

**CONDUCTAS DE RIESGO EN RELACIÓN A LA ANOREXIA NERVIOSA EN
ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE DEL PROGRAMA DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI.**

PRESENTADO POR:

Ana Isabel García Noguera

Gabriela Duran La Rotta

Valentina Vargas Silva

Director: Psy, D. RODRIGO LÓPEZ SANTANDER

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

2024

TABLA DE CONTENIDO

- 1. Resumen**
- 2. Abstract**
- 3. Introducción**
- 4. Justificación**
- 5. Objetivos de investigación**
 - 5.1 Objetivo general**
 - 5.1 Objetivos específicos**
- 6. Planteamiento del problema**
- 7. Marcos de referencia**
 - 7.1 Marco de antecedentes**
 - 7.2 Marco conceptual**
 - 7.2.1 Conductas alimentarias**
 - 7.2.2 Trastornos de la conducta alimentaria**
 - 7.2.3 Anorexia nerviosa**
 - 7.2.4 Afectación psicológica**
 - 7.2.5 Adolescencia y juventud**
 - 7.2.6 Identidad**
 - 7.2.7 Factores de riesgo**
 - 7.3 Marco legal**
 - 7.4 Marco ético**

7.5 Consideraciones éticas

7.6 Marco contextual

7.7 Marco teórico

7.7.1: Capítulo I: Conductas alimentarias

7.7.2: Capítulo II: Afectaciones

7.7.3: Capítulo III: Adolescencia y TCA

8. Metodología

9. Resultados

10. Discusión

11. Conclusiones

12. Anexos

13. Referencias

1. RESUMEN

El estudio se enfocó en analizar las conductas de riesgo asociadas con la anorexia nerviosa en estudiantes de odontología, específicamente mujeres en su primer y segundo semestre en la Universidad Santiago de Cali. Empleando un enfoque cuantitativo no experimental, se recopilan datos mediante el cuestionario EAT-26 para explorar factores como la percepción corporal y la autoestima de las participantes. El objetivo es identificar comportamientos alimentarios de riesgo y sugerir estrategias preventivas que reduzcan la incidencia de trastornos alimentarios en esta población universitaria.

Los hallazgos prevén una notable prevalencia de insatisfacción corporal y preocupación por la imagen entre las estudiantes, influenciadas por las normas sociales y los ideales de belleza. Se espera que el estudio concluye con recomendaciones para implementar programas psicoeducativos y preventivos en la universidad. Este trabajo contribuirá al entendimiento de los trastornos alimentarios en el entorno académico y promoverá medidas para mejorar la salud mental y física de las jóvenes en riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.

Palabras clave: Conductas de riesgo, anorexia nerviosa, percepción corporal, autoestima, estudiantes universitarias, trastornos alimentarios, prevención, programas psicoeducativos

2. ABSTRACT

The study focuses on analyzing risk behaviors associated with anorexia nervosa in dental students, specifically women in their first and second semester at the Santiago de Cali University. Using a non-experimental quantitative approach, data is collected using the EAT-26 questionnaire to explore factors such as body perception and self-esteem of the participants. The objective is to identify risky eating behaviors and suggest preventive strategies that reduce the incidence of eating disorders in this university population.

The findings predict a notable prevalence of body dissatisfaction and concern about image among female students, influenced by social norms and beauty ideals. The study is expected to conclude with recommendations for implementing psychoeducational and preventive programs at the university. This work will contribute to the understanding of eating disorders in the academic environment and promote measures to improve the mental and physical health of young women at risk of developing anorexia nervosa.

Keywords: Risk behaviors, anorexia nervosa, body perception, self-esteem, university students, eating disorders, prevention, psychoeducational programs

3. INTRODUCCIÓN

Existen aspectos de suma importancia para el desarrollo fundamental de las personas, tanto individual como socialmente, como lo son la imagen corporal y la autoestima, en especial durante la etapa de la juventud. En esta etapa de la vida, los cambios físicos y psicológicos influyen de manera significativa en la percepción que las personas tienen sobre sí mismas, así como en su relación con la alimentación. Teniendo en cuenta lo anterior, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, constituyen un grave problema para la salud mental y física de quienes los sufren.

Abordar estos trastornos es crucial debido a las graves implicaciones que tienen para la salud de las personas que los padecen. Ya que no solo comprometen el bienestar físico al poner en riesgo una buena nutrición, sino que también afectan significativamente a la salud mental. Además, estos trastornos pueden tener un impacto en la calidad de vida de las personas, interfiriendo con su capacidad para llevar una vida plena y satisfactoria, así como para mantener relaciones interpersonales saludables.

La Universidad Santiago de Cali, como institución de educación superior en Colombia, acoge una diversa población de estudiantes, entre las que se encuentran mujeres del programa de odontología, dicha población pertenece a primer y segundo semestre, las cuales están en un rango etario entre los 18 a los 23 años de edad, en ese sentido sabemos que evolutivamente se encuentra experimentando un serie de cambios físicos, emocionales y sociales que determinan la conducta de las mismas. Además de que estas jóvenes se enfrentan a diferentes desafíos, como la construcción de su identidad, la adaptación a nuevas

responsabilidades académicas y sociales, y el manejo de cambios en su imagen corporal y autoestima.

Sin embargo, existe una preocupación significativa acerca de la prevalencia de conductas de riesgos que se desencadena de la imagen corporal y la autoestima entre los estudiantes universitarios, esto puede tener relación con diversas variables, como, la presión social, los estándares de belleza idealizados y los modelos culturales de delgadez que pueden influir en la percepción que los jóvenes tienen sobre su propio cuerpo, lo que a su vez podría conducir a prácticas alimentarias disfuncionales y conductas de riesgo para la salud.

Por lo tanto, esta investigación tiene como finalidad identificar y analizar las conductas de riesgo que presentan las jóvenes frente a su imagen corporal y la autoestima en torno a la conducta alimentaria. Es decir se buscará comprender los factores que generan la aparición de estos comportamientos para proponer algunas estrategias de afrontamiento que sirvan en la prevención de riesgos en la conducta alimentaria y así mismo en evaluaciones tempranas para reducir la ocurrencia de estos trastornos en la población.

4. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto se fundamenta en la necesidad específica que relaciona en la ausencia de componentes y abordajes en relación a las conductas de riesgo que se pueden presentar en jóvenes universitarios y que posiblemente puedan llegar a desencadenar en un trastorno de la conducta alimentaria como lo es la anorexia nerviosa, específicamente en estudiantes mujeres de primer y segundo semestre de la carreras de odontología. Dicho fenómeno está asociado a múltiples factores de vulnerabilidad en la juventud como insatisfacción corporal, preocupación excesiva por la comida, el peso, la imagen corporal y lo que esta representa.

En la actualidad los programas de salud gubernamental se han enfocado en cuatro problemáticas sociales de la juventud de la ciudad Santiago de Cali, que es consumo de spa, violencia, suicidio y trastornos mentales. Sin embargo, en los trastornos mentales se enfocan en dos, como lo son la ansiedad y la depresión, por lo cual esto no permite dar visualización a otros tipos de trastornos que están latentes en nuestra población, como por ejemplo los TCA (Trastornos de la conducta alimentaria).

Según la Organización Mundial de la Salud, los TCA representan una de las problemáticas más importantes a nivel mundial, tanto por el número de personas afectadas que va en aumento, como por las muertes que ocasiona. Se trata de enfermedades que requieren un tratamiento largo, que pueden convertirse en enfermedades crónicas y llevar a la muerte (OMS,2019). Teniendo en cuenta lo anterior es importante mencionar que existen múltiples enfermedades relacionadas al TCA, una de estas es la anorexia nerviosa. Según Morales (2019), esta patología psiquiátrica es la que muestra las tasas de mortalidad más altas. Se define como una percepción distorsionada del tamaño y la forma del cuerpo, lo que

lleva a una búsqueda constante de la delgadez. Se distingue por una reducción extrema de peso, lograda a través de una dieta muy restrictiva.

La prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) entre estudiantes universitarios ha sido objeto de creciente interés en los últimos años, dada su relación con graves consecuencias para la salud mental y física. Los argumentos para centrarse en este grupo de mujeres, radica en identificar las conductas de riesgo relacionadas con la anorexia nerviosa y de esta manera comprender qué planes o protocolos de intervención se podrían desarrollar y de esta manera minimizar la ocurrencia de riesgo en dicha población y el impacto que esta tiene en todas las áreas vitales.

La literatura científica ha documentado que existen diversos factores de riesgo que pueden llegar a desencadenar en un TCA, los cuales se relacionan directamente con el consumo de sustancias para controlar el apetito, adquirir una obsesión con el ejercicio físico, evitar situaciones o ambientes donde se consuman alimentos en público, fomentar la ingesta de alimentos sin control, y realización de dietas extremas con el fin de poseer un cuerpo normotípico. Además, estudios previos han encontrado una alta prevalencia de conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria entre estudiantes universitarios, lo que subraya la importancia de investigar estas conductas para poder intervenir a tiempo.

Este estudio resulta importante ya que es una investigación que no se ha realizado en la Universidad Santiago de Cali, por lo cual esta permitirá una comprensión más profunda de cómo los hábitos alimenticios pueden afectar la salud de múltiples maneras. Anteriormente, la discusión sobre la salud alimentaria solía centrarse principalmente en los aspectos básicos de la nutrición, como la ingesta de calorías, vitaminas y minerales. Sin embargo, ahora entendemos que factores más complejos, como los comportamientos alimentarios y sus influencias contextuales, también desempeñan un papel importante en nuestra salud.

Por otra parte, este proyecto se destaca debido a que al identificar las conductas de riesgo podemos desarrollar estrategias más efectivas para promover comportamientos alimentarios saludables y prevenir enfermedades relacionadas con la dieta. Además, esta comprensión nos permite abordar la salud de manera más holística, reconociendo la interconexión entre la alimentación, la salud mental, el entorno social y otros aspectos de nuestras vidas.

El aporte que se evidenciara con este estudio es que no solo contribuirá al cuerpo académico de conocimiento sobre TCA en contextos universitarios, sino que también facilitará el desarrollo de estrategias de prevención y atención para estudiantes en riesgo, especialmente en carreras como odontología donde el conocimiento y la sensibilización sobre estos son temas fundamentales.

El estudio de las conductas de riesgo relacionadas con la anorexia nerviosa entre las estudiantes de odontología de primer y segundo semestre de la Universidad Santiago de Cali radica en la urgencia de comprender y abordar esta problemática de salud pública. Un trabajo sobre la identificación de factores de riesgo específicos y la implementación de intervenciones psicoeducativas, por lo cual esto ayudará significativamente a una mejor salud mental y física.

5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar las conductas de riesgo asociadas al trastorno de la conducta alimentaria, (Anorexia) en las estudiantes mujeres de primer y segundo semestre del programa de odontología de la Universidad Santiago de Cali .

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a las estudiantes del programa de odontología, de primer y segundo semestre que presenten conductas de riesgos asociadas a trastornos de la conducta alimentaria.
2. Identificar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la anorexia en los estudiantes de odontología de primer y segundo semestre.
3. Identificar la conducta de riesgo más prevalente que incide en el desarrollo de la anorexia nerviosa.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La delgadez se ha convertido para algunas mujeres, y también para algunos hombres, en una especie de culto del que no pueden prescindir. Debido a su preferencia por sacrificar horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar, a someterse a privaciones con dietas difíciles de cumplir y terminar desarrollando una obsesión por estar delgadas, lo cual en algunos casos, da lugar a una enfermedad relacionada a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como lo es, la anorexia nerviosa (Zagalaz, 2005). La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por una preocupación obsesiva por perder peso, una percepción distorsionada del propio cuerpo y una restricción extrema en la ingesta de alimentos. Esta enfermedad afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, y sus consecuencias pueden ser devastadoras, incluyendo problemas de salud física graves e incluso la muerte. (Muñoz, 2020).

En Colombia la encuesta nacional de salud mental realizada en más de 13.000 hogares (Población de áreas urbanas y rurales mayores de 7 años), reveló que el 9,3 % de los adolescentes y una proporción similar de adultos jóvenes reportaron algún comportamiento de riesgo para TCA. El 10 % de los adolescentes en peso normal respondieron que hacen dietas no indicadas médicamente para perder peso (Semana,2023). Por otro lado, ACOM (2022) señala que en Colombia, el 9% de los jóvenes está en riesgo de desarrollar anorexia nerviosa, y los expertos indican que este porcentaje ha aumentado considerablemente tras la pandemia de COVID-19. Teniendo en cuenta lo anterior es importante resaltar la mención de una experta como Juanita Gempeler, psicóloga clínica, co-directora científica de Equilibrio, y una de las 2 colombianas que hacen parte de Eating Disorders Research Societyde, la cual indican que los TCA, se están presentando desde los ocho y nueve años de edad, por lo cual

es importante la formación compartida entre las familias y colegios para el manejo de esto, sin embargo, la edad media en la que se desarrollan estos trastornos es entre los 12 y 25 años, y se estima que un 10 % de adolescentes y jóvenes en Colombia padecen algún TCA, por lo cual es importante mencionar que la anorexia nerviosa es una de las causas de mortalidad más frecuentes en adolescentes. Las mujeres con anorexia mueren cinco veces más que las de su misma edad no enfermas, por problemas de desnutrición y suicidio que predomina en esta enfermedad (Gempeler, 2023).

Por otra parte en un estudio realizado en España en relación a el análisis del riesgo de sufrir trastornos alimentarios en jóvenes universitarios, se pudo evidenciar que existe un alto porcentaje de estudiantes en riesgo de sufrir TAC. En las jóvenes alumnas se evidencian mayores tasas de insatisfacción corporal y de delgadez que sus compañeros masculinos que, por el contrario, demuestran más características de bulimia. Además, aquellos que cursan estudios en educación muestran tasas más elevadas de factores de riesgo, como trastornos de la conducta alimentaria, una obsesión por la delgadez y la insatisfacción con su imagen corporal. En contraste, los estudiantes de ciencias de la salud, especialmente los de enfermería, presentan una situación diferente, posiblemente debido a su mayor formación en temas biosanitarios. (Benitez, 2019), esto pone en lucidez el impacto de esta problemática en jóvenes mujeres universitarias; Por otra lado, es importante mencionar el siguiente estudio que se realizó en España, el cual tuvo como objetivo conocer la prevalencia de TCA y su asociación con distintos hábitos de vida en población española y universitaria de primer curso, los resultados obtenidos evidencian la prevalencia de riesgo de TCA en la población estudiada, la cual tuvo un porcentaje del 19.5%. Sin embargo, a nivel internacional las prevalencias de riesgo muestran una gran variabilidad en esta población oscilando de valores del 39.7% en Grecia y Colombia al 5.8% de México (Martinez,2014).

Teniendo en cuenta lo anterior, se pone en evidencia que a pesar de los esfuerzos por comprender y tratar la anorexia nerviosa, sigue siendo un problema de salud pública significativo en todo el mundo. Existe una necesidad urgente de investigar más a fondo las causas subyacentes, los factores de riesgo, los mecanismos biológicos y psicológicos involucrados, así como desarrollar intervenciones efectivas para prevenir y tratar esta enfermedad (Pacherres, 2018).

