



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes;
claves para su detección precoz.

Eating Disorders in adolescents; keys for early detection.

Autor

Inés Galve Franco

Director

Antonio Martínez Oviedo

Escuela Universitaria de Enfermería, Teruel

Curso académico

2022-23

ÍNDICE

| | |
|-----------------|-----------------------|
| 1. Resumen | <i>Pág. 3</i> |
| 2. Introducción | <i>Pág. 5</i> |
| 3. Objetivos | <i>Pág. 6</i> |
| 4. Metodología | <i>Pág. 7</i> |
| 5. Resultados | <i>Pág. 10</i> |
| 6. Discusión | <i>Pág. 12</i> |
| 7. Conclusiones | <i>Pág. 13</i> |
| 8. Bibliografía | <i>Pág. 14</i> |
| 9. Gráficas | <i>Pág. 18</i> |
| 10. Anexos | <i>Pág. 19</i> |

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de patologías psíquicas caracterizadas por un desorden en la ingesta y una obsesión por la imagen corporal; donde la adolescencia es un periodo crítico para su desarrollo. Además, son enfermedades tiempo-dependientes, en las que una detección y manejo precoz son factores de buen pronóstico. Se estima que la prevalencia en España de los TCA se encuentra en torno al 1-4%.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de adolescentes de entre 15 y 16 años en riesgo de desarrollar un TCA, e identificar posibles factores de riesgo.

METODOLOGÍA: Se trata de un estudio transversal, descriptivo-analítico; realizado en una muestra de adolescentes de 15 y 16 años escolarizados en 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria del Instituto Santa Emerenciana, Teruel. Los datos se obtuvieron en febrero de 2023, tras la realización de la versión reducida del cuestionario *Eating Attitudes Test (EAT) de Garner y Garfinkel*, el EAT-26. Mediante la puntuación obtenida en este test se calculó el riesgo de desarrollo de TCA. Para el análisis estadístico se emplearon las pruebas de Chi Cuadrado y T Student.

RESULTADOS: En total se evaluó a 73 alumnos, la mediana de edad fue de 15 años. En cuanto al sexo, un 42'4% de los sujetos eran mujeres. El riesgo de desarrollo de TCA fue de un 8'2%. Las variables sexo ($p = 0'004$) y ser hijo único ($p = 0'030$) mostraron asociación estadísticamente significativa con la variable riesgo de desarrollo.

CONCLUSIONES: El riesgo de desarrollo de TCA en nuestro trabajo fue elevado, pero se necesitan más estudios para aclarar la existencia de otros posibles factores de riesgo. Creemos necesario la implantación de nuevas herramientas de screening en Atención Primaria, encaminadas a la detección precoz de este tipo de trastornos mentales en adolescentes, para intentar evitar su desarrollo y mejorar el pronóstico.

PALABRAS CLAVE: Herramienta de cribado, trastornos de la conducta alimentaria, detección precoz, adolescentes.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Eating disorders (ED) are a group of psychic pathologies characterized by a disordered intake and an obsession with body image; where adolescence is a critical period for their development. Moreover, they are time-dependent diseases, in which early detection and management are good prognostic factors. It is estimated that the prevalence of ED in Spain is around 1-4%.

OBJECTIVES: To determine the prevalence of adolescents between 15 and 16 years of age at risk of developing an ED, and to identify possible risk factors.

METHODOLOGY: This is a cross-sectional, descriptive-analytical study; carried out in a sample of 15- and 16-year-old adolescents in the 4th year of Compulsory Secondary Education at the Santa Emerenciana Institute, Teruel. The data were obtained in February 2023, after completing the reduced version of the Eating Attitudes Test (EAT) of Garner and Garfinkel, the EAT-26. The score obtained in this test was used to calculate the risk of developing EAT. Chi-square and Student's t-tests were used for statistical analysis.

RESULTS: A total of 73 students were evaluated, the median age was 15 years. Regarding sex, 42.4% of the subjects were female. The risk of developing ACT was 8.2%. The variables sex ($p = 0'004$) and being an only child ($p = 0'030$) showed statistically significant association with the development risk variable.

CONCLUSIONS: The risk of developing ACT in our work was high, but further studies are needed to clarify the existence of other possible risk factors. We believe it is necessary to implement new screening tools in Primary Care, aimed at the early detection of this type of mental disorders in adolescents, to try to prevent their development and improve the prognosis.

KEY WORDS: Screening tool, eating disorders, early detection, teenagers.

2. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de patologías psíquicas caracterizadas por un desorden en la ingesta y una obsesión por la imagen corporal, dando lugar a problemas tanto físicos como a alteraciones del funcionamiento psicosocial, lo cual genera, a su vez, un considerable deterioro de la calidad de vida de quien los padece, pudiendo causar incluso la muerte (1).

