

# Revista de Ciencias Sociales

# Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de Riohacha, Colombia\*

Chiquillo Rodelo, Juannys\*\*  
Cuesta Marmol, Escarleth Salomé\*\*\*  
Amaya López, Nicolas\*\*\*\*

## Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son una problemática creciente, que afecta desproporcionadamente la salud integral de los adolescentes. Se asocian con la auto percepción y una imagen corporal negativa, a lo que se suma la presión social y patrones alimenticios no saludables. En virtud de lo anterior, la investigación tuvo como objetivo analizar la prevalencia de conductas de riesgo asociadas a los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Riohacha, Colombia. Metodológicamente, se hizo uso de un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo y transversal, donde se aplicó la Escala EAT-26 a una muestra de 51 estudiantes. Entre los principales resultados se obtuvo una alta presencia de insatisfacción con la imagen corporal, restricciones alimentarias, correlacionando estos trastornos con factores emocionales, como la ansiedad, la depresión y la autoestima baja. Se concluyó que es necesario implementar programas de atención psicoeducativos, fomentar la comunicación de los adolescentes con la familia y su entorno, creando así una imagen positiva de sí mismos, aunado a esto, la construcción de redes de apoyo y el acceso a atención médica y psicológica especializada son esenciales para mitigar los alcances de estos trastornos.

**Palabras clave:** Trastornos de la Conducta Alimentaria; adolescencia; imagen corporal; psicoeducación; salud mental.

---

\* Los autores de esta investigación expresan su más sincero agradecimiento a la Universidad de La Guajira por su invaluable apoyo en la publicación y difusión de los nuevos conocimientos generados a partir de este estudio. La colaboración y los recursos proporcionados por la institución fueron fundamentales para el desarrollo y divulgación de estos hallazgos.

\*\* Doctora en Ciencias Políticas. Especialista en Recursos Humanos. Magister en Desarrollo Familiar. Psicóloga. Docente Investigadora en la Universidad de La Guajira, Riohacha, Colombia. E-mail: [jchiquillo@uniguajira.edu.co](mailto:jchiquillo@uniguajira.edu.co)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8673-4838>

\*\*\* Psicóloga. Investigadora en la Universidad de La Guajira, Riohacha, Colombia. E-mail: [escuesta@uniguajira.edu.co](mailto:escuesta@uniguajira.edu.co)  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8870-424X>

\*\*\*\* Doctor en Ciencias, mención Gerencia. Magister en Gerencia de Proyectos de Investigación y Desarrollo. Psicólogo. Docente Investigador en la Universidad de La Guajira, Riohacha, Colombia. E-mail: [namaya@uniguajira.edu.co](mailto:namaya@uniguajira.edu.co)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9760-1579>

# Prevalence of eating disorders in adolescents from Riohacha, Colombia

## Abstract

Eating disorders are a growing problem that disproportionately affects the overall health of adolescents. They are associated with negative self-perception and body image, compounded by social pressure and unhealthy eating patterns. Therefore, this research aimed to analyze the prevalence of risk behaviors associated with eating disorders in adolescents from Riohacha, Colombia. Methodologically, a quantitative approach was used, with a descriptive and cross-sectional design, applying the EAT-26 Scale to a sample of 51 students. Among the main findings were a high prevalence of body image dissatisfaction and restrictive eating, correlating these disorders with emotional factors such as anxiety, depression, and low self-esteem. It was concluded that it is necessary to implement psychoeducational care programs, promote communication between adolescents and their families and communities, thus creating a positive self-image. In addition, building support networks and access to specialized medical and psychological care are essential to mitigate the impact of these disorders.

**Keywords:** Eating disorders; adolescence; body image; psychoeducation; mental health.

## Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) evidencian el deterioro de la salud mental en el presente, siendo una de las problemáticas sanitarias más complejas y de mayores ramificaciones en todo el mundo, con un impacto negativo sobre el bienestar integral de quienes lo padecen. Dichos trastornos, entre los que destacan la anorexia, la bulimia y la ingesta indiscriminada de alimentos o atracón, se encuentran vinculadas a la insatisfacción con el cuerpo, a falta de control, así como a la presencia y persistencia de factores socioculturales que perpetúan estándares de belleza no realistas.

Desde una perspectiva psicológica, los TCA afectan la autoestima de los individuos, sus relaciones interpersonales y la calidad de vida. Por esta razón, la etapa de la adolescencia es sumamente vulnerable, puesto que es en esta etapa que se construye la identidad y la imagen propia. En esta etapa, la baja autoestima, la presión social, la presencia de las redes sociales, la ansiedad, la depresión y los conflictos familiares, pueden generar patrones de alimentación disfuncional,

lo que amerita de una atención temprana y su prevención.

La relevancia de esta investigación radica en la urgencia de generar evidencia sobre una problemática tangible que, si bien se vive a nivel global, presenta peculiaridades y dinámicas específicas pertenecientes a los contextos socioculturales de Riohacha, Colombia. La carencia de sustento teórico, epistemológico y práctico motivó la realización de una investigación en la cual converjan la evidencia clínica con la educativa, como una propuesta de atención alternativa a los adolescentes vulnerables.

