, risk dimensions



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Resumen	2
Abstract.....	3
Fundamentación teórica.....	7
Proceso metodológico.....	15
Participantes.....	15
Fuente: Autoría propia.....	16
Instrumentos.....	16
Procedimiento de la Investigación	17
Procesamiento de Datos	17
Aspectos Éticos.....	17
Presentación y análisis de resultados	18
Conclusiones y recomendaciones.....	25
Referencias.....	27
Anexos.....	32

Índice de figuras

Figura 1.....22

Índice de tablas

Tabla 1.....	15
Tabla 2.....	18
Tabla 3.....	19
Tabla 4.....	20
Tabla 5.....	20
Tabla 6.....	21
Tabla 7.....	23
Tabla 8.....	24

Fundamentación teórica

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) hacen referencia a la alteración persistente en el comportamiento o conductas relacionadas con la alimentación, llevando a un cambio disfuncional en el consumo de alimentos o absorción de nutrientes (American Psychological Association [APA], 2014). Los TCA constituyen enfermedades psiquiátricas severas con consecuencias graves, complicaciones médicas, deterioro significativo en la salud física, funcionamiento psicosocial, cognitivo y emocional del individuo (Gismero, 2020); su alto impacto sobre la calidad de vida del sujeto incide en la mortalidad y suelen tener comorbilidad con distintas patologías como trastornos del estado de ánimo, por ejemplo, la depresión, ansiedad y otras como el abuso de sustancias (Bermúdez et al., 2021).

Además, un trastorno alimentario debe comprenderse a partir de una construcción epigenética, dinamizada por los cambios contextuales y que podrían constituirse como factores de riesgo y protectores; este análisis se articula con diversas variables, por ejemplo, la etapa de desarrollo o momento evolutivo, etnia/raza, nivel socioeconómico, contexto, cultura, territorio, sexo, género, estereotipos, entre otros (Nigro y Amorín, 2013; Ortiz et al., 2017).

Tras la clarificación de los criterios diagnósticos en el DSM-5 se estableció que la AN es más frecuente en mujeres jóvenes teniendo una prevalencia de 0.4% y una equivalencia mujer/hombre de 10 a 1 respectivamente y la edad de inicio se establece aproximadamente a los 14 y los 18 años (Bermúdez et al., 2021); en cuanto a la BN se presentan en el 1-1.5% de mujeres en edades tempranas, su prevalencia puntual es mayor entre los adultos jóvenes dada la transición de adolescencia hacia la adultez temprana y poco se conoce sobre esta en los hombres, pero se ha establecido que es mucho menos común que en mujeres (APA, 2014).

A continuación, se abordarán los criterios diagnósticos y características generales de la AN y BN, la adolescencia como una etapa de mayor riesgo hacia un TCA, modelos explicativos y variables sociodemográficas asociadas al riesgo de desarrollar un TCA.

En el DSM-5 se establece que la *anorexia nerviosa (AN)* se caracteriza principalmente por una restricción persistente de la ingesta de alimentos, lo que conduce a un peso corporal significativamente bajo en relación con la edad, el sexo, el desarrollo y la salud física; los individuos con este trastorno tienen un miedo intenso a engordar o convertirse en obesos a pesar de la evidente disminución de masa corporal; además, presentan una alteración en la percepción de su forma corporal, mostrando una autoevaluación excesivamente negativa y una influencia desmedida del peso y aspecto físico en su autoestima (APA, 2014).

La *bulimia nerviosa (BN)* se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes seguidos de una preocupación excesiva por el control del peso y la forma corporal (APA, 2014). Durante los atracones, el individuo experimenta una pérdida de autocontrol sobre su alimentación, consumiendo grandes cantidades de alimentos en un corto período de tiempo acompañado de la sensación de culpa y disgusto consigo mismo después de cada episodio; para evitar el aumento de peso recurre a conductas compensatorias, como el vómito autoinducido, el uso de laxantes o diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo (Bermúdez et al., 2021).

Con respecto a la adolescencia, una etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad (OMS, 2021), se caracteriza como una fase de mayor vulnerabilidad por su alta probabilidad de desarrollar conductas de riesgo hacia un TCA (Güemes et al., 2017); debido a que el individuo experimenta diversos cambios significativos a nivel físico, psicológico, emocional y social y se enfrenta a problemas en el área familiar, académico e individual (Secretaría de Salud, 2015).

Tales cambios parten del proceso biológico de maduración o pubertad, como la adquisición de masa ósea, grasa y musculatura; en las mujeres el aumento de grasa es mayor que en los hombres, mientras que en ellos predomina el crecimiento óseo y muscular (Güemes et al., 2017). Dicho cambio a nivel físico puede generar sentimientos de desagrado hacia su apariencia al compararse con estándares dados por factores socioculturales que favorecen las conductas de riesgo, especialmente en las mujeres (Papalia y Martorell, 2015).

En adición, el egocentrismo que aparece en esta etapa influye en la percepción de su imagen corporal, los adolescentes suelen creer que la sociedad los juzga constantemente por su apariencia (Bustamante et al., 2022), pues el cerebro adolescente, su desarrollo cognitivo y pensamiento aún es inmaduro; esto contribuye a que la construcción de su identidad y aceptación de sí mismo se mantenga en desequilibrio y genere malestar a nivel individual e interpersonal (Flores, 2019; Papalia y Martorell, 2015).

Entre las características de la adolescencia también están la búsqueda de independencia, actividades individuales, socialización, mayor conciencia sobre sí mismos, autoevaluación de su imagen corporal, peso, autoestima; asimismo, surgen emociones y sentimientos de frustración y estrés ante los eventos que se van presentando, lo que conlleva una alta vulnerabilidad a los factores de riesgo hacia problemáticas como el consumo de sustancias, trastornos del estado del ánimo, trastornos de la conducta alimentaria, y más (Bustamante et al., 2022; Papalia y Martorell, 2015).

Ahora bien, a fin de dar una explicación precisa de los comportamientos de riesgo, etiología, curso y desarrollo de los TCA y otros aspectos subyacentes a los mismos se han desarrollado

diferentes modelos como el biológico, psicológico y sociocultural. No obstante, la tendencia más actual es considerar un modelo biopsicosocial, una visión integral y multifactorial de los TCA, que establece una interacción dinámica de la predisposición genética con factores psicológicos y socioculturales para aumentar el riesgo de desarrollar un TCA (Arroyo y Huilca, 2021; Paniego, 2022).

Como aporte desde el modelo biológico se propone que existen factores genéticos, nutricionales, neuroquímicos y hormonales asociados a la predisposición, riesgo, desarrollo y mantenimiento de un TCA (Bermúdez et al., 2021; Gaete y López, 2020 y Ortiz et al., 2017).

Esto se explica por el papel del hipotálamo y la alteración de sus sistemas; específicamente, por su función de regular la sed, apetito y sueño (Escudero, 2022) a través de sistemas neuroquímicos como el circuito serotoninérgico que regula la conducta alimentaria; altos niveles de serotonina generan la sensación de saciedad a pesar de no haber ingerido algún alimento, mientras que el circuito que regula la dopamina y noradrenalina se asocia con la motivación de la ingesta de alimentos y su desregulación implica el riesgo hacia un TCA (Loja y Sarmiento, 2020; Ortiz et al., 2017).

Respecto de los factores *psicológicos*, se ha establecido la presencia de diversas fuentes de riesgo hacia los TCA relacionadas con las características temperamentales, personalidad, aspectos cognitivos, conductuales y emocionales (Gaete y López, 2020).

Desde esta perspectiva se plantean explicaciones a partir de la corriente psicoanalítica, de la Teoría Cognitivo- Conductual y teorías de la personalidad. El psicoanálisis explica que la el individuo desarrolla el trastorno por el rechazo a la maduración sexual y tiene una naturaleza histérica, también, plantea que existe un conflicto del Yo y ansiedad reprimida que desemboca en la pérdida del sentido de sí misma y funcionamiento autónomo (Berny et al., 2020).

Por otro lado, la Teoría Cognitivo- Conductual asocia a los TCA con distorsiones cognitivas, esta involucra pensamientos negativos sobre la percepción de sí misma, creencias irracionales acerca de la alimentación y el peso, así como la excesiva importancia a la forma y tamaño corporal, y que afectan negativamente a la autoestima, autoconcepto, satisfacción con la imagen corporal, habilidades sociales, etc (Berny et al., 2020).

En cuanto a las teorías de la personalidad basadas en los factores individuales se expone la comorbilidad que puede haber en los TCA a partir de la presencia de rasgos o de un trastorno de la personalidad, algunos rasgos predisponentes son: perfeccionismo, hipersensibilidad social, autoexigencia y dependencia; otras características personales son: reacción precipitada ante la angustia, baja autoestima, depresión, ansiedad, insatisfacción corporal, inseguridad, dificultades

en la construcción de la identidad, así como la falta de aprobación social (Berny et al., 2020; Canals y Arija, 2022; Gaete y López, 2020; Zapata et al., 2018).

Estudios señalan que las variables psicológicas que más destacan a la hora de abordar el riesgo hacia un TCA son la insatisfacción corporal y la interiorización del ideal de delgadez, ya que afectan de un 40 a un 60% de las mujeres y entre un 25 a un 30% de los hombres, repercutiendo en la autoestima y autoimagen negativa (Caldera et al., 2019; Zapata et al., 2018).