En la actualidad, las investigaciones epidemiológicas sobre los trastornos alimenticios no se centran únicamente en los aspectos clínicos, sino también en las alteraciones en los comportamientos alimentarios y en las variables cognitivas relacionadas con la percepción de la imagen corporal. Esto permite identificar los factores de riesgo y reconocer a los individuos más vulnerables (Benitez, 2019).

Por todo lo expuesto se ha planteado la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son las conductas de riesgo en relación a la anorexia nerviosa en mujeres que están cursando tercer semestre del programa odontología de la Universidad Santiago de Cali?

7. MARCOS DE REFERENCIA

7.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Para el desarrollo de esta investigación se utilizarán como punto de partida los siguientes artículos de investigación, los cuales tienen similitud al tema que se está investigando.

En primera instancia se encontró que **los autores** AM Benítez, S Sánchez, ML Bermejo, L Franco, MA García-Herráiz, J Cubero pertenecientes al área de la salud en la Universidad de Extremadura - España, del Laboratorio de Educación para la Salud; Área de Dca de Ciencias Extremadura y de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Servicio Extremeño de Salud (SES), en su **artículo titulado:** Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en Jóvenes Universitarios de Extremadura (España) cuyo objetivo es explicar los factores implicados, las causas y los efectos, como una forma para detener las tendencias de crecimiento, por lo cual, la investigación se centra en el estudio del riesgo de padecer un TCA entre una muestra de 600 estudiantes matriculados en dpces grados ofertados de la Universidad de Extremadura (AM Benitez, 2019). Los investigadores **aplicaron los siguientes instrumentos:** el inventario -3, Trastorno del RF (RF de EDI-3) y el cuestionario en español IMAGEN (evaluación de insatisfacción con la imagen corporal). Lo anterior les dio como **resultado:** el 40% de las mujeres superó el umbral en la escala de Obsesión por la Delgadez (DT), lo que indica que este grupo presenta un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (AM Benitez, 2019). Se encontró, solo el 17% de los hombres alcanzó este nivel de riesgo, un porcentaje elevado si se compara con el estudio de García et al., quienes, usando el mismo instrumento (EDI-3 RF), encontraron que el 11,9% de los hombres y el 29,9% de las mujeres estaban en alto riesgo en esta escala. Además, las mujeres mostraron una mayor insatisfacción corporal (BD), con el

48% de ellas superando el punto de corte, en comparación con el 27% de los hombres (AM Benitez, 2019). Estudios previos ya habían indicado que las mujeres suelen tener una mayor insatisfacción con su cuerpo. García et al. También confirmaron que las mujeres presentan actitudes más negativas hacia su imagen corporal, en lo afectivo, comportamental y perceptivo, así como una mayor insatisfacción y obsesión por la delgadez que los hombres (AM Benitez, 2019). En cuanto a la escala de Bulimia, los hombres presentaron tasas más altas, con un 42% superando el punto de corte, frente al 32% de las mujeres (AM Benitez, 2019).

Posteriormente en la investigación de los **autores:** Victoria Arijá Val, María José Santi Cano, José Pedro Novalbos Ruiz, Josefá Canals, Amelia Rodríguez-Martín pertenecientes al Departamento de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública en su **artículo titulado:** Caracterización, Epidemiología y Tendencias de los Trastornos de la Conducta Alimentaria cuyo objetivo es presentar una visión actualizada sobre las características, la epidemiología y las tendencias de los TCA, basándose en las investigaciones más recientes. Los investigadores llevaron a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos como Medline, EMBASE, Cochrane y Web of Science (Victoria Arijá Val, 2022). Los términos utilizados fueron "anorexia nerviosa", "bulimia nerviosa", "trastornos por atracón" y "epidemiología", tanto en títulos como en resúmenes (Victoria Arijá Val, 2022). Lo anterior les dio como **resultado:** los TCA suelen manifestarse en adolescentes y adultos jóvenes, siendo los más estudiados la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA). Los estudios de prevalencia muestran grandes diferencias según el grupo de edad y el género, siendo mucho más comunes en mujeres jóvenes (AN: 0,1-2%; BN: 0,37-2,98%; TA: 0,62-4,45%). La prevalencia de los TCA varía por región: en Europa es del 2,2% (0,2-13,1%), en Asia del 3,5% (0,6-7,8%) y en América del 4,6% (2,0-13,5%). Los TCA

presentan una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos como la depresión, la ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y los trastornos de personalidad (Victoria Arija Val, 2022).

Teniendo en cuenta la investigación realizada en el año 2022 por los **autores:** Jean Pierre Zila-Velasque, Pamela Grados-Espinoza, Kateriny Margot Regalado-Rodríguez, Cesia J. Luna-Córdova, Gabriela Stefanie Sierra Calderón, Mills Díaz-Vargas, Jhesly Sifuentes-Rosales y Cristian Diaz-Vélez en su **artículo titulado:** Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid-19: estudio multicéntrico cuyo objetivo de la investigación es determinar la prevalencia y los factores relacionados con los TCA en esta población estudiantil (Jean Pierre Zila-Velasque, 2022). Lo anterior les dio como **resultado:** de los 1,224 participantes, con una prevalencia del 12.5% de TCA. Los factores asociados incluyeron una percepción regular de la salud (34.3%), tener familiares o conocidos con TCA (21.7%), y niveles de satisfacción media (57.3%) o baja (34.9%) con la comunicación familiar (Jean Pierre Zila-Velasque, 2022). Otros factores fueron el año académico, estar a dieta, preocupación por la imagen corporal y percepción de una alimentación inadecuada. Por ende, los resultados muestran que, en el contexto de la pandemia de COVID-19, entre 1 y 2 de cada 10 estudiantes de Medicina presentaron TCA. Los factores relacionados incluyeron una percepción regular o mala de la salud, el año académico cursado y una baja o media satisfacción con la comunicación familiar (Jean Pierre Zila-Velasque, 2022).

Para finalizar en torno a investigaciones nacionales **los autores:** Gustavo A. Constaín, María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, Guillermo Andrés Ramírez Jiménez, Gloria María Gómez Vásquez, Laura Mejía Cardona y Jonathan Cardona Vélez en su **artículo titulado:** Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del

riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población masculina de Medellín, Colombia, siendo su objetivo evaluar la validez y la eficacia diagnóstica del Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) para medir el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en población masculina (Gustavo A. Constain, 2016.). Dando como **resultado:** el EAT-26 se basa en cuatro dominios: dieta-bulimia y preocupación por la comida, dieta, control oral-dieta, y control oral-bulimia (Gustavo A. Constain, 2016.). El coeficiente Alfa de Cronbach fue de 0.89, y el punto de corte óptimo fue ≥ 20 puntos (con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 97,8%) (Gustavo A. Constain, 2016.). El valor predictivo positivo fue del 91,3%, mientras que el valor predictivo negativo alcanzó el 100,0% (Gustavo A. Constain, 2016.).

7.2 MARCO CONCEPTUAL

7.2.1 Conductas alimentarias

Es un comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingiere, la preparación de los alimentos, la frecuencia de las comidas y la cantidad que se ingiere de ellos (Osorio, 2002).

7.2.2 Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de conducta alimentaria son un grupo de enfermedades psiquiátricas con presentación más frecuente entre los 13 – 14 años y alrededor de los 18 años de edad, con repercusiones físicas y psicológicas, originadas y perpetradas por el mismo individuo, factores socioculturales y familiares, es importante el reconocimiento de factores de riesgo como lo son la internalización de una figura ideal delgada, insatisfacción corporal, dietas, afecto negativo, presión percibida sobre delgadez y apoyo familiar carente (Segrada,2020).

7.2.3 Anorexia nerviosa

Se define por un temor intenso a ganar peso y/o una distorsión en la imagen corporal, lo que lleva a la persona a adoptar una estricta restricción alimentaria o a participar en conductas de pérdida de peso, como el ejercicio excesivo (Segrada, 2020).

7.2.4 Afectación psicológica

Las personas que sufren de anorexia suelen carecer de las herramientas mentales necesarias para enfrentar y superar los retos de la vida. Su percepción de la realidad y de sí mismos frecuentemente se ve afectada por ideas distorsionadas acerca de su cuerpo, su entorno, entre otros. El aislamiento social, la falta de conciencia sobre su enfermedad y la baja autoestima pueden llevar gradualmente a la depresión y a pensamientos obsesivos, causando un gran sufrimiento (Tratamiento - Ita Especialistas en Salud Mental, s. f.).

7.2.5 Adolescencia y juventud

De acuerdo con la OMS (2019), la adolescencia es "la etapa de transición entre la niñez y la adultez, abarcando desde los 10 hasta los 19 años". Se trata de un periodo único en el desarrollo humano que es crucial para establecer las bases de una buena salud. Además, en esta fase ocurren cambios físicos, cognitivos y psicosociales que impactan en cómo los adolescentes se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno.

7.2.6 Identidad

La identidad personal es un proceso psicosocial en el que el "yo" representa la forma en que una persona reacciona ante su contexto social, integrándose en su experiencia al realizar alguna acción. En ese momento, al reflexionar sobre sus responsabilidades y sentirse orgulloso de lo que ha logrado, aparece el "mí" (Dominguez, 2004).

7.2.7 Factores de riesgo

"Un factor de riesgo se entiende como una característica o rasgo de una persona o comunidad que está vinculado a una mayor probabilidad de tener un impacto negativo en la salud" (Herrera Santi, 1999).

7.3 MARCO LEGAL

Teniendo en cuenta que el presente estudio, titulado: Conductas de riesgo en relación a la anorexia nerviosa en estudiantes de odontología de la universidad Santiago de Cali, involucra de manera directa el trato con seres humanos, es de gran importancia describir cómo se va a asegurar la protección, respeto y cumplimiento de los derechos individuales de todos los participantes, es por ello que se pretende tener en cuenta y hacer uso de los aspectos éticos y bioéticos desde la psicología (ley 1090 de 2006) y la resolución 8430 de 1993 la cual establece normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación con seres humanos.

Lo planteado en la **resolución 8430 de 1993**, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (Ministerio de Salud, 1993), el presente estudio de investigación toma como referente el apartado “**TÍTULO II**”, que expone los aspectos éticos a considerar en la investigación con seres humanos, es decir, el estudio aplicaría lo siguiente:

Artículo 5: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6: La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

- c) Se realizará sólo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e) Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Artículo 7: Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Artículo 8: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 11: Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo 14: Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 15: El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.

- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h) La seguridad es que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i) El compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- j) La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- k) En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

Finalmente, con respecto a la Ley 1090 de 2006, nuestro estudio tiene presente:

TÍTULO VII: del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología **CAPÍTULO I:** De los principios generales del Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de Psicología.

Artículo 13: El presente Código Deontológico y Bioético, está destinado a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, proporcionando principios generales que ayuden a tomar decisiones informadas en la mayor parte de las situaciones con las cuales se enfrenta el profesional de la Psicología,

fundamentado en los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, además de las contempladas en la presente ley.

Artículo 15: El profesional en psicología respetará los criterios morales y religiosos de sus usuarios, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la intervención.

Artículo 16: En la prestación de sus servicios, el profesional no hará ninguna discriminación de personas por razón de nacimiento, edad, raza, sexo, credo, ideología, nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia, fundamentado en el respeto a la vida y dignidad de los seres humanos.

Artículo 17. El profesional en sus informes escritos, deberá ser sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas de desvalorice discriminatorias del género, raza o condición social.

Artículo 20: Cuando se halle ante intereses personales o institucionales contrapuestos, el profesional realizará su actividad en términos de máxima imparcialidad.

Artículo 23. El profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información.

Artículo 25. La información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad, excepto en los siguientes casos: a) Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado. Este último, sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y

del destinatario del informe psicológico consiguiente. El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas o entidades; b) Cuando las autoridades legales lo soliciten, solo en aquellos casos previstos por la ley, la información que se suministre será estrictamente la necesaria; d) Cuando se trata de niños pequeños que no pueden dar su consentimiento informado. La información solo se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma.

Capítulo VII: De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones.

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

Artículo 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Artículo 52. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Artículo 55. Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darles uso indebido a los hallazgos.

7.4 MARCO ÉTICO

De acuerdo a la **Declaración de Helsinki**, el presente trabajo investigativo se sujeta a los siguientes principios:

Principio 7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Principio 8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

Principio 9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Principio 12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

Principio 24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Principio 25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

7.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo en su búsqueda de generar nuevos conocimientos a partir del planteamiento de teorías y la aplicación de las mismas por medio de la empírica, promueve la protección, el respeto, la privacidad y demás aspectos que hacen parte de los derechos humanos en trabajos investigativos, por medio de:

- 1) La declaración de Helsinki, de la cual se citan los principios 7,8,9,12,24 y 25, los cuales, cumplen con el objetivo de garantizar el bienestar, la salud, el respeto por los derechos individuales y la integridad, y la responsabilidad frente al carácter confidencial de la información personal suministrada. No obstante, también se enfatizan aspectos como: el uso de consentimientos y asentimientos informados, la exposición de toda la información pertinente sobre el trabajo, la participación voluntaria, la previa validación por parte del comité de ética y la supervisión profesional para un adecuado desarrollo.
- 2) La resolución 8430 de 1993, la cual, en sus artículos 5,6,7,8,11,14 y 15, propone respetar la dignidad humana, afianzar la protección de la privacidad, aseverar la

ausencia de riesgo en el desarrollo del proyecto, establecer asentamientos y consentimientos con información explícita, y la posibilidad de aclarar dudas sobre todo el trabajo de investigación. Además, se puntualiza que la investigación está sujeta a estudios previos y con ello, que el factor experimental es la forma más pertinente de generar un aporte al estudio científico de la ansiedad en adolescentes.

- 3) La ley 1090 de 2006, que, en sus artículos 13,15,16,20,23,25,49,50,52 y 55, establece que el rol del psicólogo se fundamenta por la beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, entre otras. Además, el profesional se caracteriza por el respeto a las diferencias culturales, sociales, de género, etc., su gran énfasis en la imparcialidad, respetar el derecho a la privacidad, y por su manejo de la información personal.

Teniendo en cuenta lo mencionado previamente, se considera fundamental aplicar los lineamientos éticos y legales, dado que el proyecto se desarrollará siguiendo las directrices que estos proporcionan. En este sentido, se prestará atención a aspectos como: que los adolescentes firmen un asentimiento informado y sus padres un consentimiento informado; que se les ofrezca toda la información necesaria sobre el proyecto y su participación (enfaticando el carácter voluntario); que se garantice la ausencia de riesgo durante la participación; y que se reconozca la importancia de su contribución al avance de las ciencias de la salud mental.

Es crucial destacar que el estudio se ejecutará una vez se cumplan estos lineamientos y se obtenga la aprobación ética del comité institucional de la Universidad Santiago de Cali. Además, es esencial que se hayan firmado los documentos de asentimiento y consentimiento, y que se expongan claramente los objetivos, la metodología, el manejo de la información, y

otros aspectos relevantes para la correcta implementación del proyecto, con el fin de garantizar un uso eficiente y eficaz de la información y asegurar la calidad del estudio.

