



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Trabajo de Tesis

**Riesgo de trastorno alimentario en estudiantes
universitarias, de entre 17 y 19 años, que cursan el
Profesorado en Educación Física de la Universidad
Católica de Salta en el período lectivo 2024**

Alumna: María Noel Ensinas Ríos

Directora: María Sofía de Serranos

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Rector

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

Vicerrectora Académica

Mg. Constanza Diedrich

Secretaría General

Mg. Lic. Silvia Milagro Álvarez

Decana de la Facultad de Artes y Ciencias

Lic. María Dolores Medina Bouquet

Secretaria Académica

Abg. Adriana Ibarguren

Jefa del Departamento de Psicología

Lic. Sonia Edith Guijarro Cardenas

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por ser mi refugio y mi sostén en cada paso. En especial, a mis padres, quienes con esfuerzo, amor y dedicación me brindaron la oportunidad de formarme. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, la constancia y el compromiso. A mis hermanos, por su compañía, apoyo y por estar siempre presentes a su manera en cada paso importante de mi vida.

A mis amigos, por estar presentes con su cariño, apoyo y palabras justas en los momentos más necesarios. Compartir este camino con ustedes lo hizo más llevadero y significativo.

A mi compañero, Mauro, por su paciencia, comprensión y amor. Gracias por alentarme siempre a seguir adelante y por creer en mí incluso cuando yo dudaba.

A cada docente que me acompañó durante estos años, porque todos, de una forma u otra, dejaron una huella en mí. Gracias por sus enseñanzas, por su compromiso y vocación.

A todos ustedes, gracias por ser parte de este logro.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo identificar el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en estudiantes de entre 17 y 19 años que cursan el Profesorado en Educación Física en la Universidad Católica de Salta durante el año 2024. Se adoptó un enfoque cuantitativo, descriptivo, no experimental y de corte transversal, utilizando como instrumento el Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3). Participaron 20 estudiantes, a quienes se les aplicó el instrumento y, posteriormente, entrevistas individuales a quienes presentaron riesgo.

Los resultados revelaron que el 10% de las participantes presentó riesgo de TCA, mientras que una estudiante adicional se ubicó cerca del punto de corte. El análisis estadístico indicó que la edad no mostró relación significativa con el riesgo, pero sí se identificó una asociación con el índice de masa corporal (IMC). Sin embargo, las entrevistas permitieron contextualizar el fenómeno, destacando la influencia de factores emocionales, familiares, académicos y socioculturales, especialmente el uso de redes sociales y la exposición a modelos estéticos.

Aunque la incidencia de riesgo fue inferior a la esperada, las conductas asociadas a TCA se encuentran presentes y podrían evolucionar si no se interviene a tiempo. Finalmente, el abordaje integral que combine datos cuantitativos y cualitativos resulta fundamental para comprender mejor la complejidad del fenómeno y desarrollar estrategias de prevención adaptadas al contexto de las estudiantes.

Palabras clave: Riesgo de trastorno alimentario – Estudiantes de educación física – Fitness - Inventario de Trastornos Alimentarios EDI-3 - Bulimia – Búsqueda de Delgadez – Insatisfacción Corporal

ABSTRACT

The present study aimed to identify the risk of eating disorders (ED) in students between the ages of 17 and 19 who are enrolled in the Physical Education Teaching Program at the Universidad Católica de Salta during the year 2024. A quantitative, descriptive, non-experimental, and cross-sectional approach was adopted, using the Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3) as the instrument. Twenty students participated, who were administered the instrument and subsequently conducted individual interviews with those at risk.

The results revealed that 10% of the participants were at risk for eating disorders, while one additional student was close to the cutoff point. Statistical analysis indicated that age was not significantly associated with risk, but an association was identified with body mass index (BMI). However, the interviews allowed the phenomenon to be contextualized, highlighting the influence of emotional, familial, academic, and sociocultural factors, especially the use of social media and exposure to aesthetic models.

Although the risk incidence was lower than expected, the behaviors associated with eating disorders are present and could progress if not addressed promptly. Finally, a comprehensive approach that combines quantitative and qualitative data is essential to better understand the complexity of the phenomenon and develop prevention strategies tailored to the students' context.

Keywords: Eating disorder risk - Physical education students – Fitness - Eating Disorders Inventory EDI-3 – Bulimia - Drive for Thinness – Body Dissatisfaction.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
Pregunta de investigación.....	11
Objetivos de la investigación	11
<i>Objetivo general</i>	11
<i>Objetivos específicos</i>	11
Justificación	11
Consecuencias de la investigación	14
Deficiencias en el conocimiento	15
MARCO TEÓRICO	25
Capítulo I: La terapia cognitivo-conductual	26
El origen de la terapia cognitivo-conductual	26
Los conceptos fundamentales de la terapia cognitivo-conductual	28
Capítulo II: Los trastornos de la conducta alimentaria y la adolescencia.....	36
Conceptualización	36
Etiología de los TCA.....	37
Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.....	42
Desarrollo de TCA en la adolescencia	48
Riesgo de trastorno alimentario	51
Capítulo III: Fitness, un estilo de vida saludable difundido	53
Conceptualización del fitness.....	53
El fitness y los medios de comunicación	55
Fitness, redes sociales y trastornos de la conducta alimentaria.....	57
METODOLOGÍA.....	59
Nivel y tipo de investigación	60
Diseño de investigación	60
Hipótesis de trabajo.....	61
Variable de investigación	62
<i>Definición conceptual</i>	62
<i>Definición operacional</i>	63
Contexto y período de investigación	64
Población.....	65

Instrumento de recolección de datos	66
Procedimiento de recolección de datos	68
Análisis de los datos.....	69
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	73
Resultados.....	74
Análisis estadístico descriptivo	81
Análisis estadístico inferencial	86
Apreciaciones sobre las entrevistas	90
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	94
REFERENCIAS	100

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad han existido estereotipos de belleza que fueron cambiando y adaptándose a las diferentes épocas y sociedades. Estos ideales de belleza corresponden a construcciones sociales que señalan qué cuerpos y atributos físicos son valorados y cuáles no lo son.

Tolosa y Ferraris Mukdise (2017) señalan que en la actualidad los trastornos de la conducta alimentaria (TCA en adelante) tienen como base una sobrevaloración de la imagen delgada; aspecto que constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo y mantenimiento de este tipo de alteraciones, dado que ese ideal de belleza perseguido genera rechazo hacia la gordura.

El hecho de que la imagen corporal sea importante en las sociedades es de común conocimiento, pero la aspiración a lograr un “cuerpo perfecto” puede conducir a la ejecución de conductas de riesgo que comprometan la salud (Salvador et al., como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017). Se vive en una era que premia la delgadez, y esa sobrevaloración de la imagen corporal delgada en las sociedades modernas trae aparejada una serie de consecuencias físicas y psíquicas que se constituyen, en ocasiones, en un factor de riesgo asociado al desarrollo y mantenimiento de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La cultura de las dietas y ejercicios, con el fin de mantener un ideal de peso que está sostenido rígidamente, sobrevalora a la gente delgada (Kirszman & Salgueiro, 2002). En muchos casos, con el objetivo de responder al ideal, se llevan a cabo prácticas de alimentación disfuncionales, transformándose en un hábito y viviendo en función de la imagen corporal (Torresani, como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017). El ideal actual vinculado a una belleza estilizada desencadena una preocupación excesiva por el peso que conduce a la realización de actividad física y/o a dietas en las cuales se restringen alimentos específicos; acciones que tienen como último fin alcanzar ese ideal de cuerpo perfecto, que prioriza la estética en desmedro de la salud.

En este contexto, se promueve la búsqueda constante de un estilo de vida saludable y equilibrado, surgiendo así el estilo de vida *fitness*, que se orienta a alcanzar un bienestar integral de la persona. Sánchez (2015) señala que el término *fitness* puede traducirse como “estar en buena forma”, y puede entenderse como un estilo de vida que atañe a un conjunto de prácticas

saludables que conjugan una determinada dieta alimentaria y un tipo de ejercicios físicos, resultando en un bienestar físico y mental de la persona.

Por su parte, Infiesta et al. (como se citó en Grimaldo Muchotrigo, 2012), plantean que “el estilo de vida saludable es aquel que permite traducir, en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas que individual y colectivamente mejoran su calidad de vida de forma cotidiana” (p. 75). Resulta imposible negar los efectos que la actividad física tiene sobre el bienestar del cuerpo humano, tanto desde el punto de vista de lo estético, que hoy claramente reviste gran importancia a nivel social, como también desde la salud.

En la actualidad en los medios de difusión masiva, como ser las redes sociales, circulan imágenes e información relativa al estilo de vida fitness. Si bien muchos profesionales de la salud comparten y difunden información acertada desde la comunidad científica, hay otras personas que carecen de la capacitación necesaria para brindar tal información y se valen de esos medios para vender productos adelgazantes, recomendar dietas de moda o rutinas de ejercicios, brindando información errónea y peligrosa.

De esta manera, la difusión y consumo de imágenes e información vinculadas a los ideales corporales, sumada a la presión social por alcanzar un cuerpo delgado, se convierte en un factor de riesgo para aquellas personas que, por sus características psicológicas, pueden ser considerados vulnerables; y más aún aquellas que, por sus profesiones y quehacer laboral, tienden a atribuir mayor importancia a encarnar ellos mismos el ideal corporal establecido, como es el caso de los estudiantes que se forman para ser profesores de Educación Física.

La selección de estudiantes mujeres de la carrera Profesorado en Educación Física para la investigación se sustentó sobre tres ejes. En primer lugar, porque se forman académicamente para trabajar como profesionales específicamente con lo corporal. En segundo lugar, las temáticas vinculadas a la actividad física, la salud y la nutrición son de gran relevancia y se abordan durante su formación universitaria; y, por último, existen diversos autores, entre ellos Lucciarini et al. (2021), que reconocen que, si bien los trastornos de la conducta alimentaria son patologías que afectan tanto a mujeres como a varones, su incidencia es mayor en el caso de la población femenina.

Sirven para recalcar la relevancia del tema los datos presentados en el “Boletín de Indicadores de salud integral en las adolescencias de Salta 2020-2022” (Supervisión de Salud Adolescente de la provincia de Salta et al., 2023) los cuales permiten obtener una aproximación a la realidad de esta población en Salta. Los datos pertinentes a esta investigación revelan que una de las causas más prevalentes de consulta en adolescentes, entre los 15 y 19 años, está relacionada a trastornos de la ingestión de alimentos, además del consumo problemático de alcohol y violencia.

En lo respectivo a la medición del riesgo, en esta investigación se empleó el Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) desarrollado por Garner en el año 2004, en su adaptación lingüística y validación realizada en Argentina por Rutzstein et al. (2013), el cual permite valorar el riesgo mediante la aplicación de una serie de subescalas conformadas por ítems que evalúan características psicológicas, comportamientos y actitudes asociadas a los trastornos alimentarios. A partir de los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento mencionado se procedió a la realización de entrevistas individuales a aquellas estudiantes que presentaron riesgo de TCA, con la finalidad de conocer sus circunstancias personales y así concluir en base a toda la información recabada respecto al fenómeno estudiado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación

¿Cuál es el riesgo de trastorno alimentario presente en las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024, según el *Inventario de Trastornos Alimentarios-3*?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Identificar el riesgo de trastorno alimentario presente en las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024, según el *Inventario de Trastornos Alimentarios-3*.

Objetivos específicos

- Detectar en las jóvenes conductas asociadas a la probabilidad de presentar riesgo de trastorno alimentario.
- Establecer la distribución del riesgo de TCA de las estudiantes según edad cronológica.
- Especificar la distribución del riesgo de TCA de las estudiantes según su índice de masa corporal.
- Contextualizar el riesgo de TCA identificado en las estudiantes mediante la indagación de sus circunstancias personales.

Justificación

El tema de investigación propuesto reviste relevancia debido a que las conductas de riesgo alimentarias constituyen una problemática actual que afecta a los jóvenes, no sólo desde un punto de vista biológico y nutricional, sino a nivel psicológico por sus manifestaciones y secuelas, con lo cual son una preocupación para los profesionales de la salud mental. En este sentido, los

resultados de esta investigación pueden dar lugar a la apertura de nuevos interrogantes para quienes deseen desarrollar futuras investigaciones.

En el ámbito de la Educación Física existe una tendencia a promover un estilo de vida saludable en los estudiantes. En este sentido, Fernández Villarino et al. (como se citó en Mínguez Mínguez, 2020) señalan que el principal objetivo de la Educación Física es promover estilos de vida activos y saludables, así como fomentar el desarrollo de una actitud positiva hacia la actividad física.

Mantener un estilo de vida *fitness*, tal como se lo conoce en la actualidad, puede ser potencialmente perjudicial, particularmente cuando se lo sostiene con el fin de responder a los estereotipos de belleza socialmente establecidos, facilitando la aparición de conductas de riesgo alimentarias que afectan la salud física y mental de la persona. Siguiendo esta misma línea, Moraes et al. (como se citó en Da Silva Lucena et al., 2022) plantean lo siguiente:

Las investigaciones señalan una alta prevalencia de estas conductas en estudiantes del campo de la salud, especialmente en Nutrición y Educación Física, quienes serán futuros profesionales de un área sometida a fuertes exigencias por parte de la sociedad, lo que lleva a una preocupación constante por la apariencia física y la buena forma. (p.3)¹

Esta investigación puede ser de utilidad y beneficiar a las estudiantes que formarán parte de la muestra, ya que los datos que se conozcan, en caso de que se identifiquen estudiantes con riesgo de TCA, serán informados para posteriormente, si así lo desean, puedan acudir a un profesional psicólogo idóneo en la temática a fin de recibir ayuda adecuada, o bien tomar intervención desde el ámbito del profesorado.

Los resultados de la investigación serán compartidos con las autoridades de la Escuela Universitaria de Educación Física de la UCASAL y con las mismas

¹ “Investigações apontam alta prevalência desses comportamentos em estudantes da área da saúde, especialmente da Nutrição e Educação Física, que serão futuros profissionais de uma área que sofre uma forte cobrança da sociedade, remetendo a uma preocupação constante com a aparência física e a boa forma (Moraes et al., 2016)”. [Las investigaciones señalan una alta prevalencia de estas conductas en estudiantes del campo de la salud, especialmente en Nutrición y Educación Física, quienes serán futuros profesionales de un área sometida a fuertes exigencias por parte de la sociedad, lo que lleva a una preocupación constante por la apariencia física y la buena forma. (Moraes et al., 2016).] (Da Silva Lucena, et al., 2022, p.3)

estudiantes que participen de la investigación, teniendo en cuenta que al identificar aquellas conductas que podrían constituir un riesgo de TCA, se abrirá la posibilidad de que se lleven a cabo acciones preventivas pertinentes, frente al riesgo y servir de fundamento para acciones basadas en la prevención como detección temprana de estos trastornos en el ámbito de los estudiantes ya que “es preocupante pensar que los profesionales que deben estar capacitados para educar y tratar a personas con problemas de peso y forma corporal se vean afectados por estos problemas, ya que pueden influir en la práctica profesional²” (Moraes et al., como se citó en Da Silva Lucena, 2022).

Con respecto al impacto que tiene esta problemática González Alcántara, especialista en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, citada en Lugo García (2022), señala que:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), anorexia y bulimia, son las enfermedades mentales con mayor índice de mortalidad, incluso más que el suicidio. De hecho, se considera que una de cada cinco personas que mueren por esas conductas cometieron suicidio, las otras cuatro fallecieron por falla orgánica múltiple. (párr.1)

Desde el punto de vista de la relevancia social los docentes del Profesorado de Educación Física y autoridades de la Universidad Católica de Salta también se verán favorecidos con los resultados obtenidos, en tanto se prevé la realización de la devolución de información a cargo de la profesional directora de acuerdo a la modalidad que se acuerde con las autoridades de la carrera Profesorado en Educación Física.

² “É preocupante pensar que os profissionais quedeem ser habilitados para educar e tratar indivíduos com problemas que envolvem peso e forma corporal sejam acometidos por esses problemas, uma vez que pode influenciar a prática profissional (Moraes et al., 2016)”. [Es preocupante pensar que los profesionales que deben estar capacitados para educar y tratar a personas con problemas de peso y forma corporal se vean afectados por estos problemas, ya que pueden influir en la práctica profesional (Moraes et al., 2016).] (Da Silva Lucena, et al., 2022, p.3)

Consecuencias de la investigación

Para llevar a cabo la presente investigación se tuvieron en consideración una serie de cuestiones éticas y legales que respaldan el ejercicio profesional de la psicología. Entre ellas cabe mencionar, el “Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina” (Fe.P.R.A., 2013) cuyo propósito es proveer principios generales y normas deontológicas que orientan el ejercicio profesional de la psicología dentro de la República Argentina. En la declaración de sus principios destaca el respeto por el derecho a la intimidad, privacidad, autonomía, y el bienestar de las personas, grupos y comunidades.

En el transcurso de la investigación las consideraciones más relevantes que se tuvieron en cuenta son las respectivas al consentimiento informado y a la confidencialidad de los datos ya que, durante el procedimiento de recolección de datos, las participantes fueron informadas acerca de la naturaleza y propósito de la investigación, sus objetivos y potenciales resultados. Mediante el consentimiento informado, incluido dentro del formulario de Google (Apéndice C), quedó evidenciado que la participación en el estudio se realizó de manera autónoma, libre y voluntaria; respetándose a su vez, el derecho de las participantes a abandonar la investigación, en cualquier momento, si así lo deseaban. Se resguardó la identidad de cada una de ellas, ya que fueron indispensables únicamente los datos referentes a la edad, peso y altura, prescindiendo de datos personales que faciliten la identificación de las mismas.

Al finalizar la investigación, una vez aprobada la Tesis para obtener el título de grado de Licenciatura en Psicología, se compartirán los resultados con las autoridades de la Escuela Universitaria de Educación Física de la Universidad Católica de Salta, permitiendo el acceso a los mismos mediante un ejemplar que quedará a disposición de la institución, ofreciéndose también la posibilidad de realizar una devolución individual de información a las estudiantes participantes que pudieran presentar riesgo de TCA. De esta manera se cumplirá con lo establecido por el Código de Ética mencionado respecto a la comunicación del producto de la investigación.

Se consideraron las normativas de la Ley de Ejercicio Profesional del Psicólogo N° 6.063 de 1983, se respetaron y aplicaron los principios referentes a la protección de los participantes de la investigación en tanto las pruebas y resultados se utilizaron de acuerdo a las normas éticas y profesionales, en

concordancia a los fines académicos del estudio realizado. En este sentido, la investigación refleja el compromiso de su autora a promover la psicología desde el saber científico, contribuyendo con aportes teóricos referidos al área de los trastornos de la conducta alimentaria.

Resulta importante mencionar que el inventario EDI-3 no fue empleado en su totalidad, sino que, a los fines de esta investigación, se utilizaron únicamente las tres primeras subescalas que lo conforman, a saber: “Búsqueda de la Delgadez”, “Bulimia” e “Insatisfacción Corporal”. Esto es factible en tanto su autor sugiere que los ítems correspondientes a ellas pueden aplicarse por separado de la escala completa, permitiendo identificar personas con riesgo de padecer un trastorno alimentario de una manera más rápida; aspecto coherente con la variable objeto de investigación. Asimismo, es menester destacar que, para el empleo del instrumento mencionado, se contó con la autorización de los autores de la validación argentina del Inventario EDI-3 efectuada en el año 2013.

Dado que en esta investigación se calculó el índice de masa corporal de las participantes, fue necesario realizar mediciones antropométricas. Para ello, se contó con el acompañamiento y colaboración de un profesional médico. Si bien no existe una normativa específica que regule estas acciones, su realización forma parte de la evaluación clínica habitual que los médicos llevan a cabo.

Deficiencias en el conocimiento

Teniendo en cuenta que el presente tema de investigación resultó novedoso en cuanto al marco teórico que lo sustenta, tipo de investigación y variable a investigar, los antecedentes que se presentan a continuación son el resultado de la búsqueda de investigaciones, artículos científicos publicados en revistas científicas, empleando como principal sitio web de búsqueda a Google Académico.

Luego de exponer los antecedentes que en este apartado se mencionan se considerarán similitudes y discrepancias con el enfoque de esta investigación.

En primer lugar, se tiene en cuenta el trabajo realizado por Bustos Zúñiga et al. (2022), titulado “Los trastornos alimentarios en estudiantes de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación”, que tuvo por objetivo determinar la prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes de Pedagogía en Educación Física,

Deportes y Recreación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

La muestra que emplearon fue de tipo no aleatoria intencionada y estuvo conformada por 58 participantes de la carrera de Licenciatura en Educación y Pedagogía en Educación Física de la UMCE de Santiago de Chile, de los cuales 23 fueron hombres y 35 mujeres. En cuanto a la edad, el cuestionario sociodemográfico que aplicaron les permitía responder a tres rangos de edad, 23 estudiantes tenían entre 18 a 22 años, 28 estudiantes entre 23 a 27 años, y solo 7 estudiantes eran mayores de 27 años.

El instrumento empleado fue el Body Shape Questionnaire, creado por Cooper et al. en el año 1987, el cual consta de 34 preguntas con 6 opciones de respuesta (nunca, raramente, alguna vez, a menudo, muy a menudo y siempre). Se trata de un instrumento que permite medir la insatisfacción corporal y el miedo a la ganancia de peso, cuyo principal objetivo es evaluar acciones actitudinales en torno a la imagen corporal. Su puntuación máxima es de 204 puntos, siendo el puntaje de corte 136 puntos. Debido al contexto de pandemia al momento de realizar la investigación, el instrumento fue aplicado vía online, a través de Google *Forms*.

Como resultados obtuvieron que el 53% de los estudiantes encuestados experimentaba insatisfacción corporal y el 56,9% sentía temor a engordar; encontrando mayores puntajes en las estudiantes mujeres, alcanzando un 40% aquellas que presentan preocupación moderada y extrema.

El aporte fundamental que realizó a la presente investigación es la similitud en la población elegida para llevar a cabo el estudio, es decir estudiantes pertenecientes a Pedagogía en Educación Física, como también en la modalidad de recolección de datos, empleando el instrumento para tal fin, a través de Google *Forms*.

En lo que refiere a las deficiencias en el conocimiento, cabe destacar que el presente estudio, a diferencia de la investigación considerada, contempló únicamente a estudiantes mujeres de la carrera Profesorado en Educación Física, cuyo rango etario será de 17 a 19 años. Por otro lado, se encuentran deficiencias de orden teórico, dado que esta investigación estuvo enmarcada desde el enfoque de la Terapia cognitivo-conductual. Por último, es importante

señalar que el instrumento empleado por Bustos Zúñiga et al. (2022) no mide el riesgo de trastorno alimentario, variable investigada en el presente estudio.

