

TRABAJO DE FIN DE GRADO

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Autora: María Morales Delgado

Tutora: Natalia Rodríguez Novo

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Enfermería

Universidad de La Laguna

Junio 2022

ÍNDICE

1. Introducción.....	4-5
1.1 Marco Conceptual.....	5-14
1.1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	5-6
1.1.2 Clasificación de los trastornos alimenticios.....	6-9
1.1.3 Criterios diagnósticos.....	9
1.1.4 Epidemiología.....	9
1.1.5 Etiología.....	10
1.1.6 Tratamiento.....	11-12
1.1.7 Rol del profesional de la Enfermería en TCA.....	12-14
1.2 Antecedentes.....	14-16
1.2.1 Evolución del cuerpo en la historia y cómo ha afectado a los TCA.....	14-15
1.2.2 TCA y adolescencia.....	15
1.2.3 Influencia de las redes sociales en los TCA.....	15-16
1.3 Definición del problema.....	16
1.4 Justificación.....	16-17
1.5 Objetivos generales.....	17
1.6 Objetivos específicos.....	17
2. Metodología.....	18-29
2.1 Diseño de la investigación.....	18
2.2 Población de estudio.....	18
2.2.1 Descripción de la muestra.....	18
2.2.2 Método de muestreo.....	18
2.2.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	19
2.3 Investigación cuantitativa.....	19-21
2.3.1 Variables e instrumentos de medida.....	19-20
2.3.2 Método de recogida de la información.....	20-21
2.3.3 Análisis de los datos estadísticos.....	21
2.4 Intervención educativa.....	21-26
2.4.1 Método de recogida de la información.....	21-26
2.5 Temporalización.....	26
2.6 Consideraciones éticas.....	26-27
2.7 Cronograma.....	27
2.8 Presupuesto.....	28
3. Bibliografía.....	29-34
4. Anexos.....	35-47

Resumen:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son enfermedades mentales graves que afectan a la salud física y mental de los adolescentes. Actualmente, debido a la situación de pandemia vivida, la prevalencia de estos trastornos va en aumento en nuestro país.

La adolescencia es un periodo lleno de cambios tanto físicos como mentales que requieren una aceptación. Sin embargo, existen adolescentes que no logran asumirlo y comienzan a realizar conductas de riesgo, pudiendo llegar a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Es relevante conocer los factores desencadenan una conducta inapropiada con la comida. Además, se ha demostrado que la prevención y detección temprana de estos trastornos favorece la adherencia al tratamiento.

Por ello, los objetivos principales de este estudio son: determinar si existe algún caso de TCA en los adolescentes de primero y segundo de la ESO del IES San Matías y proponer un programa de prevención de los TCA a dichos alumnos.

Se realizará, por un lado, una investigación cuantitativa descriptiva de tipo observacional y corte longitudinal. Por otro lado, una intervención educativa que constará de dos fases: una pre intervención en la que se repartirá un cuestionario y una intervención de educación sanitaria.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Adolescencia, Prevención.

Abstract:

Eating Disorders are serious mental illnesses that affect the physical and mental health of teenagers. Currently, due to the pandemic situation experienced, the prevalence of these disorders is increasing in our country.

Adolescence is a period full of physical and mental changes that require adaptation. However, there are adolescents who do not manage to accept these changes and begin to engage in risky behavior and may develop an Eating Disorder (ED).

It is important to be aware of the factors that lead to inappropriate eating behavior. In addition, prevention and early detection of eating disorders has been shown to improve adherence to treatment.

Therefore, the main objectives of this project are: to determine if there are any cases of ED among teenagers in the first and second years of ESO at IES San Matías and to suggest a programme for the prevention of ED among these students.

This project consists of on the one hand, a descriptive, observational, longitudinal, quantitative, descriptive research will be carried out. On the other hand, an educational intervention will consist of two phases: a pre-intervention in which a questionnaire will be distributed and a health education intervention.

Key words: Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adolescence, Prevention.

1. INTRODUCCIÓN

El acto de comer es una necesidad vital, ya que para poder sobrevivir el ser humano tiene que nutrirse. Los alimentos que se ven cada día en la mesa y se ingieren desencadenan en el cuerpo un proceso de digestión, que consiste en descomponer el alimento en sus nutrientes para absorberlos, cumpliendo así una función fisiológica.¹

No obstante, la alimentación no solo se basa en cumplir esta acción biológica, sino que también tienen una connotación social, es decir, no solo se ingieren exclusivamente mediante procesos metabólicos, sino que también por medio del entorno cultural. De esta forma, la conducta alimenticia tiene un significado biológico, social y cultural.¹

Por una parte, la necesidad de comer y el hambre son considerados hechos fisiológicos. Por otra parte, la alimentación y sus prácticas no solo se centran en la comida sino también en el contexto. Cada persona, a partir del acceso que tiene a los alimentos, decide cuáles comer, en base a sus preferencias, gustos, olores, formas, reglas y creencias, dando lugar a lo que se puede considerar como la cultura alimentaria.²

Desde la antigüedad, el comer/no comer, engloba jerarquías basadas en la clase, etnia, religión y género. De la misma manera que el comer aporta significados más allá de lo nutricional, el no comer también.² En muchas culturas existen determinados alimentos prohibidos, tabúes relacionados con la comida, que son justificados por la religión, la historia, la economía, la geografía y la salud y nutrición.¹

Hoy en día comer es un placer para la mayoría, no obstante, para otros la comida es un enemigo.³ Este es el caso de las personas que padecen un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Son definidas como “un grupo de enfermedades mentales graves relacionadas con una alteración de la conducta alimentaria, preocupación excesiva con el peso y la imagen corporal”.⁴

Actualmente, suponen un gran problema de salud, “en España, se estima una prevalencia de TCA de entre el 4,1 y 6,41%”.⁵ Son consideradas la tercera enfermedad crónica en adolescentes, siendo las mujeres las que los sufren con mayor frecuencia.⁶

No obstante, a pesar de la abundante incidencia y de la cantidad de información que hay sobre ellos, hoy en día sigue costando identificarlos. Esto se debe a que en la sociedad actual lo normal es estar a dieta, pendiente del peso o la propia imagen corporal (conductas propias de un TCA). Por esta razón, es difícil diferenciar cuándo un cambio brusco en los hábitos alimenticios o mostrar mayor interés en el ejercicio, ocultan un TCA.⁷

Como se mencionó anteriormente, los TCA son enfermedades graves que provocan multitud de consecuencias tanto físicas como mentales, además de un gran deterioro a nivel social de la calidad de vida de la persona que lo padece. A todo esto, se le añade que, en ocasiones, a pesar de lo avanzada que pueda estar la enfermedad, los individuos no son conscientes de ella y tienden a negarla.⁸

Actualmente, la situación de pandemia ocasionada por el virus SARS- CoV-2, ha provocado en nuestro país un incremento de los TCA. A raíz de las medidas de confinamiento para la prevención de contagios por COVID-19, los hábitos nutricionales de la población se vieron afectados debido a diferentes variables como; acceso limitado a productos, comer en exceso y la escasa actividad física que pudieron favorecer a un aumento de peso. Como consecuencia de esta situación, aumentó la preocupación hacia la salud y el estado físico, pudiendo contribuir al desarrollo de un TCA en aquellas personas vulnerables.⁹

1.1 MARCO CONCEPTUAL

1.1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

En la actualidad, no se ha llegado a un consenso en la definición de los TCA. Fairburn y Walsh los definen como “una alteración persistente del comportamiento o de la conducta alimentaria destinada al control de peso, lo que significativamente deteriora la salud física o el funcionamiento psicosocial de la persona”.¹⁰

Asimismo, en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se definen como “una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”.¹¹

Es relevante mencionar que, en la edición del DSM-IV-TR solo existían tres categorías diagnósticas para clasificar los TCA que era; Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE).