7.6 MARCO CONTEXTUAL

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo en la Universidad Santiago de Cali ubicado en el barrio Pampalinda al sur de la ciudad de Cali, hace parte de la comuna 19. Es una corporación de carácter civil, privada, de utilidad común, sin ánimo de lucro, fundada en el año de 1958, con personería jurídica otorgada por el Ministerio de Justicia mediante la Resolución No. 2.800 del 02 de Septiembre de 1959 y reconocida como Universidad por el Decreto No. 1297 de 1964 emanado del Ministerio de Educación Nacional, con domicilio en la ciudad de Santiago de Cali, departamento del Valle del Cauca, República de Colombia. (Universidad Santiago de Cali)

La Universidad Santiago de Cali tendrá una duración indefinida, y podrá transformarse o disolverse por decisión de su Consejo Superior Universitario, mediante el voto favorable de las tres cuartas partes de la totalidad de sus miembros, previo concepto favorable de cada uno de los estamentos universitarios por medio de un referéndum, convocado por el Consejo Superior para tal efecto. (Universidad Santiago de Cali)

Durante las décadas del 70 y 80 el cogobierno santiaguino hizo posible que se establecieran políticas y se desarrollarán acciones en los siguientes aspectos:

- Afianzamiento de los objetivos iniciales de la Corporación.
- Masificación de la matrícula.
- Ambiente democrático.
- Mejores condiciones para el surgimiento de la profesión docente.
- Estudio y resolución de conflictos entre académicos y administrativos.

- Reestructuración del gasto cuya fuente principal era el aporte estudiantil (su destino era únicamente el de cubrir la nómina y el mantenimiento de las instalaciones).
- Equilibrio presupuestal (fines de la década de los ochenta).
- Organización y consolidación del registro académico.
- Fomento de la producción académica.
- Reconocimiento y estímulo a la producción intelectual en los ámbitos local, regional y nacional.
- Liderazgo en los campos administrativos y profesionales de la política, de la justicia y de la educación.

El Proyecto Educativo Institucional, construido sobre la concepción responsable de la autonomía universitaria, reconoce la Misión, la Visión y los Principios de la Universidad, establece las políticas, estrategias y acciones para alcanzar las metas de formación propuestas, bajo el compromiso de ofrecer una educación superior de calidad.(Universidad Santiago de Cali)

Misión: Formar personas íntegras, con habilidades de pensamiento y capacidades prácticas, que contribuyan a la equidad social y el desarrollo sostenible a través de una educación pertinente y de calidad, con perspectiva humanista, analítica, incluyente y crítica, que atiende desde diferentes campos del conocimiento y a través de la investigación la extensión y la proyección social, problemáticas relevantes de las sociedades contemporáneas.(Universidad Santiago de Cali)

Visión: Ser una institución de excelencia en su vocación formativa, que en el contexto de una administración basada en principios de buen gobierno, educa para una sociedad

responsable, desarrollando proyectos relevantes, innovadores y pertinentes articulados a las funciones sustantivas de investigación, extensión y proyección social. (Universidad Santiago de Cali)

Principio: Por su trayectoria y compromiso institucional, la Universidad ha definido siete principios orientadores de su acción: Calidad – Democracia – Equidad – Ética – Inclusión – Derechos humanos – Responsabilidad social (Universidad Santiago de Cali).

7.7 MARCO TEÓRICO

7.7.1 Capítulo I: Conductas alimentarias

Definición de conducta alimentaria

Se entiende como conducta alimentaria, el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingiere, la preparación de los alimentos, la frecuencia de las comidas y la cantidad que se ingiere de ellos (Osorio, 2002). Estas conductas pueden ser influenciadas por factores físicos, emocionales, sociales y/o culturales (Osorio., 2002). Los hábitos sanos empiezan en los primeros años de vida, desde la lactancia materna favoreciendo el crecimiento sano y un óptimo desarrollo cognitivo; de este modo la forma de alimentarse de los individuos está condicionado por el aprendizaje y sus experiencias tempranas vividas (Osorio, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, la estimulación que se realiza por medio de los medios de comunicación, de los cánones de belleza que son irreales y los orígenes étnicos, inciden en la insatisfacción corporal en los adolescentes y/o jóvenes, lo cual se encuentra como un factor de riesgo de que desarrollen conductas alimentarias poco saludables.

Definición de trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un conjunto de enfermedades psiquiátricas que se presentan con mayor frecuencia entre los 13 y 14 años, y alrededor de los 18 años. Estos trastornos tienen consecuencias físicas y psicológicas, y son causados y mantenidos por el propio individuo, así como por factores socioculturales y familiares. Estas patologías son potencialmente mortales de no ser identificadas y tratadas, por lo que es de suma importancia su detección temprana y el reconocimiento de factores de riesgo como lo son la internalización de una figura ideal delgada, insatisfacción corporal, dietas, afecto negativo, presión percibida sobre delgadez y apoyo familiar carente (Segrada,2020).

Teniendo en cuenta lo anterior es importante mencionar que desde el marco de la psicología, la conducta alimentaria se ha descrito organizadamente en los trastornos de la conducta alimentaria por medio del DSM, donde se ha determinado que está influenciada por variables mentales (Serra, 2015). Por lo cual, se entiende como TCA, trastornos del comportamiento alimentario, siendo trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta de alimentos y por la obsesión por el control de peso (Serra, 2015).

Este trastorno presenta una serie de síntomas particulares que derivan de un nivel de insatisfacción corporal elevado, con la complementación de ideas distorsionadas frente al comer, el peso y a la imagen corporal (Serra, 2015).

Tipos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los trastornos más conocidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y el trastorno por evitación y restricción de la ingesta de alimentos. Para su clasificación se cuenta con dos guías que son el CIE-11 (OMS) y el DSM - 5 (Serra,

2015). Sin embargo, para esta investigación nos centramos en la anorexia nerviosa en las mujeres jóvenes.

Anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa se considera una enfermedad típica de las clases medias y altas. Se caracteriza por un intenso miedo a ganar peso y/o una distorsión en la imagen corporal, lo que lleva a la persona a adoptar una estricta restricción alimentaria o a participar en comportamientos de pérdida de peso, como el ejercicio excesivo. Esta patología se divide en dos tipos: la restrictiva, donde la pérdida de peso se logra únicamente a través de la restricción de alimentos o el ejercicio excesivo, y la de tipo compulsivo/purgativo, en la que la persona afectada recurre a atracones o a purgas (como vómitos, enemas o laxantes) para perder peso (Segrada, 2020).

Esta enfermedad provoca una alteración significativa en el funcionamiento cognitivo y emocional, y puede dar lugar a complicaciones médicas que afectan a todos los órganos y sistemas del cuerpo. Además, la anorexia nerviosa, al igual que otros trastornos de la conducta alimentaria, está asociada con comorbilidades psiquiátricas en más del 70% de los casos, siendo las más comunes el abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, del neurodesarrollo y de la personalidad (Segrada, 2020).

Sistema clasificatorio de los TCA (Anorexia nerviosa)

- **Restricción de la ingesta alimentaria:**

La persona reduce significativamente la cantidad de alimentos que consume, lo que resulta en un peso corporal mucho menor de lo que se considera saludable para su edad, sexo y estado de salud.

- **Miedo intenso a ganar peso:**

A pesar de estar por debajo del peso normal, la persona siente un miedo extremo a aumentar de peso o a engordar, y esto la lleva a realizar acciones que impiden cualquier aumento de peso.

- **Distorsión en la percepción corporal:**

La persona tiene una imagen distorsionada de su cuerpo, valorando su peso o forma de manera desproporcionada o negando lo peligroso de su bajo peso.

Tipos de Anorexia Nerviosa:

- **Tipo Restrictivo:**

La persona pierde peso principalmente mediante la restricción de alimentos, ayuno y/o ejercicio excesivo, y no ha tenido episodios recientes de atracones ni purgas.

- **Tipo Purgativo/Atracón:**

En este caso, la persona ha tenido episodios recientes en los que come en exceso (atracones) o se provoca el vómito, o usa laxantes, diuréticos u otros métodos para purgarse.

Por otra parte, es importante mencionar que se desconoce la etiología de la anorexia nerviosa, sin embargo se ha identificado que es más predominante en mujeres y que estas presentan algunos factores de riesgo, como por ejemplo que en algunas culturas, la obesidad se considera poco atractiva y poco saludable y el deseo de ser delgado es dominante, incluso entre los niños. Más del 50% de las niñas en la dieta de los Estados Unidos en edad prepuberal hacen dieta o adoptan otras medidas para controlar su peso. La preocupación excesiva por el peso o los antecedentes de dieta parecen indicar un mayor riesgo, se identificó una predisposición genética y los estudios de todo el genoma han comenzado a identificar loci específicos que se asocian con un mayor riesgo. También los factores familiares y sociales pueden desempeñar un papel importante, debido a que en la familia se pueden

exteriorizar comentarios o acciones en relación al rechazo por las personas con contextura gruesa, fomentando más la problemática (Attia, 2022).

La anorexia nerviosa puede manifestarse de manera leve y transitoria o grave y persistente. A pesar de tener un bajo peso, muchos pacientes se preocupan por estar demasiado pesados o por tener áreas específicas del cuerpo (como los muslos y las nalgas) que consideran demasiado grandes. Insisten en sus esfuerzos por perder peso, incluso cuando amigos y familiares les aseguran que están delgados o que su peso es peligrosamente bajo, y ven cualquier aumento de peso como un fracaso inaceptable en el autocontrol. La preocupación y la ansiedad relacionadas con el aumento de peso se intensifican, incluso cuando alcanzan un estado de delgadez extrema. Además, es común que estos pacientes exageren su ingesta de alimentos y empleen conductas de ocultamiento, como inducir vómitos. Entre el 30 y el 50% de los pacientes presentan episodios de atracones y purgas, mientras que otros simplemente restringen su ingesta de alimentos (Attia, 2022).

Por otro lado, es relevante señalar que frecuentemente se reportan síntomas en mujeres, como distensión abdominal, malestar y estreñimiento. Los hallazgos físicos comunes incluyen bradicardia, hipotensión, hipotermia, crecimiento de vello tipo lanugo (suave y fino, típico de recién nacidos) o hirsutismo leve, así como edema. La cantidad de grasa corporal se reduce considerablemente. Los pacientes que suelen vomitar pueden presentar erosión del esmalte dental, inflamación indolora de las glándulas salivales y/o un esófago inflamado. Además, la mayoría de las mujeres con anorexia nerviosa experimentan la ausencia de menstruaciones. Por otro lado, suelen perder interés en el sexo y pueden desarrollar otras patologías mentales, como ansiedad y depresión (Attia, 2022).

El tratamiento de la anorexia nerviosa puede requerir una intervención a corto plazo para restaurar el peso corporal, especialmente si la pérdida de peso ha sido significativa o rápida y el peso se encuentra por debajo del 75% del recomendado; en estos casos, la

hospitalización se convierte en un paso crucial. Si hay dudas sobre la situación del paciente, se debe considerar la internación (Attia, 2022).

El tratamiento ambulatorio puede incluir distintos niveles de apoyo y supervisión, involucrando generalmente a un equipo de profesionales. A menudo se recomienda un suplemento nutricional junto con terapia conductual, con metas claras relacionadas con la restauración del peso. El suplemento nutricional comienza con una ingesta de 30 a 40 kcal/kg/día, lo que puede llevar a un aumento de peso de hasta 1.5 kg por semana durante la internación y de 0.5 kg por semana en tratamiento ambulatorio. Se prefiere la alimentación oral con alimentos sólidos, aunque muchos planes de restauración del peso también incluyen suplementos líquidos. En casos de desnutrición severa y resistencia al tratamiento, puede ser necesaria la alimentación por sonda nasogástrica (Attia, 2022).

Una vez que se estabilizan la situación nutricional y el balance electrolítico, se inicia el tratamiento a largo plazo. La psicoterapia ambulatoria es fundamental en este proceso. Los tratamientos deben centrarse en resultados conductuales, como la normalización de la alimentación y el peso, y deben continuar durante un año completo después de restablecer el peso. Los resultados son más favorables en adolescentes que han tenido el trastorno por menos de 6 meses. La terapia familiar es igualmente importante, especialmente mediante el modelo de Maudsley (o tratamiento basado en la familia), que es eficaz en adolescentes. Este modelo consta de tres fases:

1. Se enseña a los familiares cómo reestablecer la alimentación del adolescente a través de comidas familiares supervisadas, evitando culpar a la familia o al adolescente por el desarrollo del trastorno.
2. Se va devolviendo gradualmente el control sobre la alimentación al adolescente.

3. Una vez que el adolescente logra mantener el peso restaurado, la terapia se enfoca en fomentar una identidad saludable.

El tratamiento de la anorexia nerviosa se complica por la aversión de los pacientes hacia el aumento de peso y la negación de su enfermedad. Por ello, el médico debe mantener una relación estable, interesada y tranquila, al mismo tiempo que se estimula una ingesta calórica adecuada. El tratamiento incluye un seguimiento regular y, a menudo, la colaboración de un equipo de profesionales de la salud, incluyendo un nutricionista, que puede proporcionar planes de comidas específicos y orientación sobre las calorías necesarias para recuperar un peso normal. Aunque la psicoterapia es el enfoque principal, en ocasiones los medicamentos pueden contribuir al proceso de recuperación; uno de ellos es la olanzapina, que puede ayudar a aumentar de peso con una dosis de hasta 10 mg por vía oral una vez al día (Attia, 2022).

7.7.2 Capítulo II: Afectaciones

Afectaciones psicológicas.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante mencionar que las personas que padecen anorexia carecen de recursos mentales para afrontar y superar los desafíos de la vida. Su percepción de la realidad y de sí mismos a menudo está influenciada por ideas distorsionadas sobre ellos mismos, sus cuerpos, su entorno, etc. El aislamiento social, la falta de conciencia de la enfermedad y la baja autoestima conducen gradualmente a la depresión y a pensamientos obsesivos, provocando mucho sufrimiento (*Tratamiento - Ita | Especialistas en Salud Mental*, s. f.).

En el ámbito de la salud mental, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suelen venir acompañados de problemas psicológicos y psiquiátricos que pueden perturbar el

desarrollo psicosocial normal de los adolescentes en esta etapa crucial. Por lo tanto, es crucial brindarles atención y tratamiento precoz. Entre los problemas psicológicos se incluyen el aislamiento social, conflictos familiares y dificultades para consolidar el autoconcepto, la autoestima, la autonomía y la capacidad para establecer relaciones íntimas. En resumen, la aparición de un TCA durante la adolescencia puede entorpecer el cumplimiento de las tareas propias de esta etapa (Carolina & Treasure, 2011).

Los trastornos psiquiátricos más comunes asociados a la anorexia nerviosa (AN) son la depresión, los trastornos de ansiedad y, particularmente, los trastornos obsesivo-compulsivos. La depresión puede ser considerada como una consecuencia de la desnutrición más que como un trastorno subyacente o una enfermedad independiente, mientras que los trastornos obsesivo-compulsivos tienden a manifestarse de manera independiente de la AN y, en muchos casos, la preceden. También se han descrito con frecuencia conductas impulsivas como la autolesión y el abuso de sustancias asociadas a la AN. En cuanto a los rasgos de personalidad, los más frecuentes son los rasgos obsesivo-compulsivos y los límites (Carolina & Treasure, 2011).