El segundo antecedente considerado, es el estudio llevado a cabo por Da Silva Lucena et al. (2022), llamado “Imagem corporal e risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em alunos de Nutrição e Educação Física” [Imagen corporal y riesgo de desarrollo de trastornos de la alimentación en estudiantes de Nutrición y Educación Física]. Su objetivo fue evaluar la imagen corporal y el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en estudiantes, de ambos géneros, de Nutrición y Educación Física de una institución privada de educación superior del Estado de Alagoas que se encontraban debidamente matriculados en dichas carreras, durante el período 2019-2020. El rango de edad de los estudiantes osciló entre los 18 y 48 años. Se trató de un estudio transversal, de carácter exploratorio y descriptivo, para el cual se implementó 3 instrumentos para la recolección de datos: Body Shape Questionnaire, Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26), ambos en su traducción y validación al portugués, y la Escala de Silueta Stunkard.

En sus conclusiones reconocieron que los estudiantes de nutrición ingresaron a la carrera con una mayor tendencia a las conductas alimentarias disfuncionales y mayor distorsión de la imagen corporal, y en el caso de los estudiantes de Educación Física, encontraron un mayor riesgo de distorsión de la imagen corporal y trastornos alimentarios en los mismos al finalizar la carrera; señalando este hecho como un fenómeno preocupante. Por ello plantearon la posibilidad de que sus hallazgos sugirieran una excesiva preocupación por un cuerpo “perfecto”, especialmente entre los estudiantes y profesionales de dichas áreas de formación.

El aporte que realizó a esta investigación es en la similitud de la población a investigar, considerando a los estudiantes de educación física particularmente, bajo el supuesto compartido de que posiblemente sobrevaloran la forma del cuerpo en base a una serie de características relacionadas con su currículo y entorno educativo, que promueve la apreciación corporal; planteando al mismo tiempo que la mayor distorsión de la imagen corporal puede verse potenciada por el culto al cuerpo definido y el mejor rendimiento deportivo deseado entre los profesionales del área.

En cuanto a las deficiencias en el conocimiento, cabe mencionar las de carácter teórico, ya que este estudio se abordó desde la perspectiva teórica de las TCC. Además, los instrumentos para la recolección de datos utilizados difieren del que se empleó en la presente investigación, el cual permite valorar el riesgo de trastorno alimentario³.

³ “O presente trabalho teve como objeto avaliar a imagem corporal e o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição e Educação Física de uma instituição de ensino superior privada do Estado de Alagoas, levantando a problemática na comunidade acadêmica. Tratou-se de um estudo transversal, de natureza exploratória e descritiva, no qual pretendeu-se recrutar todos os estudantes devidamente matriculados dos períodos iniciais e finais dos cursos de Nutrição e Educação Física, no período de 2019.2 e 2020.1.

Foram incluídos os alunos devidamente matriculados nos cursos de Nutrição e Educação Física dos períodos iniciais e finais, de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Os questionários utilizados para avaliar a imagem corporal e o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares que precisavam ser respondidos pelos acadêmicos Nutrição e Educação Física foram:

1. Body Shape Questionnaire – que consiste em uma escala tipo Likert, traduzida e validada para o português, com 34 itens auto preenchíveis e construída com o objetivo de mensurar a preocupação com a forma corporal e com o peso.

2. Eating Attitudes Test (EAT-26) – que é um questionário de autopreenchimento, traduzido e validado para o português, composto por 26 questões na forma de escala Likert, com as seguintes respostas possíveis: sempre, muitas vezes, frequentemente, poucas vezes, quase nunca e nunca.

3. Escala de silhueta de Stunkard – são imagens corporais que geralmente variam de um sujeito muito magro a um obeso.

A faixa etária dos estudantes variou dos 18 aos 48 anos.

Os acadêmicos dos cursos de Nutrição entraram na graduação com maior tendência a um comportamento alimentar disfuncional e maior distorção de imagem, diminuindo com o decorrer dos anos de graduação; nos graduandos em Educação Física ocorreu o inverso, com maior risco de distorção de imagem e transtornos alimentares nos discentes do fim do curso, o que pode ser considerado um fenômeno preocupante.

Os achados sugerem, provavelmente, uma preocupação excessiva como um corpo “perfeito”, principalmente entre discentes e profissionais das áreas de Educação Física e Nutrição”. [El objetivo de este estudio fue evaluar la imagen corporal y el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición y Educación Física de una institución privada de educación superior del Estado de Alagoas, planteando el tema en la comunidad académica. Se trató de un estudio transversal, de carácter exploratorio y descriptivo, en el que se buscó reclutar a todos los estudiantes debidamente matriculados en los períodos inicial y final de las carreras de Nutrición y Educación Física, en el período 2019.2 y 2020.1. Se incluyeron estudiantes debidamente matriculados en las carreras de Nutrición y Educación Física en los períodos inicial y final, de ambos sexos y mayores de 18 años. Los cuestionarios utilizados para evaluar la imagen corporal y el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios que debían ser respondidos por los estudiantes de Nutrición y Educación Física fueron:

1. Body Shape Questionnaire – que consiste en una escala tipo Likert, traducida y validada al portugués, con 34 ítems autocumplimentados y construida con el objetivo de medir la preocupación por la forma y el peso corporal.

2. Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) – que es un cuestionario autocumplimentado, traducido y validado al portugués, que consta de 26 preguntas en forma de escala Likert, con las siguientes posibles respuestas: siempre, frecuentemente, frecuentemente, raramente, casi nunca y nunca.

3. Escala de silueta Stunkard: son imágenes corporales que generalmente van desde un sujeto muy delgado hasta uno obeso.

El rango de edad de los estudiantes osciló entre 18 y 48 años.

Los estudiantes de nutrición ingresaron a la graduación con mayor tendencia a conductas alimentarias disfuncionales y mayor distorsión de imagen, disminuyendo con los años de graduación; Lo contrario ocurrió entre los titulados en Educación Física, con mayor riesgo de

En tercer lugar, se encuentra el trabajo de Rosendo Berengüí et al. (2016), titulado “Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios”.

El objetivo de su investigación fue analizar las diferencias en una serie de variables psicológicas vinculadas con los trastornos alimentarios respecto a la satisfacción o insatisfacción corporal y las CAR adoptadas en una muestra de adultos universitarios. Además, en base a resultados de trabajos previos, los autores consideraron que aquellos estudiantes que presentaban una mayor insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo presentarían puntuaciones más altas en riesgo de trastornos alimentarios y en las escalas que implican un desajuste psicológico.

Para llevar a cabo el estudio se aplicó el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-3) de Garner creado en 2004, en la adaptación española realizada por López Jáuregui y Sánchez-Sánchez en el año 2010. También administraron un cuestionario para obtener información referente a datos sociodemográficos, donde se preguntó si los sujetos experimentaban satisfacción o insatisfacción con su propio cuerpo (¿Te encuentras satisfecho/a con tu cuerpo y su forma?, con respuesta sí o no) y, si en los últimos seis meses habían registrado las conductas alimentarias de riesgo más habituales en la población, en concreto, vómitos, atracones, empleo de laxantes y práctica de ejercicio físico para el control del peso.

Respecto a la muestra, a partir de una selección aleatoria de seis clases de tres titulaciones de una universidad de la Región de Murcia (España), quedó conformada finalmente por un total de 264 alumnos, de los cuales 148 fueron mujeres y 116 hombres, cuyo rango etario oscilaba entre los 18 y 39 años. Además, los autores establecieron, como criterio de exclusión de la muestra, padecer algún tipo de trastorno alimentario en la actualidad o haber sido diagnosticado previamente.

distorsión de imagen y trastornos alimentarios en los estudiantes al finalizar la carrera, lo que puede considerarse un fenómeno preocupante.

Los hallazgos probablemente sugieren una excesiva preocupación por un cuerpo “perfecto”, especialmente entre estudiantes y profesionales de las áreas de Educación Física y Nutrición.] (Da Silva Lucena et al., 2022, p.1-8)

Los resultados obtenidos evidenciaron un mayor riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal) de los sujetos con insatisfacción corporal, y mayores puntuaciones en baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, déficits interoceptivos, desajuste emocional, ascetismo y miedo a la madurez. Por otro lado, respecto a las conductas alimentarias de riesgo (CAR), los individuos que presentan mayor número de CAR muestran igualmente mayor riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, baja autoestima, déficits interoceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo y ascetismo.

El aporte que brindó la investigación al presente estudio refiere a la similitud en el instrumento empleado (EDI-3), el cual fue aplicado como parte de la metodología implementada en la presente investigación para valorar el riesgo de trastorno alimentario.

En cuanto a las deficiencias del conocimiento, cabe señalar que las mismas son de carácter teórico, dado que este estudio estuvo enmarcado desde el enfoque de la Terapia cognitivo-conductual. Además, en la muestra abordaron a estudiantes universitarios de ambos géneros y de diferentes carreras elegidas aleatoriamente, a diferencia del presente estudio que tomó como muestra únicamente a estudiantes universitarias del Profesorado en Educación Física, quienes en su ejercicio profesional trabajarán con lo corporal.

En cuarto lugar, se encuentra el trabajo realizado por Castejón Martínez et al. (2016), titulado “Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios”, que tuvo por objetivo analizar la relación entre el IMC, la percepción de peso y determinados factores psicológicos de los TCA, en estudiantes universitarios. Para ello se empleó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3), un cuestionario ad hoc de percepción de peso y se obtuvo el índice de masa corporal. La muestra estuvo conformada por 248 estudiantes universitarios (140 mujeres y 108 hombres) no diagnosticados con TCA previamente, con una edad media de 23,43 años y un rango de edades entre los 19 y los 39 años. Se trató de estudiantes pertenecientes a universidades públicas y privadas de la Comunidad Autónoma de Murcia, matriculados en los grados de Educación, Psicología y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte.

Como resultados, los autores hallaron correlaciones significativas de signo positivo entre el IMC y obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal en mujeres, sujetos con sobrepeso y quienes consideran deben perder peso; además de diferencias significativas entre los sujetos con sobrepeso y las escalas de obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, bulimia, perfeccionismo y ascetismo. Los sujetos con deseo de perder peso presentaron mayores puntajes en obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal y baja autoestima.

Finalmente, Castejón Martínez et al. (2016) concluyeron, a partir de su investigación, que un mayor índice de masa corporal se relacionaba con una mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, considerados como factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, mostrando los sujetos mayor preocupación por el cuerpo, las dietas y miedo a engordar, además de descontento con la forma de su cuerpo; y afirmaron que esas características también son definitorias de sujetos con sobrepeso y quienes afirman su necesidad por perder peso.

Los aportes que realizaron Castejón Martínez et al. (2016) a esta investigación refiere a la similitud en la modalidad de recolección de los datos, empleando para tal fin el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-3) y la consideración de datos referidos al índice de masa corporal de los participantes; en tanto ambos aspectos se contemplaron en el presente estudio. Las deficiencias en el conocimiento que se encontraron son de tipo metodológicas, porque la presente investigación pretendió ser un estudio no-experimental, descriptivo y de corte transversal, y teórica debido a que este estudio fue abordado desde la perspectiva de la TCC. Por último, cabe subrayar la diferencia en cuanto a la población sometida a estudio, dado que esta investigación se enfocó en una muestra conformada únicamente por estudiantes universitarias del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta.

En quinto lugar, es importante mencionar el “Boletín de indicadores de salud integral en las adolescencias de Salta, 2020-2022”, que fue elaborado en conjunto por la Supervisión de Salud Adolescente, dependiente de la Dirección Materno e Infancia, perteneciente a la Subsecretaría de Medicina Social del Ministerio de Salud Pública de Salta, con UNICEF. El mismo tuvo por objetivo profundizar en el conocimiento respecto de los múltiples factores que inciden en

la salud de los adolescentes de la provincia, y poner dicha información al alcance de diversas instituciones del Estado capaces de generar políticas públicas inclusivas, integradoras y equitativas que contemplen las necesidades reales de las adolescencias desde un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial, y con un enfoque de derechos, perspectiva de género, diversidad, interculturalidad y discapacidad.

Entre los diversos indicadores abordados en dicho estudio cabe destacar los relativos a la salud mental en las adolescencias, en concordancia con el tema de la presente investigación, dado que en ellos se contempla a los trastornos de la ingestión de alimentos como una de las causas más frecuentes de consulta de salud mental en adolescentes que tienen entre 10 y 19 años en toda la provincia. Además, observaron que, en líneas generales, esta causa se presentaba en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años y, principalmente en la región sanitaria Norte y región sanitaria Sur.

El aporte que realizó el boletín a la presente investigación radica en que brindó una idea acerca de la magnitud de este tipo de trastornos en población adolescente en la provincia de Salta.

Respecto a las deficiencias en el conocimiento, cabe destacar que el presente estudio, a diferencia del boletín considerado que da una idea general de la población considerada, contempló únicamente a estudiantes mujeres de la carrera Profesorado en Educación Física, cuyo rango etario fue de 17 a 19 años. Por otro lado, se encontraron deficiencias de orden teórico y metodológico, dado que esta investigación estuvo enmarcada desde el enfoque de la Terapia cognitivo-conductual y se empleó el Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) para valorar el riesgo de TCA.

Por último, el sexto antecedente a considerar se titula “Riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de licenciatura en nutrición en cinco universidades de Argentina”, se trató de una investigación realizada por Gili et al. (2015), cuyo diseño fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Su objetivo era identificar la prevalencia de riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes cursantes de 1º a 5º año de la carrera de Licenciatura en Nutrición en cinco universidades de Argentina, planteando a su vez, tres objetivos específicos, a saber: determinar la prevalencia de estudiantes con riesgo de padecer TCA según edad y año de cursado; comparar la

prevalencia de estudiantes con riesgo de padecer TCA entre las cinco universidades; e identificar la relación existente entre el IMC y el riesgo de padecer TCA en los estudiantes. Si bien se estudió la población completa, la muestra quedó conformada por los 414 alumnos que accedieron a contestar las encuestas en su totalidad.

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el cuestionario EAT-26 (Eating Attitudes Test), que contenía preguntas breves sobre datos sociodemográficos y la evaluación de tres áreas específicas: dieta, bulimia y preocupación por la comida, y control oral. Las preguntas de este instrumento se contestan mediante una escala tipo Likert con seis categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca.

A partir de los resultados obtenidos, las autoras llegaron a las siguientes conclusiones: El 13,3% de los estudiantes encuestados presentó riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria; no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad, el año de cursado de los estudiantes y el riesgo de padecer TCA; se encontró asociación estadísticamente significativa entre la universidad a la que asisten los alumnos y el riesgo de sufrir TCA; y se evidenció que hay una asociación estadísticamente significativa entre el IMC de los participantes y el riesgo de padecer TCA.

En cuanto a los aportes que realizó al presente estudio, la similitud se encuentra en la variable a investigar, tratándose en ambos casos del riesgo de trastorno alimentario en estudiantes universitarios. Sin embargo, respecto a las deficiencias en el conocimiento, este estudio se centró únicamente en estudiantes mujeres, pertenecientes a la carrera Profesorado en Educación Física, con la finalidad de valorar el riesgo de trastorno alimentario en las mismas, mediante la aplicación del Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3). También se encontraron deficiencias en el conocimiento de tipo teóricas, ya que la presente investigación fue abordada desde el enfoque teórico de la terapia cognitivo-conductual.

La novedad de la temática a investigar dificultó el hallazgo de antecedentes que se asemejen, simultáneamente, de manera teórica y metodológica.

En conclusión, los diferentes trabajos presentados en este apartado resultaron valiosos para esta investigación, en tanto desde diferentes

perspectivas y metodologías, indagaron sobre el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria implementando técnicas psicométricas, en algunos casos, la misma aplicada en el presente estudio. Sin embargo, ninguno exploró y analizó en concreto la presencia de esta la variable en estudiantes mujeres del Profesorado en Educación Física desde la perspectiva teórica de la Terapia cognitivo-conductual, razón por la cual se constituyeron en puntos de partida para la presente investigación.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I: La terapia cognitivo-conductual

La presente investigación se enmarca dentro del enfoque teórico de las Terapias Cognitivo-Conductuales, que le otorgan un carácter novedoso en tanto no se hallaron antecedentes de investigaciones realizadas en Salta Capital referidas a la temática.

A continuación, se desarrollarán los conceptos centrales que hacen al cuerpo teórico de la investigación esperando que sirva a los lectores para facilitarles un mejor entendimiento de los resultados arrojados.

El origen de la terapia cognitivo-conductual

Camacho (2003) afirma que, si bien la psicoterapia cognitiva surgió a partir de los enfoques del psicoanálisis y el conductismo, Kelly resultó ser el autor más destacado por su concepción de la persona y la terapia desde una mirada netamente cognitiva. “La teoría de este autor se basa en el estudio de la organización particular de las estructuras que permiten darle significación a la realidad y su terapia en la comprensión y modificación de las estructuras disfuncionales para el individuo” (Camacho, 2003, p.3).

Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Ellis (1962) y Beck (1967), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica. (Camacho, 2003, p.3)

Camacho (2003) señala que Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC, lo cual implicó una redefinición de la actitud del terapeuta quién, en lugar de escuchar pasivamente al paciente, debía asumir un rol activo y directivo mediante un diálogo con él que implique un cuestionamiento de lo que para Ellis constituían los determinantes de sus síntomas: sus pensamientos distorsionados.

Por otro lado, Beck (1995), a comienzos de los años sesenta, desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales.

Beck explicaba que, desde su práctica como psiquiatra con base psicoanalítica (donde el psicoanálisis en esta época tenía un gran auge y al estar en surgimiento el enfoque lacaniano), observó dificultades al momento de responder a problemáticas psicológicas, una de ellas la depresión, al ser un periodo de posguerra (como se citó en Cerezo, 2022, p.51).

Beck (1995), sostiene que:

El modelo cognitivo propone la existencia de una serie de creencias disfuncionales subyacentes que influyen tanto en el estado de ánimo como en la conducta de las personas, por lo que para lograr una mejoría es necesario que la persona logre realizar una evaluación realista que implicará una modificación de tal distorsión del pensamiento. (p.17)

A su vez, en sus orígenes la Terapia Cognitiva (en adelante TCC) se enriqueció con aportes de autores conductistas, entre ellos Bandura, Meichenbaum y Lazarus razón por lo cual a veces se habla de Terapia Cognitivo-Conductual (Camacho, 2003).

Ruíz et al. (2012) explican el origen de la Terapia Cognitivo Conductual a partir de tres olas teóricas y prácticas (Primera ola conductista, Segunda ola de Terapias cognitivo conductuales y las Terapias de Tercera ola), las cuales se fueron gestando en diferentes momentos históricos y marcadas por sus problemáticas específicas.

“La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente” (Plaud, como se citó en Ruíz et al., 2012, p.32). Los autores agregan:

La Terapia Cognitivo Conductual aglutina un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con diversos contextos,

pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida. (p.24)

Los conceptos fundamentales de la terapia cognitivo-conductual

Los inicios de la TCC se remontan a los años sesenta de la mano de Beck, un psicólogo psicoanalista que, a partir de sus experiencias personales y autoobservación, formuló la mencionada corriente partiendo de la premisa de la importancia de los pensamientos en el desarrollo y mantenimiento del malestar emocional, y cómo éste último incidía en la conducta. Esto surge a partir de un acontecimiento:

El ingreso hospitalario de Beck por una enfermedad le desencadenó una depresión moderada, esto le permitió entender este problema y detectar los pensamientos automáticos que se le suscitaban, los sesgos negativos que cometía y las creencias más profundas que se le activaban. (Ruiz et al., 2012, p.367)

Respecto a los pacientes, observó que durante las sesiones expresaban pensamientos, pero éstos no eran los únicos, sino que identificó una serie de pensamientos que los conducían a experimentar emociones de malestar, los cuales mantenían encubiertos. Esto le permitió reconocer la existencia de un vínculo entre los pensamientos y sentimientos de sus pacientes, asegurando que a veces el propio paciente no es consciente de los mismos pero que el solo hecho de preguntarles por determinadas situaciones problemáticas habilitaba a que pudieran identificar sentimientos que las mismas le despertaban, por lo que reconocerlos e informarlos les permitía tomar consciencia de ellos (Ruíz et al., 2012).

Al respecto Cerezo (2022) explica que Beck llega a la siguiente conclusión:

Existe una relación de equilibrio entre elementos cognitivos, emocionales y conductuales en las personas, y se dedicó a estudiar de modo exhaustivo cuales eran las variables intervinientes en estos elementos

cognitivos, emocionales y conductuales que provocan malestar en las personas. (p.51)

En numerosas investigaciones Beck se orientó a contrastar hipótesis sobre principios básicos psicoanalíticos relacionados con la depresión, cuyos resultados no apoyaron la hipótesis de la necesidad de sufrimiento de los pacientes (propuesta por el psicoanálisis), al contrario, descubrió que tendían a evitar conductas susceptibles de provocar desaprobación social y a manifestar las que les reportaban aceptación. Beck concluyó que los deprimidos no buscan el fracaso, sino que distorsionan la realidad adoptando puntos de vista negativos sobre sí mismos o su potencial para alcanzar bienestar o felicidad (Ruiz et al., 2012).

Sus propias experiencias relativas a la ansiedad, fobia a la sangre, a las alturas, el temor al abandono, fueron útiles en tanto le permitieron experimentar, conocer y describir, los procesos cognitivos y fisiológicos que acompañan a la ansiedad (Beck et al., como se citó en Ruiz et al, 2012). En definitiva, los resultados de sus investigaciones, la observación clínica de sus pacientes y la autoobservación de la relevancia de los pensamientos en el malestar emocional, dieron lugar a la elaboración y formulación de la TCC, una nueva teoría general sobre la psicopatología y otras más específicas en torno a la depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad, sustentada en múltiples investigaciones y aplicaciones sobre diversas problemáticas psicológicas.

“Tomando como punto de partida la epistemología positivista, como así también influencias del neopositivismo y racionalismo crítico, estos enfoques epistemológicos le sirvieron para dar respaldo, credibilidad y organización a un nuevo enfoque psicológico basado en la evidencia científica” (Cerezo, 2022, p. 52).

Para lograr una mejor comprensión de algunos términos mencionados en el apartado anterior, se procederá a conceptualizar los conceptos centrales de la TCC, considerando, tal como lo plantea Camacho (2003) que, a diferencia de otras escuelas, en la presente no existe un corpus teórico unificado o un autor centralizador, por eso a veces resulta difícil plantear los conceptos centrales sin tomar partido por uno u otro autor.

Esquemas

“Para Beck, los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo” (Camacho, 2003, p.4). Los esquemas “contienen conjuntos de *creencias nucleares* relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo y su interacción con los demás” (Ruiz et al., 2012, p.368).

Ruíz et al. (2012), afirman que es necesario tomar en cuenta las diferencias que radican entre los términos esquema cognitivo y creencias nucleares, para evitar caer en errores por el empleo indiscriminado de ambos términos, y agregan que las creencias nucleares constituyen un aspecto importante de los esquemas, en tanto configuran la base de los mismos, mientras que los esquemas incluyen también otros tipos de creencias con distintos grados de profundidad y especificidad.