En este marco, se propuso analizar la prevalencia de conductas de riesgo asociadas a los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Riohacha, Colombia. Los resultados generados pretenden no solo cuantificar la magnitud del problema, sino también presentarlo como un problema de salud pública, bajo la premisa de proveer insumos que contribuyan en el diseño e implementación de estrategias de intervención y detección temprana de trastornos de salud mental.

## **1. Fundamentación teórica**

Los TCA son un conjunto de patrones distorsionados de alimentación que, en su mayoría, se encuentran relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal, el perfeccionismo, la frustración, el miedo a subir de peso y la obsesión con la comida. Se caracterizan por su complejidad y afectación en salud física y mental, presentando ideación suicida, cuadros de depresión, crisis de ansiedad; desequilibrios hormonales y de electrolitos, úlceras pépticas, reducción en la densidad ósea, enfermedades cardíacas y disfunción renal, además de otras afectaciones que pueden ser mortales si se cronifican.

Asimismo, perjudican el bienestar integral del individuo, así como su autoestima. Teniendo en cuenta la complejidad mencionada, estos trastornos son difíciles de tratar, debido a sus múltiples factores de riesgo y causas, como aspectos biológicos (predisposición genética y antecedentes familiares), psicológicos (personalidad e inestabilidad emocional) y sociales (patrones estéticos, comentarios despectivos hacia la figura o la clasificación negativa de alimentos y el contexto familiar).

De acuerdo con la literatura especializada, un número considerable de personas que padecen de estos trastornos, no buscan ayuda o son mal diagnosticadas debido a la falta de información sobre este tipo de psicopatologías, aunado con la estigmatización que se tiene al respecto. Esta discriminación puede retrasar el inicio del tratamiento y provocar la cronificación de estos trastornos, perjudicando la salud mental.

De acuerdo con Zila-Velasque et al. (2025), los TCA engloban padecimientos psiquiátricos que implican cambios comportamentales asociados con la alimentación y al manejo del peso. En concordancia, tienen un efecto significativo en los aspectos físicos, sociales y psicológicos como se mencionó anteriormente.

Un TCA limita la vida del afectado. Por esta razón, se definen como enfermedades complejas, cuyo tratamiento ha de ser

de forma conjunta, interactuando con profesionales de la psicología, la psiquiatría, la neuropsicología y la nutrición (Rico, 2024). Adicional a esto, es necesario la reducción de los desencadenantes sociales (mientras se da el proceso de autoaceptación y gestión emocional adecuados para la vida cotidiana), puesto que es complicado reestructurar creencias y paradigmas sociales alrededor del ideal de belleza y la consideración oportuna de los TCA en la sociedad colombiana.

Méndez et al. (2008), afirman que los TCA mantienen relación con otro tipo de patologías mentales, como la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias psicoactivas. Por su parte, Ayuzo-del Valle y Covarrubias-Esquer (2019) consideran que los TCA son enfermedades graves, con múltiples factores que presentan su cronicidad con mayor frecuencia en adolescentes. No obstante, al entender la fisiopatología que poseen, se pueden tratar de forma integral, donde la psicoeducación de los padres resulta fundamental para su manejo y seguimiento.

De acuerdo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, 2020), los TCA se evidencian como diversos comportamientos específicos relacionados al consumo de alimentos. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) los cataloga como enfermedades mentales prioritarias por el riesgo con el que se relacionan para el bienestar de los infantes y adolescentes. En la actualidad, este tipo de trastornos psicológicos se presenta con mayor consistencia, pues presentan desencadenantes heterogéneos o de distinta naturaleza, lo que plantea la necesidad de impulsar patrones de consumo alimentario socialmente responsable (Leyva-Hernández et al., 2024).

Para MedlinePlus (2021), los TCA son causados por la interacción compleja con diversos factores como lo es el entorno social y la interacción del individuo con este. De acuerdo con Zila-Velasque et al. (2025), la comunicación familiar insatisfactoria se constituye en un factor de riesgo para el padecimiento de un TCA, afectando la función normal de familia, la complacencia de la

vida y la condición normal de las conductas alimentarias.

Por ende, el ambiente familiar puede desempeñar un papel desencadenante de conductas patológicas alimentarias, relacionadas con una mala relación corporal y mala comunicación de las partes, lo que coincide tanto con el origen como con la continuación de los TCA. Por otra parte, un ambiente familiar saludable puede proteger y prevenir los TCA, puesto que estarían facilitando el reconocimiento de una imagen corporal positiva, y la confianza comunicativa se vería inmersa en la buena interacción del sistema familiar.

En este orden de ideas, es preciso mencionar que los conocimientos sobre la prevención de los TCA suelen ser imperceptibles en relación con otros tipos de trastornos mentales, que afectan gravemente la vida de quienes los padecen, pudiendo terminar en la muerte. En línea general, suelen originarse desde la pubertad, puesto que la transición de infancia a adolescencia es sensible a factores contextuales y es mayor el riesgo si se tiene una predisposición psicológica (personalidad y antecedentes familiares).

Los padres o tutores son una gran influencia en la formación de la autoestima y el vínculo positivo con los alimentos, por esto cuando la respuesta de los mayores hacia los alimentos y hacia el físico es negativa, el infante podrá adoptar esa visión y su autoimagen se verá afectada.