Afectaciones sociales.

- **Ideales estéticos:** Las influencias socioculturales se han encaminado a reproducir un mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de belleza, de autocontrol, de libertad y de éxito social (Serra, 2015). Este mensaje nos bombardea día a día por medio de la publicidad, la moda, revistas, series, anuncios en la calle, radio, cine, las pasarelas de casa de moda y de las redes sociales. Donde al mismo tiempo, se crecen las jóvenes con un rechazo hacia la obesidad, desde una edad muy temprana que son rechazados por sus compañeros si presentan un ligero sobrepeso. Estas etiquetas negativas como “gorda”, “buñuelito”, “ballena azul”, “papa rellena”, causan una

disminución de la autoestima en edades cruciales que pueden repercutir en su formación de la personalidad en la adultez (Serra, 2015). El modelo estático corporal que está establecido culturalmente es un factor de riesgo importante predisponente. Sin embargo, es al mismo tiempo un factor de mantenimiento (Serra, 2015).

- **Belleza:** Los cánones de belleza son normas muy estrictas que el niño cuando crece y recibe todos los inputs ya las interioriza y, a partir de esto, ya podría establecer comparaciones y estigmatización a los demás y en el mismo (Serra, 2015). Estas valoraciones son patrones de referencia intervienen en la percepción que la niña tiene de su cuerpo, construyendo su representación en función del canon de belleza imperante que, en esta investigación, es la delgadez (Serra, 2015).

7.7.3 Capítulo III: Adolescencia y TCA

La adolescencia es una etapa marcada por un rápido crecimiento y numerosos cambios, que incluye la maduración física y sexual, preparando al joven para la vida adulta. Esta fase abarca aproximadamente desde los 10 hasta los 19 años. Durante este período, se viven experiencias que contribuyen a la formación de la identidad, la autonomía social y económica, así como la adquisición de habilidades necesarias para establecer relaciones y asumir roles adultos, junto con el desarrollo de un razonamiento abstracto (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Desde el punto de vista del crecimiento psicológico, en esta fase la identidad se fortalece en diversos aspectos. La autoimagen ya no está tan influenciada por los pares, sino que se basa en la percepción personal del adolescente. Los intereses se vuelven más consistentes, y se desarrolla una mayor conciencia de los propios límites y capacidades. Además, se adquiere la habilidad de tomar decisiones de manera autónoma, establecer límites

y planificar el futuro. Hay un interés notable en trazar planes para la vida, centrándose en la búsqueda de una vocación y metas realistas. Idealmente, el individuo elige una carrera o educación que se alinee con sus intereses y habilidades, avanzando hacia la independencia financiera, la cual se puede lograr en diferentes momentos dependiendo de las circunstancias personales. También se observa un mejor control de los impulsos, la capacidad de posponer la gratificación y la disposición a comprometerse (Gaete, 2015).

Cerca del 80% de los adolescentes, principalmente mujeres, están en riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), debido a su insatisfacción con su peso y apariencia. Esto les lleva a seguir dietas u otras formas de controlar el aumento de peso. Este trastorno es más prevalente durante la adolescencia, una etapa de transición marcada por cambios físicos, sociales, psicológicos y cognitivos, en la que los adolescentes son especialmente vulnerables a los comentarios que reciben (Véliz et al., 2019).

La Identidad

Como se mencionó anteriormente, la juventud es un periodo crucial en la vida de una persona, que influye en el desarrollo de actitudes, comportamientos y expresiones, contribuyendo así a la formación de la identidad. Durante esta etapa, el proceso de socialización secundaria se vuelve relevante (Berger y Luckman, 2003). Mientras que la socialización primaria establece a la persona como miembro de la sociedad, la socialización secundaria introduce a individuos ya socializados en nuevos sectores de la sociedad, donde desempeñan roles significativos. Las acciones educativas, tanto formales como informales, impactan la construcción de la identidad, y cada situación adquiere un carácter educativo en la complejidad de nuestra sociedad (Dominguez, 2004).

La identidad personal es un proceso psicosocial en el que el "yo" se manifiesta a través de las acciones de una persona en respuesta a su entorno. Esta identidad se integra en la experiencia de la persona al llevar a cabo acciones, y es al reflexionar sobre sus deberes y sentirse orgulloso de lo logrado que surge el "mí". Ambos aspectos constituyen la personalidad. Sin embargo, existen limitaciones en el desarrollo de la identidad; factores como las modas, la publicidad y el estilo de vida consumista dificultan la autorrealización de los jóvenes, quienes, a pesar de su capacidad crítica y su voluntad de expresión, a menudo adoptan modelos impuestos por la sociedad. Aquellos que no se ajustan a estas expectativas pueden sentirse excluidos y desarrollar una "identidad social dañada", ya que no encuentran un sentido de pertenencia con sus inquietudes. Además, el género sigue siendo un factor clave, generando roles y estereotipos que afectan a la juventud y tienen consecuencias en su desarrollo (Dominguez, 2004).

La identidad es una necesidad básica del ser humano; responder a la pregunta "¿quién soy yo?" es tan esencial como el afecto o la alimentación. La falta de una identidad adecuada puede afectar la salud mental del individuo (Erich Fromm, 1993). La identidad abarca dimensiones afectivas (relacionadas con los sentimientos), cognitivas (conciencia de sí mismo y de los demás) y activas (la capacidad de tomar decisiones y ejercer libertad). Se puede afirmar que la identidad está influenciada por la historia de vida de cada persona, así como por el contexto social y temporal en el que vive.

Este concepto involucra la intersección entre la persona, el grupo y la sociedad, así como entre la historia personal y social. En este contexto, pueden surgir conflictos de identidad. Existen identidades personales y colectivas que deben considerarse en el análisis. No hay un solo "nosotros", sino múltiples identidades que se superponen en la singularidad de cada persona. La identidad es evolutiva y está en constante cambio, lo que implica la

afirmación de características propias, así como de diferencias y relaciones con los demás. Las identificaciones son rasgos que una persona toma de otra a la que admira o teme. Muchas veces, un individuo no encuentra modelos en su entorno con los que identificarse. La construcción de una identidad implica establecer un centro de gravedad en torno al "mí", asegurando que, a pesar de los cambios internos y externos, exista un "yo" relativamente cohesionado. Esto significa que, en casi dos décadas de existencia, se forma una base fundamental del ser en el mundo (Dominguez, 2004).

Creencias irracionales

Las creencias irracionales según Ellis se caracterizan por:

1. Partir de premisas falsas o de formas incorrectas de razonamiento (Almansa, 2011)
2. No ser concordantes con los hechos; distinto a lo observable (Almansa, 2011)
3. Ser dogmáticas, absolutistas y expresadas por demandas, lo que aparecen términos como: necesito, debo, no puedo, jamás, entre otras. En lugar de: es mejor, no me gusta, es peor, entre otras (Almansa, 2011)

Son demandas que pueden estar dirigidas hacia:

- **Uno mismo:** “Yo debo ser delgada” (Almansa, 2011).
 - **Hacia otros:** “Tú debes escucharme”(Almansa, 2011).
 - **Hacia el mundo en general:** “la vida debe ser fácil”(Almansa, 2011).
4. Conducir a conductas inapropiadas o auto saboteadoras (Almansa, 2011).
 5. No ayudan o impiden el logro de los objetivos del adolescente (Almansa, 2011).

Autoconcepto

Primero que entendemos como **autoestima** la implicación de una autoevaluación que se hace el individuo sobre sí mismo a partir de sus éxitos o fracasos que tenga desde sus metas o ideales, complementando con las opiniones de personas que son significativas para el individuo. Por lo cual, una valoración errónea del individuo sobre sí mismo puede originar la aparición de un malestar emocional (Universidad peruana de ciencias aplicadas). Por otro lado, el **autoconcepto** integra las percepciones y creencias que tiene el individuo de sí mismo, de modo que es un incentivo fundamental para la regulación de su conducta y para su funcionamiento personal (Universidad peruana de ciencias aplicadas).

Distorsión del autoconcepto

Ideas distorsionadas que ocupan una gran parte del tiempo en la rutina diaria, transformándose en obsesiones con carga emocional negativa significativa. Donde se produce un diálogo interno centrándose en sus obsesiones y de las consecuencias. (Cadinere, 2015)

Suelen ser pensamientos automáticos que impactan de forma negativa en el concepto de ellas mismas, es decir, en su autoconcepto. Existe una cantidad de personas que asocian el ser atractivo con ser exitoso, por lo cual, centrar la atención en una parte del cuerpo que genera sentimientos negativos, puede cambiar el estado de ánimo de una persona. (Cadinere, 2015)

Factores de riesgo en la adolescencia y los TCA

Los factores psicológicos en la etiopatogenia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) abarcan una amplia variedad de características, muchas de las cuales coexisten con predisposiciones genéticas vinculadas a alteraciones en la conducta alimentaria. Las personas que desarrollan TCA suelen presentar ciertos rasgos de personalidad premórbidos, que actúan como factores de riesgo. Entre estos, destacan el alto

perfeccionismo, un fuerte grado de autocontrol y autoexigencia, baja autoestima, hipersensibilidad social y una escasa tolerancia a la frustración. El perfeccionismo, en particular, puede ser un factor transdiagnóstico que conecta los TCA con otros trastornos asociados, como la ansiedad y la depresión (Canals & Val, 2022).

Las alteraciones emocionales también se consideran predictores importantes en el desarrollo de los TCA. Estudios han demostrado que trastornos como la ansiedad, la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) pueden preceder a los TCA. Por ejemplo, Meier y sus colegas encontraron un riesgo elevado de Anorexia Nerviosa (AN) en pacientes con antecedentes de TOC, así como en aquellos cuyos padres sufrían de un trastorno de ansiedad, como el trastorno de pánico. Además, un estudio de seguimiento realizado por Schaumberg y colegas en 2019 reveló que los síntomas de ansiedad generalizada detectados en la infancia pueden predecir la aparición de TCA durante la adolescencia. En etapas posteriores, la ansiedad por la apariencia social se ha identificado como un factor de riesgo para los TCA en mujeres, aunque no en hombres (Canals & Val, 2022).

El efecto negativo, junto con características individuales como el deterioro en las relaciones interpersonales, es otro predictor del inicio de cualquier TCA. Sin embargo, la combinación de afecto negativo e impulsividad incrementa el riesgo específicamente en los síndromes bulímicos, mientras que la interacción del afecto negativo con conductas restrictivas está asociada con trastornos de purgas. Además, trastornos comórbidos como la depresión mayor y el TOC pueden preceder al desarrollo de la Bulimia Nerviosa (BN), la AN y otros TCA. Estas asociaciones pueden explicarse tanto por factores genéticos compartidos como por los cambios en la ingesta y el peso que acompañan a la sintomatología de la

depresión o la ansiedad, los cuales pueden predisponer o desencadenar TCA (Canals & Val, 2022).

Un factor psicológico individual clave en la etiopatogenia de los TCA es la insatisfacción corporal (IC). En las chicas, la IC al inicio de la adolescencia se considera el predictor más consistente para el desarrollo de un trastorno alimentario, y debería ser un componente fundamental en los programas de prevención temprana. La IC en las chicas suele estar influenciada por la interiorización del ideal de delgadez y la presión para mantener un cuerpo delgado, asociándose frecuentemente con antecedentes de sobrepeso, baja autoestima y afectividad negativa. Sin embargo, la IC no solo es relevante en el inicio de los TCA, sino que también es un síntoma significativo de problemas de salud mental en ambos sexos, pudiendo contribuir al desarrollo de trastornos depresivos (Canals & Val, 2022).

En los varones, la IC generalmente se centra en la insatisfacción con la masa muscular y la altura, aspectos más relacionados con síntomas bulímicos. Por otro lado, cuando la búsqueda del ideal delgado lleva a la IC, y esto a su vez conduce a dietas o sobrealimentación, el riesgo de desarrollar TCA, ya sean de tipo restrictivo o relacionados con atracones/purgas, aumenta. Además, cuando la IC se acompaña de un bajo Índice de Masa Corporal (IMC), problemas emocionales y conductas dietéticas, el riesgo de desarrollar AN, ya sea en su forma clínica o subclínica, se incrementa significativamente (Canals & Val, 2022).

8. METODOLOGÍA

Tipo de investigación.

Esta presente investigación es de tipo cuantitativa - no experimental - descriptiva - transversal, es decir, esta investigación busca medir variables de manera numérica. Por medio de la recolección de datos que se que se pueden cuantificar por medio del Test-EAT 26 para posteriormente realizar un análisis estadísticos para sacar conclusiones sobre los factores de riesgo evidenciados. Teniendo en cuenta lo anterior, es no experimental debido a que no se manipulan las variables de forma directa. Solo observa y analiza lo que ocurre de manera natural, sin intervenir ni alterar las condiciones del entorno. Por ende, tiene como objetivo describir las conductas de riesgo que pueden desarrollar rasgos de un trastorno de la conducta alimentaria, centrándose en la anorexia nerviosa con las alumnas de primer y segundo semestre de odontología del año 2024B de la Universidad Santiago de Cali sin buscar relaciones de causa-efecto. No se pretende explicar por qué ocurre algo, sino simplemente documentar la existencia de esta problemática. Vale resaltar que las estudiantes pertenecientes al programa de odontología de primero y segundo semestre de la Universidad Santiago de Cali pertenecientes al periodo académico 2024B son evaluadas una sola vez, sin realizar un seguimiento a lo largo del tiempo.

Población.

Estudiantes pertenecientes al programa de odontología de primero y segundo semestre de la Universidad Santiago de Cali pertenecientes al periodo académico 2024B.

Muestra.

Consta de una muestra aleatoria de los estudiantes que se identifiquen como mujeres pertenecientes a primer y segundo semestre 2024B del pregrado de odontología de la Universidad Santiago de Cali, entre 16 a 30 años de edad; es decir; 185 mujeres estudiantes universitarias de odontología.

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes mujeres que estén entre los 16 y 30 años de edad.
- Que se encuentren cursando el primer y segundo semestre 2024B del pregrado de odontología de la Universidad Santiago de Cali.
- Que deseen participar en el proyecto y que firmen el consentimiento.
- Estudiantes mujeres que se encuentren en la jornada de recolección de datos de forma presencial.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes mujeres de odontología de primer y segundo semestre que no hayan asistido el día de la recolección de datos.
- Que no hayan firmado el consentimiento.
- Estudiantes hombres.
- Estudiantes pertenecientes a otros programas que oferta la Universidad Santiago de Cali.
- Estudiantes de semestres más avanzados de odontología.

Variables.

Estas variables ayudan a comprender mejor los factores que podrían influir en la presencia de conductas de riesgo relacionadas a la anorexia nerviosa en este grupo de estudiantes.

Variables independientes:

- Programa académico (odontología).
- Edad.
- Experiencia previa con trastornos alimenticios.