Sin embargo, se demostró en numerosos estudios que, la mayoría de las personas a las que se les diagnosticaba un TCA no entraban dentro de los criterios de la AN o BN y se les asignaba un

diagnóstico no especificado (TCANE). Por lo tanto, en la nueva versión DSM-V, además de renombrarlos como “Trastornos alimentarios y de la ingesta” aparecen nuevas categorías diagnósticas que son; Trastorno por Atracción (TA), Pica y Trastorno de Rumiación y Trastorno de evitación / restricción de la ingestión de alimentos.¹²

1.1.2 Clasificación de los trastornos alimenticios

Actualmente, los TCA se clasifican en siete categorías. A continuación se van a desarrollar las más relevantes:

Anorexia nerviosa (AN)

Richard Morton realizó, a finales del siglo XVII, la primera descripción clínica de la AN, denominándola “consunción nerviosa”, que significaba consumición física ocasionada por trastornos nerviosos. Hacía referencia a individuos, en su mayoría mujeres, que bajaban de peso repentinamente de manera relevante sin estar asociada a fenómenos físicos.¹³

Siglos más tarde, los médicos William Gull y Lasègue le pusieron el nombre de Anorexia Nerviosa y la describieron como una enfermedad mental basada en la restricción alimentaria, con características muy similares a lo que hoy en día se considera AN.¹³

La AN se define como “un trastorno mental grave caracterizado por la restricción de la ingesta calórica, miedo excesivo a ganar peso o engordar y una percepción corporal alterada”.¹¹

Las personas que sufren AN realizan una serie de prácticas (ayunos, dietas, ejercicio en exceso, purgas, etc.), orientadas a la pérdida ponderal. Presentan un miedo intenso a engordar, este no desaparece cuando consiguen bajar de peso, sino que va aumentando. Además, como consecuencia de presentar una imagen corporal distorsionada, no son conscientes de la gravedad de su enfermedad.¹⁴

“La prevalencia de la AN en adolescentes es de 0,3% - 2,2%”. Suele estar más presente en mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 19 años, aunque hay que tener en cuenta que también puede aparecer en edades más tempranas.¹⁵

Dentro de la AN existen dos tipos, que son los siguientes:

- **Restrictiva:** “La pérdida de peso se debe a dietas, ayuno y/o ejercicio en exceso”.

- **Purgativa:** “La pérdida de peso se debe a que en los últimos tres meses la persona ha tenido episodios de atracones o purgas como el vómito inducido o uso incorrecto de laxantes”.¹¹

Bulimia Nerviosa (BN)

La Bulimia Nerviosa (BN) fue incorporada en el DSM-III a finales del siglo XX, a raíz de un artículo publicado por el psiquiatra británico Gerald Russel. Fue definida como una serie de episodios de hiperfagia (aumento excesivo de la ingesta de comida que no corresponde a cubrir una necesidad fisiológica), seguido de comportamientos purgativos.¹⁶⁻¹⁷

Las personas que presentan BN, muestran tres características diagnósticas que son las siguientes:¹⁸

- **Episodios recurrentes de atracones,** se definen como “la ingestión, en un período determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas”.¹¹ Generalmente, los atracones suelen ser alimentos altamente calóricos y considerados por el paciente como comida “prohibida” (chocolatinas, galletas, pizzas, etc.). Son provocados por situaciones de estrés, aburrimiento, tristeza, etc.¹⁸
- **Autoevaluación** continua del cuerpo **negativa**, distorsionada e influenciada por el peso.¹⁸
- **Comportamientos compensatorios:** En general, el más común es el vómito, seguido del uso incorrecto de laxantes o el ejercicio excesivo.¹⁸

A diferencia de la AN, el diagnóstico de la BN es más difícil de realizar, ya que las personas que sufren BN suelen estar en rangos de peso normales (IMC entre 18,5 – 30 kg/m²) e incluso pueden presentar sobrepeso u obesidad. Normalmente, esto sucede porque en su día a día suelen consumir alimentos menos calóricos.¹¹

La prevalencia de este trastorno oscila entre el 1-3%, siendo las mujeres en edades comprendidas entre 15 y 19 años las más afectadas.¹⁹

Trastorno por Atracón (TA)

El trastorno por atracón fue definido por Albert Stunkard en 1959, en base a tres características; comer por la noche, los atracones y dificultad en encontrar la saciedad. No obstante, no se incluyó en el DSM hasta el año 2013.²⁰

Actualmente, se considera que una persona sufre TA cuando presenta episodios de atracones (“comer grandes cantidades de comida en un período corto de tiempo”), al menos uno a la semana durante 3 meses.²¹

Además, presenta otras características similares a la BN como son: comer en soledad, vergüenza, sentimientos negativos hacia sí mismo después de la ingesta, etc. No obstante, a diferencia de la BN, las personas que padecen TA no realizan comportamientos compensatorios.¹¹⁻²¹

El TA se puede manifestar en personas con normo peso, aunque es más común en aquellas que presentan obesidad o sobrepeso.²¹

Otros trastornos de la conducta alimentario o de la ingesta de alimentos especificados

En esta categoría se incluyen aquellos trastornos que tienen que ver con una alteración del patrón alimentario, pero que no entran dentro de los criterios mencionados anteriormente. Son los siguientes:

- **Anorexia Atípica:** Es similar al concepto de AN, no obstante, en este caso la persona se encuentra en un peso dentro de los límites normales.¹¹⁻²²
- **Bulimia nerviosa (de baja frecuencia y/o baja duración):** A diferencia de la BN, la frecuencia de los atracones y comportamientos compensatorios, es menos de una vez por semana y/o durante menos de tres meses.¹¹⁻²²
- **Trastorno por atracón (de baja frecuencia y/o baja duración):** A diferencia de TA, la frecuencia de los atracones y comportamientos compensatorios es menos de una vez por semana y/o durante menos de tres meses.¹¹⁻²²
- **Trastorno por purga:** Consiste en realizar comportamientos compensatorios con el objetivo de bajar de peso, pero sin realizar atracones.¹¹⁻²²
- **Síndrome de ingestión nocturna de alimentos:** “Episodios continuos de alimentos por la noche, al despertarse del sueño o a un consumo excesivo de alimentos después de cenar”.¹¹⁻²²

Trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado (TCANE)

Hace referencia a aquellos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen ningún criterio de los mencionados anteriormente, pero que provocan malestar en el paciente.¹¹

1.1.3 Criterios diagnósticos

El diagnóstico requiere el cumplimiento de los criterios descritos anteriormente. No obstante, es necesario tener en cuenta que los pacientes pueden no ser conscientes de su enfermedad, por esa razón es necesario realizar una valoración completa del paciente.

1.1.4 Epidemiología

La incidencia y prevalencia de los TCA varían según la población (edad y sexo), el instrumento de evaluación y el diseño de los estudios. Actualmente, según varios estudios, en España existe una prevalencia de TCA del; “0,14% al 0,9% para la AN; del 0,41% al 2,9% para la BN y del 2,76% al 5,3% en el caso de los TCANE”.²³

La edad de inicio de estos trastornos varía según el diagnóstico. La AN suele desarrollarse entre los 10 y 25 años, siendo la edad más habitual los 13 y 18 años. En cambio, para la BN, es entre los 24-40 años, esta diferencia se debe a que este trastorno es más difícil de detectar, ya que sus síntomas son más sutiles que los de la AN.²⁴

En cuanto al género, las mujeres suelen ser las más perjudicadas con este tipo de trastornos, con una relación 9:1 puesto que la mayoría de estudios epidemiológicos muestran que el 90-95% de los afectados son mujeres.²⁵

Es relevante mencionar que, según los resultados de varios estudios epidemiológicos, actualmente, el problema no solo se debería orientar en hallar nuevos casos sino también en los factores de riesgo, puesto que existe una gran cantidad de personas que, a pesar de padecer un TCA, no llegan a desarrollar un trastorno mental grave, no obstante, tampoco se puede considerar que tengan una relación funcional con la comida.¹⁴

1.1.5 Etiología

Los TCA presentan una **etiología multicausal**, comienzan a desarrollarse en función de una serie de factores que son los siguientes (Figura 1):⁷

- **Factores predisponentes**, son aquellos que hacen referencia a la susceptibilidad de padecer el trastorno.