Los esquemas están organizados según sus funciones. Por ejemplo, los *esquemas cognitivos* tienen que ver con la abstracción, la interpretación y el recuerdo; los *esquemas afectivos* son responsables de la generalización de los sentimientos, los *esquemas motivacionales* se relacionan con los deseos, los *esquemas instrumentales* preparan para la acción y los *esquemas de control* están involucrados en la autoobservación y la inhibición de las acciones. (Ruíz et al., 2012, pp. 368-369)

Camacho (2003) indica que estos esquemas permiten a la persona seleccionar, organizar y categorizar estímulos; a la vez que funcionan como base de interpretación de la realidad, porque permiten que los estímulos adquieran un sentido. En otras palabras, cada persona utiliza sus esquemas para codificar, diferenciar, significar o dar sentido a sus experiencias. Y agrega que posibilitan identificar y seleccionar las estrategias de afrontamiento que se llevarán a la acción en cada situación concreta y frente a cada estímulo en particular.

El modelo cognitivo sostiene que los individuos ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan,

evalúan y asignan significado al estímulo, en función de sus supuestos previos o *esquemas cognitivos*. (Ruiz et al., 2012, p.368)

Camacho (2003) destaca que en el desarrollo de los esquemas de cada persona existen dos variables que determinan sus características propias, por un lado, sus factores genéticos, y por otro, sus relaciones con el entorno. Los esquemas se desarrollan desde el nacimiento y van modificándose al interactuar con el entorno, dando lugar a una visión de sí mismo y del mundo. Es a partir de esa interacción que nueva información se incorpora y se transforman en estructuras de asignación de significaciones cada vez más complejas. En sus inicios tienen un sentido adaptativo para la supervivencia física y psicológica de la persona; pero puede ocurrir que se desarrollen trastornos psicopatológicos severos cuando tienden a ser utilizados de manera automática, rígida y desadaptativa ante determinadas situaciones.

Los esquemas tienen cualidades estructurales adicionales como la amplitud (pueden ser reducidos y discretos, o amplios), la flexibilidad o rigidez (capacidad para la modificación) y la densidad (influencia relativa en la organización cognitiva) (Ruiz et al., 2012).

Creencias

Las creencias resultan de la relación entre la realidad y los esquemas, conformando el contenido de estos últimos. Son mapas internos que permiten dar sentido al mundo (Camacho, 2003). A partir de las experiencias que la persona interpreta, la misma construirá un sentido y lo generalizará.

Siguiendo a Camacho (2003), existen diferentes tipos de creencias:

En primer lugar, se encuentran las **creencias nucleares**: son aquellas que constituyen el *self* de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Ej.: “Yo soy varón”. Por su parte, Ruiz et al. (2012), las definen como concepciones de uno mismo y del mundo globales, categóricas, incondicionales y estables en el tiempo. Beck (como se citó en Cerezo, 2022) añade que, en esquemas disfuncionales, tienden a ser rígidas e inflexibles y, por lo tanto, poco susceptibles a modificación.

En segundo lugar, están las **creencias periféricas**, relacionadas con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Biglieri y Vetere (2011) mencionan que

son proposiciones condicionales, actitudes o reglas en donde la temática expresada en las creencias nucleares se presenta aplicada a situaciones concretas. Ej.: “La vida siempre te da una segunda oportunidad”. Son una forma de operacionalización de las creencias nucleares en donde se establecen normas interpretativas sobre la base de las contingencias situacionales (Biglieri y Vetere, 2011).

Las creencias nucleares son el eje de los esquemas personales en tanto definen la identidad, como también los valores y creencias más firmes, dan estabilidad y conforman, en conjunto, un entramado de significaciones características de la personalidad. Por su parte, las creencias periféricas, refieren a supuestos, actitudes, reglas que la persona establece frente a situaciones concretas y que influyen en la manera en cómo ve la situación, incidiendo en última instancia en su pensamiento, estado de ánimo o conducta. A diferencia de las creencias nucleares, las periféricas no involucran aspectos centrales de la personalidad y por ello son fáciles de identificar, corregir y modificar, porque son de carácter más conductual que cognitivo.

Las creencias pueden entenderse como el marco de referencia que determina o configura la visión del mundo de las personas, su manera de ser, el modo en que interpreta o evalúa las diversas situaciones a las que se enfrenta, el modo como se califica a sí mismo, a los demás; también determina la forma en cómo interactúa con otras personas y la eventual manera de reaccionar a las situaciones experimentadas.

La dinámica entre las creencias y los esquemas son la base de sustento de los síntomas según la Terapia Cognitiva, por lo tanto, el trabajo sobre las creencias es una labor central en este tipo de abordaje (Camacho, 2003). En el caso de los TCA, estos conceptos resultan fundamentales en tanto se buscará que el paciente logre una resignificación cognitiva, en otras palabras, modificar sus creencias disfuncionales en torno al cuerpo, la comida y el peso, para así cambiar su actitud frente a esa tríada nuclear.

Procesos cognitivos

Se pueden definir los procesos cognitivos como “las reglas transformacionales a través de las cuales los individuos seleccionan del medio la información que será atendida, codificada, almacenada y recuperada” (Ruíz et

al., 2012, p.369). Se trata de procesos de carácter automático, de los que la persona, por lo general, no tiene consciencia, que se ponen en marcha cuando se enfrenta a una situación particular, donde la información o indicios que resultan congruentes con la de sus esquemas cognitivos preexistentes serán analizados; además, determinan que una persona se desenvuelva de una manera particular y no de otra.

Cerezo (2022) explica que en el procesamiento de la información de experiencias nuevas pueden tener lugar alteraciones que lleven a la persona a sacar conclusiones arbitrarias; y esto sucede cuando emplea un sesgo confirmatorio respondiendo con los esquemas previos de eventos anteriores, produciéndose lo que Beck denominó distorsión cognitiva, la cual, por lo general, posee un carácter negativo y conlleva problemas emocionales y conductuales.

Beck (como se citó en Cerezo, 2022), explica a las distorsiones cognitivas como esquemas cognitivos negativos activados en los individuos, que despiertan ante sensaciones displacenteras (sean reales o que ellos las sienten así), por lo que llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información y facilitan la aparición de sesgos cognitivos, que producen distorsiones a la hora de percibir el medio y confirmar las creencias.

Por otro lado, Beck (como se citó en Cerezo, 2022) explica que las creencias y las distorsiones cognitivas forman parte de los esquemas cognitivos y diferencia conceptualmente ambos términos para facilitar la comprensión del funcionamiento de cada una de ellas; cuando las creencias dejan de ser funcionales y adaptativas a la vida de la persona devienen en distorsiones cognitivas. Las distorsiones cognitivas son creencias disfuncionales, errores en el procesamiento de la información.

Por otro lado, las cogniciones de la persona tienen un rol relevante en lo que respecta al desarrollo y mantenimiento de los TCA. Estos conceptos son fundamentales para la presente investigación porque los pacientes con TCA se caracterizan por esquemas disfuncionales y limitantes que determinan la percepción de la realidad y de sí mismos; y presentan creencias disfuncionales (distorsiones cognitivas) en torno a la comida, el peso y la figura. Se producen distorsiones de tipo perceptivas sobre la estimación de peso y figura corporal, como así también en las percepciones interoceptivas que llevan a confusión entre saciedad y plenitud (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017). En ocasiones las

personas con TCA, debido a esas distorsiones cognitivas, experimentan un gran temor por aumentar de peso y sienten una gran preocupación por su cuerpo, peso y alimentación.

Rusztein (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017) señala que el modelo cognitivo conductual postula que los TCA presentan un núcleo psicopatológico común que es esencialmente cognitivo, conformado por creencias disfuncionales acerca de la imagen corporal. La imagen corporal refiere a la percepción del propio cuerpo, y en el caso de los TCA, las creencias disfuncionales en torno a la imagen corporal pueden llevar a la persona a considerar que su éxito y la aceptación por parte de otros, en cualquier ámbito de su vida, depende de su imagen corporal. Por esta razón, Lin y Reid (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017) afirman que estas creencias motivan a las personas a buscar el éxito a través de una apariencia física valorada socialmente.

Productos cognitivos

Para Beck los productos cognitivos son definidos como aquellos pensamientos e imágenes que resultan de la interacción entre una situación, las creencias, los esquemas y los procesos cognitivos básicos. Por consiguiente, los productos cognitivos son más accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos básicos y superiores (como se citó en Cerezo, 2022). A esos productos cognitivos, los denominó pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos son el resultado del procesamiento de la información que llega, siendo ésta última el producto de la interacción con el entorno, que activa los esquemas cognitivos encargados de interpretar esos estímulos sobre la base de las creencias. “Los pensamientos automáticos son fugaces, conscientes, pueden entenderse como la expresión o manifestación clínica de las creencias” (Camacho, 2003, p.6). Es una especie de “lectura” inmediata, particular e involuntaria de la experiencia. “En general son breves, telegramáticos, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes, a la persona se le imponen, por eso son automáticos” (Camacho, 2003, p.6).

Todos estos constructos teóricos mencionados con anterioridad conforman aspectos centrales de la hipótesis básica de la TCC, que sostiene la existencia de una relación de interdependencia emoción, pensamiento y

conducta. Los pensamientos se relacionan estrechamente con las emociones y las conductas, pero no se trata de un vínculo lineal, sino de una mutua interconexión e influencia entre los mismos. Así se ve como el pensamiento de una persona influirá en su estado de ánimo y en las acciones que ejecute, y a su vez, esa emoción y conducta impactará en su pensamiento.

Los esquemas cognitivos, creencias y pensamiento determinan la manera en que una persona siente, piensa y actúa. Beck considera que el tratamiento se basa fundamentalmente en el supuesto teórico de que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo (como se citó en Camacho, 2003).

Capítulo II: Los trastornos de la conducta alimentaria y la adolescencia

Los TCA son patologías mentales multicausales, caracterizadas por diversos factores que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento, lo que las convierte en enfermedades muy complejas de abordar.

Conceptualización

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014), los trastornos de la conducta alimentaria se definen como:

Una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causan un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. (p. 329)

La realización excesiva de ejercicio físico, el seguimiento de dietas restrictivas, el uso de laxantes, y otro tipo de conductas tales como la inducción del vómito reflejan esfuerzos extremos por parte de la persona en pos de controlar el peso y la figura, descuidando su salud, trayendo como consecuencia alteraciones a nivel físico, emocional, social, laboral, entre otros. Son desórdenes que afectan la salud física de quienes lo padecen y conllevan una alta tasa de mortalidad (Cruzat y Haemmerli, como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017).

Por otro lado, Kirszman y Salgueiro (2002) los entienden como:

Un conjunto complejo de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal enlazado con conductas, hábitos alimentarios y prácticas de control de peso que se vuelven desordenados y generan un gran número y tipo de consecuencias en diversas áreas del funcionamiento individual, incluyendo desajustes fisiológicos. (p. 45)

Gonçalves de Almeida et al. (2018) afirman que “los trastornos alimentarios son enfermedades psiquiátricas, trastornos debilitantes caracterizados por una alteración persistente en los hábitos alimentarios o

conductas de control de la masa corporal, que resultan en daños significativos para la salud, funcionamiento físico y psicosocial”⁴ (p. 195).

Las preocupaciones obsesivas por el peso y la apariencia no son en sí mismos signos de bienestar psicológico (Kirschman y Salgueiro, 2002), pero para el diagnóstico de un TCA las ideas, pensamientos y creencias relativas a los hábitos alimentarios, el peso y la imagen corporal, deben estar distorsionadas e interferir negativamente en las diversas áreas del desarrollo del individuo (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017).

Etiología de los TCA

Existen diversos factores implicados en los TCA, por ello Garfinkel y Garner (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017) propusieron un modelo de multicausalidad, describiendo y agrupando tales factores en tres clases: Predisponentes, Desencadenantes y Mantenedores.

En primer lugar, los **factores predisponentes** son aquellos que denotan cierta vulnerabilidad y explican de qué se enferman las personas. Pueden clasificarse en individuales, familiares o culturales, siendo que los primeros están vinculados a aspectos tales como los factores hereditarios, el temperamento, la edad, el sexo, etc.

Respecto a los **factores individuales**, Chappa (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017) establece que los síntomas obsesivos y compulsivos son los que se presentan con mayor frecuencia; se observan rituales obsesivos en diferentes conductas ejercidas por las personas con TCA tales como cortar los alimentos en trozos pequeños, ingerir líquido hasta sentirse satisfechas para no experimentar hambre, masticar lento, establecer la cantidad de calorías diarias a ingerir, entre otras conductas disfuncionales.

Entre los cuadros clínicos que anteceden a los TCA, se encuentran el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión y la ansiedad. Por su parte, Tolosa y Ferraris Mukdise (2017) plantean que los pacientes con TCA, suelen ser

⁴ “Transtornos Alimentares são enfermidades psiquiátricas debilitantes caracterizadas por um distúrbio persistente nos hábitos alimentares ou nos comportamentos de controle de massa corporal, que resultam em danos importantes a saúde física e no funcionamento psicossocial”. [Los trastornos alimentarios son enfermedades psiquiátricas, trastornos debilitantes caracterizados por una alteración persistente en los hábitos alimentarios o conductas de control de la masa corporal, que resultan en daños significativos para la salud, funcionamiento físico y psicosocial.] (Gonçalves de Almeida et al, 2018, p.195)

personas que además de mostrar ciertos rasgos de personalidad característicos, manifiestan conductas interpersonales disfuncionales, experimentando una extrema desconfianza en sus vínculos y preocupación excesiva por la opinión que los demás tengan de ellos.

En relación con los **factores familiares**, Kirszman y Salgueiro (2002) consideran que la familia es un factor determinante en la constitución y mantenimiento del trastorno, siendo fundamental su participación en el tratamiento para el cambio de actitudes y comportamientos del paciente vinculados a la alimentación, mientras que Tolosa y Ferraris Mukdise (2017) plantean que “otro factor influyente refiere a la cualidad de la interacción entre los miembros y los niveles de funcionalidad/disfuncionalidad en los vínculos” (p.56). Así, la familia, en función del tipo de sentimientos que genere en sus miembros (de bienestar o malestar) a partir de la interacción entre ellos, actuará como facilitadora u obstaculizadora en la construcción de significados personales (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017).

Tomando en cuenta que los esquemas y creencias de las personas se desarrollan desde el nacimiento a partir de la interacción con el medio y la significación de las experiencias, la existencia de experiencias disfuncionales con las personas significativas durante la primera infancia es un factor importante de tipo familiar en el desarrollo de los TCA. Tolosa y Ferraris Mukdise (2017) caracterizan a las madres de pacientes con TCA con rasgos de ambivalencia, control y protección, y a los padres con rasgos de distancia afectiva, debilidad, pasividad, entre otros.

Por otro lado, Kirzsmán y Salgueiro (2002) afirman que la cronicidad del trastorno puede verse favorecida por factores tales como bajos niveles de cohesión, la falta de confianza y empatía entre los miembros del grupo familiar.

En torno a los **factores culturales**, existe culturalmente un ideal corporal asociado a la delgadez que opera como factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los TCA, y esto porque socialmente se sobrevalora dicha cualidad identificándola como atributo deseado al que las personas deben aspirar, considerando por el contrario a la gordura como algo despreciable.

Barros y Oliveira (como se citó en Gonçalves de Almeida et al., 2018) enfatizan que:

Por la continua búsqueda de la sociedad actual de pertenecer a los estándares estipulados por la dictadura de la belleza, mucha gente ve en las redes las redes sociales como Instagram, un medio eficaz para compartir experiencias, dificultades, superación e incluso dar consejos sobre entrenamiento y alimentación⁵. (p. 194)

Esto lleva a cuestionar el uso que se da a las redes sociales y otros medios masivos de comunicación, dado que el autor de las publicaciones desconoce las características personales de quien accede a su contenido, pudiendo ser éste peligroso para algunas personas vulnerables, y en segundo lugar, no siempre quien comparte consejos sobre entrenamiento y nutrición tiene la formación necesaria para hacerlo, por lo que termina des-informando en torno a esas cuestiones y provocando daño a sus seguidores.

Tolosa y Ferraris Mukdise (2017) sostienen que:

El ideal actual es difícil de alcanzar, se mantiene alejado de las posibilidades reales de las mujeres. La preocupación constante por el peso, hacer actividad física, seguir una dieta en la cual se restringen determinados alimentos (por ejemplo: alimentos hipercalóricos, harinas, etc.), actualmente se realiza como un hábito, incluso las mujeres que no lo hacen son vistas como raras. (p. 59)

En búsqueda de una belleza estilizada las personas miden su éxito o fracaso dependiendo de lo que la balanza les indique, y tienden cada vez más a llevar a cabo conductas disfuncionales que comprometen su salud, viviendo en función de la imagen corporal. Para Kirzsman y Salgueiro (2002), la disfuncionalidad se manifiesta cuando las personas sienten que su cuerpo no responde a las exigencias a las cuales está expuesto. Esa discrepancia entre el propio cuerpo y el ideal genera insatisfacción con la imagen corporal que, si persiste en el tiempo, trae como consecuencia una distorsión de la imagen corporal.

⁵ “Pela busca contínua da sociedade atual para pertencer aos padrões estipulados pela ditadura da beleza (BARROS, OLIVEIRA, 2017), várias pessoas enxergam nas redes sociais, como o Instagram, um meio eficaz de compartilhar experiências, dificuldades, superações e até dar dicas de treinamento e alimentação”. [Por la continua búsqueda de la sociedad actual de pertenecer a los estándares estipulados por la dictadura de la belleza (Barros y Oliveira, 2017), mucha gente ve en las redes las redes sociales como Instagram, un medio eficaz para compartir experiencias, dificultades, superación e incluso dar consejos sobre entrenamiento y alimentación.](Gonçalves de Almeida et al., 2018, p. 194)

Así, aquellas mujeres que no responden al ideal de belleza socialmente establecido experimentan insatisfacción corporal y, en búsqueda de aceptación social, se someten a dietas extremas, ejercicios físicos excesivos, consumo de diuréticos, laxantes etc., poniendo en riesgo su salud para “encajar” en una cultura en la que se cree que la extrema delgadez es sinónimo de belleza porque, según Kirzsmán y Salgueiro (2002), a diferencia de siglos pasados, el parámetro de belleza actual se ajusta a la estética de la delgadez que considera a la grasa “mala” y a la obesidad como “vulgar”.

En segundo lugar, los **factores desencadenantes** son aquellos factores considerados “de riesgo”, son eventos que conducen al inicio de un trastorno y que explican cuando una persona enferma. Por lo general las situaciones desencadenantes son vivenciadas por la persona como estresantes, siendo así el punto de partida que inicia una patología, como por ejemplo la pubertad.

Aquellas situaciones que exigen a la persona un afrontamiento con mayor nivel de responsabilidad y madurez pueden considerarse como disparadores para el desarrollo de los TCA (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017). Cruzat y Cortez (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017) indican que “uno de los rasgos característicos de los TCA es la insatisfacción corporal, que se puede asociar con la emoción de vergüenza generada por la falta de aceptación de su cuerpo” (p.60).

Esto lleva a pensar que los antecedentes de sobrepeso o situaciones en las que la persona haya recibido críticas respecto a su figura o su peso pueden ser consideradas como situaciones desencadenantes que la llevan a tomar la decisión de poner en marcha ciertas conductas alimentarias, tendientes a modificar y mejorar su aspecto físico, sin tener la noción del carácter disfuncional de las mismas.

Por último, los **factores mantenedores** están implicados en la duración del trastorno, por lo que pueden interferir en la recuperación del paciente. Fairburn et al. (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017), plantean estos factores en términos de mecanismos de mantenimiento de los TCA, y mencionan tres: Perfeccionismo, Baja Autoestima e Intolerancia a la Emoción. Estos aspectos atañen a características de la personalidad del paciente.

Fairburn et al. (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017) explican que, en el caso del perfeccionismo, el intenso temor al fracaso lleva a la persona a realizar un gran esfuerzo para lograr los objetivos que se plantea en los diversos ámbitos de su vida, por lo que su autovaloración depende en gran medida del esfuerzo realizado y del éxito alcanzado. Por otro lado, los pacientes generalmente manifiestan sentimientos de desconfianza tanto en relación con el tratamiento como en su capacidad para cambiar; esto se debe a que tienden a presentar una autovaloración negativa, fundada en su baja autoestima, a pesar de que los sucesos o su desempeño demuestren lo contrario. Por último, frente a emociones como la tristeza, los sentimientos de culpa o desvalorización, ansiedad, apatía, entre otras, la persona con TCA puede recurrir a conductas disfuncionales tales como el atracón, el vómito, la autolesión, etc. En otras palabras, presenta una dificultad en la gestión emocional, por lo que no logra realizar un afrontamiento asertivo a los diversos estados emocionales que pudiese estar atravesando; así, la intolerancia a la emoción conduce a una serie de conductas disfuncionales de autorregulación.

Con relación a lo anteriormente mencionado, Cruzat y Cortez (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017) establecen que los trastornos alimentarios suelen ser entendidos como una estrategia de regulación desadaptativa, siendo un mediador entre la insatisfacción corporal y los síntomas bulímicos. En este sentido, Tolosa y Ferraris Mukdise (2017) consideran al atracón como un déficit en el empleo de estrategias de regulación adaptativa y funcional del estado de ánimo.

Los TCA se caracterizan por ser trastornos multicausales y de gran complejidad, asociados a una insatisfacción con la imagen corporal que origina alteraciones en la conducta alimentaria cuyo objetivo es la disminución del peso corporal.

Una cuestión central en los TCA es la presencia de distorsiones cognitivas en torno a la figura, el peso y la comida. Se producen distorsiones de tipo perceptivas sobre la estimación de peso y figura corporal, como así también en las percepciones interoceptivas que llevan a confusión entre saciedad y plenitud (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017). Estos autores además detallan las distorsiones cognitivas más frecuentes:

- Sobregeneralización (“Todas las grasas engordan”, “con mi peso anterior no era feliz, por lo tanto, si engordo voy a sentirme mal”, etc.)
- Pensamiento dicotómico (“O como dulces o no como, una vez que empiezo no puedo parar”)
- Pensamiento mágico (“Si como pastas mi panza va a crecer y va a estar más grande”)
- Filtraje (“Si me dicen que estoy linda o que me veo mejor, me están queriendo decir que estoy más gorda”)
- Catastrofismo (“Si gano un kilo es lo peor, quiere decir que voy a engordar y a estar obesa”) (p. 84).

De este modo, Rutzstein (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017) afirma que el modelo cognitivo-conductual postula que los TCA presentan un núcleo psicopatológico común que es esencialmente cognitivo.

