

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

Facultad Ciencias de la Vida

Adicción y Restricción Alimentaria en la población ecuatoriana

PROYECTO INTEGRADOR

Previo la obtención del Título de:

Licenciado en Nutrición

Presentado por:

Mirka Doménica Constantine Bustos

Sthefany Belén Guzhñay Peralta

GUAYAQUIL - ECUADOR

Año: 2021

DEDICATORIA

Esta titulación quiero dedicárselo principalmente a mi abuela, a mi madre y a cada mujer a quien le han arrebatado las ganas de seguir adelante. Por ellas, finalicé este proceso. Este título va para todas ellas. Somos capaces, somos invencibles.

Mirka Constantine

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios, a mis padres y hermanos, a toda mi familia, amigos y compañeros de aulas quienes me brindaron su apoyo en todo momento para cumplir este sueño de alcanzar un título profesional. Dedico este trabajo como muestra de gratitud a mis seres queridos, al esfuerzo realizado en todo este camino.

Sthefany Guzhñay

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta etapa de mi vida, a mis padres por su apoyo incondicional, y a cada una de las personas que estuvo involucrada durante estos años en que cada paso sea totalmente exitoso, a los profesores, profesionales que siempre estuvieron brindándonos sus mejores conocimientos y experiencias en laboratorios, mis compañeros, amigos y cada persona que colaboró para esta titulación.

Mirka Constantine

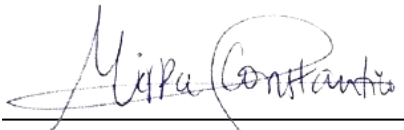
AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme alcanzar esta meta, a mis padres quienes siempre confiaron y me apoyaron en todo el tiempo que duro este caminar, a toda mi familia, amigos y compañeros. A mis seres queridos por todo su aliento para continuar, a mis docentes y a toda la familia de ESPOL por compartir todos sus conocimientos y formar en mí una profesional, por esto y más mi gratitud por siempre con todos ustedes.

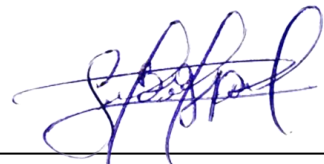
Sthefany Guzhñay

DECLARACIÓN EXPRESA

“Los derechos de titularidad y explotación, nos corresponde conforme al reglamento de propiedad intelectual de la institución; Mirka Doménica Constantine Bustos y Sthefany Belén Guzhñay Peralta damos nuestro consentimiento para que la ESPOL realice la comunicación pública de la obra por cualquier medio con el fin de promover la consulta, difusión y uso público de la producción intelectual”



Mirka Doménica
Constantine Bustos



Sthefany Belén
Guzhñay Peralta

EVALUADORES

Firmado electrónicamente por:
**MARIA GABRIELA
CUCALON RAMIREZ**

MSc. Valeria Johanna Guzmán Jara

PROFESOR DE LA MATERIA

MSc. María Gabriela Cucalón Ramírez

PROFESOR TUTOR

RESUMEN

Las enfermedades no transmisibles son un problema de salud prioritaria en la población ecuatoriana: diabetes, hipertensión, enfermedades isquémicas del corazón, entre otras. Estas condiciones son principalmente relacionadas con los hábitos de alimentación que lleva a cabo cada individuo.

Según la OMS, la principal causa de estas enfermedades en el país es que existe un alto consumo de carbohidratos o alimentos ricos en azúcares y grasas que promueven el desarrollo de la obesidad o sobrepeso, así como el de las ECNT. El principal objetivo de este estudio es determinar si existe la presencia de una adicción y restricción alimentaria en la población ecuatoriana entre 18 a 35 años mediante dos escalas validadas internacionalmente: YALE y ERA.

La encuesta se elaboró mediante la herramienta de Microsoft Forms y se realizó a 300 personas en línea, empleando una toma de muestra no probabilística y utilizando el método bola de nieve para la obtención de datos, luego se procedió a hacer un método no paramétrico, no probabilístico transversal para la toma de resultados.

203 fueron mujeres y 97 hombres, más de la mitad de la muestra era universitaria (77.3%) entre los 18 y 20 años. 104 participantes presentaron adicción, 6 restricción y 23, adicción y restricción. Los criterios de mayor interés fueron: sobrepeso, perspectiva del cuerpo, actividad física, culpa por excesos y la dieta.

Los resultados muestran que el 44.3% de los participantes presencian un trastorno de la conducta alimentaria y que la adicción alimentaria es el más predominante en la población (52.8%).

Palabras Clave: adicción, restricción, alimentación, enfermedades no transmisibles.

ABSTRACT

Non communicable diseases are a priority health problem in the Ecuadorian population: diabetes, hypertension, ischemic heart diseases among others. These conditions are mainly related to the eating habits that everyone carries out.

According to the WHO, the main cause of these diseases in the country is that there is a high consumption of carbohydrates or foods rich in sugars and fats that promote the development of obesity or overweight, as well as that of NCDs. The main objective of this study is to determine if there is the presence of an addiction and food restriction in the Ecuadorian population between 18 and 35 years old using two internationally validated scales: YALE and ERA.

The survey was prepared using Microsoft forms tool and it was carried out with 300 people online, using a non – probabilistic sampling and using the snowball method to obtain data, then a non-parametric method was carried out, non- probabilistic transversal for the taking of results.

203 were women and 97 men, more than half of the sample was university students (77.3%) between 18 and 20 years. 104 participants subjected to addiction, 6 restrictions and 23 addiction and restriction. The criteria of greatest interest were overweight, outlook on the body, physical activity, guilt for excesses on diet.

The results show that 44.3% of the participants present an eating behavior disorder and that food addiction is the most prevalent in the population (52.8%).

Keywords: *addiction, restriction, feeding, non-communicable diseases.*

ÍNDICE GENERAL

EVALUADORES	7
RESUMEN	I
<i>ABSTRACT</i>	II
ÍNDICE GENERAL.....	III
ABREVIATURAS	V
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS	VII
CAPÍTULO 1	8
1. Introducción	8
1.1 Descripción del problema	9
1.2 Justificación del problema	10
1.3 Objetivos	10
1.3.1 Objetivo General	10
1.3.2 Objetivos Específicos	11
1.4 Marco teórico	11
1.4.1 Adicción a la comida	11
1.4.2 Restricciones en el consumo de alimentos	13
1.4.3 Escala de Yale para la adicción de la comida	15
1.4.4 Escala revisada de restricción alimentaria (ERA)	16
CAPÍTULO 2	17
2. Metodología	17
2.1 Revisión bibliográfica en artículos científicos	17
2.2 Descripción de la encuesta a la población	18

2.3	Análisis estadístico de la encuesta.....	19
2.4	Herramientas utilizadas para el diagnóstico de adicción y restricción alimentaria.....	20
2.5	Elaboración de propuesta para el tratamiento de adicción y restricción alimentaria.....	22
2.6	Programa de Apoyo Nutricional.....	22
CAPÍTULO 3.....		25
3.	RESULTADOS Y ANÁLISIS	25
CAPÍTULO 4.....		34
4.	DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECCOMENDACIONES	34
4.1	Discusión.....	34
4.2	Conclusiones	37
4.3	Recomendaciones	38
BIBLIOGRAFÍA.....		39
APÉNDICES		43

ABREVIATURAS

AC	Adicción a la Comida
AG	Adicción Grave
AL	Adicción Leve
AM	Adicción Moderada
AN	Anorexia Nerviosa
BN	Bulimia Nerviosa
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ERA	Escala Revisada de Restricción Alimentaria
IMC	Índice de Masa Corporal
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SENPE	Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo
SRAD	Trastornos Adictivos y Trastornos Relacionados a Sustancias
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TCANE	Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados
YFAS	Escala de Adicción a la Comida Yale

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 3.1 Interpretación del IMC en la población del estudio.....	26
Fig. 3.2 Nivel de satisfacción según la perspectiva del cuerpo en la población general. 26	
Fig. 3.3 Causa de la actividad física en la población del estudio.....	27
Fig. 3.4 Actividades para el mantenimiento de una buena salud.	27

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Correspondencia de los 11 síntomas basados en DSM-5 para sustancias para trastornos de adicción (SRAD).....	20
Tabla 2.2 Correspondencia de los ítems de la Escala revisada de restricciones alimentarias (ERA).....	21
Tabla 2.3 Temarios para desarrollar en programa de apoyo [25] [26]	23
Tabla 3.1 Razones para realizar actividad física	28
Tabla 3.2 Tipos de adicción clasificados por género	28
Tabla 3.3 Relación de los tipos de adicción con su IMC.....	28
Tabla 3.4 Relación entre variable satisfacción corporal y tipo de adicción	28
Tabla 3.5 Relación entre los criterios predominantes y los tipos de adicción.....	29
Tabla 3.6 Relación entre la satisfacción corporal y el IMC en pacientes con restricción	29
Tabla 3.7 Causas de actividad física en pacientes con restricción.....	30
Tabla 3.8 Numeración de frecuencias acorde con el criterio de restricción	30
Tabla 3.9 Relación de variable IMC y satisfacción corporal.....	31
Tabla 3.10 Relación de fluctuación de peso y tipos de adicción.....	31
Tabla 3.11 Relación de fluctuación de peso y tipos de adicción.....	31
Tabla 3.12 Relación de fluctuación de peso y tipos de adicción.....	32
Tabla 3.13 Relación de preocupación subjetiva por la dieta y tipos de adicción	32
Tabla 3.14 Relación de preocupación subjetiva por la dieta y tipos de adicción	32
Tabla 3.15 Relación de preocupación subjetiva por la dieta y tipos de adicción	33
Tabla 3.16 Relación del IMC con la perspectiva de la satisfacción corporal de los individuos.....	33

CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a datos informados de la Organización mundial de la salud (OMS), señalan que la obesidad ha incrementado, por lo menos tres veces más, en comparación a todos los casos reportados desde el año 1975 y que siguen en línea ascendente.[1]

El sobrepeso y la obesidad se definen como una alteración que se puede manifestar en un individuo, se caracteriza por presentar una acumulación excesiva de tejido adiposo en la composición del cuerpo humano y se categoriza como una condición crónica que no es trasmisible.[2] Esta condición en el individuo es la pandemia del siglo XXI ya que, se considera un desafío sanitario no solo para los países desarrollados sino también para aquellos en vías de desarrollo.

