



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

Trabajo Fin de Grado / Gradu Bukaerako Lana

Grado en Enfermería / Erizaintza Gradua

Análisis del riesgo de desarrollar trastornos alimenticios en adolescentes / Nerabeengan elikadura-nahasmenduak garatzeko arriskuaren azterketa

Irene Casaus Leoz

Director/a / Zuzendaria

Uxua Lazkanotegui

Pamplona/Iruñea

Mayo 2022

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suponen un problema de salud mental que ha ido en aumento en los últimos años, apareciendo con mayor frecuencia entre los adolescentes de los países desarrollados, y derivando en graves consecuencias para su salud.

Objetivos: Determinar la prevalencia del riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes de dos institutos navarros.

Metodología: En este trabajo se lleva a cabo una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, así como un estudio transversal a través de la encuesta EAT-26. La muestra a analizar es de 182 alumnos de dos institutos navarros (uno perteneciente a un pueblo, y otro a la capital de la comunidad).

Resultados: Se ha observado que el 11,53% de los encuestados se encuentran en riesgo de desarrollar TCA, siendo el sexo femenino el que presenta una mayor prevalencia con un 14,56% de las mujeres en riesgo. Además, es el instituto de la capital navarra el que refleja una mayor prevalencia de estudiantes en riesgo de desarrollar TCA. Por otro lado, el 25% de los alumnos con un IMC bajo, y el 16,22% de los participantes que residen en zonas urbanas presentan dicho riesgo. Respecto a la edad, los resultados no son concluyentes.

Conclusiones: La prevalencia del riesgo de desarrollar alteraciones de la conducta alimentaria es mayor en el sexo femenino y en los estudiantes del instituto de la capital navarra, así como en alumnos con un IMC bajo y residentes de lugares con más de 10.000 habitantes.

Palabras clave: “Trastornos de la conducta alimentaria”; “prevalencia”; “riesgo”; “EAT-26”; “participantes”

Número de palabras: 10.203

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders (ED) are a mental health problem that has been increasing in recent years, appearing more frequently among adolescents in developed countries, and leading to serious consequences for their health.

Objectives: To determine the prevalence of the risk of developing eating disorders in young people from two secondary schools in Navarre.

Methodology: In this study we carried out a literature review in different databases, as well as a cross-sectional study using the EAT-26 survey. The sample to be analysed consisted of 182 students from two secondary schools in Navarre (one belonging to a town and the other to the capital of the region).

Results: It has been observed that 11.53% of the respondents are at risk of developing ED, with the female sex presenting the highest prevalence with 14.56% of women at risk. In addition, it is the Navarre's capital institute in which there's reflected a higher prevalence of students at risk of developing ED. On the other hand, 25% of students with a low BMI, and 16.22% of participants residing in urban areas present this risk. As for age, the results are inconclusive.

Conclusions: The prevalence of the risk of developing eating disorders is higher in the female sex and in the students from the Navarre's capital secondary school, as well as in students with a low BMI and residents of places with more than 10,000 habitants.

Keywords: "Eating disorders"; "prevalence"; "risk"; "EAT-26"; "participants"

Document word's number: 10.203

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Definición	1
1.2. Prevalencia	2
1.3. Etiología	3
1.4. Tipos de trastornos de la conducta alimentaria	5
1.5. Complicaciones	8
1.6. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.....	10
2. OBJETIVOS	12
3. MATERIAL Y MÉTODOS	12
3.1. Diseño metodológico	12
3.2. Población diana	12
3.3. Criterios de inclusión	12
3.4. Procedimiento	13
4. RESULTADOS	15
4.1. Prevalencia del riesgo de desarrollar TCA en cada centro educativo	15
4.2. Prevalencia del riesgo de desarrollar TCA en función del sexo	17
4.3. Prevalencia del riesgo de desarrollar TCA en función del IMC	18
4.4. Prevalencia del riesgo de desarrollar TCA en función de la edad	22
4.5. Prevalencia del riesgo de desarrollar TCA según lugar de residencia	25
5. DISCUSIÓN	29
6. CONCLUSIONES	34
7. BIBLIOGRAFÍA	35
8. ANEXO	37
8.1. Consentimiento informado y cuestionario	37

LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-5 para la anorexia, bulimia nerviosa y trastornos específicos	7
Figura 1. Estrategia de búsqueda	13
Tabla 2. Ítems del EAT-26 con una mayor y menor frecuencia de respuestas afirmativas.....	15
Figura 2. Prevalencia de participantes en riesgo de desarrollar TCA	16
Tabla 3. Distribución de los alumnos en riesgo según el centro educativo	16
Figura 3. Prevalencia de participantes en riesgo según el centro educativo	17
Figura 4. Prevalencia de participantes en riesgo según el sexo	18
Tabla 4. Distribución de los participantes con riesgo de TCA según el IMC	19
Figura 5. Distribución de los participantes en función del IMC	19
Figura 6. Prevalencia de los participantes en riesgo según el IMC	20
Figura 7. Distribución de los participantes en riesgo según IMC	20
Figura 8. Prevalencia de alumnos en riesgo en función de su centro educativo e IMC ...	21
Tabla 5. Distribución de los alumnos con riesgo de TCA según la edad	22
Figura 9. Distribución de los participantes según grupos etarios	23
Figura 10. Prevalencia de participantes en riesgo de desarrollar TCA según la edad	24
Figura 11. Distribución de participantes en riesgo de desarrollar TCA según edad	25
Tabla 6. Distribución de los participantes con riesgo de TCA en función del centro educativo y lugar de residencia	26
Figura 12. Distribución de los participantes según lugar de residencia	27
Figura 13. Proporción de los participantes en riesgo que residen en localidades con un número mayor o menor a 10.000 habitantes.....	27
Figura 14. Prevalencia de los participantes en riesgo de desarrollar TCA según se resida en localidades con un número mayor o menor a 10.000 habitantes.....	28

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición

Los problemas de salud mental, como pueden ser los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se han ido incrementando en los últimos años, al igual que el interés por ellos, siendo estos trastornos más prevalentes entre los jóvenes y adolescentes de los países desarrollados, y apareciendo con mayor frecuencia entre el sexo femenino (1). Asimismo, los TCA constituyen un problema grave de salud mental y se asocian a elevadas tasas de morbi-mortalidad médicas y psiquiátricas. Además, estos son de larga duración y tienden a cronificarse, por lo que precisan de un tratamiento específico y complejo. De no ser tratados, estos trastornos pueden llegar a ser incapacitantes para aquellos que los padecen (2, 3, 4).

Las personas que sufren dichos trastornos alimenticios presentan una ruptura en sus conductas alimentarias, pensamientos y emociones al respecto, la cual provoca un impacto negativo sobre su salud y capacidades psicosociales. Esto se acompaña además de una alteración de su comportamiento, actitudes y percepción del peso y apariencia física (1, 3).

La sintomatología de los TCA puede ser diversa, ya que se incluyen (5):

- Conductas restrictivas (reducción de porciones de comida, reglas estrictas con la alimentación, evitar comidas habituales en el hogar...). Estas se disimulan refiriendo falta de apetito, náuseas, dolor abdominal...
- Atracones (se sospecha en jóvenes con una ingesta reducida durante las comidas, pero con un incremento progresivo de su peso)
- Conductas compensatorias purgativas (vómitos, uso de laxantes, diuréticos...) y no purgativas (restricción de los alimentos y ejercicio)
- Exceso de ejercicio intenso y de naturaleza compulsiva.
- Conductas de chequeo personal (pesarse frecuentemente, medir repetidamente partes de su cuerpo, mirarse al espejo en numerosas ocasiones y compararse con el cuerpo de otros...)

- Conductas destinadas a suprimir el apetito y bajar de peso (masticar chicle sin azúcar con frecuencia, consumo disminuido o aumentado de líquidos...)
- Síntomas psicológicos como son la irritabilidad, ansiedad, autocrítica, preocupación por la alimentación y el peso, disminución del ánimo y cierta tendencia a la soledad y el aislamiento.

Por tanto, debido a la gran diversidad de síntomas que pueden aparecer en los TCA, la anamnesis del paciente deberá indagar acerca de su comportamiento en relación a la alimentación y la existencia de cuadros de atracones, conductas purgativas u otros métodos compensatorios. Sin embargo, en muchas ocasiones los pacientes tienden a ocultar los síntomas de su enfermedad o, simplemente, no tienen conciencia de la misma, por lo que será necesario tener en cuenta también el estado nutricional del individuo como criterio importante en la detección y diagnóstico (3).

Hoy en día, los criterios diagnósticos de los TCA se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5) y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE – 10). En el DSM – 5, los TCA se dividen en: anorexia nerviosa (AN) de tipo restrictivo y tipo atracones, bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA) y otros trastornos alimentarios o de la ingestión no especificados (2, 6) (Tabla 1).

1.2. Prevalencia

Aunque es cierto que los TCA afectan a ambos sexos, estos aparecen más frecuentemente en el género femenino, siendo su prevalencia en España de entre un 4,1% y un 6,4% en mujeres, y de un 0,3% en hombres (7). Concretamente, se observó cómo según estudios realizados hasta 2019, en España se reportó una prevalencia 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% para los trastornos alimenticios no especificados. Sin embargo, la falta de datos suficientes al respecto condiciona la interpretación de los mismos (2). En otras palabras, y reiterando lo ya mencionado, en torno al 0,5% de los adolescentes son diagnosticados de AN, y el 3% de BN, siendo mujeres el 90 y 95% respectivamente (8).

En cuanto al trastorno por atracón, hasta 2013 no se reconoció en el DSM - 5 como el tercer TCA junto a la anorexia y la bulimia nerviosa. Este afecta aproximadamente a

entre el 2% y el 5% de la población general, y se estima que en torno al 30% de las personas que participan en programas de control de peso lo padecen (9).

Asimismo, se ha observado que de la población que presenta dichos trastornos, el 16% come más de lo que debería, el 20% tiene una actitud purgativa a través de los vómitos, y el 61% una actitud más restrictiva ante los alimentos (1). Además, son las edades comprendidas entre los 14 y 18 años en las cuales aparecen con mayor frecuencia, siendo la edad de inicio cada vez más precoz (4), y son las zonas urbanas en las que se ha observado una mayor prevalencia de jóvenes en riesgo de desarrollar TCA según diversos estudios (10, 11, 12).

1.3. Etiología

La etiología de los TCA no se conoce bien actualmente, pero se considera multifactorial, incluyendo factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociofamiliares y culturales. Además, al coexistir varios factores de riesgo, se incrementa la posibilidad de desarrollar dicha enfermedad (3, 4). Señalar que algunos de los antecedentes más comunes de los TCA son la obsesión por un cuerpo delgado, una preocupación excesiva por el peso, distrés sociofamiliar, y antecedentes de abuso sexual o realización de una dieta en la infancia (3).