La TCC aspira a una resignificación de la enfermedad, con la colaboración de los pacientes, se busca un cambio en su autoconcepto, creencias e ideas respecto al cuerpo, la alimentación y el peso, para que así pueda sustituir sus estrategias de afrontamiento disfuncionales por otras adaptativas.

Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

Garfinkel y Garner (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017), propusieron un modelo de multicausalidad, en el que describen y agrupan diversos factores implicados en el desarrollo de los TCA, clasificándolos en factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores. “Los TCA representan en la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas que va en aumento, como por las muertes que ocasiona” (Vargas Baldares, 2013, p. 475).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen origen multicausal y son considerados en la actualidad como una problemática a nivel mundial debido a que su incidencia ha incrementado en los últimos años, afectando mayormente a la población femenina. No se trata de patologías que afectan exclusivamente a las mujeres, pero su incidencia en población masculina es menor que en la femenina (Lucciarini et al., 2021).

En cuanto a los tipos de TCA existentes, el DSM-V (2014) establece criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno de rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, Trastorno de Pica, Trastorno de atracones, Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado y Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.

Dada la complejidad de los TCA, y en función de lograr una mayor comprensión de la particularidad de cada tipo de trastorno, se procederá a describir las principales características de la AN y la BN, señalando además los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V (2014). El EDI-3 es un cuestionario diseñado para evaluar las características psicológicas y los síntomas comunes de la AN y la BN, lo que fundamenta que ambas patologías sean descritas a continuación.

Anorexia Nerviosa (AN)

Los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V (2014) son:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo se percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual. (pp. 338-339)

Por otro lado, el DSM-V (2014) tiene en cuenta la codificación establecida para los subtipos de Anorexia Nerviosa conforme al CIE-10-MC, a saber:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). (p.339)

Por último, el DSM-V (2014) establece que se debe especificar el tipo de remisión:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. (DSM-V, 2014, p.339)

“El término anorexia quiere decir falta de apetito, pero al hablar de “anorexia nerviosa” tiene una connotación particular” (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017, p.35).

Las personas con anorexia nerviosa tienden a mantener un peso corporal inferior al esperado conforme su edad, sexo y salud física. “Alude a una restricción alimentaria voluntaria, con el fin de conseguir un peso inferior al correspondiente según sexo y edad” (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017, p. 35). Existe una alteración a nivel de la percepción respecto al peso y al propio cuerpo que conduce a una serie de comportamientos encaminados a disminuir la cantidad de comida a ingerir, motivados por el miedo a engordar o por el deseo de adelgazar. En este sentido, Tolosa y Ferraris Mukdise (2017) señalan que no se presenta un déficit en la regulación del apetito, sino que “el dejar de comer es un acto efectuado por voluntad propia” (p.35).

Por otro lado, el DSM-V (2014) considera que: “la variabilidad histórica e intercultural que presenta la prevalencia de la anorexia nerviosa avala su relación con la cultura y los entornos en los que se valora la delgadez” (p.342).

Bulimia Nerviosa (BN)

Según Tolosa y Ferraris Mukdise (2017):

El término bulimia significa “hambre desmesurado” y constituye una de las características centrales del trastorno. Comer de manera descontrolada no siempre se lleva a cabo por “hambre”, sino que las causas pueden ser variadas, por ejemplo: búsqueda de disminución o eliminación de las emociones. (pp. 37-38)

En cuanto a los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V (2014), se consideran los siguientes:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa. (p.345)

Por otro lado, el DSM-V (2014) plantea la necesidad de especificar la remisión correspondiente, a saber:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. (p.345)

A partir de lo desarrollado se dejan en evidencia los diversos criterios que una persona debe reunir para poder ser diagnosticado con BN o AN. Por otro lado, existen casos particulares en los que la persona presenta alguno de los síntomas de TCA, es decir, manifiesta una alteración de la conducta alimentaria, pero no llega a cumplir con los criterios establecidos por el DSM-V (2014); se considera entonces que padece de un “Trastorno de la conducta alimentaria no especificado” (TCANE). Por su parte, Kirszman y Salgueiro (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017), plantean la “hipótesis del continuo”. ¿En qué consiste para los autores esta hipótesis?:

Esta idea alude a que las pacientes con TCA se ubicarían en uno de los extremos, y en el otro, se encontrarían las personas sanas. En el medio de este continuo (estado intermedio) estarían aquellas personas a quienes les preocupa la comida y el peso, experimentando malestar, pero que no cumplen aun con los criterios diagnósticos de TCA. Siguiendo este postulado, se puede observar que las consultas efectuadas en diversos ámbitos, ya no remiten solamente a AN y BN, de hecho, se presenta un mayor número de consultas por TCANE. (p. 48)

Finalmente, resulta importante destacar que, dada la diversidad y multiplicidad de manifestaciones de los TCA, los sistemas clasificatorios actuales no son suficientes, razón por la cual se utilizan conceptualizaciones dimensionales y una perspectiva transdiagnóstica (Fairburn, como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017); nuevas manifestaciones clínicas se abren paso en la sociedad actual, entre ellas la Vigorexia y la Ortorexia. Por su parte, Kirszman y Poulisis (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017), describen, además de la Ortorexia y la Vigorexia, otras manifestaciones clínicas novedosas, a saber: Comedor nocturno, Pregorexia, Diabulimia, Alcohorexia y Picoteo.

La Ortorexia se caracteriza por una obsesión por comer bien centrada en los aspectos nutricionales de los alimentos a ingerir y no en las proporciones de la ingesta, sostenida por la convicción de los beneficios para la salud (Poulisis, como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017). A su vez, los estudios efectuados reconocen la existencia de un trastorno psíquico subyacente en la Ortorexia. (Muñoz y Martínez, 2007)

“La Vigorexia se considera lo opuesto a la anorexia nerviosa porque quienes lo padecen se ven insuficientemente musculosos” (Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017, p. 49). En este caso, el interés principal de la persona, quien se percibe como delgado y débil, está en la musculatura con el fin de ser grande y fuerte. Con respecto a la vigorexia, Muñoz y Martínez (2007), agregan:

En un principio esta sintomatología parecía contraria a la de la anorexia nerviosa, de ahí que la llamaran anorexia inversa (reverse anorexia). Otros autores han ido matizando el término, ya que no parece tanto un trastorno del comportamiento alimentario como la anorexia o la bulimia nerviosa, sino más bien un trastorno somatomorfo, de ahí que se hayan sugerido también términos como dismorfia muscular o vigorexia. (p.467)

Tolosa y Ferraris Mukdise (2017), plantean que si bien lo que tienen en común la anorexia nerviosa y la vigorexia es la distorsión de la imagen corporal y la conductas de verificación (por ejemplo, mirarse en el espejo), la diferencia radical entre una y otra es que en el caso de la vigorexia la persona que la padece tiende a controlar, posterior al ejercicio físico, restricciones, etc., los progresos en la definición y crecimiento de la musculatura; no ocurre así en el caso de una persona con AN, quien controla la pérdida de peso mediante tales conductas.

Ambas manifestaciones clínicas mencionadas podrían asociarse al estilo de vida *Fitness* porque éste sienta sus bases tanto en la buena alimentación como en el ejercicio físico. Siguiendo esta idea, Bustillo Carrillo (2011) plantea que, a pesar de que el *Fitness* puede concebirse como un estilo de vida saludable, cabe la posibilidad de que algunas personas desarrollen trastornos alimenticios tales como la vigorexia.

Desarrollo de TCA en la adolescencia

Actualmente la adolescencia es concebida como un período de desarrollo de la persona en el que se produce la transición de la niñez a la adultez, que se inicia alrededor de los 11-13 años y finaliza alrededor de los 20, y que se desencadena por el inicio de la pubertad (Feldman, como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017).

Durante esta etapa evolutiva la persona atraviesa por múltiples cambios, entre ellos los físicos, y su manifestación puede variar dependiendo cada persona, ya sea adelantándose o retrasándose. Al respecto, Tolosa y Ferraris Mukdise (2017) manifiestan que “en el cuerpo femenino aparece el vello púbico, aumentan los pechos, se ensanchan las caderas y aumenta la grasa corporal (elemento necesario para que aparezca la menstruación)” (p.24).

Por otro lado, Papalia (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017), destaca:

Pocos son los adolescentes que tienen una actitud neutra frente a ellos, ya que la mayoría experimenta sentimientos de pánico o insatisfacción, pasando horas frente al espejo mirándose, y sintiendo por lo general vergüenza de los cambios corporales, lo cual puede conducir al desarrollo de un TCA. (p. 26)

La insatisfacción corporal que experimenta gran parte de los adolescentes es motivada por el ideal de belleza que se establece socialmente y se exige, principalmente a las mujeres. Los cánones de belleza actuales promueven una figura esbelta y delgada, contraria por supuesto a los cambios que en esta etapa suceden, y la dificultad que implica alcanzar ese ideal genera insatisfacción y malestar cuando no puede lograrse. En este sentido, Tolosa y Ferraris Mukdise (2017) sostienen que los cambios físicos que tienen lugar en la adolescencia, tales como la aparición del vello púbico, aumento de pechos y la grasa corporal, como también el ensanchamiento de las caderas, entre otros, se desarrollan en un contexto cultural que sostiene a un ideal de belleza basado en la extrema delgadez, por lo que las adolescentes experimentan insatisfacción respecto a su propia imagen corporal.

Por otro lado, Coleman y Hendry (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017), señalan que:

Durante la adolescencia el desarrollo biológico y la necesidad de los individuos de adaptarse a él, otorgan algunas características universales que la separan de períodos anteriores. La cultura, es la que determinará en gran medida, si el período de la adolescencia será largo o corto, si sus demandas sociales representan un cambio brusco o tan sólo una transición gradual hacia una nueva etapa. Es decir, que la cultura puede facilitar u obstruir el ajuste del joven a los cambios de la pubertad. (p. 28)

Los cambios que conlleva la adolescencia indefectiblemente tendrán lugar y, específicamente en el caso de las mujeres, la actitud que asuman frente a ellos estará condicionada por las normas y estándares de imagen corporal femenina de su contexto social y cultural.

Durante la adolescencia la persona debe hacer frente a diversos cambios que se producen a nivel físico, cognitivo, social y emocional. Por otro lado, Rutzstein (como se citó en Tolosa y Ferraris Mukdise, 2017) considera que todos estos cambios se llevan a cabo en un contexto cultural que propone un ideal de belleza basado en la extrema delgadez y frente al cual las adolescentes experimentan insatisfacción con su propia imagen corporal.

Estos cambios a nivel físico generan una transformación de la forma del cuerpo de la adolescente, llegando en ocasiones a provocarle vergüenza o incomodidad; sumado a ello la presión social por cumplir con el ideal de belleza establecido culturalmente puede generar disconformidad e insatisfacción corporal. Lin y Kulik (como se citó en Cerezo, 2022), explican que “la insatisfacción corporal deriva de la comparación entre los modelos de belleza y el propio cuerpo” (p.73). Además, señalan que:

Se constituye una autovaloración negativa y se produce la manifestación de malestar significativo en el/la chico/a ante la comparación; por lo que la presión social es una variable medidora a la que se está expuesto de forma constante, y a la instauración de problemáticas persistentes a lo largo del tiempo derivadas de esta validación social, la cual culmina en el peor de los casos con TCA. (Lin y Kulik, como se citó en Cerezo, 2022, pp. 73-74)

Ramos et al. (2003) señalan que “los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia, bulimia, vigorexia, ortorexia) son hoy algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes.

Entre los trastornos más comunes en los adolescentes están la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa” (p. 66).

Kirszman y Salgueiro (2002), remarcan que los prejuicios que se generan en torno al peso corporal, llevan a que las personas se autovaloren en función de la imagen corporal percibida. Esto lleva a pensar que los prejuicios generados en torno al peso corporal y las presiones socio-culturales ligadas al cuerpo “ideal” son factores culturales que promueven mayor valoración de la apariencia física, pudiendo desencadenar en el adolescente insatisfacción corporal y, como consecuencia de ello, conductas desadaptativas en torno a la alimentación, desembocando en un riesgo significativo a desarrollar un TCA.

Lo social no es ajeno a esta problemática:

En la sociedad actual y globalizada el ideal de belleza diseminado en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la “delgadez del cuerpo” para hombres y mujeres adolescentes, y por otra parte estigmatizan la obesidad. (Portela de Santana et al., 2012, p.395)

Cabe considerar el papel importante que desempeñan los medios de comunicación, entre ellos, las redes sociales, como ser el caso de *Instagram*, en el desarrollo de los TCA, dado que al difundir mensajes que promueven un ideal de belleza, la internalización del mismo por parte de los adolescentes conduce a la posibilidad de un riesgo de insatisfacción corporal y de conductas alimentarias de riesgo en pos de alcanzar el peso deseado y la aceptación social. Siguiendo esta idea, Lucciarini et al. (2021), sostienen que:

La última década ha sido atravesada por una irrupción en incremento de redes sociales, principalmente utilizadas por un público adolescente y joven que con frecuencia se nutren de las imágenes publicadas que comparan con sus cuerpos. Este predominio visual mediado por el ideal de un cuerpo perfecto podría operar a favor de la insatisfacción corporal impulsando a la delgadez. (p. 34)

Tales influencias socioculturales que idealizan estereotipos corporales, difíciles de conseguir, llevan a distorsiones cognitivas respecto al propio peso y a deseos de cambio, que encuentran su desenlace en la puesta en marcha de

conductas de riesgo en torno a la alimentación y, en algunos casos, en el desarrollo de TCA.

Riesgo de trastorno alimentario

Para entender qué implica el riesgo de trastorno alimentario, es preciso definir en primera instancia a qué se refieren las “conductas alimentarias de riesgo”. Algunos autores han definido tales conductas, entre ellos, Altamirano et al. (como se citó en Berengüí et al., 2016), quienes señalan lo siguiente:

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) incluyen un amplio espectro de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo, derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida, y todos ellos están dirigidos a controlar o reducir el peso corporal. Entre esas conductas destacan, por ejemplo, los atracones, el seguimiento de dietas crónicas y restrictivas, el abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, el vómito autoinducido y la práctica de ayunos. (p. 2)

A partir de esta definición el riesgo de trastorno alimentario puede ser entendido como la puesta en marcha de conductas disfuncionales o desadaptativas en torno a la alimentación, con la finalidad de reducir el peso corporal, que afecta la salud de la persona y supone un riesgo para el desarrollo de TCA.

Vázquez et al. (como se citó en Bojórquez et al., 2008, p. 190), señalan que “algunos autores afirman que la dieta restrictiva es la práctica más frecuente de los hombres y mujeres que pretenden reducir su peso corporal”, mientras que Bojórquez et al. (2008), establecen que diversos estudios reconocen que las mujeres emplean mayormente la restricción alimentaria para adelgazar, impulsadas por la presión social ejercida por los medios de comunicación que generan malestar con la forma corporal. Sin embargo, a pesar de ser de las prácticas más frecuentes para el control y reducción del peso corporal, también pueden estar acompañadas por otras como ser, práctica excesiva de ejercicio físico, uso de laxantes y diuréticos, vómito auto-inducido, entre otras.

De esta manera, el factor social y cultural desencadena conductas y pensamientos desadaptativos hacia la forma corporal, el peso y la comida, y como resultado esto puede constituir el punto de partida para la aparición de

hábitos alimentarios inapropiados, especialmente durante la adolescencia y la juventud, siendo éstas etapas del desarrollo que traen aparejados cambios biológicos y psicosociales de gran magnitud (Bojórquez et al., 2008).

A lo largo de los años, diversos autores, entre ellos Garner, se interesaron por la evaluación de las conductas asociadas a los trastornos alimentarios, dando origen a distintos instrumentos de evaluación. Afortunadamente, en la actualidad los profesionales cuentan con diversidad de técnicas, instrumentos y estrategias para evaluar, que son rigurosas y cuentan con el aval de la investigación científica.

Para la presente investigación se considera relevante desarrollar y caracterizar el instrumento que se empleará, llamado “Eating Disorders Inventory-3” [Inventario de Trastornos Alimentarios-3] de Garner (2004), EDI-3 en adelante.

Capítulo III: Fitness, un estilo de vida saludable difundido

Conceptualización del fitness

Vidal Cortada (2007) plantea el término *Fitness* como un vocablo de origen anglosajón que significa “estar en forma”, explicando su significado a partir de la explicación de las iniciales del acrónimo:

F recuency (frecuencia)

I ntensity (intensidad)

T ime (tiempo)

NESS sustantivo”(p.10).

“Así, el término *Fit* se aplica a una persona que entrena con una frecuencia, intensidad o nivel de esfuerzo y duración adecuados” (Vidal Cortada, 2007, p.10). Para la autora el término *fitness* implica toda actividad física que se realiza de manera regular con la finalidad de alcanzar un estado físico caracterizado por un nivel de energía óptimo que repercute en la vida, en tanto permite un disfrute de las actividades habituales sin experimentar cansancio excesivo.

“‘*Fitness*’ siempre se enmarca en un contexto de salud, es decir, no está enfocado al alto rendimiento o al deporte de elite, sino que va dirigido a un rendimiento óptimo para gozar de una vida saludable” (Vidal Cortada, 2007, p.10).

A partir de estos conceptos, el *fitness* es entendido como estilo de vida que implica la realización de actividad física regular y prolongada en el tiempo, que tiene como consecuencia una mejoría del estado físico y mayor salud para la persona. Pero el *fitness* no se limita a abarcar únicamente la realización de actividad física, sino que incluye pautas de alimentación equilibradas y adecuadas, como un plus que contribuye al logro de esos objetivos. Por ende, es entendido como un proceso que abarca cambios de hábitos en distintos aspectos de la vida de las personas, desde las pautas de entrenamiento físico, hasta la alimentación y tiempos de descanso, que además requiere del acompañamiento de un especialista quien, desde su saber científico, pueda guiar a la persona en la adquisición de los nuevos hábitos y en la realización de una actividad física adecuada a su organismo, ya que cada persona precisa un régimen alimenticio acorde a sus necesidades y un plan de entrenamiento

correspondiente a su estado y objetivos propuestos. Al respecto, el autor Bustillo Carrillo (2011) explica lo siguiente:

Está claro que el físicoculturismo y el *fitness* puede ser un estilo de vida muy saludable, porque si se practica de forma correcta y planificada por un verdadero profesional, realizaremos un ejercicio físico completo y acorde a nuestras capacidades físicas que, combinándolo con una nutrición completa, equilibrada y suficiente, pondremos a funcionar todas las piezas que conforman una gran salud general. Si a esto le sumamos la eliminación de los malos hábitos como el tabaco, las bebidas alcohólicas, el trasnochar, etc., y volvemos a sumarle otros buenos como los estados de tranquilidad, el descanso adecuado, la lectura, la música y el contacto con la naturaleza, haremos más fuerza, si cabe, en la obtención de una gran salud y seremos mucho más completos a nivel físico y mental. (p. 38)

Vidal Cortada (2007) asegura que el ejercicio físico y la alimentación equilibrada contribuyen al mantenimiento de una composición corporal adecuada; y define ésta última como la distribución del peso corporal en masa ósea, masa muscular y masa grasa. Además, señala que en el ámbito del *fitness* se busca un equilibrio de porcentajes de los tres componentes mencionados, siguiendo los cánones de salud.

Por su parte, Bustillo Carrillo (2011), concibe al *fitness* por un lado, como una cultura, como un fenómeno de filosofía de vida sana y, por otro lado, como una disciplina organizada y distribuida de manera correcta, para la obtención de una serie de beneficios, entre los cuales se encuentra la composición corporal óptima, resumiendo que busca en última instancia la consecución plena de una buena salud, tanto física como mental.

El problema que se plantea en la actualidad es que muchas personas inmersas en esa “cultura” del *fitness* no acuden a la actividad física o a una alimentación balanceada en búsqueda de una óptima salud, sino con la finalidad de modificar su cuerpo para así responder a un ideal de belleza socialmente establecido.

En relación con esto, Bustillo Carrillo (2011) plantea que, si bien el *fitness* ha llegado a ser una filosofía de vida saludable, no se descarta la posibilidad de que algunas personas desarrollen trastornos alimenticios tales como la vigorexia.

Por ello es fundamental recibir acompañamiento de profesionales pertinentes para que la alimentación y el ejercicio físico que se realice sea acorde a las capacidades de cada persona, y así no correr riesgo de comprometer la salud.

Dietrich et al. (2016) conciben al *fitness* como:

Un estado de rendimiento psico-físico que nos esforzamos conscientemente por alcanzar, mediante el entrenamiento, la alimentación selectiva y una actitud vital y sana que va más allá de un bienestar en cuanto a la salud. Este concepto deja entrever que la motivación para estar y mantenerse en forma presupone el esfuerzo y la consciencia por parte de la persona de que tal estado puede alcanzarse en la medida en que efectúe cambios en su actual estilo de vida; lo preocupante es que muchas veces no apuntan solamente a una mejoría de la salud sino a lograr un aspecto físico que responda a los ideales sociales, tendencias, modas o ideologías de la época. (p. 514)

A modo de síntesis, *fitness* es entendido como un estilo de vida que se sustenta en una visión integral de la salud de la persona, y se basa en el ejercicio físico, la alimentación saludable y equilibrada, y el descanso, como tres pilares fundamentales del mismo, para alcanzar diversos objetivos entre ellos, la salud y la estética corporal, según los deseos de cada persona. En este sentido, resulta fundamental tener en cuenta cuáles son las creencias que la persona tiene respecto a la realización de la actividad física, porque las mismas la motivarán ejercitarse por una u otra razón.

El fitness y los medios de comunicación

Con la llegada del internet, en la actualidad las redes sociales han ocupado un lugar muy importante en el seno de la comunicación, generando nuevas dinámicas entre las personas. Su uso permite estar en contacto con amigos, conocidos, familiares, estar al tanto de las noticias a nivel mundial, pasar el tiempo libre, compartir con otros las actividades cotidianas, conocer nuevas personas, vender o comprar productos, trabajar, entre otras posibilidades.

En los últimos años las redes sociales han adquirido un papel importante a la hora de transmitir contenido a las personas; en concreto, *Instagram* se caracteriza por ser una de las redes sociales con mayor aceptación entre la

sociedad (Arizmendi Aparicio, 2020), y se trata una red social que, mediante la publicación de imágenes y videos relacionados con diversas temáticas, sirve como medio de comunicación y entretenimiento para los usuarios.

Gonçalves de Almeida et al. (2018), consideran que:

Las publicaciones de fitness en Instagram pueden estar relacionadas a la incidencia de trastornos alimentarios, tales como: la anorexia, bulimia, vigorexia y ortorexia. Las fotos comparativas parecen dirigir la alimentación hacia fines principalmente estéticos, dejando en un segundo plano la salud y la calidad de vida⁶. (p. 194)

En las diversas redes sociales existentes, y en muchos otros medios de comunicación, se comparte información relativa al estilo de vida *fitness*, es decir, noticias, artículos, videos, imágenes, etc. que pueden incluir rutinas de ejercicio para realizar en el gimnasio o en el hogar, recetas saludables, dietas de moda, recomendaciones sobre suplementación deportiva, consejos motivacionales, fotos comparativas de tipo “antes y después” mostrando cambios físicos logrados, entre otros.