La OMS define al sobrepeso como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25 Kg/m² y la obesidad como un IMC igual o superior a 30 Kg/m² (de referencia).[2] Este cúmulo de grasa que rebasa el biotipo normal con un sobrepeso por encima del 15% del peso de su tipo puede ser clasificado en tres: exógena (sobrealimentación), endógena (endocrina) y mixta (asociación de las dos).[3]

Por ello, se puede decir que la obesidad es un trastorno metabólico multifactorial caracterizado por un exceso de grasa visceral, considerado hoy en día como un factor de riesgo principal para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, enfermedades coronarias y en particular, diabetes, enfermedades que actualmente representan una morbimortalidad en todo el mundo.[3]

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016 tres de cada diez menores padecen sobrepeso u obesidad, casi cuatro de cada diez adolescentes y siete de cada diez adultos continúan padeciendo exceso de peso (sobrepeso u obesidad).[4] Está comprobado que el tratamiento para estos pacientes es de manera individual, dependiendo de las comorbilidades que ya esté padeciendo, sin embargo, el tratamiento para liberar toda la carga de peso que está padeciendo una persona, no sólo debe ser con una buena dieta sino también con una modificación de la conducta y

si es necesario, con un tratamiento farmacológico para que contribuya a la pérdida de peso.[3]

1.1 Descripción del problema

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS Ecuador, en febrero del 2019 se había expuesto una pequeña revisión sobre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), aquellas que son las causantes del 60 – 70% de defunciones en todo el mundo. Enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, infarto, accidente cerebral, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas son algunas de las ECNT, estas se deben a un bajo consumo de frutas y vegetales, un constante consumo de alimentos procesados y ultra procesados, ingesta de alcohol, tabaco y actividad física insuficiente. [5]

De acuerdo con la situación nutricional, tres de cada diez niños en edad escolar presentan sobrepeso u obesidad. En cuanto a la actividad física, uno de cada cuatro adultos en el recreo - Durán realiza actividad física insuficiente y siete de cada diez adolescentes realizan poca actividad física. Nueve de cada diez adultos fumadores consumen diariamente un promedio de cinco cigarrillos y uno de cada cuatro adultos tienen episodios de consumo de alcohol.[3]

Por esto, se justifica que de estos cinco factores que alteran la salud de las personas y generan o son causantes de enfermedades, existe una tendencia que lleva años de investigación y que actualmente, en el Ecuador, por políticas que se han implementado tratando de mejorar la salud de su población, es la Adicción a la comida (AC) o el frecuente consumo de carbohidratos. [5]

Entonces, ¿son los alimentos o nuestras conductas? Las que están determinando que la obesidad sea una enfermedad de morbimortalidad en el Ecuador y se inicie desde los niños.

1.2 Justificación del problema

El presente proyecto de investigación nace de estudiar y conocer cómo esta condición, la obesidad, hoy en día está expuesta como la pandemia del siglo XXI y cada día se trabaja por reducirla, pero no se sabe si el trabajo que se está realizando es el correcto.[3]

Estudios recientes sugieren que la adicción alimentaria es la causante principal del sobrepeso u obesidad y pese a que ya se han identificado poblaciones que son vulnerables a la adicción alimentaria, en la actualidad no existen criterios diagnósticos establecidos para este trastorno.[6]

En América latina son escasos los estudios que evalúan las prevalencias y terapias para la adicción alimentaria y obesidad. Hasta ahora se cree que esta enfermedad es causada por factores como la globalización, el sedentarismo, entre otros, más no se ha confirmado una adicción alimentaria a alimentos con alto contenido en grasas y azúcares.[6]

Por ello, será importante determinar por medio de diferentes encuestas si existe una adicción alimentaria o son las restricciones la que promueven un exceso de peso, o, que cualquier individuo, tome algún comportamiento por restringirse en poder comer algún alimento con tranquilidad.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la presencia de adicción y restricción a alimentaria en la población ecuatoriana de 18 a 35 años por medio de la aplicación de dos escalas con validación internacional para la elaboración de una propuesta innovadora de tratamiento nutricional dirigida a la población afectada.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Examinar las principales causas que podrían deducir a una adicción y restricción alimentaria por medio de la recopilación de datos aplicada en una encuesta a la población.
2. Evaluar el comportamiento alimentario adictivo y restrictivo que presenta la población ecuatoriana para la determinación de su severidad y distribución por edad que exponga un mayor impacto en los individuos.
3. Investigar los programas de intervención nutricional diseñados para el desarrollo de tratamientos dedicados a personas con diagnóstico de adicción y restricción alimentaria.

1.4 Marco teórico

1.4.1 Adicción a la comida

La adicción a la comida es el término al cual se denomina un comportamiento compulsivo que presentan las personas al consumo elevado de alimentos, generalmente sustancias ricas en grasas y carbohidratos que, consumidas en altas cantidades y de manera constante, podrían causar graves consecuencias en la salud. La adicción puede ser un factor principal que conlleva a la obesidad de un individuo, sin embargo, existe población no obesa que puede presentar el mismo trastorno. [7]

La adicción a una sustancia activa el sistema de recompensa en el cuerpo humano, generando una sensación de placer al experimentar diferentes actividades, tales como tener relaciones sexuales, jugar o comer, estas sensaciones generan que el organismo busque repetir estas experiencias ya que, son estímulos que emiten sensaciones satisfactorias, cumpliendo funciones necesarias que forman parte del sistema de motivación, los cuales proporcionan que la persona busque repetir estas situaciones.[6]

Los individuos tienen la capacidad de experimentar sensaciones de placer porque la producción de dopamina alojada en los neurotransmisores se incrementa a nivel del núcleo accumbens, posterior a este suceso la dopamina es liberada en el área tegmental ventral, aumentando la actividad neuronal y formando parte de la ruta mesolímbica. Existen varios sistemas que dan paso a que el individuo active las

sensaciones de placer, modulando las rutas encargadas de estos sistemas, por ejemplo, el glutamatérgico, serotoninérgico y el colinérgico. Por cada situación que active estos sistemas, se puede generar que estos se mantengan activos por largos periodos, generando estímulos de sensaciones agradables gracias a la liberación de los endocannabinoides y las endorfinas. [8]

Las situaciones de placer generan satisfacciones, las cuales generan memorias positivas que el cerebro almacena como beneficios para el individuo, por lo tanto, buscará que el ser humano repita estas situaciones. Al ingerir un alimento agradable al gusto del ser humano, se produce una liberación de dopamina y se genera una situación de placer al comer ese alimento, cuando esta situación se repite constantemente la producción de dopamina se establece ocasionando estímulos relacionados con el sistema de recompensa. Otros factores además de la dopamina, como las hormonas, neurotransmisores, las propiedades organolépticas de los alimentos podrían relacionarse con la neurotransmisión de opiáceos como la endorfina parecen relacionar los mecanismos por el gusto de los alimentos. [9]

Por otro lado, los cannabinoides encargados de la comunicación química entre las neuronas y del ácido gamma amino butírico quién es el principal inhibidor del sistema nervioso central, la leptina, la insulina y el péptido Y, estarían relacionados con el mecanismo de regulación homeostático, encargado de mantener las condiciones internas y externas del metabolismo en condiciones estables, podrían también formar parte de mecanismos que no regulan la homeostasis y se presentan como mediadores ante características placenteras que poseen los alimentos y ocasionan en el cuerpo humano, ya que, interactúan con la neurotransmisión de la dopamina secretada en el torrente sanguíneo, que en caso de presentarse una alta concentración en la sangre, inician una regulación en el mecanismo de la saciedad y descienden las sensaciones de satisfacción como respuesta a la ingesta de alimentos. Al otro lado existen hormonas como la ghrelina y la orexina que, si se encuentran en altas concentraciones sanguíneas, desencadenan altas sensaciones de deseo para ingerir un alimento, activando el sistema de recompensa. [10]

La homeostasis y el sistema de recompensa son mecanismos que trabajan en conjunto para mantener un equilibrio en situaciones para la restricción del consumo de alimentos cuando se genera una condición de saciedad. Por lo tanto, una alteración en el trabajo conjunto de estos sistemas homeostáticos y de recompensa podría estar relacionado en la promoción para un consumo excesivo de alimentos de manera desordenada en el individuo, generando consecuencias como el sobrepeso y la obesidad. [8]

1.4.2 Restricciones en el consumo de alimentos

La alimentación o el acto de alimentarse que realiza una persona forma parte de las necesidades básicas que un ser humano debe realizar para poder sobrevivir, al momento de ingerir un alimento, se cubren aspectos fisiológicos tales como disminuir las sensaciones del hambre, otorgar la energía necesaria para realizar actividades, aportar al cuerpo humano diferentes cantidades de macronutrientes y micronutrientes, entre otros. Sin embargo, cuando este acto de comer, ingerir alimentos o alimentarse se ve interrumpido, se generan varios factores que al encontrarse de manera frecuente podrían generar diferentes consecuencias con el paso del tiempo.[11]

La restricción alimentaria se la puede definir a una situación en donde una persona disminuye, reduce o evita ingerir uno o varios tipos de alimentos, estos alimentos pueden contener dentro de su composición sustancias como carbohidratos, grasas, proteínas, entre otras. Además, los alimentos que son evitados para consumir suelen ser categorizados por la población como alimentos hipercalóricos o alimentos “engordantes” o “dañinos” para su salud. [12] Otra de las características de esta condición es que puede provocar en las personas, poca importancia para comer o ingerir alimentos, evitando grupos específicos de sustancias, que son discriminados ya sea por su color, olor, forma, textura, origen o procedencia.[13]

Por otro lado, varios estudios pretenden explicar las restricciones alimentarias por medio de la psicofisiología en la neurociencia afectiva, donde se menciona que, las personas que presentan conductas restrictivas hacia los alimentos podrían padecer de un sistema motivacional afectado, lo cual puede alterar el estilo de vida afectivo y su capacidad para manejar situaciones de estrés y otras emociones, como las

sensaciones ante estímulos relacionados con la alimentación. Esta población afectada, presentaría un estilo afectivo especial, el cual podría predisponer a las personas a padecer de diferentes trastornos de la alimentación, en este caso las evitaciones alimentarias, como respuesta a una situación de estrés que, no ha podido ser diferenciada por la poca capacidad del individuo para sobrellevar este suceso. [14]

