



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

**“LA CONDUCTA DE RIESGO RELACIONADA CON LOS TRASTORNOS DE LA
ALIMENTACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD
EDUCATIVA DIOCESANA BILINGÜE DE LA CIUDAD DE IBARRA”**

Línea de investigación: Salud y bienestar

AUTOR: Saltos Morales Edison David

DIRECTOR: Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

ASESOR: Dra. Patricia Gabriela Flores Espinoza

Ibarra-Ecuador

2024



IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1004605901		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Saltos Morales Edison David		
DIRECCIÓN:	Cotacachi - Quiroga		
EMAIL:	edsaltosm@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	2537-284	TELF. MOVIL	0987919687

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	La conducta de riesgo relacionada con los trastornos de la alimentación de los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra
AUTOR (ES):	Saltos Morales Edison David
FECHA: AAAAMMDD	2024/08/02
SOLO PARA TRABAJOS DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	
CARRERA/PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> GRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Médico General
DIRECTOR:	Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza
ASESOR:	Dra. Patricia Gabriela Flores Espinoza



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Saltos Morales Edison David, con cédula de identidad Nro. 1004605901, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de integración curricular descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

Ibarra, a los 2 días del mes de agosto de 2024

EL AUTOR:

Firma.....

Nombre: Saltos Morales Edison David



CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 2 días, del mes de agosto de 2024

EL AUTOR:

Firma.....

Nombre: Saltos Morales Edison David



**CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE
INTEGRACIÓN CURRICULAR**

Ibarra, 17 de julio de 2024

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

(f)

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

C.C.: 0401046800



APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificado del trabajo de Integración Curricular “La conducta de riesgo relacionada con los trastornos de la alimentación en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra” elaborado por Saltos Morales Edison David, previo a la obtención del título de Médico General, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(f): 

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

C.C.: 0401046800

(f): 

Dra. Patricia Gabriela Flores Espinoza

C.C.: 1003229984



DEDICATORIA

A Dios, por iluminarme y darme la fortaleza necesaria para culminar esta etapa, que a pesar de tantas adversidades que se presentaron en el camino logré terminarla con éxito. Tu amor y gracia me han acompañado en todo momento. A ti sea la gloria y la honra por siempre.

A mis queridos padres Rolando y Adriana, que, con su amor incondicional, paciencia y sacrificio me han apoyado a lo largo de mi vida y carrera universitaria. Gracias por confiar en mí, alentarme y no dejarme caer, esto logro también los pertenece.

A mis amigos del colegio y universidad que desde que inicie la carrera me mostraron su apoyo y creyeron en mí. Gracias por su amistad sincera, por alentarme en los momentos difíciles y por celebrar conmigo cada uno de mis logros. Este triunfo también va para ustedes.

A mi yo del pasado, que tuvo el valor de embarcarse en este arduo camino de la medicina, que no ha sido nada fácil, que, a pesar de los desafíos, se levantó una y otra vez cuando las cosas parecían ir cuesta abajo. Y finalmente a mi yo del presente, por la determinación, el esfuerzo y la perseverancia que me han permitido llegar hasta aquí.

Este trabajo de investigación va para todos ustedes.



AGRADECIMIENTO

Primero a mi directora, la Dra. Yesenia Acosta, a quien le agradezco profundamente por su excelente guía y asesoramiento durante la realización de mi trabajo de investigación. Su gran experiencia, conocimientos y dedicación fueron clave para el desarrollo y culminación exitosa de este proyecto. A pesar de que se encuentra pasando por momentos difíciles en su vida, supo brindarme toda su ayuda. Su ejemplo de fortaleza ha sido una fuente de inspiración para mí a lo largo de este proceso.

A mi asesora, la Dra. Patricia Flores, quien, a pesar de estar pendiente de los avances de mi proyecto, con sus valiosos consejos y orientación fueron cruciales para que pudiera mantener mi salud mental y física, y así poder culminar exitosamente esta investigación.

A la Dra. Carmen Pacheco mi más sincero agradecimiento, por su invaluable ayuda y apoyo durante este proceso. Su paciencia, delicadeza, calidez humana y compromiso con todos sus estudiantes son verdaderamente admirables. Gracias a su guía experta y capacidad para transmitir conocimientos de manera clara y didáctica, pude superar los desafíos que se presentaron en el camino.

A mi hermano Hugo, quiero expresar mi más profundo agradecimiento, quien fue un gran apoyo y me ayudó a poder llegar a los estudiantes participantes en este estudio. Por lo que aprovecho también agradecer a todos los miembros de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de Ibarra, por permitirme acceder y recoger los datos que han hecho posible la elaboración de los resultados de esta investigación.

Estoy infinitamente agradecidos con todos ustedes.



RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se fundamenta en la necesidad de comprender mejor los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), debido a que afectan a un número creciente de personas, especialmente mujeres adolescentes; es por ello que tuvo como objetivo relacionar los factores de riesgo con los trastornos de la alimentación en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra en el período 2023-2024. Se empleó una metodología cuanti-cualitativa, a través de una encuesta aplicada a una muestra representativa; los resultados más relevantes indican que aproximadamente un tercio de los estudiantes padecen de algún tipo de trastorno alimenticio, siendo más frecuente en las mujeres, además los TCA se asocian significativamente con la autoestima baja, el autoritarismo parenteral, el consumo de alimentos fuera del hogar, la insatisfacción corporal, un IMC alto y presión social respecto a la imagen; por lo que se llega a la conclusión de la necesidad de implementar una propuesta de acciones preventivas para la reducción de factores y conductas de riesgo dirigidas a los miembros de la comunidad educativa.

Palabras clave: Trastornos de la alimentación y de la ingestión de alimentos, factores de riesgo, adolescentes, autoimagen, insatisfacción corporal, acciones preventivas contra enfermedades.



ABSTRACT

The present study is based on the need to better understand Eating Disorders (EDs), as they affect an increasing number of people, especially teen girls. Therefore, its general objective is to relate risky behavior to eating disorders among high school students at the Unidad Educativa Dioscesana Bilingue in the city of Ibarra during the 2023-2024 period. A quantitative-qualitative methodology was used, through a survey applied to a representative sample; the most relevant results indicate that approximately one-third of the students suffer from some type of eating disorder, being more frequent among girls. Additionally, EDs are significantly associated with low self-esteem, parental authoritarianism, eating out, body dissatisfaction, a high BMI, and social pressure regarding appearance. Consequently, it is concluded that there is a need to implement a proposal of preventive actions for identified risky behaviors aimed at members of the educational community.

Keywords: Feeding and Eating Disorders, risk factors, adolescent, self-concept, body dissatisfaction, disease prevention.



LISTA DE SIGLAS

TCA. Trastornos de Conducta Alimentaria.

AN. Anorexia Nerviosa.

BN. Bulimia Nerviosa.

TA. Trastorno por Atracón

TCANE. Trastornos de Conducta Alimentaria No Especificados.

PICA. Trastorno por Ingestión de Sustancias no Nutritivas.

SCN. Síndrome de Comer Nocturno.

IMC. Índice de Masa Corporal.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición.

SEMG. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

ASSIST. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.

STEPS. Método estandarizado por la Organización Mundial de la Salud para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

IPAQ. Cuestionario Internacional de Actividad Física.

SCOFF. Señales en inglés (Sick, Control, One, Fat and Food) que hacen referencia a un cuestionario de cribado para la detección de trastornos de conducta alimentario.

LOS. Ley Orgánica de Salud.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I..... 16

INTRODUCCIÓN 16

 1.1 Problema de investigación 17

 1.2 Justificación..... 17

 1.3 Hipótesis o preguntas de investigación 18

 1.4 Objetivos 18

 1.4.1. Objetivo General 18

 1.4.2 Objetivos Específicos 18

CAPÍTULO II 19

MARCO TEÓRICO 19

 2.1 Bases teóricas y definiciones conceptuales 19

 2.1.1 Trastornos de conducta alimentaria..... 19

 2.1.2 Epidemiología 19

 2.1.3 Patogénesis 19

 2.1.4 Clasificación de los trastornos de conducta alimentaria 20

 2.1.5 Factores de riesgo 30

 2.2 Antecedentes 33



CAPÍTULO III	34
MATERIALES Y MÉTODOS	34
3.1 Clasificación del estudio	34
3.2 Población y muestra	34
3.2.1 Población.....	34
3.2.2 Muestra.....	34
3.3 Criterios de selección	34
3.3.1 Criterios de inclusión	34
3.3.2 Criterios de exclusión.....	34
3.4 Definición y operacionalización de variables	34
3.4.1 Variables Dependientes.....	34
3.4.2 Variables independientes.....	35
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos	37
3.7 Aspectos éticos.....	37
CAPÍTULO IV	39
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
CAPÍTULO V	52
PROPUESTA	52



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



CONCLUSIONES53

RECOMENDACIONES54

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS55

ANEXOS.....60

 Anexo 01: Consentimiento informado60

 Anexo 02: Operacionalización de variables61

 Anexo 03: Instrumento de recolección de datos63

 Anexo 04: Fotografías de la aplicación del instrumento en la población68



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa según DSM-5-TR.....</i>	22
Tabla 2. <i>Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa según DSM-5-TR.....</i>	25
Tabla 3. <i>Criterios diagnósticos para trastorno por atracones según DSM-5-TR.....</i>	27
Tabla 4. <i>Criterios diagnósticos para trastornos de la conducta alimentaria no especificados según DSM-5.....</i>	30
Tabla 5. <i>Variables según dimensiones de trastornos de conducta alimentaria.....</i>	35
Tabla 6. <i>Caracterización de variables sociodemográficas de los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de Ibarra. 2024.....</i>	39
Tabla 7. <i>Factores de riesgo individuales para trastorno alimenticio por género.....</i>	40
Tabla 8. <i>Otros factores de riesgo individuales para trastorno alimenticio por género.....</i>	41
Tabla 9. <i>Factores de riesgo familiares para trastorno alimenticio por género.....</i>	42
Tabla 10. <i>Factores de riesgo socioculturales para trastorno alimentario por género.....</i>	43
Tabla 11. <i>Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria según género.....</i>	44
Tabla 12. <i>Relación de los factores de riesgo con los trastornos de conducta alimentaria.....</i>	44
Tabla 13. <i>Propuesta de medidas preventivas para trastornos de conducta alimentaria.....</i>	52



Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de enfermedades psiquiátricas graves relacionadas con la comida, la forma del cuerpo y el peso corporal que se acompañan de comportamientos que incluyen restricción de la ingesta, atracones, realización excesiva de ejercicio, provocación del vómito y uso de laxantes cuyo origen es multifactorial. (1)

Dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5), clasifica los trastornos de conducta alimentaria (TCA) mejor caracterizados como los tres TCA típicos, estos serían la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), Finalmente se describe una categoría residual, calificada como TCA “no especificados” (TCANE), que incluye todos los demás trastornos no incluidos en las demás categorías. (1)

Los trastornos de conducta alimentaria son sumamente peligrosos para la salud médica de los afectados, presentan una alta tasa de mortalidad por complicaciones, debido a que pueden desencadenar síntomas físicos que van desde la extrema delgadez y desnutrición hasta la obesidad mórbida, incluso pueden llegar a provocar la muerte, siendo las causas más frecuentes el suicidio o la desnutrición.