Según Martínez et al. (2023), el TCA emerge como respuesta a las demandas y problemas significativos que ciertas personas tienen con el fin de convertirse en lo que la sociedad ve como “perfecto”. Lázaro (2021); y, Ruiz (2022), abordan los trastornos dietéticos que tienen efectos negativos a largo plazo en el desarrollo físico y psicológico de los niños y adolescentes, y que por lo tanto son más difíciles de diagnosticar y tratar. Recomienda las terapias psico conductuales y cognitivo-conductual para atender esta problemática.

Por consiguiente, los TCA reúnen características emocionales-psicológicas y alimentarias. Para Gaete y López (2020),

las vivencias emocionales afectan el aparato digestivo; cuando se experimentan situaciones de estrés, los músculos que recubren el estómago sufren espasmos que complican, o incluso imposibilitan la deglución de los alimentos, puesto que el estómago se altera notoriamente al funcionar bajo experiencias ansiosas o estresantes y envía señales al cerebro para denotar que no desea alimentos, por esto en consecuencia a lo anterior se presenta de forma frecuente la pérdida del apetito en situaciones cargadas de emotividad.

Debido a lo anterior, se hace referencia a que los TCA son un mecanismo de defensa ante situaciones emocionales que exigen al individuo, quien recurre a ellos para desviar la atención de la problemática, por lo cual, podría presentarse procrastinación, episodios depresivos, aislamiento, intolerancia al rechazo y falencias en los mecanismos de afrontamiento y gestión emocional.

Según datos proporcionados por la Asociación Nacional de Trastornos de la Alimentación en USA, a nivel mundial, la cantidad de personas que sufren de estos padecimientos ha aumentado significativamente en las últimas décadas, pasando del 3,4% al 7,8% entre los años 2000 y 2018, con un estimado aproximado de 70 millones de individuos a nivel global que viven con estos trastornos.

Dentro de estas problemáticas asociadas al TCA, la anorexia nerviosa se ubica en el puesto tres de enfermedades comunes y con tendencia a la cronificación en los jóvenes en etapa de adolescencia. Esta patología se encuentra con mayor fuerza en personas de entre 12 y 25 años, representando el 95% de los casos de trastornos alimenticios en esa franja etaria. Se ha observado que el 25% de las mujeres universitarias han expresado practicar purgas y episodios de atracón como técnicas para la pérdida de peso (León et al., 2023).

A nivel nacional, los TCA se presentan a menudo. De acuerdo con Bolívar (2019), en un estudio realizado en 2018 se demostró la incidencia de trastornos alimentarios, la cual estuvo entre 0,2% y 1,5%, lo cual evidenció

que, en una población de cien habitantes, una o dos personas, estarían afectados por estas enfermedades, colocando a la anorexia como la más habitual. De igual forma, un estudio realizado en estudiantes de medicina, indicó que el 77% tienen miedo de ganar peso, un 33% siente culpa después de comer, y un 16% manifiesta que la comida controla su vida (Pertuz-Cortes et al., 2021).

Añadiendo a lo anterior, la dificultad de encontrar la accesibilidad a este tipo de afecciones resulta de los pocos datos que se encuentran sobre el tema, como menciona la Asociación TCA Aragón (2020), si existiesen datos precisos acerca de los TCA y sus efectos negativos, sería posible demostrar que el problema es más extendido de lo que se cree. Lograr esto ayudaría a aliviar la situación de vulnerabilidad estructural presente en la sociedad (Entrena y Jiménez, 2013; Alvarado, 2023).

Es importante mencionar que Colombia se enfrenta a crecientes preocupaciones asociadas con problemáticas en salud mental. Esto sugiere la necesidad de dirigir más recursos médicos y psicológicos para abordar la vulnerabilidad, y el abandono del gobierno al que tantas personas están expuestas, particularmente en La Guajira, donde los TCA son una problemática de salud mental grave, que puede tener repercusiones negativas para el bienestar físico y psicológico de la población de estudio, es decir, los adolescentes.

## 2. Metodología

La investigación es de tipo descriptiva, pues procura la medición y la recolección de la información de forma independiente o en conjunto con los conceptos de interés que se necesiten para el desarrollo de los objetivos propuestos, o de las variables que se pretendan estudiar (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). El propósito de la investigación descriptiva es obtener un conocimiento detallado acerca de los hechos, hábitos y comportamientos que se destacan en una población en particular, mediante la

descripción precisa de las actividades, objetos, procesos y personas involucradas (Castro-Zamudio y Castro-Barea, 2016). Para ello, se utilizan herramientas y técnicas que permiten recopilar información detallada y sistemática sobre el objeto de estudio.

En cuanto a su diseño, es transversal, pues busca realizar la descripción y el análisis pertinente para poder dar con la incidencia de la variable del estudio. De esta forma, se pueden medir las conductas y características, analizar datos y efectos de un fenómeno e identificar las respuestas positivas de una muestra ante un servicio. Por ende, este diseño permitió recolectar los datos de manera simultánea en un solo momento del tiempo, a través de las encuestas y, por consiguiente, analizarlos estadísticamente.

La población analizada son estudiantes de una institución educativa de Riohacha-Colombia. La muestra estuvo conformada por 51 estudiantes correspondientes al noveno, décimo y undécimo grado. Para llevar a cabo la investigación, se estableció una delimitación, denotando la población, comprendida como la agrupación de la totalidad de casos que tienen las mismas características. De esta manera, los resultados obtenidos ofrecen un margen de confianza del 95% y un error esperado del 5%.