La etiología de las restricciones alimentarias también presenta otros factores, tales como el padecimiento de una enfermedad que conlleva a una persona a controlar el consumo de uno o varios alimentos, y que, en caso de no ser tratado con acompañamiento profesional podrían desencadenar a elevadas restricciones alimentarias. Del mismo modo, el entorno al que una persona se encuentra expuesta en la actualidad, que en su gran mayoría se establece dominada por el uso de herramientas tecnológicas como celulares, televisores, computadoras, etc. favorece el impulso de una conducta restrictiva, ya que, las personas tienden conocer, por medio de estos aparatos electrónicos, diferentes estilos de vida de personas que, de una u otra forma, se convierten en figuras a seguir. Es así, como estos individuos generan sentimientos de admiración hacia las personas, provocando que la población busque imitar sus actividades y como consecuencia, las personas comienzan a comparar e imitar su estilo de vida, aspecto físico, entre otras características con las de esta figura virtual, logrando así que inicien comportamientos para parecerse a quien perciben admirar. [15]

También, existen un gran número de sitios web, como blogs, perfiles en redes sociales, entre otros, que publican una gran cantidad de información sobre los alimentos, catalogando a cada uno de ellos como “buenos” o “malos” para la salud, incitando a las personas que visitan estos sitios webs, pensamientos de rechazo o evitación con los alimentos.[16] De forma semejante, se puede manifestar también que, este trastorno de restricción alimentaria podría aparecer como consecuencia a un elevado consumo de alimentos, conocido como atracón, en donde una persona consume una desmedida cantidad de alimentos, generando luego, pensamientos de culpa en la persona y como consecuencia aparecen situaciones que buscan compensar o remediar esta alta ingesta de alimentos.[13]

1.4.3 Escala de Yale para la adicción de la comida

La escala de Yale es una herramienta utilizada para medir el nivel de adicción de una persona que presenta conductas adictivas o algún caso de trastorno para el consumo de sustancias, basados los criterios para valorar las conductas alimentarias adictivas del DSM-5 que se enfoca en trastornos que son adictivos y se relacionan con sustancias (SRAD).[17]

La escala de YFAS ha pasado por varias modificaciones, en el año 2016 la encuesta fue actualizada a su versión 2.0, con el objetivo de abarcar los criterios DSM-5 y SRAD dentro de su cuestionario. Esta nueva versión se enfoca en valorar un comportamiento repetitivo para el consumo desmedido de sustancias, que conlleva a padecer alteraciones con un alto significado para el control clínico, entre los síntomas que pretende diagnosticar se encuentra la ansiedad, usos compulsivos, dependencias, abstinencias, tolerancias y condiciones con distorsión cognitiva frente a un alimento, por ello, la encuesta adiciono elementos que evalúan la probabilidad de que una persona padezca alguno de estos síntomas mencionados. [18]

La encuesta se constituye con 35 ítems, que son evaluados en un rango de ocho secciones que van desde 0= nunca, hasta 7= todos los días, dependiendo del puntaje que una persona alcance por medio de la realización de la encuesta, se puede determinar el nivel de severidad para una conducta de adicción alimentaria.[19] La encuesta de Yale no ha sido aplicada en una población ecuatoriana, sin embargo, existen estudios que han sido realizados en países latinoamericanos.

En México, la encuesta fue aplicada para validar la escala Yale en la población mexicana, en donde tuvo resultados que aprobaron su uso y aplicación para la práctica en estudios científicos.[19] También, ha sido aplicada en países como Brasil, en donde se informó que la encuesta en la población brasileña determinó que, la adicción podría estar más asociada a la población de sexo femenino con cuadros depresivos o algún trastorno y en sectores con bajos o medios ingresos económicos.[20] Resultados que

alientan a la aplicación de esta encuesta en el país con la finalidad de conocer en nivel de adicción que podría padecer la ciudadanía.

1.4.4 Escala revisada de restricción alimentaria (ERA)

La escala revisada de restricción alimentaria (ERA), es una herramienta utilizada como indicador para determinar el nivel de preocupación que posee una persona hacia el temor que experimenta al momento de ingerir un alimento, puesto que, consideran que esta sustancia tiene la capacidad de generar variaciones en el peso corporal del cuerpo humano de quienes consumen el alimento, por ello la escala valora el grado de inclinación que existe en una persona para restringir el consumo de alimentos.[21]

La encuesta está conformada por 10 preguntas, que a su vez se agrupan en dos secciones, la primera sección analiza el interés de una persona por el tipo de dieta que practica entre sus hábitos diarios y el miedo por aumentar de peso; la segunda sección se enfoca en examinar las variaciones de peso ganado o perdido semanalmente o durante su vida; las preguntas poseen la finalidad de adquirir el nivel psicométrico de un individuo para el desarrollo teórico de la restricción alimentaria.[21] La encuesta en su versión español ha sido validada en un estudio aplicado en la población chilena, en donde se buscaba obtener validaciones y una estructura factorial que afirmen la confiabilidad de la escala para estudios científicos relacionado.[22]

Sin embargo, no existe evidencia científica que valide que la escala haya sido aplicada en Ecuador, por lo cual es necesario de más intervenciones científicas que certifiquen e informen la situación del país en cuanto a las restricciones alimentarias.

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

El trabajo realizado para el desarrollo del proyecto aplicado en adicciones y restricciones alimentarias es de tipo descriptivo transversal debido a que, no se buscó tener un nexo participativo de intervención clínica con la población afectada, sólo se empleó el análisis de los trastornos conductuales que presenta el país en el presente año.

2.1 Revisión bibliográfica en artículos científicos

Para la recopilación de información y recolección de datos a la población, se empleó el uso de plataformas como Google y Google Scholar de los cuales se obtuvo información que incluía el análisis de los trastornos de adicción y restricción alimentaria, ensayos clínicos que validaron la presencia de estas condiciones o revisiones bibliográficas para trastornos de alimentación aplicando la Escala de ERA y la Escala de Yale, los datos estadísticos basados en la prevalencia de enfermedades que inciden en la situación actual de la salud en el Ecuador fueron tomadas de documentos publicados en el sitio web del Ministerios de Salud Pública del Ecuador (MSP).

Las herramientas utilizadas para la obtención de información que respaldó el presente trabajo fueron Pubmed, SciELO, OMS, MSP, ResearchGate, ScienceDirect, entre otros. La búsqueda se empleó utilizando palabras claves tales como: trastornos alimentarios, trastorno conductual, adicción, alimentos, restricción, escala.

Se realizó un análisis de la información obtenida acerca de los trastornos de adicción y restricción alimentaria, en donde, se obtuvieron dos escalas que fueron elaboradas para el diagnóstico de estos dos trastornos alimenticios, las mismas formaron parte de una encuesta aplicada a la población para la obtención de información que revele la condición de los trastornos alimentarios en el país.

2.2 Descripción de la encuesta a la población

Los criterios de inclusión que se utilizaron para determinar si una persona puede participar de la encuesta fueron:

- Hombres y mujeres que se encuentren entre los 18 y 35 años.

Para la elaboración del consentimiento informado, se utilizó como base la información obtenida para consentimientos informados del MSP y los consentimientos ya descritos en la escala de ERA y YALE, en los cuales se indica el objetivo del proyecto.

Formato de la encuesta utilizada para la obtención de datos

La encuesta aplicada fue realizada en la plataforma de Microsoft Forms, la cual está dividida por cinco secciones que contiene la información que se detalla a continuación:

- **Primera Sección:** Informa al participante de las políticas y objetivos que se plantean en la encuesta, detalla la dirección de contacto con los investigadores y se establece el consentimiento informado para verificar que la participación de los individuos sea voluntaria.
- **Segunda Sección:** Recopila datos personales de los participantes, tales como: nombre, cuenta de correo electrónico, género, peso, talla, edad y nivel escolar, información que es utilizada para poder identificar y relacionar la información vertida con sus resultados obtenidos al final de la encuesta.
- **Tercera Sección:** Indaga sobre los hábitos de alimentación y estilo de vida que llevan los participantes, enfocándose en consultar el interés que presentan sobre su alimentación, conformidad con el físico que presenta su cuerpo y hábitos en la práctica de actividad física.
- **Cuarta Sección:** Esta sección aplica la Escala revisada de restricción alimentaria (ERA), consta de 10 ítems de opción múltiple, las cuales están elaboradas para conocer el interés de la persona por la alimentación, el temor por aumentar de peso y sus variaciones de peso.
- **Quinta Sección:** Esta es la última sección, aquí se emplea la Escala de Yale para la adicción a la comida, conformada por 35 ítems de opción múltiple en

donde los participantes tienen siete opciones de respuestas que van desde nunca, 1 vez al mes, 2-3 veces al mes, 1 vez por semana, 2-3 veces por semana, 4-6 veces por semana y todos los días.

2.3 Análisis estadístico de la encuesta

El muestreo aplicado a la población para la ejecución de la encuesta se realizó empleando una toma de muestra no probabilística, utilizando el método bola de nieve, el cual consiste en contactar individuos que cumplan con los criterios de inclusión para participar en el proyecto y que los mismos participantes se comuniquen con personas en común que, al igual que ellos, sean candidatos ideales para realizar la encuesta.

Para poder analizar los datos obtenidos, se aplicó el análisis estadístico univariante y bivariante en las variables más relevantes, las cuales fueron:

- Edad
- Género
- IMC
- Nivel escolar
- Nivel de interés por la alimentación
- Nivel de aceptación física
- Frecuencia de práctica de ejercicio
- Fundamento para la práctica de ejercicio
- Factor para el consumo de un alimento
- Presencia de trastorno por adicción alimentaria
- Presencia de trastorno por restricción alimentaria

En las escalas de adicción y restricción respectivas, se aplicaron dos técnicas estadísticas multivariantes como son: el análisis de correspondencia múltiples y el análisis de clúster.