En los países industrializados, los TCA son la tercera enfermedad crónica más prevalente entre las mujeres adolescentes, con un 50 – 67% de las mismas insatisfechas con su peso e imagen corporal. Estudios previos han confirmado además que dicha insatisfacción con su cuerpo es el mayor factor de riesgo de desarrollar trastornos de la alimentación, especialmente durante la adolescencia, ya que se trata de un periodo de mayor vulnerabilidad para las mujeres debido a los cambios en el cuerpo y el incremento natural de peso (8, 4). Por ello, es fundamental en esta etapa la educación en hábitos saludables de alimentación, ejercicio y manejo de los conflictos psicológicos, fomentando a su vez el espíritu crítico (7).

En cuanto a los factores genéticos y biológicos que desencadenan los TCA, se ha observado cómo el 50% de estos se transmiten familiarmente. También se ha advertido como los neurotransmisores del cerebro o los niveles hormonales de testosterona o

estrógeno participan en la aparición de los TCA a través de alteraciones en la percepción de sí mismos y la insatisfacción de la imagen corporal, o mediante cambios en las actitudes relacionadas con la alimentación (1).

Respecto a los factores psicológicos, estos tienen un papel determinante en el desarrollo de los síntomas que aparecen a causa de los TCA. Por una parte, se ha observado un factor conocido como “ingesta emocional”, el cual implica que la persona con este trastorno recurre a los alimentos cuando se enfrenta a situaciones estresantes donde no tiene el control. Por otra parte, señalar que son bastantes las personas con ansiedad a causa de una preocupación intensa por el físico, la cual deriva en una fobia por el aspecto corporal y el sobrepeso real o irreal, y los lleva a una restricción voluntaria de la alimentación. Sin embargo, la ansiedad puede crear a su vez el efecto contrario en otras personas y causarles ingestas excesivas con su posterior expulsión mediante conductas purgativas (6).

Añadir que las personas diagnosticadas de estos trastornos presentan inseguridad y falta de respeto y aprobación hacia sí mismos, por lo que incidir sobre la autoestima en la adolescencia puede ser un factor preventivo en el desarrollo de trastornos alimenticios y síntomas depresivos que comprendan la insatisfacción corporal (6).

Por otro lado, destacar la influencia que los factores culturales y sociales tienen en la aparición de los TCA. Actualmente, en las sociedades modernas, los medios de comunicación y las redes sociales están al alcance de cualquiera y, en muchas ocasiones, difunden unos ideales de belleza irreales y dañinos para la sociedad. En el caso de los hombres, estos se ven presionados a conseguir un cuerpo más “musculoso”, mientras que las mujeres deben alcanzar una delgadez extrema e inalcanzable para encajar con los cánones de belleza impuestos (1, 8).

Sin embargo, la realidad es que cada cuerpo es distinto y difiere mucho de lo que se considera “perfecto”. Por ello, una vez interiorizados estos ideales, cuando las personas no consiguen alcanzarlos, se crea una frustración e insatisfacción con la imagen corporal, la cual provoca una angustia psicológica y emocional que puede derivar en el desarrollo de trastornos de la alimentación. Este aspecto se apoya en un estudio en el que se comprobó cómo el 45,3% de los adolescentes se ven influenciados por los medios, siendo un 25,7% mujeres, y un 19,6% hombres. Se observó cómo el género masculino

es menos susceptible a la presión de alcanzar el “cuerpo ideal”, lo cual contribuye a disminuir su prevalencia en el desarrollo de estos trastornos. En este estudio se advirtió además como el 28,6% de los adolescentes que participaron presentaban una insatisfacción con su imagen corporal (1, 8).

Por último, destacar que el contexto familiar es un factor importante también en el desarrollo de los TCA y su evolución. El núcleo familiar es un pilar fundamental en la formación del individuo y su personalidad. Por ello, se ha comprobado como una dinámica familiar negativa o dañina es una de las causas más frecuentes a la hora de desarrollar trastornos de la alimentación (6).

1.4. Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

Anorexia nerviosa (AN)

Según el DSM – V, la anorexia nerviosa se considera un trastorno mental, de inicio generalmente en la adolescencia, caracterizado por un miedo irracional a ganar peso y acompañado de una distorsión de la imagen corporal (la persona se ve “gorda”) y amenorrea en el caso de las mujeres. Hay un deseo de perder peso, para lo cual se llevan a cabo conductas purgativas, ejercicio físico intenso y una restricción excesiva de la comida. Como resultado, hay una pérdida de peso del individuo, siendo este mucho más bajo de lo que debería para la edad y sexo del mismo. Destacar que las tasas brutas de mortalidad en la AN varían entre el 0 y el 22,5%, siendo el pronóstico más favorable en adolescentes (5, 6, 4)

Las personas con este trastorno, pueden desarrollar depresión, comportamientos obsesivo – compulsivos o incluso pueden verse afectadas sus relaciones sociales, ya que tienden al aislamiento y a desconfiar de su entorno (13).

Por otra parte, destacar que, en las personas con este tipo de enfermedad, hay una alteración en la secreción de grelina (influye en el apetito) y los neurotransmisores (encargados de regular el estado de ánimo, de forma que el proceso de comer les causa ansiedad, y restringir la dieta les induce un mejor estado de ánimo) (13).

En la anorexia nerviosa hay muy poca concienciación sobre el problema, y el hecho de poder ingresar para tratamiento y recuperar peso les supone una gran amenaza (5).

Bulimia nerviosa

Se trata de un trastorno de la conducta alimentaria que aparece generalmente al final de la adolescencia, con mayor prevalencia entre los 16 – 17 años. En este, el individuo presenta episodios de ingestas excesivas de comida en un periodo corto de tiempo (atracones), con su posterior comportamiento compensatorio purgativo a través del vómito autoinducido, abuso de laxantes y diuréticos, ejercicio excesivo..., en un intento por eliminar todas las calorías ingeridas (5, 6, 14).

En la bulimia nerviosa, hay un sentimiento de pérdida de control sobre la comida, lo cual condiciona su día a día, ya que limita su funcionamiento físico y psicológico a consecuencia de los síntomas desencadenados por la enfermedad (6). Además, señalar que, tras los atracones, los pacientes tienen un sentimiento de estrés y culpabilidad, lo que los lleva a adoptar métodos para compensar los alimentos ingeridos como son los mencionados anteriormente (14).

Asimismo, cabe destacar que las personas con bulimia pocas veces son detectadas por sus familiares o los profesionales, ya que su peso suele permanecer entre la normalidad y no hay quejas por parte del individuo que lleven a solicitar ayuda médica. Añadir a su vez que, las personas afectadas por esta enfermedad, no suelen compartir sus síntomas con el resto debido a la vergüenza que sienten por los atracones o los posteriores mecanismos compensatorios (14).

Trastorno por atracón

Este se caracteriza por la existencia de episodios de atracones, pero sin sus posteriores métodos compensatorios (como ocurre en la bulimia). Dichos atracones o ingestas descontroladas de comida se suelen llevar a cabo a escondidas y pueden ser desencadenadas por situaciones de estrés, depresión, angustia o incluso relacionarse con la aparición de un trastorno límite de la personalidad (3, 6). Es decir, en estos casos, los alimentos son usados como una vía para paliar emociones y sentimientos negativos o desagradables en personas que no llevan a cabo un afrontamiento emocional saludable. La comida consigue atenuar dichas sensaciones durante un tiempo, pero después sienten culpa y tristeza y se aumenta el estrés, perpetuando así el ciclo (9).

Reiterando lo ya mencionado, en este caso no existen mecanismos compensatorios, por lo que las personas que padecen trastorno por atracón tienden a aumentar de peso y la obesidad se convierte en una de las principales consecuencias de la enfermedad, con sus implicaciones clínicas asociadas (9).

Otros trastornos alimenticios

Son aquellos TCA que no cumplen los criterios necesarios para incluirse en alguna de las categorías anteriores. También se incluyen aquellas personas que presentan conductas de compensación distintas a las que se dan en los individuos con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón (5, 6). Entre estos encontramos:

- AN atípica
- BN (de frecuencia baja y/o duración limitada)
- TA (de frecuencia baja y/o duración limitada)
- Trastorno purgativo
- Síndrome de ingestión nocturna de alimentos

TCA	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5
<p>ANOREXIA NERVIOSA</p> <p>Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restrictiva (no atracones o purgas en últimos 3 meses) - Purgativo (sí atracones o purgas en últimos 3 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> - Restricción de la ingesta energética en relación con los requerimientos que conduce a una pérdida de peso significativa en el contexto de la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física. - Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando en un peso significativamente bajo. - Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que tiene el bajo peso corporal.
<p>BULIMIA NERVIOSA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Episodios recurrentes de atracones (ingestión de una gran cantidad de alimentos en poco tiempo, con sensación de pérdida de control) - Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar el aumento de peso (vómito autoprovocado, uso de laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo...) - Los atracones y conductas compensatorias se producen al menos una vez a la semana durante tres meses

TRASTORNO POR ATRACÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Ingesta excesiva de alimentos (al menos una vez a la semana durante tres meses) con falta de control y sentimiento de malestar. - Los episodios de atracones se asocian a tres o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta más rápida de lo normal - Ingesta hasta sentirse desagradablemente lleno - Ingesta de grandes cantidades de alimentos sin sentir hambre físicamente - Comer solo por la vergüenza de la cantidad ingerida - Sentimientos negativos sobre sí mismo posteriores a la ingesta
------------------------------	--

Tabla 1. *Criterios diagnósticos DSM-5 para la anorexia, bulimia nerviosa y trastornos específicos (4)*

1.5. Complicaciones

Los trastornos de la conducta alimentaria se asocian con elevadas tasas de morbilidad, mortalidad y un grave compromiso de la calidad de vida de las personas que lo padecen. Los TCA, a consecuencia de los atracones, la desnutrición, y las purgas que se llevan a cabo, pueden comprometer básicamente todos los órganos y sistemas del cuerpo humanos, afectando a su vez al crecimiento y desarrollo de la persona. La mayoría de las alteraciones son reversibles, pero hay otras que, de no ser tratadas a tiempo, pueden llevar al fallecimiento del individuo (5).

Entre las distintas complicaciones asociadas encontramos:

- **Alteraciones cardiovasculares:** presentes en el 80% de los pacientes. Incluyen bradicardia e hipotensión. Se deben principalmente a cambios en el balance del sistema nervioso autónomo. Además, pueden aparecer arritmias auriculares y anomalías en el electrocardiograma, teniendo estas personas un mayor riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca (3, 4).
- **Alteraciones gastrointestinales:** puede darse una disminución de la motilidad gastrointestinal, lo cual conduce al estreñimiento, así como alteraciones esofágicas asociadas al vómito inducido como son la esofagitis grave o incluso la ruptura del esófago. Señalar a su vez que el abuso de laxantes puede llevar a la aparición de un síndrome del colon catártico o un estreñimiento crónico (4).