Pueden ser **individuales** (perfeccionismo, baja autoestima), **familiares** (antecedentes de TCA) o **sociales** (presión social, ideas de delgadez).⁷

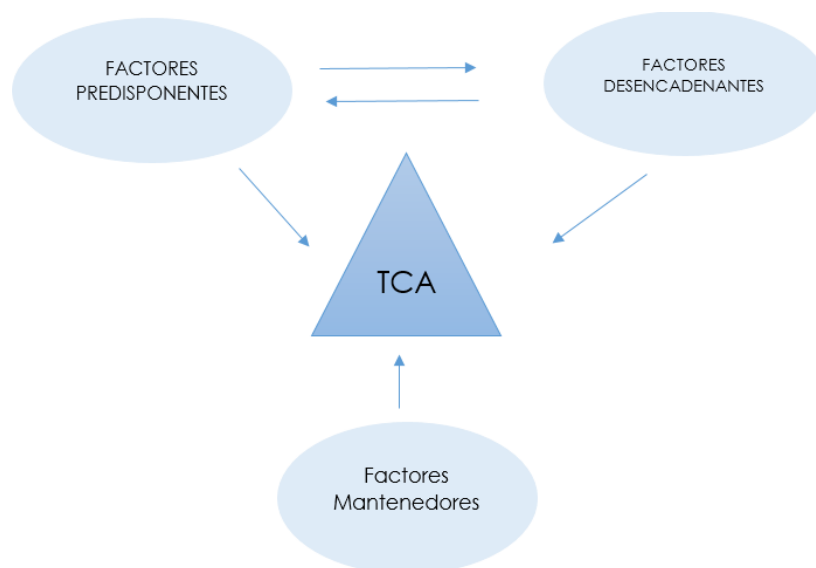
- **Factores desencadenantes**, estos no provocan la enfermedad en sí, pero generan un clima idóneo para su desarrollo.

Puede ser desde la **presión por adelgazar** a raíz de comentarios de familiares sobre la apariencia física de la persona hasta un **cambio vital estresante** como por ejemplo casarse.²⁶

- **Factores mantenedores o perpetuantes**, son aquellos que provocan que la enfermedad perdure en el tiempo.

Como, por ejemplo, la **negación de la enfermedad** o las **distorsiones cognitivas** (percepción errónea de su imagen corporal).²⁷

Figura 1. Factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores.



Fuente: Elaboración propia.

1.1.6 Tratamiento

En el tratamiento de los TCA para adolescentes, se deben tener en cuenta dos variables; el factor multicausal, que se menciona en el apartado anterior, y las peculiaridades de la adolescencia.²⁸

Debe ser realizado a través de un equipo multidisciplinar formado por: psiquiatras, psicólogos, enfermeras (preferiblemente con la especialidad de Salud Mental), nutricionistas, endocrinos, etc. Asimismo, debe estar adaptado a la fase de la enfermedad del paciente.²⁸ Es recomendable abordar estos trastornos lo más pronto posible después del diagnóstico debido al pronóstico positivo que tiene en relación a la adherencia del mismo. El enfoque del tratamiento varía en función de cada paciente, no obstante, en todos es esencial la implicación familiar.²⁹

A pesar de que los TCA son considerados enfermedades mentales, las medidas terapéuticas deben abarcar la salud tanto física como psíquica. Los pilares de tratamiento más relevantes son los siguientes:

- Rehabilitación nutricional

Uno de los factores más relevantes del tratamiento, a nivel clínico, es la rehabilitación nutricional. Su objetivo principal es la recuperación nutricional a través de enseñarles a crear hábitos alimenticios saludables y flexibles.³⁰

- Psicoterapia

No existe salud física sin salud mental, por ello la psicoterapia es considerada el eje fundamental del tratamiento de los TCA. Sus objetivos se centran en la psicopatología del trastorno, la morbilidad asociada, la prevención de recaídas y la eficacia del apoyo familiar a través de la modificación de la conducta, los pensamientos y sistemas de creencias adquiridos durante el trastorno.²⁸

Como se mencionó anteriormente, muchos pacientes no son conscientes de su enfermedad por ello la motivación hacia el cambio es nula y la implicación en el tratamiento es baja. Por esta razón se recomienda considerar el cambio a través de un contexto motivacional, consiguiendo una buena alianza terapéutica y estrategias que incrementen la motivación del adolescente hacia el cambio.²⁸

Existen varios tipos de terapias, según el tipo de trastorno que la persona padezca son recomendables unas u otras.

Por un lado, para la AN es de elección la Terapia Basada en la Familia (TBF). Los objetivos principales de este tipo de psicoterapia son: promover la recuperación nutricional del adolescente y fomentar que las familias cambien aquellos comportamientos que favorecen conductas propias de TCA (como por ejemplo realizar dieta u opinar del físico de otra persona), además, son un apoyo imprescindible para la recuperación del adolescente.²⁸

Por otro lado, para la BN la terapia de elección es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). El objetivo es trabajar sobre las ideas irracionales que presentan los adolescentes hacia el peso y la figura corporal.³²

- **Psicofármacos**

No existe evidencia de que ningún fármaco actúe sobre los síntomas principales de los TCA (como la percepción corporal alterada, perfeccionismo, pensamientos obsesivos, etc.). Generalmente, cuando se utilizan para este tipo de trastornos es para reducir otros síntomas colaterales como la ansiedad o la depresión.²⁸

Sin embargo, para la BN sí existe evidencia de que los antidepresivos, en concreto, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina, son eficaces tanto para reducir los ciclos de atracón-purga, como para reducir los síntomas de ansiedad y depresión.³¹

1.1.7 Rol del profesional de la Enfermería en TCA

La recuperación de una persona con TCA, se divide en tres etapas; **enfermedad** (etapa en la que no son conscientes de que tienen un problema), **cambio** (son consciente del problema y de la necesidad de cambiar determinados comportamientos) y **recuperación** (elimina aquellos pensamientos erróneos hacia su cuerpo y la comida).³²

Durante estos periodos, es importante que al lado de la persona haya un equipo multidisciplinar que la acompañe en todas las fases del proceso. El papel de la enfermera, abarca desde la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.³³ Aunque, el área dónde más destaca la función enfermera es en la **prevención**. Existen tres niveles, son los siguientes:

Prevención Primaria

Hace referencia a aquellas acciones orientadas a reducir el desarrollo de la enfermedad a través de educación para la salud.³⁴ En relación a los TCA, el objetivo de la prevención primaria es:

- Ayudar a los adolescentes a conseguir una alimentación y actividad física saludable, una autopercepción positiva y que traten de darle poca importancia al peso y la forma de su cuerpo.³⁵
- Formar a la población con conocimientos acerca de estos trastornos, para que los sepan identificar antes de que sucedan, actuando a través de los factores de riesgo.³⁵

Prevención Secundaria

La prevención secundaria, se realiza cuando la prevención primaria no es efectiva. Suele llevarse a cabo en la primera etapa del trastorno, es considerada como una detección precoz de la enfermedad. Su objetivo es detectar los síntomas y signos de alarma del trastorno para intentar eliminar o tratar la enfermedad desde sus fases iniciales evitando así que se cronifique.³⁴

En relación a los TCA, la detección precoz del trastorno mejora considerablemente la recuperación de la persona. Por ello, es necesario realizar cada año un “Screening de TCA” en el Control de Salud de todo adolescente que consiste en realizar un control de peso, talla e IMC. Asimismo, se debe atender a los signos y síntomas de alarma como puede ser: baja autoestima, insatisfacción corporal, antecedentes de dietas, etc.³⁶

Además, en caso de sospechar de un posible caso de TCA, se deben realizar una serie de cuestionarios. Según la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, estos son los cuestionarios más utilizados:

- EAT. Cuestionario de actitudes ante la alimentación.³⁷
- BUILT- Test de bulimia.³⁷

Hay que tener en cuenta que el resultado de estos cuestionarios no se puede considerar como un diagnóstico, aunque sí sirve para tener una idea inicial de la situación actual del paciente y para poder derivarlo a un estudio más profundo, a través de una entrevista clínica estructurada con el adolescente.³⁷

Prevención Terciaria

La prevención terciaria es aquella orientada a disminuir el impacto de la enfermedad.³⁴ En relación a los TCA, en esta fase de la enfermedad la persona ya tendría un diagnóstico, por tanto, el objetivo es:

- Recuperar el peso y estado nutricional e informar sobre patrones de alimentación y nutrición saludables y flexibles.
- Atender las complicaciones físicas.
- Atender los trastornos asociados tanto físicos como psiquiátricos (autolesiones).
- Prevenir las recaídas.³⁸

Otra de las principales intervenciones enfermeras en el tratamiento de los TCA, es la **psicoeducación familiar**, considerada uno de los pilares del tratamiento de los TCA, siendo imprescindible para una recuperación total, así como para minimizar el riesgo de recaídas. El rol de la enfermera con los cuidadores principales es, reducir las conductas nocivas para la rehabilitación del trastorno y hacer a la familia como un apoyo fundamental que motive al adolescente en su recuperación.³⁸