2.4 Herramientas utilizadas para el diagnóstico de adicción y restricción alimentaria

Adicción alimentaria: Para la obtención del diagnóstico de adicción alimentaria en los participantes, se utilizó la escala de Yale, la cual consta de 35 preguntas, cada una de las interrogantes evalúa 11 criterios de la sintomatología clínica del DSM-5 para sustancias para trastornos de adicción (SRAD), por ello han sido agrupadas para calificar a una persona con adicción [17], según lo muestra la tabla 2.1:

Tabla 2.1 Correspondencia de los 11 síntomas basados en DSM-5 para sustancias para trastornos de adicción (SRAD)

Síntomas para los criterios de adicción	Preguntas de Yale 2.0 que valora el criterio
Consumió más de lo planeado	#1 #2 #3
Es Incapaz de reducir (deseo persistente, esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el consumo de ciertos alimentos)	#4 #25 #31 #32
Mucho tiempo dedicado en alimentos	#5 #6 #7
Actividades importantes pasadas por alto	#8 #10 #18 #20
Usar a pesar de las consecuencias físicas, emocionales	#22 #23
Capacidad y tolerancia	#24 #26
Evitar situaciones	#11 #12 #13 #14 #15
Hacer uso a pesar de las consecuencias a nivel social e interpersonal	#9 #21 #35
Ausencia o incumplimiento de las obligaciones del rol	#19 #27
Consumo en situaciones de peligro físico	#28 #33 #34
Ansiedad	#29 #30
Deterioro de la relación con la comida	#16 #17

Los 35 ítems de la escala de Yale presentan un umbral mínimo según Gearhardt et al para implementar el puntaje, el cual es:

- **Preguntas 9, 10, 19, 27, 33, 35:** Una vez al mes
- **Preguntas 8, 18, 20, 21, 34:** 2 a 3 veces al mes
- **Preguntas 3, 11, 13, 14, 22, 28, 29:** 1 vez a la semana

- **Preguntas 5, 12, 16, 17, 23, 24, 26, 30, 31, 32:** 2 a 3 veces a la semana
- **Preguntas 1, 2, 4, 6, 7, 15, 25:** 4 a 6 veces a la semana

Luego, cada interrogante adquiere una codificación valorado como 1= umbral cumplido o 0=umbral no cumplido. Adicional a esta puntuación, se suma el puntaje obtenido en cada pregunta agrupada por cada uno de los criterios de diagnóstico (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, si el valor obtenido para el criterio se observa como ≥ 1 , se concluye que el criterio se cumple y se otorga el valor de 1 punto, de igual manera si el valor obtenido es =0 el criterio no se cumple y se otorga el valor de 0 puntos. Posterior a eso, se analiza el puntaje de cada uno de los criterios, dando como equivalentes a 1 punto = Padecer el síntoma, si existe 1 o menos síntomas, se define a no tener adicción a la comida, si existe 1 o más síntomas se cataloga como adicción a la comida. [17]

Finalmente, si la adicción es encontrada se puede categorizar el tipo de adicción en tres niveles [17], los cuales son:

- Adicción leve: Posee de 2 a 3 síntomas
- Adicción moderada: Posee de 4 a 5 síntomas
- Adicción grave: Posee de 6 a 11 síntomas

Restricción alimentaria: Para la obtención del diagnóstico en restricciones se aplicó la escala revisada para restricciones alimentarias, esta herramienta está formulada para calificar dos criterios, según lo muestra la tabla 2.2:

Tabla 2.2 Correspondencia de los ítems de la Escala revisada de restricciones alimentarias (ERA)

Criterios que evalúa la escala ERA	Preguntas de ERA que valora el criterio
Fluctuaciones de peso	#2 #3 #4 #10
Preocupación subjetiva por la dieta	#1 #5 #6 #7 #8 #9

La escala posee 10 preguntas de tipo Likert, se divide en dos subescalas; se centra en la dieta y las fluctuaciones de peso. A partir de los resultados obtenidos, es posible que

esta escala analice la capacidad del individuo para restringir la comida durante mucho tiempo y las pueda catalogar a las personas como personas que hacen dieta crónica en lugar de personas que hacen dieta, por medio del uso de la media de las respuestas a cada ítem de la escala. Esta herramienta ha mostrado un nivel suficiente en la relación entre la confiabilidad test-retest y la validez de la estructura, estándares y simultaneidad.[23]

2.5 Elaboración de propuesta para el tratamiento de adicción y restricción alimentaria

Se realizó un plan piloto a 30 individuos para evaluar las interrogantes que se incluían en el formulario con el fin de analizar si eran pertinentes y cumplían con el objetivo principal de este proyecto. Donde se obtuvieron varias inconformidades por la cantidad de preguntas a lo cual, el formulario fue reestructurado y se decidió eliminar ciertas secciones que no eran de relevancia para el proyecto implementado y desviaba el enfoque para la obtención final de datos en la población.

2.6 Programa de Apoyo Nutricional

Según investigadores, estas condiciones que pertenecen al grupo de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) se derivan de diversos factores como genéticos, biológicos, psicológicos y sociales.[24] Por ello, el tratamiento para abordar esta condición está diseñada de manera individual de acuerdo con las necesidades y estado en el que se encuentre el individuo, sin embargo, diversos estudios comentan que el tratamiento adecuado debe ser multidisciplinario, es decir, que diversos profesionales aborden este tratamiento.[25] Lo mismo que, no se puede determinar un tiempo establecido para obtener los resultados de las personas que presenten cualquiera de estas patologías o condición.

Sin embargo, se propone el diseño un programa de apoyo nutricional donde se brinden diferentes intervenciones tanto psicológicas como de educación nutricional a través de la plataforma zoom para poder contribuir a la mejora de las personas que mediante la encuesta realizada presenten algún tipo de restricción o adicción alimentaria.

Criterios de selección

- Analizar el estilo de vida de diferentes individuos.
- Rango de edad de 18 a 35 años.
- Analizar a hombres como mujeres.
- Mediante la escala de ERA y YALE detectar los individuos que presenten esta adicción o restricción alimentaria de acuerdo con el puntaje obtenido.
- Contabilizar los individuos que puedan ser parte del programa de apoyo y clasificarlos por características similares.

Criterios de diseño

En el diseño del programa de apoyo se proponen cinco sesiones de intervención donde se puedan abordar los siguientes temarios y así, promover la concientización y la mejora continua del estilo de vida de estas personas que si no se realiza con tiempo puede llevar a graves consecuencias como la, mortalidad. Los temarios junto al contenido y la duración se exponen en la tabla 2.3:

Tabla 2.3 Temarios para desarrollar en programa de apoyo [25] [26]

<i>Temario</i>	<i>Contenido</i>	<i>Duración</i>
<i>1. Ayuda diagnóstica</i>	Informar a los participantes de la sintomatología que presentan y características de esta para que así, ellos puedan ser conscientes de la condición y tener la convicción de mejorar.	<i>30 minutos</i>
<i>2. Evolución y pronóstico de la enfermedad</i>	Informar a los participantes de las consecuencias tanto física como mentales y sociales que pueden conducir estos trastornos.	<i>30 minutos</i>
<i>3. Importancia de los hábitos saludables</i>	Educar tanto a los participantes como a familiares la importancia de modificar las conductas	<i>25 minutos</i>

	incorrectas empleadas en la alimentación para que sea una co – terapeuta familiar y se contribuya al proceso.	
4. Consejos nutricionales	Reeducar a los participantes acerca de las creencias erróneas que pueden tener acerca de una dieta o alimentación balanceada. Mencionar la importancia de la cantidad como calidad de alimentos al momento de alimentarse y nutrirse.	45 minutos
5. Contrarrestar la presión social	Enseñar a los participantes el no dejarse llevar por la presión social y levantar la voz en redes sociales.	25 inutos

Objetivos finales del tratamiento

- Reducir o eliminar los atracones y comportamientos que existan, como minimizar la restricción alimentaria.
- Proporcionar educación sobre patrones alimentarios saludables.
- Conseguir un mejor ajuste social y confianza personal.
- Prevenir las recaídas.
- Tratar las alteraciones conductuales.

[27]

Consideraciones éticas y legales

- La información de las personas que han realizado la encuesta es de carácter confidencial y no se expondrá sin su consentimiento.
- Los participantes deben estar dispuestos y mostrar un compromiso de interés en participar de las cinco sesiones realizadas durante el programa de apoyo.

CAPÍTULO 3

3. RESULTADOS Y ANÁLISIS

La encuesta propuesta obtuvo un total de 300 participantes, el 68% (n=203) fueron mujeres y el 32% (n=97) hombres. Más de la mitad de la muestra es universitaria (77.3%) y el rango de edad oscila entre los 18 y 20 años.

El índice de masa corporal (IMC) reflejó rango normal en el 56.6% de los participantes, de igual manera una alta frecuencia (48%) indicó sentirse satisfecho con su aspecto físico, sin embargo, como segundo caso con mayor porcentaje se halló un IMC de sobrepeso (28%) y la característica “poco satisfecho” (27%) con respecto a la perspectiva del cuerpo en la población total (Fig. 3.1-3.2).

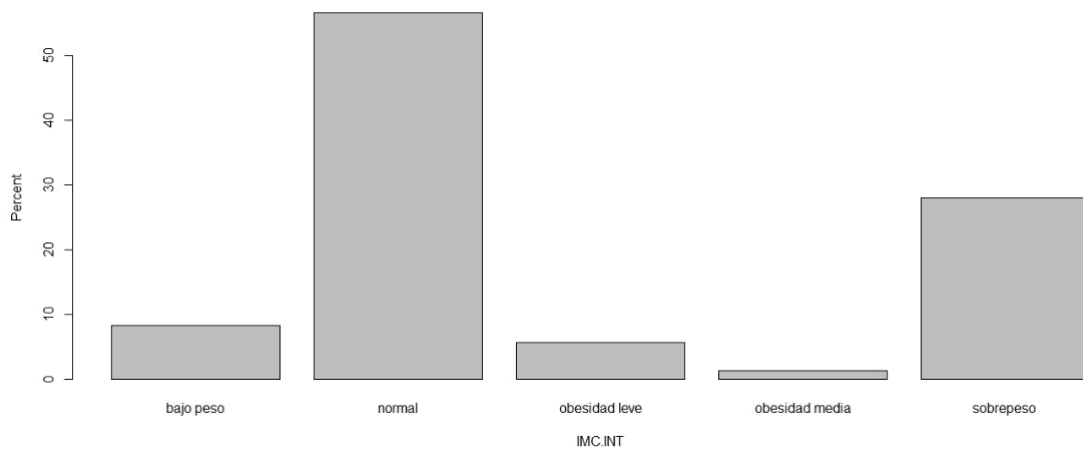


Fig. 3.1 Interpretación del IMC en la población del estudio.

