



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**UVa**

**Curso 2019-2020**  
**Trabajo de Fin de Grado**

**Actitudes ante la alimentación en  
estudiantes mujeres de Grado de  
Enfermería en la Uva**

**Marieta Blagomirova Lozanova**

**Tutora: Rosa María Cárdaba García**

*Gracias a mi tutora Rosa Cárdena  
por haber sido mi guía y mi estímulo durante la  
redacción de este Trabajo de Fin de Grado*

## RESUMEN

**Introducción:** los trastornos de conducta alimenticia son considerados un problema de Salud Pública que se engloban en el grupo de enfermedades psicosomáticas graves.

**Objetivo:** analizar la influencia de factores personales en la posibilidad de presentar riesgo de desarrollar un trastorno de conducta alimenticia en estudiantes de Grado de Enfermería en la UVa.

**Metodología:** estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal, con metodología de encuesta y correlacional. Se emplea la escala validada EAT-26 que detecta riesgo de padecer trastornos de conducta alimenticia. Se describe la disposición de variables en la muestra y se realiza estudio de relaciones entre variables a través del test chi-cuadrado, coeficiente de correlación de Spearman, el test de Wilcoxon-Mann-Whitney y el test de Kruskal-Wallis.

**Resultados:** la prevalencia de TCA hallada fue del 14% (IC de 95% entre 8,7% y 19,3%). De acuerdo al IMC un 6,6% de las universitarias tienen un riesgo muy alto de padecer TCA. 21,5% afirman que no están satisfechas con su imagen corporal y un 5,8% no valora positivamente su estado de salud.

**Conclusiones:** los factores que se asocian con estar en riesgo de padecer un TCA son: contar con un IMC bajo, haber tenido un TCA previo, llevar a cabo dietas hipocalóricas, no gozar de buena salud y tener una percepción negativa de la imagen corporal. En base a ello, se observa la necesidad de promover estrategias preventivas de trastornos de conducta alimenticia en el ámbito universitario que sean liderados por Enfermería.

**Palabras claves:** trastorno de conducta alimenticia, anorexia, bulimia, salud de la mujer, enfermería.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** eating disorders are considered a Public Health problem that fall under the group of serious psychosomatic diseases.

**Objective:** to analyze the influence of personal factors in the possibility of presenting a risk of developing an eating behaviour disorder in students of Nursing Degree in the UVa.

**Methodology:** epidemiological, observational, descriptive, transversal study, with survey and correlation methodology. The validated EAT-26 scale is used to detect the risk of eating disorders. The arrangement of variables in the sample is described and a study of the relationships between variables is carried out using the chi-square test, the Spearman correlation coefficient, the Wilcoxon-Mann-Whitney test and the Kruskal-Wallis test.

**Results:** the prevalence of eating disorders ED found was 14% (95% CI between 8.7% and 19.3%). According to the BMI, 6.6% of university women have a very high risk of suffering from eating disorders ED. 21.5% state that they are not satisfied with their body image and 5.8% do not assess their health status positively.

**Conclusions:** the factors associated with being at risk of suffering an eating disorders ED are: having a low BMI, having had a previous ATD, having a low calorie diet, not being in good health and having a negative perception of body image. Based on the above mentioned it is obvious the need to promote preventive strategies of eating disorders in the university environment that are led by Nursing.

**Key words:** eating disorders, anorexia, bulimia, women's health, Nursing.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>1.INTRODUCCIÓN</b> .....	6
1.1.Antecedentes y estado actual del problema .....	6
1.2.Definición y tipos de trastornos de conducta alimentaria .....	7
1.2.1.Anorexia nerviosa.....	8
1.2.2.Bulimia nerviosa .....	9
1.2.3.Trastorno por atracón.....	10
1.3.Factores de riesgo .....	10
<b>2.JUSTIFICACIÓN</b> .....	12
<b>3. HIPOTESIS</b> .....	14
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
<b>5.MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	15
5.1. Tipo de estudio .....	15
5.2. Población y muestra .....	15
5.3. Método de muestreo .....	15
5.4. Captación de la muestra .....	15
5.5. Criterios de inclusión y exclusión .....	15
5.6. Variables de estudio .....	16
5.7. Trabajo de campo .....	16
5.8. Instrumento de medida .....	16
5.9. Técnicas de análisis y procesamiento de la información .....	17
5.10. Consideraciones éticas.....	18
<b>6.RESULTADOS</b> .....	20
6.1. Análisis descriptivo de las variables del estudio .....	20
6.2.Análisis inferencial entre variables socio demográficas y puntuación total de la escala EAT-26 .....	24
<b>7.DISCUCIÓN</b> .....	28
7.1.Aplicación a la práctica clínica .....	31
7.2.Limitaciones.....	31