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 Evolución del cuerpo en la historia y cómo ha afectado a los TCA

La historia de los TCA está asociada a la historia de la humanidad. El acto de comer ha sido significativo a nivel social desde la antigüedad, siendo la comida un instante idóneo para compartir conocimientos y experiencias con los demás.³⁹

Antiguamente, el sobrepeso era un símbolo de poder y salud, y el ayuno presentaba un carácter religioso.³⁹ La belleza estaba, en principio, más relacionada con los hombres, en las sociedades griegas y romanas el cuerpo admirado era el del varón joven. Fue en la época del Renacimiento, dónde se empieza a asociar con el cuerpo de la mujer. El cuerpo ideal de esa época estaba relacionado con cuerpos de forma redondeada y llenos de curvas. No obstante, a partir del siglo XIX, el ideal de cuerpo pasó a la extrema delgadez.⁴⁰

En la época actual, se ha demostrado que la salud y la belleza física son símbolos de poder. El mensaje que se transmite en la televisión, la publicidad y las redes sociales, es que solo siendo

delgados serán atractivos y competitivos, siendo la extrema delgadez y la belleza requisitos claves para triunfar en nuestra sociedad.⁴¹

Aquellas personas que no logran esa delgadez, y por tanto su cuerpo no se asemeja al cuerpo ideal, pueden entrar en conflicto consigo mismas y comenzar a realizar conductas que están normalizadas en la sociedad actual como: control del peso, dietas restrictivas, ayunar, miedo a engordar, etc. Poco a poco estos comportamientos se pueden volver cada vez más extremos, llegando al punto de desarrollar un TCA o una relación disfuncional con su cuerpo y la comida.⁴¹

1.2.2 TCA y adolescencia

La adolescencia es una etapa llena de cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales, que aumentan la preocupación e interés por la apariencia física.⁴² No existe ningún esquema que explique el desarrollo de los adolescentes, ya que varía con cada persona.⁴³

Es un periodo de cambios en dónde, a las niñas se les ensanchan las caderas, le crecen los senos y se produce la primera menstruación y a los niños se les ensanchan los hombros, les cambia la voz y les crece más vello corporal.⁴⁴

Adaptarse a estos cambios no es tarea fácil para ellos, ya que, además de cambios físicos también comienzan a desarrollar su personalidad. Durante esta fase, el adolescente se muestra inseguro consigo mismo (se siente extraño con su cuerpo), lo que provoca que aumente el interés en su apariencia y atractivo. Comienzan a compararse con otros jóvenes y referentes de moda o de las redes sociales. Estas influencias sociales unidas con la insatisfacción de su cuerpo, pueden provocar la aparición de TCA.⁴³

1.2.3 Influencia de las redes sociales en los TCA

Actualmente, debido a la situación de pandemia que se ha vivido, las redes sociales han ganado más relevancia en nuestras vidas. Siendo las redes más frecuentadas por la población: Whatsapp, Facebook, TikTok, Instagram y Twitter .⁴⁵

A pesar de que sea una herramienta útil para mantener contacto con familiares y amigos, independientemente de la distancia, también pueden suponer un peligro para la población más vulnerable, como es el caso de las personas con TCA.⁴⁵

Esto se debe a que los medios de comunicación y las redes sociales tienen un gran impacto en los adolescentes, siendo una de las principales vías para difundir los inalcanzables ideales de belleza que actualmente existen en su sociedad.⁴⁰

Saunders y Eaton, realizaron una investigación a 637 mujeres de entre 18 y 24 años que estaban inscritas en Facebook, Snapchat e Instagram, que no presentaban un TCA y hallaron relación entre el uso de las redes sociales y conductas de riesgo de padecer un TCA como es la vigilancia corporal.⁴⁶

Asimismo, Cohen et al asociaron que, seguir a referentes en las redes sociales cuyo contenido esté relacionado con salud y deporte (denominados “*fitspiration*”), tienen relación con la vigilancia corporal y el deseo de perder peso. Sin embargo, seguir a personas cuyo contenido no esté relacionado con salud y deporte, no se asocia con conductas propias de un TCA. Además, Holland y Tiggemann realizaron otro estudio en el que se contempla también que las mujeres que suben fotos *fitspiration* presentan una tendencia mayor hacia perder peso, realizar ejercicio compulsivo y presentar bulimia.⁴⁷

1.3 Definición del problema

¿Es eficaz un programa de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria del IES San Matías?

1.4. Justificación

Actualmente, debido a la situación vivida los últimos dos años como consecuencia de la pandemia por el Sars-Cov-2, la salud mental de la población ha empeorado. En concreto, el número de casos de personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria ha aumentado, siendo considerados la 3º enfermedad crónica más común en los jóvenes.⁶⁻⁹

La adolescencia es un periodo muy relevante en la vida de los jóvenes, donde comienzan a desarrollarse, sus cuerpos cambian y junto a ellos su personalidad. Además, se muestran más vulnerables de ser influenciados por las revistas, la moda, las redes sociales y la televisión. En base a estas influencias culturales desarrollan sus gustos, preferencias y valores.

En esta etapa de su vida lo que más les preocupa, en general, es ser aceptados por el resto, es por ello que le dan mayor importancia a su imagen corporal. Algunos adolescentes sufren por

no aceptar los cambios que ocurren en su cuerpo, al no parecerse a sus referentes, y presentan una percepción errónea de su imagen corporal.

Como consecuencia de ello, comienzan a desarrollar conductas orientadas a conseguir ese cuerpo ideal que se muestra en la televisión o que ven cada día en sus redes sociales. Este tipo de conductas como ponerse a dieta, saltarse comidas o hacer ejercicio en exceso, unido a una baja autoestima y una percepción errónea de su imagen corporal, pueden originar el desarrollo de un desorden alimenticio.

Por esto, este trabajo plantea una propuesta de realizar de un programa de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en alumnos de 1º y 2º de la ESO, en el Instituto de San Matías, ubicado en el barrio de San Matías, perteneciente al municipio de San Cristóbal de La Laguna, con el objetivo de informar acerca de los TCA y de proporcionar herramientas para evitar que desarrollen un trastorno.

Se trata de un Instituto con un total de 600 alumnos/as, de cursos tanto de Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Ciclos formativos de Grado Medio y Superior. Se ha escogido este instituto por ser en el que estudió la autora de este trabajo.

1.5 Objetivos generales

- Determinar si los adolescentes de 1º y 2º de la ESO del IES San Matías, presentan algún trastorno alimenticio.
- Proponer un programa de prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en población adolescente del IES San Matías.

1.6 Objetivos específicos

- Valorar la relación entre la imagen corporal, la autoestima y el bienestar físico, mental y social de los adolescentes de 1º y 2º de la ESO del IES San Matías en relación al tipo de alimentos que consumen, mediante un cuestionario.
- Comprobar, a través de un cuestionario, el nivel de aceptación que tienen de su cuerpo.
- Identificar la información que tiene el alumnado de estudio, sobre alimentación, y trastornos alimenticios, antes de la intervención.

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño de la investigación

Se realizará por un lado, una investigación cuantitativa descriptiva de tipo observacional y corte longitudinal. Por otro lado, una intervención educativa que constará de dos fases: una **pre intervención** en la que se repartirá un cuestionario y una **intervención** de educación sanitaria.

2.2 Población de estudio

La población objeto de la investigación, para ambos estudios, estará constituida por los alumnos y alumnas de edades comprendidas entre 12-15 años, que estén en los cursos de Primero y Segundo de la ESO en el Instituto de San Matías, ubicado en el barrio de San Matías perteneciente al municipio de San Cristóbal de La Laguna. Según los datos proporcionados verbalmente por el instituto se estima una población total de 250 alumnos.

2.2.1 Descripción de la muestra:

La muestra seleccionada, para ambos estudios, será de 183 alumnos, para intervalos de confianza del 99% y varianza máxima ($P=Q$) el error de muestreo se fija en el 5%.

2.2.2 Método de muestreo

La muestra será seleccionada por un muestreo aleatorio. Por un lado, la investigación cuantitativa la realizarán dos enfermeras del Hospital Universitario de Canarias, que trabajen en la planta de psiquiatría y que estén interesadas en participar en la investigación de manera voluntaria. Se encargarán de acudir al centro para pasar los cuestionarios, a través de un código QR, en caso de que algún alumno no disponga de teléfono móvil o internet lo realizarán en el ordenador del aula. Por otro lado, el programa de intervención educativa lo realizarán las dos enfermeras que realizaran las encuestas y tres enfermeras más del Hospital Universitario de Canarias que también trabajen en la planta de psiquiatría y que estén interesadas en participar en la investigación de manera voluntaria.