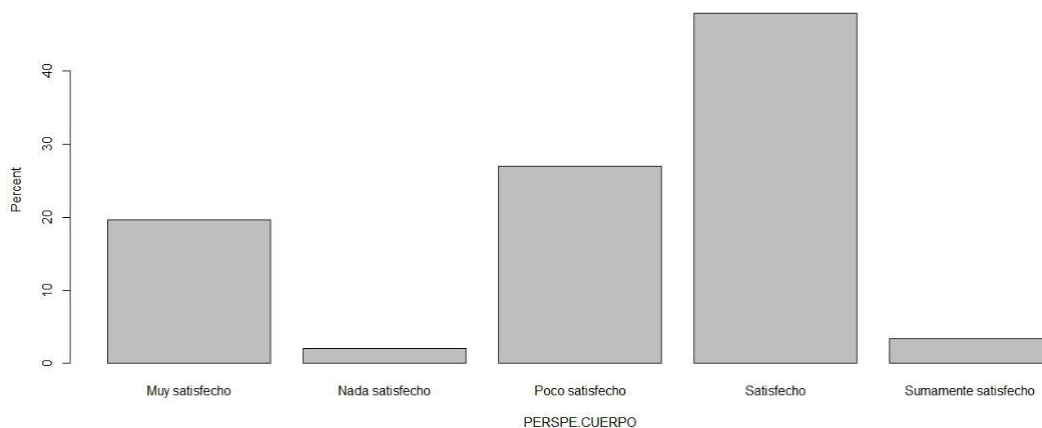


Fig. 3.2 Nivel de satisfacción según la perspectiva del cuerpo en la población general.

El 35.3% del conjunto expresó que realiza actividad física por salud, mientras que el 28.6% por mejora corporal y el mismo porcentaje no realiza actividad física. No obstante, las acciones para el mantenimiento de una buena salud que obtuvieron mayor frecuencia fueron el cuidado de la alimentación (n=166) y la actividad física (n=124) (Fig. 3.3-3.4).

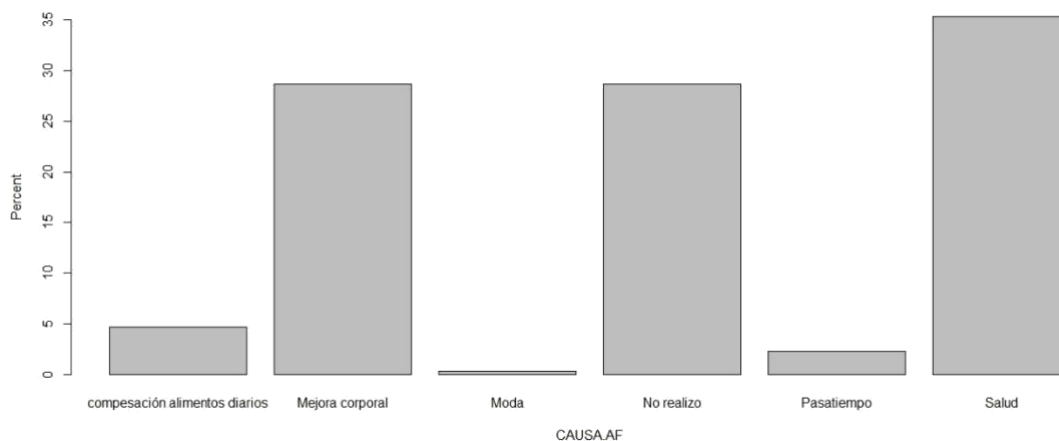


Fig. 3.3 Causa de la actividad física en la población del estudio.

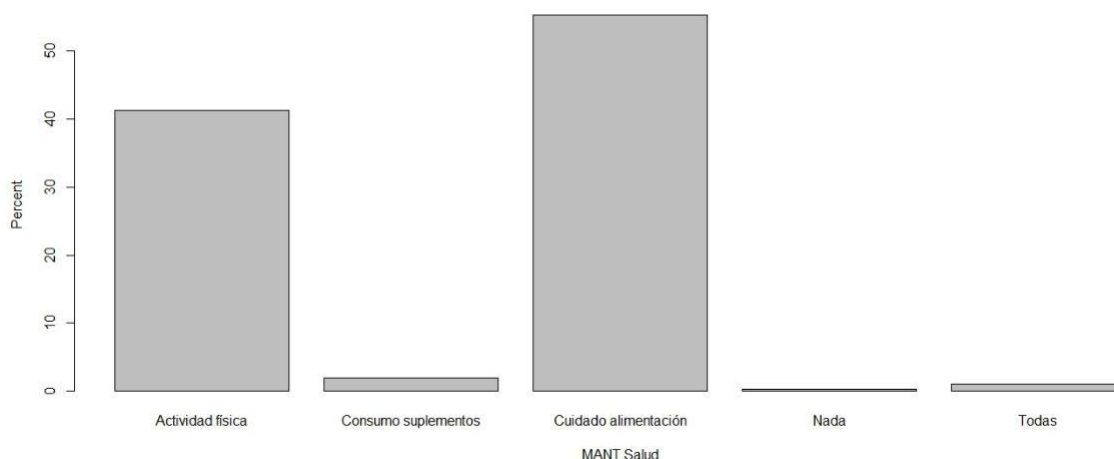


Fig. 3.4 Actividades para el mantenimiento de una buena salud.

De los 300 participante del estudio, se cuantificó un total de 133 individuos con trastornos en la conducta alimentaria, clasificados en tres grupos; 104 pacientes con adicción, 6 pacientes con restricción y 23 pacientes con adicción-restricción.

3.1 Desglose de características de acuerdo con la escala YALE para la adicción alimentaria.

El grupo está conformado por 75 mujeres (72.1%) y 29 hombres (27.9%). El rango de edad más frecuente es de 18-20 años (52.9%), seguido de 21 a 22 años (15.4%).

Un 33.7% de los participantes no realizan actividad física, 31.7% se ejercita por salud, mientras que el 28.8% por una mejora corporal (Tabla 3.1).

Tabla 3.1 Razones para realizar actividad física

Causa AF	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No realiza	35	33.7
Salud	33	31.7
Mejora corporal	30	28.8
Compensación de alimentos	4	3.9
Pasatiempo	2	1.9

El tipo de adicción leve (AL) constó de 64 pacientes, 21 presentan adicción moderada (AM) y en la categoría grave (AG) se detalla 19 participantes.

Tabla 3.2 Tipos de adicción clasificados por género

Tipo de adicción	Mujeres (n)	Hombres (n)
Leve	49	15
Moderada	14	7
Grave	12	7

El IMC en rango normal (47.1%) es preeminente en los 3 tipos de adicción junto con la característica de sobrepeso (34.6%) (Tabla 3.3).

Tabla 3.3 Relación de los tipos de adicción con su IMC

IMC	Bajo peso (n)	Normal (n)	Sobrepeso (n)	Obesidad leve (n)	Obesidad media (n)
Leve	9	33	19	2	1
Moderada	1	10	9	1	0
Grave	1	6	8	2	2
Total	11	49	36	5	3

La mayoría de las personas que se sienten satisfechos con su aspecto físico y los que notan poca satisfacción presentan un ligero estado de adicción (Tabla 3.4).

Tabla 3.4 Relación entre variable satisfacción corporal y tipo de adicción

Satisfacción corporal	Sumamente satisfecho (n)	Muy satisfecho (n)	Satisfecho (n)	Poco satisfecho (n)	Nada satisfecho (n)
Tipo de	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)

adicción					
Leve	3	10	31	19	1
Moderada	0	1	11	9	0
Grave	0	1	4	11	3
Total	3	12	46	39	4

A causa del tema de la comida un 82.7% de la población con adicción ha tenido consecuencias a nivel social e interpersonal. El 64.4% ha dejado pasar por alto actividades importantes y un 47.12% prefiere faltar a sus obligaciones debido a que ciertos alimentos afectan su bienestar (Tabla 3.5).

Tabla 3.5 Relación entre los criterios predominantes y los tipos de adicción

Tipo de adicción	Actividades importantes pasadas por alto	Consecuencias a nivel social e interpersonal	Ausencia de las obligaciones
Leve	35	51	21
Moderada	17	20	12
Grave	15	15	16
Total	67	86	49

3.2 Desglose de características de acuerdo con la escala ERA para restricciones alimentarias.

La sección está conformada por 5 mujeres (83.3%) y 1 hombre (16.7%), segmentados en 3 rangos de edades: 18-20 años (n=4), 23-25 años (n=1) y de 29 a 30 años (n=1). La mitad de los pacientes se sienten satisfechos con su cuerpo y se encuentran en IMC normal (Tabla 3.6).

Tabla 3.6 Relación entre la satisfacción corporal y el IMC en pacientes con restricción

Satisfacción corporal	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Total
Interpretación IMC				
Normal	0	3	1	4
Sobrepeso	1	1	0	2

Los individuos señalaron que la causa principal de su actividad física es la mejora de su aspecto físico (Tabla 3.7).

Tabla 3.7 Causas de actividad física en pacientes con restricción

Causa AF	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
No realiza	1	16.7
Mejora corporal	5	83.3

El criterio “fluctuaciones de peso” contiene un 66.6% de paciente que siempre siente culpa por los excesos y un 83.3% de toda la población denota una preocupación moderada por la dieta (Tabla 3.8).

Tabla 3.8 Numeración de frecuencias acorde con el criterio de restricción

Variable	Fluctuaciones de peso			Preocupación subjetiva por la dieta		
	Come menos frente a otros.	Piensa en comida	Culpa por excesos	Afecta subir 2.5kg	Consciencia al comer	Realiza dieta
Frecuencia						
Siempre	1	2	4	-	-	-
Casi siempre	0	0	1	-	-	-
A veces	5	4	1	-	-	-
Mucho	-	-	-	3	1	1
Moderado	-	-	-	2	5	3
Levemente	-	-	-	1	0	2

3.3 Desglose de características y comportamientos de pacientes con adicción y restricción hacia los alimentos.

La población de estudio está integrada por 17 mujeres (73.9%) y 6 hombres (26.1%). El 47.8% (n=11) se encuentra en el rango de 18-20 años y alegó que la causa principal para realizar actividad física es por mejorar el aspecto de su cuerpo.

Cinco (21.7%) pacientes con IMC normal notaron sentirse satisfechos con su cuerpo, en cambio, el mismo número (n=5) presenta sobrepeso y poca satisfacción corporal (Tabla 3.9).