7.3.Fortalezas del estudio.....	31
7.4.Futuras líneas de investigación .....	32
<b>8.CONCLUSIÓN .....</b>	<b>33</b>
<b>9.BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>34</b>
<b>10. ANEXOS .....</b>	<b>37</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Antecedentes y estado actual del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han adquirido en las últimas décadas una gran relevancia sociosanitaria debido al incremento de su incidencia y sus efectos negativos para la salud física, psíquica y social que generan a medio y largo plazo (1).

Los TCA se relacionan con trastornos graves en el comportamiento alimentario y el peso corporal (2), se asocian a severas complicaciones físicas, se caracterizan por la dificultad y tiempo prolongado de tratamiento, el riesgo de cronificación, recaídas, y son frecuentes en ellos las limitaciones sociales, la baja autoestima, depresión, intentos de suicidio. Más del 70% de las personas con TCA informan trastornos comórbidos como: trastornos de ansiedad (> 50%), trastornos del estado de ánimo (> 40%), las autolesiones (> 20%) y el uso de sustancias (> 10%) (3).

En Europa, Australia, Estados Unidos o Canadá, los estudios epidemiológicos relacionados con TCA aparecen a partir de los años 70, en España, las publicaciones relativas a la epidemiología de los TCA no se suceden hasta mediados de los años 90 (4).

Según estudios recientes la prevalencia de los TCA en América es de 4.6%, en Europa 2.2% y en Asia 3.5% (2).

Actualmente la prevalencia a nivel mundial para las formas diagnosticadas de TCA de por vida es de 8.4% para las mujeres y 2.2% para los hombres, la prevalencia de las formas subclínicas de 19,4% para las mujeres y del 13,8% para los hombres. Se observa un aumento de la prevalencia puntual de TCA – de 3,5% para el período 2000–2006 al 7,8% para el período 2013–2018 (2).

Los TCA son considerados problema de Salud Pública y representan un verdadero desafío para los profesionales sanitarios (2).

La prevalencia en Europa en mujeres para la AN es de 1-4%, la BN 1-2%, el trastorno por atracón 1-4%, la prevalencia en hombres 0.3-0.7%. La relación entre mujeres y hombres que los padecen de 10:1 (3).

La incidencia de anorexia parece estable, mientras que la bulimia está disminuyendo. Contrastando con los estereotipos previos, estudios

epidemiológicos han demostrado que los TCA afectan a todas las etnias, culturas y grupos socio-económicos (4).

## **1.2. Definición y tipos de trastornos de conducta alimentaria**

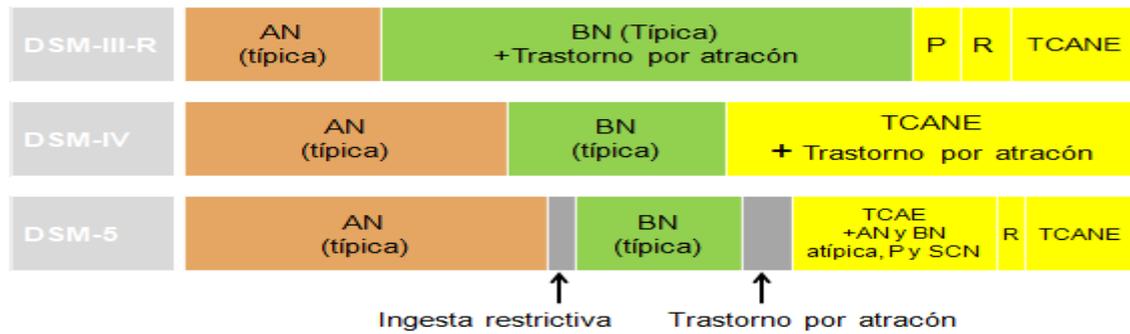
De acuerdo con Fairburn y Walsh, el TCA es “la alteración de los hábitos alimentarios y de las conductas de peso que dañan significativamente la salud y el funcionamiento psicosocial de la persona” (5).

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) se definen como enfermedades psicosomáticas graves (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda, y Muñoz, 2003), las cuales suponen alteraciones en los comportamientos relacionados con la comida, que repercuten sobre la salud de quienes los padecen (Calvo, 2002) (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado la AN y la BN como trastornos mentales y del comportamiento, ya que el temor a engordar y la falta de control sobre la alimentación coexisten con la depresión, la ansiedad y / o el abuso de sustancias (7).