En cuanto a las formas de presentación clínica, se describen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que es el más ampliamente usado y cuya última clasificación se publicó en 2013 con la denominación de DSM-5 (2). En la clasificación DSM-5, los TCA mejor caracterizados son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA), considerados como los tres TCA típicos (3).

Se estima que la prevalencia en España de los TCA se encuentra en torno al 1-4%; la anorexia nerviosa (AN) presenta una prevalencia del 0'11 al 0'14%; del 0'41 al 2'9% la bulimia nerviosa (BN) y del 2'76 al 5'3% los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) (4-6).

La literatura científica indica que existen dos momentos propicios, o de mayor vulnerabilidad, para el desarrollo de TCA: uno entre los 15-16 y otro alrededor de los 18-19 años (7).

La adolescencia es un periodo crítico para el desarrollo de comportamientos, actitudes y creencias relacionadas con estas alteraciones, tales como la sobrevaloración y preocupación excesiva por la imagen corporal, insatisfacción con el volumen y peso del cuerpo y comportamientos dirigidos a reducir el peso, bien realizando dietas restrictivas y/o ejercicio físico intenso (8).

Por otra parte, se trata de enfermedades tiempo-dependientes, en las que una detección y manejo precoz son factores de buen pronóstico (9). Los centros de salud, en este sentido, juegan un papel fundamental, al ser la puerta de entrada de la mayor parte de los casos de TCA. Sin embargo, a pesar de la importancia de realizar una detección precoz de casos con un TCA, actualmente no se efectúan tantas intervenciones como se deberían (6, 10).

Según diversos autores existen diversas variables que potencian un diagnóstico tardío, conllevando a cuadros clínicos de gravedad y a un aumento de prevalencia con los años, pues son patologías que fácilmente pasan desapercibidas (11, 12).

La mayoría de los adolescentes no presentan conciencia de la enfermedad o tienden a ocultarla, no soliendo pedir ayuda (13, 14, 15). A esto se añade, el escaso conocimiento, por parte de los profesionales de AP, sobre la sintomatología asociada y las medidas de actuación ante una sospecha de TCA, favoreciendo una situación de infra diagnóstico y un peor pronóstico para los usuarios (14, 16).

HIPÓTESIS

El riesgo de desarrollar un TCA en la adolescencia es alto.

Si se realizara una adecuada detección precoz mediante el uso de determinadas herramientas de evaluación, se podría lograr una reducción en la incidencia de desarrollo de TCA sobre la población adolescente.

3. OBJETIVOS

1. Conocer la prevalencia de adolescentes de entre 15 y 16 años en riesgo de desarrollar un TCA.
2. Identificar posibles factores de riesgo o vulnerabilidad para el desarrollo de TCA.

4. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se realiza un estudio transversal, descriptivo-analítico.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de este estudio fueron alumnos de 15 o 16 años matriculados en 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria del Instituto Santa Emerenciana, el cual fue seleccionado de forma aleatoria entre los diversos centros educativos existentes en Teruel ciudad.

Para poder ser seleccionados debían cumplir una serie de criterios.

Criterios de inclusión:

1. Formar parte del IES Santa Emerenciana.
2. Ser alumno/a de 4º curso de educación secundaria.
3. Edad de 15 o 16 años.
4. Autorización de madre, padre o tutor/a legal del menor para participar.

Criterios de exclusión:

Sujetos sin autorización.

RECOGIDA DE DATOS

Antes de iniciar la investigación, se contactó en febrero de 2023 con Jefatura de estudios del Instituto de Educación Secundaria Obligatoria Santa Emerenciana, Teruel, para presentar el proyecto y obtener la colaboración del centro. Posteriormente, en marzo de 2023, se evaluó a los sujetos de manera presencial empleando el cuestionario validado *Eating Attitudes Test (EAT) de Garner y Garfinkel*, cuya versión original de 40 ítems fue reducida a 26 (EAT-26), conservando adecuadas propiedades de confiabilidad y validez para la detección de TCA (17, 18); además se recogieron algunas variables sociodemográficas y datos familiares. También se obtuvo información sobre el índice de masa corporal (IMC) mediante la recogida de datos sobre altura (cm) y peso (kg). **(Anexo I)**

El EAT-26 modificado y abreviado es un instrumento multidimensional, con excelentes valores de sensibilidad (88'9%), y con adecuado valor de especificidad (97'7%). Por lo que es apropiado para cribado de posibles TCA en población de riesgo, y sería de utilidad en Atención Primaria para la detección temprana en población adolescente (18). Al ser un cuestionario de cribado auto cumplimentado, permite conocer una muestra representativa de la población adolescente con riesgo (19).