Tabla 3.9 Relación de variable IMC y satisfacción corporal

Satisfacción corporal	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho	Total
Interpretación IMC					
Bajo peso	1	0	2	0	3
Normal	2	5	2	0	9
Sobrepeso	1	3	5	1	10
Obesidad leve	0	0	1	0	1
Total	4	8	10	1	23

La mayor representación de los pacientes con algún tipo de adicción coincidió que a veces comen menos frente a otros, no obstante 9 participantes casi siempre ingieren menos alimentos a nivel social (Tabla 3.10).

Tabla 3.10 Relación de fluctuación de peso y tipos de adicción

Fluctuación de peso: come menos frente a otros			
Frecuencia	Siempre	Casi siempre	A veces
Tipo de adicción			
Leve (5)	0	2	3
Moderado (5)	0	3	2
Grave (13)	3	4	6
Total	3	9	11

El 43.5% de los pacientes indicaron que a veces piensan en el tema de la comida y un 30.4% casi siempre (Tabla 3.11).

Tabla 3.11 Relación de fluctuación de peso y tipos de adicción

Fluctuación de peso: Piensa en comida			
Frecuencia	Siempre	Casi siempre	A veces
Tipo de adicción			
Leve (5)	2	2	1
Moderado (5)	0	2	3
Grave (13)	4	3	6
Total	6	7	10

La gran parte de los pacientes (56.5%) con AG, AM O AL señalaron que siempre sienten culpa por los excesos (Tabla 3.12).

Tabla 3.12 Relación de fluctuación de peso y tipos de adicción

Fluctuación de peso: Culpa por excesos			
Frecuencia	Siempre	Casi siempre	A veces
Tipo de adicción			
Leve (5)	4	1	0
Moderado (5)	4	0	1
Grave (13)	5	3	5
Total	13	4	6

Subir 2.5kg afecta levemente al 39.1% de la muestra, el mayor porcentaje proviene de pacientes con AG.

Tabla 3.13 Relación de preocupación subjetiva por la dieta y tipos de adicción

Preocupación subjetiva por la dieta: Afecta subir 2.5kg			
Frecuencia	Mucho	Moderado	Levemente
Tipo de adicción			
Leve (5)	2	2	1
Moderado (5)	2	2	1
Grave (13)	2	4	7
Total	6	8	9

Un 69.6% es consciente de manera moderada al momento de comer, en cambio un 17.4% es muy consciente de lo que come (Tabla 3.14).

Tabla 3.14 Relación de preocupación subjetiva por la dieta y tipos de adicción

Preocupación subjetiva por la dieta: Consciencia al comer			
Frecuencia	Mucho	Moderado	Levemente
Tipo de adicción			
Leve (5)	2	3	0
Moderado (5)	1	3	1
Grave (13)	1	10	2
Total	4	16	3

El 47.8% de los pacientes a veces hace dieta. Las personas que casi siempre hacen dieta representan el 43.8%, donde más de la mitad tiene diagnóstico de AG (Tabla 3.15).

Tabla 3.15 Relación de preocupación subjetiva por la dieta y tipos de adicción

Preocupación subjetiva por la dieta: Hace dieta			
Frecuencia	Siempre	Casi siempre	A veces
Tipo de adicción			
Leve (5)	0	2	3
Moderado (5)	0	2	3
Grave (13)	2	6	5
Total	2	10	11

3.4 Características de los participantes que no presentaron trastornos en la conducta alimentaria.

La muestra consta de 167 personas integrada por 105 mujeres (62.9%) y 62 hombres (37.1%). La mayoría entre los 18 y 20 años (n=75), seguido del rango 31-35 años (n=33).

Los participantes indicaron que realizan actividad física por salud (39.5%) y mejora corporal (24.6%), en contraste, un 28.1% no realiza AF.

El IMC normal contiene un número alto de individuos que muestran satisfacción o mucha satisfacción con el aspecto de su cuerpo, no obstante, personas con IMC de sobrepeso u obesidad leve sienten poca satisfacción con su aspecto físico.

Tabla 3.16 Relación del IMC con la perspectiva de la satisfacción corporal de los individuos

Satisfacción corporal	Sumamente satisfecho	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho	Total
Interpretación IMC						
Bajo peso	0	2	5	4	0	11
Normal	6	31	58	12	0	107
Sobrepeso	0	5	20	11	1	37
Obesidad leve	1	3	3	4	0	11
Obesidad media	0	0	0	1	0	1
Total	7	41	86	32	1	167

CAPÍTULO 4

4. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECCOMENDACIONES

4.1 Discusión

La adicción y restricción alimentaria es una realidad que presenta el Ecuador, situación que es validada en este estudio de acuerdo con los resultados obtenidos puesto que, el 44,3% de las personas encuestadas presentan al menos un trastorno de los dos antes mencionados.

Las personas que presentan este diagnóstico no cuentan con una atención de primera línea que resuelva y disminuya el impacto de estas condiciones en su salud. Por lo que se ha investigado y analizado diferentes terapias aplicadas y validadas internacionalmente que podrían formar parte del tratamiento de primera línea para las personas afectadas con estas condiciones.

De acuerdo con la Revista colombiana de psiquiatría, el tratamiento ideal para las personas que presentan Trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE), trastornos con semejanza a la Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) supone de un equipo multidisciplinar. Ya que, estos pacientes presentan diferentes comportamientos como aptitudes y actitudes asociadas a que la recuperación, y el éxito de su tratamiento dependerá de la colaboración y asistencia de distintas especialidades como de sus mismos familiares o pareja. [25]

En el siguiente estudio basado en el tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria no especificado, se elaboró un programa multicomponente de tipo cognitivo – conductual de veinte sesiones semanales de noventa minutos durante aproximadamente seis meses donde participaron cuatro adolescentes mujeres. Este constó de varios pasos a seguir durante cada sesión para que cada adolescente de forma grupal como individual pueda mejorar su condición. Se realizaron diferentes pruebas previas a iniciar las sesiones para verificar el estado de cada adolescente: [28]

1. Test de Actitudes Alimentarias, de validación española; evalúa la presencia de actitudes y conductas asociadas a la AN. En especial las relacionadas con la ganancia de peso, el impulso a adelgazar y los patrones alimentarios restrictivos.

2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria, versión española; evalúa distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN. Mide actitudes y comportamientos hacia la comida, el peso y la imagen corporal como la inefectividad, baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a madurar y conciencia o identificación interoceptiva.
3. Escala de Evaluación de la Imagen Corporal, versión española; evalúa las distorsiones de la imagen corporal en pacientes con TCA.
4. Cuestionarios sobre los Pensamientos Automáticos acerca de la Imagen Corporal, versión española; evalúa la frecuencia con la que la persona ha tenido pensamientos negativos o positivos acerca del cuerpo o su estado físico.
5. Test de autoestima, versión española; evalúa los sentimientos de respeto y aceptación hacia uno mismo/a.

Una vez realizado cada prueba se procedió a realizar las 20 sesiones programadas junto a actividades y diferentes contenidos que contenían cada sesión de acuerdo con técnicas recomendadas y obtenidas en la terapia cognitivo – conductual según una publicación de Chinchilla Moreno que aborda los trastornos de la Conducta Alimentaria.

Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones.[29] Las cuatro adolescentes lograron mejorar su actitud frente a la alimentación, logrando alimentarse de una manera apropiada, así mismo reducir la insatisfacción y distorsión de su imagen corporal como eliminar pensamientos y enfrentar estados de ansiedad frente a exposiciones de su cuerpo. Además de contribuir con otros aspectos a mejorar como fueron las relaciones interpersonales, autoestima y la expresión emocional.[28]

A todo este estudio, lo positivo fue el cambio significativo de la evolución y mejora de las pacientes, sin embargo, se sugiere disminuir la cantidad de sesiones para una mejor adhesión al tratamiento. Así mismo, el estudio de Celis Ekstrand y Elia Roca, comenta que el mejor tratamiento para los pacientes con TCA es la Terapia Cognitiva Conductual Mejorada que consta de cuatro etapas desarrolladas en un total de 20 sesiones a lo largo de cinco meses.[30]

Donde en la primera etapa se eduque al paciente sobre el peso y las conductas de aprobación de este. Educar sobre los TCA a través de lecturas guiadas, así como establecer un patrón regular de ingesta de alimentos y hacer partícipes a familiares o parejas que puedan ayudar en el proceso. En la segunda etapa se hace una etapa de transición y para esta etapa ya el paciente tiene que haber mejorado ciertas conductas, estar más consciente de su patrón alimenticio y ha reducido los atracones o restricciones alimentarias.

En esta etapa se evalúan las dificultades para realizar el cambio y se plantea la tercera etapa, donde se va a seguir trabajando con la estructura de la primera etapa y a su vez, sobre los seis mecanismos mantenedores del problema:

1. Sobrevaloración del peso y figura.
2. Sobrevaloración del control sobre la comida.
3. Los intentos de limitar la ingesta.
4. Restricción dietética.
5. El mantenerse por debajo del peso saludable.
6. Influencia de eventos externos, cambios en el estado de ánimo y los hábitos de alimentación.

Se trabaja en cada uno de los mecanismos y en la cuarta etapa, se comprueban las expectativas del paciente, si han mejorado o siguen con ciertos atracones, haciendo dieta, etc. lo que es posible. Según Celis Ekstrand y Roca Villanueva, lo aconsejable es culminar el tratamiento a tiempo y luego de esto realizar un plan de mantenimiento a largo plazo, haciendo un chequeo veinte semanas después de haber culminado el tratamiento[30].

La Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), ha instaurado un consenso para evaluar y aplicar un tratamiento nutricional enfocado en los trastornos de la conducta alimentaria para la anorexia, documento del cual podrían surgir nuevos métodos de intervención orientadas principalmente en el tratamiento de personas con trastornos de adicción y restricción alimentaria.[31]

Por lo tanto, se demuestra que sí existen tratamientos que intervengan en los signos y síntomas de los TCANE. Mejorando así, el cuidado y la prevención de enfermedades que pueden irse desarrollando en las diferentes etapas de la vida de una persona y desencadenar consecuencias agravantes a largo plazo.

4.2 Conclusiones

El presente estudio determinó que en población ecuatoriana si existe la adicción alimentaria y la restricción al consumo de los alimentos, las cuales son condiciones que están categorizadas como trastornos de la conducta alimentaria, no obstante, es importante dar a conocer que Ecuador no posee suficiente información científica validada que pueda respaldar la gravedad en cuanto a la presencia de estas conductas.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se obtuvo un 44.3% del total de los individuos que participaron en el estudio con presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, datos que fueron encontrados por medio de la ejecución la escala YALE para la adicción alimentaria y la escala revisada de restricciones alimentarias, dicha cantidad refleja una alta necesidad en cuanto a la importancia para exhortar a las autoridades a intervenir a toda la población afectada que presenta estas conductas.