Los trastornos alimentarios a menudo se presentan simultáneamente con otras condiciones psiquiátricas que pueden complicar el tratamiento. Entre estas destacan los trastornos del ánimo, ansiedad, obsesivo-compulsivo, el déficit de atención/hiperactividad y el abuso de sustancias psicoactivas. (1)

Actualmente se sabe que los trastornos alimenticios se distribuyen de forma global en los distintos países y que afectan a todas las etnias, culturas y grupos socioeconómicos. Sin embargo, es muy difícil tener acceso a datos exactos del número de personas que están luchando contra un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) para poder estimar el verdadero alcance de esta enfermedad; ya que hay muchas personas que no buscan tratamiento o que nunca han recibido un diagnóstico, tanto por desconocimiento o no aceptación de su enfermedad, como por dificultad de accesibilidad al sistema público, o por no poderse costear un tratamiento privado. (1)



1.1 Problema de investigación

Según la American Journal of Clinical Nutrition en 2019, a nivel mundial, el número de casos de trastornos de la conducta alimentaria se ha duplicado en las últimas dos décadas. La prevalencia ha pasado del 3,4% a casi el 8%, esto debido a que el 70% de los adolescentes, tanto chicos como chicas, reconoce no sentirse a gusto con su cuerpo. Además, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), coloca a los trastornos alimenticios entre las 3 enfermedades crónicas más frecuentes entre los adolescentes. (2)

Por otra parte, en un estudio sobre epidemiología y factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria publicado en 2020, en Latinoamérica la prevalencia de riesgo de trastornos alimenticios en Chile fue de 8.3% en jóvenes entre 11 y 19 años, mientras que un estudio colombiano menciona el 14,2% de los estudiantes analizados tuvieron un riesgo para padecer bulimia y anorexia, observando que una parte importante de colegiales esta potencialmente expuesto a desarrollar la enfermedad como tal, así en los jóvenes la anorexia nerviosa tiene una prevalencia del 0.5 al 1%, en cuanto a la bulimia nerviosa sus prevalencias oscilan entre el 1 y 4%. Además, otro estudio realizado en adolescentes de Caracas, Venezuela, se encontró una prevalencia del 6.4% en trastornos alimenticios. (3)

Finalmente, un trabajo de titulación de psicología en la Universidad Politécnica Salesiana de Quito, Ecuador, encontró que el 4,44% de jóvenes en edades entre 13 y 19 años padecían algún tipo de trastorno alimenticio (1,61% con anorexia y un 2,84 % con bulimia) y un 18.3% tiene conductas de riesgo que aumenta la probabilidad de padecerlo. (4)

1.2 Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un tema de investigación científica relevante debido a su alta incidencia en la población, especialmente en los adolescentes, pues es una edad muy susceptible a los estereotipos sociales, además de presentar inconformidad con su autopercepción de la imagen corporal, lo cual conllevará a la persona a desarrollar una inadecuada conducta alimentaria. Los factores de riesgo que contribuyen a su desarrollo y propagación pueden ayudar a diseñar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas, identificar a las personas en riesgo y proporcionarles la ayuda necesaria antes de que la



enfermedad se agrave, ya que los trastornos alimentarios pueden causar un decline en la calidad de vida de las personas que los padecen, incluyendo un mayor riesgo de suicidio y complicaciones médicas.

Por lo que investigar los trastornos de conducta alimentaria aportará con un mayor conocimiento de estos, debido a su alto impacto en la salud pública en la actualidad, la necesidad de tratamiento temprano, la comorbilidad que presenta con otros trastornos mentales y sus efectos en la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Finalmente, este proyecto benefició a los estudiantes de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe que presenten o no un trastorno de conducta alimentaria y además presenten factores de riesgo que aumenten la probabilidad de presentar uno, con el fin de proponer medidas preventivas para reducir su incidencia. Y como beneficiarios indirectos tenemos a la Universidad Técnica del Norte y la comunidad.

1.3 Hipótesis o preguntas de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con los Trastornos de Alimentación en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra?

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Relacionar los factores de riesgo con los trastornos de la alimentación en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra en el período 2023-2024.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar los factores de riesgo en la población estudiantil.
- Identificar prevalencia de trastornos de conducta alimentaria (TCA).
- Proponer medidas preventivas para la reducción de factores y conductas de riesgo frecuentes.



2.1 Bases teóricas y definiciones conceptuales

2.1.1 Trastornos de conducta alimentaria

Acorde al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), los trastornos alimenticios son caracterizados por una modificación persistente en la alimentación o en el comportamiento alimentario, que causa un deterioro significativo tanto de la salud física como mental. (5)

Además, los trastornos de conducta alimentaria componen un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por presentar una insatisfacción de la percepción de su imagen corporal, el temor a engordar y el pensamiento obsesivo con la comida. Sin embargo, su etiopatogenia es multifactorial. (5)

2.1.2 Epidemiología

La prevalencia global de los trastornos alimenticios se ha duplicado en los últimos años, se estima que alrededor del 2 al 4% de la población sufre de estos trastornos, los estudios muestran que son mucho más frecuentes en las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, con una proporción de 9 de cada 10 casos, sin embargo, son patologías que llegan a afectar a ambos sexos. La incidencia de TCA es mayor en la adolescencia debido a que está asociada a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que experimentan las personas en esta etapa de la vida. (5)

2.1.3 Patogénesis

Estos consisten en anomalías fisiológicas que contribuyen a la expresión de los TCA. La mayor parte de las alteraciones fisiológicas son el resultado de la exposición a un ambiente determinado ya sea social o físico. (5)

No se han logrado encontrar moléculas específicas que se relacionen con la fisiopatología de los TCA, pero se propone que algunas se encuentran alteradas, como es el caso de algunos neurotransmisores, sobre todo la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. Algunas



moléculas que se encargan de mantener el metabolismo y el control de ingesta alimentaria, por medio de los estímulos de saciedad y apetito, se están estudiando para aclarar su participación en estas entidades clínicas, tales como la leptina, la ghrelina, la adiponectina, los endocannabinoides, el neuropéptido y, la colecistocinina, etc. (5)

2.1.4 Clasificación de los trastornos de conducta alimentaria

El capítulo de trastornos alimentarios del DSM-5 incluye:

- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno por atracón
- Otros trastornos de la conducta alimentaria

Anorexia nerviosa (AN)

Definición

Trastorno caracterizado por bajo peso corporal debido a una severa restricción dietética autoimpuesta u otros comportamientos de pérdida de peso, purgas o actividad física excesiva motivada por un temor intenso a engordar y presentar una imagen corporal retorcida. (6)

Características clínicas

- Reducción significativa de la cantidad de alimentos consumidos que conlleva a un peso corporal extremadamente bajo.
- Temor intenso por ganar de peso, con comportamientos compulsivos para evitar subir de peso.
- Distorsión por el peso y la imagen corporal. (6)

Características asociadas

La anorexia nerviosa se asocia con otros signos y síntomas psicológicos y conductuales, que incluyen:

- Búsqueda incesante de la delgadez
- Preocupación obsesiva por la comida (p. ej., coleccionar recetas o acumular comida)



- Miedo a ciertos alimentos.
- Repertorio restringido de alimentos.
- Preferencia por alimentos bajos en calorías (baja densidad energética).
- Sobreestimación del número de calorías consumidas.
- Uso excesivo de condimentos y/o productos endulzados artificialmente.
- Rituales relacionados con la comida (p. ej., cortar la comida en trozos pequeños o no mezclar los alimentos si estos son de diferentes tipos o colores).
- Preocupación por alimentarse en espacios públicos.
- Aislamiento de la sociedad
- Realizar rutinas o rituales en relación con el ejercicio (p. ej., caminar o correr una distancia determinada cada día; nadar un número específico de largos en una piscina).
- Inquietud o hiperactividad.
- Conocimiento limitado o negar las características clínicas principales.
- Resistencia al tratamiento y aumento de peso.
- Inhibición Expresión y desregulación de las emociones.
- Sentimientos de ineficacia.
- Dormir mal.
- Libido baja.
- Disforia (p. ej., estado de ánimo deprimido o ansioso).
- Pensamiento inflexible.
- Perfeccionismo
- Exigencia de controlar el entorno.
- Rigidez de comportamiento (p. ej., comprar alimentos sólo en determinadas tiendas o de determinados vendedores, incapacidad para conseguir adaptarse a cambios del entorno). (6)



Criterios diagnósticos

Tabla 1

Criterios diagnósticos para anorexia nerviosa según DSM-5-TR

-
- A.** Restricción de la ingesta de energía en relación con las necesidades, lo que lleva a un peso corporal significativamente bajo en el contexto de la edad, el sexo, la trayectoria de desarrollo y la salud física. Un peso significativamente bajo se define como un peso inferior al mínimamente normal o, en el caso de niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B.** Miedo intenso a ganar peso o engordar o comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, aunque sea con un peso significativamente bajo.
- C.** Perturbación en la forma en que se experimenta el propio peso o la forma corporal, influencia indebida del peso o la forma corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Especifique si:

Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoinducidos o uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso se logra principalmente mediante dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo.

Tipo atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoinducidos o uso indebido de laxantes, diuréticos o enemas).

Especifique sí:

En remisión parcial: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (bajo peso corporal) no se ha cumplido durante un período sostenido, pero sí el criterio B (miedo intenso a ganar peso o engordar o comportamiento que interfiere con el aumento de peso) o el criterio C (alteraciones en la autopercepción del peso y la forma) todavía se cumple.

En remisión total: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para la



anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período de tiempo sostenido.

Especifique la gravedad actual:

El nivel mínimo de gravedad se basa, para adultos, en el IMC actual (ver más abajo) o, para niños y adolescentes, en el percentil de IMC. Los rangos siguientes se derivaron de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se deben utilizar los percentiles de IMC correspondientes. El nivel de gravedad puede aumentarse para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: IMC de 16 a 16,99 kg/m^2

Grave: IMC de 15 a 15,99 kg/m^2

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Fuente: Asociación Estadounidense de Psiquiatría 2022

Tratamiento

Para los pacientes que presentan anorexia nerviosa y están médicamente estables, las opciones de nivel de atención generalmente incluyen hospitalización psiquiátrica, hospitalización parcial (programa diurno) y atención ambulatoria. (7)

- *Tratamiento inicial:* Generalmente se basa en mejorar el estado nutricional y la psicoterapia. La rehabilitación nutricional envuelve prescribir y supervisar las comidas, y prohibir atracones y purgas; el manejo hospitalario es necesario para aquellos pacientes que no pueden cumplir con el tratamiento. (7)

Bulimia nerviosa (BN)

Definición

Trastorno alimenticio caracterizado por presentar episodios repetidos de alimentación excesiva continuos de conductas compensatorias evitando el aumento de peso. Los episodios de alimentación excesiva (atracones) se acompañan de una impresión de perder el control. (8)



Los pacientes tienen conductas compensatorias a menudo que incluyen la provocación del vómito, el abuso de los laxantes y ejercicio.

Las condiciones psiquiátricas comórbidas son comunes (por ejemplo, depresión), al igual que los síntomas psicológicos, como conductas de autolesión, baja autoestima y retraimiento social. Las conductas compensatorias pueden provocar complicaciones, como alteraciones electrolíticas, erosión dental y lesiones gastrointestinales. (8)

Características clínicas

- Atracones: Consumir cierta cantidad de alimento (p. ej., >1000 kcal) en un período de tiempo mayor de lo que el resto de las personas comería en situaciones similares; Tras el episodio, los pacientes notan no tener control sobre su ingesta.
- Comportamiento compensatorio inadecuado para evitar subir de peso, por ejemplo, vómito autoinducido; mal uso de laxantes, eliminadores de líquidos (diuréticos), insulina u hormona tiroidea; practicar ayuno prolongado y ejercicio atenuante.
- Los episodios de atracones y conductas compensatorias inadecuadas suceden aproximadamente, al menos una vez por semana durante un período de 3 meses.
- Inquietud garrafal por el peso y forma corporal. (8)

El ciclo típico de comportamiento en este trastorno consiste en:

- Restricción calórica
- Atracones
- Vómitos autoinducidos

Características asociadas

- Desgaste psicosocial, la bulimia puede interferir con las actividades diarias rutinarias, relaciones interpersonales y cumplimiento de responsabilidades.
- Referente al peso corporal, suelen estar dentro o por encima del rango normal lo que la diferencia de la anorexia nerviosa.