2.2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Alumnos que estén matriculados en Primero y Segundo de la ESO del Instituto San Matías hasta completar la muestra requerida.
- Todos aquellos alumnos que tengan firmada la autorización por sus padres, madres o tutores legales.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que decidan no participar en el proyecto.

2.3 INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

2.3.1 Variables e instrumentos de medida

Las variables serán clasificadas según los datos e información que proporcionen, así como las unidades de medida y herramientas necesarias para evaluarlas. Se han dividido en dos grupos; el primer grupo se refiere a variables sociodemográficas y el segundo grupo se refiere a variables de investigación.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	MEDIDA
Género	Mujer / Hombre / No me identifico con ninguna de las anteriores
Edad	Años
Curso académico	Primero de la ESO / Segundo de la ESO

VARIABLES DE ESTUDIO	MEDIDA
Cuestionario de actitudes hacia la comida	Cuestionario EAT-26 (Anexo VI)
Cuestionario sobre la imagen corporal	Cuestionario BSQ (Anexo VI)

Las variables agrupadas en “sociodemográficas” recogen los datos de edad, el género, curso académico que están realizando.

En cuanto a las variables de estudio se recogerán:

Por un lado, las que se corresponden con la **Evaluación de las Actitudes hacia la Comida** relacionadas con el temor a ganar peso, la restricción alimenticia y el deseo de adelgazar. Se utilizará la versión abreviada del EAT- 40 (Anexo I) , el **EAT-26** (Anexo II) es un cuestionario con altos índices de confiabilidad y validez, compuesto por 26 ítems del EAT-40, relacionados con dieta, bulimia y preocupación por comer. Cada ítem tiene seis opciones de respuesta con distinta puntuación: 0 puntos (nunca, raramente, a veces); 1 puntos (a menudo); 2 puntos (muy a menudo); 3 puntos (siempre). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera diferente, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3). Puntuaciones mayores o iguales a 20 se pueden relacionar con actitudes y conductas de riesgo e incluso asociarse con un trastorno alimenticio.⁴⁸

Por otro lado, la valoración de la imagen corporal se realizará mediante el **Cuestionario sobre forma corporal (BSQ)** (Anexo III), validado y con altos índices de confiabilidad, que evalúa la insatisfacción corporal, el miedo al aumento de peso, la auto desvalorización física, el deseo de adelgazar y la evitación de situaciones en las que su apariencia pueda atraer la atención de los demás. Está constituida por 34 ítems que se evalúan mediante la escala de Likert de 6 puntos que van desde nunca hasta siempre con un rango de 34-204. La persona deberá responder en relación a cómo se ha sentido en el último mes, cuanto mayor sea la puntuación se asocia con mayor probabilidad de presentar un TCA.⁴⁹

La recogida de datos se hará de manera presencial, para que los alumnos puedan realizar los cuestionarios, se les dará un tiempo de 15 minutos.

2.3.2 Método de recogida de la información

Para la recogida de la información, se contactará con dos enfermeras del Hospital Universitario de Canarias, que trabajen en la planta de psiquiatría y que estén interesadas en participar en la investigación de manera voluntaria.

Antes de iniciar el estudio, lo primero que hará la investigadora principal será pedir la autorización de la dirección del centro educativo (Anexo IV) para poder desarrollar el proyecto en su instituto. Una vez conseguido el permiso, se les entregará a los tutores de ambos cursos el consentimiento informado en dónde los padres autoricen que sus hijos puedan participar en el estudio (Anexo V).

Para la recogida de datos cada una de las enfermeras se encargará de un curso académico. Se pasarán dos cuestionarios (Anexos VI) que se les proporcionarán a través de un código QR, se les dejarán 15 minutos para realizarlos. En caso de que algún alumno no disponga de teléfono móvil

o internet lo realizarán en el ordenador del aula. Las enfermeras permanecerán en el aula mientras lo realizan para resolver cualquier duda que les surja.

2.3.3 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Una vez obtenidos los resultados de los cuestionarios, se procederá al análisis estadístico de los datos. Los datos se analizarán utilizando una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2019 y una versión actualizada del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

Se llevará a cabo un análisis descriptivo, donde las variables cualitativas serán expresadas como valores absolutos y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas serán representadas como media y desviación estándar típica.

2.4 PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

2.4.1 Método de recogida de datos del programa

El sistema de trabajo estará organizado de la siguiente manera:

Los cursos de primero y segundo de la ESO cuentan con cinco clases (A,B,C,D,E) de 25 alumnos cada una. Para realizar la intervención educativa, se contactará con cinco enfermeras del Hospital Universitario de Canarias que trabajen en la planta de psiquiatría y que estén interesadas en participar en la investigación de manera voluntaria. Cada enfermera cogerá dos cursos (uno de primero y otro de segundo) y se encargará de impartir los talleres en la hora de tutoría de ambos.

Las sesiones serán aproximadamente de una hora, exceptuando la quinta sesión que serán necesarias dos horas y media. El programa está estructurado para poder ser desarrollado en 2 meses. Para evitar que los alumnos pierdan horas lectivas se acordará con la dirección del centro educativo realizar el programa en las horas de tutoría.

El programa de elaboración propia, está formado por seis sesiones, cuyas actividades han sido adaptadas de la Guía de Prevención de los Trastornos Alimenticios y sobrepeso de Cantabria.⁵⁰

La primera sesión, será realizada únicamente por dos enfermeras (cada una irá a un curso), está destinada a explicar cómo se va a desarrollar el proyecto y los objetivos. Además, se

procederá a recoger el consentimiento informado (Anexo V) de cada alumno, que previamente ha sido entregado por los tutores.

Asimismo, se procederá a pasar el Cuestionario sobre las actitudes hacia la comida (EAT-26) y la imagen corporal (BSQ) (Anexo VI). Será proporcionado a través de un código QR, que deberán descargar con su teléfono móvil, en caso de que algún alumno no disponga de teléfono móvil o internet se le proporcionará el ordenador del aula para que pueda realizar el cuestionario. Antes de empezar, las enfermeras les explicarán cómo deben hacerlo. Contarán con 15 minutos para poder terminarlo, las enfermeras permanecerán en el aula. Una vez terminados los cuestionarios, les informarán a los alumnos que la próxima semana comenzarán las sesiones del programa con otras enfermeras.

El resto de sesiones comenzarán la semana siguiente, en las horas de tutoría de ambos cursos. En primero de la ESO, la hora de tutoría de todos los cursos es los miércoles a las 11:30h. En segundo de la ESO, la hora de tutoría es el viernes a las 11:30h. Se realizarán en las aulas correspondientes de cada curso.

Se llevarán a cabo distintas actividades psicoeducativas y dinámicas, en las que se abordarán los siguientes temas: Autoestima (Sesión 2); Alimentación saludable (Sesión 3); Tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Sesiones 4 y 5); uno de las redes sociales (Sesión 6).

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

SESIÓN 1

Nombre: Programa de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Objetivos:

- Valorar la relación entre la imagen corporal, la autoestima y el bienestar físico, mental y social de los adolescentes en relación con la naturaleza del consumo de alimentos mediante un cuestionario.
- Informar sobre alimentación y hábitos saludables a través de un programa de intervención.
- Aumentar la aceptación corporal a través de un programa de intervención.
- Informar sobre qué son y cuáles son los tipos de TCA que existen.
- Proporcionar herramientas para no desarrollar un TCA.

Contenido

1. Consentimiento informado.
2. Cuestionarios sobre actitudes hacia la comida (EAT-26) y sobre la imagen corporal.

(BSQ).

Actividades

1. En primer lugar, se informará a los alumnos cómo se va a desarrollar el proyecto y los objetivos. Se recogerá el consentimiento informado.
2. En segundo lugar, se procederá a la realización de los cuestionarios EAT-26 y BSQ (Anexo VI).

Recursos materiales

- Ordenador y proyector.

SESIÓN 2

Nombre: “Me quiero, me acepto”

Objetivo

- Mejorar el auto concepto y la autoevaluación de los alumnos.
- Reconocer nuestras propias cualidades a partir de los mensajes de los demás.
- Interiorizar nuestras cualidades positivas y sentirnos orgullosos de ellas.