La adicción alimentaría demostró ser el trastorno más predominante en la población, entre ellos el 52.8% de las personas afectadas poseen entre 18 y 20 años, a lo que se podría inferir que estos trastornos presentan sus primeros síntomas en menores de edad.

El 36% de la población que no manifestó dentro de su diagnóstico un trastorno de la conducta alimentaria, sin embargo, posee un IMC fuera de la categoría normal, a lo que se podría catalogar como población propensa al padecimiento de estas dos condiciones.

La intervención cognitiva conductual ha demostrado ser una de las primeras líneas terapéuticas que otorgan en los pacientes resultados para la mejora de la condición, sin

embargo, se requieren más estudios que evidencien la efectividad de estos tratamientos para los trastornos de la conducta alimentaria en el País.

4.3 Recomendaciones

Es necesario recalcar la importancia de la adicción y la restricción alimentaria como uno de los primeros diagnósticos para el cuidado de la salud de la población ecuatoriana ya que podría formar parte de las principales causas para la manifestación de enfermedades o condiciones futuras en el paciente.

Se recomienda al estado ecuatoriano, en conjunto con el MSP, dar a conocer a los profesionales de la salud la importancia del tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria, acción que podría beneficiar en el tratamiento de una enfermedad con diagnóstico previo o a la prevención de futuras condiciones.

De acuerdo con los resultados obtenidos en los que se confirma la presencia de estas condiciones en una población significativa, se recomienda realizar más estudios científicos que puedan informar al país sobre el estado y el nivel de gravedad que presentan los trastornos de la conducta alimentaria en los ecuatorianos.

De acuerdo con los resultados obtenidos en los que se confirma la presencia de estas condiciones en una población significativa, se recomienda realizar más estudios científicos que puedan informar al país sobre el estado y el nivel de gravedad que presentan los trastornos de la conducta alimentaria en los ecuatorianos.

Finalmente, se considera manifestar y educar a las personas en la prevención de adquirir conductas restrictivas o adictivas para el mantenimiento de la salud dirigido por profesionales en el área.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] World Health Organization, “Obesidad y Sobrepeso,” *OMS*, 2020.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
(accessed Nov. 03, 2020).
- [2] World Health Organization, “Obesity,” *OMS*, 2018. https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1.
- [3] J. J. Ceballos Macías *et al.*, “Obesidad. Pandemia del siglo XXI,” *Rev. Sanid. Milit.*, vol. 72, no. (5-6), pp. 332–338, 2018, [Online]. Available:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000400332&lng=es&tlng=es.
- [4] M. Serrano, M. Pozo, D. Medina, J. Viteri, and ENSANUT, “Encuesta Nacional de Salud y Nutricion,” Quito, 2018.
- [5] Ministerio de Salud Pública, “Plan estrategico nacional para la prevención y control de las enfermedades crónicas no trasmisibles - ECNT.,” 2011.
https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/EQU_B3_plan_estrategico_nacional_msp_final..pdf.
- [6] J. Figueroa-Quiñones and J. Cjuno, “Food addiction in Latin America,” *Medwave*, vol. 18, no. 01, pp. e7171–e7171, Feb. 2018, doi:
10.5867/medwave.2018.01.7171.
- [7] L. Bentancour, S. Calvo, and G. Sosa, “ADICCIÓN ALIMENTARIA: ¿OTRO DETERMINANTE ASOCIADO A LA ADHESIÓN DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL?,” *Enfermería Cuid. Humaniz.*, vol. 8, no. 2, Aug. 2019, doi:
10.22235/ech.v8i2.1848.
- [8] G. F. Koob and N. D. Volkow, “Neurocircuitry of Addiction,” *Neuropsychopharmacology*, vol. 35, no. 1, pp. 217–238, Jan. 2010, doi:
10.1038/npp.2009.110.
- [9] G.-J. Wang *et al.*, “Evidence of gender differences in the ability to inhibit brain activation elicited by food stimulation,” *Proc. Natl. Acad. Sci.*, vol. 106, no. 4, pp. 1249–1254, Jan. 2009, doi: 10.1073/pnas.0807423106.
- [10] W. Schultz, “Dopamine signals for reward value and risk: basic and recent data,” *Behav. Brain Funct.*, vol. 6, no. 1, p. 24, 2010, doi: 10.1186/1744-9081-6-24.

- [11] World Health Organization, "Alimentación Saludable," OMS, 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
- [12] R. M. Cruz Bojórques, M. L. Ávila Escalante, M. de la C. Cortés Sobrino, R. Vásquez Arévalo, and J. M. Mancilla Díaz, "Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición," *Psicol. y Salud*, vol. 18, no. 2, pp. 189–198, 2008, [Online]. Available: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118205.pdf>.
- [13] MayoClinic, "Trastornos de la alimentación," *Clínica Mayo*, 2018. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-disorders/symptoms-causes/syc-20353603>.
- [14] J. R. Silva, "Restricción alimentaria y sobrealimentación: Un modelo de la neurociencia afectiva," *Rev. Med. Chil.*, vol. 136, no. 10, pp. 1336–1342, 2008, doi: 10.4067/S0034-98872008001000016.
- [15] C. Troncoso P and J. P. Amaya P, "FACTORES SOCIALES EN LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS," *Rev. Chil. Nutr.*, vol. 36, no. 4, pp. 1090–1097, 2009, doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400005>.
- [16] I. Benazizi, L. Ferrer-Serret, J. M. Martínez-Martínez, E. Ronda-Peréz, and C. i B. Barbar, "Factores que influyen en la dieta y los hábitos alimentarios de la población inmigrante china en Cataluña," *Gac. Sanit.*, 2019, doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.08.014>.
- [17] G. AN, C. WR, and B. KD, "Desarrollo de la versión 2.0 de la escala de adicción a la comida de Yale," *Rev. la Soc. Psicólogos en la Conduct. Restrict.*, vol. 30, no. 1, pp. 113–121, 2016, doi: 10.1037/adb0000136.
- [18] G. Roser *et al.*, "Validación de la versión en español de la escala de adicción a los alimentos de Yale 2.0 (YFAS 2.0) y correlaciones clínicas en una muestra de participantes con trastornos alimentarios, trastornos del juego y controles saludables.," *Psiquiatr. Front.*, 2018, doi: 10.3389 / fpsyt.2018.00208.
- [19] M. I. Valdés-Moreno, M. C. Rodríguez-Márquez, J. J. Cervantes-Navarrete, B. Camarena, and P. de Gortari, "Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. Análisis factorial," *Salud Ment.*, vol. 39, no. 6,

- pp. 295–302, Dec. 2016, doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.034.
- [20] P. R. Nunes-Neto *et al.*, “Food addiction: Prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample,” *J. Psychiatr. Res.*, vol. 96, pp. 145–152, Jan. 2018, doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.003.
- [21] J. R. Silva C, “CONSISTENCIA INTERNA Y VALIDEZ FACTORIAL DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DE LA ESCALA REVISADA DE RESTRICCIÓN ALIMENTARIA,” *Rev. Chil. Nutr.*, vol. 37, no. 1, Mar. 2010, doi: 10.4067/S0717-75182010000100004.
- [22] J. R. Silva and A. Urzua Morales, “Spanish Version of the Revised Restraint Scale: Psychometric Properties in an Adolescent Sample,” *Univ. Psychol.*, vol. 9, no. 2, pp. 521–530, 2010, [Online]. Available: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000200018&lng=en&tlng=es.
- [23] J. R. Silva and A. Urzúa M, “Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala revisada de restricción alimentaria en una muestra de adolescentes,” *Univ. Psychol.*, vol. 9, no. 2, pp. 521–530, Jun. 2010, doi: 10.11144/Javeriana.upsy9-2.ppve.
- [24] National Institute of Mental Health (NIHM), “Tratamiento para los trastornos alimentarios,” *American Academy of Pediatrics*, 2016. <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/treating-eating-disorders.aspx> (accessed Dec. 14, 2020).
- [25] C. Pertuz-Cortes, E. Navarro-Jiménez, C. Laborde-Cárdenas, P. Gómez-Méndez, and S. Lasprilla-Fawcett, “Implementación de una guía de práctica clínica para la detección oportuna y el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y adultos en el servicio de consulta externa y prioritaria de un hospital mental público de Colombia,” *Rev. Colomb. Psiquiatr.*, vol. 49, no. 2, pp. 102–108, Apr. 2020, doi: 10.1016/j.rcp.2018.05.005.
- [26] D. Martínez de Pinillos Gutiérrez, Miriam; Ramírez Martínez, Laura; Rodríguez Romero, “EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN EL PROCESO DE LA CONFECCIÓN DE UNA DIETA POR PARTE DEL PACIENTE CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA,” in *Trastornos de la Conducta Alimentaria 21*, Sevilla, 2015, pp. 2291–2311.

- [27] C. Gómez Candela, "Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros," *Nutr. Hosp.*, vol. 34, no. 5, Sep. 2017, doi: 10.20960/nh.1562.
- [28] M. J. Tornero, R. Bustamante, and y R. del Arco, "Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado," *Rev. Psicol. Clínica con Niños y Adolesc.*, vol. 1, pp. 7–16, 2014, [Online]. Available: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_01.pdf.
- [29] A. Chinchilla Moreno, "Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones," 2002.
- [30] A. C. Ekstrand and E. Roca Villanueva, "Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica = Cognitive behavioral therapy for eating disorders according to the transdiagnostic view," *Acción Psicológica*, vol. 8, no. 1, pp. 21–33, Jan. 2011, doi: 10.5944/ap.8.1.198.
- [31] C. Gómez Candela *et al.*, "Resumen ejecutivo 'Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros,'" *Nutr. Hosp.*, vol. 35, no. 1, p. 1, Mar. 2018, doi: 10.20960/nh.1745.

APÉNDICES

Anexo 1: Carta y Formulario de Consentimiento

Estimado/a:

Se solicita su participación en esta encuesta en línea que tiene como objetivo el análisis de conductas adictivas y conductas restrictivas frente al consumo de alimentos que posee la población ecuatoriana para poder generar propuestas innovadoras de tratamiento nutricional en la población afectada como proyecto de materia integradora de la Carrera de Nutrición y Dietética.