- Deterioro neurocognitivo, los pacientes presentan déficits en las funciones ejecutivas, como el control inhibitorio, la resolución de problemas y la planificación.
 - La desregulación en las emociones (p. ej., las emociones negativas conducen a la incapacidad de controlar la conducta).
 - Autolesión no suicida como lastimarse la piel o quemarse con un cigarro.
 - Síntomas disociativos (absorción, amnesia, despersonalización y/o desrealización).
- (8)

Criterios diagnósticos

Tabla 2

Criterios diagnósticos para bulimia nerviosa según DSM-5-TR

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracones se caracteriza por las siguientes dos situaciones:

- 1) Comer, en un período de tiempo discreto (por ejemplo, dentro de cualquier período de dos horas), una cantidad de alimento que es definitivamente mayor que la que la mayoría de las personas comería durante un período de tiempo similar y en circunstancias similares.
- 2) Una sensación de falta de control sobre la alimentación durante el episodio (p. ej., una sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto come).

B. Comportamiento compensatorio inapropiado recurrente para prevenir el aumento de peso, como el vómito autoinducido; mal uso de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos; ayuno; o ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos una vez por semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influenciada por la forma y el peso del cuerpo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.



Especifique si:

En remisión parcial: después de que se cumplieron todos los criterios para labulimia nerviosa, algunos de los criterios, pero no todos, se han cumplido durante un período de tiempo sostenido.

En remisión total: después de que se cumplieron previamente todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período de tiempo sostenido.

Especifique la gravedad actual: el nivel mínimo de gravedad se basa en la frecuencia de conductas compensatorias inapropiadas (ver más abajo). El nivel de gravedad puede aumentarse para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1 a 3 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Moderado: Un promedio de 4 a 7 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Grave: un promedio de 8 a 13 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Extremo: un promedio de 14 o más episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.

Fuente: Asociación Estadounidense de Psiquiatría 2022

Tratamiento

Su manejo consiste en nutrición, recuperación, psicoterapia y farmacoterapia. La terapia cognitivo-conductual es la psicoterapia de elección. (9)

Trastorno por atracón (TA)

Definición

Ingestión de una cantidad de alimento en un espacio de tiempo discreto por ejemplo 2 horas, lo cual es mayor a lo que una persona sin trastorno comería en una situación parecida. Estos episodios suceden, alrededor, de por lo menos una vez por semana en tres meses. Los atracones se asocian con una falta de control y con angustia por comer. (10)



En Estados Unidos solo la mitad de las personas con atracón buscan tratamiento, con tasas más bajas de comportamiento de búsqueda de ayuda entre los hombres y las poblaciones subrepresentadas. Los obstáculos para buscar ayuda incluyen: falta de conciencia sobre el trastorno por atracón estigma sobre el peso o la apariencia vergüenza por el propio cuerpo o la conducta alimentaria. A menudo la enfermedad es crónica. La duración media es de 14 a 16 años en adultos y hay una alta tasa de transición a otros trastornos alimentarios, especialmente bulimia nerviosa. (10)

Las complicaciones pueden incluir obesidad, diabetes o características del síndrome metabólico, disminuye su calidad de vida, mala adaptación del rol social, condiciones psiquiátricas, cambios en la salud reproductiva y potencial de pérdida de peso subóptima y tolerancia a la glucosa alterada en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. (10)

Características clínicas

Caracterizado por 4 rasgos comunes:

1. Comer a un ritmo mucho más rápido de lo habitual, llegando al punto de sentir malestar por sensación de saciedad.
2. Ingerir grandes porciones incluso sin hambre.
3. Alimentación en solitario.
4. Sentimientos de culpa y malestar posterior al atracón.

Los pacientes casi siempre presentan sobrepeso u obesidad. (11)

Criterios diagnósticos

Tabla 3

Criterios diagnósticos para trastorno por atracones según DSM-5-TR

A. Episodios recurrentes de atracones, definidos por ambos:

- 1) Comer dentro de un período de tiempo discreto que es mayor de lo que la mayoría de las personas comerían en circunstancias similares.



2) Sensación de falta de control sobre la comida (por ejemplo, sentir que no se puede detener o limitar la ingesta de alimentos).

B. Malestar significativo relacionado con los atracones – los episodios de atracones ocurren al menos una vez por semana durante ≥ 3 mes.

C. Los episodios de atracones no van acompañados de conductas compensatorias como purgas, ayunos o ejercicio excesivo.

El DSM-5 clasificó la frecuencia y gravedad del trastorno por atracón como especificaciones adicionales.

Nivel de gravedad. Gravedad mínima basada en la frecuencia de los episodios de atracones:

Leve: 1-3 episodios/semana

Moderado: 4-7 episodios/semana

Grave: 8-13 episodios/semana

Extremo: ≥ 14 episodios/semana

Si se presentan síntomas adicionales o deterioro funcional, considere aumentar el nivel de gravedad.

Fuente: Asociación Estadounidense de Psiquiatría 2022

Tratamiento

Su manejo generalmente implica el uso de la psicoterapia; pese a, la farmacoterapia, es decir, el uso de medicamentos puede ser una opción razonable.

Para aquellos pacientes con sobrepeso u obesidad que padecen este trastorno, puede ser beneficiosa la terapia conductual que los ayuda a perder peso. (11)

Otros trastornos de la alimentación no especificados (TCANE)

Estos síndromes también forman una categoría importante dentro de los TCA, son caracterizados por presentar síntomas que tienen relación con comportamientos alimentarios, pero que no cumplen necesariamente con los criterios diagnósticos del resto de trastornos, estos se catalogan como residuales, por lo que suelen pasar como desapercibidos por los



profesionales. Sin embargo, también son frecuentes y merecen una detección oportuna para posterior continuar con su debido tratamiento. (12)

Estos pueden ser:

- *PICA (Trastorno por Ingestión de Sustancias no Nutritivas)*: Se refiere a la ingesta frecuente de sustancias no nutritivos como es la tierra, el metal, el papel entre otras, además presentan un deficiente nivel intelectual, esto se debe presentar por lo menos en un mes.
- *Vigorexia*: Llamado también como dismorfia muscular o anorexia a la inversa, debido a que los pacientes quieren lograr un desarrollo muscular mayor al normal, por lo que es común que los afectados tiendan a realizar ejercicio físico de forma exagerada, a causa de su obsesión por la imagen corporal y el estado físico. Esta patología es más frecuente en los hombres, ya que se sienten débiles y pequeños, un ejemplo claro son los físicos culturistas. Presentan también un abuso de esteroides los cual los lleva a una falla renal y otras afectaciones somáticas.
- *Ortorexia*: En esta patología la persona tiene una obsesión por alimentarse con comida considerada “saludable”, típicamente estos pacientes evitan las comidas chatarra, alimentos con preservantes o productos que provengan de los animales. Es común que estos pacientes cursen con una desnutrición severa e incluso los conduzca a la muerte.
- *Síndrome de Prader-Willi*: Trastorno genético de tipo congénito que se caracteriza por que los pacientes tienen hipotonía, extremidades cortas, hipogonadismo, estatura baja y un grado deficiencia mental, episodios de hiperfagia con gula, trastornos del sueño, agresivos, obesos, pueden presentar Diabetes Tipo II, tardanza en el desarrollo psicosexual, alteración en el lenguaje y problemas odontológicos.
- *El Síndrome del comer nocturno (SCN)*: Este es caracterizado por tener anorexia matinal, además de hiperfagia vespertina y dificultad para conciliar el sueño, además de presentar despertares nocturnos para poder comer, el apetito llega a partir de la tarde/noche. (12)



Criterios diagnósticos

Tabla 4

Criterios diagnósticos para trastornos de la conducta alimentaria no especificados según DSM-5

-
- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
 - Se cumplen todos los criterios diagnósticos de la anorexia excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites normales.
 - Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que las comilonas y las conductas compensatorias inadecuadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
 - Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo: provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
 - Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
 - Trastorno compulsivo: se caracteriza por comilonas recurrentes en ausencia de la conducta compensatorio inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Fuente: Asociación Estadounidense de Psiquiatría 2022

2.1.5 Factores de riesgo

Estos son aquellos que pueden aumentar la probabilidad o facilitar la aparición de dichos trastornos, los cuales pueden ser:

Factores individuales

- *El género femenino:* Cada 10 individuos que han sido diagnosticadas con un trastorno alimenticio, 9 pertenecen al sexo femenino y 1 son hombres, lo que implicaría que ser mujer es un riesgo para desarrollar un trastorno alimenticio.



- *La adolescencia:* Es una etapa de la vida en la que existe un mayor riesgo para desarrollar un trastorno alimenticio debido a que durante este período, la personalidad, la autoestima y el rol social de los individuos están en desarrollo, y por ende, se vuelve más vulnerable ante un entorno social en el que la presión por la imagen es excesivamente alta. Sin embargo, se puede diagnosticar uno en cualquier edad.
- *La predisposición genética:* El riesgo de padecer un trastorno alimenticio se incrementa si hay antecedentes familiares con estos trastornos.
- *La autoestima baja:* La imagen negativa que cada uno tiene de sí mismo, basado en sus propias creencias y percepciones, ausentando las opiniones de los demás.
- *Insatisfacción corporal:* Una percepción y actitud negativa hacia el propio cuerpo y apariencia física es un factor de riesgo clave para desarrollar un trastorno alimenticio.
- *Modificación en el índice de masa corporal (IMC):* Es considerado un factor de riesgo crucial para el desarrollo de un TCA, en especial, las personas que cursan con un rango elevado del IMC, es decir tengan sobrepeso u obesidad, debido a que se relacionan con una mayor insatisfacción corporal y una obsesión por la delgadez. No obstante, personas con un IMC saludable o dentro de los rangos normales, pueden presentar conductas de riesgo en su alimentación.
- *Consumo de sustancias psicoactivas:* Existe un riesgo significativo para poder padecer de un TCA, debido al consumo de tabaco, alcohol y drogas estimulantes con el fin de suprimir el apetito o poder controlar el peso.
- *Actividad física excesiva:* la evidencia menciona que la actividad física de manera excesiva o compulsiva es una conducta muy común en las personas que padecen un trastorno alimenticio debido a que buscan la pérdida de peso para poder alcanzar una imagen corporal idealizada.
- *Hábitos alimenticios inadecuados:* Las conductas hacer ayunos prolongados o de omitir las comidas, además de una alimentación a base de ultra procesados como son las comidas chatarra, pueden conllevar al desarrollo de un TCA. (13)



Factores familiares

- *Ambiente familiar desestructurado:* Un mal funcionamiento familiar causa un deterioro significativo en el desarrollo de sus integrantes, los cuales pueden
- *Tener un familiar sobreprotector o autoritario:* El estilo de crianza toma un rol muy importante en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, familias donde la dinámica y comunicación familiar es excesivamente rígida, exigente y controladora, al punto de limitar la autonomía de sus hijos.
- *Experiencias familiares traumáticas:* Como son la pérdida de algún familiar, el divorcio, el convivir con la nueva pareja de alguno de sus padres, y el abuso sexual, presentan una mayor modificación en las conductas que son de control nocivas como es la dieta, el ayuno y vómito. (13)

Factores socioculturales

Se sabe que la cultura occidental favorece la presencia de estos trastornos, y el ejemplo más representativo es la menor frecuencia de los trastornos alimenticios en culturas diferentes a la occidental, en donde la importancia estética de la figura corporal es menor y la carga de publicidad para estereotipos de belleza, basados en la delgadez, es mínima.