Otros estudios destacan la influencia y el riesgo que implican los factores *socioculturales* sobre el desarrollo de los TCA. La presión sociocultural acerca del cuerpo es diversa y se presenta en el contexto familiar y social, teniendo en común el ideal de delgadez o de una figura fornida y proporcional en un sentido estético (Escudero, 2022). Los medios de comunicación y la industria de la publicidad alimentan tal percepción y las personas sensibles a ello intentan emular dichos estereotipos (Casamachin et al., 2022; Gaete y López, 2020).

También se ha encontrado que el riesgo hacia un TCA está relacionado con disfunción familiar (críticas negativas de la familia sobre el peso del individuo) y alta sensibilidad ante la influencia de la sociedad, sus burlas, comentarios negativos y los estereotipos de belleza (Caldera et al., 2019; Loja y Sarmiento, 2020). Existen otros factores como el bullying, abuso sexual, violencia y otras formas de trauma psicológico o experiencias negativas que pueden tener un rol relevante en estos trastornos y repercuten en el ámbito emocional y social del sujeto aumentando el riesgo o agravando el cuadro de un TCA (Barrios et al., 2021).

En nuestra sociedad un cuerpo esbelto y definido es sinónimo de belleza, moda, elegancia, juventud, lo que lleva a suponer que tal figura garantizará el éxito y la felicidad (Calvopina, 2014), esta asociación se le atribuye al papel de los medios de comunicación y la publicidad por la difusión de mensajes cargados de valor social, estereotipos e ideales (Escudero, 2022; Ortiz et al., 2017). Un estudio en España constató que, el 70% de los adolescentes no está conforme con su imagen corporal y seis de cada diez chicas suponen que la felicidad es sinónimo de delgadez (La Vanguardia, 2019).

En nuestro país, una investigación en Carchi evidenció que el 70% de los participantes se siente poco conforme con su imagen corporal, el 22% inconforme y solo un 8% decía estar muy conforme, además, el 58% de los participantes señaló que realiza actividades para adelgazar, por lo tanto, un alto porcentaje de adolescentes presentaron riesgo a desarrollar un TCA (Alonzo et al., 2021).

Desafortunadamente, la interiorización de estándares socioculturales de delgadez puede conllevar niveles severos de insatisfacción corporal, esta búsqueda de la perfección física

produce comportamientos desadaptativos y peligrosos, por ejemplo, mayor preocupación por el aspecto físico y el peso, realizar dietas extremas, ejercitarse en exceso, autoinducirse el vómito y otros similares (Caldera et al., 2019; Casamachin et al., 2022); varias investigaciones confirman altas puntuaciones en obsesión por la delgadez relacionada con la insatisfacción corporal como factor de riesgo que induce a la práctica de conductas alimentarias poco saludables (Gismero, 2020).

Un estudio en Perú corroboró que el 75% de la población estudiada presentó riesgo hacia un TCA al determinarse un nivel de autoestima baja y poca satisfacción con su imagen corporal relacionadas a la preocupación sobre su aspecto físico al recibir críticas y burlas acerca del mismo (Cavero, 2020).

Investigaciones realizadas en Estados Unidos reportaron que el 0.9% de las mujeres y el 0.3% de los hombres han experimentado AN en su vida, mientras que la de BN fue del 1.5% para las mujeres y 0.5% para los hombres (Barrios et al., 2021). En Chile se encontró que un 16.1% de los participantes exhibió riesgo a desarrollar un TCA y se observó altas puntuaciones en mujeres (21.8%) en contraste con los hombres (6.6%), mientras que la edad de mayor riesgo fue de 16 años en mujeres y 17 años en hombres con un 25.9% y 9.3% respectivamente (Zapata et al., 2018).

En un contexto más cercano, se encontró la presencia del riesgo en jóvenes escolarizados de ambos sexos, entre 12 a 18 años con porcentajes entre 7.4% y 12%, confirmando altas puntuaciones en mujeres (Gaete y López, 2020); otra investigación en Quito reportó que el 12.8% de los adolescentes presentan riesgo de desarrollar un TCA, se observó que la edad con mayor riesgo para las mujeres es a los 15 años, mientras que para los hombres es a los 13; también se identificó que un 6.7% de mujeres tiene mayor riesgo de presentar estos TCA en un intervalo de 13 a 17 años de edad, en comparación con el 0.4% de los hombres que presenta mayor riesgo entre los 11 y 12 años (Calvopina, 2014). Un estudio en dos Colegios de Cuenca estableció que existe una prevalencia de TCA en estudiantes adolescentes mujeres de la zona urbana (Loja y Sarmiento, 2020).

En cuanto al peso como variable de estudio, se encontraron altos porcentajes de riesgo hacia un TCA en mujeres con sobrepeso (27.7%) y en hombres con obesidad (14.7%) (Zapata et al., 2018), es decir, su relación es significativa y positiva, por lo que presentar sobrepeso se considera una variable de riesgo al igual que variables como la edad, el sexo y disfunción familiar (Caldera et al., 2019; Gallegos, 2015; Renau et al., 2018).

Por otro lado, el rendimiento y ajuste escolar cuya concepción parte de la evaluación subjetiva que se realiza el estudiante sobre su propio desempeño académico y el nivel de satisfacción con los resultados alcanzados (Pérez et al., 2016, p. 65); se relaciona negativamente con el riesgo de un TCA, ya que, a menor rendimiento académico, mayor riesgo hacia el trastorno (Caldera et al., 2019).

Además, es conveniente considerar que el impacto de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no se limita únicamente al rendimiento académico; aunque la información sobre la relación entre los TCA y esta variable es limitada, se ha encontrado en investigaciones previas que los estudiantes con altas calificaciones tienen un menor riesgo de desarrollar un TCA (Vaquero et al., 2018). También, se ha observado que los adolescentes con obesidad o un peso corporal elevado tienen un mayor riesgo de padecer trastornos alimentarios, lo que a su vez puede tener una relación significativa con su rendimiento académico (Renau et al., 2018). Sin embargo, cabe destacar que existen múltiples factores que deben ser considerados al analizar el riesgo de un TCA.

Asimismo, es fundamental analizar la caracterización previa de los TCA como patologías presentes únicamente en países occidentales desarrollados, como Estados Unidos, pues con el tiempo y las investigaciones, se ha evidenciado la presencia de trastornos alimentarios en diversas culturas y países menos industrializados. Además, el patrón de características de las personas que presentan un TCA ha ampliado su alcance, incluyendo no solo a mujeres jóvenes, sino también a hombres, personas con diferentes condiciones sociales, económicas, pesos y edades (Gaete y López, 2020).

Igualmente, se observa que existe mayor riesgo de un TCA entre la adolescencia temprana y media caracterizadas por la pubertad con búsqueda de la identidad, pertenencia y aprobación social; en consecuencia, estos trastornos representan un problema evidente que, a pesar de su impacto negativo en la salud de los adolescentes no recibe la atención e importancia necesarias, fundamentalmente en términos de prevención (Alonzo et al., 2021). Entonces, el enfoque predominante se centra en el tratamiento de los TCA una vez que la enfermedad ya está establecida.

Por su parte, Garner (1983) describe 11 características comunes a los TCA, específicamente a la BN y AN en su escala para evaluar el riesgo de las mismas, a continuación, se describen las dimensiones: la obsesión por la delgadez, implica una preocupación excesiva por el peso, la realización de dietas y un temor extremo a aumentar de peso, se relaciona con la búsqueda intensa de la delgadez utilizando cualquier método disponible; en la escala de bulimia se abordan

comportamientos de ingesta excesiva de comida en un corto período de tiempo y sin control. Por otro lado, la insatisfacción corporal puede ser influenciada por la cultura y se relaciona con la percepción errónea que un individuo tiene de su cuerpo o de ciertas partes del mismo, como el estómago, las caderas o los muslos.

La escala de ineficacia se relaciona con sentimientos de incapacidad general, como la inseguridad, el vacío y la percepción de pérdida de control sobre la vida, lo cual está estrechamente vinculado con una baja autoestima o autovaloración negativa. Mientras, el perfeccionismo se refiere a la valoración y autoexigencia de una persona acerca de sus propios resultados, buscando constantemente mejorar su rendimiento general.

La desconfianza interpersonal se caracteriza por la dificultad para expresar sentimientos propios, el desinterés por establecer relaciones cercanas y la necesidad de mantener cierta distancia con las demás personas. La conciencia interoceptiva, en cambio, se relaciona con la dificultad de reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales y las sensaciones fisiológicas relacionadas con el hambre y la saciedad. En cuanto al miedo a la madurez, se refiere al deseo de volver a sentirse seguro, como en la infancia.

Mientras que, el ascetismo se refiere a la búsqueda de la virtud a través de la renuncia a los placeres materiales y el control de las necesidades corporales e impulsos y la inseguridad social describe la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras y poco satisfactorias.

Así pues, con un diagnóstico de TCA el tratamiento es esencial, aunque su efectividad puede ser cuestionable (López y Treasure, 2011). La revisión bibliográfica de Arroyo y Huilca (2021) sobre la eficacia de intervención en los TCA utilizando diversas técnicas, donde se determinó que la intervención psicológica con los adolescentes es eficaz, sin embargo, requiere un trabajo constante y arduo, así como la participación de profesionales de diferentes disciplinas y la implicación total de la familia, indica la importancia de la detección temprana de los TCA para su prevención.