- **Alteraciones neurológicas:** derivadas de la malnutrición grave. El TAC y la resonancia magnética han demostrado cómo se produce una atrofia cortical y una dilatación ventricular a nivel del cerebro. Hay además una reducción de la materia blanca y grasa debido al incremento del volumen de líquido cefalorraquídeo (4).
- **Alteraciones hematológicas:** puede aparecer anemia, leucopenia, trombocitopenia y disminución de los niveles de fibrinógeno. Además, también puede verse alterada la función celular inmune (4).
- **Alteraciones renales:** presentes en el 7% de los pacientes. Incluyen un incremento de la urea y creatinina plasmáticas junto a un descenso de la filtración glomerular, alteraciones electrolíticas, edema y nefropatía hipokaliémica. Pueden darse además alteraciones en la capacidad de concentración de la orina y aparición de poliuria (3, 4).
- **Alteraciones endocrinas:** entre ellas encontramos alteraciones tiroideas (hipotiroidismo o síndrome eutiroideo), las cuales provocan pérdida de cabello, piel seca, hipotermia... También aparecen alteraciones de la masa ósea (con un mayor riesgo de fractura en personas con AN) y alteraciones de la hormona del crecimiento y del eje hipotálamo – hipófiso – suprarrenal. Señalar además que las mujeres con AN presentan hipogonadismo, con niveles disminuidos de la hormona LH y la FSH (4).
- **Alteraciones metabólicas:** pueden aparecer hipoglucemias e hipercolesterolemias moderadas en más del 50% de los pacientes (3, 4).
- **Alteraciones psicológicas:** como es el humor depresivo, irritabilidad, aislamiento, ansiedad e ideas obsesivas. Señalar que la ideación suicida aparece en el 22% de los pacientes con anorexia y en el 11% de los pacientes con bulimia (6).
- **Complicaciones locales:** derivadas de las conductas compensatorias, como son la aparición de caries, enfermedades periodontales, broncoaspiración, reflujo gastroesofágico, prolapso rectal, hemorroides... (3).

Todas estas complicaciones pueden darse, en mayor o menor medida, en las personas con trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, la gravedad de las mismas depende de la duración de la enfermedad y el peso corporal del individuo (6).

1.6. Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

El tratamiento en los trastornos de la conducta alimentaria debe realizarse de forma multidisciplinar y a distintos niveles asistenciales, siendo imprescindibles la psicoterapia, el soporte médico y el abordaje nutricional. Asimismo, señalar que los objetivos del tratamiento deberán ser individualizados, realistas, y adaptados a la situación y contexto del paciente. Entre ellos encontramos (3):

- Restaurar el peso y estado nutricional
- Reducir o eliminar atracones y comportamientos purgativos, así como disminuir la restricción alimentaria
- Aportar educación sobre alimentación saludable
- Promover el ejercicio físico saludable
- Tratar las complicaciones médicas que aparezcan
- Fomentar la autoconfianza
- Tratar las alteraciones conductuales y la comorbilidad psiquiátrica
- Prevenir las recaídas

En cuanto al tratamiento psicológico, el más utilizado es la terapia cognitivo – conductual. El objetivo del mismo es apoyar la adherencia al tratamiento multidisciplinar y las indicaciones nutricionales que se aportan. Además, se pretende aumentar la motivación de la persona a la hora de mantener un peso saludable y detener las conductas propias de los TCA previniendo a su vez las recaídas (3, 5).

Por otro lado, la educación nutricional es una parte imprescindible del tratamiento del paciente y debe estar orientada a la práctica. Se deben tener en cuenta el patrón alimentario y los conocimientos del individuo, ya que el objetivo es que la propia

persona adopte voluntariamente comportamientos que favorezcan su salud y bienestar (3).

Respecto al tratamiento farmacológico, la evidencia es limitada, y se ha demostrado que, aunque los fármacos son útiles al tratar estas enfermedades, estos no son imprescindibles. Sin embargo, un fármaco a destacar es la fluoxetina, la cual en dosis de 60 mg/día en adultos, junto con la psicoterapia de apoyo, consigue reducir considerablemente los atracones y purgas en la bulimia nerviosa (3, 5).

Finalmente, añadir que el tratamiento ambulatorio es el más común en estas patologías. Sin embargo, este requiere de una estabilidad clínica, con un buen soporte familiar y ausencia de riesgo autolítico. De no ser suficiente, existen hospitales de día de TCA (HDTCA), donde los pacientes cuentan con una mayor supervisión profesional y asisten a terapias grupales o individuales, educación nutricional, tratamientos médicos... Aun así, si la gravedad del paciente lo requiere y hay un mayor riesgo de autolesión, se llegará al ingreso hospitalario completo, siendo los requisitos para el alta: mantener una situación médica estable, resolución de las complicaciones agudas y control de las alteraciones conductuales. En la AN los ingresos tienden a ser más duraderos, mientras que en la BN son más cortos, siendo su objetivo la ruptura del círculo vicioso que atraviesa el paciente (3).

Con todo lo ya mencionado, resulta innegable el hecho de que los TCA son un problema de salud mental con una gran repercusión en la salud y con una tendencia en aumento en los últimos años. Por ello, en este trabajo se ha llevado a cabo un estudio transversal en alumnos de dos institutos navarros donde se determina la prevalencia del riesgo de desarrollar TCA, y se contrastan a su vez dichos resultados con los de estudios anteriores ya señalados.

2. OBJETIVOS

Objetivos principales

- Determinar la prevalencia del riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria entre jóvenes de dos institutos navarros.

Objetivos específicos

- Conocer los tipos más frecuentes de trastornos alimenticios, así como sus consecuencias y tratamientos.
- Determinar, si existe, la distinta prevalencia de aparición de dichos trastornos entre un instituto de una zona rural y otra urbana.
- Establecer las diferencias del riesgo de desarrollar TCA en función del IMC, sexo, edad y lugar de residencia de los alumnos.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño metodológico

Se trata de un estudio transversal llevado a cabo entre los meses de enero y febrero de 2022 en Navarra.

3.2. Población diana

Este estudio está dirigido a jóvenes de entre 14 y 18 años pertenecientes a dos centros educativos públicos de Navarra, uno localizado en un pueblo, y otro en la capital.

3.3. Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados en cursos de entre 3º ESO y 2º Bachillerato de su centro educativo.
- Estudiantes que den su consentimiento a la participación anónima en el estudio (según la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales”, será necesario un consentimiento informado para la participación de toda persona en una investigación. Para ello, se deberá aportar información completa acerca del

estudio y la finalidad de los datos obtenidos. Así pues, los mayores de 14 años tendrán autonomía para dar su consentimiento)

3.4. Procedimiento

Para obtener una visión general acerca de los trastornos de la conducta alimentaria (etiología, tipos, consecuencias, tratamiento, etc.), se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como son PubMed, Indices CSIC y Google Scholar. Además, los artículos seleccionados se encuentran en castellano o inglés, y con fecha de publicación a partir de 2017 (Figura 1).

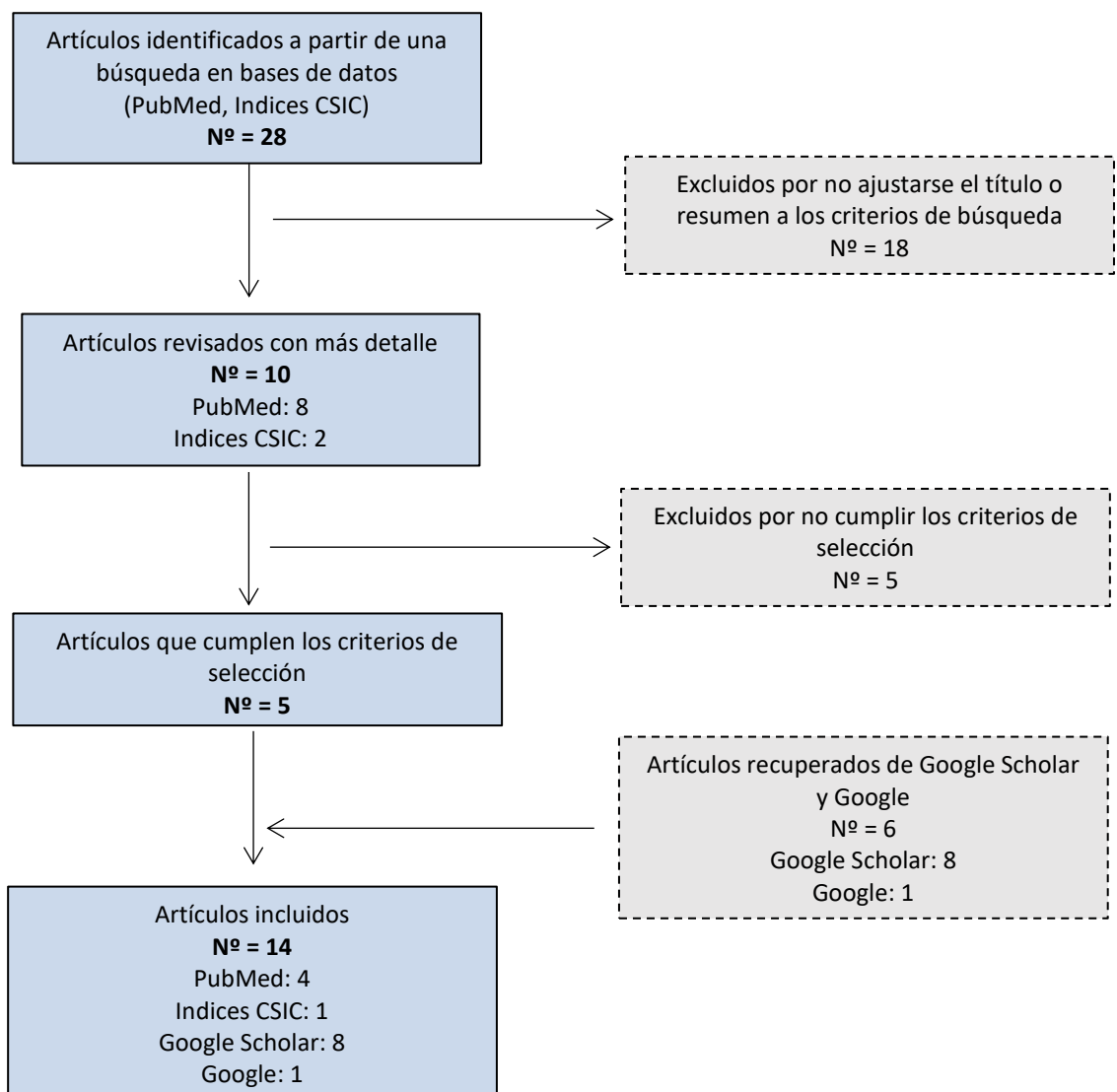


Figura 1 (de elaboración propia). Estrategia de búsqueda. Proceso de selección y análisis de los artículos incluidos en la introducción, con sus correspondientes exclusiones e inclusiones.