Por lo cual en nuestro medio se ha identificado los siguientes factores:

- *Presión social con respecto a la imagen corporal:* Los estresores a los que se expone un sujeto en la adolescencia, que pueden también actuar como precipitantes de estos trastornos de la conducta alimentaria en esta etapa de la vida, tales como la presión de los pares sobre la delgadez, la comparación o la auto comparación con gente del mismo grupo etario. Además, algunas actividades que requieren de mantener un físico delgado son precipitantes frecuentes de los TCA, como el ser bailarina, gimnasta, modelo, etc, debido a que la profesión a menudo ejerce presión en cuanto a mostrar una cierta imagen corporal.
- *Influencia de los medios en la percepción de la imagen corporal:* La existencia de los distintos sitios web, las redes sociales (Facebook, Instagram, Tik-Tok, entre otros), y los medios de comunicación hacen apología a los trastornos alimenticios como algo



positivo o deseable, en lugar de catalogarlos como patologías peligrosas. Además, muestran conductas dañinas con el fin de ocultar la enfermedad, o trucos para perder peso de manera rápida, etc.

- *La aceptación dentro del círculo social del individuo respecto a la imagen corporal:* Sobre todo en la niñez y adolescencia, es común que las personas reciban críticas y burlas relacionadas a su apariencia física, lo que causa una inseguridad con la imagen, convirtiéndolos en un factor de riesgo importante para desarrollar conductas alimentarias perjudiciales. (13)

2.2 Antecedentes

Múltiples autores indican que los trastornos alimenticios son una problemática que cada vez cobra más relevancia, tanto a nivel latinoamericano como a nivel mundial. Hay una estigmatización de estas enfermedades, dejando de lado muchas veces a grupos etarios que no reciben la atención necesaria, sumado a una falta de estandarización en las prestaciones sanitarias. Es imperiosa la necesidad de una mayor preocupación por estos pacientes, específicamente a nivel sanitario en forma de una Guía Clínica que deje en claro el tratamiento adecuado para estos pacientes. (14)

Según estadísticas sobre los TCA en un estudio de investigación publicado en el año 2020, menciona que los TCA son más frecuentes en mujeres (9 de cada 10 casos). El 94% de los afectados son mujeres de 12 a 36 años, aunque cada vez hay más casos entre varones y gente mayor. El 70% de los adolescentes no se siente a gusto con su cuerpo y 6 de cada 10 chicas creen que serían más felices si estuvieran más delgadas y alrededor del 30% de ellas revela conductas patológicas. (15)

Un artículo publicado en el año 2023, mencionan que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son patologías de salud mental graves con una alta mortalidad dentro de los trastornos mentales. Además de las consecuencias físicas que conllevan los TCA, se dan frecuentemente alteraciones del funcionamiento del tracto gastrointestinales que producen sintomatología a nivel digestivo que pueden ser compatibles con los de una patología funcional digestiva. Además, otro artículo científico del año 2022 define que estos trastornos son alteraciones de la conducta alimentaria que afectan tanto a la esfera biológica como a la psicosocial. (16)



3.1 Clasificación del estudio

Se realizó un estudio de tipo cuanti-cualitativo, descriptivo, transversal, observacional.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra, de ambos sexos, comprendidos en edades entre los 15 y 18 años, en el año 2024.

3.2.2 Muestra

La muestra es de tipo no probabilista por conveniencia.

3.3 Criterios de selección

3.3.1 Criterios de inclusión

- Estudiantes de bachillerato que estén matriculados en la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra.
- Estudiantes que estén asistiendo de manera presencial y que deseen participar por voluntad propia.
- Estudiantes con cualquier tipo de discapacidad.
- Estudiantes que ya han tenido diagnóstico previo de presentar un trastorno de conducta alimentaria con o sin tratamiento.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Estudiantes que se nieguen a participar en la investigación o que no acudan el día de la recolección de datos.
- Estudiantes con antecedentes de una enfermedad sistémica crónica.

3.4 Definición y operacionalización de variables

3.4.1 Variables Dependientes

Estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra.



3.4.2 Variables independientes

Características sociodemográficas, factores y conductas de riesgo para trastornos de conducta alimentaria (TCA).

Tabla 5

Variables según dimensiones de trastornos de conducta alimentaria

Dimensiones	Variables
Sociodemográficas	Edad, sexo, nivel socioeconómico.
Factores de riesgo individuales	Predisposición genética, autoestima bajo, insatisfacción corporal, IMC alterado, consumo de sustancias psicoactivas, actividad física baja y dieta inadecuada.
Factores de riesgo familiares	Ambiente familiar desestructurado, sobreprotección parental, eventos traumáticos familiares y autoritarismo parental.
Factores de riesgo socioculturales	Presión social respecto a la imagen corporal, influencia de los medios en la percepción de la imagen corporal, aceptación en tu círculo social respecto a la imagen corporal.
Conductas de riesgo de trastornos alimenticios	Inducción del vómito, control sobre la ingesta, pérdida de peso, sentirse gordo y la comida domina la vida.

Fuente: Elaboración propia



3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Después de haber obtenido la aprobación del proyecto por parte de la Coordinación de la Carrera de Medicina y del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, se solicitó el permiso respectivo a la “Unidad Educativa Diocesana Bilingüe” de la ciudad de Ibarra para continuar con la investigación, luego se procedió a la selección de los estudiantes de bachillerato a través de un muestreo de tipo no probabilista por conveniencia.

Los estudiantes en estudio recibieron el consentimiento informado, además de cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. Por otra parte, se llevó a cabo el proyecto con una encuesta, cuyo objeto fue obtener de los participantes datos sociodemográficos (edad, sexo y nivel socioeconómico), además factores de riesgo (individuales, familiares y socioculturales) para desarrollar trastornos alimenticios, también se implementó la aplicación de los siguientes instrumentos:

- La prueba *ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)*, el cual es un cuestionario diseñado por la Organización Mundial de la Salud para detectar el consumo de riesgo de sustancias psicoactivas. (17)
- El *Método estandarizado por la Organización Mundial de la Salud para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (STEPS)*, el cual recopila información sobre el consumo de frutas, verduras y hortalizas a través de preguntas sencillas, como frecuencia de comidas y tamaño de porciones, con el fin de evaluar y vigilar la dieta poco saludable de los encuestados. (18)
- El *Cuestionario Internacional de Actividad física (IPAQ)* inventado por el Dr. Michael Pratt, que permite evaluar y monitorizar los niveles de actividad física de los individuos durante los últimos 7 días (actividad física vigorosa, moderada y baja). (19)
- La *escala de siluetas corporales diseñado y validado por Stunkard, Sørensen, & Schulsinger (1983)*, en el que se muestran nueve figuras de siluetas corporales, tanto de hombres como de mujeres, que van desde muy delgado a muy obeso: Este instrumento permite medir la imagen corporal de manera fiable y sencilla. Para ello, los sujetos deben elegir la figura que más se aproxima a su silueta y también la silueta a la que les



gustaría parecerse. Los resultados ofrecen tres medidas: la imagen actual, la imagen deseada y la discrepancia (deseada-actual), la cual es interpretada como una medida de insatisfacción con la imagen corporal. (20)

Aditivo, con el fin de obtener la prevalencia de los trastornos alimenticios en los estudiantes encuestados se incluyó al final de este la *prueba SCOFF*, misma que recibe su nombre como acrónimo que se forma a partir de las iniciales en inglés de las *conductas de riesgo* que evalúa en cada ítem:

- Inducirse vómito (sick)
- Control sobre la ingesta (control)
- Pérdida de peso (out weight)
- Sentirse gordo (fat)
- La comida domina la vida (food)

Además de ser un instrumento validado de tamizaje corto y sencillo para su aplicación y lograr la valoración de TCA, cuenta con una sensibilidad del 81.9% y especificidad del 78.7%. La prueba se encuentra conformada por cinco preguntas con dos posibles respuestas que son sí y no. Al contestar afirmativamente a 2 o más preguntas, se considera que el cuestionario es positivo, y sugiere una evaluación más exhaustiva por parte de un profesional de la salud mental para confirmar la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria. (32)

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

Los datos recogidos se recolectaron en Microsoft Excel 2020, los cuales fueron procesados en el programa estadístico Jamovi 2.5.5 versión 2024.

La presentación de los datos y análisis de estos se realizó de forma descriptiva en tablas para su mejor comprensión y, además se testificó la validez científica de la investigación.

3.7 Aspectos éticos

La investigación se realizó con base en los principios bioéticos que rigen la práctica médica a nivel mundial, dónde se tomarán en cuenta la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Por lo cual, fue primordial la obtención del consentimiento informado de los participantes, para así proteger sus derechos y bienestar, además de garantizar la



confidencialidad y privacidad de su información, evaluar equitativamente los riesgos y beneficios, evitar la discriminación, obtener la aprobación de un comité ético, permitir la retirada voluntaria de los partícipes, comunicar claramente los resultados y agradecer su contribución.

También se consideró la declaración de Helsinki con el fin de garantizar las normas y principios éticos, que rigen la investigación médica, como son el respeto a la dignidad, autonomía y bienestar de los participantes en la investigación, la necesidad de obtener el consentimiento informado de los participantes, la equidad en la selección de los participantes y la transparencia en la divulgación de los resultados de la investigación. (21)

De acuerdo con la naturaleza de este proyecto, fue importante informar a los participantes sobre el grado de intervención que tendrán, por lo tanto antes de aplicar la encuesta, se les solicitó que lean detalladamente y firmen el consentimiento informado, lo que garantizó una participación libre y voluntaria, de este modo se asegura un acceso a la información de forma responsable y selectiva, esto hace referencia a la Ley Orgánica de Salud del Ecuador (LOS), Capítulo 7, donde se dispone que cualquier intervención a ser ejecutada no puede realizarse con personas sin su conocimiento, por tanto, es importante la socialización sobre los objetivos del estudio, el comunicarles sobre su libertad para no responder y con especial énfasis en la protección de su anonimato. (22)



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



Tabla 6

Caracterización de variables sociodemográficas de los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de Ibarra. 2024

Nivel socioeconómico	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	2	3.1%	1	2.1%	3	2.6%
Medio	57	87.7%	45	93.8%	102	90.3%
Bajo	6	9.2%	2	4.1%	8	7.1%
Total	65	57.5%	48	42.5%	113	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 6 muestra la caracterización sociodemográfica de los estudiantes de bachillerato entre 15 a 18 años de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de Ibarra según nivel socioeconómico y género, el 2.6% del total presenta un nivel socioeconómico alto, con predominio en hombres, 3.1%, el 90.3% corresponde a nivel socioeconómico medio y frecuencia de 93.8% mujeres, sin embargo, para el nivel socioeconómico bajo, el género masculino resultó el más frecuente con 9.2%.



Tabla 7

Factores de riesgo individuales para trastorno alimenticio por género

Factores de riesgo individuales	Género			
	Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%
Predisposición genética				
Si	10	15.4%	6	12.5%
Insatisfacción corporal				
Satisfecho	25	38.5%	13	27.0%
Insatisfacción leve	25	38.5%	24	50.0%
Insatisfacción moderada	15	23.0%	11	23.0%
Nivel de autoestima autopercebido				
Muy alto	8	12.3%	3	6.3%
Alto	22	33.9%	10	20.8%
Neutral	30	46.1%	24	50%
Bajo	5	7.7%	7	14.6%
Muy bajo	0	0%	4	8.3%
Grado de IMC calculado				
Bajo peso	7	10.8%	4	8.3%
Peso normal	41	63.1%	40	83.4%
Sobrepeso	16	24.6%	4	8.3%
Obesidad	1	1.5%	0	0%
Total	65	57.5%	48	42.5%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 7 muestra los factores de riesgo individuales para trastornos de conducta alimentaria que presentan los estudiantes por género, el sexo masculino con mayor predisposición genética para trastornos alimenticios con un 15.4%. Por otra parte, el sexo femenino resultó con una mayor insatisfacción corporal leve según cuestionario de siluetas de Stunkard, con un 50.0%, y ambos sexos fueron aquellos que coincidieron en cifras en presentar insatisfacción corporal moderada (23.0%). De igual manera en cuanto al nivel de autoestima, las mujeres mostraron mayor frecuencia con un 14.6% que corresponden a bajo autoestima. Finalmente, según el



índice de masa corporal, llaman la atención los hombres con el 10.8% de bajo peso y un 24.6% con sobrepeso.