Esta versión tiene 3 subescalas: **a) dieta**: 13 ítems sobre conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones por delgadez; **b) bulimia y preocupación por la comida**: 6 ítems sobre conductas bulímicas y pensamientos acerca de comida, y **c) control oral**: 7 ítems sobre autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso (20).

Para su evaluación se utilizó una escala tipo Likert de seis puntos: 1 = Nunca, 2= Casi nunca, 3= Algunas veces, 4= Bastantes veces, 5= Casi siempre, 6= Siempre. La puntuación total es la sumatoria de los valores de los ítems, teniendo como precaución que la pregunta 25 se puntúa a la inversa: a menor puntuación hay mayor riesgo. Se considera que existe riesgo de desarrollo si la puntuación total del test ≥ 20 puntos en población española (20).

Las variables recogidas en este estudio se describen en el **anexo II**.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cuantitativas analizadas se expresaron como media y desviación estándar cuando se cumplían las condiciones de normalidad (medidas por la asimetría y curtosis), mientras que cuando no se cumplían se empleó la mediana y el rango intercuartil. Respecto a las cualitativas, se definieron con frecuencias y porcentajes.

Para la comparación de variables cualitativas se empleó la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson; cuando las condiciones de normalidad no se cumplían se seleccionó el valor de p correspondiente al Test de Fisher, al tratarse de tablas de contingencia de dos por dos.

Para la comparación de una variable cuantitativa con una cualitativa de 2 categorías se empleó la prueba de T Student.

En todos los casos se refleja el p-valor (p), considerando su nivel de significación estadístico como $p < 0,05$. Al tratarse de un estudio transversal, se estimó la magnitud de asociaciones mediante la Razón de Prevalencias (RP).

El análisis de los datos se realizó con el programa IBM SPSS Statics.

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron las bases MEDLINE, EMBASE y PUBMED; utilizando las siguientes palabras clave: herramienta de cribado, trastornos de la conducta alimentaria, detección precoz y adolescencia.