Contenido

- Charla sobre el significado del concepto de autoestima.
- Árbol de mi autoestima.
- Anuncio publicitario.
- Caricias circulares.

Actividades

1. En primer lugar se explicará la definición de autoestima, para que los alumnos tengan claro lo que se pide en los siguientes ejercicios.
2. En segundo lugar se realizará la primera actividad “**Árbol de mi autoestima**”. Consiste en dibujar en un folio en blanco un árbol completo, en donde; en las raíces se deberá escribir un apoyo (puede ser una persona o una cualidad); en el tronco cinco cualidades de sí mismo (tanto físicas como psíquicas), en las raíces aquellos logros que hayan conseguido y en la copa los proyectos de futuro que tengan. Se les proporcionará una lista de cualidades para que se hagan una idea.
3. La segunda actividad consistirá en realizar un anuncio publicitario. Con las cualidades del ejercicio anterior deberán plasmar sus cualidades y logros de los cuales estén más orgullosos (puede ser un dibujo o un lema). Una vez terminado, se dividirán en grupos de cinco para exponer su anuncio al resto de compañeros.

4. Por último, los alumnos (divididos en grupos de cinco diferentes del ejercicio anterior), deberán decir una cualidad del compañero que se encuentre a su izquierda. Una vez terminado el ejercicio, se hará una pequeña reflexión de cómo se han sentido escuchando cualidades positivas de ellos.

Recursos materiales:

- Ordenador y proyector.
- Folio en blanco.
- Lápices de colores.

SESIÓN 3

Nombre: “En la mesa no hay ni buenos ni malos”

Objetivo:

- Informar sobre hábitos alimenticios saludables.
- Proporcionar conocimientos sobre nutrición, alimentación y ejercicio saludable.
- Alertar sobre la realización de dietas.
- Desmontar mitos relacionados con la alimentación.

Contenido:

- Charla sobre alimentación, nutrición y ejercicio saludable.
- Mitos sobre la alimentación.
- ¡Peligro, dieta!

Actividades:

1. En primer lugar, se realiza una pequeña charla sobre conceptos básicos de nutrición y ejercicio. Se explicarán las bases de la dieta mediterránea. Los alumnos deberán completar la pirámide alimenticia, para ello se les repartirá una serie de alimentos y deberán colocarlos en el lugar adecuado.
2. En segundo lugar, se expondrán algunos mitos relacionados con la alimentación (por ejemplo; “el pan engorda” o “comer fruta por la noche es malo”).
3. Por último, se hará una pequeña charla sobre las dietas, con el objetivo de mostrarles lo relacionadas que están con el desarrollo de los TCA.

Recursos materiales:

- Ordenador y proyector.
- Láminas de alimentos.

SESIÓN 4

Nombre: “Proyecto princesa”

Objetivos

- Informar sobre qué es un Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- Informar los tipos que existen.
- Informar sobre la población más susceptible a padecerlos.

Contenido:

- Charla sobre los TCA.
- Debate y reflexión sobre testimonio de personas que han tenido un TCA.

Actividades:

1. En primer lugar, se realizará una charla hablando de los distintos trastornos que existen y la población más propensa a desarrollarlos.
2. En segundo lugar, se dividirán los alumnos en grupos de cinco. Se les pasarán distintos testimonios de personas que han sufrido un TCA, con el objetivo de que identifiquen el tipo de TCA que padecieron y las señales de alarma (ejercicio en exceso, vómito inducido, restricción alimenticia, etc.).

Recursos materiales:

- Ordenador y proyector.
- Láminas con diferentes testimonios.

SESIÓN 5

Nombre: “Hasta los huesos”

Objetivo

- Identificar los distintos trastornos alimenticios que se ven en la película.
- Identificar las señales de alarma que se muestran antes del desarrollo de un TCA.
- Mostrar la importancia de tener puntos de apoyo (familia, amigos) en el proceso de un TCA.

Contenido:

- Película (Duración 1h y 50 min).

Actividades:

1. Visionado de la película “Hasta los huesos”.
2. Debate sobre la película.

Recursos materiales:

- Ordenador y proyector.

SESIÓN 6

Nombre: “Redes que + no que -”

Objetivo

- Hablar sobre la importancia del buen uso de las redes sociales.
- Desarrollar pensamiento crítico ante lo que ven en las redes sociales.

Contenido:

- Vídeo sobre la realidad de las redes sociales “Postureo excesivo”.
- Debate sobre lo comentado en el vídeo.
- Propuesta de cuentas realistas.

Actividades:

1. En primer lugar, los alumnos verán un vídeo que denuncia el postureo excesivo al que llegan algunas personas en las redes sociales.
2. En segundo lugar, una vez visto el vídeo se abrirá un debate para comentarlo.
3. Por último, se expondrán una serie de cuentas que dan visibilidad a la realidad de lo que se pretende vender en las redes sociales. Además, se les dará una pequeña charla para que comiencen a tener consciencia de que no todo lo que ven en las redes sociales es la realidad, con el objetivo de desarrollar su pensamiento crítico.

Recursos materiales:

- Ordenador y proyector.

Fuente: Actividades adaptadas de la Guía de Prevención de los Trastornos Alimenticios y sobrepeso de Cantabria. ⁵⁰

2.5 Temporalización

Esta intervención educativa tendrá una duración de dos meses. Las sesiones se realizarán en la hora de tutoría de cada curso, tendrán una hora de duración, excepto la quinta sesión que serán necesarias dos horas, por tanto, se deberá pedir permiso a los profesores encargados de impartir esas clases.

2.6 Consideraciones éticas

Para la realización de este proyecto se requerirá que la dirección del centro educativo autorice la realización de la intervención, se pedirá a través de una circular donde se expondrán los objetivos y la importancia de la realización del proyecto (Anexo IV).

Una vez conseguida la autorización por parte del centro educativo y de acuerdo con la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Derechos de los pacientes en el ámbito sanitario, asegurando la confidencialidad y preservación de los datos*, a todos los participantes se les entregará un consentimiento informado que deberán firmar sus padres para poder participar en el proyecto. (Anexo V).

2.7 Cronograma

Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Actividades									
Elección del tema de investigación.									
Búsqueda bibliográfica.									
Redacción de antecedentes.									
Redacción y entrega de la carta de permiso a la dirección del instituto.									
Recogida de datos a través de los cuestionarios.									
Desarrollo del programa de Intervención.									
Análisis de las encuestas.									
Desarrollo de las conclusiones de la investigación.									

2.8 Presupuesto

En la siguiente tabla se detallan los materiales y recursos necesarios para la implementar de esta intervención junto con el presupuesto estimado de la misma.

	Recursos	Coste por unidad	Coste final
RECURSOS MATERIALES	Ordenador (con software de Microsoft Word, PowerPoint y Excel).	Recursos disponibles en el instituto.	0€
	Proyector para la presentación en el aula.		
	Altavoces.		
	Folios y tinta para 250 fotocopias.	5€	10€
	Impresión de material didáctico.	0.10€	80€
	Bolígrafos.	0.80€	32€
	Lápices de colores.	6€	60€
	Desplazamientos (gasolina).	200€	200€
RECURSOS HUMANOS	- Enfermera/o del Hospital Universitario.	Participarán de manera voluntaria.	0€
TOTAL			382€

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Gob.es. Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Citado 24 Mar 2022] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo09.pdf>
2. Chávez Arellano ME. El privilegio de dar de comer al mundo. La importancia de la perspectiva de género en el estudio de lo alimentario. Cotidiano / México [Internet]. 2021 [Fecha de acceso 24 de marzo de 2022]; 36 (277): 87-95. Disponible en: <https://web-p-ebscohost-com.accedys2.bbtk.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=82f5509f-abd7-4267-9ea5-4d6b71ba07ca%40redis>
3. Gob.es. Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios [Internet]. [Citado 24 Mar 2022]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/ciudadanos/suSalud/jovenes/anorexia/aspectosHistoricos.htm>
4. Vargas Baldares MJ. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Rev. Méd. Costa Rica Centroam. [Internet] 2013; 70 (607) 475 - 482. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
5. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM.^a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 ; 27(2): 391-401. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es.
6. Buitrao Ramírez F, Tejero Mas M, Pagador Trigo A. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. AMF [Internet] 2019; 16 (1): 4-14. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/web/article/2364>
7. Fernández Rojo S, Grande Linares T, Banzo Arguis C y Félix-Alcántara MP. Trastornos de la conducta alimentaria. Rev.Medicine [Internet] 2015; 11(86) 5111-5152. Disponible en: <https://sci-hub.yncjkj.com/10.1016/j.med.2015.09.004>
8. Vázquez-Alvarez AO, Covarrubias-Castillo SA, Martínez-Ruiz MG. Trastornos psiquiátricos y de la conducta alimentaria durante la pandemia por covid-19: El impacto de la mente en los hábitos. REDcieN [Internet] 2020; 4 (6): 46-53. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/349044561_TRASTORNOS_PSIQUIATRICOS_Y_DE_LA_CONDUCTA_ALIMENTARIA_DURANTE_LA_PANDEMIA_POR_COVID-19_EL_IMPACTO_DE_LA_MENTE_EN_LOS_HABITOS_SALUDABLES
9. Pradales Varela C. Influencia del confinamiento por Sars- Cov-2 en los Trastornos de la Conducta Alimentaria de menores residentes en Valladolid. [Pregrado] Universidad de