De este grupo se puede destacar la diversidad cultural entre afrodescendientes, indígenas *wayuu* y nativos de la ciudad de Riohacha en Colombia. Considerando que la población es menor de edad, se les entregó un consentimiento informado y asentimiento informado a sus padres, tutores o representantes legales.

La técnica empleada es la de observación directa, y como instrumento un cuestionario estandarizado y verificado por autores colombianos para la medición y recolección de datos específicos sobre los trastornos de la conducta alimentaria en psicología y psicoeducación.

El cuestionario se trata de la Escala EAT-26 (por sus siglas en inglés) que ha sido adaptado para Evaluar el Riesgo de Trastornos de la Alimentación, teniendo en cuenta la adaptación de Lázaro en 2010. La escala

original tiene 26 preguntas; sin embargo, la modificada se encuentra distribuida en forma de escala *Likert* con preguntas definidas con las siguientes posibilidades de respuesta: Nunca (0), Casi Nunca (0), A menudo (1), Muy a menudo (2), Siempre (3). En la adaptación de Ruiz (2022), se incluyen 5 preguntas estructuradas adicionales con respuestas de sí y no, que fueron descartadas debido a su poca conveniencia.

La validez del instrumento utilizado se obtuvo de acuerdo con las relaciones y concordancias de los modelos teóricos para el estudio de las variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. La escala EAT-26, con su versión actualizada fue evaluada por Constain et al. (2017) para un estudio en la ciudad de Medellín, Colombia. Los resultados de dicho estudio indican un valor predictivo del 91,3%, determinando que es un instrumento con excelentes valores de confiabilidad, siendo posible utilizarlas en poblaciones marginadas, de riesgo y menores de edad, sin discriminación por el sexo o cualquier condición u orientación diferencial.

Por consiguiente, la confiabilidad de un instrumento según Hernández et al. (2014) hace referencia a que un instrumento adquiere el valor de confiable cuando posee una distintiva aplicación que corrobore su funcionalidad produciendo resultados similares. De igual manera, los autores exponen que la confiabilidad se estima por medio de procedimientos que permiten calcularla a través de fórmulas que detallan coeficientes de confiabilidad; los cuales van de 0 a 1 en el que 0 adquiere el carácter de nulidad y 1 el de confiabilidad, de acuerdo con esto 1 es la mejor confiabilidad; sin embargo, es aceptable la obtención de un 0,81.

De acuerdo con la premisa anterior, el EAT-26 fue evaluado por confiabilidad y obtuvo un resultado observado del 0,89. Siendo así un instrumento con alto nivel de confiabilidad. Con esto se demuestra que la

fiabilidad de la escala es eficiente, logrando así puntuaciones altas cuando fue sometida a valoración. De este modo, se garantiza que la utilización de este instrumento contribuye de manera positiva a la fiabilidad en los resultados.

### **3. Resultados y discusión**

De la muestra total de 51 adolescentes, el valor mínimo de edad se encuentra en 13 años y el valor máximo en 18 años. Estableciendo una edad promedio de 16 años con una desviación estándar de 1,23. El género de la muestra correspondió al 35,29% participantes masculinos y 64,71% participantes femeninas. Es relevante agregar que no se distinguen a los participantes por características socioculturales y étnicas específicas; no obstante, se resalta la participación indiscriminada de adolescentes siendo estos *Wayuu*, afrodescendientes, *Room*, inmigrantes y sin etnia determinada.

A partir de la aplicación de la encuesta se tabulan los siguientes resultados que describen estadísticamente la incidencia por rasgos de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes de Riohacha-Colombia. La escala EAT-26 fue reportada como una herramienta multidimensional pertinente, siendo estudiada de forma objetiva por Constain et al. (2017), incluyendo validación cultural y semántica, validación factorial; con evaluación de confiabilidad en una población de mujeres jóvenes de Medellín, Colombia.

Cabe aclarar, que se trata de un instrumento modificado y abreviado para la población colombiana que se encuentre en riesgo por TCA. Teniendo en cuenta que la escala EAT-26 subraya 4 dominios: Bulimia (1), Dieta (2), Preocupación por la comida (3), control oral (4); se clasifican los datos obtenidos mediante su aplicación. En primer lugar, el rasgo (1) Bulimia representado por los indicadores que se muestran en la Tabla 1.



**Tabla 1**  
**Dimensión Rasgo Bulimia**

ÍTEMS	RESULTADOS				
	Nunca (0)	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)	Siempre (3)
P.1. Me angustia la idea de estar demasiado gord@.	17,6 %	5,9 %	54,90 %	5,7%	15,7%
P.4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.	19,6 %	9,8 %	51%	13,7%	5,9 %
P.8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.	49%	21,6%	11,8 %	9,8%	7,8%
P.9. Vomitó después de comer.	72,5 %	7,8%	19,6%	0%	0%
P.11. Me obsesiona el deseo de estar más delgad@.	35,3 %	9,8%	27,5%	15,7%	11,8%
P.12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.	27,5%	13,7%	27,5%	21,6%	9,8%
P.14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas y celulitis.	33,3%	15,7%	19,6%	19,6%	11,8%
P.23. Me gusta tener el estómago vacío.	49%	15,7%	19,6%	13,7%	2%
P.24. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.	62,7%	9,8%	21,6%	5,9%	0%

Fuente: Elaboración propia, 2024.