Tabla 8

Otros factores de riesgo individuales para trastorno alimenticio por género

Consumo de sustancias psicoactivas	Género			
	Masculino		Femenino	
Tabaco	Nº	%	Nº	%
Riesgo bajo	48	73.8%	37	77.1%
Riesgo moderado	15	23.1%	11	22.9%
Riesgo alto	2	3.1%	0	0%
Alcohol				
Riesgo bajo	49	75.4%	39	81.3%
Riesgo moderado	15	23.1%	8	16.6%
Riesgo alto	1	1.5%	1	2.1%
Sedantes				
Riesgo bajo	57	87.7%	40	83.3%
Riesgo moderado	8	12.3%	8	16.7%
Nivel de actividad física				
Actividad física alta	40	61.5%	24	50.0%
Actividad física moderada	21	32.3%	17	35.4%
Actividad física baja	4	6.2%	7	14.6%
Dieta				
Consumo de frutas				
Riesgo	49	75.4%	41	85.4%
No riesgo	16	24.6%	7	14.6%
Consumo de hortalizas y vegetales				
Riesgo	45	69.2%	34	70.8%
No riesgo	20	30.8%	14	29.2%
Alimentación fuera del hogar				
Riesgo	2	3.1%	1	2.1%
No riesgo	63	96.9%	47	97.9%
Total	65	57.5%	48	42.5%

Fuente: Elaboración propia



La tabla 8 refleja otros factores de riesgo individuales de trastornos alimenticios según género que incluyó el consumo de sustancias psicoactivas identificado mediante el cuestionario ASSIST, en este tanto hombres como mujeres no varían las cifras del riesgo moderado de consumo de tabaco (23.1% hombres y 22.9% mujeres), mientras que el sexo masculino destaca al presentar riesgo alto con un 3.1%.

El consumo de alcohol como riesgo moderado fue más frecuente en los hombres con un 23.1%, sin embargo, para el sexo femenino el 16.7% estuvo marcado en el riesgo moderado de consumo de sedantes. En cuanto a la valoración de la actividad física según cuestionario IPAQ, en las mujeres obtuvieron un bajo nivel de actividad física con 14.6%, y en los hombres, menos de la mitad. Cabe destacar que ambos sexos presentan cifras similares en realizar actividad física de tipo alta y moderada lo cual es óptimo.

Finalmente, al evaluar la dieta las mujeres presentaron consumo semanal bajo de frutas como de verduras y hortalizas lo que represento riesgo por dieta inadecuada. En ambos sexos el riesgo de consumo de alimentos fuera del hogar fue bajo en relación con el resto de las categorías (3.1% hombres y 2.1% mujeres).

Tabla 9

Factores de riesgo familiares para trastorno alimenticio por género

Factores de riesgo familiares	Género			
	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
Ambiente familiar desestructurado				
Si	36	55.4%	26	54.2%
Sobreprotección parental				
Si	19	29.2%	17	35.4%
Eventos traumáticos familiares				
Si	9	13.8%	14	29.2%
Autoritarismo parental				
Si	11	16.9%	12	25.0%
Total	65	57.5%	48	42.5%

Fuente: Elaboración propia



Los factores de riesgo familiares de trastornos alimenticios por género se muestran en la tabla 9, donde ambos géneros presentan una similitud de cifras (55.4% hombres y 54.2% mujeres) en cuanto al ambiente familiar desestructurado, mientras las mujeres con un 35.4%, refirieron sobreprotección parenteral. Además de haber experimentado eventos traumáticos familiares (29.2%) seguido del autoritarismo parental (25.0%).

Tabla 10

Factores de riesgo socioculturales para trastorno alimenticio por género

Factores de riesgo socioculturales		Género			
		Masculino		Femenino	
		N°	%	N°	%
Presión social respecto a la imagen corporal	Si	49	75.4%	41	85.4%
Influencia de los medios en la percepción de la imagen corporal	Si	48	73.8%	40	83.3%
Aceptación en tu círculo social	Si	17	26.2%	18	37.5%
Total		65	57.5%	48	42.5%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 10 se refiere a los factores de riesgo socioculturales por género, donde las mujeres destacan en las 3 variables evaluadas, al tener presión social respecto a su imagen corporal con un 85.4%. A la influencia de los medios en la percepción de su imagen corporal (83.3%), seguido del 37.5% en aquellas donde resulto importante la aceptación de su imagen corporal en su círculo social.



Tabla 11

Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria por género

Trastornos de conducta alimentaria	Género					
	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Negativo	50	77.0%	28	58.3%	78	69.0%
Positivo	15	23.0%	20	41.7%	35	31.0%
Total	65	57.5%	48	42.5%	113	100.0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 11 muestra la prevalencia de trastornos de conducta alimentaria según cuestionario SCOFF por género, que por cada 100 estudiantes 31 corresponden a trastornos de conducta alimentaria. Siendo más frecuente en el género femenino con el 41.7%.



Tabla 12

Relación de los factores de riesgo con los trastornos de conducta alimentaria

Factores de riesgo individuales	Trastornos de conducta alimentaria				Odds ratio (OR)	Intervalo de Confianza (IC95%)
	Positivo		Negativo			
	N°	%	N°	%		
Predisposición genética	7	6.2%	9	8%	1,92	0,65-5,64
Insatisfacción corporal	30	26.5%	45	39.8%	4,4	2,58-7,46
Autoestima bajo	14	12.4%	2	1.8%	25,33	11,47-55,72
IMC bajo	2	1.8%	9	7.9%	0,46	0,20-1,03
IMC alto	13	11.5%	8	7.1%	3,91	2,36-6,44
Consumo de tabaco	7	6.19%	21	18.6%	0,16	0,10-0,26
Consumo de alcohol	10	8.8%	15	13.3%	1,68	1,05-2,69
Consumo de sedantes	7	6.2%	9	8%	1,92	0,65-5,64
Actividad física baja	1	0.9%	10	8.8%	0,17	0,06-0,50
Bajo consumo de frutas	30	26.5%	60	53.1%	1,8	1,04-3,12
Bajo consumo de hortalizas y verduras	23	20.4%	56	49.6%	0,22	0,14-0,34
Consumo de alimentos fuera del hogar	2	1.8%	1	0.9%	4,67	1,35-16,11
Factores de riesgo familiares						
Ambiente familiar desestructurado	23	20.4%	39	34.5%	1,47	0,96-2,27
Sobreprotección parental	15	13.3%	21	18.6%	2,04	1,32- 3,12
Eventos traumáticos familiares	10	8.8%	13	11.5%	2	1,23-3,22
Autoritarismo parental	15	13.3%	8	7.1%	6,56	3,94-10,90
Factores de riesgo socioculturales						
Presión social respecto a la imagen corporal	32	28.3%	58	51.3%	3,68	1,90-7,10
Influencia de los medios respecto a la imagen corporal	30	26.5%	58	51.3%	2,069	1,20-3,59
Aceptación en el círculo social	15	13.3%	20	17.7%	2,175	1,42-3,35

Fuente: Elaboración propia



La tabla 12 muestra la relación de los factores de riesgo con los trastornos alimenticios, donde los resultados muestran que el factor de riesgo con mayor asociación ($OR=25,33$, $IC95\%:11,47-55,72$) es la baja autoestima, lo que indica que los adolescentes con baja autoestima tienen aproximadamente 25 veces más probabilidades de presentar un TCA. Seguido tenemos al autoritarismo parental con una alta asociación ($OR=6,56$, $IC95\%:3,94-10,90$), que muestra que los estudiantes expuestos a este tipo de ambiente familiar tienen acerca de 6.5 veces más probabilidades de desarrollar un TCA. Así mismo con una elevada asociación ($OR=4,67$, $IC95\%:1,35-16,11$) tenemos el consumo de alimentos fuera del hogar, lo que revela que personas que presentan alimentación fuera del hogar tienen 4.7 veces más probabilidades de presentar un TCA.

Otro factor de riesgo con alta asociación es la insatisfacción corporal ($OR=4,4$, $IC95\%:2,58-7,46$), lo que explica que estudiantes que presentan una insatisfacción corporal tienen 4.4 veces más probabilidades de presentar un TCA. De igual manera, el IMC alto mantiene una asociación elevada ($OR=3,91$, $IC95\%:2,36-6,44$), mostrando que aquellos que presentan IMC alto tienen 4 veces más probabilidades de presentar un TCA.

Finalmente, la presión social respecto a la imagen corporal conserva una alta asociación ($OR=3,68$, $IC95\%:1,90-7,10$), lo cual quiere decir que los adolescentes que presentan presión social respecto a su imagen corporal tienen 3.7 veces más probabilidades de presentar un TCA. El resto de los factores presentaron una asociación débil o moderada con presentar un trastorno de conducta alimentaria.



DISCUSIÓN

Los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimenticios en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra son múltiples. Estudios han demostrado que los factores genéticos como factor de riesgo están con relación a los distintos tipos de trastornos de conducta alimentaria y la revista *The International Journal of Eating Disorders* explica que alrededor del 40% están relacionados con TCA sobre todo en las mujeres, en los hombres los factores genéticos tienen una menor influencia, y en nuestro estudio se evidencia la predominancia del factor de riesgo genético de estos trastornos en el género masculino. (23) (24)

Además, se destaca que las mujeres presentan un predominio en la insatisfacción corporal y baja autoestima, estos resultados coinciden con un estudio realizado en el año 2024 sobre insatisfacción corporal, autoestima, sintomatología depresiva y estado nutricional en adolescentes chilenos en edades 10 a 19 años, donde más de la mitad de las mujeres reporta insatisfacción corporal respecto a los hombres, además presenta diferencias significativas entre ambos sexos al hablar del autoestima, donde las mujeres presentaron autoestima más baja en comparación con los hombres, lo cual concuerda con nuestra investigación. (25)

Otro estudio realizado en Roma en el 2019 mostró una mayoría de los adolescentes italianos presenta insatisfacción con su imagen corporal según modelo de siluetas de Stunkard, y el deseo de ser más delgado es superior en las chicas igual que este estudio. Referente al IMC calculado, la mayoría de los estudiantes tanto hombres como mujeres tienen un peso normal según el IMC lo cual es ideal, sin embargo, como concluyen estos estudios, las mujeres quieren ser más delgadas incluso teniendo un peso adecuado, debido a su baja autoestima e insatisfacción corporal, lo que explicaría que aquellos que presentan un IMC elevado son los hombres. (26)

Para Gómez en el año 2019, el consumo de sustancias psicoactivas más comunes en los adolescentes son el tabaco y el alcohol, y al ser considerado un síntoma de los TCA, se evaluaron estos factores en la población. Los resultados fueron similares con un estudio de la revista mexicana de trastornos alimentarios, donde las mujeres presentaron mayor prevalencia



que los hombres en presentar alto consumo de tabaco y alcohol. Posiblemente porque los adolescentes lo usan como mecanismo para suprimir el apetito y controlar el peso. (27)