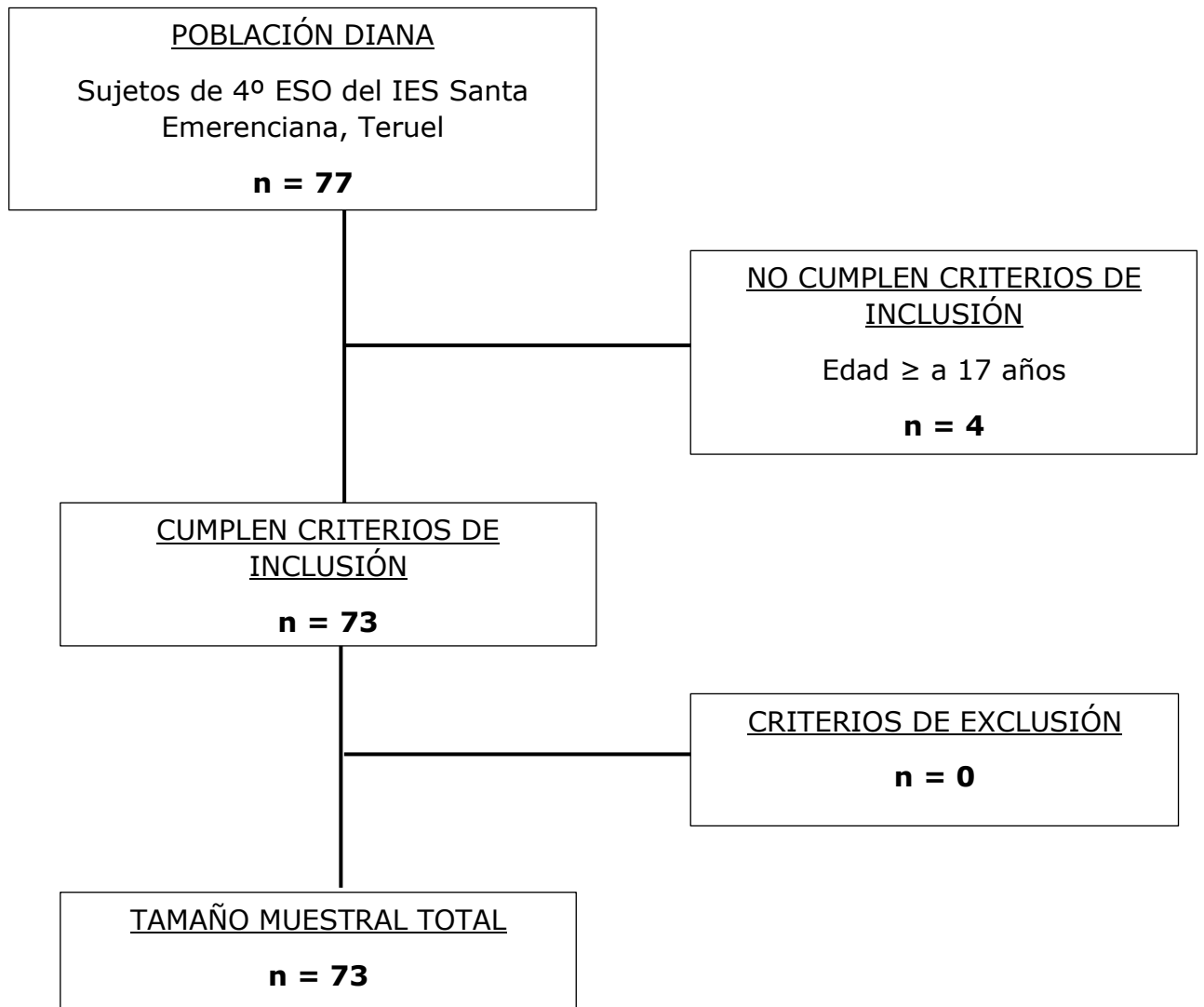
ASPECTOS ÉTICOS

En este proyecto se decidió evaluar a los sujetos de manera anónima; ya que el conocimiento de los datos personales podría condicionar las respuestas de los mismos. Por otro lado, cabe mencionar que al tratar con una gran mayoría de sujetos menores de edad se decidió entregar un consentimiento informado al alumnado de manera previa al estudio. El cual debía ser firmado por parte de la madre, el padre o el tutor legal del alumno en caso de oposición a la realización de este test.

(Anexo III)

5. RESULTADOS

Diagrama de flujo del proceso de selección de la población de estudio. Todos los sujetos aceptaron participar en el estudio, pero se excluyeron 4 por tener una edad superior a 16 años; evaluándose un total de 73 alumnos.



La mediana de edad de este estudio fue de 15 años, pues un 56'2% de los participantes tenían 15 años y un 43'8% 16 años. En cuanto al sexo, un 42'4% de los sujetos eran mujeres.

Respecto a la nacionalidad, un 83'6% eran españoles y el resto de alumnos eran extranjeros; 2 eran de nacionalidad francesa, 2 rumana, 2 colombiana, 1 portuguesa, 1 marroquí, 1 paquistaní y 1 brunéi.

Además, un 13'7% de los alumnos eran hijos únicos; un 17'8% sus padres estaban separados y un 9'6% sabían de un TCA diagnosticado en su familia.

En relación a la variable IMC, un 69'9% estaba en un grado de normopeso. Del 30'1% restante, 5 se encontraban en grado de sobrepeso y 17 en grado de infrapeso. **(Gráfica 1)**

El riesgo de desarrollo de TCA fue de un 8'2%, es decir, 6 alumnos de los 73 encuestados tenían riesgo de desarrollo alto. Pues presentaron una puntuación total >20 puntos en el EAT-26. **(Gráfica 2)**

De los que presentaban este riesgo, un 100% de los casos eran mujeres. Por ello, se pudieron encontrar diferencias significativas entre la variable riesgo de desarrollo de TCA y el sexo ($p = 0'004$). El ser hombre resultó ser un factor protector para el riesgo de desarrollo.

La variable ser Hijo/a Único/a también presentó diferencias significativas ($p = 0'030$) en el riesgo de desarrollo de TCA. Los alumnos que eran hijos únicos tenían 8.571 veces más riesgo de desarrollo de TCA que aquellos que tenían hermanos ($OR = 8'571$, $IC95\% [1'443 - 50'904]$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el resto de las variables de estudio con el riesgo de desarrollo de TCA, como se puede observar en las tablas del **anexo IV**.

6. DISCUSIÓN

Hasta la fecha los estudios españoles determinan que el riesgo de desarrollo de TCA en adolescentes varía desde el 4'46% hasta el 29'16% (21, 22); cifras similares a la obtenida en nuestro estudio. Esta amplitud se debe a la variabilidad en la forma de detección, los instrumentos utilizados y la heterogeneidad de la muestra (23). Por lo que las pequeñas diferencias encontradas en la prevalencia de riesgo de desarrollo de TCA de cada uno de los test varía, posiblemente debido a las diferentes propiedades psicométricas de cada uno de ellos (23).

En lo que refiere al sexo, las proporciones encontradas en nuestro estudio respecto a las cifras correspondientes al riesgo de desarrollo en mujeres son mínimamente inferiores a las encontradas por Ballester Ferrando et al. con un 9'5% (24); o el 11,1% de Pérez-Gaspar et al encontrado en las adolescentes navarras (25).