De acuerdo con Merino (2024), la bulimia se caracteriza por la ingesta descontrolada de alimentos en un periodo corto de tiempo, el cual es continuado por conductas compensatorias como vómitos, uso de laxantes y actividad física en exceso. La Tabla 1, describe las conductas y pensamientos de riesgo para la bulimia.

En primera instancia, se destaca la primera pregunta “Me angustia la idea de estar demasiado gord@”, en la cual los participantes respondieron: Nunca (0) con un 17,6%; casi nunca (0) 5,9%; a veces (1) 54,90%; casi siempre (2) 5,7%; siempre (3) 15,7%. El ítem demuestra la prevalencia existente en la preocupación por la figura corporal y el miedo al sobrepeso descrito en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) como un criterio para el diagnóstico de Bulimia “Las personas con bulimia nerviosa conceden una importancia excesiva al peso o a la constitución corporal en su autoestima”.

Por otra parte, con respecto al segundo ítem “He sufrido crisis de atracones en las

que tenía la sensación de no poder parar de comer” (criterio del DSMV). De esta forma, se tiene Nunca (0) con un 19,6%; casi nunca (0) con 9,8%; a veces (1) con un 51%; casi siempre (2) 13,7%; y, siempre (3) con un 5,9%. De lo anterior, se evidencia la cantidad de adolescentes que han presentado crisis de atracones, siendo estas manifestaciones de TCA, mal manejo de la tolerancia a la frustración, desregulación emocional, considerándose como un mecanismo de afrontamiento no adaptativo; no obstante, puede deberse también a la restricción alimenticia o por la realización de conductas purgativas.

En tercer lugar, el ítem “Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más”, los participantes indican: Nunca (0) con un 49%; casi nunca (0) con un 21,6%; a veces con un 11,8%; casi siempre (2) con un 9,8%; y, siempre con un 7,8%. De lo anterior, se observa la introspección de los individuos ante los comentarios de los demás, los cuales (específicamente en los TCA) pueden distorsionarse. El siguiente



*ítem* “Vomito después de comer” presenta: Nunca (0) con un 72,5%; casi nunca (0) 7,8%; a veces (1) con un 19, 6%. Este apartado es preocupante, marcando la presentación de episodios purgativos característicos de la bulimia en los adolescentes.

Continuando con el *ítem* “Me obsesiona el deseo de estar más delgad@” un 35,3% respondió que Nunca (0); un 9,8% casi nunca (0); un 27,5% a veces (1); un 15,7% casi siempre; y un 11,8% siempre (3). Este *ítem* aplica tanto para bulimia como para anorexia nerviosa, al ser el punto central del conjunto de conductas restrictivas/purgativas.

Por último, en este dominio el *ítem*: “cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías” presenta: Nunca (0) 27,5%; casi nunca (0) 13,7%; a veces (1) con un 27,5%; casi siempre (2) con un 21,6%; y, siempre (3) con un 9,8%. El realizar actividades deportivas y ejercicio de forma recurrente con la intención de quemar calorías hace referencia a una conducta compensatorio y de autocastigo en el trastorno bulímico y en

la anorexia nerviosa como método para bajar de peso.

Los resultados demuestran la prevalencia de conductas riesgosas que hacen parte de los TCA en los adolescentes en edad escolar en Riohacha-Colombia, este tipo de patrones conductuales o sintomatología de los TCA, pueden cronificarse y poner en peligro la vida y funcionalidad de los estudiantes; en sujetos con Bulimia suelen presentarse dinámicas familiares conflictivas y una valoración obsesiva de opiniones externas que disminuyen la auto valía.

En la Tabla 2, se muestran los rasgos obtenidos en la categoría dieta. Prado y Arteaga (2016), destacan que en casos de anorexia (representado en este punto con la “dieta”), la influencia de la genética y la interacción familiar, en algunos casos, promueve el desarrollo de un TCA. Al respecto, es importante mencionar que, si bien la familia puede ser un factor protector, en estos trastornos es todo lo contrario.

Tabla 2  
 Dimensión: Rasgo Dieta

ÍTEMS	RESULTADOS				
	Nunca (0)	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)	Siempre (3)
P.6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.	39,2%	21,6%	15,7%	15,7%	7,8%
P.13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado.	23,5%	17,6%	31,4%	17,6%	9,8%
P.16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.	27,5%	23,5%	27,5%	17,6%	3,9%
P.17. Como alimentos dietéticos.	29,4%	27,5%	33,3%	5,9%	3,9%
P. 22. Estoy haciendo dieta	39,2%	23,5%	23,5%	13,7%	0%

Fuente: Elaboración propia, 2024.

Como punto de partida, en este segmento el *ítem*: “Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como”. Se encuentra que Nunca (0) tiene un porcentaje de 39,2%; casi nunca (0) un 21,6%; a veces 15,7%; casi siempre tiene un porcentaje igualmente de 15,7%; y, siempre 7,8%. El conteo de calorías

es un factor predisponente de la obsesión por bajar de peso y de la delgadez; últimamente han incrementado las exposiciones a este tipo de información, por el mensaje *fitness* que transmiten los influenciadores haciendo que su comunidad conozca métodos que parecen “saludables” para mantener un cuerpo atlético;

sin embargo, en personas con factores de riesgo pueden transformarse en una fijación para lograr el propósito de bajar de peso. Es preocupante, pues como resultado se tiene el incremento de los TCA.