Por otra parte, se presenta mayor predominancia de consumo de sedantes por parte de las mujeres, y esto coincide con una investigación realizada en España (2024) que indica que el consumo de ansiolíticos e hipnosedantes en adolescentes es mayor en las mujeres a los 17 años, y de igual forma corrobora otro estudio elaborado por Valle (2020) que detectó que mujeres de edades entre 14 y 18 años muestran un consumo superior de ansiolíticos e hipnosedantes, esto puede deberse a que las mujeres adolescentes tienen mayor propensión a sufrir afecciones mentales como trastornos alimenticios, ansiedad, depresión y el insomnio, lo que conlleva a un mayor consumo de estos psicofármacos. (28)

Al referirnos a la dieta inadecuada, autores como López A. y Laura I. (2022), muestran que aquellas personas con algún tipo de trastorno de conducta alimentaria como anorexia o bulimia, presentan un déficit importante de vitaminas y minerales esenciales, que nos aportan las frutas, verduras y hortalizas, por lo que el bajo consumo de estas concuerda con nuestro estudio, siendo superior en las mujeres aquellas que presenta mayor prevalencia de TCA, y es fundamental el manejo nutricional debido a que este participa en el tratamiento de aquellas personas que padecen dichos trastornos. (29) (30)

Con relación a los factores de riesgo familiares, la revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento en el año 2022 sugiere que las mujeres, especialmente las adolescentes, son más propensas a experimentar problemas relacionados por ciertas características familiares como la estructura y relaciones familiares, padres estrictos y sobreprotectores, y conflictos familiares frecuentes conllevándolas a padecer un TCA. Esto se ve reflejado en nuestro estudio ya que se observa una mayor predominancia de problemas familiares como haber experimentado eventos traumáticos, además de sobreprotección y autoritarismo parental, probablemente por estigma que reciben las mujeres debido a que su conducta refleja más directamente la reputación y el honor de la familia, además del temor de los padres a que sus hijas sufran acoso, abuso o embarazos no deseados, lo que pudo afectar en su alimentación. (31)



Acerca de los factores de riesgo socioculturales, un estudio realizado por la revista mexicana de trastornos alimenticios en el año 2022 revela que los estándares de belleza cumplen un rol sustancial como fenómeno sociocultural en la manifestación de los TCA, principalmente en las mujeres. Por lo que los resultados de la investigación muestran claramente que este tipo de factores afectan más al género femenino (32). Ambos estudios coinciden en que la sociedad a menudo establece estándares de belleza, influenciados por los medios de comunicación y redes sociales, generando una mayor presión y malestar en las mujeres, imponiendo mandatos y prototipos que llevan a las mujeres a caer en dietas perjudiciales o desarrollar un TCA, para alcanzar el cuerpo socialmente esperado, lo cual impacta negativamente en su imagen corporal y autoestima, y esto se ve plasmado en los resultados de esta investigación.

Al hablar sobre la prevalencia de trastornos alimenticios en la población medida mediante el cuestionario SCOFF es alta, afectando aproximadamente a 31 de cada 100 estudiantes. Además, se observa una mayor prevalencia en el género femenino. Estos hallazgos son consistentes con la literatura sobre trastornos alimenticios en Guadalajara (2021) que de igual manera destaca una alta prevalencia de estos trastornos utilizando el cuestionario SCOFF, cuyos resultados muestran mayor predominancia en el género femenino. Así mismo, en la revista Nutrición Hospitalaria (2019), refiere una alta prevalencia de trastornos alimenticios en población adolescente mediante el cuestionario SCOFF, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres. (28) (33)

Otro estudio realizado por la revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS) en el año 2023 encontró una marcada prevalencia de TCA en adolescentes españoles de entre 9 y 25 años, siendo más predominante en mujeres que en los hombres. (34)

En fin, varios estudios destacan la utilización del cuestionario SCOFF, como una herramienta validada, útil y fácil de aplicar para la detección temprana de los TCA, ya que proporciona datos confiables acerca de las conductas de riesgo que evalúan sus ítems, convirtiéndolo en un instrumento confiable para el tamizaje en población general y así poder derivar al especialista de manera oportuna a las personas cuyos resultados fueron positivos con el fin de recibir un tratamiento personalizado.



Finalmente, acerca de la relación existente entre los factores de riesgo mencionados y trastornos alimenticios, el principal factor para desarrollar un TCA es la autoestima bajo, esta relación es consistente con los hallazgos de un metaanálisis publicado en 2022 en la revista *International Journal of Eating Disorders* concluyó que la baja autoestima es un factor primordial para la aparición de un TCA en los adolescentes, con un tamaño del efecto similar encontrado en este estudio, además otro estudio de 2023 en la revista *Semilla Científica* afirma que la baja autoestima puede aumentar la vulnerabilidad de desarrollar un TCA, y estos a la vez pueden causar un disminución mayor del autoestima. (35) (36)

Según la bibliografía, Los TCA podrían ser un síntoma de la disfunción familiar, debido a que la familia tiene una gran influencia en las creencias, prácticas y elección y consumo de alimentos. Según un estudio del año 2020 publicado por la revista *Journal of Negative and No Positive Results*, la relación entre los miembros; sea madre-hija o padre-hija es un factor clave para el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, puesto que la madre es responsable de transmitir las pautas alimentarias dependiendo la percepción que esta tenga sobre el peso y apariencia física, además que autores mencionan que muchas adolescentes con TCA dicen no haberse sentido queridas por su padre, y que el comportamiento que presenten sus padres como ejercer demasiado control sobre la alimentación de ellos, junto con la presión para que sean delgados contribuye al desarrollo de una imagen corporal negativa y consecuencia realicen conductas negativas que pongan en riesgo su salud. Por lo que en el estudio se ve reflejado que el autoritarismo parental tuvo una alta asociación con los TCA. Y esto concuerda con un estudio que afirma que el estilo autoritario en el padre tiene resultados significativos en relación con el desarrollo de estos trastornos. (37) (38) (39)

Este estudio revela que otro factor de riesgo que obtuvo una alta asociación con los TCA, y concuerda con el artículo de *Kids Health* (2022), comer fuera de casa puede aumentar el riesgo de desarrollar trastornos alimenticios esto debido a que es el consumo de alimentos fuera del hogar ya sea por motivos académicos, laborales u otros, conlleva un mayor consumo de alimentos pocos saludables, como comida chatarra, bebidas azucaradas y alimentos procesados, además de perder el control de comer sin la supervisión y rutina del entorno familiar, puede hacer que las personas con tendencia a TCA sientan una mayor pérdida de



control sobre su alimentación, lo que puede desencadenar conductas compensatorias como atracones. (40)

La literatura señala que aquellos adolescentes con un IMC alto, es decir con sobrepeso u obesidad tienen mayores niveles de insatisfacción corporal y se asocian con baja autoestima, depresión y trastornos alimentarios, y la realidad no es alejada, este estudio muestra una asociación alta similar tanto en estudiantes con IMC alto e insatisfacción corporal con trastornos alimenticios y concuerda con otro estudio de la revista espacios del año 2019 sobre Obesidad e insatisfacción corporal en estudiantes donde destacan que aquellos estudiantes con IMC elevado, es decir iguales o superior a 25, presentan alta insatisfacción hacia su figura. (41)

El último factor de riesgo que presentó alta asociación con un TCA, dentro del índole sociocultural, fue la presión social respecto a la imagen corporal, y los resultados coinciden con un modelo explicativo publicado en el año 2023 muestra que las influencias socioculturales, fijan ideales de delgadez que al ser internalizados pueden llevar al desarrollo de un trastorno de conducta alimentaria debido a que influía de manera negativa en la insatisfacción corporal, lo cual genera bajo autoestima, miedo a engordar y un gran deseo por perder peso en la población estudiada. (42)



CAPÍTULO V

PROPUESTA



Las intervenciones en la población adolescente resultan de gran importancia dado la vulnerabilidad para trastornos de conductas alimentarias producto muchas veces de su inmadurez y en otras de la no comprensión familiar o del entorno social. A continuación, en la tabla 13 se propone medidas de prevención para minimizar trastornos de conductas alimentarias en este grupo de edad.

Tabla 13

Propuesta de medidas preventivas para trastornos de conducta alimentaria

Acciones educativas	Objetivos	Forma de realización	Dirigido a
1. Aceptación corporal y autoestima	<ul style="list-style-type: none"> Promover una imagen corporal positiva y mejorar la autoestima de los adolescentes. 	Talleres, dinámicas de grupo y charlas con especialistas.	Estudiantes y cuerpo docente.
2. Alimentación saludable	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar hábitos alimenticios saludables y equilibrados. 	Charlas, talleres, demostraciones y actividades prácticas.	Estudiantes y cuerpo docente.
3. Manejo de disfunción familiar	<ul style="list-style-type: none"> Brindar herramientas para afrontar de manera efectiva los desafíos y conflictos familiares. 	Talleres, sesiones de terapia familiar y grupos de apoyo.	Estudiantes, docentes y padres de familia.
4. Conductas sociales propias del adolescente	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar habilidades sociales y de comunicación afectiva. 	Dinámicas de grupo, talleres y actividades de liderazgo.	Estudiantes, docentes y padres de familia.
5. Adicciones más frecuentes en la adolescencia.	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir y abordar el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y otras adicciones. 	Charlas informativas, talleres y derivación a programas de tratamiento.	Estudiantes, docentes y padres de familia.

Fuente: Elaboración propia



CONCLUSIONES

- Se ha identificado una alta prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en la población estudiantil, casi un tercio de los estudiantes, siendo más frecuente en el género femenino.
- Las mujeres presentaron mayor frecuencia en mostrar los distintos factores de riesgo; individuales como insatisfacción corporal, baja autoestima, dieta inadecuada, actividad física baja; dentro de los factores de riesgo familiares: los eventos traumáticos, sobreprotección y autoritarismo parental y finalmente los factores socioculturales; presión social, influencia de los medios y aceptación en su círculo social con respecto a su imagen corporal en comparación con los hombres.
- Los factores de riesgo que tuvieron una alta asociación con trastornos alimenticios fueron la autoestima baja, el autoritarismo parental, el consumo de alimentos fuera del hogar, la insatisfacción corporal, un IMC alto y la presión social respecto a la imagen.
- Se realizó una propuesta de medidas preventivas de factores y conductas de riesgo frecuentes dirigidas a docentes, estudiantes y padres de familia.



RECOMENDACIONES

- Implementar la propuesta de acciones preventivas para reducir factores y conductas de riesgo frecuentes en la institución educativa evaluada y de ser posible replicar la estrategia en otras instituciones.
- Desarrollar programas de educación y concientización sobre trastornos de conducta alimentaria dirigidos a estudiantes, padres y personal docente con el fin de mejorar el conocimiento e identificación oportuna de señales de alerta.
- Promover talleres y actividades que fomenten los conocimientos sobre problemas frecuentes en adolescentes.
- Fortalecer la coordinación entre los centros educativos, los servicios de salud mental y las familias para brindar un abordaje integral y oportuno a los estudiantes en riesgo o con trastornos alimenticios diagnosticados.
- Aquellos estudiantes que dieron positivo en el cuestionario SCOFF sean valorados por un especialista en salud mental para identificar el tipo específico de trastorno alimentario que presentan y su abordaje oportuno.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arija-Val V, Santi-Cano MJ, Novalbos-Ruiz JP, Canals J, Rodríguez-Martín. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. [Online].; 2022. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000500003.
2. Asociación TCA Aragón. Estadísticas sobre los TCA. [Online].; 2020. Available from: <https://www.tca-aragon.org/2020/06/01/estadisticas-sobre-los-tca/>.
3. Guamán AML. FACTORES ASOCIADOS A DESORDENES ALIMENTICIOS EN ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “SANTA MARÍA DE LA ESPERANZA”. [Online].; 2018. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29638/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>.
4. Enrique ZGC, Ramírez Andreína. PREVALENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES. [Online].; 2020. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2020/spn202b.pdf>.
5. Guajardo E. , Otarola Z , Cea V , Vásquez L.. TRASTORNO ALIMENTICIO. [Online].; 2022. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1427585/1-trastorno-alimenticio.pdf>.
6. Klein, MD , Attia, MD. Anorexia nervosa in adults: Clinical features, course of illness, assessment, and diagnosis. [Online].; 2023.
7. DynaMed. Anorexia Nervosa. [Online].; 2023. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/anorexia-nervosa#GUID-3992A1B1-4101-468A-8AD9-715ABBAA5A58>.
8. DynaMed. Bulimia Nervosa. [Online].; 2023. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/bulimia-nervosa#GUID-C7D495AD-5F61-4C7F-A4BF-93B7F334FE13>.