Si bien este contenido puede parecer inofensivo, no se tiene en cuenta el impacto que puede tener para ciertas personas que lo visualizan, quienes, por sus características psicológicas, pueden considerarse vulnerables a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria; sobre todo si quien aconseja o comparte dicha información, no es alguien especializado en la temática y basa su conocimiento en experiencias propias recomendando dietas milagrosas u otros métodos que son perjudiciales sin el acompañamiento de un profesional, como por ejemplo el ayuno intermitente.

En este sentido, Cerezo (2022) destaca que:

Como contenido de valor la promoción de la actividad física es muy buena, pero la enseñanza de rutinas de ejercicios puede ser una práctica

⁶ “Postagens fitness no Instagram podem estar relacionadas à incidência de transtornos estético-alimentares, como: anorexia, bulimia, vigorexia e ortorexia. Fotos comparativas parecem direcionar a alimentação, principalmente, para objetivos estéticos, deixando saúde e qualidade de vida em segundo plano”. [Las publicaciones de fitness en Instagram pueden estar relacionadas a la incidencia de trastornos alimentarios, tales como: la anorexia, bulimia, vigorexia y ortorexia. Las fotos comparativas parecen dirigir la alimentación hacia fines principalmente estéticos, dejando en un segundo plano la salud y la calidad de vida.] (Gonçalves de Almeida et al, 2018, p.194).

peligrosa si no es acompañada por la supervisión de un profesional en el tema, lo cual puede derivar en diversas lesiones. (p. 94)

Del mismo modo, la promoción de dietas de moda y productos adelgazantes, a cargo de personas que no están capacitadas para brindar ese tipo de información, influye negativamente en personas con riesgo a desarrollar TCA.

Fitness, redes sociales y trastornos de la conducta alimentaria

García Puertas (2020) plantea que “el fenómeno de *Fitspiration* consiste en la publicación de imágenes y textos que están diseñados para inspirar a las personas a seguir un estilo de vida saludable a través del ejercicio y la buena alimentación” (p. 245).

El problema que se plantea tiene que ver, no con la promoción de un estilo de vida saludable mediante el entrenamiento y nutrición adecuados, sino con la difusión de imágenes de un tipo de cuerpo que resulta difícil de alcanzar enfatizando la importancia de la apariencia física tonificada, musculosa o delgada.

Sauders y Eaton (como se citó en García Puertas, 2015) establecen que:

El uso de *Instagram* se ha relacionado con el posible desarrollo de algún TCA, siendo una plataforma donde las presiones socioculturales a favor de la delgadez y la internalización del ideal de belleza se ven reflejadas, dando lugar a la posible comparación social entre usuarios. (p. 250)

En algunos casos se puede hallar contenido publicitado por profesionales que, desde su saber científico, brindan conocimientos y herramientas a su público con el fin de aconsejar en la adquisición de hábitos saludables. Pero también existen personas que difunden información que incita a la adopción de conductas extremas respecto a la alimentación y el ejercicio, incluyendo los famosos videos o *posts* de “antes y después” que muestran el avance y el cambio logrado en su aspecto físico y el tiempo que les llevó alcanzarlo.

Este tipo de contenido puede desencadenar en los destinatarios de aquella información conductas desadaptativas en torno a la alimentación y el ejercicio que, sostenidas en el tiempo, se convertirán en factores desencadenantes de TCA, dado que, culturalmente un factor de riesgo es el ideal

de belleza sostenido, internalizado y difundido en los medios de comunicación social. Además, los comentarios relativos al cuerpo que una persona recibe en su perfil también influyen negativamente en la percepción de su imagen corporal y pueden operar como situaciones desencadenantes de TCA.

En la actualidad hay un estándar de belleza socialmente establecido que responde a un cuerpo delgado y tonificado, ideal social exigido mayormente a las mujeres, llevándolas a experimentar insatisfacción corporal cuando no cumplen con ese mandato social.

Tolosa y Ferraris Mukdise (2017) plantean que:

Se observa actualmente que los medios de comunicación no cesan de bombardear con imágenes de cuerpos delgados, con piernas y muslos firmes, cintura tipo “barbie”, espalda y brazos fuertes, grandes y definidos tipo “ken”. Si bien no son mensajes explícitos que dicen “debes ser como ellos”, “los gordos son rechazados”, “debes ser flaca”, “haz lo que sea necesario para verte linda”, impactan de manera casi determinante en la autovaloración personal tanto de mujeres como de hombres, y más aún en quienes sobrevaloran a un cuerpo delgado, convenciendo a las personas de que deben ser como estos estereotipos para ser y sentirse exitosos. (p. 18)

La preocupación por la apariencia física lleva a muchas mujeres a recurrir al *fitness* en un intento por responder a ese mandato cultural, sometiéndose a dietas restrictivas y ejercicio físico excesivo, lo cual ocasiona desórdenes psicofísicos importantes.

Bustillo Carrillo (2011) señala que, en la categoría de fitness, dentro de las competencias de fisicoculturismo, los cuerpos se caracterizan por un desarrollo muscular enmarcado dentro de lo estético, simétrico, agradable y proporcional; aspectos que durante la competencia son valorados por los jueces y determina en última instancia quién es el ganador.

Así, existen determinados deportes, donde existe mayor presión a adquirir y conservar cierto estereotipo corporal y mayor control del peso, y pueden considerarse deportes de riesgo para el desarrollo de TCA.

METODOLOGÍA

Nivel y tipo de investigación

El nivel de la investigación es descriptivo, ya que siguiendo a Hernández Sampieri et al. (2010), “la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (p.80). Se buscó caracterizar el fenómeno en estudio tal cual como se presenta en la realidad, es decir, el riesgo de trastorno alimentario en las estudiantes universitarias que participaron en la investigación, sin intentar explicarlo ni establecer hipótesis de tipo causal.

Con respecto al tipo, la presente investigación es cuantitativa porque la recolección de datos se realiza en base a la medición numérica y el análisis estadístico, mediante el uso de procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica (Hernández Sampieri et al., 2010). En este caso, se empleó como instrumento para tal fin el EDI-3 [*Eating Disorder Inventory-3*], versión creada por Garner en el año 2004, y validada en Argentina durante el año 2013 (Rutzstein et al., 2013). Se realizaron entrevistas con el objeto de conocer circunstancias personales de las participantes que presentan riesgo de TCA.

Diseño de investigación

La investigación posee un diseño no experimental, pues no realiza una manipulación deliberada de variables y solo se observa el fenómeno en su ambiente natural, para después analizarlo (Hernández Sampieri et al., 2010). Dentro de este tipo de diseño, se utilizó un transeccional o transversal, ya que el riesgo de trastorno alimentario fue estudiado en un solo momento, en un tiempo único.

En este caso, los resultados obtenidos mediante el EDI-3 [*Eating Disorder Inventory-3*] produjeron datos para definir la aplicación de las entrevistas.

Hipótesis de trabajo

Dado el tipo de investigación y su diseño transversal, que no pretende introducir relaciones entre variables, se decide utilizar la siguiente hipótesis de trabajo acerca de la existencia del riesgo de trastorno alimentario en las estudiantes:

- Un porcentaje de, al menos un 20%, de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 presentan riesgo de trastorno alimentario.

El porcentaje que se estima en la hipótesis guía de la investigación se toma a partir de considerar los porcentajes que los estudios de la literatura revisada establecen como porcentaje de prevalencia en las mujeres. Se mencionan, a continuación, tres de ellos.

En primer lugar, Gili et al. (2015) llegaron a la conclusión de que un 13,3% de los estudiantes que integraron la muestra investigada presentaron riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria.

Por su parte, Sepúlveda (2004) realizó una investigación con el objetivo de estimar la prevalencia de población de riesgo de TCA entre los estudiantes universitarios de la Universidad Autónoma de Madrid. A partir de los resultados obtenidos concluyó que la tasa de prevalencia de población con riesgo de TCA es elevada, con un predominio en el género femenino (20,8%) en comparación al género masculino (14,9%).

Finalmente, se tuvo en cuenta la investigación realizada por Avendaño Rodríguez (2023), la cual buscó determinar la asociación entre la ingesta alimentaria, riesgo de TCA, actividad física, sedentarismo e IMC en estudiantes universitarios de entre 18 y 30 años, de ambos sexos, en Hidalgo, México. Los resultados hallados llevaron a la autora a concluir que el riesgo de TCA (moderado y alto) fue mayor en mujeres (38,1%) que en hombres (29%), sin diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos.

Variable de investigación

La variable de investigación “Riesgo de trastorno alimentario” comprende tres dimensiones que son “Búsqueda de delgadez”, “Bulimia” e “Insatisfacción corporal”, que son medidas mediante las subescalas de riesgo del Inventario EDI-3.

A continuación, se presenta su definición conceptual y operacional.

Definición conceptual

Variable “Riesgo de trastorno alimentario”. Amplio espectro de comportamientos negativos y perjudiciales para el individuo, derivados de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida, y todos ellos están dirigidos a controlar o reducir el peso corporal (Altamirano et al., como se citó en Berengüí et al., 2016, p. 2).

Dimensión “Búsqueda de delgadez”. Evalúa el deseo extremo de adelgazar, la preocupación por la dieta, la preocupación por el peso y el miedo intenso a engordar.⁷

Dimensión “Bulimia”. Evalúa la tendencia a pensar y participar en episodios de sobrealimentación incontrolable (atracones). Los ítems de esta subescala evalúan las preocupaciones sobre comer en exceso y comer en respuesta a estar molesto⁸.

⁷ “Drive for Thinness (DT). The “Drive for Thinness” construct has been described as one of the cardinal features of eating disorders and has been considered an essential criterion for a diagnosis according to many classification schemes. The 7 items on this scale assess an extreme desire to be thinner, concern with dieting, preoccupation with weight and an intense fear of weight gain. Prospective studies have indicated that the DT scale is a good predictor of binge-eating and the development of formal eating disorders”. [Búsqueda de delgadez (DT). El constructo “Búsqueda de delgadez” se ha descrito como una de las características cardinales de los trastornos alimentarios y se ha considerado un criterio esencial para el diagnóstico de acuerdo con muchos esquemas de clasificación. Los 7 ítems de esta escala evalúan el deseo extremo de adelgazar, la preocupación por la dieta, la preocupación por el peso y el miedo intenso a engordar. Estudios prospectivos han indicado que la escala DT es un buen predictor de la ingestión de alimentos y del desarrollo de trastornos alimentarios formales,] (Psychological Assessment Resources [PAR], s.f., p.1)

⁸ “Bulimia (B). The bulimia construct assesses the tendency to think about and to engage in bouts of uncontrollable overeating (binge-eating). The 8 items on this scale assess concerns about overeating and eating in response to being upset. The presence of binge eating is one of the defining features of bulimia nervosa and differentiates the bingeing/purging and restrictor subtypes of anorexia nervosa. Research has shown that binge eating is common in individuals who do not meet all of the criteria to qualify for a formal diagnosis of an eating disorder; however, in most cases, severe binge eating is associated with marked psychological distress”. [Bulimia (B). El constructo Bulimia evalúa la tendencia a pensar y participar en episodios de sobrealimentación incontrolable (atracones). Los 8 ítems de esta escala evalúan las preocupaciones sobre comer en exceso y comer en respuesta a estar molesto. La presencia de atracones es una de las características definitorias de la bulimia nerviosa y diferencia los

Dimensión “Insatisfacción corporal”. Evalúa el descontento con la forma general y con el tamaño de aquellas regiones del cuerpo que preocupan extraordinariamente a las personas con trastornos alimentarios (es decir, estómago, caderas, muslos, glúteos⁹).

Definición operacional

Variable “Riesgo de trastorno alimentario”. Esta variable se midió con el inventario *Eating Disorder Inventory 3* (EDI-3).

Dimensión “Búsqueda de delgadez”. Subescala denominada “Búsqueda de Delgadez” que arrojaba la sumatoria de los puntajes asignados a las respuestas de las participantes a los ítems 1,7, 11,16, 25, 32 y 49 del cuestionario EDI-3, relacionada con el índice de masa corporal y la edad cronológica.

Dimensión “Bulimia”. Subescala denominada “Bulimia” que arrojaba la sumatoria de los puntajes asignados a las respuestas de las participantes a los ítems 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61 y 64 del cuestionario EDI-3, relacionada con el índice de masa corporal y la edad cronológica.

Dimensión “Insatisfacción corporal”. Subescala denominada “Insatisfacción Corporal” que arrojaba la sumatoria de los puntajes asignados a

subtipos de atracones/purgas y restrictivos de la anorexia nerviosa. La investigación ha demostrado que los atracones son comunes en personas que no cumplen con todos los criterios para calificar para un diagnóstico formal de un trastorno alimentario; sin embargo, en la mayoría de los casos, los atracones intensos se asocian con una marcada angustia psicológica.] (PAR, s.f., p.1)

⁹ “Body Dissatisfaction (BD). The Body Dissatisfaction scale consists of 10 items that assess discontentment with the overall shape and with the size of those regions of the body of extraordinary concern to those with eating disorders (i.e., stomach, hips, thighs, buttocks). One item on BD scale measures the feeling of bloating after eating a normal meal, a common feature of those who are dissatisfied with their body weight. Given the fact that body dissatisfaction is endemic to young women in Western culture, it does not cause disorder alone; however, it may be considered a major risk factor responsible for initiating and then sustaining extreme weight controlling behaviors seen in eating disorders”. [Insatisfacción corporal (BD). La escala de Insatisfacción Corporal consta de 10 ítems que evalúan el descontento con la forma general y con el tamaño de aquellas regiones del cuerpo que preocupan extraordinariamente a las personas con trastornos alimentarios (es decir, estómago, caderas, muslos, glúteos). Un elemento de la escala BD mide la sensación de hinchazón después de comer una comida normal, una característica común de quienes no están satisfechos con su peso corporal. Dado el hecho de que la insatisfacción corporal es endémica entre las mujeres jóvenes en la cultura occidental, no causa desorden por sí sola; sin embargo, puede considerarse un factor de riesgo importante responsable de iniciar y luego mantener conductas extremas de control de peso que se observan en los trastornos alimentarios.] (PAR, s.f., p.1)

las respuestas de las participantes a los ítems 2, 9, 12, 19, 31, 45, 47, 55, 59 y 62 del cuestionario EDI-3, y comparación de la misma con los valores de referencia.

Contexto y período de investigación

La investigación se realizó en la Sede Central de la Universidad Católica de Salta ubicada en Campo Castañares, en la Capital de la Provincia de Salta. Si bien la recolección de datos se llevó a cabo de manera virtual (a través de un *Google Form*), el instrumento fue aplicado de manera presencial en un aula destinada para tal fin, garantizando así su correcta administración.

A continuación, se hará una breve referencia al Marco institucional donde se realizó la investigación, y particularmente de la Escuela Universitaria de Educación Física. La misma fue creada en el año 1982 y aprobada por Resolución Rectoral N° 104/82 y Resolución Ministerial N° 1283/82.

Los objetivos que persigue se vinculan a la formación de profesionales de pregrado, grado y posgrado en el campo de la educación física y la actividad física, como también en el campo de la prevención, la salud y el deporte. (Universidad Católica de Salta, s.f.)

Respecto a las autoridades, se destacan el Director de la Escuela Universitaria de Educación Física, Lic. Esp. John Heitmann; la Secretaria Académica, Mg. Lic. Alejandra del Valle Calabró; el Jefe de Carrera, Mg. Lic. José Leandro Naranjo; el Secretario de Extensión, Prof. Lic. Luciano Mercado, y los Administrativos, Lic. Mariana del Carmen Beltrán, Lic. M. Germán Pérez Gelmetti y Sr. Facundo Ceseracciu. (Universidad Católica de Salta, s.f.)

Por último, entre las opciones de formación profesional, ofrece carreras bajo modalidad presencial como también a distancia. Las carreras presenciales son Profesorado en Educación Física, Licenciatura en Educación Física (Ciclo de Licenciatura), Licenciatura en Entrenamiento Deportivo (Ciclo de Complementación Curricular), Licenciatura en Lenguajes Expresivos (Ciclo de Complementación Curricular), Tecnicatura Universitaria en Actividad Física y Fitness, Especialización en Deportes y Actividad Física para la Salud y la Maestría en Entrenamiento y Nutrición Deportiva. Aquellas carreras mencionadas en su carácter de Ciclo de Complementación Curricular tienen la posibilidad de cursarse a distancia. (Universidad Católica de Salta, s.f.)

Con respecto al período de la presente investigación, la misma se desarrolló durante el segundo semestre del período lectivo 2024, con una duración aproximada de tres meses.

Población

La población estuvo comprendida por 20 estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Escuela Universitaria de Educación Física perteneciente a la Universidad Católica de Salta, que tenían entre 18 y 19 años y se encontraban cursando el primer y segundo año de la carrera durante el año 2024 y que cumplían con los criterios de inclusión.

De acuerdo con los objetivos de la investigación, se tomó como población a todas aquellas alumnas que cumplían con los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres entre 17 y 19 años de edad cronológica a la fecha de inicio de la recolección de datos. Este criterio fue seleccionado en base a la validación del instrumento en Argentina del EDI-3, efectuada por Rutzstein et al. (2013), la cual se realizó con adolescentes mujeres de entre 13 y 19 años, razón por la cual se seleccionó una población conformada por estudiantes universitarias de entre 17 y 19 años. Con respecto a la edad mínima, no se encontraron alumnas de 17 años cursando el ciclo universitario.

Otra razón por la que se eligió a estudiantes mujeres se sustentó en el hecho de que, en la actualidad se ha constatado una mayor incidencia de TCA en personas de entre 12 y 25 años, en su mayoría mujeres, demostrándose, además, que los factores individuales, como la genética, y los sociales influyen en su aparición. (Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2022) mientras que su incidencia en la población masculina es menor (Lucciarini et al., 2021).

- Encontrarse cursando el primer o el segundo año de la carrera Profesorado en Educación Física de la Escuela Universitaria de Educación Física de la Universidad Católica de Salta al momento de inicio de la investigación.
- Aceptar participar voluntariamente en la investigación mediante el consentimiento informado.

Por otro lado, se establecieron como criterios de exclusión los siguientes:

- Estudiantes matriculadas en el Profesorado en Educación Física de la Escuela Universitaria de Educación Física de Universidad Católica de Salta, que se encontraban de licencia universitaria o no se encontraban cursando de manera regular ninguna de las asignaturas.
- Mujeres mayores de 19 años de edad cronológica al inicio de la recolección de datos.
- Estudiantes que no aceptaron participar de la investigación de modo voluntario.

Posteriormente, como criterio de inclusión para la realización de las entrevistas semiestructuradas individuales, se consideró que las estudiantes presentaran riesgo de TCA en alguna de las subescalas del EDI-3 administradas. Estas entrevistas se llevaron a cabo con el propósito de complementar y contextualizar los hallazgos cuantitativos para así lograr una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno en los casos identificados.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento para la recolección de datos de la presente investigación fue la validación argentina del *Eating Disorders Inventory-3* (EDI-3), realizada por Rutzstein et al. (2013) en base a la tercer y más reciente versión del EDI-3, desarrollada en el año 2004 por su autor, Garner.

La descripción del instrumento figura en el Apéndice F donde podrá encontrarse información relativa a la historia del instrumento, las modificaciones que tuvo a lo largo de los años, tanto en cantidad de ítems que lo conforman como en la manera de puntuar cada uno de ellos, tiempo de administración y modalidades. También se puede leer en él la conceptualización de las diferentes subescalas que lo integran e información respecto a la validación argentina efectuada por Rutzstein et al. (2013) como ser, la muestra empleada en la misma y aspectos del procedimiento de recolección de datos junto procesamiento de los mismos.

El instrumento en su totalidad consta de 91 ítems agrupados en 12 subescalas, de las cuales tres son específicas de trastornos alimentarios y se denominan “De Riesgo”, y cuyos nombres corresponden a Insatisfacción Corporal, Bulimia y Búsqueda de Delgadez; mientras que las nueve restantes refieren a características psicológicas asociadas a los trastornos alimentarios,

llamadas Baja Autoestima, Alienación Personal, Inseguridad Interpersonal, Desconfianza Interpersonal, Déficit Interoceptivo, Desregulación Emocional, Ascetismo, Perfeccionismo y Miedo a Madurar (Rutzstein et al., 2013).

Debido a que se trata de un instrumento autoadministrado es viable de aplicarse tanto de manera individual como colectiva. Según lo señalado por Rutzstein et al. (2013) cada ítem ofrece seis posibilidades de respuesta, siendo una escala tipo Likert: “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” y “siempre”; y el rango de puntuación es de 0 a 4. La respuesta que señala mayor sintomatología (siempre o nunca, dependiendo de la direccionalidad del ítem) se puntúa con el valor 4, la siguiente (casi siempre o casi nunca) se puntúa con el valor 3, y la próxima (a menudo o a veces) con el valor 2. En la última versión, la respuesta ‘a veces’ en los ítems directos y ‘a menudo’ en los inversos se puntúa con el valor 1; y las dos restantes respuestas del extremo opuesto a la patología se califican con el valor 0. Estas modificaciones en la puntuación tienen el propósito de mejorar la confiabilidad de algunas escalas (Garner, como se citó en Rutzstein et al., 2013).

El inventario no fue aplicado en su totalidad dado que se emplearon únicamente las primeras tres subescalas que miden el Riesgo de Trastorno Alimentario, en concordancia con la variable a investigar (riesgo de trastorno alimentario) y según lo autorizado por sus creadores, Garner et al. (como se citó en Murawski et al., 2015).

A partir del enlace proporcionado las alumnas accedieron a un formulario de *Google* que contiene el consentimiento informado, preguntas relativas a su edad, peso y altura, y el Inventario EDI-3 (ver Apéndice C).

En la primera sección del mismo las estudiantes debían declarar obligatoriamente su correo electrónico para tener la seguridad de que respondían el cuestionario sólo las alumnas seleccionadas.

En la segunda sección, las participantes se encontraron con el Consentimiento/Asentimiento informado, donde podían aceptar voluntariamente formar parte o no de la investigación.

En la tercera sección, consignaron datos personales relativos a la edad, peso y altura.

En la cuarta sección se encuentra la técnica psicométrica de recolección de datos, el Inventario EDI-3, con las tres subescalas del mismo.

El instrumento completo para la recolección de datos puede visualizarse a partir del siguiente link: [Trastornos alimentarios en estudiantes universitarias, de entre 17 y 19 años, que cursan el Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta, en el período lectivo 2024 - Formularios de Google](#)

El uso del cuestionario de *Google Form*, facilitó la recolección de datos pertinentes a la investigación de manera rápida, sencilla y directa. A su vez, permitió ahorrar dinero en tanto los datos pudieron ser recolectados de manera online, sin la necesidad del empleo de material impreso contribuyendo al cuidado del medio ambiente prescindiendo del uso de papeles y plásticos para la conservación del material recolectado.