Variables dependientes:

- Conducta alimentaria.
- La identidad.

Métodos e instrumentos de recolección de datos.

El método que se utilizó en la presente investigación es el Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test-EAT-26) (ANEXO 2) adaptado al formato de Google forms.

Instrumento: TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIA (EAT-26)

Es un cuestionario utilizado para detectar actitudes y comportamientos alimentarios que pueden estar asociados con trastornos alimentarios que fue desarrollada por Garner y Garfinkel en 1982, y adaptada en dos grupos: el primero, estudiantes universitarias de psicología; el segundo, pacientes diagnosticadas con anorexia y bulimia. Se obtuvo una alta correlación de 0.98 y se evaluó la confiabilidad mediante el coeficiente Alfa (Urrutia, 2020). En la población general, la confiabilidad es de 0.86 en la escala global, con un 0.86 en el factor de dieta, 0.61 en bulimia y preocupación por la comida, y 0.46 en control oral. Para la población en riesgo, los valores fueron más altos: 0.90 en la escala general, 0.90 en dieta, 0.84 en bulimia y 0.83 en control oral (Urrutia, 2020). En la adaptación al castellano realizada por Gandarillas et al. (2003), los resultados de **confiabilidad** en la población general fueron de 0.86 para la **escala total**, 0.88 en dieta, 0.79 en control oral y 0.77 en bulimia y preocupación por la comida (Urrutia, 2020). Para la población en riesgo, se obtiene una confiabilidad de 0.86 en general, 0.86 en dieta, 0.73 en bulimia y 0.57 en control oral (Urrutia, 2020).

Descripción:

- **Autores:** Garner y Garfinkel

- **Adaptación española:** Gandarillas, Zorilla, Sepúlveda y Muñoz (2003)
- **Tipo de instrumento:** Cuestionario.
- **Objetivo:** Detectar personas con riesgo de padecer un trastorno alimentario.
- **Población:** Jóvenes y adolescentes de ambos sexos.
- **Número de ítems:** 26 preguntas.
- **Subescalas:**
 1. **Dieta:** Preguntas sobre restricciones alimentarias o dietas (Urrutia, 2020).
 2. **Bulimia y preocupación por la comida:** Explora conductas relacionadas con la bulimia y la obsesión por la comida (Urrutia, 2020).
 3. **Control oral:** Evalúa el control sobre la ingesta de alimentos (Urrutia, 2020).
- **Aplicación:**
 1. **Tiempo de administración:** Entre 10 y 15 minutos.
 2. **Normas de aplicación:** La persona evalúa afirmaciones en una escala de frecuencia con cinco opciones que van desde "nunca" hasta "siempre" (Urrutia, 2020).

Interpretación:

- **Puntuación:** La puntuación total es la suma de los 26 ítems (Urrutia, 2020).
 1. Los ítems se puntúan de la siguiente manera: "Siempre" = 3, "Casi siempre" = 2, "A veces" = 1, "Casi nunca" = 0, "Nunca" = 0 (Urrutia, 2020).
 2. El ítem 25 es el único que se puntúa de manera opuesta: "Nunca" = 3, "Casi nunca" = 2, "A veces" = 1, "Casi siempre" = 0, "Siempre" = 0 (Urrutia, 2020).
- **Rangos de puntuación:** El puntaje total varía entre 0 y 78 puntos. Sin embargo, un puntaje de 20 o más se asocia con actitudes alimentarias de riesgo relacionadas con trastornos alimentarios (Urrutia, 2020).
- **Clasificación de riesgo:**

1. **Bajo riesgo (≤ 8):** Conductas alimentarias que no representan un riesgo significativo para la salud física o mental (Urrutia, 2020).
 2. **Mediano riesgo (9-19):** Indica evaluación psicológica para prevenir un posible desarrollo de trastorno alimenticio (Urrutia, 2020).
 3. **Alto riesgo (≥ 21):** Se recomienda terapia psicológica inmediata para tratar patrones de conducta alimentaria de riesgo (Urrutia, 2020).
- **Puntos de corte:** Un puntaje mayor a **20 puntos** en la escala total indica la posibilidad de que la persona tenga un trastorno alimentario clínico (Urrutia, 2020).
Teniendo en cuenta la adaptación al castellano de la Escala de Actitudes ante la Alimentación (EAT-26), han propuesto un punto de corte mayor a 10 puntos como una señal de alerta. Esto significa que cuando una persona obtiene más de 10 puntos, es recomendable iniciar medidas preventivas para evitar el desarrollo de un trastorno alimentario, incluso si no ha alcanzado el puntaje clínico de 20 puntos que indica un riesgo alto (Urrutia, 2020).
 - **Factores clave:**
 1. **Dieta:** Ítems relacionados con la restricción calórica y la preocupación por evitar ciertos alimentos. Ítems: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25 (Urrutia, 2020).
 2. **Bulimia y preocupación por la comida:** Ítems que evalúan conductas como atracones y la preocupación excesiva por la comida. Ítems: 3, 4, 9, 18, 21, 26 (Urrutia, 2020).
 3. **Control oral:** Ítems que miden el control sobre la ingesta de alimentos y la presión percibida para comer. Ítems: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20 (Urrutia, 2020).

Validez

Tabla 4. Confiabilidad EAT-26 y subescalas (n=111)

| | Alfa de Cronbach | Número de ítems |
|--------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Dieta | 0.80 | 13 |
| Bulimia y preocupación por la comida | 0.65 | 6 |
| Control oral | 0.62 | 7 |
| EAT-26 | 0.79 | 26 |

Procedimiento:

Tras obtener la autorización dirigida al comité de ética de la Universidad Santiago de Cali de llevar a cabo la presente investigación, se procedió a la recolección de datos de las estudiantes pertenecientes al programa de odontología de primero y segundo semestre de la Universidad Santiago de Cali pertenecientes al periodo académico 2024B y una vez obtenidos los permisos de los profesores responsables de cada clase, se inició la evaluación colectiva del Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación. En primer lugar, se solicitará a los participantes completar y firmar el consentimiento informado, y posteriormente se explicó en qué consistía la prueba y cómo deberán responder.

Fase 1: Idea

Fase 2: Planteamiento del problema

Fase 3: Inmersión inicial en el campo

Fase 4: Concepción del diseño del estudio

Fase 5: Definición de la muestra inicial del estudio y acceso a esta

Fase 6: Recolección de datos

Fase 7: Análisis de datos

Fase 8: Interpretación de resultados

Fase 9: Elaboración del reporte de resultados

Recolección y análisis de datos

Para la recolección y análisis de datos se implementará un formulario en la plataforma Google Forms. Los participantes serán estudiantes de odontología de primer y segundo semestre, quienes completarán dos secciones: la primera recogerá información sociodemográfica como edad, sexo y semestre, mientras que la segunda estará compuesta por el cuestionario EAT-26 (Eating Attitudes Test), un instrumento validado para detectar actitudes y comportamientos alimentarios asociados a trastornos como la anorexia nerviosa. El cuestionario consta de 26 ítems en una escala tipo Likert de 6 puntos.

Previamente, los estudiantes deberán aceptar un consentimiento informado en el que se les explicarán los objetivos del estudio, la voluntariedad de su participación y las condiciones de confidencialidad de sus respuestas. La recolección de datos será completamente virtual y se enviará el enlace del formulario por correo electrónico o a través de plataformas académicas.

Los datos sociodemográficos se analizarán mediante estadísticas descriptivas (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar) para caracterizar a la muestra. Las respuestas al cuestionario EAT-26 se puntuará de acuerdo con las directrices del instrumento.

El análisis de datos se realizará utilizando el software estadístico R, aplicando pruebas descriptivas y, si es necesario, pruebas comparativas o correlacionales para explorar la relación entre los factores sociodemográficos y los resultados del EAT-26, permitiendo así identificar las conductas de riesgo en relación con la anorexia nerviosa en esta población.

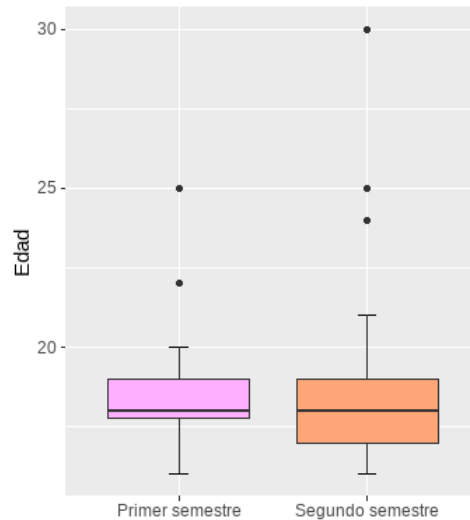
12. RESULTADOS

La tabla 1 presenta la caracterización demográfica de la población de estudio. Con una población de 111 estudiantes, el 36% cursan el primer semestre y 64% segundo semestre de odontología en el periodo 2024B. Por otro lado, más del 50% tiene entre 17 y 19 años, pero cabe aclarar que el rango de edad de las estudiantes va desde los 16 hasta los 30 años; la figura 1 muestra la distribución de las edades donde se evidencia esto, como también que algunas estudiantes tienen edades consideradas diferentes a las de las demás estudiantes (24, 25 y 30 años).

Tabla 1. Caracterización de la población y resultados EAT-26

| Variable | N = 111 |
|--|-------------------|
| Semestre | |
| Primer semestre | 40 (36.0%) |
| Segundo semestre | 71 (64.0%) |
| Edad | 18.0 (17.0, 19.0) |
| <i>I n (%)</i> ; Mediana (Rango intercuartílico) | |

Figura 1. Distribución de la edad de las estudiantes según el semestre



La figura 1 muestra la distribución de la edad de los estudiantes de acuerdo al semestre que están cursando. La edad mediana de ambos semestres es muy similar, aunque es evidente que las estudiantes de segundo semestre presentan edades más variables que las de

primero, como también que según el diagrama, la mitad de las estudiantes de primer semestre tienden a tener aproximadamente un año más que las de segundo.

Análisis cuestionario EAT-26

Los resultados del cuestionario EAT-26 con sus tres subescalas se presentan en la tabla 2. En la primera subescala, dieta, con 13 ítems sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez, se obtuvo una puntuación mediana de 2, con rango intercuartílico de 0 a 7 puntos, es decir, el 50% de las estudiantes obtuvieron valores de 0 a 7 en esta subescala, pero el otro 50% obtuvo puntuaciones más dispersas que alcanzaron hasta los 28 puntos (Figura 2). En la segunda subescala, bulimia y preocupación por la comida, con 6 ítems sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida, más del 50% de las estudiantes obtuvo una puntuación de 0, y el resto alcanzó hasta los 10 puntos (Figura 3). La tercera subescala, control oral, con 7 ítems sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso, presentó puntuaciones desde 0 hasta los 18 puntos, con el 50% entre 1.5 y 5 puntos (Figura 4).

Tabla 2. Caracterización de la población y resultados EAT-26

| Variable | N = 111 / |
|--|------------------|
| Puntuación subescala dieta | 2.0 (0.0, 7.0) |
| Puntuación subescala bulimia y preocupación por la comida | 0.0 (0.0, 2.0) |
| Puntuación subescala control oral | 3.0 (1.5, 5.0) |
| Puntuación total EAT-26 | 6.0 (4.0, 14.0) |
| Nivel de riesgo | |
| 0. Normal | 4 (3.6%) |
| 1. Bajo riesgo | 60 (54.1%) |
| 2. Mediano riesgo | 34 (30.6%) |
| 3. Alto riesgo | 13 (11.7%) |
| <i>I n (%)</i> ; Mediana (Rango intercuartílico) | |

Figura 2. Distribución de la puntuación de la subescala dieta

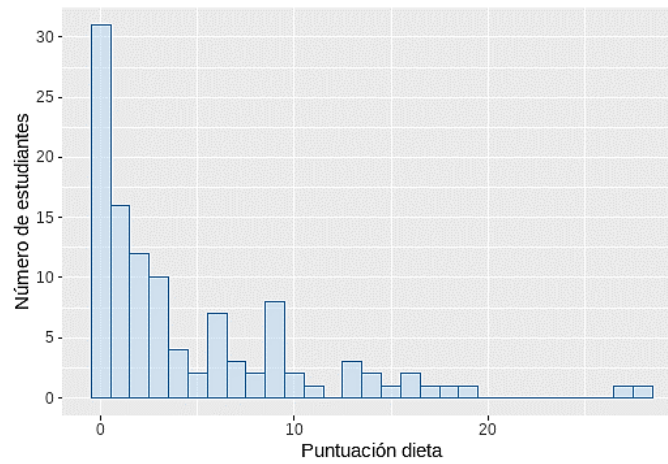


Figura 3. Distribución de la puntuación de la subescala bulimia y preocupación por la comida

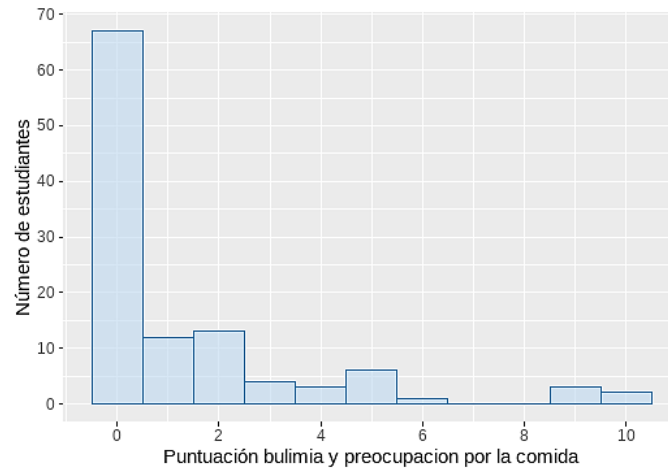
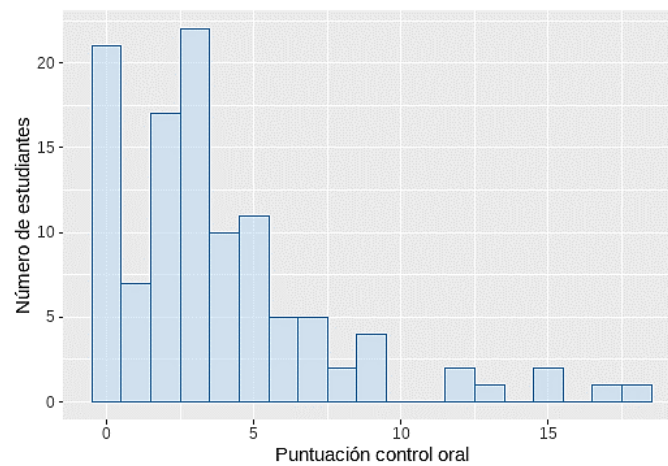


Figura 4. Distribución de la puntuación de la subescala control oral



La puntuación total del EAT-26 tomó valores desde 0 a 45 (Figura 5), con una mediana de 6 puntos y rango intercuartílico de 4 a 14 (tabla 2); en otras palabras, la mitad de las estudiantes obtuvieron una puntuación total del EAT-26 entre los 4 y los 14 puntos, como se puede evidenciar en el histograma, con las barras más altas entre estos valores. De manera más puntual, la figura 7 muestra la distribución de la puntuación total del EAT-26 de acuerdo al semestre, en la cual se evidencia que las puntuaciones de las estudiantes de segundo semestre tienden a ser más altas que las de primer semestre, pues casi el 100% de las estudiantes de primero tienen una puntuación total de casi 20 puntos, mientras que este mismo porcentaje de las de segundo alcanzan los 30 puntos. Aun así, el mayor valor de puntuación total lo presentó una estudiante de primer semestre.