9. Joel Yager M. Eating disorders: Overview of prevention and treatment. [Online].; 2023. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment/print?search=trastornos>.
10. DynaMed. Binge Eating Disorder. [Online].; 2023. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/binge-eating-disorder#GUID-89C482A8-B96F-4832-BF00-D65DABB19FB3>
11. Robyn Sysko, PhD , Michael Devlin, MD. Binge eating disorder in adults: Overview of treatment. [Online].; 2023. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/binge-eating-disorder-in-adults-overview-of-treatment/print?search=trastornos>.
12. James E Mitchell, MD , Christie Zunker, PhD, CPH, C. Bulimia nervosa and binge eating disorder in adults: Medical complications and their management. [Online]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/bulimia-nervosa-and-binge-eating-disorder-in-adults-medical-complications-and-their-management/print?se>.
13. Clínica Barcelona. Factores de riesgo [Internet]. Clínica Barcelona; [consultado el 17 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo>
14. Dra. Laura Vanessa Bermúdez Durán , Dr. Mario Andrés Chacón Segura , Dra. Diana Melissa Rojas Sancho. Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. [Online].; 2021.
15. Jean Pierre Zila-Velasque , Pamela Grados-Espinoza , Kateriny Margot RegaladoRodríguez. Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid19: estudio multicéntrico. [Online].; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9359929/>.
16. López Peñas DL , Villalón García IV , Andrades Ramírez CA. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ESFERA DE LA PATOLOGÍA FUNCIONAL DIGESTIVA.



17. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Manual para el uso de la prueba ASSIST en la primaria. Organización Mundial de la Salud. 2020.
18. Organización Mundial de la Salud. Perfiles de países sobre enfermedades no transmisibles 2021 . Ginebra: OMS. 2021
19. Sánchez-Oliva, D., Pulido, JJ, Amado, D., González-Ponce, I., y Sánchez-Miguel, PA. Procesos motivacionales que influyen en la actividad física y la conducta de ejercicio en estudiantes universitarios españoles. *Nutrients* , 11(10), 2373.2019
20. Sánchez-Oliva D, Pulido JJ, Amado D, González-Ponce I, Sánchez-Miguel PA. Imagen corporal y obesidad mediante las Siluetas de Stunkard en niños y adolescentes indios de 8 a 15 años. *Rev Psico Deporte*. 2019;28(1):19-34.
21. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: principios éticos para la investigación médica en seres humanos. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. 2014;62(2):209-212.
22. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. *Asam Nac del Ecuador [Internet]*. 2022;(423):1–49. Available from: [https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley Orgánica de Salud.pdf](https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley%20Org%C3%A1nica%20de%20Salud.pdf)
23. Himmerich H, Bentley , Kan C, Treasure J. Factores de riesgo genéticos para los trastornos alimentarios: una actualización e información sobre la fisiopatología. [Online]; 2019. Disponible en: https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/02_ret_82_factores_de_riesgo_trastornos_alimentarios.pdf.
24. Hübel C, Abdulkadir M, Herle M, Loos RJF, Breen G, Bulik CM, Micali N. No existe una solución única para todos. La genómica diferencia entre anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. *The International Journal of Eating Disorders*. 2021;54(5):785–793. <https://doi.org/10.1002/eat.23481> [1]
25. Morán C, Montserrat V, Parra J. *Revista Chilena de Pediatría*. [Online]; 2024. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532024000100069.



26. Sánchez Castillo S, López Sánchez GFSM. Journal of Sport and Health Research. [Online]; 2019.
27. Daniela Gómez González RFCVMTGGSAJyDCB. Población y Salud en Mesoamérica. Asociación entre el consumo de tabaco y alcohol en mujeres de 15 a 49 años en Costa Rica, según los resultados de la Encuesta de Mujer, Niñez y Adolescencia. [Online]; 2019. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/52274>.
28. Lopez A. EFE. [Online]; 2024. Disponible en: <https://efe.com/salud/2024-01-11/ansioliticos-adolescentes-hipnosedantes-psicofarmacos/>.
29. Valle NCA, Covarrubias-Esquer JD. Trastornos de la conducta alimentaria; 2020.
30. GRUPO DE TRABAJO SENPE. Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial. [Online].: Nutrición Hospitalaria; 2021.. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000400857.
31. Laura Isabel Chóez Plúa RTD. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento Laura Isabel Chóez Plúa 1 Laura Isabel Chóez Plúa 1. [Online]; 2021.
32. Figueroa AMP, Espinoza S, Torres N, Vera K. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Online]; 2022.
33. Pérez MPS, Martínez JA, Valecillos AJ, Gainza García L. Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359321000599>.
34. Martín PSP. REVISTA DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD (RIECS). [Online]; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2023.8.2.398>.
35. Tejada AEA. Revista International Journal of Eating Disorders. [Online]; 2022. Disponible en: https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/15830/Ames-Tejada_Autoestima-Desarrollo-Trastornos.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
36. Martínez Y, Núñez J, Vargas I. Revista Semilla Científica. [Online]; 2023.



37. Prieto JF, Martín GH, Montes-Martínez MÁ. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. [Online]; 2020.
38. Losada AV, Charro. ACADEMIA.ORG. [Online]; 2018. Disponible en: <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/28.pdf>.
39. Rodríguez J. Revista Perspectivas Metodológicas. [Online]; 2021. Disponible en: <https://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/2687/1599>.
40. D'Arcy Lyness P. Kids Health. [Online]; 2022. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/eat-disorder.html>.
41. SALAMEA RM, GONZÁLEZ MA. Revista Espacios. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a19v40n36/a19v40n36p05.pdf>.
42. Pérez-Bustinzar AR, Valdez-Aguilar , Moreno LR, Radilla Vázquez CC. Influencias socioculturales sobre la imagen corporal en pacientes. [Online]; 2023.



ANEXOS

Anexo 01: Consentimiento informado

Consentimiento Informado para participantes de la investigación:

La Conducta de Riesgo relacionada con los Trastornos de la Alimentación en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación sobre el método para la recolección de datos, así como de su rol como informantes.

La presente investigación es conducida por el estudiante Saltos Morales Edison David, perteneciente a la Universidad Técnica del Norte. El objetivo del estudio es conocer la conducta de riesgo relacionada con los Trastornos de Alimentación en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a:

- Saltos Morales Edison David: celular 0987919687
- Correo electrónico: edsaltosm@utn.edu.ec

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____

Nombre del investigador: _____

Firma del investigador: _____



Anexo 02: Operacionalización de variables

Instrumento	Variable	Clasificación	Escala Categoría Variable	Definición operacional
Características Sociodemográfica				
Encuesta	Edad	Cuantitativa discreta	Edad de 15 a 18 años cumplidos	Años cumplidos por el estudiante a través de la encuesta.
	Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Características biológicas y fisiológicas que definen en femenino y masculino.
	Nivel socioeconómico	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Medio • Bajo 	Clasificación del estatus socioeconómico del estudiante, basada en indicadores como ingreso familiar, nivel educativo de los padres y ocupación.
Factores de riesgo individuales				
Encuesta	Predisposición genética	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Presencia de antecedentes familiares de trastornos alimentarios.
	Nivel de autoestima auto percibido	Cualitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • Muy alto • Alto • Neutral • Bajo • Muy bajo 	Percepción global autopercibida positiva o negativa sobre sí mismo.
	Insatisfacción corporal	Cualitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfecho • Insatisfacción leve • Insatisfacción moderada • Insatisfacción grave 	Puntaje obtenido en la escala de siluetas de Stunkard de Insatisfacción corporal, que mide el grado de insatisfacción con la imagen corporal.
	Grado de IMC calculado	Cualitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso • Peso normal • Sobrepeso • Obesidad 	Índice de Masa Corporal (IMC) calculado a partir del peso y talla del estudiante.
	Consumo de sustancias psicoactivas	Cualitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo bajo • Riesgo moderado • Riesgo alto 	Evaluar el riesgo de consumo de sustancias como alcohol, tabaco, sedantes a través del cuestionario ASSIST.
	Nivel de actividad física	Cualitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física alta • Actividad 	Evalúa diferentes dimensiones de la actividad física, como intensidad,



			física moderada • Actividad física baja	frecuencia y duración a través del cuestionario IPAQ.
	Dieta inadecuada	Cualitativa nominal	• Riesgo • No riesgo	Mide el riesgo de consumo de frutas, verduras y hortalizas y el consumo de alimentos fuera del hogar a través del cuestionario STEPS.
Factores de riesgo familiares				
	Ambiente familiar desestructurado	Cualitativa nominal dicotómica	• Si • No	Presencia de conflictos, violencia o falta de cohesión en el entorno familiar.
	Sobrotección parental	Cualitativa nominal dicotómica	• Si • No	Presencia de control y supervisión excesiva de los padres.
	Eventos traumáticos familiares	Cualitativa nominal dicotómica	• Si • No	Presencia de situaciones estresantes o traumáticas en la familia, como divorcio, enfermedad o muerte de un familiar.
	Autoritarismo parental	Cualitativa nominal dicotómica	• Si • No	Presencia de exigencia y falta de afecto de los padres.
Factores de riesgo socioculturales				
Encuesta	Presión social respecto a la imagen corporal	Cuantitativa nominal dicotómica	• Si • No	Presencia de presión por parte de familiares y amigos con respecto a su cuerpo.
	Influencia a de los medios en la percepción de la imagen corporal	Cuantitativa nominal dicotómica	• Si • No	Presencia de impacto de los medios de comunicación en la insatisfacción corporal.
	Aceptación en el círculo social	Cuantitativa nominal dicotómica	• Si • No	Presencia de percepción de aceptación o rechazo por parte del entorno social respecto a su figura.
Trastornos de Conducta Alimentaria				
	Inducirse el vómito (sick)	Cualitativa nominal dicotómica	• Sí • No	Presencia de conductas de vómito autoinducidas con el fin de controlar el peso mediante el cuestionario SCOFF
	Control sobre la ingesta (control)	Cualitativa nominal dicotómica	• Sí • No	Presencia de control y restricción sobre la alimentación mediante cuestionario SCOFF



Encuesta	Pérdida de peso (out weight)	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Diferencia entre el peso actual y el peso habitual del estudiante mediante cuestionario SCOFF
	Sentirse gordo (fat)	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Percepción subjetiva de tener exceso de peso mediante cuestionario SCOFF
	Comida domina la vida (food)	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	Pensamientos y conductas relacionadas con la alimentación controlan la vida del estudiante mediante cuestionario SCOFF

Anexo 03: Instrumento de recolección de datos

Codigo _____

CONDUCTAS DE RIESGO RELACIONADAS CON LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

El presente estudio busca determinar las conductas de riesgo relacionadas a los trastornos de la alimentación en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra en el año 2024, y además su prevalencia con el fin de proponer medidas preventivas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por el estudiante Solón Morales Edison David, perteneciente a la Universidad Técnica del Norte. El objetivo de estudio es conocer la conducta de riesgo relacionada con los trastornos de la alimentación en los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Diocesana Bilingüe de la ciudad de Ibarra. La participación en este estudio es únicamente voluntaria. La información que se recoge será confidencial.