Una vez recabados y analizados los datos cuantitativos y, teniendo en cuenta como criterio de inclusión que las estudiantes presenten riesgo de TCA en al menos una de las subescalas, se le aplicó a cada una de ellas una **entrevista semiestructurada** individual. La guía de preguntas realizadas durante la entrevista figura en el Apéndice G.

Procedimiento de recolección de datos

Una vez aprobado el proyecto de investigación, la tesista solicitó a los docentes un tiempo a fin de explicar a las alumnas, que se encontraban cursando distintas materias del primer y segundo año del Profesorado de Educación Física, los motivos, objetivos y la finalidad de la investigación.

Se las invitó a participar de la misma y, posteriormente, se consultó quiénes estaban interesadas en participar para explicarles el procedimiento de recolección de los datos.

Debido a que el instrumento es autoadministrado, se acordó con las participantes de la investigación fecha y hora para la realización del formulario e inventario en un aula destinada para tal fin. Es importante recordar que el consentimiento informado debía ser completado por las participantes.

Si bien el instrumento es autoadministrado, las participantes completaron el inventario ante la presencia de la investigadora, quien resolvió las dudas que se presentaron durante el llenado.

Antes de que cada alumna comenzara a responder el formulario, la tesista recurrió a la colaboración de un profesional médico, quién pesó y midió a cada una de las participantes para luego calcular su IMC, y así asegurar que dicha

medida sea objetiva para utilizarla en las puntuaciones de las subescalas de riesgo del EDI-3.

De acuerdo al enfoque de la investigación y su diseño específico, para complementar la información obtenida a partir del análisis de los datos cuantitativos que arroja el EDI-3, se continuó con la realización de una entrevista semiestructurada individual a dos estudiantes que presentaron riesgo de TCA, cuya fecha de realización fue pactada con las mismas.

Una vez cumplimentada la recolección de datos, se agradeció a cada participante su colaboración.

Análisis de los datos

En este apartado se explicitará el procesamiento y análisis de los datos cuantitativos obtenidos con el EDI-3 y la información cualitativa obtenida a partir de las entrevistas realizadas a las estudiantes.

Una vez recolectados los datos cuantitativos se elaboró una matriz de datos que refleja el número de estudiantes, edad, IMC y, para cada subescala del EDI-3, el puntaje total obtenido con el nivel de riesgo que presentó (se adjunta la misma en el Apéndice I).

Con cada una de las participantes se procedió a calcular el puntaje total obtenido en cada una de las tres subescalas pertenecientes al EDI-3 de la manera en que se detalla a continuación.

Para la subescala “Búsqueda de Delgadez” se sumaron los valores asignados a las respuestas que la participante obtuvo en los ítems 1,7, 11,16, 25, 32 y 49. De igual manera se procedió con las subescalas “Bulimia” e “Insatisfacción Corporal” sumando sus ítems correspondientes.

Cada ítem ofrece seis posibilidades de respuesta, siendo una escala tipo Likert: “nunca”, “casi nunca”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre” y “siempre”; y el rango de puntuación es de 0 a 4. La respuesta que señala mayor sintomatología (siempre o nunca, dependiendo de la direccionalidad del ítem) se puntúa con 4, la siguiente (casi siempre o casi nunca) se puntúa con el valor 3, y “a menudo” o “a veces” con 2.

De acuerdo a la versión utilizada; la respuesta ‘a veces’, en los ítems directos y ‘a menudo’ en los inversos, se puntúa con 1 y las dos restantes

respuestas del extremo opuesto a la patología (“siempre” y “nunca”) se califican con el 0 (Rutzstein et al.,2013).

A continuación, se presenta la forma de interpretación de cada subescala, obtenida de los autores de “Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina.” (B. Murawski, comunicación personal, 27 de marzo de 2023):

Subescalas “Búsqueda de Delgadez” y “Bulimia”

Los datos referidos a “edad” e “Índice de masa corporal” permiten analizar el punto de corte en las dos subescalas.

Por un lado, para las participantes que poseen una **edad cronológica de 17 años** (que es el rango mínimo de edad de las participantes) se contempla su índice de masa corporal (IMC).

Si el **IMC es menor o igual a 15.5**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 9 puntos, y para la subescala **Bulimia** es de 4 puntos.

Si el **IMC es mayor a 15.5 y menor o igual a 22.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 9 puntos, y para la subescala **Bulimia** es de 4 puntos.

Si el **IMC es mayor a 22.0 y menor o igual a 25.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 18 puntos, y para la subescala **Bulimia** es de 8 puntos.

Si el **IMC es mayor a 25.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 22 puntos, y para la subescala **Bulimia** es de 10 puntos.

Por otro lado, para las participantes que poseen una **edad cronológica mayor o igual a 18 años** también se considera su índice de masa corporal (IMC).

Si el **IMC es menor o igual a 18.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 15 puntos y para la subescala **Bulimia** es de 5 puntos.

Si el **IMC es mayor a 18.0 y menor o igual a 22.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 22 puntos y para la subescala de **Bulimia** es de 8 puntos.

Si el **IMC es mayor a 22.0 y menor o igual a 25.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 24 puntos y para la subescala de **Bulimia** es de 10 puntos.

Si el **IMC es mayor a 25.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 25 puntos y para la subescala de **Bulimia** es de 12 puntos.

Debido a esto, habrá participantes que en una y/o en ambas subescalas presentarán un puntaje igual, por debajo o superior al punto de corte localizado, variando su interpretación de acuerdo al mismo, pues **quien supera el punto de corte tiene mayor riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria.**

Subescala “Insatisfacción corporal”

Se dividen los puntajes en altos (de 31 a 40 puntos), moderados (de 8 a 30 puntos) o bajos (de 0 a 7 puntos). Quien presente un puntaje alto en esta subescala posee un alto riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria.

En cuanto a los objetivos específicos, el primero de ellos (detectar en las jóvenes conductas asociadas a la probabilidad de presentar riesgo de TCA) se logró a partir de la administración del instrumento de evaluación elegido y la interpretación de los resultados obtenidos.

Los datos fueron agrupados en escalas nominales y ordinales y se elaboraron gráficos para representar las diferentes medidas calculadas.

En las conclusiones se tuvo en cuenta que superar el punto de corte o presentar un puntaje elevado en al menos una de las subescalas ya era representativo de presentar riesgo de TCA.

Respecto al segundo objetivo, que buscaba establecer la distribución del riesgo de TCA de las estudiantes según edad cronológica, se diseñó un gráfico de torta para ilustrar dicha distribución.

En cuanto al tercer objetivo específico, especificar la distribución del riesgo de TCA de las estudiantes según su índice de masa corporal, se representó en un gráfico de torta el IMC de las estudiantes que presentaban riesgo.

Para cumplimentar con el cuarto objetivo específico se tuvieron en cuenta las respuestas brindadas por las participantes en las entrevistas realizadas.

Al tratarse de preguntas abiertas las mismas fueron codificadas en categorías que agrupaban las diversas respuestas obtenidas con respecto a los tres tópicos de la misma que se refieren a valoración personal sobre los resultados obtenidos en el inventario, la existencia de antecedentes de presentar conductas relacionadas con el riesgo y situaciones personales por las que atraviesan en la actualidad. Esta información fue agrupada describiendo las respuestas en cada una de las categorías encontradas.

Se calcularon las medidas de tendencia central y medidas de dispersión propias de la estadística descriptiva, y se aplicó el procedimiento objetivo propio de la estadística inferencial utilizando la prueba Chi cuadrado.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Resultados

Cálculo del IMC de cada participante

Para calcular el índice de masa corporal (IMC) se utilizó la fórmula peso en kilogramos dividido por la estatura en metros al cuadrado, a saber:

$$\text{IMC} = \text{peso(kg)} / \text{altura(m)}^2$$

Si la estatura se mide en centímetros, se debe dividir entre 100 para obtener la estatura en metros.

Los resultados obtenidos para cada participante fueron volcados en la matriz de datos que se presenta en el Apéndice I, en la tercera columna.

Transformación de las respuestas de los ítems del EDI-3

Cada respuesta se puntuó de acuerdo a la direccionalidad del ítem. Esto quiere decir que en los ítems directos la respuesta “siempre” se puntuó con 4, “casi siempre” con 3, “a menudo” con 2, “a veces” con 1, y “casi nunca” y “nunca” con 0 puntos. Por el contrario, en los ítems inversos la respuesta “nunca” se puntuó con 4, “casi nunca” con 3, “a veces” con 2, “a menudo” con 1, y “casi siempre” y “siempre” con 0 puntos, tal como se presenta a continuación:

Tabla 1

Puntajes obtenidos por los participantes en cada ítem de las tres subescalas

ITEMS	PARTICIPANTES																			
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20
1	1	0	2	2	0	0	2	3	0	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
2	4	4	4	2	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	1	3	0	2	3	3
3	1	0	1	0	2	0	2	1	4	1	0	1	0	0	0	0	2	1	1	2
4	0	0	2	0	1	0	0	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2
5	3	4	4	4	2	0	4	1	1	2	0	1	4	0	1	4	1	4	3	4
6	1	3	4	2	1	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0	1	0	3	3	1
7	4	3	0	4	1	0	0	4	1	1	1	1	1	0	0	4	2	4	3	4
8	4	4	2	2	0	0	1	2	0	4	2	0	2	1	2	2	0	2	3	3

Con respecto a la **sumatoria de las subescalas**, se sumaron los puntajes asignados a los ítems de cada una para obtener el puntaje total de cada participante en las mismas. Este dato figura en las columnas cuarta, sexta y octava de la matriz de datos que se presenta en el Apéndice I.

Identificación de quienes se encuentran en riesgo de trastorno alimenticio

Se contemplaron los criterios del EDI-3, que establecen que una participante se encuentra en riesgo de TCA si:

- **Supera el punto de corte en Búsqueda de Delgadez.**
- **Supera el punto de corte en Actitudes Bulímicas.**
- **Presenta un puntaje alto en Insatisfacción Corporal.**

En las subescalas Búsqueda de Delgadez y Actitudes Bulímicas, la edad y el índice de masa corporal permitieron analizar el punto de corte. Al contar con participantes que tenían entre 18 y 19 años, se consideraron los siguientes parámetros para establecerlo:

Si el **IMC es menor o igual a 18.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 15 puntos y para la subescala **Bulimia** es de 5 puntos.

Si el **IMC es mayor a 18.0 y menor o igual a 22.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 22 puntos y para la subescala de **Bulimia** es de 8 puntos.

Si el **IMC es mayor a 22.0 y menor o igual a 25.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 24 puntos y para la subescala de **Bulimia** es de 10 puntos.

Si el **IMC es mayor a 25.0**, el punto de corte para la subescala **Búsqueda de Delgadez** es de 25 puntos y para la subescala de **Bulimia** es de 12 puntos.

Teniendo en cuenta esto pudo identificarse a dos estudiantes que presentaron riesgo de TCA en una y en ambas subescalas. La primera de ellas es la participante N° 9, quien supera el punto de corte en Actitudes Bulímicas mientras que la segunda, la N° 20, supera el punto de corte en Búsqueda de Delgadez y en Actitudes Bulímicas.

En lo respectivo a la subescala Insatisfacción Corporal se dividieron los puntajes en altos (de 31 a 40 puntos), moderados (de 8 a 30 puntos) o bajos (de

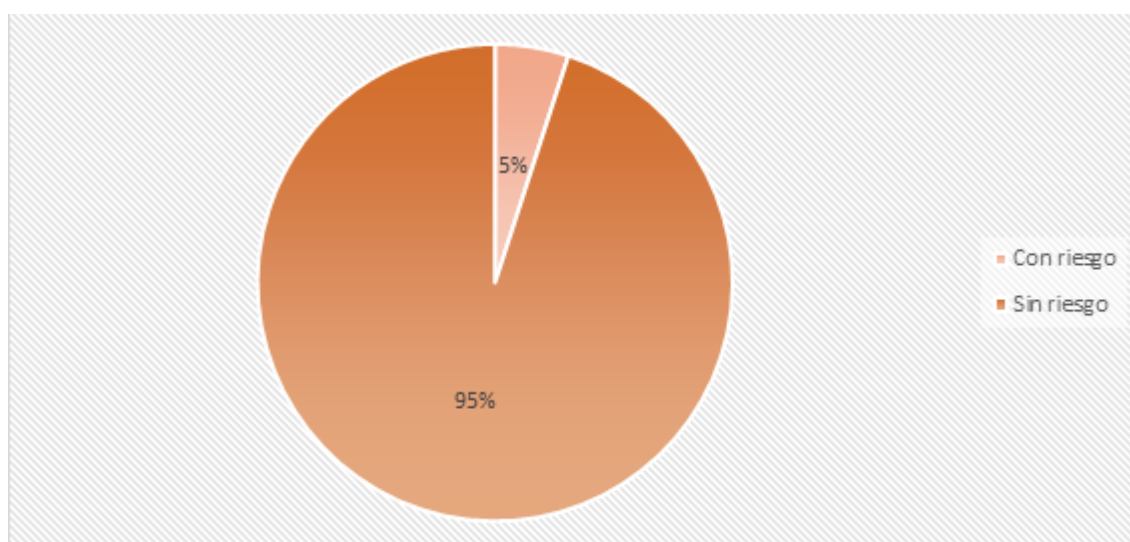
0 a 7 puntos). Las participantes N° 6, 9, 11, 12, 14, 15 y 17 obtuvieron puntajes bajos mientras que las participantes N° 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 13, 16, 18, 19 y 20 obtuvieron puntaje moderado.

Tal como se planteó en el diseño de la investigación, se presentarán los gráficos que resumen los datos con su correspondiente interpretación.

El gráfico que se presenta a continuación muestra la distribución del riesgo de trastorno alimentario en la población de acuerdo a la subescala Búsqueda de Delgadez. En base a ella sólo el 5% de las participantes presentó riesgo de trastorno alimentario, mientras que el 95% restante no mostró indicios de dicho riesgo.

Figura 1

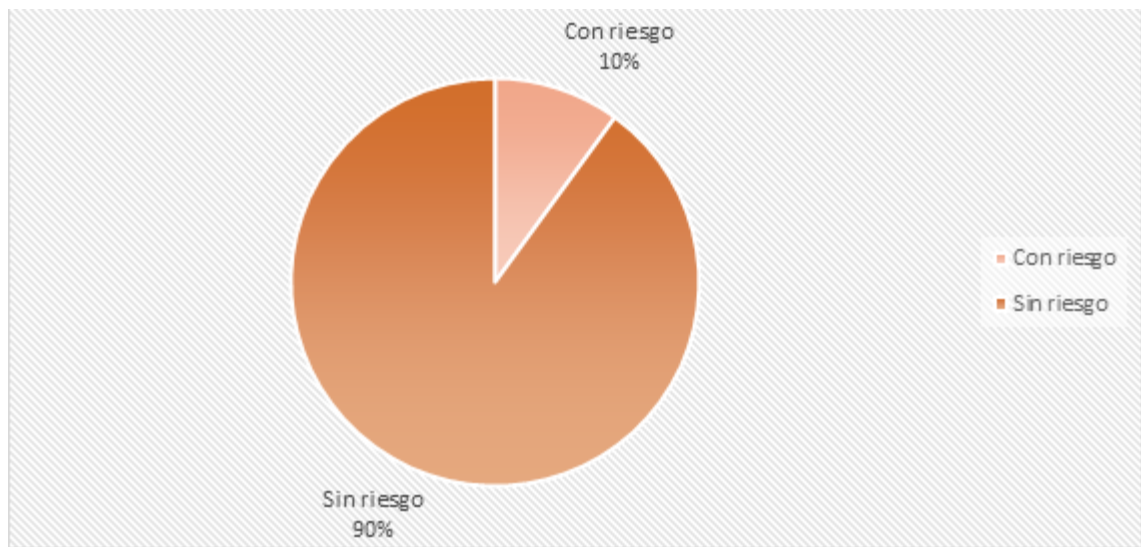
Distribución del riesgo de TCA según subescala Búsqueda de Delgadez



El gráfico siguiente muestra la distribución del riesgo de trastorno alimentario según la subescala Bulimia, en la población estudiada. Se observa que el 10% de las participantes presentó riesgo de trastorno alimentario, mientras que el 90% restante no mostró indicios de dicho riesgo, indicando que la muestra es mayoritariamente homogénea en cuanto a la ausencia de este riesgo, según esta subescala.

Figura 2

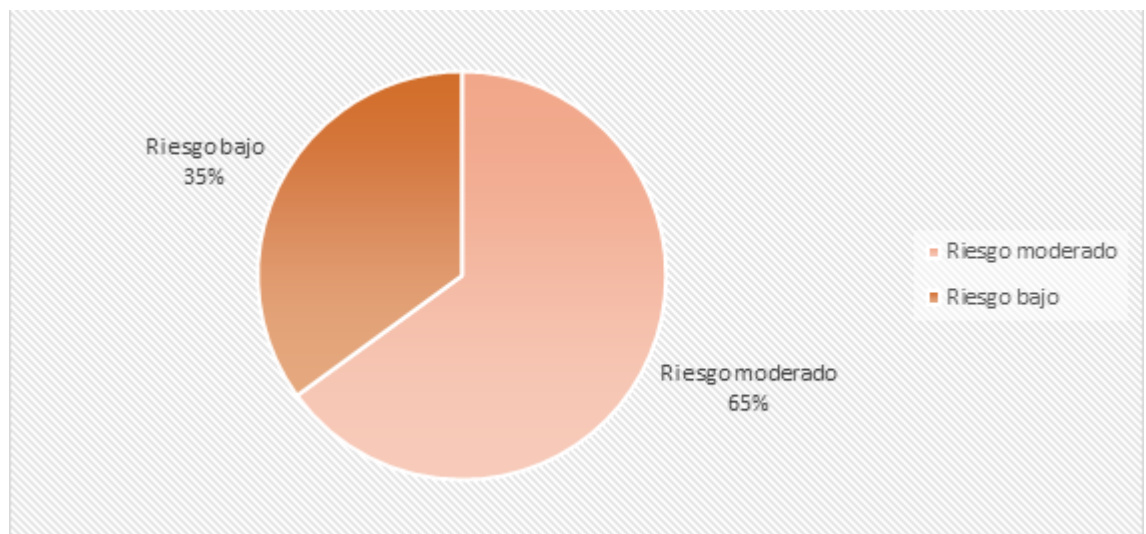
Distribución del riesgo de TCA según subescala Actitudes Bulímicas



El siguiente gráfico ilustra la distribución de los niveles de riesgo de trastorno alimentario en la población estudiada. Se observa que el 35% de las participantes presentó un riesgo bajo de trastorno alimentario, mientras que el 65% restante presentó un riesgo moderado. Es importante destacar que no se registró ningún caso con riesgo alto de trastorno alimentario en la población, según esta subescala.

Figura 3

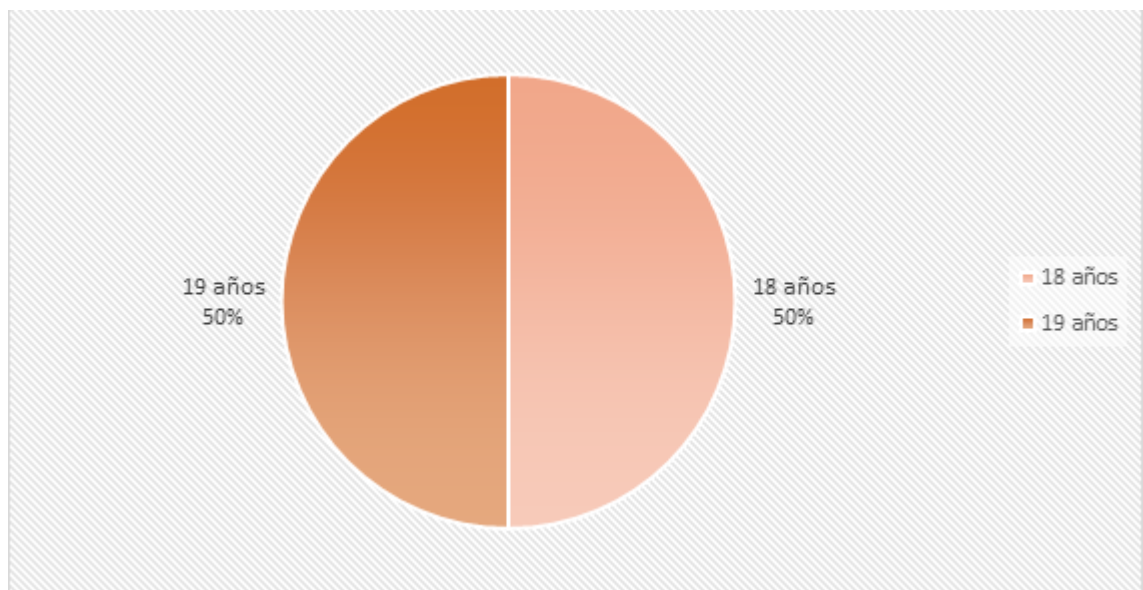
Distribución del riesgo de TCA según subescala Insatisfacción Corporal



Con respecto a la distribución del riesgo de trastorno alimentario de acuerdo con la edad cronológica de las particiones que lo presenta de acuerdo a las subescalas del EDI-3, el gráfico que sigue muestra que el 50% de las participantes que presentan riesgo poseen 19 años mientras que el otro 50% posee 18 años.