A pesar de ser un problema de salud pública prioritario en términos de atención y prevención, la información a nivel nacional sobre esta problemática es escasa o insuficiente. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2010) de Ecuador, en 2014 se estableció que el 87% de las adolescentes mujeres se sienten insatisfechas con su cuerpo y, de ellas, entre el 12% y el 15% experimenta algún tipo de TCA. Asimismo, uno de cada cuatro adolescentes que presentan estos trastornos no es consciente del mismo, aumentando el riesgo y cronicidad, también existe la probabilidad de recaída durante y tras el tratamiento (La Vanguardia ,2019).

Es por ello que es necesario ampliar el conocimiento en esta área y proporcionar información estadística relevante que visibilice esta problemática. Los datos obtenidos constituyen una base actualizada y contextualizada útil para la implementación de proyectos de promoción y prevención destinados a mejorar y prevenir el riesgo de TCA, conductas y percepciones asociadas, como la insatisfacción corporal, la desconfianza interpersonal, la inseguridad social y la ineficacia. Conocer el estado actual de una parte de la población en este tema contribuirá a comprender y mejorar la situación de los adolescentes en términos de nutrición, autoestima, imagen corporal, entre otros. Los beneficiarios del presente estudio se componen de los participantes, las autoridades de la institución educativa, estudiantes y profesionales de la salud por la relevancia e información que ofrece la investigación.

La pregunta de investigación que se planteó en este estudio es: ¿Cuál es el riesgo de TCA en los adolescentes de 14 a 18 años del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca? Y a partir de la misma se plantearon los siguientes objetivos: describir el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca, determinar las características sociodemográficas (sexo, zona de vivienda, IMC, edad) y rendimiento académico de los estudiantes con y sin riesgo de TCA e identificar las dimensiones de comportamientos de riesgo medidas por el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Proceso metodológico

Esta investigación se realizó con un enfoque cuantitativo puesto que, se describió el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca por medio de la obtención de datos medibles y se estudió la variable de manera sistemática, organizada y utilizando un instrumento estandarizado de recolección de información fundamentada en la medición (Hernández Sampieri et al., 2014).

El estudio fue de tipo no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo ya que no se realizó algún tipo de intervención que pueda alterar el estado natural de la variable a investigar, es decir, no se manipuló la variable, asimismo, la recolección de información se dio en un solo momento (McMillan y Schumacher, 2005) y tras el análisis estadístico se logró describir el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes.

Participantes

La población estuvo constituida por 633 adolescentes matriculados en el Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca, en el periodo lectivo 2023-2024. A través de un muestreo probabilístico aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95% y rango de error del 5%, se seleccionó a 204 participantes. Este tipo de muestreo permite que los participantes tengan la misma probabilidad de ser seleccionados, de manera que los resultados obtenidos son representativos en relación a la población estudiada (Hernández Sampieri et al., 2014). Así que, participaron aquellos estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión: hombres y mujeres entre 14 a 18 años matriculados en el Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca en el periodo lectivo 2023-2024, quienes firmaron el asentimiento de manera libre y voluntaria, y cuyos representantes legales firmaron el consentimiento informado de la participación de su representado en la investigación. De la muestra seleccionada el 66.7% fueron mujeres y el 33.3% hombres con edades comprendidas entre 14 a 18 años ($M=16$; $DE=1.12$), un 41% de los participantes cursaban primero de bachillerato, un 16% segundo de bachillerato y el 43%, tercero de bachillerato; solo el 13.2% de los participantes presentó sobrepeso, mientras que el 16.7% presentó bajo peso; el 67.6% pertenecía a la zona urbana y un alto porcentaje de los participantes (96.6%) registró no haber sido diagnosticado con algún TCA tal y como se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1

Características de los participantes N=204

Característica	n	%	
Característica	n	%	
Sexo	Hombre	68	33.3

	Mujer	136	66.7
Zona en la que vive	Urbana	138	67.6
	Rural	66	32.4
Curso	1ro de Bachillerato	84	41
	2do de Bachillerato	33	16
	3ro de Bachillerato	87	43
Ha sido diagnosticado con algún TCA	Si	7	3.4
	No	197	96.6
Edad	14 años	28	13.7
	15 años	53	26
	16 años	67	32.8
	17 años	43	21.1
	18 años	13	6.4
IMC	Bajo peso	34	16.7
	Normal	141	69.1
	Sobrepeso	27	13.2
	Obesidad	2	1.0

Fuente: Autoría propia

Instrumentos

Se utilizó el *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Inventory- EDI 2)* (Anxo 1) desarrollado por Garner (1983) adaptado y validado en la versión española de Corral et al. (1998). El objetivo del instrumento es identificar la presencia de síntomas que suponen el riesgo a desarrollar un TCA por medio de 11 escalas. Las 8 escalas principales son: Obsesión por la delgadez (DT), Bulimia (B), Insatisfacción corporal (BD), Ineficacia (I), Perfeccionismo (P), Desconfianza interpersonal (ID), Conciencia interoceptiva (IA) y Miedo a la Madurez (MF), y 3 adicionales (Ascetismo (A), Impulsividad (IR) e Inseguridad social (SI). Está compuesto de 91 ítems y su forma de respuesta es a través de una escala tipo Likert de seis opciones que va “nunca (0)”, “pocas veces (1)”, “a veces (2)”, “a menudo (3)”, “casi siempre (4)” o “siempre (5)”. Para su corrección y calificación se toma en consideración los siguientes valores: Siempre=3, Casi siempre= 2, A menudo= 1, A veces, Pocas veces y Nunca se puntúan con 0; cabe mencionar que para los ítems redactados en sentido negativo las puntuaciones de calificación se invierten. La puntuación directa de cada dimensión se obtiene de la suma del puntaje de cada ítem que

compone dicha dimensión. Las puntuaciones altas, de 14 en adelante, indicadas en el instrumento se interpretan con la presencia del riesgo para un TCA y se le asigna el centil con base en los baremos establecidos para hombres y mujeres con o sin riesgo de un TCA (Anexo B). Este instrumento posee un α de Cronbach=0.80 y en el presente estudio se obtuvo un α =0.93, lo que indica una alta consistencia interna.

Complementario al instrumento, se elaboró una *ficha sociodemográfica* cuyo diseño estuvo basado en las necesidades de la investigación, los datos esenciales que constaron dentro de la misma fueron: sexo, zona de vivienda, índice de masa corporal (IMC), edad, y rendimiento académico (Anexo A).

Procedimiento de la Investigación

Una vez aprobado el estudio por el CEISH y el Consejo Directivo de la Facultad de Psicología, se llevó a cabo una reunión con la máxima autoridad de la institución donde se estableció la autorización y fecha correspondiente para el levantamiento de la información, ya que se contaba previamente con la carta de interés por parte de la institución educativa (Anexo C). Consecuentemente, se procedió de manera presencial a los diferentes cursos del bachillerato para informar e invitar a los estudiantes a participar en la investigación, a su vez se les facilitó el asentimiento informado (Anexo D) y se envió el consentimiento informado (Anexo E) para que firmasen sus representantes legales. Posteriormente, se llevó a cabo la recepción del asentimiento de los estudiantes y consentimiento informado de sus representantes legales; en paralelo a ello, se aplicaron los instrumentos de recolección de datos (ficha sociodemográfica y el EDI 2). Es importante señalar que el tiempo de aplicación de los instrumentos fue de 35 minutos aproximadamente.

Procesamiento de Datos

Para el análisis de la información se generó una base de datos en Excel 2016 y se importó la información al programa SPSS V.25. Se procedió a obtener los resultados mediante el análisis estadístico con frecuencias, porcentajes, tablas de contingencia, máximos, mínimos y desviaciones, así mismo, estos datos se presentan a través de tablas elaboradas en el programa SPSS V.25.

Aspectos Éticos

La presente investigación se apegó a lo establecido por los Principios Éticos de los Psicólogos y el Código de Conducta de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010). Se cumplió con los principios generales de beneficencia, fidelidad y responsabilidad, integridad, justicia y respetos por la dignidad y derechos de las personas puesto que se manejaron los datos con total

confidencialidad y anonimato, se usó la información únicamente con fines académicos, además durante la aplicación de los instrumentos se garantizó la integridad *emocional* y psicológica de los estudiantes con información sobre la voluntariedad y libertad de su participación en el estudio, dando a conocer riesgos y beneficios del mismo. Es decir, se informó a los participantes sobre los objetivos y proceso de la investigación, además de sus derechos como participantes: libre participación, libertad para no responder preguntas que le molesten, libertad para retirarse del estudio en cualquier momento, oportunidad para aclarar sus dudas, etc.

Presentación y análisis de resultados

En este apartado se muestran los resultados de la investigación a fin de cumplir con los objetivos planteados en el presente estudio. Para facilitar la visualización y comprensión de los mismos, se presentan en tres apartados con sus respectivas tablas, en el siguiente orden; características sociodemográficas y rendimiento académico de los estudiantes con y sin riesgo de TCA); dimensiones de comportamientos de riesgo medidas por el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria y finalmente se describe el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años

Características sociodemográficas y rendimiento académico de los estudiantes con y sin riesgo de TCA).

Sexo

En esta investigación, el 46.1% de las mujeres muestran un mayor riesgo de desarrollar un TCA, mientras que el 19.6% de los hombres informaron un mayor riesgo (Ver Tabla 3). Estos resultados coinciden con algunos trabajos previos (Loja y Sarmiento, 2020; Zapata et al., 2018); demostrando la disparidad de sexo en la predisposición a los TCA, que debe ser considerada para diseñar programas de psicoterapia dirigidos a esta problemática.