Acepto ser parte de la investigación

No acepto ser parte de la investigación

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Género: M F

Curso: _____

Nivel socioeconómico:

- Alto
- Medio
- Bajo

CONSUMO DE TABACO (ASSIST)

1. ¿Alguna vez en su vida ha consumido?

Tabaco	SI	NO
Bebidas alcohólicas	SI	NO
Cannabis	SI	NO
Cocaína	SI	NO
Estimulantes de tipo anfetamínicos	SI	NO
Infantes	SI	NO
Sedantes o pastillas para dormir	SI	NO
Alucinógenos	SI	NO
Opiáceos	SI	NO
Otro (Especifique el nombre)	SI	NO



2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que menciona?

	NUNCA	1 a 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario
Tobaco	0	2	3	4	5
Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	5
Cannabis	0	2	3	4	5
Cocaína	0	2	3	4	5
Estimulantes de tipo anfetamínico	0	2	3	4	5
Infusiones	0	2	3	4	5
Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	5
Alucinógenos	0	2	3	4	5
Opiáceos	0	2	3	4	5
Otro (Especifique el nombre)	0	2	3	4	5

3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansia de consumir?

	NUNCA	1 a 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario
Tobaco	0	3	4	5	6
Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
Cannabis	0	3	4	5	6
Cocaína	0	3	4	5	6
Estimulantes de tipo anfetamínico	0	3	4	5	6
Infusiones	0	3	4	5	6
Sedantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
Alucinógenos	0	3	4	5	6
Opiáceos	0	3	4	5	6
Otro (Especifique el nombre)	0	3	4	5	6

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de estas sustancias le ha causado problemas de salud, sociales, legales o académicos?

	NUNCA	1 a 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario
Tobaco	0	4	5	6	7
Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
Cannabis	0	4	5	6	7
Cocaína	0	4	5	6	7

Estimulantes de tipo anfetamínico	0	4	5	6	7
Infusiones	0	4	5	6	7
Sedantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
Alucinógenos	0	4	5	6	7
Opiáceos	0	4	5	6	7
Otro (Especifique el nombre)	0	4	5	6	7

5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de estas sustancias?

	NUNCA	1 a 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diario
Tobaco	0	3	4	5	6
Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
Cannabis	0	3	4	5	6
Cocaína	0	3	4	5	6
Estimulantes de tipo anfetamínico	0	3	4	5	6
Infusiones	0	3	4	5	6
Sedantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
Alucinógenos	0	3	4	5	6
Opiáceos	0	3	4	5	6
Otro (Especifique el nombre)	0	3	4	5	6

6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más de alguna vez ha demostrado preocupación por sus hábitos de consumo?

	NUNCA	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
Tobaco	0	1	2
Bebidas alcohólicas	0	1	2
Cannabis	0	1	2
Cocaína	0	1	2
Estimulantes de tipo anfetamínico	0	1	2
Infusiones	0	1	2
Sedantes o pastillas para dormir	0	1	2
Alucinógenos	0	1	2
Opiáceos	0	1	2
Otro (Especifique el nombre)	0	1	2



1. ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de estas sustancias?

	NUNCA	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
Tobaco	0	6	3
Bebidas alcohólicas	0	6	3
Cannabis	0	6	3
Cocaína	0	6	3
Fármacos de tipo antidiabéticos	0	6	3
Anticancerígenos	0	6	3
Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
Alucinógenos	0	6	3
Opiáceos	0	6	3
Otro (Especifique el nombre)	0	6	3

¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía intravenosa?

Cuatro días por mes en promedio en los últimos 3 meses.
 Más de cuatro días por mes en promedio en los últimos 3 meses.

	Tobaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Anticancerígenos	Inhalantes	Sedantes	Alucinógenos	Opiáceos	Otro
PREGUNTA 2										
PREGUNTA 3										
PREGUNTA 4										
PREGUNTA 5										
PREGUNTA 6										
PREGUNTA 7										
TOTAL										

INTERPRETACIÓN

RESPOSTA	VALOR
NINGUNA	0
POCOS	1-3
ALGUNOS	4-6
MUCHOS	7-9
MÁS DE UNO	10-12

DIETA (STEPS)

- En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas?
 - No consume
 - 1-2 porciones
 - 3-4 porciones
 - >4 porciones
- En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras y hortalizas?
 - No consume
 - 1-2 porciones
 - 3-4 porciones
 - >4 porciones
- En una semana típica, ¿Cuántas comidas come usted fuera de su casa?
 - No come fuera de casa
 - 1-3 comidas a la semana
 - 4-6 comidas a la semana
 - >6 comidas a la semana

ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Plenar en todas las actividades **VIGOROSAS** que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas vigorosas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Plenar solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

- Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos días realizó actividades físicas vigorosas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?
 - Días por semana
 - Ninguna actividad física intensa (veja a la pregunta 3)
- Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días? (ejemplo: si practicó 30 minutos marque 0 h y 30 min)
 - Horas por día
 - Minutos por día
 - No sabe/lo está seguro

Plenar en todas las actividades **MODERADAS** que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hacen respirar algo más intensamente que lo normal. Plenar solo en aquellas actividades que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

- Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar a dobles en tenis? No incluye caminar.
 - Días por semana
 - Ninguna actividad física intensa (veja a la pregunta 3)



4. Hábitudamente, ¿Cuánto tiempo en total dedico a una actividad física moderada en uno de esos días? (ejemplo: si practico 20 minutos marque 0 h y 20 min)

- Horas por día:
- Minutos por día:
- No sabemos está seguro

Plantea en el tiempo que usted dedica a **CAMINAR** en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra actividad que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminos por lo menos 10 minutos seguidos?

- Días por semana:
- Ninguna actividad física intensa (vepa a la pregunta 1)

6. Hábitudamente, ¿Cuánto tiempo en total dedico a caminar en uno de esos días?

- Horas por día:
- Minutos por día:
- No sabemos está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que usted está **SENTADO** durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clínica, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasa sentado ante un escritorio, leyendo, viajando en autobús, o sentado o recostado mirando tele.

7. Hábitudamente, ¿Cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

- Horas por día:
- Minutos por día:
- No sabemos está seguro

INTERPRETACIÓN

1. Actividad física vigorosa: MET x minutos x días por semana	0,4
2. Actividad física moderada: MET x minutos x días por semana	0,4
3. Caminar: 3,3 x minutos x días por semana	0,3,3
TOTAL:	

Ejemplo: 4 MET x 30 minutos x 3 días = 100 MET (ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA)

A continuación, sume los tres valores obtenidos:
TOTAL = Actividad física vigorosa + Actividad física Moderada + caminar

FACTORES DE RIESGO

INDIVIDUALES

1. ¿Alguno de sus familiares directos (padres, hermanas, abuelos) ha sido diagnosticado o ha tenido problemas relacionados con trastornos de la conducta alimentaria como **anorexia o bulimia**?

- Sí
- No

2. ¿Cuál consideras que es el nivel de tu autoestima?

- Muy alto
- Alto
- Normal
- Bajo
- Muy bajo

Pregunta 3.

Percepción e insatisfacción corporal (Escala de Siluetas de Silmank)

Figura actual: ¿Cuál de las siguientes figuras se parece más a tu cuerpo actual? Pídele a la persona que seleccione la silueta que mejor represente su cuerpo actual.

Figura deseada: ¿A cuál de estas figuras le gustaría tener o a la que desearía parecerse? Pídele a la persona que elija la silueta que represente su figura ideal o deseada.

- Figura 1 Muy delgada: 1
- Figura 2 delgada: 2
- Figura 3 ligeramente delgada: 3
- Figura 4 normal: 4
- Figura 5 ligeramente gruesa: 5
- Figura 6 gruesa: 6
- Figura 7 muy gruesa: 7
- Figura 8 excesivamente gruesa: 8
- Figura 9 muy excesivamente gruesa: 9



INTERPRETACIÓN

Figura actual	Figura deseada	Discrepancia	Nivel de insatisfacción corporal

La discrepancia se obtiene restando el valor de la figura deseada del valor de la figura actual:

- Si la discrepancia es igual a 0, significa que el sujeto está satisfecho con su imagen corporal.
- Si la discrepancia es positiva, indica que el sujeto tiene un deseo de ser más grande.
- Si la discrepancia es negativa, sugiere que el sujeto tiene un deseo de ser más delgado.

Y con este resultado sabemos el nivel de insatisfacción corporal:

- Discrepancia de 1 a 2 libras = Satisfacción
- Discrepancia de 3 a 4 libras = Insatisfacción leve
- Discrepancia de 5 a 7 libras = Insatisfacción moderada
- Discrepancia de 8 o más libras = Insatisfacción grave

Ejemplo:

- Figura actual: 5 libras menos ideal
- Figura deseada: 2 (Figura menos delgada)
- Discrepancia: 3 libras (5 - 2)

En este caso, la discrepancia es negativa (-3) indicando una insatisfacción moderada con la imagen corporal.

Ejemplo:

- Figura actual: 3 libras menos ideal
- Figura deseada: 4 (Ideal)
- Discrepancia: 1 libras (3 - 4)

En este caso, la discrepancia es positiva (+1) indicando una insatisfacción leve con la imagen corporal.

Pregunta 4.

PESO, TALLA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Peso actual (kg): _____ Talla (cm): _____

IMC = peso (kg) / altura (m)²

¿Cuál es tu Índice de Masa Corporal (IMC)?

- Bajo peso (IMC < 18.5)
- Peso normal (IMC 18.5 - 24.9)
- Sobrepeso (IMC 25 - 29.9)
- Obesidad (IMC ≥ 30)

FAMILIARES

5. ¿Consideras que la estructura y dinámica de tu familia ha influido en tus hábitos alimentarios y en cómo te sientes con tu cuerpo?

- Sí
- No

6. ¿Consideras que tus padres tienden a sobreprotgerlo en aspectos relacionados con la alimentación y la imagen corporal?

- Sí
- No

7. ¿Has experimentado eventos traumáticos en tu familia que se han influido en tu relación con la alimentación y tu cuerpo?

- Sí
- No

8. ¿Crees que tus padres son demasiado estrictos o controladores en cuanto a lo que comes o cómo te ves?

- Sí
- No

SOCIOCULTURALES

9. ¿Crees que la apariencia física es muy importante en la sociedad actual?

- Sí
- No

10. ¿Crees que los medios de comunicación, como las redes sociales, promueven ideales de belleza que influyen en la percepción que tienes de tu cuerpo y alimentación?

- Sí
- No

11. ¿Crees que tu apariencia física afecta tu aceptación en tu círculo social?

- Sí
- No

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (SCOFF)

	SÍ	NO
1. ¿Llora al pensar al vomitar porque no se siente muy bien?	1	0
2. ¿Estás preocupado/a porque sientes que tienes que controlar cuánto comes?	1	0
3. ¿En los últimos tres meses has perdido más de 6 kg (13 libras)?	1	0
4. ¿Crees que estás perdiendo aunque otros digan que estás demasiado delgado/a?	1	0
5. ¿Dices que la comida destruye tu vida?	1	0
PUNTAJE TOTAL		
INTERPRETACIÓN		

- PUNTAJE TOTAL DE 0 - 1: NEGATIVO
- PUNTAJE TOTAL ≥ 2: POSITIVO



Anexo 04: Fotografías de la aplicación del instrumento en la población