Una vez realizada dicha búsqueda, se comienzan a organizar aspectos referidos al estudio transversal.

En primer lugar, se elabora una encuesta vía online que consta del cuestionario EAT-26, y 7 preguntas adicionales de información complementaria. Además, se añade una primera página donde se expone el propósito del estudio, así como la finalidad de los datos obtenidos, de forma que los propios alumnos puedan dar su consentimiento a través de la encuesta después de leer toda la información pertinente (Anexo 1). Para ello, y como se ha mencionado anteriormente, los estudiantes deben ser mayores de 14 años, de ahí que las edades comprendidas sean de entre 14 y 18 años. Añadir que la encuesta es totalmente anónima, no quedando ningún tipo de registro sobre la identidad del participante.

En segundo lugar, se contacta con los directores de ambos institutos y se expone la idea del trabajo, el propósito y el método de recolección de datos. Una vez dado el visto bueno, se pasa a compartir la encuesta con los alumnos que deseen participar.

Finalmente, y una vez obtenidas todas las respuestas, se elabora un documento de *Excel* donde analizar todos los datos de los estudiantes y establecer las conclusiones oportunas.

Respecto a la encuesta, señalar que el EAT- 26 se compone de 26 preguntas, asociándose a sus posibles respuestas un valor numérico que permita, una vez finalizada la misma, realizar el sumatorio y advertir si la persona se encuentra en riesgo de sufrir TCA o no en función de su valor. Una puntuación total mayor o igual a 20 supone dicho riesgo y la necesidad de una mayor investigación. Así pues, el valor numérico asociado a cada respuesta es el siguiente: “siempre” = 3; “muy a menudo” = 2; “a menudo” = 1; “algunas veces”, “raramente”, “nunca” = 0. Únicamente en el caso del ítem 25 se puntúa de manera opuesta, siendo “nunca” = 3 y “siempre” = 0.

4. RESULTADOS

4.1. Prevalencia del riesgo de desarrollar TCA según el centro educativo

El número de alumnos que ha respondido a la encuesta es de 243, de los cuales 61 han sido retirados por ausencia de respuestas en algunas preguntas, incoherencias en las mismas, o por no entrar en el rango de edad establecido. Dicho lo cual, la muestra total del estudio se compone de 182 alumnos de entre 14 y 18 años, 115 pertenecientes a IES Sierra de Leyre (63,18% de la muestra), y 67 a IES Zizur BHI (36,81% de los participantes).

Como se ha mencionado anteriormente, un valor mayor o igual a 20 en la puntuación total de la encuesta supone un riesgo a desarrollar TCA, siendo, según los resultados obtenidos, 49 el valor más elevado que se ha observado (una mujer de 17 años), y 0 el menor. Así pues, tener en cuenta que los ítems donde un mayor número de alumnos han presentado conductas de riesgo de TCA (es decir, han contestado afirmativamente con la etiqueta de valor “Siempre”, “Muy a menudo” o “A menudo”), son el 1 (“Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a”), 3 (“Me preocupo mucho por la comida”) y 19 (“Me controlo en las comidas”). Mientras, las cuestiones en las que una menor cantidad de participantes han mostrado riesgo de desarrollar TCA son la 9 (“Vomito después de haber comido”), 13 (“Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a”) y 26 (“Tengo ganas de vomitar después de las comidas”) (Tabla 2).

ÍTEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a	71	39%
3. Me preocupo mucho por la comida	57	31,3%
19. Me controlo en las comidas	59	32,42%
9. Vomito después de haber comido	3	1,65%
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	13	7,14%
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	13	7,14%

Tabla 2 (de elaboración propia). *Ítems del EAT-26 con una mayor y menor frecuencia de respuestas afirmativas.*

Asimismo, para este estudio se ha determinado que respuestas afirmativas (“Siempre”, “Muy a menudo” y “A menudo”) en ítems del EAT-26 como son el 1 (“Me angustia la

idea de estar demasiado gordo/a”), 11 (“Me preocupa el deseo de estar más delgado/a”) y el 14 (“Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”), son indicadores de insatisfacción con el peso e imagen corporal del individuo, observándose así como entre el 30,1 y el 46,6% de las mujeres, y entre el 11,39 y el 29,11% de los hombres presentan dicha insatisfacción según los resultados de la encuesta.

Dicho lo cual, de la muestra de 182 estudiantes de ambos centros educativos, señalar que el número de personas con riesgo de aparición de alteraciones de la conducta alimentaria fue de 21 (11,53% de los alumnos) (Figura 2) (Tabla 3).

Muestra total de 182 alumnos

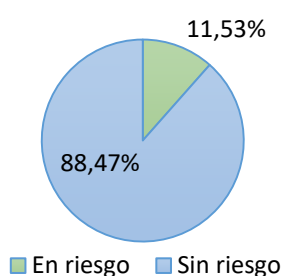


Figura 2 (de elaboración propia). *Prevalencia de participantes en riesgo de desarrollar TCA.*

CENTRO EDUCATIVO	SEXO	Nº ALUMNOS	EN RIESGO DE TCA (puntuación > o = a 20)
IES Sierra de Leyre	Mujeres	55	6
	Hombres	60	5
TOTAL		115	11
IES Zizur BHI	Mujeres	48	9
	Hombres	19	1
TOTAL		67	10

Tabla 3 (de elaboración propia). *Distribución de los alumnos en riesgo según el centro educativo.*

Con estos datos, podemos advertir como de los alumnos que presentan riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, según la encuesta del EAT-26, el 52,38% pertenecen al IES Sierra de Leyre de Sangüesa, y el 47,62% al IES Zizur BHI, no reflejándose una importante diferencia al respecto.

Asimismo, de los 115 alumnos del IES Sierra de Leyre que participan en la encuesta, señalar que el 9,56% han obtenido una puntuación mayor o igual a 20 (están en riesgo). En el caso del IES Zizur BHI, son el 14,92% de los 67 participantes los que muestran un riesgo de desarrollar dichas alteraciones alimenticias (Figura 3). Señalar a su vez que, aunque los alumnos que han respondido la encuesta en el IES Zizur BHI son casi la mitad que en el otro centro, el número de estudiantes en riesgo es similar en ambos institutos, por lo que, como se puede apreciar, la proporción de participantes en riesgo es mayor en el IES Zizur BHI.

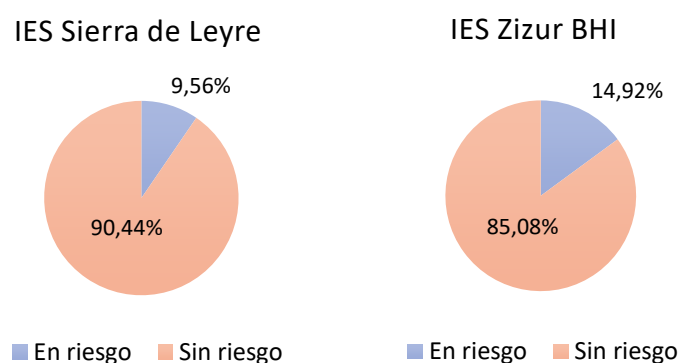


Figura 3 (de elaboración propia). *Prevalencia de participantes en riesgo según el centro educativo.*

Por otra parte, los datos obtenidos también permiten apreciar si existen diferencias en el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en función del sexo, IMC, edad y lugar de residencia, preguntas que se adjuntaron junto al EAT-26. A continuación, se explica detalladamente.

4.2. Prevalencia del riesgo de desarrollar TCA en función del sexo

En cuanto al sexo, se ha observado como de los 182 estudiantes que componen la muestra, 103 son mujeres (55 del IES Sierra de Leyre, y 48 del IES Zizur BHI), correspondiendo al 56,6% de la muestra, y 79 son hombres (60 del IES Sierra de Leyre y 19 del IES Zizur BHI), lo que equivale al 43,4% de los alumnos que han respondido la encuesta.

De las 103 mujeres que participan en el estudio, 15 han obtenido una puntuación total mayor o igual a 20 en el EAT-26, por lo que se encuentran en riesgo de desarrollar TCA.

Es decir, el 14,56% de las mujeres se encuentran en riesgo (Figura 4). Además, la media de todas las puntuaciones obtenidas a través del EAT-26 es de 8,87 en las mujeres.

Respecto a los hombres, de los 79 que respondieron la encuesta, 6 presentan riesgo de sufrir alteraciones de la conducta alimentaria según el cuestionario EAT-26, lo que corresponde al 7,59% de los hombres participantes. En cuanto a la media de todas las puntuaciones obtenidas en el EAT-26, el valor para los hombres es de 6,58.

Así pues, señalar que de los 21 alumnos con una puntuación igual o superior a 20 en el EAT-26, el 71,43% son mujeres, y el 28,57% son hombres. Es decir, el número de alumnos que han respondido a la encuesta y se encuentran en riesgo de desarrollar TCA es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres.

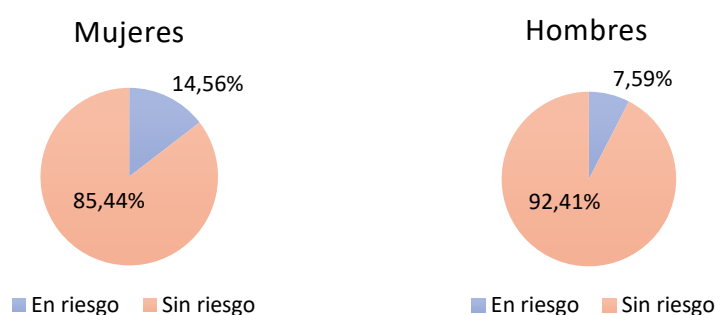


Figura 4 (elaboración propia). *Prevalencia de participantes en riesgo según el sexo.*

Asimismo, añadir que en el IES Sierra de Leyre, el 10,9% de las mujeres (6 de 55 alumnas), y el 8,33% de los hombres (5 de 60 alumnos) reflejan un riesgo de desarrollar alteraciones de la conducta alimentaria. En el caso del IES Zizur BHI, este riesgo aparece en el 18,75% de las mujeres (9 de 48 alumnas), y en el 5,26% de los hombres (1 de 19 alumnos).