- Valladolid; 2021. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49475/TFG-G5124.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Pérez Rodríguez A. Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología [Tesis Doctoral en línea]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2018 [consultado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46697/1/T39643.pdf>
 11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5 ed. Washington; 2013. Disponible en: <file:///Users/osx/Downloads/DSM-5.pdf>
 12. Fairburn CG, Harrinson PJ. Eating disorders. The Lancet [Internet] 2003; 361 (9355): 407-416. Disponible en: [https://sci-hub.mkxa.top/10.1016/s0140-6736\(03\)12378-1](https://sci-hub.mkxa.top/10.1016/s0140-6736(03)12378-1)
 13. Losada AV, Marmo J. Herramientas de Evaluación En Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid; Editorial Académica Española. Disponible en: <https://www.aacademica.org/analía.veronica.losada/14.pdf>
 14. Cala Pérez, I. Los trastornos de la conducta alimentaria: evolución histórica y situación actual. [Pregrado]. Universidad de Cádiz; 2014. Disponible en: <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/16973/TFG%20terminado.pdf?sequence=1>
 15. Portela de Santana M. L., da Costa Ribeiro Junior H., Mora Giral M., Raich R. M.^a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 ; 27(2): 391-401. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es.
 16. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Descripción y manejo. Rev Med. Clin. Condes [Internet]. 2011; 22(1) 85-97. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011703960>
 17. Silva-Aragón A., Rendón-López SC, Diego Velazco ME, Martínez Cruz G. Emociones y cogniciones de un hombre con hiperfagia: estudio de caso. Rev Internacional de Psicología y Ciencia Social [Internet] 2018; 4(2): 172-194. Disponible en: <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/173/344>
 18. Ferrera Sabioncello S. Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes de Barcelona. [Tesis Doctoral en Línea]. Barcelona. 2002 [Consultado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5418/sfs1de3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 19. Bermúdez P, Machado K, García I. Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento: Caso clínico. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2016; 87(3): 240-244.

- Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300006&lng=es.
20. Hernández Rodríguez J, Ledón Llanes, L. Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología* [Internet]. 2018; 29(2), 1-15. Disponible en: <https://web-s-ebscobhost-com.accedys2.bbtk.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=5b93765d-98bc-4781-9ac8-1597e42909ee%40redis>
 21. Escandón Nagel, N. Comparación entre personas con malnutrición por exceso, con y sin trastorno por atracón. *Nutr Hosp* [Internet]. 2016; 33(6), 1470-1476. Disponible en: <https://web-s-ebscobhost-com.accedys2.bbtk.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=eaef9758-4a4a-4e1f-a05d-4dc29652a5ef%40redis>
 22. Hernández Salamanqués, SC. Actualización bibliográfica de los trastornos de la alimentación y de la ingestión. [Pregrado]. 2014. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/6490/TFG-M-N%20138.pdf?sequence=1>
 23. Moreno Redondo FJ, Benítez Brito N, Prieto Robayna B, Ramallo Fariña Y, et Díaz Flores C. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: Necesidad de revisión. *Rev Esp Nutr Hum Diet* [Internet]. 2019; 23(1), 130-131. Disponible en: <https://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/891/514>
 24. Halmi, KA, Goldberg SC, & Cunningham S. (1977). Perceptual distortion of body image in adolescent girls: Distortion of body image in adolescence. *Psychological Medicine* [Internet]. 7(2), 253-257. Disponible en: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1017/s0033291700029330>
 25. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1991; 148(7): 917-922. Disponible en: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1176/ajp.148.7.917>
 26. Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM, Crow S, Fichter MM, Kaplan AS et al. The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Int Eat Disord*. [Internet] 2005; ;38(4): 371-374. Disponible en: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1002/eat.20190>
 27. Marfil R, Sánchez MI, Herrero Martín G, Jáuregui Lobera I. Alimentación familiar: Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *JONNPR* [Internet]. 2019; 4 (9): 925-948. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3171>
 28. Gaete MV, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y

- prevención clínica. Rev Med Clin.Condes [Internet]. 2012; 23(5): 579-591. Disponible en:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864012703528?token=D70BB91ACA6552D2B060169ED3E2D70A645E2607117D0BD4CB77944707A9FA552F2F47C85983C7F57AB08318DCFF9AE2&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220421131301>
29. Le Grange D, Loeb K. Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome. [Internet]. 2007; 1 (1); 27-39. Disponible en: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1111/j.1751-7893.2007.00007.x>
 30. Marijuan Cuevas M. Cuidados de Enfermería en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Pregrado]. 2016. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24732/TFG-L1569.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 31. Celis Ekstrand A, Roca Villanueva E. Terapia Cognitivo- Conductual para los Trastornos de la Conducta Alimentaria según la visión transdiagnóstica. Acción Psicológica [Internet]. 2011; 8(1) 21-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030765002.pdf>
 32. Williamson García, CA. Proceso de recuperación de un trastorno de la conducta alimentaria: criterios de recuperación y rol de enfermería en el proceso [Pregrado] 2013. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4074/Williamson_Garcia_Claudia_Alexandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 33. Zabalegui Yáñez, A. El rol del profesional en enfermería. Aquichan [Internet]. 2003; 3 (1): 16-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004#:~:text=La%20funci%C3%B3n%20de%20la%20enfermera,asegurando%20la%20continuidad%20del%20cuidado.
 34. Quintero Fleites EJ, de la Mella Quintero SF, Gómez López L. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. Medcentro Electrónica [Internet]. 2017; 21(2): 101-111. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003#:~:text=La%20prevenci%C3%B3n%20primaria%20es%20considerada,salud%20y%20las%20acciones%20espec%C3%ADficas.
 35. Rosen D. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics [Internet]. 2021. 147(1). Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/147/1/e2020040279/33504/Identification-and-Management-of-Eating-Disorders>

36. Rome ES. Eating Disorders in Children and Adolescents. [Internet]. 2012; 42(2): 0–44. Disponible en: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1016/j.cppeds.2011.08.003>
37. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01 http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf
38. De Miguel AR. Detección y prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Importancia de la consulta de enfermería adolescente. [Pregrado] 2019. Disponible en: <https://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/193209/Rosa-TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Cabasés JSS. Aspectos históricos en la medicina sobre los Trastornos Alimenticios. Rev Estudios de Juventud. [Internet]. 1999; 47 (98): 17-22. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista47-2.pdf>
40. García- Ochoa YC. El cuerpo femenino en la publicidad. Modelos publicitarios: entre la belleza real, la esbeltez o la anorexia. Rev Icono14 [Internet]. 2010; 8(3): 223-243. Disponible en: <https://icono14.net/ojs/index.php/icono14/article/view/236/113>
41. Plaza JF. MEDIOS DE COMUNICACIÓN, ANOREXIA Y BULIMIA. La difusión mediática del ‘anhelo de delgadez’: un análisis con perspectiva de género. ICONO 14, Revista de comunicación y tecnologías emergentes [Internet]. 2010;8(3):62-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552556585005>
42. Ramos Valverde P, Rivera de los Santos F, Moreno Rodríguez C. Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. Psicothema [Internet]. 2010; 22 (1): 77-83. Disponible en: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/4950/01720103007312.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Güemes-Hidalgo M., Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría integral. [Internet]. 2017; 21(4): 233-44. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
44. Muro Sans MP. Estudio de los hábitos alimentarios y de las alteraciones del comportamiento alimentario en adolescentes. [Tesis Doctoral en línea]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2008 [consultado 2 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/666061/MPMS_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