Esta diferencia de riesgo por sexo se sujeta a la explicación desde el enfoque biopsicosocial, puesto que los cambios hormonales presentes en la pubertad influyen en el estado de ánimo, control del apetito y percepción corporal (Güemes et al.,2017). La presión sociocultural es más intensa en las mujeres por los estándares idealizados que promueven la delgadez afectando la autoestima y autoimagen corporal significativamente a nivel psicológico, así también, estudios indican que características personales que intervienen en el riesgo de TCA como el perfeccionismo y baja autoeficacia se relacionan con el género femenino (Gaete y López, 2020).

Tabla 2
Sexo de los adolescentes con y sin riesgo de TCA

	Sexo	
Característica	Hombre	Mujer

	F	%	F	%
Sin riesgo	28	13.7%	42	20.6%
Riesgo	40	19.6%	94	46.1%

Fuente: Autoría propia

Zona de vivienda

En relación a la zona donde vive la población estudiada, los resultados revelan que el 24% de los adolescentes de zonas rurales muestran un menor riesgo de desarrollar TCA, en comparación con el 41.7% de los participantes que viven en áreas urbanas (Ver Tabla 4). Estos resultados coinciden con otros estudios que evidencian la urbanización de estos trastornos, lo expuesto podría estar relacionado con las diferencias en el acceso a la información entre el área urbana y rural respecto a la imagen idealizada delgada que promocionan los distintos medios de comunicación (Borja y Lema, 2022; Loja y Sarmiento, 2020; Montano, 2006; Pérez et al., 2010). Pues más estudios han encontrado que en el área urbana se podrían promover con más frecuencia estándares de belleza estereotipados y, por otro lado, la población rural ha sido pasada por alto en la investigación de estos trastornos, lo que podría resultar en la detección tardía y en la dificultad de tratamiento adecuado (Ortiz et al., 2017). Tales datos refuerzan la importancia de considerar el contexto y los determinantes sociales en la comprensión de los TCA.

Tabla 3

Zona de vivienda de los adolescentes con y sin riesgo de TCA

Característica	Zona donde vive			
	Urbana		Rural	
	F	%	F	%
Sin riesgo	53	26%	17	8.3%
Riesgo	85	41.7%	49	24%

Fuente: Autoría propia

Índice de masa corporal (IMC)

Respecto al IMC se encontró que el 43% de los participantes con un IMC dentro de los parámetros de normalidad presenta mayor riesgo a desarrollar un TCA (Ver Tabla 5), estos datos son similares al estudio de Gallegos (2015) en Quito; mientras que difieren del estudio de Zapata et al. (2018) en Chile que identificó que el riesgo de TCA es notablemente más alto en mujeres con sobrepeso (27.7%) y en hombres con obesidad (14.7%). Además, un estudio en México, realizado por Polo et al. (2023) encontró que el 74.19% de la población con riesgo de TCA presenta un IMC elevado (sobrepeso u obesidad), mientras que el 52.9% de aquellos con un IMC normal a bajo no presentaba el riesgo de TCA. Los hallazgos de Radilla et al. (2021) en España

también indican datos similares, destacando que a medida que el IMC aumenta, existe una mayor probabilidad de adoptar conductas no saludables para controlar el peso, como la internalización de modelos estéticos dominantes, seguimiento de comportamientos alimentarios restrictivos y una mayor insatisfacción con la imagen corporal. Este vínculo entre el IMC elevado y las conductas de riesgo para TCA es un patrón consistente en varias investigaciones, aun así, en este estudio, el mayor porcentaje de riesgo se presenta en los adolescentes con un IMC normal, cabe considerar que el número de participantes para cada estado nutricional expuesto con base en el IMC no es homogéneo y puede intervenir en la descripción de estos resultados.

Tabla 4
IMC de los adolescentes con y sin riesgo de TCA

	IMC							
	Bajo peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin riesgo	7	3.4%	52	25.5%	11	5.4%	0	0.0%
Riesgo	28	13.2%	89	43.6%	16	7.8%	2	1%

Fuente: Autoría propia

Edad

En cuanto a la descripción de la edad de los participantes con y sin riesgo, se identifica un mayor porcentaje de riesgo a los 16 años (20%), seguido de los 15 años (18%), 17 años (14%), 14 años (9%), y 18 años (5%); entendido de otra forma, el mayor porcentaje de riesgo se presenta en la adolescencia media, a los 16 años (Ver Tabla 6). Cabe considerar que no se contó con el mismo número de participantes para cada edad y esto puede influir en los porcentajes descritos.

Estos resultados se refuerzan con hallazgos de un estudio en Quito, en el que se identifica un aumento del riesgo entre los 15 y 17 años, con una disminución marcada a los 18 años. Además, el estudio de Calvopina (2014) muestra que, en Quito, el pico más alto de riesgo para TCA en mujeres se sitúa a los 15 años, mientras que en varones el riesgo se mantiene estable hasta los 17 años, oscilando un mayor porcentaje de riesgo entre los 13 y 17 años en ambos sexos. Mientras que en Perú revelaron un aumento de riesgo entre los 14 y 16 años, siendo el pico más alto a los 16 años (Cavero, 2020); este patrón puede señalar una vulnerabilidad particular durante estos años de transición hacia la adultez (Gallegos, 2015) siendo un periodo crítico en el desarrollo de estos trastornos.

Tabla 5
Edad de los adolescentes con y sin riesgo de TCA

	Edad									
	14		15		16		17		18	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin riesgo	9	4%	17	8%	26	13%	15	7%	3	1%
Riesgo	19	9%	36	18%	41	20%	28	14%	10	5%

Fuente: Autoría propia

Rendimiento Académico

En lo referente al rendimiento académico de los adolescentes, se observa un mayor porcentaje de riesgo (14%) en aquellos cuyo promedio general es de 8 (alcanza los aprendizajes requeridos), seguido por el 13% en estudiantes con un promedio de 9 (domina los aprendizajes requeridos) y se identifica un menor riesgo en aquellos cuyas calificaciones oscilan entre 6 y 7 (Ver Tabla 7). Aunque se dispone de poca información sobre la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y el desempeño académico, estudios previos sugieren que hay una asociación entre un buen rendimiento académico y un menor riesgo de desarrollar un TCA (Caldera et al., 2019; Vaquero et al., 2018).

Tabla 6

Rendimiento académico de los adolescentes con y sin riesgo de TCA

Promedio	Rendimiento académico									
	6		7		8		9		10	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin riesgo	1	0%	21	10%	45	22%	53	26%	13	6%
Riesgo	1	0%	9	4%	28	14%	27	13%	6	3%

Fuente: Autoría propia

Dimensiones de comportamientos de riesgo medidas por el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Dimensiones de riesgo de TCA

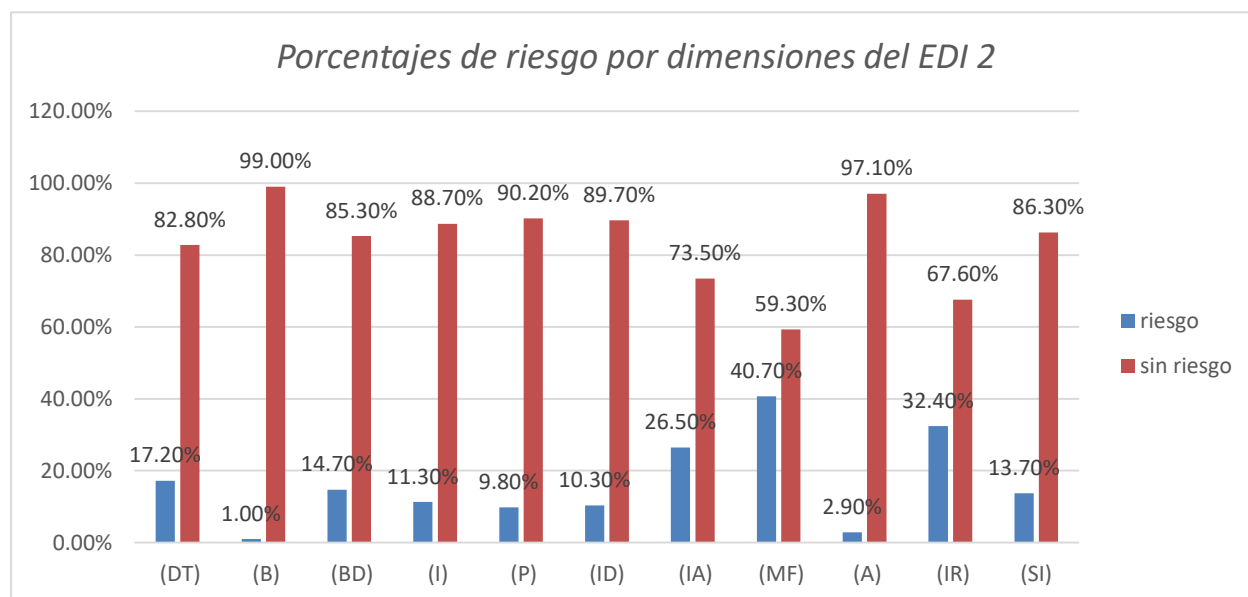
Respecto a las distintas dimensiones de comportamientos de riesgo evaluadas por el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria se observó que la dimensión que obtuvo un mayor porcentaje fue el miedo a la madurez (MF) con un 40.7%, seguida de la dimensión de impulsividad (IR) con un 32.4%, le sigue conciencia interoceptiva (IA) con el 26.5%, para el cuarto lugar se identificó la obsesión por la delgadez (DT) con el 17.2%, la insatisfacción corporal (BD)

obtuvo un porcentaje del 14.7%, en cuanto a la inseguridad social (SI) el porcentaje obtenido fue del 13.7%, así mismo, ineficacia (I) con el 11.3%, el porcentaje en desconfianza interpersonal (ID) fue del 10.3%, en perfeccionismo (P) se obtuvo el 9.8%, y ascetismo (A) el 2.9%; estos porcentajes van disminuyendo de forma que Bulimia (B) con el 1 % fue la dimensión con el porcentaje más bajo de adolescentes con riesgo.