4.3. Prevalencia del riesgo de desarrollar TCA en función del IMC

El IMC o Índice de Masa Corporal es un valor que asocia la talla y la masa de un individuo, permitiendo, por tanto, valorar si el peso es saludable para su estatura.

En este estudio, se pidió a los alumnos que añadieran su peso y su estatura para poder calcular el IMC, determinando así la variación en el riesgo a desarrollar TCA en función de dicho valor. Con los datos obtenidos, se ha realizado una distribución de la muestra

en función del IMC en: bajo peso (que incluye la delgadez severa, moderada y aceptable); peso normal y sobrepeso (Tabla 4) (Figura 5).

IMC	CENTRO EDUCATIVO	Nº ALUMNOS	EN RIESGO DE TCA (puntuación > o = a 20)
DELGADEZ SEVERA (IMC < 16)	IES Sierra de Leyre	1	0
	IES Zizur BHI	1	1
TOTAL		2	1
DELGADEZ MODERADA (IMC 16 – 16,99)	IES Sierra de Leyre	2	0
	IES Zizur BHI	1	0
TOTAL		3	0
DELGADEZ ACEPTABLE (IMC 17 – 18,49)	IES Sierra de Leyre	13	2
	IES Zizur BHI	6	3
TOTAL		19	5
PESO NORMAL (IMC 18,5 – 24,99)	IES Sierra de Leyre	91	8
	IES Zizur BHI	54	5
TOTAL		145	13
SOBREPESO (IMC 25 – 34,99)	IES Sierra de Leyre	8	1
	IES Zizur BHI	5	1
TOTAL		13	2

Tabla 4 (creación propia). *Distribución de los participantes en riesgo de TCA según el IMC.*

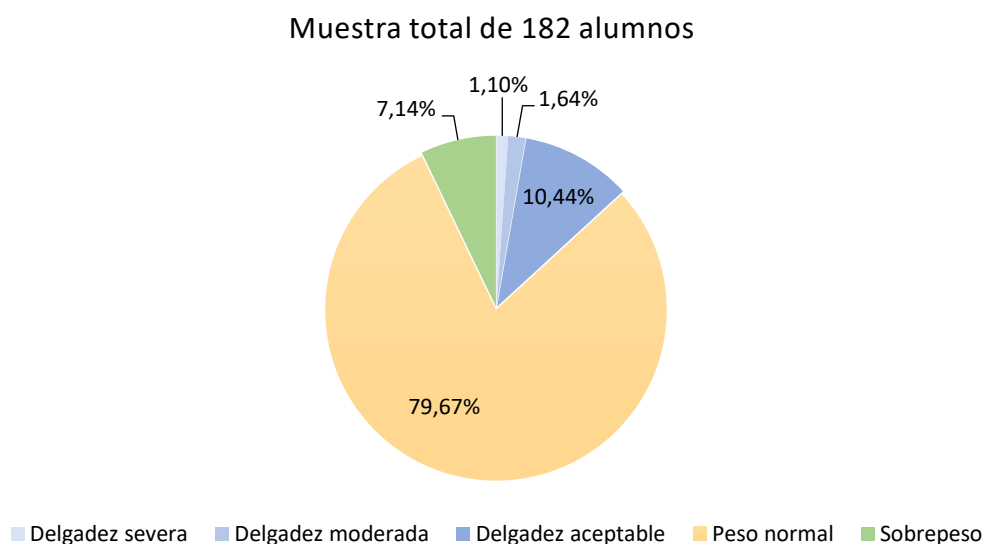


Figura 5 (de elaboración propia). *Distribución de los participantes en función del IMC.*

Se observó por tanto como la mayor parte de la muestra, el 79,67% (145 alumnos), se encuentran dentro de un peso normal (IMC entre 18,5 y 24,99). Dentro de este rango,

son 13 los alumnos que han conseguido una puntuación igual o superior a 20 en el EAT-26, por lo que diremos que el 9% de los alumnos con peso normal está en riesgo (Figura 6). Señalar, por tanto, que dentro de los 21 alumnos que presentan dicho riesgo, el 61,9% están dentro de un peso normal (Figura 7).

En cuanto a los alumnos con bajo peso o delgadez (IMC de entre 16 y 18,49), el número asciende a 24 estudiantes (13,18% de la muestra). De estos, 2 presentan una delgadez severa, 3 delgadez moderada, y 19 delgadez aceptable. Asimismo, señalar que, de estos 24 alumnos con un peso bajo, 6 se encuentran en riesgo de desarrollar TCA según los datos obtenidos en la encuesta (el 25% de los alumnos con bajo peso están en riesgo). Por otro lado, de los 21 participantes en riesgo, el 28,57% son alumnos con delgadez.

En cuanto a los alumnos que han participado con sobrepeso, el número es de 13 (7,14% de la muestra). De estos, son 2 los que han reflejado una puntuación total en la encuesta mayor o igual a 20, por lo que diremos que el 15% de los alumnos con sobrepeso están en riesgo de desarrollar TCA. Por último, añadir que de los 21 estudiantes de la muestra que están en riesgo, el 9,52% presenta sobrepeso.

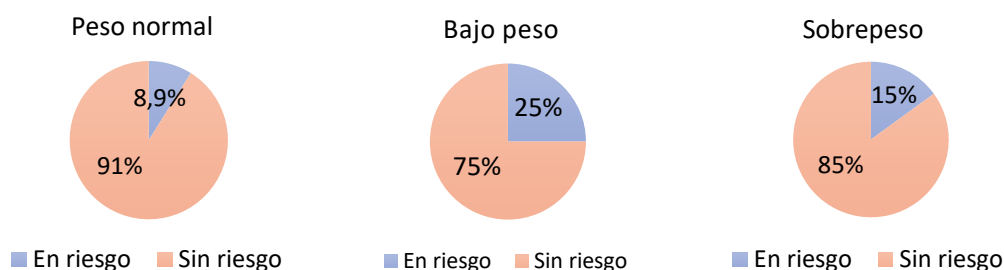


Figura 6 (de elaboración propia). Prevalencia de los participantes en riesgo según el IMC.

% de alumnos en riesgo de desarrollar TCA

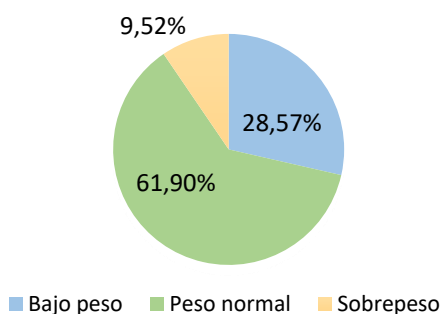


Figura 7 (de elaboración propia). Distribución de los participantes en riesgo según IMC.

Finalmente, en lo referido a las diferencias en el riesgo de desarrollar TCA según el IMC, apreciar las variaciones existentes entre un centro educativo y otro. En primer lugar, se ha observado como en el IES Sierra de Leyre, el 8,79% de los alumnos con peso normal se encuentran en riesgo (8 estudiantes de 91). Sin embargo, en el IES Zizur BHI, este valor apenas es un tanto superior, siendo el 9,26% de los alumnos con peso normal aquellos que presentan riesgo de desarrollar TCA (5 estudiantes de 54) (Figura 8).

En cuanto a los individuos con un IMC de entre 16 y 18,49, señalar que el 12,5% de los alumnos con peso bajo del IES Sierra de Leyre (2 de los 16 estudiantes) presentan un riesgo de sufrir alteraciones de la conducta alimentaria según el resultado obtenido en la encuesta. En el caso del IES Zizur BHI, son el 50% de los estudiantes con delgadez los que se encuentran en dicha situación (4 alumnos de 8).

Por otro lado, en el caso de los jóvenes con un IMC de entre 25 y 34,99, el 12,5% de los estudiantes con sobrepeso del IES Sierra de Leyre (1 alumno de 8) presenta una puntuación igual o superior a 20 en el EAT-26, es decir, está en riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Por su parte, en el IES Zizur BHI son el 20% de los alumnos con sobrepeso los que se encuentran en riesgo (1 estudiante de 5).

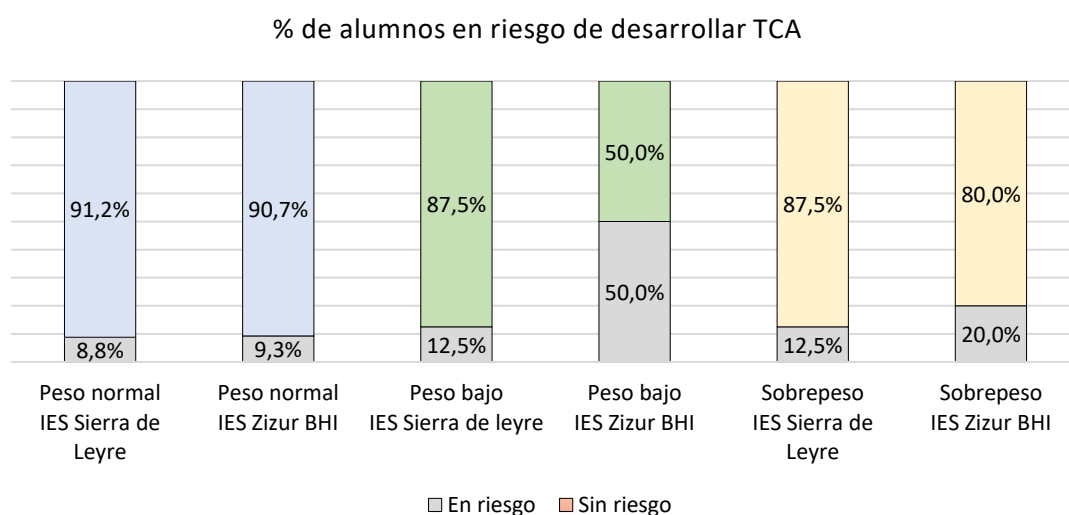


Figura 8 (de elaboración propia). *Prevalencia de alumnos en riesgo en función de su centro educativo e IMC.*

En resumen y reiterando lo ya mencionado, destacar en lo referido al IMC que, de los estudiantes con riesgo de desarrollar trastornos alimenticios, la mayor parte (13

alumnos) se encuentran con un IMC dentro de lo normal (el 61,9% de los estudiantes con riesgo de TCA). Sin embargo, es el grupo de participantes con un IMC bajo el que presenta una mayor prevalencia de dicho riesgo. Por su parte, la menor cantidad de alumnos con una puntuación mayor o igual a 20 en el EAT-26 se encuentra en el grupo de personas con sobrepeso.