En segundo lugar, “Los demás piensan que estoy demasiado delgado”, se constatan estos resultados: Nunca (0) 23,5%; casi nunca (0) 17,6%; a veces (1) 31,4%; casi siempre (2) 17,6%; y, siempre (3) con 9,8%. De acuerdo con las respuestas, se reconoce la percepción de los individuos ante los comentarios externos; este factor actúa como motivador para la conducta de restricción de la ingesta, dándole un estímulo social gratificante para mantener la conducta problema.

En tercera instancia, “Procuró no comer alimentos que tengan azúcar”: Nunca (0) 27,5%; casi nunca 23,5%; a veces 27,5%; casi siempre (2) 17,6%; y, siempre (3) con un

3,9%. Continuando, el ítem: “Como alimentos dietéticos” tiene los siguientes porcentajes: Nunca (0) 29,4%; casi nunca (0) 27,5%; a veces (1) 33,3%; casi siempre (2) 5,9%; y, siempre con un 3,9%. En última instancia el ítem: “Estoy haciendo dieta” las respuestas indican: Nunca (0) 39,2%; casi nunca (0) 23,5%; a veces (1) 23,5%; y, casi siempre (2) con un 13,7%.

Generalmente, la anorexia comienza antes de la adolescencia o a inicios de la edad adulta, cuando se generan cambios importantes en la vida del individuo como puede ser el desarrollo y el inicio de una nueva etapa de vida. El síntoma más perceptible en este, es la pérdida exponencial de peso, la cual se presenta con la restricción alimentaria o control oral. Al respecto, la Tabla 3 arrojó los siguientes resultados.

**Tabla 3**  
**Dimensión: Rasgo Control Oral**

ÍTEMS	RESULTADOS				
	Nunca (0)	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)	Siempre (3)
<b>P.2. Procuró no comer cuando tengo hambre.</b>	37,3%	25,5%	25,5%	5,9%	5,9%
<b>P.5. Corto mis alimentos en pequeños trozos.</b>	27,5%	17,6%	41,2%	9,8%	3,9%
<b>P.15. Tardo más tiempo que los demás en comer.</b>	23,5%	17,6%	21,6%	27,5%	9,8%

**Fuente:** Elaboración propia, 2024.

En una primera consideración el ítem de: “Procuró no comer cuando tengo hambre”, se obtuvo lo siguiente: Nunca (0) con un 37,3%; casi nunca (0) 25,5%; a veces (1) 25,5%; casi siempre (2) 5,9%; y, siempre (3) con un 5,9%. Por otra parte, “Corto mis alimentos en pequeños trozos” presentó: Nunca (0) con un 27,5%; casi nunca (0) con un 17,6%; a veces (1) 41,2%; casi siempre (2) con un 9,8%; y, siempre (3) con un 3,9%. Y en el ítem: “Tardo más tiempo que los demás en comer”, las respuestas fueron: Nunca (0) con un 23,5%; casi nunca (0) con un 17,6%; a veces (1) con un 21,6%; y, siempre (3) con un 9,8%.

En la actualidad se discrepa la pérdida de peso excesiva en la anorexia y adquiere el nombre de anorexia atípica la cual, de acuerdo con Arijá et al. (2023), es la misma anorexia; sin embargo, no cumple con los efectos secundarios en la pérdida de peso, con esto se puede observar la complejidad del trastorno, por lo tanto desde el ámbito psicosocial, es necesario que los psicólogos comprendan que los TCA se manifiestan en las conductas disfuncionales asociadas a la alimentación y que su origen se basa en un componente psicosocial, meramente la imagen corporal no debe ser indicador de TCA puesto que atrae

mayor estigma social.

La preocupación por la comida es una característica recurrente en los trastornos de conducta alimentaria. Chóez y Tejeda (2021), hacen referencia a cómo la conducta alimentaria puede concebirse como un *iceberg*

que esconde debajo situaciones emocionales sin gestionar adecuadamente. Por tanto, el control que no se puede tener en otras áreas de la vida, pasa a tomar lugar con la comida. Sobre este apartado, la Tabla 4, revela lo siguiente.

Tabla 4  
 Dimensión: Preocupación por la Comida

ÍTEMS	RESULTADOS				
	Nunca (0)	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)	Siempre (3)
P.3. La comida es para mí una preocupación habitual.	19,6%	15,7%	31,4%	21,6%	11,8%
P.7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos.	37,3%	23,5%	27,5%	5,9%	5,9%
P.10. Me siento culpable después de comer.	58,8%	11,8%	11,8%	15,7%	2%
P.18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.	43,1%	15,7%	23,5%	13,7%	3,9%
P.19. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.	39,2%	17,6%	21,6%	19,6%	2%
P.20. paso demasiado tiempo pensando en la comida	17,6%	27,5%	21,6%	25,5%	7,8%
P.21. No me siento bien después de haber tomado dulces.	23,5%	23,5%	27,5%	19,6%	5,9%

Fuente: Elaboración propia, 2024.