Sin embargo, el porcentaje de hombres de este estudio con riesgo a desarrollar un TCA es de 0%. Esta gran diferencia entre ambas cifras puede ser explicada por el test empleado, ya que el EAT-26 se centra en la detección precoz de trastornos como anorexia o bulimia; sin embargo, en varones jóvenes es más frecuente la aparición de otro tipo de trastornos como la vigorexia, reconocida como un trastorno mental de dismorfia muscular en el manual DSM-V; con una oscilación en las cifras de prevalencia de entre el 2% y el 56%. En la mayoría de los estudios revisados la muestra elegida son varones, ya que cuando se descubrió este síndrome la mayor parte de la población vigorexica eran hombres jóvenes usuales de gimnasios (26).

Respecto al resto de posibles factores de riesgo estudiados, existe escaso número de artículos que muestren datos específicos sobre su relación con el riesgo de desarrollo de algún tipo de TCA.

Como limitación de nuestro estudio, creo necesario mencionar que pueden existir factores específicos personales o variables importantes a nivel psicológico, que no hemos incluido en el screening para no alargar el cuestionario y perder así participantes.

Creemos que el hecho de no encontrar sujetos con infrapeso en los adolescentes con riesgo de desarrollar un TCA, nos puede indicar que estamos en una fase muy precoz del trastorno o todavía no se ha desarrollado. Si esto es así, el abordar el tema precozmente de forma específica, tendría mucho mejor pronóstico y podría evitar el desarrollo de un TCA posterior en muchos casos. Sin embargo, existen otros trastornos alimentarios como la Bulimia o el trastorno por atracón que no se asocian habitualmente a infrapeso.

Tras los resultados de nuestro trabajo, creemos que sería pertinente realizar una detección precoz de todos los adolescentes en riesgo de desarrollo, en sus primeras consultas con su médico de cabecera; tras finalizar su paso por pediatría (14 años de edad), mediante herramientas de screening similares a la descrita, sin olvidar incluir algún test validado para la vigorexia en varones, así, se podría lograr una reducción en la incidencia de desarrollo de TCA sobre la población adolescente.

7. CONCLUSIONES

La prevalencia del riesgo de desarrollo de TCA en jóvenes adolescentes turolenses es alta. El sexo femenino y ser hijo único, son factores de riesgo independientes para desarrollar un TCA.

Se necesitan más estudios para aclarar la existencia de otros posibles factores de riesgo, además de los descritos en nuestro trabajo, para el desarrollo de TCA. Sin embargo, creemos necesario la implantación de nuevas herramientas de evaluación o screening en Atención Primaria, encaminadas a la detección precoz del riesgo de este tipo de trastornos mentales en adolescentes, para intentar evitar su desarrollo y mejorar el pronóstico.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1) 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.
- 2) DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018,
- 3) Val VA, Cano MJS, Ruiz JPN, Canals J, Rodríguez-Martín A. Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. Nutr Hosp. 2022;39(Ext2):8-15.
- 4) Rodríguez Cano T, Beato Fernández L, Belmonte Llarío A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. Eur Psychiatry. 2005;20:173-8.
- 5) 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. 2019;23 Supl. 1:130-1.
- 6) Peláez Fernández MA, Raich Escursell RM, Labrador Encina sFJ. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. Rev Mex Trastor Aliment. 2010;1:62-75.
- 7) Vellisca González MY, Orejudo Hernández S, Latorre Marín JI. Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs. Tardío. Clin Salud. 2012;23(2):111-21.

- 8) García-Camba E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona: Masson, 2001.
- 9) National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. Leicester, UK: British Psychological Society, UK; 2004.
- 10) Garrido Miguel M, Torres Costoso A, Martínez Andrés M, Notario Pacheco B, Díez Fernández A, Álvarez Bueno C, et al. The risk of Eating disorders and bone health in young adults: the mediating role of body composition and fitness. *Eat WeightDisord*. 2019; 24: 1145-54.
- 11) Gil E, Ortiz-Gómez T, Fernández ML. Atención al adolescente y detección de las alteraciones del comportamiento alimentario: tenemos que dar un paso al frente. *Aten Primaria*. 2007;39(1):7-13. doi: 10.1157/13098272.
- 12) Casado Morales MI, Helguera Fuentes M. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. [Internet]. 2008; 19(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113052742008000100001
- 13) Gómez del Barrio JA, Gaité Pindado L, Gómez E et al. Guía de Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Cantabria: Consejería de sanidad y servicios sociales, Gobierno de Cantabria; 2012. Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alim>