4.4. Prevalencia del riesgo de desarrollar TCA en función de la edad

EDAD (años)	CENTRO EDUCATIVO	SEXO	Nº ALUMNOS	EN RIESGO DE TCA (puntuación > o = a 20)
14	IES Sierra de Leyre	Mujer	18	1
		Hombre	14	0
	IES Zizur BHI	Mujer	5	2
		Hombre	1	0
TOTAL			38	3
15	IES Sierra de Leyre	Mujer	3	1
		Hombre	7	2
	IES Zizur BHI	Mujer	4	1
		Hombre	3	1
TOTAL			17	5
16	IES Sierra de Leyre	Mujer	14	2
		Hombre	19	1
	IES Zizur BHI	Mujer	21	3
		Hombre	11	0
TOTAL			65	6
17	IES Sierra de Leyre	Mujer	20	2
		Hombre	14	2
	IES Zizur BHI	Mujer	13	2
		Hombre	1	0
TOTAL			48	6
18	IES Sierra de Leyre	Mujer	0	0
		Hombre	6	0
	IES Zizur BHI	Mujer	5	1
		Hombre	3	0
TOTAL			14	1

Tabla 5 (creación propia). *Distribución de los alumnos con riesgo de TCA según la edad.*

El rango de edad establecido para el estudio es desde los 14 hasta los 18 años (de 3º ESO a 2º Bachillerato) (Tabla 5). Así pues, señalar que la mayor parte de la muestra, en concreto el 35,71% (65 estudiantes), son alumnos de 16 años, y el grupo de edad con menos participantes corresponde a los de 18 años, que cuenta con un 7,69% de los individuos que han respondido a la encuesta (14 alumnos) (Figura 9).

Distribución de los alumnos por grupos de edad

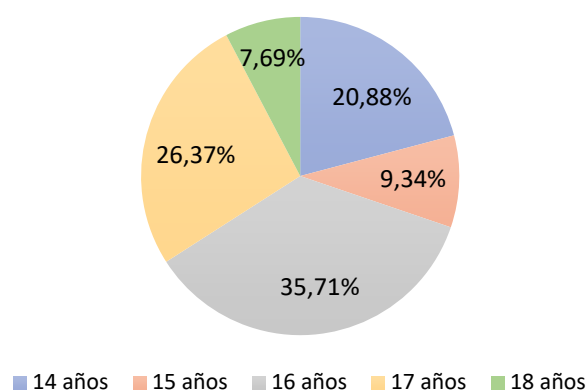


Figura 9 (de elaboración propia). *Distribución de los participantes según grupos etarios.*

En cuanto a los estudiantes de 14 años, estos componen el 20,88% de la muestra, observándose como el 60,5% son mujeres, y como el 84,2% de los alumnos de este rango de edad pertenecen al IES Sierra de Leyre. Respecto a los alumnos con una puntuación mayor o igual a 20 en este grupo, el número total es de 3. Es decir, el 7,9% de los participantes con 14 años están en riesgo de desarrollar trastornos alimenticios según el EAT-26. Concretamente, el 3,13% de los estudiantes de 14 años que han respondido la encuesta del IES Sierra de Leyre, y el 33,3% del grupo de 14 años del IES Zizur BHI (Figura 10).

Por otro lado, el 9,34% de la muestra son alumnos de 15 años, de los cuales el 58,8% son del IES Sierra de Leyre, y el 41,2% del grupo mujeres. En cuanto a los alumnos en riesgo de desarrollar TCA, estos son 5, es decir, un 29,4% de los participantes de 15 años está en riesgo. En concreto, señalar que el 30% de los alumnos de 15 años del IES Sierra de Leyre que respondieron la encuesta presentan dicho riesgo, y en el caso de IES Zizur BHI este valor es del 28,57%.

Respecto al grupo de edad de los 16 años, este es el que más participantes presenta, como se ha mencionado anteriormente, un 35,71% de la muestra. De estos, destacar que prácticamente la mitad pertenecen a un centro, y el restante al otro (el 50,77% son de IES Sierra de Leyre, mientras que el 49,23% son del IES Zizur BHI). Asimismo, añadir que el 53,85% de los estudiantes en este rango de edad son mujeres. En cuanto al número de alumnos en riesgo de padecer alteraciones de la conducta alimentaria, este es de 6. Diremos por tanto que el 9,23% de los participantes con 16 años se encuentran

en riesgo. Concretamente, el 9,1% de los alumnos de 16 años del IES Sierra de Leyre que han respondido la encuesta presenta dicho riesgo, y en el IES Zizur BHI este porcentaje es del 9,38%.

Por su parte, el 26,37% de los alumnos de la muestra pertenecen al grupo de edad de los 17 años. De ellos, el 70,8% son del IES Sierra de Leyre, y el 69,75% de dicho grupo etario, mujeres. Así pues, señalar que, de los 48 estudiantes en este rango de edad, 6 han obtenido una puntuación igual o superior a 20 en el EAT-26. Es decir, el 12,5% de los alumnos que han participado con 17 años están en riesgo de desarrollar TCA. Siendo más específicos, señalar que el 11,76% de los estudiantes de 17 años del IES Sierra de Leyre que han colaborado en el estudio tienen un mayor riesgo de que aparezcan alteraciones alimenticias. Por su parte, en el IES Zizur BHI este valor es del 14,29%.

Por otro lado, destacar que el rango de edad de los 18 años es el que menos participantes contiene, siendo este grupo el 7,69% de la muestra. De estos, el 57,14% pertenecen al IES Zizur BHI, y el 64,29% son hombres. Respecto a los alumnos que se encuentran en riesgo de desarrollar alteraciones alimenticias, de los 14 participantes en este rango de edad solo 1 tiene dicho riesgo, lo cual equivale al 7,14% de los individuos de 18 años que han respondido la encuesta. Además, señalar que este sujeto pertenece al IES Zizur BHI.

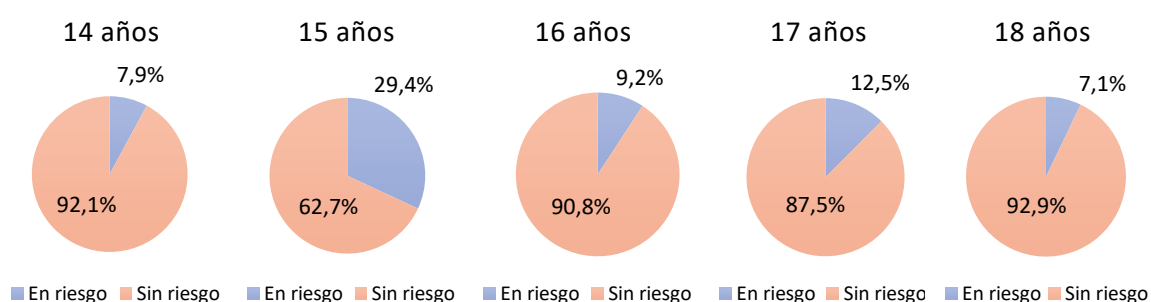


Figura 10 (de elaboración propia). *Prevalencia de participantes en riesgo de desarrollar TCA según la edad.*

Finalmente, de los 21 alumnos en riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, se observa cómo los estudiantes de 14 años ocupan el 14,29% de dicho grupo en riesgo. Por su parte, aquellos con 15 años conforman el 23,81% de estos alumnos, mientras que, en el caso de los grupos de edad de 16 y 17 años, el porcentaje es del 28,57% respectivamente. Por último, de los 21 estudiantes con dicho riesgo, el 4,76% tienen 18 años (Figura 11).

Por ello, señalar que en torno a la mitad de los participantes con una puntuación en el EAT-26 mayor o igual a 20 son alumnos de entre 16 y 17 años. Añadir a su vez que la proporción de alumnos en riesgo es ligeramente superior en el IES Zizur BHI en todos los grupos etarios excepto los 15 años.

% de alumnos en riesgo según grupo de edad

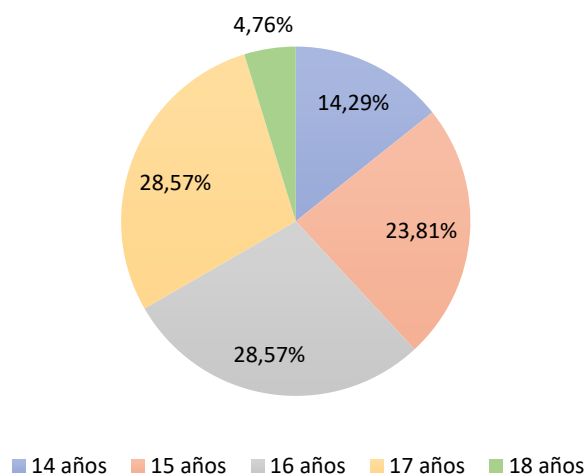


Figura 11 (de elaboración propia). *Distribución de los participantes en riesgo de desarrollar TCA según grupo de edad.*

4.5. Prevalencia del riesgo de desarrollar TCA según el lugar de residencia

Aunque se trata de dos centros educativos pertenecientes a Sangüesa y Zizur Mayor, ambos acogen estudiantes de otras localidades. Para el siguiente análisis, diferenciamos los lugares con menos de 10.000 habitantes, y los que tienen una población superior. Se establece el punto de corte en 10.000 residentes porque generalmente es a partir de dicho valor cuando se considera un lugar como urbano. Por ello, señalar que las

localidades con un número mayor o igual a 10.000 habitantes en este estudio son Zizur Mayor y la Chantrea (Tabla 6).

IES ZIZUR BHI			IES SIERRA DE LEYRE		
Lugar de residencia	Nº alumnos	En riesgo de TCA	Lugar de residencia	Nº alumnos	En riesgo de TCA
Zizur Mayor	36	6	Sangüesa	86	10
Zizur Menor	3	0	Cáseda	5	1
Artazu	1	0	Liédena	5	0
Astrain	2	0	Lumbier	7	0
Otazu	2	0	Eslava	2	0
Undiano	2	0	Sada	2	0
Paternain	4	1	Gabarderal	1	0
Chantrea	1	0	Aibar	4	0
Puente la Reina	6	2	Sos del Rey Católico	2	0
Belascoain	1	0	Domeño	1	0
Esquiroz	1	1	TOTAL	115	11
Obanos	1	0			
Mañeru	3	0			
Añorbe	1	0			
Gares	1	0			
Uterga	2	0			
TOTAL	67	10			

Tabla 6 (creación propia). *Distribución de los participantes con riesgo de TCA en función del centro educativo y lugar de residencia.*

En la muestra de 182 alumnos, se puede observar cómo el 79,67% (145 alumnos), pertenecen a localidades con menos de 10.000 habitantes (Figura 12). Asimismo, destacar que en el IES Sierra de Leyre el 100% de los estudiantes de la muestra reside en lugares con una población menor a 10.000 personas, mientras que en el caso del IES Zizur BHI, este porcentaje es del 44,78%, ya que la mayor parte de los participantes residen en Zizur Mayor (el 53,73% de los alumnos que han respondido la encuesta).