Así mismo, un estudio con adolescentes en Quito reveló que el 90% de ellos indicaron el deseo de volver a la seguridad de la infancia, asociado al Miedo a la Madurez; dentro de la muestra estudiada, el 41% presentó riesgo en la dimensión de Desconfianza Interpersonal, el 51% en Perfeccionismo y el 46% evidenció Inseguridad Social, lo que sugiere percepciones de relaciones sociales tensas, inseguras e insatisfactorias; además, el 40% presentó riesgo en Ascetismo y la dimensión de Bulimia que obtuvo el 37% de los participantes con riesgo (Luzuriaga, 2019).

En el estudio de Ochoa (2015), realizado en Loja, corrobora que la dimensión Miedo a la Madurez posee mayores porcentajes de riesgo, dimensión que hace referencia al deseo de volver a sentirse seguro al igual que en la niñez y se identifica como un rasgo patológico significativo en casos de anorexia y bulimia nerviosa; mientras que, la dimensión que presenta menor porcentaje de participantes con riesgo es Bulimia; esta dimensión aborda comportamientos de riesgo como los atracones, relacionados con los síntomas del Trastorno de Bulimia Nerviosa.

Figura 1
Porcentajes según las dimensiones de riesgo de TCA, medidas por el EDI 2



Nota. Obsesión por la delgadez (DT), bulimia (B), insatisfacción corporal (BD), ineficacia (I),

perfeccionismo (P), desconfianza interpersonal (ID), conciencia interoceptiva (IA) y miedo a la madurez (MF), ascetismo (A), impulsividad (IR), inseguridad social (SI).

Fuente: Autoría propia

Puntajes de las dimensiones de comportamientos de riesgo de TCA

A continuación, en la Tabla 8 se describen los valores hallados para cada dimensión: obsesión por la delgadez presentó una media de 6.5 (DE=5.9), esta dimensión considera la preocupación excesiva por el peso y apariencia física y las conductas de riesgo como intento de controlar tales factores; la dimensión bulimia, con una media de 3.03 (DE=3.4) evalúa la propensión a recurrir a atracones y conductas inapropiadas para compensar la ingesta de alimentos; en Insatisfacción con la imagen corporal se identificó una media de 7.27 (DE=5.4), presentando la existencia de malestar con la apariencia física en los adolescentes; para ineficacia una media de 7.16 (DE=5.1) que indica la presencia de sentimientos de incompetencia o falta de logro; la dimensión de desconfianza interpersonal, que evalúa la dificultad y tendencia a desconfiar de las demás personas presentó una media de 7.88 (DE=4.5); para conciencia interoceptiva que indica si existe dificultad para percibir las señales del cuerpo como el hambre o la saciedad, se observó una media de 8.9 (DE=6.7); mientras que en la dimensión miedo a la madurez, asociada a la responsabilidades y expectativas de la vida adulta, se obtuvo una media de 12.08 (DE=5.4); en cuanto a la dimensión ascetismo que indica la restricción extrema de placeres o gratificaciones personales, se registró una media de 6.47 (DE=3.8); así mismo, para impulsividad como tendencia a actuar de manera precipitada, se indica una media de 11.58 (DE=6.4); y para la dimensión de inseguridad social que compone sentimientos de incomodidad o poca habilidad para relacionarse con los demás, se establece una media de 8.25 (DE=4.9).

En estos hallazgos resalta que la dimensión miedo a la madurez fue la que obtuvo la puntuación media más alta mientras que la dimensión Bulimia fue la que obtuvo la puntuación media más baja. En las dimensiones de riesgo de TCA, se revelaron altas dispersiones de datos y puntuaciones por debajo del punto medio que plantea el instrumento, sugiriendo una baja disposición hacia el riesgo por dimensión que evalúa el EDI-2, similar a las puntuaciones obtenidas en un estudio de Guano (2018) en Loja, donde las medias más altas se encontraban en la dimensión de miedo a la madurez (M=12.54; DE= 4.43); inseguridad social (M=11.17; ME= 4.91); desconfianza interpersonal (M=11.06; DE=4.14); insatisfacción corporal (M=9.94; ME=5.52) y siendo M=2.20 (DE=3.13) la puntuación más baja en la dimensión de bulimia.

Tabla 7

Medias de las dimensiones de riesgo, medidas por el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI II)

Dimensión	Mínimo	Máximo	Media	DE
Obsesión por la delgadez (DT)	0	20	6.50	5.9
Bulimia (B)	0	18	3.03	3.4
Insatisfacción corporal (BD)	0	27	7.27	5.4
Ineficacia (I)	0	25	7.16	5.1
Desconfianza interpersonal (ID)	0	21	7.88	4.5
Conciencia Interoceptiva (IA)	0	26	8.90	6.7
Miedo a la Madurez (MF)	0	24	12.08	5.4
Ascetismo (A)	0	18	6.47	3.8
Impulsividad (IR)	0	30	11.58	6.4
Inseguridad social (SI)	0	22	8.25	4.9

Fuente: Autoría propia

Comportamiento de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años.

En relación al objetivo general de este estudio, se ha observado que el 34.3% de los adolescentes no presenta riesgo, mientras que un 65.7% sí presentan riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (Ver Tabla 2). Este hallazgo tiene similitud con el estudio realizado por Luzuriaga (2019) en Quito. Asimismo, otro estudio efectuado en Perú por Cavero (2020), encontró que la mayor parte de los adolescentes, el 75% presentaban riesgo.

Por otro lado, nuestros hallazgos discrepan con una investigación llevada a cabo en Cuenca, por Loja y Sarmiento (2020), con adolescentes de colegios tanto privados como públicos, que encontró que únicamente el 16.7% presentó riesgo de desarrollar desórdenes alimenticios.

Es preciso reiterar que las principales características de los participantes: el 66.7% son mujeres, 67.6 % viven en una zona urbana, las edades se comprenden entre los 14 y 18 años, lo que puede influir en el resultado presentado, como se conoce, las mujeres tienen mayor riesgo hacia un TCA, existe una urbanización de tales trastornos y la etapa de la adolescencia por sí sola indica mayor vulnerabilidad por la construcción de su identidad y desarrollo físico, emocional y cognitivo (Cavero, 2020; Pérez et al., 2010; Zapata et al., 2018).

Tabla 8

Riesgo de TCA adolescentes

Presencia de Riesgo	<i>F</i>	%
no	70	34.3%
Si	134	65.7%

Fuente: Autoría propia

Conclusiones y recomendaciones

En el presente estudio, respondiendo al primer objetivo específico: determinar las características sociodemográficas (sexo, zona de vivienda, IMC, edad) y rendimiento académico de los estudiantes con y sin riesgo de TCA, se observó que las mujeres y aquellos que viven en áreas urbanas tienen un mayor riesgo. Estos hallazgos sugieren la influencia de constructos sociales y estereotipos de belleza, así como la susceptibilidad en áreas urbanas a la exposición a los medios de comunicación que fomentan la construcción de una imagen corporal negativa.

Además, se identificó que las adolescentes con un índice de masa corporal normal presentan un mayor riesgo en comparación con aquellas con bajo peso, sobrepeso u obesidad. Sin embargo, es importante considerar que el número de participantes no fue homogéneo en cada categoría de IMC, lo que puede influir en estos resultados. Estos hallazgos resaltan la importancia de tener en cuenta diversos factores en la comprensión y abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente.

En cuanto a la edad, se encontró mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en los participantes de 16 años, mientras que los participantes de 18 años informaron un menor riesgo. Estos resultados destacan la necesidad de intervenciones tempranas y estrategias de prevención dirigidas a los adolescentes de manera oportuna.

En relación al rendimiento académico, se observó un mayor riesgo en los adolescentes con un promedio general de 8, seguido por aquellos con un promedio de 9, y un menor riesgo en aquellos con calificaciones entre 6 y 7 sobre un total de 10 puntos. Sin embargo, es necesario realizar una investigación más profunda para comprender la relación entre el rendimiento académico y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Para el segundo objetivo específico: identificar las dimensiones de comportamientos de riesgo medidas por el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, se observó que el miedo a la madurez fue la dimensión con mayor porcentaje y puntuación media más alta, seguida de la impulsividad y la conciencia interoceptiva. Por otro lado, las conductas de atracones y compensación de la conducta fueron las dimensiones con menor porcentaje. Estos hallazgos pueden reflejar la ansiedad generada por las responsabilidades y expectativas adultas, la

tendencia a actuar precipitadamente sin considerar las consecuencias y la falta de conciencia sobre las señales internas del cuerpo como el hambre y la saciedad.