Figura 4

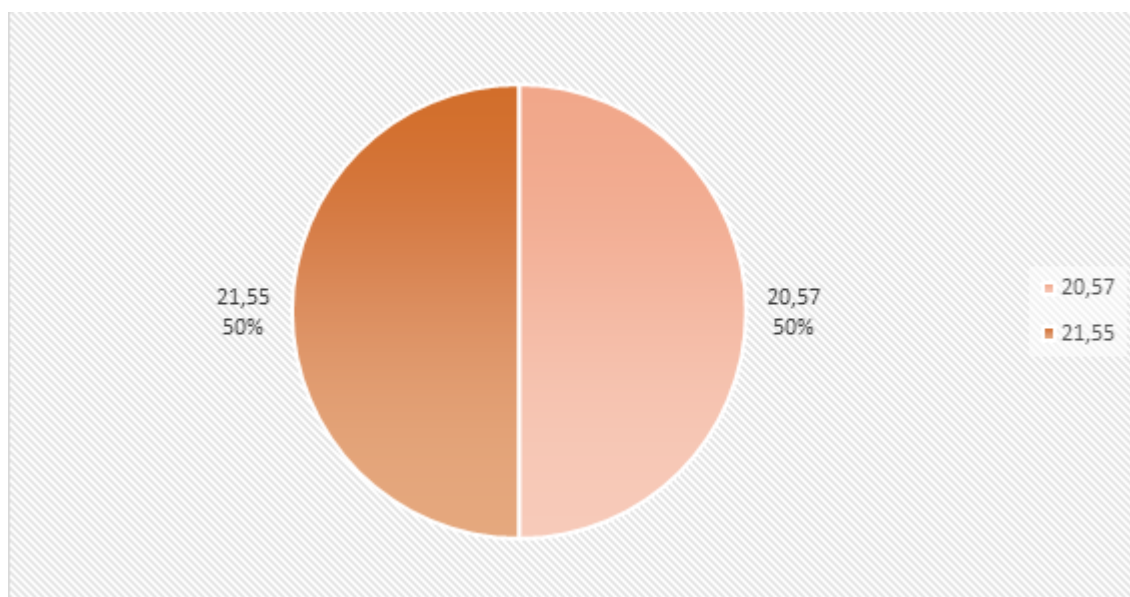
Distribución del riesgo de TCA según edad cronológica



En cuanto a la distribución del riesgo de trastorno alimentario según el índice de masa corporal (IMC) de las participantes que presentan dicho riesgo, de acuerdo con las subescalas del EDI-3, el gráfico muestra que el 50% de las personas con riesgo tienen un IMC de 21,55, mientras que el otro 50% tiene un IMC de 20,57.

Figura 5

Distribución del riesgo de TCA según IMC



A la luz de los resultados, es posible identificar que solo el 10% de las participantes presentó, según el Inventario EDI-3, riesgo de trastorno alimentario.

Si bien este porcentaje es menor al planteado por la hipótesis guía de la investigación, la cual establecía que al menos un 20% de las estudiantes podría presentar riesgo de trastorno alimentario, se encontraron **dos casos concretos** dentro de la población elegida. Aunque la incidencia sea menor a la esperada, estos casos siguen siendo relevantes, ya que evidencian la presencia del problema y la necesidad de continuar explorando y abordando esta temática en la población estudiada.

Por otro lado, es necesario seguir un procedimiento objetivo de prueba de hipótesis.

Para la cantidad de participantes, la variable estudiada y el nivel de confianza la prueba seleccionada es Chi cuadrado.

Análisis estadístico descriptivo

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en función del cálculo de las medidas de tendencia central y medidas de dispersión, ambas contempladas dentro de la estadística descriptiva. Los cálculos realizados para la obtención de los resultados mencionados se encuentran en el Apéndice K.

N= 20 estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024.

Figura 6

Matriz de datos personales de las participantes.

PARTICIPANTE	EDAD	PESO	ALTURA (en cm)	IMC
1	19	58,5	158	23,43
2	19	73,2	159	28,95
3	19	71	161	27,39
4	19	46	151	20,17
5	19	54,5	157	22,11
6	18	48	153	20,50
7	18	70	160	27,34
8	18	64	160	25
9	19	63	175	20,57
10	19	90	165	33,06
11	19	44	155	18,31
12	19	54	160	21,09
13	19	65	165	23,88
14	19	54	156	22,19
15	19	59	160	23,05

16	18	73	174	24,11
17	19	51	160	19,92
18	18	68	170	23,53
19	19	100	172	33,80
20	18	66	175	21,55
	$\Sigma = 374$	$\Sigma = 1.272,2$	$\Sigma = 3.246$	$\Sigma = 479,95$

Medidas de tendencia central de Edad, Peso, Altura e IMC

Media aritmética

Con respecto a la media aritmética de edad, en promedio, la edad de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 es de 19 años.

Relacionado con el peso, en promedio, el peso de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 es de 64 kg.

En promedio, la altura de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 es de 162 cm (1.62 mts)

En lo referido al IMC, en promedio, las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 poseen un IMC de 24.

Moda

La edad que más se repite entre las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 es 19 años.

Con respecto al peso, el que más se repite entre las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 es 54 kg.

La altura que más se repite entre las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 es 160 cm (1,60 mts)

El IMC que más se repite entre las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 es 23.

Mediana

La mediana de edad indica que la mitad de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 tiene 19 años, mientras que la otra mitad tiene menos de 19 años.

Referida al peso, la mitad de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 pesa 63 kg o menos, mientras que la otra mitad pesa 63 kg o más.

Referida a la edad, la mitad de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 mide 160 cm o menos, mientras que la otra mitad mide 160 cm o más.

La mitad de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 tiene un IMC de 23 o menor, mientras que la otra mitad tiene un IMC de 23 o mayor.

Medidas de dispersión de Edad, Peso, Altura e IMC

Teniendo en cuenta la edad, la amplitud total muestra que entre la alumna que más edad tiene y la que menos edad tiene hay 1 año de diferencia. Con respecto a la desviación media, la misma indica que la media se desvía hasta 0,30 puntos con cada una de las observaciones reales mientras que la desviación estándar indica que la media aritmética se desvía hasta 0,55 puntos hacia arriba y hacia abajo con cada una de las observaciones reales.

Con respecto al peso, la amplitud total muestra que entre la alumna que más peso tiene y la que menos peso tiene hay 56 kilos de diferencia. Asimismo,

la desviación media indica que la media se desvía hasta 10,41 puntos con cada una de las observaciones reales mientras que la desviación estándar señala que la media aritmética se desvía hasta 13,67 puntos hacia arriba y hacia abajo con cada una de las observaciones reales.

En lo referido a la altura de las participantes, la amplitud total indica que entre la alumna que más altura tiene y la que menos altura tiene hay 24 centímetros de diferencia. Al considerar la desviación media, la misma muestra que la media se desvía hasta 5,9 puntos con cada una de las observaciones reales, en tanto que la desviación estándar señala que la media aritmética se desvía hasta 7,15 puntos hacia arriba y hacia abajo con cada una de las observaciones reales.

Teniendo en cuenta el IMC, la amplitud total muestra que entre la alumna que mayor IMC tiene y la que menos IMC tiene hay una diferencia de 15,49. Por otro lado, la desviación media señala que la media se desvía hasta 3,17 puntos con cada una de las observaciones reales, mientras que la desviación estándar indica que la media aritmética se desvía hasta 4,10 puntos hacia arriba y hacia abajo con cada una de las observaciones reales.

Medidas de tendencia central de puntajes obtenidos en Subescalas Bulimia, Insatisfacción Corporal y Búsqueda de Delgadez

Media aritmética

Con respecto a la media aritmética de los puntajes obtenidos en la Subescala Bulimia las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 obtuvieron, en promedio, 4,5 puntos.

En relación a la Subescala Insatisfacción Corporal (IC), las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 obtuvieron, en promedio, 14 puntos.

En promedio, las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 obtuvieron 11 puntos con respecto a la Subescala Búsqueda de Delgadez (BD).

Mediana

En relación a la Subescala Bulimia, la mitad de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 obtuvo 2,5 puntos o menos, mientras que la otra mitad obtuvo 2,5 puntos o más.

Respecto a la Subescala Insatisfacción Corporal, la mitad de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 obtuvo 14 puntos o más, mientras que la otra mitad obtuvo 14 puntos o menos.

En la Subescala Búsqueda de Delgadez, la mitad de las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024 obtuvo 10,5 puntos o más, mientras que la otra mitad obtuvo 10,5 puntos o menos.

En cuanto a los cálculos de la moda y las medidas de dispersión, es importante señalar que no se realizó el cálculo de la moda, ya que no es relevante en este caso debido a la ausencia de datos agrupados. Por otro lado, las medidas de dispersión se utilizan para analizar cómo varían los datos, pero este estudio se centró en observar cómo se concentraban los puntajes de las subescalas en la población estudiada.

Análisis estadístico inferencial

Considerando el segundo y tercer objetivo específico de esta investigación, y con el fin de mantener coherencia con ellos, a continuación, se expone el procedimiento objetivo para la resolución de la prueba de hipótesis sobre la relación entre el riesgo de TCA y la edad de las estudiantes, por un lado, y entre el riesgo de TCA y su IMC, por otro. Los cálculos correspondientes están incluidos en el Apéndice L.

Procedimiento objetivo de resolución de prueba de hipótesis sobre el riesgo de TCA y la edad

La HIPÓTESIS DE NULIDAD afirma que “El riesgo de trastorno alimentario en las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la UCASAL en el año 2024 es igual en las alumnas de 18 años que en las alumnas de 19 años.” mientras que la hipótesis alternativa establece que “El riesgo de trastorno alimentario en las estudiantes del profesorado de Educación Física de la UCASAL en el año 2024 en las alumnas de 18 años es diferente al riesgo de trastorno alimentario presente en las alumnas de 19 años”.

Al tratarse de una única muestra compuesta por estudiantes del Profesorado de Educación Física de la Universidad Católica de Salta, se trabajará con la prueba de Chi cuadrado, dado que se cuenta con una variable medida en escala ordinal con categorías excluyentes entre sí.

Con respecto al NIVEL DE SIGNIFICACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, se trata de 20 alumnas siendo el Nivel de significación de 0,05.

Las probabilidades asociadas a la prueba de Chi cuadrado fueron observadas en la Tabla C (Siegel y Castellán, 1995, p. 362) que figura en el apéndice M. Al considerar la REGIÓN DE RECHAZO se estima que si la probabilidad asociada a la muestra es igual o menor al nivel de significación de 0,05 se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alternativa, mientras que si la probabilidad asociada a la muestra es mayor al nivel de significación de 0,05 se acepta hipótesis nula y se rechaza hipótesis alternativa.

A partir de lo anterior, con un $gl=19$ y un Chi cuadrado de 0,3, la Tabla C brinda como valor de X^2 más próxima a 7,63, el cual arroja una probabilidad

asociada de 0,99, que cae en la región de aceptación de Hipótesis nula, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza hipótesis alternativa.

En conclusión, el riesgo de trastorno alimentario en las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la UCASAL durante el período lectivo 2024 no difiere en las alumnas en función de sus edades.

Procedimiento objetivo de resolución de prueba de hipótesis sobre el IMC de las participantes

La HIPÓTESIS DE NULIDAD sostiene que “El riesgo de trastorno alimentario en las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 18 y 19 años, en el período lectivo 2024 es igual en la alumna de mayor IMC que en las demás alumnas”, en tanto que la hipótesis alternativa establece que “El riesgo de trastorno alimentario en las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 18 y 19 años, en el período lectivo 2024 es diferente en la alumna de mayor IMC que en las demás alumnas”.

Al tratarse de una única muestra compuesta por estudiantes del Profesorado de Educación Física de la Universidad Católica de Salta, se trabajará con la prueba de Chi cuadrado, dado que se cuenta con una variable medida en escala ordinal con categorías excluyentes entre sí.

El NIVEL DE SIGNIFICACIÓN contemplado corresponde a 0,05 mientras que el TAMAÑO DE LA MUESTRA fue de 20 alumnas.

Las probabilidades asociadas a la prueba de Chi cuadrado están contenidas en la Tabla “C”. Respecto a la REGIÓN DE RECHAZO se plantea lo siguiente: si la probabilidad asociada a la muestra es igual o menor al nivel de significación de 0,05 se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alternativa. Si la probabilidad asociada a la muestra es mayor al nivel de significación de 0,05 se acepta hipótesis nula y se rechaza hipótesis alternativa.

Conforme a lo señalado anteriormente, con un $gl = 19$ y un Chi cuadrado de 44, la tabla C brinda como valor de X^2 más próxima a 43.82, el cual arroja una probabilidad asociada de 0,001, que cae en la región de rechazo de Hipótesis nula, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta hipótesis alternativa. En conclusión, el riesgo de TCA en las estudiantes que conforman la

población sometida a estudio es diferente en la alumna de mayor IMC que en las demás alumnas.

Por otro lado, a partir de la aplicación de la estadística inferencial a los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas, se presentan a continuación los resultados del procedimiento objetivo seguido para las mismas. Asimismo, sus cálculos se encuentran detallados en el Apéndice L.

Procedimiento objetivo de resolución de prueba de hipótesis sobre el puntaje obtenido por las participantes en la Subescala Bulimia

La HIPÓTESIS DE NULIDAD afirma que “El puntaje obtenido por la participante 1 en la Subescala Bulimia es igual a los puntajes obtenidos por las demás participantes”, mientras que la hipótesis alternativa establece que “Los puntajes obtenidos en la Subescala Bulimia son diferente entre las participantes.”

Al tratarse de una única muestra compuesta por estudiantes del Profesorado de Educación Física de la Universidad Católica de Salta, se trabajará con la prueba de Chi cuadrado, dado que se cuenta con una variable medida en escala ordinal con categorías excluyentes entre sí.

Con respecto al NIVEL DE SIGNIFICACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, se trata de 20 alumnas y el nivel de significación corresponde a 0,05.

Las probabilidades asociadas a la prueba de Chi cuadrado están contenidas en la Tabla “C”. En cuanto a la REGIÓN DE RECHAZO, si la probabilidad asociada a la muestra es igual o menor al nivel de significación de 0,05 se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alternativa. Si la probabilidad asociada a la muestra es mayor al nivel de significación de 0,05 se acepta hipótesis nula y se rechaza hipótesis alternativa.

A raíz de lo mencionado, con un $gl=19$ y un Chi cuadrado de 268, la tabla C brinda como valor de X^2 más próxima a 43.82, el cual arroja una probabilidad asociada de 0,001, que cae en la región de rechazo de Hipótesis nula, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta hipótesis alternativa.

En conclusión, los puntajes obtenidos en la Subescala Bulimia son diferentes entre las participantes.

Procedimiento objetivo de resolución de prueba de hipótesis sobre el puntaje obtenido por las participantes en la Subescala Insatisfacción Corporal

La HIPÓTESIS DE NULIDAD considera que “El puntaje obtenido por la participante 1 en la Subescala Búsqueda de Delgadez es igual a los puntajes obtenidos por las demás participantes”, mientras que la hipótesis alternativa sostiene que “Los puntajes obtenidos en la Subescala Búsqueda de Delgadez son diferentes entre las participantes”.

Al tratarse de una única muestra compuesta por estudiantes del Profesorado de Educación Física de la Universidad Católica de Salta, se trabajará con la prueba de Chi cuadrado, dado que se cuenta con una variable medida en escala ordinal con categorías excluyentes entre sí.

Con respecto al NIVEL DE SIGNIFICACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, se trata de 20 alumnas y el Nivel de significación corresponde a 0,05.

Las probabilidades asociadas a la prueba de Chi cuadrado están contenidas en la Tabla “C”. En cuanto a la REGIÓN DE RECHAZO, si la probabilidad asociada a la muestra es igual o menor al nivel de significación de 0,05 se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alternativa. Si la probabilidad asociada a la muestra es mayor al nivel de significación de 0,05 se acepta hipótesis nula y se rechaza hipótesis alternativa.

Conforme a lo señalado, con un $gl = 19$ y un Chi cuadrado de 106, la tabla C brinda como valor de X^2 más próxima a 43.82, el cual arroja una probabilidad asociada de 0,001, que cae en la región de rechazo de Hipótesis nula, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta hipótesis alternativa.

En conclusión, los puntajes obtenidos en la Subescala Búsqueda de Delgadez son diferentes entre las participantes.

Procedimiento objetivo de resolución de prueba de hipótesis sobre el puntaje obtenido por las participantes en la Subescala Búsqueda de Delgadez

La HIPÓTESIS DE NULIDAD sostiene que “El puntaje obtenido por la participante 1 en la Subescala Insatisfacción Corporal es igual a los puntajes obtenidos por las demás participantes”, en tanto la hipótesis alternativa propone

que “Los puntajes obtenidos en la Subescala Insatisfacción Corporal son diferentes entre las participantes”.

Al tratarse de una única muestra compuesta por estudiantes del Profesorado de Educación Física de la Universidad Católica de Salta, se trabajará con la prueba de Chi cuadrado, dado que se cuenta con una variable medida en escala ordinal con categorías excluyentes entre sí.

Con respecto al NIVEL DE SIGNIFICACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, se trata de 20 alumnas y el Nivel de significación corresponde a 0,05.

Las probabilidades asociadas a la prueba de Chi cuadrado están contenidas en la Tabla “C”. Respecto a la REGIÓN DE RECHAZO, si la probabilidad asociada a la muestra es igual o menor al nivel de significación de 0,05 se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alternativa. Si la probabilidad asociada a la muestra es mayor al nivel de significación de 0,05 se acepta hipótesis nula y se rechaza hipótesis alternativa.

En función de lo indicado previamente, con un $gl = 19$ y un Chi cuadrado de 94, la tabla C brinda como valor de X^2 más próxima a 43.82, el cual arroja una probabilidad asociada de 0,001, que cae en la región de rechazo de Hipótesis nula, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta hipótesis alternativa.

En conclusión, los puntajes obtenidos en la Subescala Insatisfacción Corporal son diferentes entre las participantes.

Apreciaciones sobre las entrevistas

Teniendo en cuenta que en la presente investigación se tomaron entrevistas a aquellas participantes que presentaron riesgo de trastorno alimentario se efectuarán algunas apreciaciones sobre las mismas con el propósito de responder al objetivo de la investigación referido a contextualizar el riesgo de trastorno alimentario teniendo en cuenta las circunstancias personales de las estudiantes. Las entrevistas se encuentran en el Apéndice J.

Circunstancias emocionales

En las entrevistas la participante N°20, refiriéndose a las situaciones en las cuales come en exceso, expresa que *“Por ahí cuando estoy muy estresada o cuando estoy muy preocupada por algo. Como que mi forma de canalizarlo es*

por ese lado...". Este comer en exceso se manifiesta mediante la ingesta de alimentos variados: "en un tiempo corto, cualquier cosa". Expresa: "me agarra desesperación en ese momento en el que estoy nerviosa o estresada y necesito algo, entonces como".

Por su parte la participante N° 9 menciona la tristeza o estrés como un estado de ánimo relacionado con la ingesta excesiva de alimentos, afirma: *"cuando estoy con estrés o triste como mucho, como que mi forma de transitar eso que siento es comiendo."*

En ambos casos se percibe una relación entre emociones y la alimentación donde los factores emocionales desencadenan la ingesta impulsiva de alimentos, que es utilizada como estrategia para manejar emociones negativas o displacenteras. El estrés, la tristeza o la frustración se convierten en desencadenantes de conductas alimentarias disfuncionales, vinculadas a episodios de atracones.

En ambas entrevistadas se observa una toma de conciencia sobre estas conductas.

Circunstancias familiares

El entorno familiar, particularmente en la participante N°20, es un factor influyente. Se encontró en las entrevistas que la misma reconoce el impacto emocional que tienen los conflictos familiares, sobre todo con su madre. Se refiere a esto diciendo que *"Cada vez que tengo una frustración, de donde provenga... Yo en este momento estoy en un momento re feo con mi mamá, que me peleo mucho con ella. Entonces cada vez que nos peleamos, un poco como que deriva en eso, me lleno de comida"*.

También refiere a antecedentes en la infancia, donde sus abuelas hacían comentarios respecto a su cuerpo: *"me decían que estaba rellenita"*.

En el caso de la participante N° 9, si bien los conflictos familiares no parecen tan frecuentes en la actualidad, menciona que: *"me pasó alguna vez de pelearme con mi novio o con mis papás y como que me dió un atracón"*, lo que sugiere un vínculo entre situaciones de conflicto interpersonal y episodios de ingesta excesiva.

Circunstancias académicas

Al preguntar por las situaciones en las que come en exceso, sólo la Participante N°9 hace referencia a los períodos de examen como detonantes de desórdenes alimentarios. Expresa: *“Por el estrés supongo que me dan muchas ganas de comer. Me pasa cuando tengo exámenes solamente.”* y menciona: *“Hace poco porque tenía que rendir una materia importante. Por ahí no tenía hambre y seguía comiendo igual”*.

Por otro lado, refiere a las exigencias físicas de su carrera universitaria pues menciona que dentro de ella existen materias que precisan de cierta condición física, lo que requiere *“ponerse en forma (...) bajar algo de peso, sacar fuerza, tener más masa muscular”*. Esto representa un factor de estrés a manejar, dado que actúa como desencadenante de conductas de restricción alimentaria y remite a una presión interna por alcanzar un ideal corporal funcional para el rendimiento académico.

En este tipo de circunstancias pueden situarse las exigencias deportivas. Al respecto la participante N° 20 suma el plano deportivo como fuente de presión. Comenta sobre *“la frustración deportiva”* y la manera en que ésta incide en su conducta alimentaria a través de la restricción de la ingesta de alimentos. Esto se evidencia en frases como *“Me pasa cuando me frustro deportivamente, como que digo, ‘uy, si por ahí tuviera más estado físico”*. La joven construye una relación distorsionada e irracional entre su peso corporal y su rendimiento físico, asociando un menor peso con mayor capacidad pulmonar o resistencia física: *“si fuera más flaquita, por ahí tendría más aire, no me cansaría tanto”* y *“como que, si no estuviera tan llena, tendría más espacio para aire... y entonces rendiría mejor deportivamente”*. Desde el enfoque de las TCC, se trata de un pensamiento de tipo mágico (distorsión cognitiva) que se aleja de fundamentos fisiológicos reales y se vuelve peligroso en tanto desencadena conductas restrictivas extremas: *“bueno, hoy no ceno y mañana no desayuno, entonces son dos comidas menos”*.

Ambas participantes manifiestan cómo las exigencias del rendimiento académico o físico (en el caso de las materias deportivas o deportes extracurriculares) representan una fuente clara de malestar que influye

negativamente sobre su alimentación, llevándolas a modificar su conducta alimentaria.

Circunstancias sociales

Finalmente, las situaciones sociales son mencionadas por ambas entrevistadas y revelan una fuerte influencia de los factores sociales, especialmente en relación con la imagen corporal y las redes sociales. En el caso de la participante N° 20, toma importancia para ella la intervención de los demás tanto bajo la forma de comentarios que reciba o aquello que observa en otros en redes. Refiere: *“Otra cosa que me hace muy mal y que me lleva muchas veces a restringirme con las comidas y esas cosas, es ver por ejemplo en TikTok o en Instagram, en redes sociales en general digamos, otras chicas de mi edad, que yo digo “¿por qué no soy como ella?” y como que me desata esa inseguridad y listo hoy no ceno y mañana no desayuno, y ese tipo de cosas.”*

En su discurso se observa que las comparaciones con los demás, a partir de tomarlos como modelos sociales de belleza o estilos de vida, ocupan un lugar de importancia para ella. Así, la exposición a cuerpos idealizados en redes sociales y la internalización del ideal estético actúan como y desencadenan comportamientos de riesgo.