Distribución de los alumnos según lugar de residencia

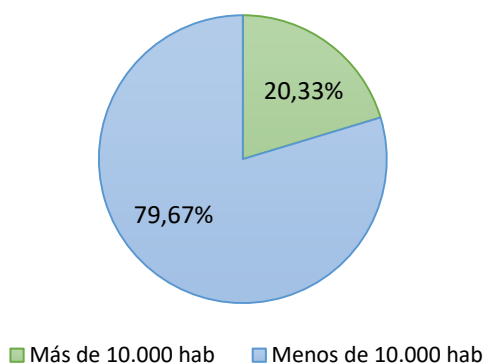


Figura 12 (de elaboración propia). *Distribución de los participantes según lugar de residencia (mayor o inferior a 10.000 habitantes)*

Dicho lo cual, en cuanto a los alumnos que presentan riesgo de sufrir alteraciones de la conducta alimentaria según los datos obtenidos en el EAT-26, señalar que, de los 21 alumnos en riesgo, 6 pertenecen Zizur Mayor, y 15 a localidades con menos de 10.000 habitantes. Es decir, el 71,43% de los participantes con riesgo de desarrollar TCA reside en lugares con un número de habitantes menor a 10.000 personas (Figura 13).

% de alumnos en riesgo según lugar de residencia

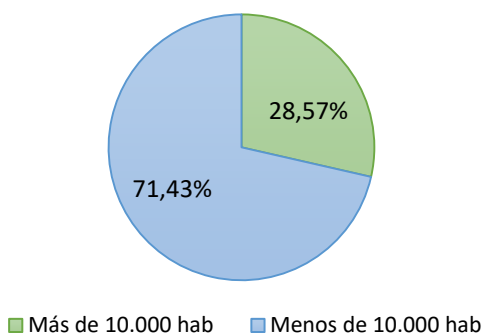


Figura 13 (de elaboración propia). *Proporción de los participantes en riesgo que residen en localidades con un número mayor o menor a 10.000 habitantes.*

Por otra parte, destacar que el 16,22% de los participantes que residen en lugares con más de 10.000 habitantes están en riesgo de desarrollar trastornos alimenticios. Asimismo, son el 10,34% de los estudiantes que han respondido la encuesta los que se

encuentran en riesgo de desarrollar dichas alteraciones, y habitan a su vez en localidades con un número de individuos inferior a 10.000 residentes (Figura 14).

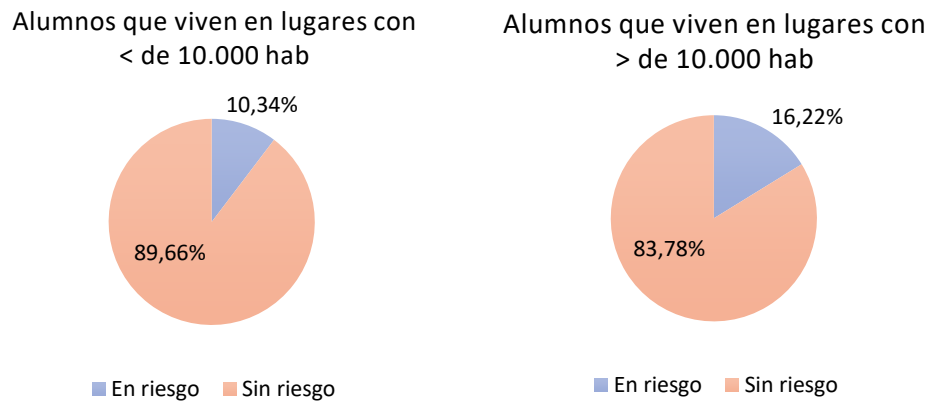


Figura 14 (de elaboración propia). *Prevalencia de los participantes en riesgo de desarrollar TCA según se resida en localidades con un número mayor o menor a 10.000 habitantes.*

5. DISCUSIÓN

La principal limitación de este estudio es el número reducido de alumnos que han respondido la encuesta, así como la diferencia en la cantidad de estudiantes que han participado en un centro y en otro. Esta diferencia de alumnos y escasez de las muestras constituyen un problema a la hora de establecer generalizaciones, por lo que algunos de los resultados obtenidos no son concluyentes y no permiten establecer una asociación respecto a la prevalencia del riesgo de desarrollar TCA.

Respecto a los resultados obtenidos en función del IMC de los participantes, señalar que el grupo de alumnos con un peso normal (79,67% de la muestra) es el que refleja una mayor cantidad de alumnos en riesgo. Sin embargo, aunque el grupo de participantes con bajo peso o delgadez constituye una muestra considerablemente menor (24 alumnos), es el que recoge una mayor prevalencia de dicho riesgo (6 alumnos, el 25%), ya que podemos comprobar como un cuarto de los participantes con un IMC bajo se encuentran en riesgo de desarrollar trastornos alimenticios. El peso bajo en estos alumnos no implica directamente una afectación de su estado de salud. Sin embargo, la elevada prevalencia de alumnos en riesgo con dicho IMC puede deberse al desarrollo por parte de estos individuos de conductas de control del peso, restricción de las comidas o ejercicio físico intenso que, con el tiempo, puedan convertirse en un trastorno de la conducta alimentaria.

En cuanto al riesgo de desarrollar TCA en función de la edad de los participantes, destacar que los resultados no son del todo concluyentes debido a la diferencia en el número de la muestra en los distintos grupos etarios. Según estudios anteriores, son las edades comprendidas entre los 14 y 18 años las que presentan con mayor frecuencia alteraciones de la conducta alimentaria, siendo cada vez más precoz la edad de inicio (4). Es por ello por lo que se decide además fijar la edad para participar en el estudio entre los 14 y los 18 años.

No obstante, en los resultados obtenidos de la encuesta se puede observar cómo los grupos de edad con mayor número de alumnos en riesgo son los de 16 y 17 años, ya que se trata de los colectivos con un mayor número de participantes. Sin embargo, señalar que proporcionalmente no son el grupo de edad con una mayor prevalencia a desarrollar TCA, ya que es el conjunto de alumnos de 15 años el que cuenta con una

mayor proporción de sus estudiantes en riesgo (el 29,4%). Por ello, a pesar de encontrar la mayor prevalencia del riesgo de desarrollar alteraciones de la conducta alimentaria en este grupo de edad, es preciso tener en cuenta la escasez de su muestra, lo cual implica una mayor cautela en la interpretación y generalización de estos datos.

Respecto al lugar de residencia de los participantes, destacar que la mayor parte de los alumnos que presentan riesgo de desarrollar TCA residen en lugares de menos de 10.000 habitantes. Sin embargo, esto se debe a que el 79,67% de la muestra total vive en dichas localidades, es decir, la mayor parte de los participantes residen en lugares con menos de 10.000 personas. No obstante, señalar que es en las localidades con un número mayor a 10.000 habitantes donde la proporción de estudiantes en riesgo es mayor.

Por ello, diremos que la mayor prevalencia del riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria se encuentra en las localidades de más de 10.000 personas, siendo esta de un 16,22%, aspecto que se ve a su vez apoyado por resultados de anteriores estudios (10, 11, 12). Sin embargo, debido a la diferencia en el número de estudiantes que habitan en un tipo de localidades y en otro, es necesario nuevamente tener en cuenta el tamaño de la muestra en la interpretación de los resultados e indagar más profundamente en este aspecto para obtener datos concluyentes.

Por otro lado, en cuanto al sexo, señalar que estudios anteriores realizados en España reflejaron una prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria de hasta un 6,4% en mujeres y un 0,3% en hombres (7). Así pues, en este estudio llevado a cabo en ambos centros, se ha comprobado como el riesgo de desarrollar TCA es efectivamente mayor en las mujeres que en los hombres, con un 14,56% de las mujeres y un 7,59% de hombres en riesgo. Además, hay que tener en cuenta que la media de todas las puntuaciones obtenidas a través del EAT-26 en los hombres es de 6,58, mientras que en el caso de las mujeres este alcanza el 8,87, lo cual refleja nuevamente que el riesgo de desarrollar TCA es mayor en el sexo femenino que en el masculino.

Asimismo, destacar que un factor de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria es la propia sociedad y los cánones de belleza impuestos por la misma, donde los jóvenes se ven obligados a alcanzar un “cuerpo ideal” para encajar. Sin embargo, al contrario que las mujeres, los hombres son menos susceptibles a la presión de conseguir dicho cuerpo, lo que contribuye a disminuir su prevalencia en el desarrollo

de estos trastornos (1,8). Por tanto, diremos que la mayor prevalencia a desarrollar alteraciones de la conducta alimentaria en el sexo femenino es, nuevamente, apoyada por los resultados obtenidos en esta encuesta.

Por otra parte, numerosos estudios afirman que la insatisfacción con el propio cuerpo es el mayor factor de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, siendo este aún más relevante en la adolescencia y especialmente en las mujeres debido a la vulnerabilidad que aparece en consecuencia a los cambios físicos que se dan (4, 8). Esta insatisfacción con el cuerpo se puede observar en la encuesta a través de respuestas afirmativas (“Siempre”, “Muy a menudo” y “A menudo”) en ítems del EAT-26 como son el 1 (“Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a”), 11 (“Me preocupa el deseo de estar más delgado/a”) y el 14 (“Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”). Como se puede observar, todos ellos hacen mención a la idea de estar delgado y el deseo de tener la menor grasa posible en el cuerpo, reflejando así la importancia dada por la propia persona a su peso e imagen corporal. Como se ha mencionado anteriormente, señalar que la importancia que se da a la imagen corporal deriva en gran parte de las influencias sociales y culturales, los cuales marcan unos ideales de belleza que se deben alcanzar para encajar en la sociedad (1, 8).

Dicho lo cual, destacar que en estudios previos se ha observado cómo entre el 50 y el 67% de las mujeres adolescentes presentan una insatisfacción con su peso y su propio cuerpo (4). Este hecho se corrobora de nuevo en este estudio, ya que la prevalencia de mostrar insatisfacción corporal según los resultados obtenidos en dichos ítems es de entre un 30,1 y 46,6% en el caso de las mujeres, y un 11,39 y 29,11% en los hombres que han participado. Se trata, por tanto, de un número considerable el de mujeres, cerca de la mitad de las de la muestra, las que presentan insatisfacción con su propio cuerpo y, por tanto, cuentan con un importante factor de riesgo de desarrollar TCA.