Figura 5. Distribución de la puntuación total del EAT-26 (diagrama de caja - histograma)

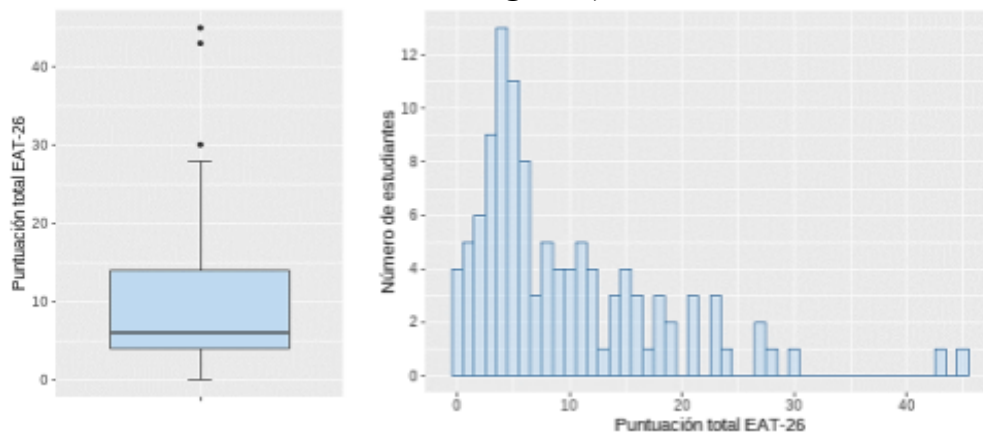
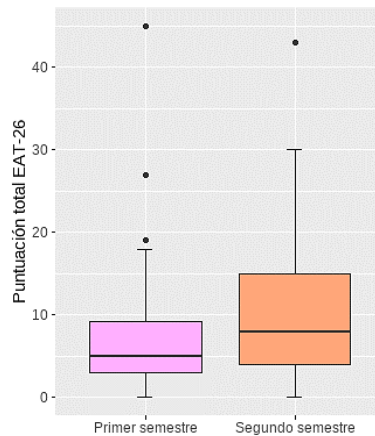
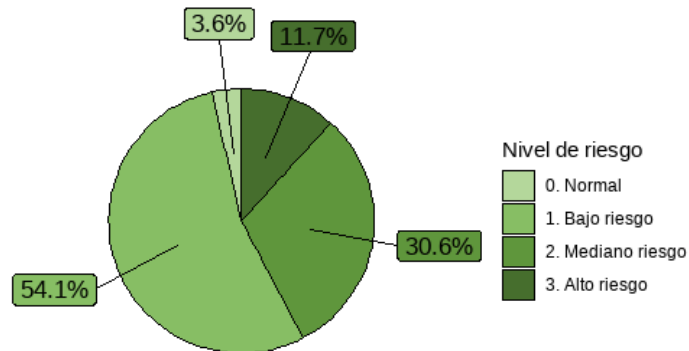


Figura 6. Distribución de la puntuación total del EAT-26 según el semestre



El nivel de riesgo, que se calculó de acuerdo a la puntuación total del cuestionario, se presenta también en la tabla 2, y evidencia que el 54.1% de las estudiantes están en bajo riesgo de padecer trastornos alimenticios, el 30.6% están en mediano riesgo y el 11.7% (13 estudiantes) están en alto riesgo de padecer estos trastornos (Figura 7).

Figura 7. Distribución de la puntuación de la subescala control oral



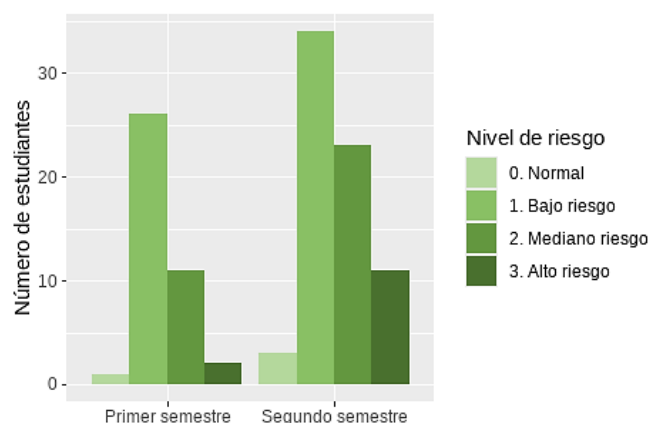
A continuación, la tabla 3 muestra las variables semestre y edad según el nivel de riesgo, como también describe cómo se comportan las puntuaciones de cada subescala de acuerdo a estos niveles.

Tabla 3. Comparación de variables según nivel de riesgo

| Variable | 0. Normal, N = 41 | 1. Bajo riesgo, N = 601 | 2. Mediano riesgo, N = 341 | 3. Alto riesgo, N = 131 |
|--|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Semestre | | | | |
| Primer semestre | 1 (25.0%) | 26 (43.3%) | 11 (32.4%) | 2 (15.4%) |
| Segundo semestre | 3 (75.0%) | 34 (56.7%) | 23 (67.6%) | 11 (84.6%) |
| Edad | 19.5 (18.8, 21.3) | 18.0 (17.0, 19.0) | 18.0 (17.0, 19.0) | 18.0 (17.0, 19.0) |
| Puntuación subescala dieta | 0.0 (0.0, 0.0) | 1.0 (0.0, 2.0) | 6.5 (3.3, 9.0) | 16.0 (14.0, 18.0) |
| Puntuación subescala bulimia y preocupación por la comida | 0.0 (0.0, 0.0) | 0.0 (0.0, 0.0) | 1.0 (0.0, 2.0) | 5.0 (4.0, 9.0) |
| Puntuación subescala control oral | 0.0 (0.0, 0.0) | 3.0 (1.0, 3.3) | 4.0 (2.3, 8.5) | 6.0 (4.0, 7.0) |
| <i>I n (%); Median (IQR)</i> | | | | |

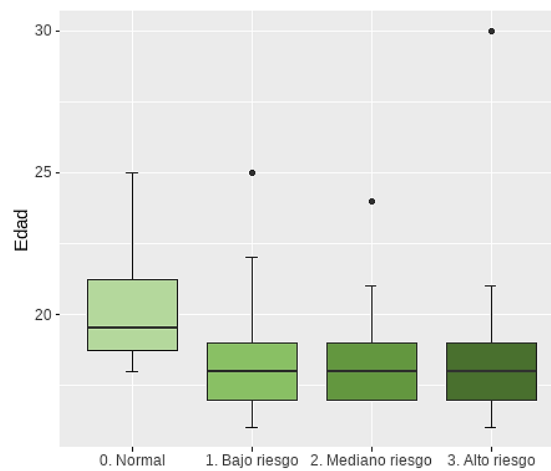
Cabe resaltar que de las estudiantes que se encuentran en alto riesgo de padecer trastornos alimenticios, el 84.6% son de segundo semestre. Todos los niveles de riesgo presentan mayor porcentaje de estudiantes cursando segundo semestre, de acuerdo a que la cantidad de estudiantes que cursa segundo semestre es mayor (Figura 8).

Figura 8. Nivel de riesgo según el semestre



La edad de las estudiantes solo varió en el nivel normal, en el que tienden a ser mayores, como se evidencia en la Figura 9. La edad mediana es la misma en los niveles bajo, mediano y alto riesgo.

Figura 9. Nivel de riesgo según el semestre



La relación entre las puntuaciones de cada subescala y el nivel de riesgo se muestra de manera informativa en la tabla 3, para evidenciar cómo varían estas puntuaciones en los diferentes niveles, lo que es muy esperado ya que son variables dependientes entre sí. Las puntuaciones medianas de la subescala de control oral son más similares entre ellas, que las puntuaciones medianas de las otras subescalas. También cabe resaltar que, la variación entre los niveles de la subescala bulimia y preocupación por la comida es mucho más baja que la variación en la subescala de control oral, aunque la puntuación de la subescala bulimia y preocupación por la comida tiene un rango más pequeño (de 0 a 10 puntos) que la puntuación de la subescala de control oral (de 0 a 18 puntos), como se evidencia en las figuras 3 y 4.

13. DISCUSIÓN

En primer lugar se abordará la caracterización de las estudiantes del programa de odontología de primer y segundo semestre donde se desarrollaran las variables de rango etario, sexo, programa de estudio y semestre cursado por las participantes. Dicho lo anterior para este estudio se tomó como población a 111 mujeres pertenecientes a la Universidad Santiago de Cali, donde se caracterizaron y se tomaron como variables algunos aspectos adicionales como la edad y el programa al que pertenecen. Por lo anterior en el contexto de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la anorexia nerviosa destaca como uno de los más prevalentes y peligrosos, afectando en mayor medida a mujeres jóvenes. El género femenino es particularmente vulnerable a desarrollar TCA debido a diversas influencias sociales, culturales y psicológicas. Estas influencias no solo crean ideales de belleza inalcanzables, sino que también establecen patrones de comportamiento y actitudes hacia la alimentación que son difíciles de modificar. En las mujeres, la presión por cumplir con estos estándares de belleza y el valor asignado a la delgadez como símbolo de éxito y autocontrol son factores que pueden incrementar considerablemente el riesgo de desarrollar conductas alimentarias patológicas. Las mujeres, según investigaciones como las de Garner (1982), tienden a internalizar más profundamente estos ideales de belleza, los cuales refuerzan la delgadez como símbolo de atractivo físico, autocontrol y éxito social. Además, la literatura resalta que esta presión cultural y social es especialmente intensa durante la adolescencia y la juventud, periodos críticos para el desarrollo de la identidad y la autoestima (Canals & Val, 2022). Durante estas etapas, las mujeres jóvenes suelen experimentar cambios físicos y emocionales significativos, lo que las hace más susceptibles a la comparación social y la autoexigencia en relación con su apariencia física. Esta tendencia hacia la autocrítica y la comparación se relaciona directamente con un aumento en la insatisfacción corporal,

desencadenando una relación conflictiva con la alimentación y promoviendo comportamientos de riesgo para la salud mental y física. Teniendo en cuenta lo anterior se puede destacar la susceptibilidad particular de las mujeres jóvenes a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en especial a la anorexia nerviosa, debido a factores sociales, culturales y psicológicos que fomentan ideales de belleza inalcanzables. Adicionalmente la vulnerabilidad en la juventud se asocia a etapas de formación de la identidad y de la autoestima, en las que los cambios físicos y la presión social aumentan el riesgo de comparación social y autocrítica. Esto puede provocar una insatisfacción corporal que lleva a una relación conflictiva con la alimentación y al desarrollo de conductas alimentarias, lo cual representa un riesgo considerable para la salud mental y física de las jóvenes

Otro aspecto importante es como la etapa de adolescencia y adultez temprana, comprendida entre los 16 y 30 años rango etario utilizado en la investigación, es un periodo de desarrollo crítico para la formación de la identidad y el autoconcepto, donde la imagen corporal y la autoestima juegan roles centrales en la autoidentidad. Según Erikson, en su teoría del desarrollo psicosocial, las personas jóvenes atraviesan la fase de “Identidad frente a confusión de roles,” que ocurre típicamente durante la adolescencia y la adultez temprana. En esta fase, los individuos exploran y consolidan aspectos clave de su identidad personal, como el rol profesional y la imagen física. Las presiones sociales en torno a los ideales de belleza y delgadez, que se intensifican durante esta etapa, pueden influir en que las jóvenes asocien el valor personal con el cumplimiento de estos estándares, generando tensiones internas que derivan en conductas alimentarias de riesgo. Tomando en cuenta la muestra estudiada, la mayoría de las participantes se encuentra entre los 17 y 19 años, un grupo que enfrenta de manera intensa estas presiones de la imagen corporal. La mediana de edad de las estudiantes en niveles de bajo, mediano y alto riesgo es de 18 años, mientras que en el nivel normal la

mediana sube ligeramente a 19.5 años. Esto sugiere que la juventud temprana —17 y 18 años— es particularmente vulnerable, lo cual es consistente con la teoría de la comparación social propuesta por Festinger. Según esta teoría, las personas, en especial los adolescentes y adultos jóvenes, tienden a evaluarse a sí mismos mediante la comparación con otros. Las estudiantes de odontología, además, están inmersas en un entorno que valora la imagen personal y la apariencia, intensificando esta comparación social y el deseo de alcanzar ideales estéticos específicos. Como menciona el estudio, el 54.1% de las estudiantes está en un nivel de bajo riesgo, mientras que un 30.6% está en un nivel de mediano riesgo y un 11.7% en alto riesgo. Esto confirma que, en este rango etario y contexto académico, hay una prevalencia significativa de factores de riesgo relacionados con la imagen corporal y el control alimentario, impulsados tanto por expectativas sociales como por el propio autoconcepto en desarrollo. Por otro lado, en el modelo de vulnerabilidad-estrés, es comprensible que las jóvenes de este grupo etario sean más susceptibles a factores estresantes externos, como la presión por la delgadez. Este modelo postula que la interacción entre predisposiciones personales (como una alta necesidad de aprobación) y factores ambientales (como la presión social) puede desencadenar conductas de riesgo. Dado que la mayoría de las estudiantes se encuentra en los primeros años universitarios, aún están adaptándose a la nueva realidad académica, lo que podría agravar su respuesta a la presión social y los ideales de delgadez, aumentando la probabilidad de conductas alimentarias de riesgo. En este sentido se puede ver cómo la adolescencia y la adultez temprana, especialmente entre los 16 y 30 años, son períodos cruciales para la construcción de la identidad y el autoconcepto. Durante esta etapa, la imagen corporal y la autoestima se convierten en aspectos centrales de la autoidentidad. También como las presiones sociales sobre la delgadez y los ideales de belleza se intensifican en este periodo, impulsando a muchas jóvenes a asociar su valor personal con el cumplimiento de estos estándares.