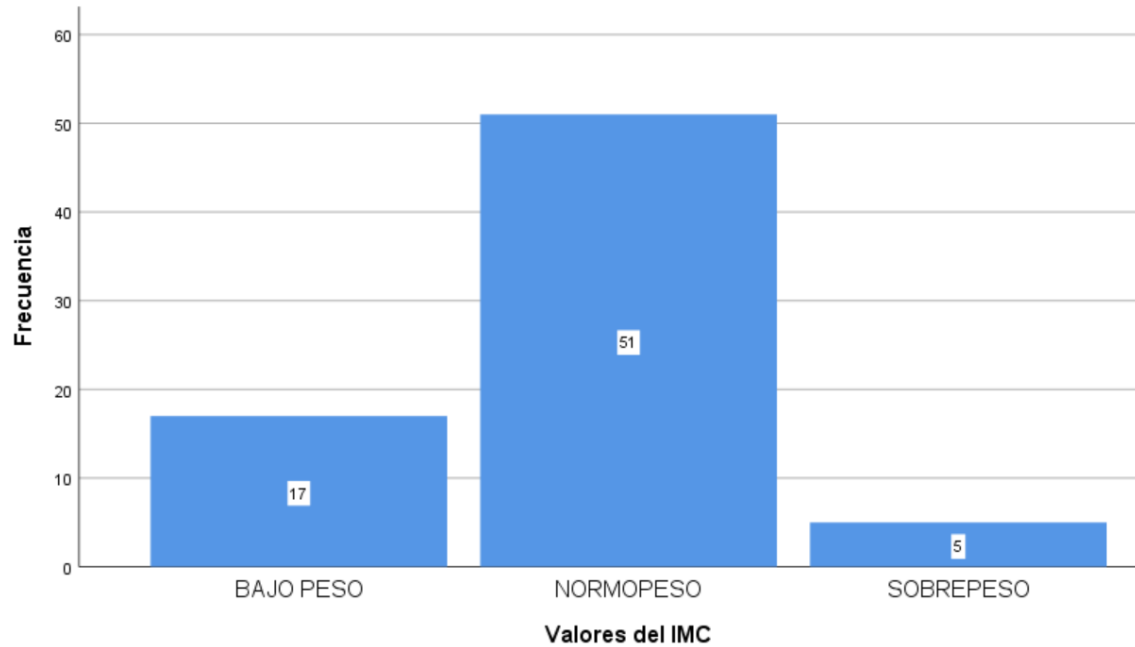
- 14) Garcia-Campayo J, Cebolla A, Baños RM. Trastornos de conducta alimentaria y atención primaria: el desafío de las nuevas tecnologías. *Aten Primaria*. 2014;46(5):229-230. doi: 10.1016/j.aprim.2013.12.011.
- 15) Viñalsá RJ, Ramírez R, Melgar AB et al. Detección precoz, en atención primaria, de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. *Aten Primaria*. 2007;39(6). doi: 10.1157/13106294.
- 16) Montón C, García J, Buitrago F et al. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria. [Internet]: Grupo de Salud Mental del PAPPS; 2016. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wpcontent/uploads/2016/07/trastornos-conducta.pdf>
- 17) Pike KM, Roberto C, Wolk SL, Gluck M, Walsh BT. Eating disorders measures. En: Rush AJ, First MB, Blacker D, editores. *Handbook of Psychiatric Measures*. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2008. p. 621-47.
- 18) Garfinkel P, Newman A. The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eat Weight Disord*. 2001; 6:1-24.
- 19) Ruiz-Lázaro PM, Comet P. Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115(7):278.
- 20) Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez MDLÁ, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria*. 2014;46(6):283-9.
- 21) Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. The Eating Attitudes Test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *Span J Psychol*. 2010; 13:1044-56.

- 22) Garrido-Miguel M, Torres-Costoso A, Martínez-Andrés M, Notario-Pacheco B, Díez-Fernández A, Álvarez-Bueno C, et al. The risk of Eating disorders and bone health in young adults: the mediating role of body composition and fitness. *Eat Weight Disord.* 2019; 24:1145-54.
- 23) Ruiz-Lázaro PM. Detección de actitudes alimentarias de riesgo entre los profesionales que trabajan con niños y adolescentes. *Rev Psicopatol Salud Ment.* 2003; 1:37-42.
- 24) Pérez Martín PS, Martínez JA, Valecillos AJ, Gainza García L, Galán Berasaluce M, Checa Díaz P. Early detection and prevalence of risk of eating disorders in Primary Care in Guadalajara city. *Semergen.* 1 de mayo de 2021;47(4):230-9.
- 25) Ballester Ferrando D, de Gracia Blanco M, Patiño Masó J, Suñol Gurnés C, Ferrer Avellí M. Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30(4):207-12.
- 26) Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin.* 2000;114(13): 481-6.