En relación al objetivo general, describir el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca, el presente estudio encontró que el 65.7% de los adolescentes presentan comportamientos de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, principalmente anorexia y bulimia.

Por otro lado, es importante mencionar algunas limitaciones de este estudio. Se trata de un estudio descriptivo y transversal con una muestra limitada a una única institución educativa, por lo que los resultados no pueden generalizarse. Se recomienda realizar investigaciones de alcance correlacional o explicativo, con muestras más grandes que abarquen diferentes instituciones educativas, tanto públicas como privadas, y considerar otros factores sociodemográficos como el género, raza y etnia, edad; factores psicológicos como autoconcepto, niveles de autoestima, características de personalidad; factores socioeconómicos y clínicos para obtener una visión más holística de esta problemática.

Además, se evidencia la necesidad de prestar atención a los factores biológicos, psicológicos y socioculturales que contribuyen a la aparición y desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Es fundamental implementar procesos de promoción y prevención de la salud relacionados con estos trastornos, ya que aunque se ha investigado ampliamente este tema, aún no se ha dado suficiente visibilidad al trabajo preventivo en el contexto ecuatoriano.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). (DSM-5). Editorial Médica Panamericana
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Alonzo, O., Chipu, D., y Chicango, K. (2021). Trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 15-16 años, Colegio Consejo Provincial del Carchi Tulcán 2020. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 14(1), 1–13.
- Arroyo, D., y Huilca, A. (2021). *Efectividad de intervenciones psicológicas para la atención a adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Archivo digital. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8598>.
- Barrios, I., Piris-Jara, A., Montiel-Alfonso, M. Á., Ríos-González, C., Solís-Ávalos, D., García, O., Navarro, R., González-Urbieta, I., O'Higgins, M., Melgarejo, O., Almirón-Santacruz, J., Ruiz Díaz, N., Villalba-Arias, J., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., y Torales, J. (2021). Factores asociados y tamizaje de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en población general paraguaya. *Rev. Nac. (Itauguá)*, 13(1), 4–18. <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v13n1/2072-8174-hn-13-01-4.pdf%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/yzkbs>
- Bermúdez, L. V., Chacón, M. A., y Rojas, D. M. (2021). Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista Medica Sinergia*, 6(8), e694. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.694>
- Berny, M., Rodríguez, D., Cisneros, J., y Guzmán, G. (2020). Trastornos de la Conducta Alimentaria Feeding and Eating disorder. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 7(14), 15–21. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/issue/archive>
- Borja, K., & Lema, D. (2022). *Relación entre autoestima y riesgo a presentar trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de la Unidad Educativa San José de la Salle, en Cuenca-Azuay, período 2021*. [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. Archivo digital. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/39633>
- Bustamante, L. K., Luzuriaga, M. A., Rodríguez, P. E., y Espadero, R. G. (2022). Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 389–398. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp389-398>

- Caldera, I., Campo, P., Caldera, J., Reynoso, O., y Zamora, M. (2019). Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 53–61. <http://journals.iztacala.unam.mx>
- Calvopina, P. (2014). *Factores de riesgo que inciden en la probabilidad de padecer trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de la Unidad educativa Sagrados Corazones De Rumipamba, Quito 2013-2014*. [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Archivo digital. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7509/8.29.001724.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Casamachin, G., Chaves, D., y Ramírez, J. (2022). *¿Son los parámetros de belleza que la sociedad impone desencadenantes de la bulimia y la anorexia en mujeres universitarias de Popayán?* [Tesis de grado, Fundación Universitaria de Poyapán] Archivo digital. <http://unividadafup.edu.co/repositorio/files/original/f89f68b4f80d57fa131d9c602c268521.pdf>
- Cavero, Y. (2020). *Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes de la Institución Educativa Presentación de María, Comas - 2020* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo]. Archivo digital. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/54219/Cavero_BYB-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Escudero, A. (2022). *La influencia de la publicidad y los medios de comunicación en el origen de las TCA* [Tesis de grado, Universidad de Valladolid]. Archivo digital. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/54733>
- Gaete, V., y López, C. (2020). Eating disorders in adolescents. A comprehensive approach. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(5), 784–793. <https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Gallegos, A. (2015). *Asociación del riesgo para adquirir trastornos de la conducta alimentaria con el Índice de Masa Corporal en adolescentes entre 15 y 18 años en colegios de CORPEDUCAR de la ciudad de Quito*. [Tesis de grado, Universidad San Francisco de Quito] Archivo digital.
- Garner, D. (1998). *EDI-2 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA.
- Gismero, M. E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33–47. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
- Guano, J. del R. (2018). *Clima familiar, apoyo social y su relación con el riesgo a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en estudiantes universitarios vulnerables: una*

- propuesta de intervencion familiar* [Tesis de grado, Universidad técnica particular de Loja]. Archivo digital. [http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/20.500.11962/22117/1/Guano Cunalata%20 Jeanneth del Rocío.pdf](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/20.500.11962/22117/1/Guano%20Cunalata%20Jeanneth%20del%20Rocio.pdf)
- Güemes, M., González, M., e Hidalgo, M. (2017). Pediatría Integral Introducción al Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 233–244.
- Güemes, M., González, M. J., y Hidalgo, M. (2017b). Pubertad y adolescencia. *Adolescere*, 5(1), 7–22.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta Ed.). McGRAW-HILL.
- INEC (2010). Programa Nacional de Estadísticas. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Quito-Ecuador.
- La Vanguardia. (2019). *Trastornos alimentarios: 400.000 personas, la mayoría jóvenes, sufren un trastorno de alimentación*. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/vida/20190110/454064488085/400000-personas-la-mayoria-jovenes-sufren-un-trastorno-de-alimentacion.html>
- Loja, A., y Sarmiento, B. (2020). *Prevalencia De Los Trastornos De La Conducta Alimentaria En Adolescentes De 15 a 18 años De Un Colegio Particular Mixto Y Un Colegio Fiscal Mixto*. [Tesis de grado, Universidad del Azuay]. Archivo digital. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/10152>
- López, C., y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85–97. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70396-0)
- Luzuriaga, L. (2019). *Insatisfacción de la imagen corporal y comportamientos de riesgo asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de 12-16 años de la Unidad Educativa Padre Miguel Gamboa 2018-2019*. [Tesis de grado, Universidad central del Ecuador] Archivo digital. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19458/1/T-UCE-0007-CPS-167.pdf>
- Mcmillan, J. H., y Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa* (5a Ed.). Pearson educación.
- Montano, E. (2006). *Patologías de trastornos alimenticios*. Bogotá: Andaluz. Morejón Vera, C. A. (2012). Validación del test de Garner (EAT-26) para detectar el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios a través de su aplicación en una población mixta de adolescentes provenientes de colegios particulares de la ciudad de Quito. [Tesis de grado, Pontificia

Universidad Católica del Ecuador].

- Nigro, S y Amorín, D (comp.). (2013.). *Conductas y trastornos alimentarios*. Udelar.CSEP.
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/20278>
- Ochoa, D. (2015). *Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes del colegio Instituto Tecnológico Superior Daniel Álvarez Burneo*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Loja]. Archivo digital. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/10644>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Trastornos de la conducta alimentaria*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/eating-disorders>
- Ortiz, L., Aguiar, C., Samudio, G., y Troche, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge. *Pediatría (Asunción)*, 44(1), 37–42.
<https://doi.org/10.18004/ped.2017.abril.37-42>
- Paniego, N. (2022). *Factores determinantes de los trastornos de alimentación - ISEP*.
<https://www.isep.es/actualidad/factores-determinantes-trastornos-alimentacion/>
- Papalia, D., y Martorell, G. (2015). *Desarrollo humano*. (13ª ed.).
- Pérez, M., y 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. *Revista de Investigación Psicológica*, (10), 69-85.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322013000200007&lng=es&tlng=es.
- Pérez, J. A., Navas, L., y López, J. A. (2016). Satisfacción académica y motivación en estudiantes universitarios. En F. Javier, J. A. Pérez, y J. R. Torregrosa (Eds.), *Psicología de la educación virtual: Procesos de enseñanza y aprendizaje con tecnología*, 24(1), 45-68. Pirámide.
- Polo, I. D., Fonseca, G., Cárdenas, H., Rodríguez-Arellano, M. E., Musalem-Younes, C., y Mejía-Figueroa, M. C. (2023). Índice De Masa Corporal Como Factor De Riesgo En Trastornos De La Conducta Alimentaria En Escolares Y Adolescentes. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, August. 22(26), 10–12. <https://doi.org/10.24875/remq.19000068>
- Renau, M., Beltran, M., Toledo, M., Bou, C., Pastor, M. C., y Moliner, D. (2018). The risk of eating disorders and academic performance in adolescents: DADOS study. *Nutricion Hospitalaria*, 35(5), 1201–1207. <https://doi.org/10.20960/nh.1778>
- Secretaría de Salud. (2015). *¿Qué es la adolescencia?*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
- Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J., y López, P. (2018). Academic performance and eating behavior

of university students. *Nutricion Hospitalaria*, 8(5), 13–24.

<https://doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>

Zapata, D., Granfeldt, G., Muñoz, S., Celis, M., Vicente, B., Sáez, K., Peterman, F., Gaete, D., Leonario, M., y Constanza Mosso, C. (2018). Risk of eating disorders in Chilean adolescents of different types educational establishments. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 68(3), 217–223.

Anexos

Anexo A. Instrumentos de recolección de información

1. Ficha Sociodemográfica

Por favor, llene con su información cada apartado de este documento, no se solicitará su nombre.