La información otorgada en la siguiente encuesta es de carácter confidencial y para fines académicos, los mismos que serán manejados por el receptor para un trabajo de investigación previo a una titulación. El receptor no obtendrá derecho alguno, de ningún tipo, sobre la información, ni tampoco ningún derecho de utilizarla, excepto para el objeto del presente acuerdo. Siéntase tranquilo en contestar cada una de las preguntas y ser lo más honesto posible.

Instrucciones:

-La siguiente encuesta consta de preguntas de opción múltiple y en menor cantidad preguntas de desarrollo.

-En todas las preguntas de la siguiente encuesta, puede escoger una respuesta, no existe respuesta incorrecta.

Al aceptar este formulario, usted indica que ha leído el propósito de la encuesta, es mayor de 18 años y acepta participar voluntariamente.

En caso de presentar alguna duda o inquietud sobre el presente estudio y su participación en el, puede comunicarse con:

sthbeguz@espol.edu.ec

mdconsta@espol.edu.ec

¡Agradecemos de antemano por su participación y apoyo en este estudio!

Comprendo la finalidad y la naturaleza de este proyecto y participo voluntariamente:

Acepto participar

No acepto participar

Anexo 2: Encuesta aplicada a la población Datos personales

1. Escriba su nombre y apellido: Ejemplo: Belén Guzhñay

2. Por favor, ayúdanos con alguna dirección de correo electrónico donde podamos contactarte: Ejemplo: belen_guzhñay@...com (hotmail, gmail, institución, etc.

3. ¿Cuál es su edad?

18 a 20 años

21 a 22 años

23 a 25 años

a 28 años

29 a 30 años

31 a 35 años

4. ¿Con qué género se identifica más?

Masculino

Femenino

Prefiero no contestar

5. Por interés médico, escriba su peso en Kilogramos (Kg) o en Libras (Lbs) aprox: Ejemplo: 59Kg, 125Lbs

6. Por interés médico, escriba su estatura en centímetros (cm) o metros (m) aprox: Ejemplo: 124cm, 1.67m

7. ¿Cuál es su nivel escolar?

Escuela – Colegio

Universidad

Maestría

Doctorado

Alimentación y Estilo de vida

8. ¿Qué tan importante es para usted comer sano?

Para nada importante

Poco importante

Indiferente

Importante

Muy importante

9. ¿Qué tan satisfecho se siente con su cuerpo?

Nada satisfecho

Poco satisfecho

Satisfecho

Muy satisfecho

Sumamente satisfecho

10. ¿En cuántos de los últimos 7 días participó en ejercicio vigoroso, moderado o para tonificar músculos (CrossFit, correr 10 km/h, flexiones, saltar cuerda, sentadillas) durante al menos 20 minutos?

0 días

1 día

2 días

3 días

4 días

5 días

6 días

7 días

11. ¿Por qué realizas ejercicio?

Por salud

Para compensar los alimentos que he ingerido durante el día
Para mejorar el aspecto físico de mi cuerpo

Porque es una actividad popular (Moda)

No realizo ejercicio

Otras

12. ¿Qué factor considera importante al momento de elegir un alimento para consumirlo?

- Sabor
- Precio
- Aspecto agradable a la vista
- Fecha de elaboración
- Valor nutricional
- Otras

13. ¿Qué haces o estarías dispuesto para cuidar la salud de tu cuerpo?

- Cuidar mi alimentación
- Realizar actividad física
- Consumir suplementos dietéticos
- Nada
- Otras

Escala revisada de restricción alimentaria.

A continuación, encontrará preguntas con diversas alternativas de respuestas, lea cuidadosamente cada pregunta y marque aquella opción que mejor lo represente. Conteste todas las preguntas, tenga presente que sus respuestas deben reflejar sus gustos y sentimientos personales.

	Nunca	Rara vez	A veces	Casi Siempre
¿Qué tan a menudo haces dieta?				
¿Comes menos al estar frente a otros?				
¿Te pasas mucho tiempo pensando en el tema de la				

comida?				
¿Te sientes culpable después de que has comido en exceso?				

14. Escoja la alternativa que mejor lo represente a las siguientes instrucciones:

	Entre 0 y 0,5 kg	Entre 0,55 y 1 Kg	Entre 1,05 y 1,5 kg	Entre 1,55 y 2,5 kg	Más de 2,55 Kg
¿Cuál es la máxima cantidad de peso que has llegado a subir en una semana?					
¿Cuánto crees tu que varía tu peso en una semana común y corriente?					

15. Escoja la alternativa que mejor lo represente a las siguientes instrucciones:

	De ningún modo	Levemente	Moderadamente	Mucho
¿Cuál es la máxima				

cantidad de peso que has llegado a subir en una semana?				
¿Cuánto crees tú que varía tu peso en una semana común y corriente?				

16. La mayor cantidad de peso que has perdido en un mes en tu vida, ha

sido: Entre 0 y 2 Kg

Entre 2,1 y 4.5 Kg

Entre 4,6 y 7 Kg

Entre 7,1 y 9,5 Kg

Más de 9,5Kg

17. ¿Cuánto es lo máximo que has llegado a pesar sobre tu peso normal?

Entre 0 y 0,5 Kg

Entre 0.55 y 2,5 Kg

Entre 2,55 y 5 Kg

Entre 5,05 y 10 Kg

Más de 10 Kg

Escala de adicción de alimentos de Yale - Versión

2.0 Parte 1

18. He notado que cuando empiezo a comer esos determinados alimentos, he terminado comiendo más de lo que tenía planeado:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

19. He notado que cuando estoy comiendo esos determinados alimentos he seguido comiéndolos, aunque ya no tengo hambre:

Nunca

1 vez por mes

2-3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

20. He notado que como tanto que llego a sentirme físicamente mal, por ejemplo, con inflamación, dolor de estómago, náuseas, indigestión, agruras, etc.:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

21. Me preocupa que no he podido evitar consumir esos determinados alimentos o no he podido reducir su consumo:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

22. He pasado mucho tiempo sintiéndome lento, pesado o cansado por haber comido de más:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

23. He notado que a lo largo del día ingiero repetidamente esos determinados alimentos:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

24. He notado que trato de obtener esos determinados alimentos cuando no están disponibles. Ejemplo: he ido a la tienda a conseguirlos, aunque haya tenido otras opciones en casa:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

25. En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he dejado de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

26. En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he pasado el tiempo envuelto en sentimientos negativos (culpa, baja autoestima) porque he comido de más, en lugar de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

27. Me he dado cuenta que he presentado problemas o discusiones con mi familia y amigos debido a cuanto como:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

28. He evitado asistir a eventos sociales o laborales al saber que esos determinados alimentos estarán disponibles, por miedo a comer de más:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

29. Me he sentido inquieto, ansioso o agitado cuando he dejado de consumir esos determinados alimentos (no considerar a las bebidas con cafeína):

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

30. He consumido esos determinados alimentos para evitar sentir malestares físicos como náuseas, dolor de estómago producidos por haber dejado de comerlos (no considerar a las bebidas con cafeína, como las energizantes, café, etc.):

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

31. He consumido esos determinados alimentos para evitar sentimientos de ansiedad, inquietud o tristeza producidos por haber dejado de comerlos (no considerar a las bebidas con cafeína, como las energizantes, café, etc.):

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

32. He notado que tengo un gran deseo o urgencia por consumir esos determinados alimentos cuando dejo de comerlos:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

33. Mi comportamiento con respecto a los alimentos y mi forma de comer me genera malestar (ansiedad, culpa, depresión):

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

34. He experimentado problemas significativos en mi habilidad para funcionar normalmente en mi vida, como trabajar, estudiar, diaria debido al comer:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

35. Mi consumo de alimentos me ha causado sensaciones de depresión, ansiedad o culpa, por lo que dejo de hacer cosas importantes como trabajar o pasar tiempo con la familia:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

36. Me he dado cuenta de que mi manera de comer me ha impedido cuidar de mi familia o hacer las tareas del hogar:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

37. He evitado asistir a eventos sociales o laborales al saber que esos determinados alimentos no estarán disponibles o no son permitidos comer ahí:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

38. He evitado asistir a eventos sociales o laborales al saber que la gente no aprobará mi forma de comer o cuanto como:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

39. He continuado comiendo el mismo tipo de alimentos o la misma cantidad de alimentos a pesar de que me han ocasionado problemas psicológicos (ansiedad, culpa, depresión):

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

40. He continuado comiendo el mismo tipo de alimentos o la misma cantidad de alimentos a pesar de que me han ocasionado problemas físicos (diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad):

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

41. He notado que comer la misma cantidad de comida ya no reduce mis emociones negativas o que ya no aumentan las sensaciones placenteras como antes lo hacía:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

42. He querido frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos, pero no he podido:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

43. Conforme pasa el tiempo he notado que necesito comer más y más para lograr el estado de bienestar que deseo, como por ejemplo para reducir mis emociones negativas (ansiedad o culpa) e incrementar el placer:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

44. Me he dado cuenta de que he fallado en mis labores en el trabajo o en la escuela por cómo o cuanto comía:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

45. Seguí comiendo ciertos alimentos a pesar de que sabía que eran físicamente peligrosos. Por ejemplo, seguí comiendo dulces a pesar de que tenía diabetes O seguí comiendo alimentos grasos a pesar de tener una enfermedad cardíaca:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

46. He tenido tantas ganas de comer ciertos alimentos que no podía pensar en otra cosa:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

47. He tenido antojos tan intensos por ciertos alimentos que sentí que tenía que comérselos de inmediato:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

48. Traté de reducir o no comer ciertos tipos de alimentos, pero no tuve éxito:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

49. Intenté y no pude reducir o dejar de comer ciertos alimentos:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

50. Estuve tan distraído POR COMER que pude haberme lastimado al realizar ciertas actividades (por ejemplo, al conducir un automóvil, al cruzar la calle, al manejar maquinaria):

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

51. Estuve tan distraído AL PENSAR EN COMIDA que pude haberme lastimado al realizar ciertas actividades (por ejemplo, al conducir un automóvil, al cruzar la calle, al manejar maquinaria):

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días

52. A mi familia y amigos les preocupa cuanto como:

Nunca

1 vez por mes

2 a 3 veces por mes

1 vez por semana

2-3 veces por semana

4-6 veces por semana

Todos los días