9. GRÁFICAS

(Gráfica 1)

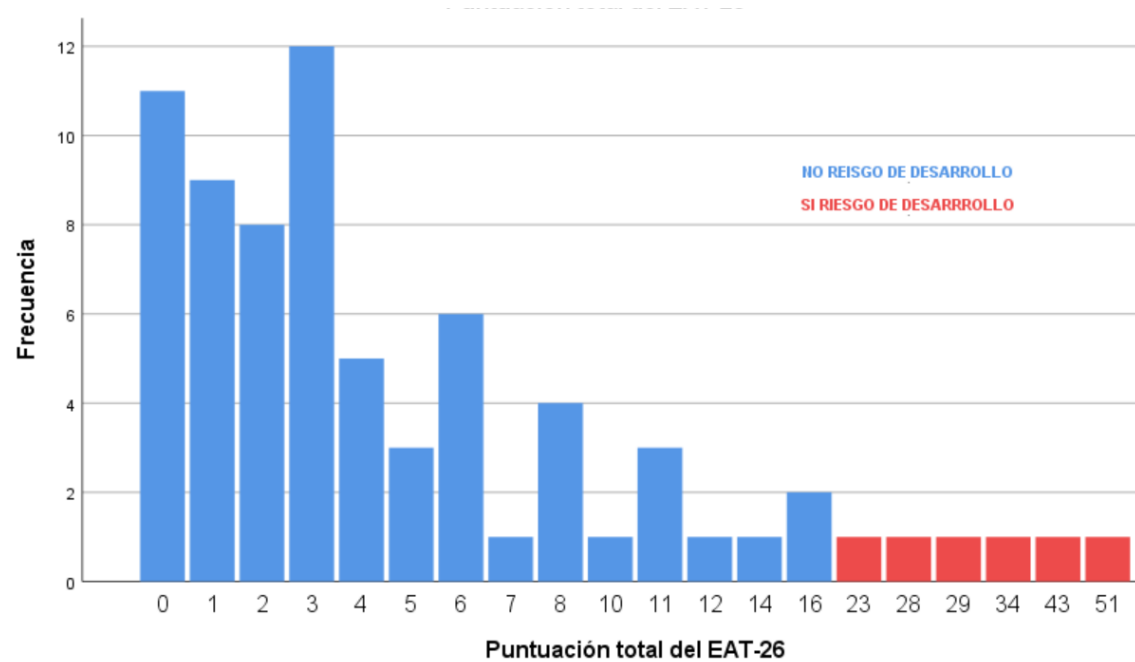
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LOS VALORES DEL IMC:



[Fuente de elaboración propia]

(Gráfica 2)

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EAT-26:



[Fuente de elaboración propia]

10. ANEXOS

(Anexo I)

EAT-26

EATING ATTITUDE TEST (TEST DE ACTITUDES
ALIMENTARIAS) VERSIÓN REDUCIDA

TEST ANÓNIMO, solo se pretende obtener unas cifras numéricas sobre la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población.

- Variables sociodemográficas

EDAD: _____ años

SEXO: MASCULINO / FEMENINO

NACIONALIDAD: _____

- Datos Familiares

¿Es hijo/a único/a? SI / NO

¿Tus padres están separados o divorciados? SI / NO

¿Sabes de alguien de tu familia que haya padecido algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria? SI / NO

- Datos antropométricos

PESO: _____ Kg

ALTURA: _____ cm

Marque con una (X) el espacio que corresponde a la afirmación que se ajusta más a su forma de ser.

| | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Bastantes veces | Casi siempre | Siempre |
|---|-------|------------|---------------|-----------------|--------------|---------|
| 1. Me gusta comer con otras personas | | | | | | |
| 2. Procuro 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. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas | | | | | | |

(Anexo II) [Fuente de elaboración propia]

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

| NOMBRE | TIPO | VALORES |
|---|--------------------------------|------------------------------|
| <u>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</u> | | |
| EDAD | Cuantitativa escala | Edad en años |
| SEXO | Cualitativa ordinal dicotómica | 1. Masculino 2. Femenino |
| NACIONALIDAD | Cualitativa ordinal dicotómica | 1. Española 2. Extranjera |
| <u>DATOS FAMILIARES</u> | | |
| HIJO/HIJA ÚNICO | Cualitativa ordinal dicotómica | 1. SI 0. NO |
| PADRES SEPARADOS | Cualitativa ordinal dicotómica | 1. SI 0. NO |
| TCA FAMILIAR | Cualitativa ordinal dicotómica | 1. SI 0. NO |
| <u>DATOS ANTOPOMÉTRICOS</u> | | |
| PESO | Cuantitativa escala | Peso en kilogramos |
| ALTURA | Cuantitativa escala | Altura en metros |