45. Frison E, Eggermont S. Browsing, Posting, and Liking on Instagram: The Reciprocal Relationships Between Different Types of Instagram Use and Adolescents' Depressed Mood. *Rev Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* [Internet]. 2017; 20(10): 603–609. Disponible en: <https://scihub.se/https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/cyber.2017.0156>
46. Saunders JF, Eaton AA. Snaps, Selfies, and Shares: How Three Popular Social Media Platforms Contribute to the Sociocultural Model of Disordered Eating Among Young Women. *Rev Cyberpsychol Behav Soc Netw* [Internet]. 2018;21(6):343-354. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29883209/>
47. Garcia Puertas D. Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática. 2020; 11(2): 244-254. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/5223/4178>
48. Corada Luis L, Montedónico Arancibia A. Estudio del aporte de un instrumento (test de actitudes alimentarias eat-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. [Pregrado]. Universidad de Chile. 2007. Disponible en: https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106589/corada_l.pdf?sequence=3&isAllowed=y
49. Castrillón Moreno D, Luna Montaña I, Avendaño Prieto G, Pérez-Acosta AM. Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Acta colombiana de psicología*. 2007; 10(1): 15-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n1/v10n1a03.pdf>
50. Gómez del Barrio JA, Gaité Pindado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herrero Castanedo S, Vázquez-Barquero JL. *Guía de Prevención de los Trastornos Alimenticios y sobrepeso*. Cantabria. 2008. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>

4. ANEXOS

Anexo I. Cuestionario de Actitudes hacia la Comida. Versión española del EAT- 40

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.
6. Me preocupo mucho por la comida.
7. A veces me he “atraco” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas).
11. Me siento lleno/a después de las comidas.
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
13. Vomito después de haber comido.
14. Me siento muy culpable después de haber comido.
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
17. Me peso varias veces al día.
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
19. Disfruto comiendo carne.
20. Me levanto pronto por las mañanas.
21. Cada día como los mismos alimentos.
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
23. Tengo la menstruación regular.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
26. Tardo en comer más que las otras personas.
27. Disfruto comiendo en restaurantes.
28. Tomo laxantes (purgantes).
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.
30. Como alimentos de régimen.
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.
32. Me controlo en las comidas.
33. Noto que los demás me presionan para que coma.
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.

35. Tengo estreñimiento.
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
37. Me comprometo a hacer régimen.
38. Me gusta sentir el estómago vacío.
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

Opciones de respuesta: Nunca / Casi nunca / Algunas veces / Bastantes veces / Casi siempre / Siempre.

Anexo II. Cuestionario de Actitudes hacia la Comida. Versión española del EAT- 26

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
2. Procuro no comer cuando tengo hambre.
3. La comida es para mí una preocupación habitual.
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.
9. Vomito después de comer.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.
17. Tomo alimentos dietéticos.
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.
23. Estoy haciendo régimen.
24. Me gusta tener el estómago vacío.
25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.

Opciones de respuesta: Siempre / Muy a menudo / A menudo / A veces / Raramente / Nunca.

Anexo III. Cuestionario sobre la Imagen Corporal. Versión española del Body Shape Questionnaire (BSQ)

1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?
4. ¿Has tenido miedo de engordar?
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?
6. Sentirte llena (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gorda?
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?
9. Estar con chicas delgadas, ¿te ha hecho fijar en tu figura?
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?
11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda?
12. Al fijarte en la figura de otras chicas, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?
14. Estar desnuda (por ejemplo cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda?
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?
20. ¿Te has sentido acomplejado por tu cuerpo?
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?
29. Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?

30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?

Opciones de respuesta: Nunca / Raramente / Alguna vez / A menudo/ Muy a menudo /Siempre

ANEXO IV. Carta de permiso al centro educativo.

A la atención de la Dirección del Instituto de Educación Secundaria San Matías.

Estimada directora, mi nombre es María Morales Delgado, alumna de la Universidad de La Laguna, Grado de Enfermería. Me pongo en contacto con usted con la intención de solicitar permiso para realizar una Investigación cuantitativa y una Intervención Educativa en su instituto, con motivo de la asignatura Trabajo de Fin de Grado.

El trabajo se centrará en Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) e irá destinado a los alumnos de 1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria. La intervención consta de dos partes, la preintervención en la que se pasarán unos cuestionarios con el objetivo de determinar si existen casos de TCA entre los alumnos y la segunda parte consiste en un Programa de Prevención de los TCA. Se llevará a cabo por un equipo de Enfermeras del Hospital Universitario.

La recogida de datos y su uso seguirán las bases impuestas por la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Derechos de los pacientes en el ámbito sanitario, asegurando la confidencialidad y preservación de los datos.*

Dicha intervención se llevaría a cabo durante la jornada lectiva de los alumnos y tendría una duración aproximada de 4 meses.

Rogamos que en prueba de conformidad se remita este mismo documento debidamente firmado y cuñado por el centro. Gracias de antemano por su atención.

En San Cristóbal de La Laguna a — de — de 2022.

Firma de la alumna responsable:

Firma de la dirección del centro:

Anexo V. Autorización para participar en el programa de Intervención Educativa.

Estimado padre, madre o tutor legal:

Se pretende llevar a cabo una intervención educativa dentro del centro con los cursos de 1º y 2º de ESO. Dicha intervención tiene relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Es un programa de carácter anónimo y totalmente voluntario. Pretende determinar si existen casos de Trastornos alimenticios entre los alumnos, a través de unos cuestionarios que medirán la actitud que tienen hacia la comida y su imagen corporal.

Además, se realizará un Programa de prevención, que consta de seis sesiones, en las que se tratarán los siguientes temas:

- Alimentación saludable.
- Autoestima e imagen corporal
- Tipos de Trastornos Alimenticios.
- Uso correcto de las redes sociales.

Además, como los talleres se van a dar a través de profesiones de Enfermería, se reforzarán también conductas saludables que ayudarán a mantener la condición de salud de los participantes.

Yo _____ padre, madre o tutor legal de _____ con DNI _____
AUTORIZO que mi hijo/a forme parte del programa de intervención educativa “Programa de Prevención contra los Trastornos Alimenticios”.

FIRMADO: _____

Yo _____ padre, madre o tutor legal de _____ con DNI _____
NO AUTORIZO que mi hijo/a forme parte del programa de intervención educativa “Enfermería contra el Bullying”.

FIRMADO: _____

Anexo VI. Cuestionarios sobre actitudes hacia la comida (EAT-26) y sobre la Imagen corporal (BSQ).

Marcar con una X.

Valores: 0 = Nunca, raramente, a veces, 1= A menudo, 2= Muy a menudo. 3= Siempre.

Género

- Mujer.
- Hombre.
- No me identifico con ninguno de los anteriores.

Edad:

¿Qué curso del Grado de Enfermería estás realizando?

- Primero de la ESO.
- Segundo de la ESO.

Cuestionario sobre Actitudes hacia la comida (EAT- 26)

Nos gustaría saber relación con la comida. Lee cada ítem y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

Valores: 0 = Nunca, raramente, a veces, 1= A menudo, 2= Muy a menudo. 3= Siempre.

ÍTEMS	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
2. Procuero no comer aunque tenga hambre.						
3. Me preocupo mucho por la comida.						
4. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						

6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.).						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
9. Vomito después de haber comido.						
10. Me siento muy culpable después de comer.						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
15. Tardo en comer más que las otras personas.						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.						
17. Como alimentos de régimen.						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.						

19. Me controlo en las comidas.						
20. Noto que los demás me presionan para que coma.						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
23. Me comprometo a hacer régimen.						
24. Me gusta sentir el estómago vacío.						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						

Cuestionario sobre insatisfacción corporal (BSQ).

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

Valores: 1 = Nunca, 2= Raramente, 3= A veces, 4= A menudo, 5= Muy a menudo, 6= Siempre.

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
2. ¿Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o						

nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?						
5. ¿Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?						
6. ¿Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?						
8. ¿Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
9. ¿Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?						
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
12. ¿Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)?						

14. Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
17. ¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías te han hecho sentir gordo/a?						
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
20. ¿Te has sentido acomplexado/a por tu cuerpo?						
21. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?						
24. ¿Te ha preocupado que la gente vea “michelines” en tu cintura?						

25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tu?						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?						
28. ¿Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?						
29. Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa hay?						
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (baños, vestidores, etc.)?						
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?						
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						