Asimismo, la participante N°9 también reconoce la influencia de redes, aunque más como fuente de información que como presión directa. El acceso a contenido sobre atracones le permitió nombrar sus propias conductas y percibir lo que a ella misma le ocurre. Comenta: *“Yo tengo una idea de lo que son los atracones por los videos que me aparecen en Instagram ponele, es más, de ahí pude saber sobre eso porque la verdad no tenía conocimiento... Me sorprendió, pero a la vez como que un poco me lo esperaba.”*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se puede afirmar que se logró cumplir con el objetivo general de la investigación, esto es, identificar el riesgo de trastorno alimentario presente en las estudiantes del Profesorado en Educación Física de la Universidad Católica de Salta Capital, que poseen entre 17 y 19 años en el período lectivo 2024, según el *Inventario de Trastornos Alimentarios-3*, a través de la aplicación del instrumento seleccionado y la utilización de la estadística tanto descriptiva como inferencial.

El primer objetivo específico proponía detectar en las jóvenes conductas asociadas a la probabilidad de presentar riesgo de trastorno alimentario. Para ello se administró el Inventario de Trastornos Alimentarios-3, encontrándose que dos estudiantes presentaban un puntaje a partir del cual se infiere la presencia de riesgo de TCA. Si bien, según los criterios objetivos del EDI-3, la presencia de riesgo se determina considerando la edad, el puntaje y el IMC en función de la subescala correspondiente, es importante destacar que las conductas de riesgo ya se evidencian en las respuestas de las estudiantes. Esto se debe a que sus respuestas positivas en los ítems directos reflejan sintomatología asociada a la subescala evaluada.

El segundo objetivo específico fue establecer la distribución del riesgo de TCA de las estudiantes según su edad cronológica. Para ello, se utilizaron los datos obtenidos a partir del análisis de los resultados del EDI-3 y la identificación de las participantes en riesgo. Con esta información, se elaboró un gráfico de torta que permitió visualizar la relación entre la edad y la presencia de riesgo de TCA. Los hallazgos muestran que el 50% de las estudiantes identificadas en riesgo tienen 19 años, mientras que el otro 50% tiene 18 años.

El tercer objetivo consistía en especificar la distribución del riesgo de TCA de las estudiantes según su índice de masa corporal. Para abordar este objetivo, se analizaron los resultados del EDI-3 junto con la identificación de las estudiantes con riesgo de TCA, permitiendo así examinar la relación entre el IMC y la presencia de conductas asociadas a TCA. A partir de esta información se confeccionó un gráfico que facilita la visualización de dicha distribución y sus implicancias en el riesgo identificado. Los resultados muestran que el 50% de las estudiantes identificadas en riesgo tienen un IMC de 21,55, mientras que el otro 50% presenta un IMC de 20,57. Al considerar el caso particular de la participante

N° 19, quien estuvo a un punto de superar el punto de corte para ser considerada dentro del grupo con riesgo de TCA y cuyo IMC equivale a 33,80, se puede afirmar que este hallazgo evidencia que el riesgo de TCA puede presentarse en distintos rangos de IMC y no únicamente en casos de bajo peso.

Finalmente, el cuarto objetivo específico fue contextualizar el riesgo de TCA identificado en las estudiantes mediante la indagación de sus circunstancias personales. Para el logro del mismo se efectuaron entrevistas semiestructuradas e individuales con las participantes que presentaron riesgo de TCA. Se identificó que los vínculos familiares y las situaciones de estrés, ya sean de tipo deportivo, social o académico, funcionan como factores desencadenantes o condicionantes de la aparición de conductas de riesgo asociadas a los TCA.

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten extraer diversas conclusiones relevantes sobre el riesgo de TCA en las estudiantes que conforman la población de estudio.

En primer lugar, se identificó que solo el 10% de las participantes presentó riesgo de TCA según el Inventario EDI-3. Este porcentaje es inferior al planteado en la hipótesis inicial, que establecía que al menos el 20% de las estudiantes podría presentar dicho riesgo. No obstante, la identificación de dos casos concretos dentro de la muestra analizada evidencia la existencia del fenómeno y la importancia de continuar investigando esta temática.

El análisis estadístico realizado mediante la prueba de Chi-cuadrado permitió evaluar la relación entre el riesgo de TCA y variables como la edad y el índice de masa corporal (IMC) de las estudiantes. Los resultados indicaron que no se encontraron diferencias significativas en el riesgo de TCA en función de la edad de las participantes, lo que llevó a la aceptación de la hipótesis nula en este caso. Por otro lado, sí se identificó una relación significativa entre el IMC y el riesgo de TCA, lo que podría sugerir que las alumnas con valores de IMC más elevados pueden presentar un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Sin embargo, más allá del procedimiento estadístico realizado y la importancia de estos análisis cuantitativos, es fundamental destacar que el riesgo de TCA no está relacionado exclusivamente con factores como la edad, el IMC, la altura o el peso. Las entrevistas realizadas a las participantes que presentaron riesgo permitieron contextualizar la problemática desde una

perspectiva cualitativa, dejando en evidencia la relevancia de factores psicológicos y emocionales.

En este sentido, las participantes con riesgo de TCA describieron diversas circunstancias emocionales, familiares, académicas y sociales que para ellas parecen influir en su relación con la alimentación. El estrés, la tristeza y la ansiedad desempeñan un papel clave en la manifestación de episodios tales como la ingesta excesiva de alimentos. Asimismo, las dinámicas familiares, particularmente el vínculo con figuras de referencia como la madre, pueden incidir en las conductas alimentarias. En el ámbito académico, la presión de los exámenes y las exigencias físicas propias de la carrera también fueron mencionadas como factores de impacto en la alimentación. Finalmente, el uso de redes sociales y la exposición a modelos estéticos idealizados parecen generar inseguridades y comparaciones que pueden influir en la restricción o el descontrol alimentario.

Estas consideraciones son las que cobran mayor importancia desde un punto de vista psicológico ya que pueden transformarse en posibles factores desencadenantes de conductas asociadas al riesgo de TCA. En otras palabras, desde el punto de vista de la psicología es importante prestar especial atención a las situaciones personales por las que atraviesan las alumnas que presentaron riesgo.

En conclusión, si bien los análisis estadísticos aportaron información valiosa sobre la incidencia del riesgo de TCA, la información cualitativa obtenida a través de las entrevistas resalta la importancia de considerar los aspectos psicológicos y contextuales en la comprensión del mismo. Así, aunque sólo dos estudiantes alcanzaron el puntaje que indica riesgo de TCA según los criterios del EDI-3, la participante N° 19 estuvo a sólo un punto de ser considerada dentro del grupo de riesgo según la Subescala Bulimia, lo que sugiere que hay estudiantes cuya sintomatología se encuentra en un límite crítico.

Los resultados refuerzan la necesidad de intervenciones preventivas, ya que incluso quienes no cumplen con todos los criterios diagnósticos podrían beneficiarse de estrategias de prevención y acompañamiento durante el desarrollo de la carrera, como talleres de educación alimentaria o acompañamiento psicológico para estudiantes en riesgo. Siguiendo esta línea, la aplicación del EDI-3 permite no solo identificar casos en riesgo, sino también

detectar la presencia de conductas preocupantes que podrían evolucionar hacia un trastorno alimentario si no se interviene a tiempo. Estos hallazgos subrayan la necesidad de continuar explorando la problemática desde un enfoque integral.

Estas mismas consideraciones sobre la detección temprana pueden transformarse en posibles líneas de investigación que indaguen cómo influye el entorno social y cultural en el desarrollo de TCA en estudiantes de carreras relacionadas con el deporte.

De igual manera, una futura investigación longitudinal podría examinar la evolución del riesgo de TCA a lo largo de la formación universitaria, realizando una evaluación inicial al comenzar la carrera y seguimientos en distintas etapas académicas para analizar posibles cambios en el tiempo.

Sería valioso desarrollar estudios que incluyan una validación del EDI-3 en población masculina y que permitan comparar el riesgo de TCA entre hombres y mujeres para obtener una perspectiva más amplia.

Dado que las entrevistas revelaron que las estudiantes en riesgo de TCA mencionaron el impacto de redes sociales, como Instagram, en la percepción de su imagen corporal y en sus hábitos alimentarios, sería enriquecedor explorar cómo influye el contenido de Instagram en la percepción corporal y el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en estudiantes universitarias.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación cabe mencionar:

- El tamaño y representatividad de la muestra: Aunque la población total de estudiantes era de 26, solo 20 participaron en la investigación. Esto implica que los hallazgos no son representativos del total de estudiantes del Profesorado en Educación Física. Además, la tasa de respuesta estuvo condicionada por la asistencia y la voluntad de participar, lo que puede generar un sesgo de selección, ya que quienes accedieron a responder podrían tener características diferentes a quienes no lo hicieron. La tesista realizó cinco visitas a la universidad para aplicar el instrumento, lo que demuestra el esfuerzo por lograr una mayor participación, aun así la muestra final no alcanzó la totalidad de la población objetivo.

- El análisis centrado exclusivamente en estudiantes del Profesorado en Educación Física: Esto restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otras poblaciones universitarias.
- Limitaciones propias del instrumento: El EDI-3 solo está validado en población femenina de 13 a 19 años, lo que restringe la posibilidad de generalizar los resultados a estudiantes masculinos, como también a poblaciones de diferente rango etario.

A pesar de las limitaciones, esta investigación logró importantes alcances que contribuyeron al conocimiento sobre el riesgo de TCA en estudiantes del Profesorado en Educación Física, basándose no sólo en un análisis estadístico riguroso, sino también en la realización de entrevistas a participantes en riesgo, permitiendo una comprensión más profunda del fenómeno. Los resultados obtenidos subrayan la importancia de implementar estrategias de prevención y acompañamiento.

Un aspecto sumamente valioso de esta investigación fue el contacto con la Dra. en Psicología Brenda María Murawski, quien formó parte del equipo encargado de la adaptación lingüística y conceptual del EDI-3 en Argentina (2006), así como del estudio sobre sus propiedades psicométricas en mujeres adolescentes (2013). Su orientación fue fundamental para la correcta administración del instrumento, la puntuación de los resultados y su interpretación en cada una de las subescalas de riesgo.

Para culminar este apartado, resulta fundamental destacar la importancia, para la disciplina psicológica, de utilizar herramientas validadas y abordar toda evaluación psicométrica desde una perspectiva integral, tanto en su administración como en su interpretación.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5.^a ed.). Médica Panamericana.
- Arizmendi Aparicio, L. (2020). *Instagram como herramienta de comunicación* [Tesis de Fin de Grado- Administración y Dirección de Empresas, Universidad de Zaragoza]. Repositorio Institucional de Documentos. <https://zaguan.unizar.es/record/90112>
- Avendaño Rodríguez, G. B. (2023). Asociación de frecuencia de consumo de alimentos, riesgo de trastornos alimentarios, actividad física e índice de masa corporal en universitarios. [AT26657.pdf \(uaeh.edu.mx\)](#)
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Berengüí, R., Castejón M. y Torregrosa M. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>
- Biglieri, R. y Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los Trastornos de Ansiedad* (1.^a ed.). Polemos.
- Bojórquez, R., Escalante, M., Sobrino, M., Arévalo, R. y Díaz, J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198. <https://doi.org/10.25009/pys.v18i2.661>
- Bustillo Carrillo, R. (2011). *Manual de Fitness*. (1.^a ed.). Wanceulen Editorial Deportiva.
- Bustos Zúñiga, P. y Ibarra Mora, J. (2022). Los trastornos alimentarios en estudiantes de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. *Revista Educación Física Chile*, (275). [Los trastornos alimentarios en estudiantes de Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación | Revista Educación Física Chile \(umce.cl\)](#)

- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. (1.^a ed.). Herder.
- Castejón Martínez, M., Berengüí Gil, R., y Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2016). Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 36(1), 54-63. [untitled \(nutricion.org\)](http://untitled.nutricion.org)
- Centro de Escritura Javeriano (2020). *Normas APA, séptima edición*. Pontificia Universidad Javeriana, seccional Cali. [Manual APA 7^a edición | Pontificia Universidad Javeriana, Cali \(javerianacali.edu.co\)](http://Manual%20APA%207a%20edici%C3%B3n%20Pontificia%20Universidad%20Javeriana%20Cali%20(javerianacali.edu.co))
- Cerezo, C. (2022). *Instagram: su influencia en las creencias acerca de la imagen corporal en estudiantes universitarios de Psicología* [Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Católica de Salta]. [UCASAL-Sistema de Bibliotecas - Catálogo en línea y Repositorio Institucional](http://UCASAL-Sistema%20de%20Bibliotecas%20-%20Cat%C3%A1logo%20en%20l%C3%ADnea%20y%20Repositorio%20Institucional)
- Da Silva Lucena, S., Peixoto, I., De Sousa Sobrinho, I., Nunes, R., De Oliveira Sillero, O., Ribeiro, K., Gonçalves de Carvalho, A., De Oliveira Maranhão, I., Aquilino, G. y Gusmão, W. D. P. (2022). Imagem corporal e risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em alunos de Nutrição e Educação Física. [Imagen corporal y riesgo de desarrollo de trastornos de la alimentación en estudiantes de Nutrición y Educación Física]. *Research, Society and Development*, 11(2), e6811225418-e6811225418. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25418>
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2 de Junio de 2022). *Día mundial de acción por los Trastornos de la Conducta Alimentaria: el mensaje de la Defensoría*. Recuperado el 28 de Agosto de 2023 de <https://defensoria.org.ar/noticias/dia-mundial-de-accion-por-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-el-mensaje-de-la-defensoria/#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,peso%20y%20por%20la%20comida>
- Dietrich, M., Klaus C. y Klaus, L. (2016). *Manual de Metodología del entrenamiento deportivo*. Paidotribo.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética*. [CODIGO DE ETICA NACIONAL 2013 \(colegiodepsicologos.org.ar\)](http://CODIGO%20DE%20ETICA%20NACIONAL%202013%20(colegiodepsicologos.org.ar))

- García Puertas, D. (2020). Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 11(2), 244-254. <https://doi.org/10.20318/recs.2020/5223>
- Gili, R., Otero, J., Sandoval, I., Ascaino, L., Leal, M., Olmedo, E., y Viglione, L. (2015). Riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de licenciatura en nutrición en cinco universidades de Argentina. *Nutrición clínica [revista en Internet]*, 3(16), 90-96. [MARITASAN 3 2015.indd \(revistasan.org.ar\)](http://MARITASAN32015.indd(revistasan.org.ar))
- Gonçalves de Almeida, S., Gonçalves de Almeida, A., Dos Santos, A. y Silva, M. (2018). A Influência de uma Rede Social nos Padrões de Alimentação de Usuários e Profissionais de Saúde Seguidores de Perfis Fitness. [La influencia de una red social en los patrones alimentarios de usuarios y profesionales de la salud seguidores de perfiles fitness]. *Ensaio*, 22(3), 194-200. [A Influência de uma Rede Social nos Padrões de Alimentação de Usuários e Profissionais de Saúde Seguidores de Perfis Fitness | Ensaio e Ciência C BIológicas Agrárias e da Saúde \(pgsskroton.com.br\)](http://AInfluênciadeumaRedeSocialnosPadrõesdeAlimentaçãodeUsuárioseProfissionaisdeSaúdeSeguidoresdePerfisFitness|EnsaioseCiênciaCBIológicasAgráriasedaSaúde(pgsskroton.com.br))
- Grimaldo Muchotrigo, M. (2012). Estilo de Vida Saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*, 22(1), 75-87. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/559/958>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación* (5.^a ed.). MCGRAW-HILL-INTERAMERICANA.
- Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Tea.
- LAMOTTE, B., OROZCO, M., URIARTE, P., CANO, I. y TOSCANO, F. (2009). Guía para elaborar un anteproyecto de investigación. *Revista de educación y desarrollo*, 11, 39-46.
- Ley 6063 de 1983. Por la cual se establece el ejercicio de la profesión de Psicólogo en todo el territorio de la Provincia de Salta. 11 de Febrero de 1983. diputadosalta.gob.ar/digesto_leyes/1103/download_file

- Lugo García, M. (6 de Octubre de 2022). *Enfermedades mentales con mayor índice de mortalidad*. Gaceta UNAM, Órgano Informativo de la Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 28 de Agosto de 2023 de <https://www.gaceta.unam.mx/enfermedades-mentales-con-mayor-indice-de-mortalidad/#:~:text=Los%20Trastornos%20de%20la,incluso%20m%C3%A1s%20que%20el%20suicidio>
- Lucciarini, F., Losada, A. y Moscardi, R. (2021). Anorexia y uso de redes sociales en adolescentes. *Avances en Psicología*, 29(1), 33-45. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2348>
- Mínguez Mínguez, L. (2020). *La influencia del profesor de Educación Física en la motivación hacia la práctica de ejercicio físico y promoción de hábitos de vida saludables y dieta mediterránea durante la adolescencia*. [Tesis Doctoral- Programa de Doctorado en Educación, Universidad de Burgos]. Repositorio Institucional. <http://hdl.handle.net/10259/5451>
- Muñoz, R. y Martínez Moreno, A. (2007). Ortorexia y vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria?. *Trastornos de la conducta alimentaria* (5), 457-482. [Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? - Dialnet \(unirioja.es\)](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2544444)
- Murawski, B., Elizathe, L., Custodio, J. y Rutsztein, G. (2015). Validación argentina del Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 73-90. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.09.001>
- Portela de Santana, M., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M. y Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573>
- Psychological Assessment Resources. (s.f). *Eating Disorder Inventory: Spanish with Norms*. [Eating Disorder Inventory: Spanish With Norms | EDI-3 Spanish \(parinc.com\)](https://www.parinc.com/EDI-3-Spanish)
- Ramos, P., Pérez de Eulate, L., Liberal, S., Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de psicodidáctica*, (15-16), 65-74. [La imagen corporal en](https://doi.org/10.1016/S0214-1898(03)70001-1)

[relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. | Revista de Psicodidáctica \(ehu.eus\)](#)

- Ruíz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclee de Beouwer.
- Rutzstein, G., Maglio, A., Armatta, A., Leonardelli, E., López, P., Marola, M., Moiseeff, C., Murawski, B., Redondo, G., & Schmidt, V. (2006). Adaptación lingüística y conceptual del Eating Disorder Inventory-3 (Garner, 2004). Un estudio piloto. XIII [Trabajo libre]. *Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*. <https://www.aacademica.org/000-039/564>
- Rutzstein, G., Leonardelli, E., Scappatura, M., Murawski, B., Elizathe, L., y Maglio A. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, (4), 1-14. [https://doi.org/10.1016/S2007-1523\(13\)71987-6](https://doi.org/10.1016/S2007-1523(13)71987-6)
- Sánchez Fernández, B. (2015). “*Tendencias Fitness*” - Consumo de productos para la imagen personal. [Tesis de fin de Grado en Publicidad y Relaciones Públicas, Universidad de Sevilla]. [idUS - Tendencias Fitness: consumo de productos para la imagen personal](#)
- Sepúlveda, A. R. (2004). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. [Prevalencia de trastornos del comportamiento | Psiquiatria.com](#)
- Siegel, S., y Castellan, N. J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. (4.ª ed.). México: Editorial Trillas. [Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta – CONDUCTEAM](#)
- Supervisión de Salud Adolescente y UNICEF.(2023). *Boletín de Indicadores de salud integral de las adolescencias de Salta 2020-2022*. [Indicadores de salud integral en las adolescencias de Salta | UNICEF](#)
- Tolosa, D. y Ferraris Mukdise, G. (2017). *Guía Práctica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria para Acompañantes Terapéuticos*. (1.ª ed.). AKADIA.
- Universidad Católica de Salta. (s.f). *Página Institucional*. Recuperado el 28 de agosto de 2023 de <https://www.ucasal.edu.ar/>

- Vargas Baldares, M. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482. [Trastornos de la conducta alimentaria \(medigraphic.com\)](http://medigraphic.com)
- Vidal Cortada, M. (2007). *Estar en forma: Un hábito de vida saludable*. (1.^a ed.). INDE Publicaciones.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**"Riesgo de trastorno alimentario en estudiantes universitarias, de entre
17 y 19 años, que cursan el Profesorado en Educación Física de la
Universidad Católica de Salta en el período lectivo 2024"**

Estudiante: María Noel Ensinas Ríos. DNI: 38.740.652



Firma

Directora: Sofía de Serranos. DNI: 34.285.383



MARIA SOFIA DE SERRANOS
PSICOLOGA
M.P. 1297
CERTIFICADA EN ADO 2

Sello y firma

EVALUACIÓN

- Decisión: 8 (ocho)

- Tribunal evaluador:

Jurado: Lic. Patricio Nieva

Jurado: Lic. Luciana González Borrau

Jurado: Mg. Silvia Ojeda

- Lugar y fecha: Salta, 25 de Junio del 2025

Observaciones:

- El tribunal destaca la actitud positiva de la testar, ante las sugerencias, con responsabilidad y flexibilidad.
- El tribunal sugiere iniciar su trayectoria profesional desprovista de sesgos, permitiendo una escucha activa que permita hacer surgir las subjetividades.
- La expresión fue clara, precisa, priorizando el lenguaje técnico académico apropiado a esta instancia.

Notificada

Firma: 

DNI: 38740652

deberación: María Noel Ensinas Ros

Fecha: 25/06/2025

SISTEMA DE BIBLIOTECAS DE LA UCASAL

Repositorio Institucional UCASAL. Aprobado por Resolución Rectoral 1017/17.

Autorización de autores para digitalización de tesis de Grado y Posgrado para su publicación y difusión en repositorio Institucional

Por la presente, expreso mi Autorización a Sistema de Bibliotecas UCASAL, a difundir en la Biblioteca Digital de UCASAL, mi trabajo de Tesis, abarcando:

- Publicar el texto del trabajo de mi autoría, en formato digital, en el sitio Web de la Universidad, para la divulgación gratuita de la producción científico-tecnológica y académica generada en la Institución.
- Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la Web que permitan su visualización óptima y de acuerdo a los parámetros establecidos por la Institución.
- Reconozco que la Universidad Católica de Salta, adhiere para esta Biblioteca Digital al uso de licencias Creative Commons que permiten mantener la autoría de la producción mientras facilitan el uso y distribución de la obra en las condiciones que el autor especifica.

Apellido y Nombre del autor-tesista: Ensinas Rios, María Noel

DNI: 38740652

Teléfono/s: 3875115118

e-mail/s: noelensinasrios@gmail.com

Facultad (donde presentó el trabajo): Facultad de Artes y Ciencias

Carrera/título: Licenciatura en Psicología

Directo/ra/r de Tesis ó Docente guía: María Sofía de Ferreras

Fecha de defensa: 25 / 06 / 2025

Título completo del trabajo: Riesgo de trastorno Alimentario en estudiantes universitarias

Subtítulo: —

Palabras claves: —

Otorgo expreso consentimiento para la publicación – difusión de:
(Marcar lo que corresponda)

Texto completo: X

Parcial (informar que capítulos): —

Registro o cita: —

Resumen/Abstract: —

A partir de la fecha: 25/06/2025

Lugar y fecha: Salta Capital - 25/06/2025

Firma del autor y aclaración: 

María Noel Ensinas Rios