Finalmente, destacar que en ambos centros educativos el número de personas con riesgo de desarrollar TCA según los resultados del EAT-26 es similar (11 de IES Sierra de Leyre, y 10 de IES Zizur BHI). No obstante, la muestra de estudiantes en un centro y otro difiere, por lo que la prevalencia de alumnos en riesgo también lo hace. Así pues, se ha observado como en el IES Zizur BHI hay una mayor prevalencia del riesgo a desarrollar trastornos alimenticios (14,92%), que en el IES Sierra de Leyre (9,56%). Esta mayor

prevalencia en dicho centro puede deberse a que en torno al 70% de las respuestas del instituto de Zizur pertenecen a mujeres, las cuales, como se ha comprobado, presentan un mayor riesgo de sufrir alteraciones de la conducta alimentaria según las respuestas del EAT-26.

Asimismo, añadir que, en el instituto de una localidad pequeña, los alumnos pasan toda su etapa de adolescencia en el mismo centro con compañeros que suelen conocer desde edades tempranas, y los cuales son, con frecuencia, un número reducido. Esto supone que apenas se debe hacer un esfuerzo por integrarse en un grupo o establecer relaciones sociales nuevas todo el tiempo, ya que, como se ha mencionado anteriormente, los compañeros suelen ser los mismos que años atrás. Sin embargo, en los centros educativos de la ciudad, el número de estudiantes es mucho mayor, y la cantidad de compañeros que se tienen a lo largo de toda la etapa de instituto es también superior.

Así pues, en el caso del instituto de una ciudad suele ser más frecuente el cambio en los círculos de amigos y el establecimiento de nuevas relaciones sociales. Esta situación, cuando sucede en etapas de vulnerabilidad como es la adolescencia, lleva a una necesidad de la propia persona de sentirse integrada, intentando alcanzar para ello los objetivos impuestos por la sociedad, entre los que se encuentra el “cuerpo ideal”, solo con el fin de ser aceptada. Es en esa situación de vulnerabilidad y necesidad de integración cuando los jóvenes, y especialmente las mujeres, pueden desarrollar una obsesión por el peso e imagen corporal que, con el tiempo, derive en un trastorno de la conducta alimentaria (4, 8). Dicho lo cual, este hecho puede ser otro aspecto a tener en cuenta en la interpretación sobre la mayor prevalencia en el riesgo a desarrollar TCA en el IES Zizur BHI.

Finalmente, hacer mención a que actualmente en nuestra sociedad la salud mental continúa siendo un tema delicado para la sociedad, con escasa visibilidad y, en ocasiones, difícil aceptación por parte de los grupos sociales. Es por ello por lo que hay que trabajar en la integración de dichas patologías como otro campo más que requiere de ayuda profesional, y evitar estigmatizaciones o asociaciones negativas al respecto.

Reiterando lo ya mencionado, trabajar en la aceptación de dichas patologías resulta importante tanto para el propio conocimiento por parte de la sociedad, como para las

personas que las padecen, ya que son muchas las ocasiones en las que ocultan su situación durante un largo periodo de tiempo por miedo al rechazo de sus grupos sociales. Esto impide que busquen ayuda profesional a tiempo y, por tanto, el proceso de recuperación sea más complicado.

En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, como ya se ha mencionado anteriormente, estos son un problema de salud mental con una elevada morbi - mortalidad asociada, y una complicada detección precoz debido al elevado número de personas que ocultan los signos y síntomas. De ahí la necesidad de dar una mayor visibilidad a este tipo de alteraciones.

Así pues, la prevención primaria resulta una herramienta fundamental para reducir el riesgo de desarrollar dichos trastornos alimenticios. Es necesario destacar, además, la importancia del papel de enfermería en dicha prevención a través de la educación en salud desde edades tempranas. Este aspecto, junto al acompañamiento de los más jóvenes en su adolescencia, y el fomento del respeto, autoestima y seguridad, resultan imprescindibles para disminuir el riesgo de sufrir TCA.

6. CONCLUSIONES

1. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud mental que ha ido en aumento en los últimos años, apareciendo con mayor frecuencia entre los jóvenes de países desarrollados.
2. Según los resultados obtenidos a través de la encuesta del EAT-26 en dos centros educativos, el 11,53% de los encuestados se encuentra en riesgo de desarrollar alteraciones de la conducta alimentaria.
3. La prevalencia del riesgo de aparición de TCA es mayor en el IES Zizur BHI (14,92%), que en el IES Sierra de Leyre (9,56%).
4. El 14,56% de las mujeres encuestadas están en riesgo de desarrollar TCA frente al 7,59% de los hombres. Diremos por tanto que la prevalencia del riesgo de aparecer alteraciones de la conducta alimentaria es mayor en el sexo femenino.
5. Entre el 30,1 y el 46,6% de las mujeres que han participado presentan, según las respuestas del EAT-26, insatisfacción con su peso e imagen corporal, lo cual es un importante factor de riesgo en la aparición de TCA.
6. La prevalencia del riesgo de desarrollar alteraciones de la conducta alimentaria es mayor en el grupo de participantes con un IMC bajo, siendo esta del 25%. Es decir, un cuarto de los alumnos con peso bajo está en riesgo de desarrollar TCA.
7. El grupo etario de los 15 años es el que presenta una mayor prevalencia en el riesgo de sufrir alteraciones de la conducta alimenticia. Sin embargo, estos datos no son concluyentes debido a la escasez de la muestra de ese grupo de edad (17 alumnos).
8. La prevalencia del riesgo de desarrollar TCA es mayor en el grupo de alumnos que reside en zonas urbanas (localidades de más de 10.000 habitantes), siendo esta de un 16,22%.
9. Resulta necesario visibilizar dichas patologías y trabajar la prevención primaria para reducir el riesgo de aparición de trastornos alimenticios, siendo el papel de la enfermería muy importante en aspectos como la educación en salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Aparicio Martínez P, Perea Moreno AJ, Martínez Jimenez MP, Redel Macías MD, Pagliari C, Vaquero Abellan M. Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 29 de octubre de 2019; 16(21): 4177. DOI: 10.3390/ijerph16214177
2. Moreno Redondo FJ, Benítez Brito N, Pinto Robayna B, Ramallo Fariña Y, Díaz Flores C. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Rev Esp Nutr Hum Diet* [Internet]. 15 de julio de 2019; 23(Supl.1): 130-1. Disponible en: <https://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/891>
3. Gómez Candela C, Palma Milla S, Miján de la Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2018; 35(spe1): 11-48. DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1561>
4. Muñoz Calvo MT, Argente J. Trastornos del comportamiento alimentario. *Protoc diagn ter pediatr* [Internet]. 2019; 1: 295-306.
5. Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. Octubre de 2020; 91(5): 784-793. DOI: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>.
6. Berny Hernández MC, Rodríguez López D, Cisneros Herrera J, Guzmán Díaz G. Trastornos de la Conducta Alimentaria. *ESAT* [Internet]. 5 de julio de 2020; 7(14): 15-1. DOI: <https://doi.org/10.29057/esat.v7i14.6036>.
7. Sociedad española de médicos generales y de familia. Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre los adolescentes. *SEMG* [Internet]. 30 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>
8. Uchôa FNM, Uchôa NM, Daniele TMDC, Lustosa RP, Garrido ND, Deana NF, Aranha ÁCM, Alves N. Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 29 de abril de 2019; 16(9): 1508. DOI: 10.3390/ijerph16091508.

9. Hernández Rodríguez J, Ledón Llanes L. Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. Agosto de 2018; 29(2): 1-15. Disponible en:
<http://www.revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/115/97>
10. Paredes Benites J. K. Asociación entre riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y ansiedad en estudiantes de medicina durante aislamiento social. *Universidad Privada Antenor Orrego* [Internet]. 2020. Disponible en:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6901>
11. Arpa García S. Estudio descriptivo de varones con trastornos de la conducta alimentaria ingresados en una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría a lo largo de 10 años. *Universidad de Valladolid* [Internet]. 2018. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30281>
12. Negrete Castellano MA, Olvera Morales MA, Ibarra Franquez SN. Detección de factores de riesgo de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes escolarizados en el Estado de Nayarit, Mexico. *Convención Internacional de Salud* [Internet]. 2018. Disponible en:
<http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewFile/1172/499>
13. Grzelak T, Dutkiewicz A, Paszynska E, Dmitrzak-Weglarz M, Slopian A, Tyszkiewicz-Nwafor M. Neurobiochemical and psychological factors influencing the eating behaviors and attitudes in anorexia nervosa. *J Physiol Biochem* [Internet]. 6 de diciembre de 2016; 73(2): 297-305. DOI: 10.1007/s13105-016-0540-2.
14. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. Abril de 2017; 47(4): 85-94. DOI: 10.1016/j.cppeds.2017.02.004. PMID: 28532966.

8. ANEXOS

8.1. Consentimiento informado y cuestionario compartido con los alumnos

Consentimiento informado

La “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales” establece la necesidad de un consentimiento informado para la participación de toda persona en una investigación. Será indispensable para ello contar con información completa y precisa acerca del proyecto, y presentar entonces el correspondiente consentimiento para el estudio. Si los sujetos son mayores de 14 años, podrán aceptar participar en el estudio ellos mismos.

Si lo desea, puede consultar más información sobre dicha legislación en el siguiente enlace: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>

Información sobre el estudio

Se trata de un Trabajo de Fin de Grado de enfermería de la UPNA sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes. Concretamente, se trata de un estudio transversal llevado a cabo en dos institutos de distintas localidades navarras cuyo objetivo es conocer el número de alumnos en riesgo de desarrollar TCA, y determinar la existencia o no de diferencias en función del lugar de residencia, sexo, edad e IMC del estudiante. Para ello, será necesario responder a una serie de cuestiones que aparecen a continuación. Se trata de 33 preguntas, 26 de ellas correspondientes al cuestionario EAT-26 (Test de actitudes alimentarias), y las 7 restantes de información complementaria.

Este estudio requiere la recopilación de datos de carácter personal, por lo tanto, es necesario que el sujeto de su consentimiento antes de la realización de la encuesta (seleccionando la opción "sí" en la parte inferior de la página). Destacar que esta es totalmente anónima, y los datos obtenidos irán destinados únicamente a la realización del Trabajo Fin de Grado, garantizando por tanto la confidencialidad de los mismos.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y se solicita responder con la mayor sinceridad posible a todas las cuestiones.

Para mayor información contactar con Irene Casaus al siguiente correo:
ircal14@gmail.com

Muchas gracias por su participación.

He leído toda la información y acepto que las respuestas y datos personales sean utilizados para los fines que se describen anteriormente. SÍ NO

Cuestionario

EAT-26	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a						
2. Procuo no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupu mucho por la comida						
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de par 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. Procuo 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						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS

1. Sexo

2. Edad

3. Peso (kg)

4. Altura (m)

5. Lugar de residencia

6. Centro educativo donde estudia

7. Curso académico en el que se encuentra