El ítem: “La comida es para mí una preocupación habitual” siendo este 19,6% en la respuesta Nunca (0); casi nunca (0) con un 15,7%; a veces (1) con un 31,4%; casi siempre con un 21,6%; y, siempre (3) con un 11,8%. En la siguiente: “Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos”, la respuesta Nunca (0) obtuvo un porcentaje de 37,3%; casi nunca (0) un porcentaje de 23,3%; a veces (1) un 27,5%; casi siempre (2) 5,9%; y, siempre (3) un porcentaje igual de 5,9%. Al ítem: “Me siento culpable después de comer” respondieron en Nunca (0) con un porcentaje de 58%; casi nunca (0) con un 11,8%; a veces (1) con 11,8%; casi siempre (2) con un 15,7%; y, siempre (3) con un 2%.

Por consiguiente, el siguiente ítem: “Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida”, es clave en la percepción externa de los participantes, por lo

cual respondieron: Nunca (0) con un 43,1%; casi nunca (0) con un 15,7%; a veces (1) 23,5%; casi siempre (2) un 13,7%; y, siempre (3) con un 3,9%. En la quinta pregunta de “Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más”: Nunca (0) 39,2%; casi nunca (0) 17,6%; a veces (1) 21,6%; casi siempre (2) con un 19,6%; y, siempre (3) con un 2%.

En el siguiente ítem: “Paso demasiado tiempo pensando en la comida” se obtuvo que: Nunca (0) 23,5%; casi nunca (0) 23,5%; a veces (1) 27,5%; casi siempre (2) con un 19,6%; y, siempre (3) con un 5,9%.

En síntesis, se logra distinguir la prevalencia de patrones conductuales riesgosos en la alimentación, involucrando los criterios de bulimia, anorexia, otros trastornos de la conducta alimentaria no especificado, en los que se incluyen: La preocupación excesiva por la comida, el conteo de calorías, el control

de la ingesta o descontrol de la misma, las conductas o hábitos compensatorios, mala relación con la comida, desconexión de aspectos importantes de nutrición, baja autoestima, ansiedad generalizada, síntomas depresivos, perfeccionismo, baja tolerancia a la frustración, mala relación parental, trauma, entre otros aspectos que se interrelacionan para crear un TCA.

Es importante mencionar, que Merino (2024) señala que las emociones negativas, como la depresión y la ansiedad, están estrechamente implicadas con los TCA. Como puede notarse, se presentan situaciones psicosociales importantes que funcionan como predisponentes, precipitantes y factores de mantenimiento, el individuo crea los patrones irregulares de alimentación a través de su círculo social (familia, amigos, compañeros), los comentarios y estándares sociales de belleza son relevantes, y con la pérdida de peso los halagos pueden ser factores de mantenimiento de las conductas.

## Conclusiones

La investigación ha permitido el análisis de los TCA en adolescentes de una población específica, demostrando cómo estas patologías afectan su desarrollo emocional, familiar y social. La aplicación de herramientas como la Escala EAT-26 ha sido clave para obtener resultados objetivos, lo que deja en evidencia la urgencia de intervención temprana en entornos escolares en la región Guajira en Colombia. Ello evidencia la principal fortaleza de este trabajo, como lo es presentar un enfoque multidimensional, el cual no sólo considera sintomatologías clínicas, sino sus implicaciones psicológicas y sociológicas, a la vez que se diseñan propuestas concretas e interdisciplinarias para la prevención, manejo y abordaje de esta problemática.

No obstante, se reconocen limitaciones metodológicas, como una muestra reducida y circunscrita a un único centro educativo, lo que hace complejo generalizar resultados y extrapolarlos a otros contextos. En este

sentido, los sesgos de los participantes pueden afectar sus respuestas, negándose a confrontar su realidad y padecimientos.

Por ello, para afrontar esta problemática, resulta prioritario implementar recursos interdisciplinarios que consideren la experiencia educativa, clínica y comunitaria en la atención a los TCA. Desde la dimensión educativa, los programas de psicología dirigidos a adolescentes y a las familias, tienen como meta fomentar una relación saludable entre individuos, con repercusión en una alimentación saludable y en una imagen positiva sobre su persona. Es así como resulta fundamental que el personal docente detecte oportunamente indicios de los TCA, canalizando todo el apoyo necesario para la población estudiantil.

Desde la dimensión clínica, se recomienda mejorar la accesibilidad a servicios de salud mental, incorporando evaluaciones sobre su salud integral, sobre bienestar emocional y alimentación. En lo referente a lo comunitario, es pertinente regular los contenidos a los que tienen acceso la población adolescente, donde se tergiversa el ideal de belleza, adoptando ante la frustración, conductas alimentarias perjudiciales.

Por ende, futuras líneas de investigación podrían replicar la investigación en otras instituciones, ampliar la muestra y/o combinar con metodologías cualitativas, profundizando en las experiencias subjetivas de los adolescentes. Por otra parte, se podría considerar el papel de las Tecnologías de la Información y Comunicación, su impacto y trascendencia sobre la salud alimentaria de la población adolescente. Finalmente, es prioritario impulsar investigaciones sobre los factores de riesgo de los TCA en contextos culturales específicos, con alta densidad de población en condición de vulnerabilidad.