- **Edad:**_____
- **Sexo:**_____
- **Peso (kg):**_____
- **Estatura (m²):**_____
- **Índice de masa corporal (IMC):** _____

- **Seleccione con una "X" el año que cursa:**

Primero de Bachillerato

Segundo de Bachillerato

Tercero de Bachillerato

- **Señale su última calificación obtenida en su promedio general**

- **Vive en (seleccione con una X):**

Zona rural

Zona urbana

- **¿Ha sido diagnosticado con algún trastorno de la conducta alimentaria?
(Seleccione con una X):**

Si

No

2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2).

INSTRUCCIONES

Debes contestar a las frases que se proponen, algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas. No existen respuestas correctas o incorrectas, contesta todas las frases con sinceridad.

Para responder debes poner una X sobre el número que consideres es tu respuesta.

	Ítems	Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
1	Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.	0	1	2	3	4	5
2	Creo que mi estómago es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
3	Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.	0	1	2	3	4	5
4	Suelo comer cuando estoy disgustado.	0	1	2	3	4	5
5	Suelo hartarme de comida.	0	1	2	3	4	5
6	Me gustaría ser más joven.	0	1	2	3	4	5
7	Pienso ponerme a dieta.	0	1	2	3	4	5
8	Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.	0	1	2	3	4	5
9	Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.	0	1	2	3	4	5
10	Me considero una persona poco eficaz.	0	1	2	3	4	5
11	Me siento muy culpable cuando como en exceso.	0	1	2	3	4	5
12	Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
13	En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
14	La infancia es la época más feliz de la vida.	0	1	2	3	4	5
15	Soy capaz de expresar mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5
16	Me aterroriza la idea de engordar.	0	1	2	3	4	5
17	Confío en los demás.	0	1	2	3	4	5
18	Me siento solo en el mundo.	0	1	2	3	4	5
19	Me siento satisfecho con mi figura.	0	1	2	3	4	5
20	Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.	0	1	2	3	4	5

21	Suelo estar confuso sobre mis emociones.	0	1	2	3	4	5
22	Preferiría ser adulto a ser niño.	0	1	2	3	4	5
23	Me resulta fácil comunicarme con los demás.	0	1	2	3	4	5
24	Me gustaría ser otra persona.	0	1	2	3	4	5
25	Exagero o doy demasiada importancia al peso.	0	1	2	3	4	5
26	Puedo reconocer las emociones que siento a cada momento.	0	1	2	3	4	5
27	Me siento incapaz.	0	1	2	3	4	5
28	He ido a comilonas en las que sentía que no podía parar de comer.	0	1	2	3	4	5
29	Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.	0	1	2	3	4	5
30	Tengo amigos íntimos.	0	1	2	3	4	5
31	Me gusta la forma de mi trasero.	0	1	2	3	4	5
32	Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.	0	1	2	3	4	5
33	No sé qué es lo que ocurre en mi interior.	0	1	2	3	4	5
34	Me cuesta expresar mis emociones a los demás.	0	1	2	3	4	5
35	Las exigencias de la vida adulta son excesivas.	0	1	2	3	4	5
36	Me fastidia no ser el mejor en todo.	0	1	2	3	4	5
37	Me siento inseguro de mí mismo.	0	1	2	3	4	5
38	Suelo pensar en darme un atracón.	0	1	2	3	4	5
39	Me alegra haber dejado de ser un niño.	0	1	2	3	4	5
40	No sé muy bien cuando tengo hambre o no.	0	1	2	3	4	5
41	Tengo mala opinión de mí.	0	1	2	3	4	5
42	Creo que puedo conseguir mis objetivos.	0	1	2	3	4	5
43	Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.	0	1	2	3	4	5
44	Temo no poder controlar mis sentimientos.	0	1	2	3	4	5
45	Creo que mis caderas son demasiado anchas.	0	1	2	3	4	5

46	Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.	0	1	2	3	4	5
47	Me siento hinchado después de una comida normal.	0	1	2	3	4	5
48	Creo que las personas son más felices cuando son niños.	0	1	2	3	4	5
49	Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.	0	1	2	3	4	5
50	Me considero una persona valiosa.	0	1	2	3	4	5
51	Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	0	1	2	3	4	5
52	Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	0	1	2	3	4	5
53	Pienso en vomitar para perder peso.	0	1	2	3	4	5
54	Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.	0	1	2	3	4	5
55	Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.	0	1	2	3	4	5
56	Me siento emocionalmente vacío en mi interior.	0	1	2	3	4	5
57	Soy capaz de hablar de aspectos personales y sentimientos.	0	1	2	3	4	5
58	Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.	0	1	2	3	4	5
59	Creo que mi trasero es demasiado grande.	0	1	2	3	4	5
60	Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.	0	1	2	3	4	5
61	Como o bebo a escondidas.	0	1	2	3	4	5
62	Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	0	1	2	3	4	5
63	Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.	0	1	2	3	4	5
64	Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.	0	1	2	3	4	5
65	La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.	0	1	2	3	4	5
66	Me avergüenzo de mis debilidades humanas.	0	1	2	3	4	5

67	La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.	0	1	2	3	4	5
68	Me gustaría tener el control total sobre mis necesidades corporales.	0	1	2	3	4	5
69	Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones en grupo.	0	1	2	3	4	5
70	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.	0	1	2	3	4	5
71	Me esfuerzo por buscar cosas que me producen placer.	0	1	2	3	4	5
72	Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.	0	1	2	3	4	5
73	Soy comunicativo con la mayoría de la gente.	0	1	2	3	4	5
74	Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.	0	1	2	3	4	5
75	La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.	0	1	2	3	4	5
76	La gente comprende mis verdaderos problemas.	0	1	2	3	4	5
77	Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.	0	1	2	3	4	5
78	Comer por placer es signo de debilidad moral.	0	1	2	3	4	5
79	Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.	0	1	2	3	4	5
80	Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.	0	1	2	3	4	5
81	Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.	0	1	2	3	4	5
82	Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.	0	1	2	3	4	5
83	Los demás dicen que me irrito con facilidad.	0	1	2	3	4	5
84	Tengo la sensación de que todo me sale mal.	0	1	2	3	4	5
85	Tengo cambios de humor bruscos.	0	1	2	3	4	5

86	Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.	0	1	2	3	4	5
87	Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.	0	1	2	3	4	5
88	El sufrimiento te convierte en una persona mejor.	0	1	2	3	4	5
89	Sé que la gente me aprecia.	0	1	2	3	4	5
90	Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.	0	1	2	3	4	5
91	Creo que realmente sé quién soy.	0	1	2	3	4	5

Anexo B. Baremos

APÉNDICE B

BAREMOS ESPAÑOLES

Tabla B1

Varones, adolescentes sin trastornos de conducta alimentaria

PD	OBESIÓN POR LA DELGADIZ	BULIMIA	INSATISFACCIÓN CORPORAL	INEFICACIA	PERFECCIONISMO	DISCONFORTO INTERPERSONAL	CONCIENCIA INTROSPECTIVA	MIEDO A LA MADUREZ	ASCETISMO	IMPULSIVIDAD	INSEGURIDAD SOCIAL	PD
30												30
29												29
28												28
27												27
26												26
25												25
24			99									24
23										99		23
22								99				22
21			98									21
20								98				20
19							99			98		19
18				99				97				18
17	99		97					95		97	99	17
16								94		96		16
15	98		96		99	99	98	92		95		15
14			95		98		97	89	99	93	98	14
13	97	99	94	98		98	96	88		92		13
12	96		93	97	96	97	95	82	98	88	97	12
11		98	91	96	94	96	93	77	96	85	96	11
10	94		89	95	91	95	91	72	95	81	94	10
9	93	97	87	94	87	92	88	65	94	77	91	9
8	91	95	84	92	82	89	85	57	89	71	88	8
7	90	93	79	89	76	84	80	49	85	66	85	7
6	87	90	75	86	69	80	75	39	79	60	81	6
5	82	86	69	82	58	73	68	30	69	47	75	5
4	78	82	63	75	48	64	59	23	59	41	67	4
3	72	77	56	67	39	52	51	16	48	36	57	3
2	59	65	44	55	26	40	39	9	32	26	46	2
1	48	54	36	44	16	27	27	4	19	21	33	1
0	32	41	26	32	10	16	16	2	9	14	19	0

Tabla B2

Mujeres, adolescentes sin trastornos de conducta alimentaria

PD	Obsesión por la delgadez	Bulimia	Inatisfacción corporal	Ineficacia	Perfeccionismo	Desconfianza interpersonal	Conciencia interoceptiva	Miedo a la madurez	Ascetismo	Impulsividad	Inseguridad social	PD
30												30
29												29
28												28
27												27
26			99									26
25			98									25
24			97									24
23			95	99						99		23
22			94									22
21			91				99					21
20	99		88					99				20
19	97		86	98			98			98		19
18	95		83					98		97		18
17	92		80	97			97	97		96	99	17
16	89		77				96	96		94		16
15	86		75	96	99	99	95	94	99	93		15
14	83		72	95			94	92	98	90	98	14
13	80	99	70	94	98		92	89	97	88	97	13
12	77		67	94	97	98	90	85	96	86	96	12
11	75		64	92	95	97	87	81	95	83	94	11
10	71		61	90	94	95	84	77	93	79	93	10
9	69	98	57	87	91	93	81	72	91	74	90	9
8	65	97	53	84	86	91	77	65	86	68	87	8
7	62	95	49	80	82	87	72	56	80	63	83	7
6	58	93	45	76	76	82	66	47	73	57	78	6
5	53	90	41	70	68	75	57	37	61	46	70	5
4	49	87	37	62	59	66	50	26	51	40	63	4
3	44	81	32	55	51	57	42	17	40	35	54	3
2	34	69	25	44	36	44	31	10	22	28	45	2
1	26	57	19	31	24	30	21	5	12	21	33	1
0	18	47	14	18	16	19	12	2	5	14	19	0

Anexo C. Carta de Interés Institucional



A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente manifiesto que el proyecto titulado: **Riesgo de trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca en el periodo septiembre 2023- febrero 2024**, es de interés institucional por los resultados que se pueden generar de este proyecto para el **Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca**, tomando en cuenta que la institución educativa cuenta con el alumnado correspondiente a la población de estudio de la investigación, así como el espacio adecuado para la aplicación del instrumento.