Teniendo en cuenta lo anterior se lleva a cabo la investigación con las estudiantes de odontología, que al igual otras en áreas de ciencias de la salud, se encuentran en un entorno académico y profesional que no solo valora el conocimiento técnico, sino que también enfatiza la importancia de la apariencia personal y el autocuidado. Esto incluye valores como la disciplina, el autocontrol y la adherencia a un ideal de salud que, en muchos casos, se vincula a la percepción de una imagen corporal "adecuada". Este contexto puede predisponer a los estudiantes a desarrollar actitudes más críticas hacia sus cuerpos y a interiorizar estándares exigentes en torno a su propia apariencia física. Según Fairburn (2008), esta percepción del "ideal de salud" en carreras como odontología podría estar relacionada con la expectativa de que los futuros profesionales mantengan una apariencia alineada con lo que promueven en su área. Esto genera presión sobre los estudiantes para mantener una figura que no solo demuestre competencia y profesionalismo, sino también que refleje el autocontrol y la dedicación. Adicional a esto otro factor influyente es la carga académica y el estrés que caracterizan el entorno universitario en las carreras de salud. Diversos estudios han indicado que el ambiente de ciencias de la salud, debido a su rigor y sus altas demandas, genera niveles de estrés significativos en los estudiantes, y, en consecuencia, aumenta su vulnerabilidad ante conductas de riesgo. Perales y Ayuso (2015) describieron cómo las altas demandas académicas pueden incidir en la percepción del cuerpo y en la relación con la alimentación, con algunos estudiantes adoptando conductas restrictivas como una forma de sentir control en medio del estrés. Este autocontrol en la alimentación, si bien puede parecer inicialmente adaptativo, podría escalar hacia prácticas restrictivas rígidas y disfuncionales, generando un impacto negativo en su salud física y emocional. Además, las carreras de salud, en particular, presentan tasas elevadas de conductas alimentarias de riesgo comparadas con otras áreas, como lo confirman Lupo y Jackson (2013). Según estos autores, la exposición de los estudiantes de ciencias de la salud a conocimientos sobre el cuerpo y la salud les puede

llevar a interiorizar un ideal rígido sobre la delgadez y el autocontrol, apercibiéndole como necesarios para su desempeño profesional. Esta idealización de la delgadez como parte de la imagen de un "profesional saludable" puede desencadenar en algunos estudiantes una preocupación excesiva por su peso y una autopercepción crítica. En este contexto, la delgadez se convierte en una meta no solo estética, sino simbólica de su capacidad para cumplir con las expectativas de su profesión, lo cual los predispone a actitud. Por lo tanto, es evidente que el entorno de ciencias de la salud, al enfatizar el autocontrol y la apariencia como reflejos de profesionalismo, aumenta la presión sobre los estudiantes para ajustarse a estos estándares. Esta presión contribuye a una relación conflictiva con la alimentación y la imagen corporal en algunos estudiantes, aumentando el riesgo de que desarrollen comportamientos alimentarios disfuncionales y, en casos más graves, trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa.

En cuanto al inicio de la vida universitaria, especialmente durante los primeros semestres, representa una fase de transición clave y de adaptación a un contexto completamente nuevo, marcado por desafíos académicos, sociales y personales. Este período implica un alto nivel de incertidumbre y presión, ya que los estudiantes deben responder a expectativas sociales y académicas que pueden llegar a ser demandantes. Al mismo tiempo, este grupo se encuentra en una etapa de juventud donde la identidad y la autopercepción están en pleno desarrollo, lo cual puede intensificar la autocrítica y la comparación social, incrementando así la vulnerabilidad frente a la insatisfacción corporal y el control de la alimentación. Según Domínguez (2004), la transición a la adultez implica cambios profundos, entre los cuales destaca la búsqueda de aceptación social, un proceso que impulsa a los jóvenes a ajustarse a las normas y estándares de su nuevo entorno, lo cual suele incluir la comparación constante con sus pares. Esta necesidad de pertenencia y validación social se

hace particularmente presente en el contexto universitario, donde el joven está rodeado de nuevas personas y expuesto a expectativas sociales que pueden ser idealizadas o poco realistas. La teoría de la comparación social de Festinger (1954) sugiere que en estos entornos de incertidumbre, las personas tienden a compararse con otras para evaluar y mejorar su autoestima. Sin embargo, cuando estas comparaciones son desfavorables, pueden surgir sentimientos de inseguridad que se proyectan en la autoimagen y el comportamiento alimentario. Además, en los primeros años universitarios, los estudiantes carecen muchas veces de habilidades adecuadas para afrontar el estrés y la presión social. Esto puede llevarlos a desarrollar estrategias de control en áreas como el peso y la alimentación como una forma de lidiar con la ansiedad y mantener una sensación de control en medio del cambio y la adaptación. De hecho, investigaciones como las de Canals y Val (2022) subrayan que estos "factores de transición" están especialmente presentes en fases de cambio, como la entrada a la universidad, donde la identidad y la percepción de la propia imagen se encuentran en constante transformación y adaptación a nuevas demandas. La teoría de los "factores de transición" menciona que en etapas de alta adaptabilidad, los jóvenes desarrollan conductas y creencias que buscan reducir la incertidumbre y reforzar su sentido de pertenencia. En esta línea, Arnett (2000) explica que la adultez emergente es una etapa de exploración y cambio donde el autoconcepto está en construcción, y las personas tienden a adoptar conductas orientadas a la aceptación social y al sentido de identidad. En este contexto, el control del peso y la alimentación puede convertirse en un mecanismo para alcanzar esa aceptación y responder a los ideales sociales que predominan en el entorno universitario, como la delgadez y la apariencia saludable, valores muchas veces vinculados al éxito y la competencia social. Por lo tanto, el inicio de la vida universitaria representa una fase en la que la adaptación a nuevas expectativas y la búsqueda de autoaceptación aumentan el riesgo de desarrollar conductas alimentarias de riesgo y preocupación excesiva por la imagen corporal. La falta de

habilidades de afrontamiento, combinada con la presión académica y social, crea un entorno donde la inseguridad y el deseo de pertenencia pueden traducirse en prácticas restrictivas de alimentación y en una percepción distorsionada del cuerpo, intensificando el riesgo de trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa.

Por otra parte, se abordará la identificación de los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la anorexia en los estudiantes, se evidenció que los resultados del cuestionario EAT-26 manejan tres subescalas para la identificación de factores de riesgo, por lo cual en primer lugar se abordará la primera subescala, que se relaciona con la dieta, que consta de 13 ítems sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez, en esta escala se obtuvo una puntuación mediana de 2, con rango intercuartílico de 0 a 7 puntos, es decir, el 50% de las estudiantes obtuvieron valores de 0 a 7 en esta subescala, que significa que presentan un bajo riesgo, pero el otro 50% obtuvo puntuaciones más dispersas que alcanzaron hasta los 28 puntos, esto se puede interpretar que las demás estudiantes pueden variar entre mediano y alto riesgo. Garner, (1982) menciona que los ítems en esta subescala incluyen afirmaciones como "Tengo miedo de ganar peso", "Evito comer cuando tengo hambre" y "Me siento extremadamente culpable después de comer", las cuales reflejan una mentalidad obsesiva por el control de peso y una insatisfacción con la imagen corporal, puntuaciones elevadas en la subescala de "Dieta" indican una tendencia significativa hacia la restricción alimentaria y una preocupación excesiva por la delgadez, factores de riesgo importantes para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa. Según Garner (1982), estas actitudes restrictivas pueden manifestarse a través de la selección de alimentos bajos en calorías, la evitación de comidas completas y la autocrítica severa en relación con la apariencia física. La investigación sugiere que cuando estos comportamientos son frecuentes, pueden consolidarse en patrones

alimentarios rígidos y obsesivos, que representan un riesgo para la salud física y mental del individuo. Teniendo en cuenta lo anterior, los resultados en la subescala de Dieta del EAT-26 muestran indicadores preocupantes de conductas de restricción alimentaria y pensamientos obsesivos sobre el peso entre las estudiantes, aunque en su mayoría presentan un riesgo bajo. Sin embargo, la presencia de puntuaciones que alcanzan hasta 28 puntos en esta subescala evidencia que un porcentaje significativo de estudiantes podría estar en riesgo moderado a alto, lo cual sugiere la existencia de una relación conflictiva con la comida y con la imagen corporal. Esto plantea la necesidad de una intervención preventiva y de un acompañamiento psicoeducativo, que permita a las estudiantes entender los factores socioculturales y psicológicos que influyen en su percepción de la alimentación y del cuerpo. A esto se le suma que es fundamental intervenir desde una etapa temprana para ayudar a estas jóvenes a desarrollar una relación saludable con la comida y su imagen corporal, ya que, se relaciona con lo descrito por el autor, debido a que el menciona que los comportamientos restrictivos y la autocrítica sobre el peso pueden consolidarse y evolucionar hacia patrones rígidos y obsesivos, poniendo en riesgo tanto su salud física como emocional.

En segundo lugar, se abordará la subescala, bulimia y preocupación por la comida, que consta de 6 ítems sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida, en esta escala más del 50% de las estudiantes obtuvo una puntuación de 0, que significa que presenta bajo riesgo y el resto alcanzó hasta los 10 puntos, que se interpreta que las demás estudiantes pueden llegar hasta un mediano riesgo. Garner (1982), menciona que los ítems de esta subescala reflejan una relación conflictiva con la alimentación, caracterizada por una lucha entre el impulso de consumir alimentos y los esfuerzos por eliminarlos o controlarlos después de comer. Los individuos que puntúan alto en esta subescala suelen mostrar un patrón de alimentación impulsivo y ansioso, seguido de sentimientos de culpa o arrepentimiento, que

los llevan a recurrir a métodos extremos de control de peso. Aunque estos comportamientos están más comúnmente asociados con la bulimia nerviosa, también pueden estar presentes en otras alteraciones de la conducta alimentaria, especialmente en personas que experimentan una profunda insatisfacción corporal y miedo a ganar peso. A esto se le suma que Fairburn (2008), plantea que la bulimia no solo se caracteriza por episodios de ingesta excesiva y conductas compensatorias, como el vómito o el uso de laxantes, sino también por una intensa preocupación y ansiedad en torno a la comida, el peso y la imagen corporal. Estos factores se combinan para crear un ciclo de conducta bulímica que puede intensificarse con el tiempo, afectando la salud física y psicológica del individuo. Teniendo en cuenta lo anterior, los resultados obtenidos en la subescala de bulimia y preocupación por la comida sugieren la importancia de prestar atención temprana a los patrones alimentarios que pueden indicar una relación conflictiva con la alimentación. Ya que es importante destacar que más del 50% de las estudiantes obtuviera una puntuación de 0, esto indica un bajo riesgo en este grupo, lo cual es alentador; sin embargo, la presencia de puntajes más altos que alcanzan hasta los 10 puntos en el resto de la población estudiada señala que existe un grupo significativo en riesgo moderado. Estos resultados son especialmente relevantes, dado que se relaciona con lo descrito por el autor, el cual menciona que los puntajes elevados en esta subescala están asociados con impulsos de consumo alimentario seguidos de comportamientos compensatorios y sentimientos de culpa, los cuales constituyen una señal de alerta. Por lo cual se considera que es esencial intervenir de manera preventiva con estas estudiantes, ya que la preocupación excesiva por la comida y la imagen corporal, puede intensificarse y derivar en patrones de conducta bulímica que afectan tanto la salud física como el bienestar psicológico. Este abordaje preventivo no solo podría detener la progresión de estos comportamientos, sino que también permitiría trabajar en aspectos de autoestima y autoaceptación que son fundamentales en el desarrollo de una identidad saludable.

En tercer lugar, se abordará la tercera subescala, que se relaciona con el control oral, esta consta con 7 ítems sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso, en esta escala se presentaron puntuaciones desde 0 hasta los 18 puntos, que indica que pueden variar entre bajo y mediano riesgo, con el 50% entre 1.5 y 5 puntos, que se interpreta en bajo riesgo. Garner (1982), menciona que los ítems exploran la percepción del individuo respecto a la presión social o familiar para ganar o perder peso, y su reacción ante dichas influencias. Los puntajes altos en la subescala de control oral suelen indicar una preocupación excesiva por controlar los impulsos alimentarios y una respuesta rígida a las expectativas de otros, lo cual puede estar asociado con conductas restrictivas y la evitación de situaciones relacionadas con la alimentación, además esto es característico de ciertos patrones observados en la anorexia nerviosa, donde la rigidez y la autodisciplina se vuelven elementos centrales en la gestión de la alimentación. A esto se le suma que la subescala de control oral evalúa cómo los comentarios y el juicio de los demás sobre el cuerpo y el peso pueden desencadenar conductas restrictivas y contribuir a un ciclo de alimentación controlada o evitativa, exacerbando la relación conflictiva con la comida. Por otro lado Fairburn, (2003), refiere que esta presión social y el deseo de control sobre el peso pueden convertirse en una fuente de estrés constante, llevando a las personas a adoptar estrategias de restricción alimentaria y control obsesivo para cumplir con las expectativas percibidas de los demás. Este modelo resalta cómo la influencia social no solo afecta la percepción corporal, sino que también refuerza un ciclo de control excesivo sobre la alimentación. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante destacar que los resultados en la subescala de control oral subrayan la importancia de comprender cómo la presión social y familiar influye en la conducta alimentaria de los estudiantes, especialmente en contextos donde la imagen corporal y el peso son aspectos centrales en su autopercepción y relaciones interpersonales. Es evidente que al observar que el 50% de las participantes se ubica en un rango de bajo riesgo, se podría pensar

que la problemática no es tan extendida. Sin embargo, al profundizar en los datos se evidencia la presencia de puntuaciones que indican un riesgo mediano, esto sugiere la necesidad de una atención más detallada, ya que estos hallazgos apuntan a la importancia de la presión social y las expectativas culturales en la relación de las jóvenes con la alimentación, debido a que la búsqueda de la delgadez y el miedo al juicio pueden llevar a conductas restrictivas y a una preocupación excesiva por el peso, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Por lo cual, es fundamental implementar programas de prevención que aborden los factores psicológicos y sociales implicados en estos trastornos. Fortalecer la autoestima, promover hábitos alimenticios saludables y desarrollar habilidades de afrontamiento son estrategias clave para prevenir el desarrollo de conductas alimentarias disfuncionales. Además, es importante identificar a aquellas jóvenes que presentan un mayor riesgo y ofrecerles intervenciones personalizadas para abordar sus necesidades específicas.