## Referencias bibliográficas

Alvarado, J. (2023). Vulnerabilidad social y prognosis macroeconómica: Una

- revisión desde el contexto actual. *Revista de Filosofía*, 40(105), 131-140. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7857656>
- Arija, V., Santi, M. J., Novalbos, J. P., Canals, J., y Rodríguez-Martín, A. (2023). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(E-2), 8-15. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Asociación TCA Aragón (2020). Estadísticas sobre los TCA. *Asociación TCA Aragón*. <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>
- Ayuzo-del Valle, N. C., y Covarrubias-Esquer, J. D. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 86(2), 80-86. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88052>
- Bolívar, C. (2019). *Prevalencia de la anorexia nerviosa en estudiantes universitarios de Bogotá*. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Castro-Zamudio, S., y Castro-Barea, J. (2016). Impulsividad y búsqueda de sensaciones: Factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. *Escritos de Psicología*, 9(2), 22-30. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2016.2706>
- Chóez, L. I., y Tejeda, R. (2021). Influencia familiar sobre los trastornos en la conducta alimentaria y su relación con la obesidad en la adolescencia. *Recimundo. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 5(2), 376-386. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).abril.2021.376-386](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.376-386)
- Constaín, G. A., Rodríguez-Gázquez, M. D. L. Á., Ramírez, G. A., Gómez, G. M., Mejía, L., y Cardona, J. (2017). Validación de la escala EAT-26 en adolescentes colombianos en riesgo de trastornos alimentarios. *Atención Primaria*, 49(4), 206-213. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.016>
- Entrena, F., y Jiménez, J. F. (2013). La producción social de los hábitos alimenticios. Una aproximación desde la sociología del consumo. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XIX(4), 683-693. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/view/25656>
- Gaete, V., y López, C. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(5), 784-793. <https://andespediatrica.cl/index.php/rchped/article/view/1534>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. D. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial McGraw-Hill Education.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF (2020). *Trastornos de la Conducta Alimentaria. ¿Qué son y por qué los adolescentes son vulnerables?* ICBF. <https://www.icbf.gov.co/mis-manos-te-ensenan/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-que-son-y-por-que-los-adolescentes-son>
- Lázaro, D. E. (2021). *Eficacia de la intervención cognitivo conductual en trastornos de la conducta alimentaria. Una revisión sistemática* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/75026>
- Lázaro, J. (2010). *Bases neurobiológicas de la anorexia nerviosa*. Ediciones Médicas.

- León, R., Del Ángel-García, J. E., Díaz-Ramírez, A., Platas, S., y Guzmán, R. M. E. (2023). Factores psicológicos predictores del riesgo de trastorno alimentario en personas mexicanas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 34(2), 168-179. <https://doi.org/10.55611/rep.3402.03>
- Leyva-Hernández, S. N., Terán-Bustamante, A., y Arango-Ramírez, P. M. (2024). Patrones de consumo alimentario con enfoque socialmente responsable. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXX(2), 80-95. <https://doi.org/10.31876/rcs.v30i2.41892>
- Martínez, Y., Núñez, J., Vargas, I., y Sarco, A. (2023). Autoestima y trastornos alimenticios en adolescentes. *Revista Semilla Científica*, (4), 48-57. <https://doi.org/10.37594/sc.v1i4.1256>
- MedlinePlus (2021). Trastornos de la alimentación. *MedlinePlus*. <https://medlineplus.gov/spanish/eatingdisorders.html>
- Méndez, J. P., Vázquez-Velázquez, V., y García-García E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18623>
- Merino, A. (2024). *Impacto de la presión social en la aparición de la bulimia en jóvenes universitarios*. Editorial Académica.
- Organización Mundial de la Salud - OMS (30 de septiembre de 2025). Trastornos mentales. Datos y Cifras. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pertuz-Cortes, C., Navarro-Jiménez, E., Laborde-Cárdenas, C., Gómez-Méndez, P., y Lasprilla-Fawcett, S. (2021). Implementation of clinical practice guidelines for the timely detection and diagnosis of eating disorders in adolescents and adults in the outpatient and priority department of a public psychiatric hospital in Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.05.005>
- Prado, J. R., y Arteaga, F. (2016). Relación de la presión social con la percepción de la imagen corporal y las características sociodemográficas en adolescentes. *Impetus*, 10(2), 139-148. <https://doi.org/10.22579/20114680.418>
- Rico, D. A. (2024). La neuropsicología educativa como instrumento de prevención del delito. *Clío. Revista de Historia, Ciencias Humanas y Pensamiento Crítico*, 4(7), 139-146. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10495049>
- Ruiz, P. M. (2022). Trastornos del comportamiento alimentario. *Pediatría Integral*, XXVI(2), 76-82. [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/03/Pediatria-Integral-XXVI-2\\_WEB.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/03/Pediatria-Integral-XXVI-2_WEB.pdf)
- Zila-Velasque, J. P., Grados-Espinoza, P., Regalado-Rodríguez, K. M., Luna-Córdova, C. J., Sierra, G. S., Díaz-Vargas, M., Sifuentes-Rosales, J., y Díaz-Vélez, C. (2025). Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia deCovid-19: Estudio multicéntrico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 54(S-1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.07.005>