Informo también que la participación del **Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca** es libre y voluntaria; y, que en caso de solicitar datos anonimizados o seudonimizados la **Universidad de Cuenca** cuenta con la capacidad de entregar los datos de manera anonimizada o seudonimizada según lo establecido en la Ley Orgánica De Protección De Datos Personales.

Además, los investigadores han manifestado que cuentan con los insumos necesarios para la ejecución del proyecto de Investigación. Por tanto, el **Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca** no contempla algún tipo de financiamiento para el desarrollo de este estudio.

Se aclara que este documento no constituye la autorización, ni la aprobación del proyecto, o del uso de insumos o recursos humanos de la institución. Además, se informa que una vez que la investigación sea aprobada por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos autorizado por el Ministerio de Salud Pública, el Investigador principal podrá solicitar los datos de los sujetos de estudio o datos de salud anonimizados o seudonimizado, debiendo adjuntar el protocolo de investigación aprobado y la carta de aprobación emitida por el CEISH.

En caso de que el investigador requiera de talento humano o insumos de un establecimiento público sanitario para la ejecución de un proyecto de investigación, debe suscribir un convenio según como lo determine establecimiento público sanitario, en base a lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 00011 -2020, "Reglamento de suscripción y ejecución de convenios del MSP", publicado en Registro oficial – Edición especial No. 590 de 20 de mayo de 2020. Cabe señalar que el proyecto de investigación previo a la suscripción del convenio deberá contar con la aprobación de un CEISH aprobado por MSP.

Cuenca, 9 de mayo de 2023

Mst. Elsa Carpio
Rectora del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca



Anexo D. Asentimiento informado

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca en el periodo septiembre 2023- febrero 2024

Período de ejecución del estudio: septiembre 2023- febrero 2024

Investigadora: Carol Gabriela Arias Sangurima

Esta investigación tiene por objetivo describir el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca en el periodo septiembre 2023- febrero 2024.

Si decide aceptar ser partícipe o no de esta investigación, es importante que conozca y comprenda el estudio.

El lugar en el que se llevará a cabo la aplicación de los instrumentos es en el Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca de manera presencial, la investigadora facilitará el material impreso para la recolección de información.

Los **participantes** de esta investigación serán adolescentes de 14 a 18 años.

Procedimiento: en este estudio, se aplicará el instrumento Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria (EDI 2) a 250 estudiantes aproximadamente, cuyos representantes legales hayan firmado el consentimiento informado. La aplicación del instrumento en físico será de manera presencial y durará 35 minutos aproximadamente. Una vez obtenida la información se realizará una base de datos para su análisis y procesamiento estadístico, cuyos resultados se presentarán a través de tablas y figuras para su mejor comprensión.

Riesgos de la investigación: es posible que al llenar el instrumento usted se sienta juzgado/a con respecto a la conducta alimentaria, ante este aspecto es importante mencionar que para esta investigación no se registrará su nombre, por tanto, la información proporcionada será completamente confidencial; por otro lado, es posible que se sienta incómodo/a con las afirmaciones del instrumento y le afecte de manera emocional, para ello usted podrá detener la aplicación del instrumento o tomarse una pausa para luego continuar con la aplicación.

Beneficios de la investigación: los posibles beneficios pueden no ser directos, sin embargo, estos parten de describir si existen estudiantes con riesgo a desarrollar un Trastorno de Conducta Alimentaria para posterior, llevar a cabo un proceso de intervención en prevención en este tema, con base en los resultados se podrá recomendar al Departamento de Consejería Estudiantil programas de psicoeducación en temas de TCA y factores protectores dirigidos a las y los estudiantes del Colegio.

Privacidad y confidencialidad: si usted decide participar en esta investigación, la información que proporcione será utilizada únicamente con fines de investigación, será estrictamente guardada y sus nombres y apellidos no se registrarán en ninguna fase de la investigación.

Participación voluntaria: su participación es totalmente voluntaria, usted tiene la libertad de decidir responder el instrumento o de retirarse de la aplicación en cualquier momento, sin que haya una repercusión negativa sobre su persona.

Yo, _____ con cédula de identidad _____, acepto de manera libre y voluntaria participar en el estudio sobre Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca. He sido informado/a ante mis inquietudes y entiendo la información que se me ha proporcionado, por ello, estoy de acuerdo con la información que he recibido en este formulario de asentimiento. De manera voluntaria y con el consentimiento de mi representante legal, acepto participar en este estudio.

Nombres completos de la investigadora

Firma de la investigadora

Fecha

Anexo E. Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en adolescentes de 14 a 18 años del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca en el periodo septiembre 2023- febrero 2024

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal (IP)	Carol Gabriela Arias Sangurima	0107048621	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?
Su representado/a está invitado/a a participar en esta Investigación sobre Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria, que se realizará en el Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca. En este documento se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será la participación de su representado/a y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y derechos de su representado/a en caso de que usted decida que participe. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre la participación o no de su representado/a en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.
Introducción
Es de acceso al público información que constata que ha aumentado la prevalencia de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), estos trastornos tienen que ver con la conducta de alimentación, la preocupación por el peso y figura, especialmente en los y las adolescentes. Estos trastornos pueden generar graves efectos en la salud física, psicológica y social de la persona, además, tienen un alto impacto en la imagen corporal y autoestima; por ello, es importante identificar si existen indicadores de riesgo que puedan alertar a los padres sobre un posible desarrollo de TCA en sus hijos/as. Así, este estudio podrá describir los indicadores de riesgo en los adolescentes del CCC. Por otro lado, su representado/a ha sido seleccionado/a para participar en este estudio ya que forma parte de la población adolescente, una etapa donde el individuo se vuelve vulnerable y presenta mayor riesgo en el desarrollo de un Trastorno de Conducta Alimentaria.
Objetivo del estudio
El objetivo principal es describir el riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria en los y las adolescentes del Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca.
Descripción de los procedimientos
Esta investigación se llevará a cabo en el Colegio de Bachillerato Ciudad de Cuenca, cuya población se compone de adolescentes entre 14 a 18 años. De manera secuencial, se realizará la aplicación de un instrumento de recolección de información llamado Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2), este contiene 91 ítems y junto con la ficha sociodemográfica, su aplicación durará 35 minutos aproximadamente; cabe destacar que la aplicación del instrumento se realizará en las aulas de la institución de manera presencial y la investigadora facilitará el material a ser llenado por su representado/a. Una vez que se haya recolectado toda la información, se realizará una base de datos para su posterior análisis y presentación de resultados a través de tablas y figuras para su mejor comprensión.
Riesgos y beneficios
Un posible riesgo es que al llenar el instrumento su representado/a se sienta juzgado/a con respecto a la conducta alimentaria, ante este aspecto es importante mencionar que para esta investigación no se registrará su nombre, por tanto, la información proporcionada será completamente confidencial; por otro lado, es posible que se sienta incómodo/a con las afirmaciones del instrumento, pueden haber ítems sensibles relacionados a su alimentación o su cuerpo que le afecte de manera emocional, para ello su representado/ podrá detener la aplicación del instrumento o tomarse una pausa para luego continuar con la aplicación. Los posibles beneficios pueden no ser directos, sin embargo, estos parten de describir si existen estudiantes con riesgo a desarrollar un Trastorno de Conducta Alimentaria para posterior, llevar a cabo un proceso de intervención en prevención en este tema, con base en los resultados se podrá recomendar al Departamento de Consejería Estudiantil programas de

psicoeducación en temas de TCA y factores protectores dirigidos a las y los estudiantes del Colegio. Si bien es cierto, la participación de su representado/a puede contribuir a la comprensión y prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, posiblemente se beneficie al aumentar su conciencia sobre su propia salud y fomentar una mayor comprensión y aceptación de sí mismo. Además, puede recibir un informe general de los resultados de la investigación que le aporten a su propia comprensión de los TCA.

Otras opciones si no participa en el estudio

Usted posee la total libertad de decidir si su representado/a participa o no en el estudio.

Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

1. Recibir la información del estudio de forma clara;
2. Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
3. Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
4. Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
5. Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
6. Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
7. El respeto de su anonimato (confidencialidad);
8. Que se respete su intimidad (privacidad);
9. Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
10. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992120851 que pertenece a Carol Arias o envíe un correo electrónico a carol.arias@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo que mi representado/a puede participar en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente que mi representado/a participe en esta investigación.

Nombres completos del/a representante		Firma del/a representante	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a		Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Ismael Morocho Malla, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: ismael.morocho@ucuenca.edu.ec