1. Tabla Variables principales. [Fuente de elaboración propia]

| NOMBRE | TIPO | VALORES |
|---|--------------------------------|--|
| <u>OTRAS VARIABLES</u> | | |
| *IMC | Cuantitativa escala | Índice de Masa Corporal |
| * Variable calculada a partir de la ecuación de las variables ALTURA Y PESO. | | |
| $IMC = \frac{\text{peso}}{(\text{altura})^2}$ | | |
| *VALOR IMC | Cualitativa ordinal politómica | 1. Bajo Peso 2. Normo Peso 3. Sobrepeso 4. Obesidad |
| * Variable calculada a partir de la variable Índice de Masa Corporal. | | |
| IMC < 18'5 => Bajo Peso | | |
| IMC (18'5 – 24'9) => Normo Peso | | |
| IMC (25 – 29'9) => Sobrepeso | | |
| IMC ≥ 30 => Obesidad | | |
| PUNTOS ENCUESTA | Cuantitativa escala | Puntos totales en el EAT-26 |
| *RIESGO DE DESARROLLO | Cualitativa ordinal dicotómica | 1. Sin Riesgo 2. Con Riesgo |
| * Variable calculada a partir de la variable PUNTOS en la ENCUESTA. | | |
| El punto de corte es de 20 puntos o más obtenidos en el test de los trastornos de la Conducta Alimentaria (EAT-26). | | |

Tabla 2. Variables de control. [Fuente de elaboración propia]

(Anexo III) [Fuente de elaboración propia]

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Desde la Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel en colaboración con la Universidad de Zaragoza se está realizando un estudio sobre la prevalencia de determinados factores de riesgo para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población adolescente.

Este estudio se realiza con el objetivo de valorar la implantación de una herramienta de cribado en Atención Primaria. De esta manera se conseguiría una detección precoz de este tipo de patologías, cada día más en auge, pudiendo realizar una prevención primaria y evitando así su desarrollo en todos aquellos jóvenes que muestren indicios de desarrollo de las mismas.

Por ello, se les va a pasar una encuesta validada a los alumnos de 4º de Educación Secundaria Obligatoria del I.E.S. Santa Emerenciana sobre este tema.

CONFIDENCIALIDAD: Se informa de que los datos recogidos en este trabajo son totalmente anónimos. Los datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un programa automatizado de datos de carácter anonimizado. En cualquier caso, nos ajustaremos a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), en vigor el 25 de mayo de 2018.

LA PARTICIPACIÓN DE SU HIJO/HIJA EN LA REALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO ES VOLUNTARIA, por lo que ustedes tienen el derecho a expresar su deseo de no participación. En caso de no devolver este documento firmado, se entenderá que sí consienten la participación de su hijo/a.

No consiento la participación de mi hijo/a _____ en este estudio.

Fdo.: _____ (madre, padre o tutor/a legal)

En _____ a ____ de _____ 2023

(Anexo IV) [Fuente de elaboración propia]

ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

** Variables cualitativas de SI o NO*

| VARIABLE | RIESGO DE DESARROLLO TCA | | valor -P |
|--------------------------------|--------------------------|----|--------------------|
| | SI | NO | |
| <u>HIJO ÚNICO</u> | | | (p = 0'030) |
| - SI hijo único | 3 | 7 | |
| - NO hijo único | 3 | 60 | |
| <u>TCA FAMILIAR</u> | | | (p = 0'466) |
| - SI TCA familiar | 1 | 6 | |
| - NO TCA familiar | 5 | 61 | |
| <u>PADRES SEPARADOS</u> | | | (p = 1'000) |
| - SI padres separados | 3 | 12 | |
| - NO padres separados | 5 | 55 | |

** Variables cualitativas dicotómicas*

| VARIABLE | RIESGO DE DESARROLLO TCA | | valor -P |
|----------------------------|--------------------------|----|--------------------|
| | SI | NO | |
| <u>SEXO</u> | | | (p = 0'004) |
| - Masculino | 0 | 42 | |
| - Femenino | 6 | 25 | |
| <u>NACIONALIDAD</u> | | | (p = 0'254) |
| - Española | 4 | 57 | |
| - Extranjera | 2 | 10 | |

[Fuente de elaboración propia]

** Variables cualitativas estratificadas*

| VARIABLE | RIESGO DE DESARROLLO TCA | | valor -P |
|-------------------------|--------------------------|----|--------------------|
| | SI | NO | |
| <u>VALOR IMC</u> | | | (p = 0'271) |
| - Infrapeso | 0 | 17 | |
| - Normopeso | 5 | 46 | |
| - Sobrepeso | 1 | 4 | |

[Fuente de elaboración propia]