Por otra parte, es importante abordar la percepción de la imagen corporal en los comportamientos alimenticios de las estudiantes en cuestión, los resultados obtenidos mediante el cuestionario EAT-26 muestran que un 42,3% de las mujeres evaluadas presentan un riesgo significativo de desarrollar trastornos alimentarios, reflejando una preocupación marcada por la delgadez y la insatisfacción corporal. Este porcentaje evidencia una alta prevalencia de comportamientos de riesgo entre las estudiantes de primer y segundo semestre de odontología en la Universidad Santiago de Cali. Además, se encontró que aproximadamente un 48% de las participantes experimenta una insatisfacción corporal considerable, lo que podría estar contribuyendo al desarrollo de patrones alimentarios restrictivos y otros comportamientos de riesgo asociados a la anorexia nerviosa. Por lo cual es

importante abordar la teoría de la insatisfacción corporal, que se fundamenta en estudios como el de Benítez (2019), este señala que las mujeres universitarias tienen una mayor tendencia a la insatisfacción corporal, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. En su investigación, el 40% de las mujeres universitarias en España superó el umbral de obsesión por la delgadez, resultado que se aproxima con los porcentajes observados en este estudio. Por otro lado, Segrada (2020) destaca que los factores de riesgo, como la presión sociocultural hacia la delgadez y la percepción de una figura ideal delgada, son claves en la aparición de conductas alimentarias disfuncionales. Según el autor, la insatisfacción corporal y la internalización de estos ideales son factores que predisponen a las jóvenes a adoptar comportamientos de control de peso extremo, una observación consistente con los resultados de este estudio, donde las estudiantes reflejan una alta tasa de insatisfacción con su imagen corporal. La percepción de la imagen corporal negativa y la presión por ajustarse a estándares de delgadez explican, en gran medida, la presencia de conductas de riesgo en la muestra estudiada. En el contexto de la Universidad Santiago de Cali, la prevalencia de comportamientos de riesgo alimentario entre las estudiantes es alarmante, situándose en una posición de vulnerabilidad para desarrollar TCA, especialmente anorexia nerviosa. Por otro lado, La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) considera los TCA una crisis de salud pública, indicando que un 10% de las jóvenes en Colombia presentan algún tipo de trastorno alimentario. En este contexto, los datos encontrados en esta investigación reafirman la relevancia de intervenir de manera preventiva para abordar la insatisfacción corporal y reducir los riesgos de TCA en la población universitaria. Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia una relación consistente entre la teoría de la insatisfacción corporal, la percepción de imagen y las conductas de riesgo en alimentación observadas en la muestra estudiada. Los hallazgos cuantitativos están respaldados por estudios previos y teorías clave, como las de Benítez (2019) y Segrada

(2020), que relacionan la presión hacia la delgadez y la autoimagen negativa con la aparición de comportamientos alimentarios peligrosos en mujeres jóvenes universitarias. En conclusión, los datos sugieren que es necesario implementar programas psicoeducativos y terapias como la cognitivo-conductual en la universidad para ayudar a las estudiantes a desarrollar una imagen corporal saludable y evitar el avance hacia comportamientos alimentarios más severos.

13. CONCLUSIÓN

Para concluir se puede decir que los factores sociales, culturales y académicos que enfrentan las estudiantes de odontología en sus primeros semestres de vida universitaria tienen un impacto significativo en el desarrollo de conductas de riesgo relacionadas con la alimentación y la imagen corporal. La presión para cumplir con ideales de delgadez y autocontrol, intensificada en el contexto de las ciencias de la salud, fomenta un entorno en el que la apariencia física se percibe no sólo como un atributo personal, sino como un reflejo de profesionalismo y éxito. Este ideal, que asocia el autocontrol físico con el desempeño profesional, puede llevar a que las estudiantes internalicen expectativas exigentes sobre su propio cuerpo, aumentando su autocrítica y su predisposición a actitudes alimentarias restrictivas.

Asimismo, el periodo de adolescencia tardía y adultez emergente en el que se encuentran estas estudiantes representa una fase crucial para la formación de la identidad y el autoconcepto. Durante estos años, las jóvenes son especialmente susceptibles a influencias externas y tienden a evaluar su valor personal en función de la aceptación social, intensificando su vulnerabilidad frente a la comparación social. Las teorías sobre la comparación social y la transición a la adultez sugieren que la búsqueda de validación en este

periodo puede fomentar comportamientos de control de la alimentación, como una forma de alcanzar la autoaceptación y pertenencia en su entorno. Estos factores subrayan la necesidad de intervenciones preventivas que fortalezcan la autoaceptación y el bienestar psicológico en esta etapa formativa.

Por otro lado, el cuestionario EAT-26 reveló patrones preocupantes en las estudiantes evaluadas, especialmente en las subescalas de dieta, bulimia y control oral. En relación al primer ítem, se observó una tendencia hacia la restricción alimentaria y una preocupación excesiva por la delgadez, con un porcentaje significativo de estudiantes presentando un riesgo moderado a alto. Estos resultados indican una relación conflictiva con la comida y una búsqueda de la delgadez idealizada, lo cual es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Por otra parte, en relación al segundo ítem, se observó que aunque la mayoría de las estudiantes mostraron un bajo riesgo, un grupo significativo presentó puntuaciones que indican una posible lucha con la alimentación, caracterizada por episodios de ingesta excesiva y conductas compensatorias. Esto sugiere la presencia de una relación ambivalente con la comida y una búsqueda de control a través de la alimentación. Por último, en el tercer ítem, los resultados indican una preocupación significativa por el control de la ingesta y la influencia de la presión social en las decisiones alimentarias. La búsqueda de la aprobación social y el miedo al juicio pueden llevar a conductas restrictivas y a una mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

En relación a la percepción de la imagen corporal en los comportamientos alimenticios, se evidenció que mediante el análisis de los resultados obtenidos con el cuestionario EAT-26. Los datos indican que el 54.1% de las estudiantes presentan un bajo riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, mientras que un 30.6% muestran un riesgo moderado y un 11.7% un alto riesgo. Estos niveles de riesgo son especialmente significativos en

estudiantes de segundo semestre, quienes en mayor medida experimentan insatisfacción corporal y preocupación por el peso. Este análisis reveló que una percepción negativa de la imagen corporal, influenciada por estándares de belleza y pensamientos negativos sobre el propio cuerpo, está estrechamente relacionada con conductas alimentarias restrictivas y un mayor control de la ingesta alimentaria. Estos hallazgos demuestran cómo la percepción de la imagen corporal afecta directamente los comportamientos alimenticios en esta población. Además, resaltan la importancia de implementar intervenciones preventivas centradas en fortalecer la autoestima, modificar creencias disfuncionales y reducir el impacto de los ideales de belleza en las estudiantes universitarias, con el fin de disminuir la prevalencia de conductas de riesgo alimentario.

14. ANEXOS

Consentimiento Informado

Yo, _____, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de grado denominado “Conductas de riesgo en relación a la anorexia nerviosa en estudiantes mujeres de primer y segundo semestre del programa de odontología de la universidad Santiago de Cali ”, realizado por las estudiantes de Psicología de la Universidad Santiago de Cali, Gabriela Durán La Rotta, Ana Isabel Garcia Noguera, Valentina Vargas Silva y bajo la supervisión del docente Rodrigo Lopez Santander.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y comprendo que mi participación es completamente voluntaria y no recibiré ningún tipo de remuneración económica. Se me ha informado que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas para mí.

Entiendo que mis respuestas serán tratadas de manera confidencial y que se utilizarán únicamente con fines académicos y de investigación. Mis respuestas no serán compartidas con terceros y se utilizarán únicamente de manera anónima.

Se me ha informado sobre la naturaleza del estudio, incluyendo los procedimientos a seguir y las posibles preguntas que se me formularán. Se me ha brindado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tenga sobre el estudio y se me han proporcionado respuestas satisfactorias a todas mis preguntas.

Entiendo que los resultados de este estudio pueden ser publicados en informes de investigación o presentados en conferencias académicas, pero mis datos personales seguirán siendo confidenciales y anónimos.

Acepto firmar este consentimiento informado de manera voluntaria, indicando así mi acuerdo para participar en este estudio.

Fecha: _____

Firma del Participante: _____

Nombre del Participante (si es menor de edad, el nombre del padre/madre/tutor legal):

Firma de las estudeintes: _____

ANEXO 2

EAT-26

ESCALA EAT-26 PARA EVALUAR EL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Este cuestionario NO es un examen, NO hay respuestas buenas ni malas. Si en alguna pregunta no encuentras la respuesta que se ajuste exactamente a lo que piensas o haces, marca con una X la respuesta que más se le aproxime.

Nombre _____ Fecha de nacimiento (día/mes/año) ____/____/____

Fecha de diligenciamiento _____

| Pregunta | (0) | (0) | (1) | (2) | (3) |
|--|-------|------------|----------|--------------|---------|
| | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P01. Me angustia la idea de estar demasiado gorda | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P02. Procuo no comer cuando tengo hambre | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P03. La comida es para mí una preocupación habitual | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P04. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P05. Corto mis alimentos en pequeños trozos | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P06. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P07. Procuo no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.) | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P08. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P09. Vomito después de comer | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P10. Me siento muy culpable después de comer | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P11. Me obsesiona el deseo de estar más delgada | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P15. Tardo más tiempo que los demás en comer | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P16. Procuo no comer alimentos que tengan azúcar | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P17. Como alimentos dietéticos | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P22. No me siento bien después de haber tomado dulces | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P23. Estoy haciendo dieta | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P24. Me gusta tener el estómago vacío | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P25. Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías (*) | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |
| P26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar | Nunca | Casi nunca | A menudo | Muy a menudo | Siempre |

(*) : Se puntúa por columna así: 3-2-1-0-0

Puntaje: ___ ___ ___ ___ ___

Puntaje total: _____

ESCALA EAT-26 PARA EVALUAR EL RIESGO DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Instrucciones:

- Escala autoaplicable
- Cinco opciones de respuesta
- Puntuación: Respuestas de columna 1 y 2 ("Nunca" y "Casi nunca") con 0 puntos. Respuestas de columna 3 ("A menudo") con 1 punto. Respuestas de columna 4 ("Muy a menudo") con 2 puntos. Respuestas de columna 5 ("A menudo") con 3 puntos.
- El ítem 25 se puntúa a la inversa: columna 1 con 3 puntos, columna 2 con 2 puntos, columnas 3 y 4 con 0 puntos.
- Puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 26 ítems de la escala.
- Punto de corte de la escala es de 11 y más puntos.

15. BIBLIOGRAFÍA.

- Almansa, C. (2011). *LAS DOCE CREENCIAS IRRACIONALES QUE SUSTENTAN LA NEUROSIS (A. ELLIS) Y LOS DOCE CURADORES (E. BACH): ESTUDIO DE SU CORRESPONDENCIA*. CONGRESO SEDUBAC DE TERAPIA FLORAL. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39309822/11_irracionalidades_de_ellis-libre.pdf?1445308071=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3D11_irracionalidades_de_ellis.pdf&Expires=1710399608&Signature=Eu2oaoR3YS3jv99St7AvtysMeHInDuXVnPvBrdLCMXn0GFiSJPhtQDQiHr4j8g6tQ2gEpYjdi2gi-OTvd40ZgPFk6oGXErDJoK3Cr9u-VNwVrWS3i-wTGe~2Ecb56VTqeAey~RqalQ6hDiHoaQ9yTFP9vZ~m-Lnbca3bavwjbvfvBVSXyr7V7BdEaMf29ao4EWSzPNOW1TbprUiGR104
- AM Benitez, S. S.-H. (2019). *Análisis del riesgo de sufrir Trastorno Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura*. España
- : Enfermería Global. [CLÍNICA \(isciii.es\)](http://www.enfermeriaglobal.com/index.php/clnica)
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2022, July 13). *Anorexia nerviosa*. Manual MSD Versión Para Profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/anorexia-nerviosa>
- Benitez, A., Sánchez, S., Bermejo, M. L., Franco-Reynolds, L., García-Herraiz, M. A., & Cubero, J. (2019). Analysis of the Risk of Suffering Eating Disorders in young student university of Extremadura (Spain). *Enfermería Global*, 18(2), 124–143. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.313421>
- Cadiniere, M. I.-d. (2015). *RELACIÓN ENTRE INSATISFACCIÓN CORPORAL Y AUTOCONCEPTO, DISTORSIONES COGNITIVA Y ACTITUD HACIA LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES Y JÓVENES*. MADRID : UNIVERSIDAD PONTIFICIA ICAI ICADE COMILLA MADRID.

<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1130/TFM000144.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Canals, J., & Val, V. A. (2022). Risk factors and prevention strategies in eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.04174>
- D., J. O. (2002). *DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y SUS ALTERACIONES*. Chile: Revista chilena de nutrición. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002#:~:text=La%20conducta%20alimentaria%20se%20define,las%20cantidades%20ingeridas%20de%20ellos.
- Edilia Chavez Rosales, E. J. (2012). *CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN ESTUDIANTES DE NUTRICIÓN*. México: Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios.
- El drama de la anorexia*. (2023, January 14). <https://concejodebogota.gov.co/el-drama-de-la-anorexia/cbogota/2023-01-14/102855.php>
- Enrique., M. C. (2012). *TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: ESCALA PARA VALORAR SÍNTOMAS Y CONDUCTAS DE RIESGO*. Cartagena.: Revista Ciencias Biomédicas. file:///C:/Users/Usuario1/Downloads/6793.pdf
- Gustavo A. Constain, M. d.-G. (2016.). *Validez y utilidad diagnóstica de la escala Eating Attitudes Test-26 para la evaluación del riesgo de Trastornos de la conducta alimentaria en población de Medellín, Colombia*. Colombia: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.016>
- Jean Pierre Zila-Velasque, P. G.-E.-R.-C.-V.-R.-V. (2022). *Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid-19: estudio multicéntrico*. Perú: Revista Colombiana de Psiquiatría. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9359929/pdf/main.pdf>

- Martínez-González, L., Villa, T. F., De La Torre, A. J. M., Pérez, C. A., Cavanillas, A. B., Álvarez, R. C., Campos, R. M., & Sánchez, V. M. (2014). [Prevalence of eating disorders in college students and associated factors: uniHcos project]. *PubMed*, 30(4), 927–934. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7689>
- Ortega, C. (2023, February 23). *¿Qué es un estudio transversal?* QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/>
- Pacherres-Seminario, S. F. (2018, August 24). *Trastornos alimenticios en jóvenes universitarios*. Pacherres-Seminario | Polo Del Conocimiento. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/657/html>
- Rojó, M. (9 de Agosto de 2018). *SCRIBD*. Obtenido de SCRIBD: <https://es.scribd.com/document/385781477/EAT-40-pdf>
- Semana. (2023, June 2). Incremento dramático de casos de trastornos alimenticios en el mundo, ¿qué hacer frente a la problemática? *Semana.com Últimas Noticias De Colombia Y El Mundo*. <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/incremento-dramatico-de-casos-de-trastornos-alimenticios-en-el-mundo-que-hacer-frente-a-la-problematika/202328/>
- Urrutia, B. E. (2020). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario Actitudes ante la Alimentación en Estudiantes de una Universidad Privada de Trujillo*. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/6419/RE_PSICOL_BRIGITTE.JARA_PROPIEDADES.PSICOMETRICAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Universidad peruana de ciencias aplicadas. (s.f.). *GUIA INFORMATIVA UPC, LA AUTOACEPTACIÓN*. LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES. <https://www.upc.edu.pe/servicios/orientacion-psicopedagogica/documentos/guia-la-autoaceptacion.pdf>
- Victoria Arijá Val, M. J.-M. (2022). *Caracterización, Epidemiológica y Tendencias de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Universidad de Cadiz. [Nutricion Hospitalaria V39E2.indd \(ishiii.es\)](https://www.ishiii.es/V39E2.indd)

Vista de Anorexia nerviosa en adolescentes y adultos | *Revista Ciencia y Salud*
Integrando *Conocimientos.* (n.d.).

<https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/199/282>

Vista de Distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Programa de prevención desde la educación física escolar. (n.d.).

<https://revistascientificas.us.es/index.php/fuentes/article/view/2396/2356>

Vista de Trastornos de la alimentación en estudiantes universitarios. (n.d.).

<https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2025/2082>

WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (n.d.). WMA - the World

Medical Association-Declaración De Helsinki De La AMM – Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos.

<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>