Existen muchas formas de TCA, que se describen en las clasificaciones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). Los tipos de TCA aparecieron en 1980 dentro del DSM-III, sus criterios se revisaron en 1987 y evolucionaron con el tiempo con el DSM-IV en 1994, versión revisada en 2000. La última clasificación de TCA apareció en el DSM-5 en 2013 (2).

La quinta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), planteó diversas innovaciones sobre los TCA respecto a la versión previa. Fundamentalmente ha especificado los trastornos por AN y BN y ha añadido los atracones como parte fundamental en la clasificación. El DSM-IV suponía un problema con la aplicabilidad clínica de los requerimientos diagnósticos, ya que la cifra porcentual de TCA no específica era bastante elevada. Con los nuevos criterios diagnósticos que especifican más la clasificación de categorías, este problema parece solventado (8).



**Figura 1.** Evolución de la distribución de los principales tipos de TCA a lo largo de la evolución de la clasificación DSM. La proporción visual es solo indicativa. AN-anorexia nerviosa, BN-bulimia nerviosa, P-purga, R-rumiación, TCANE-trastorno de conducta alimentaria no especificada, TCAE-trastorno de conducta alimentaria especificada, SCN-síndrome del comedor nocturno, DSM-Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Fuente: Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavoracci M. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2019;109(5):1402-1413(2).

Los TCA más importantes incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón o compulsión por comer, así como las variantes subclínicas de estas enfermedades (9).

### 1.2.1. Anorexia nerviosa

El término anorexia proviene del griego y significa “falta de apetito”. La AN no es un problema de ahora, se diagnosticó por primera vez en 1873, pero ya en escritos medievales aparecen referencias de "estados de inanición voluntarios"(1).

Es en los años 60 del siglo XX cuando la anorexia comienza a entenderse como una patología mental, concretamente, un desorden que derivó en tratamientos como lobotomías y extracciones de tiroides. Más tarde, pasa a entenderse como una patología endocrina, por lo que se insistía en el uso de tratamientos hormonales. No es hasta 1990 cuando comienza el desarrollo de los tratamientos farmacológicos para estos desórdenes (5).

Según DSM IV para considerar que una persona padece AN debe realizarse una restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo, existir miedo intenso a ganar peso y una alteración de la percepción del peso y la silueta corporales.

Según CIE 10 entre los criterios diagnósticos más importantes son: pérdida excesiva de peso por evitación de "alimentos que engordan", por vómitos y purgas auto provocados, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos y diuréticos y una clara distorsión de la imagen corporal (Figura 2).

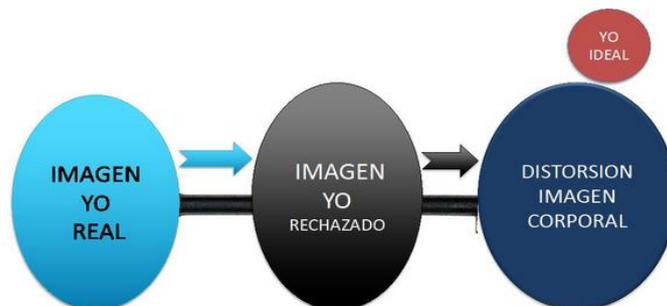


Figura 2. La distorsión de la imagen corporal en TCA (10)

Fuente: Seijo N. El yo rechazado: la distorsión de la imagen corporal en TCA [Internet]. Comete el mundo-el blog de los trastornos alimentarios. 2018

Dentro de la AN se describen dos entidades:

- Anorexia nerviosa purgativa: caracterizada por el empleo de métodos purgativos como los vómitos, los laxantes o los diuréticos.
- Anorexia nerviosa restrictiva: no se purga, es decir, no se expulsa el alimento. Se recurre al ayuno o a sesiones intensas de ejercicio físico para quemar las calorías ingeridas.

La tasa de mortalidad en la anorexia es más elevada que en cualquier otra enfermedad psiquiátrica.

### 1.2.2. Bulimia nerviosa

La palabra bulimia proviene del griego. Deriva de "bou" que significa "toro o buey" y "limos", que significa "hambre". La paciente ingiere en un periodo de tiempo muy corto una enorme cantidad de calorías que luego elimina con el vómito o el uso de laxantes.

Se considera que se padece BN cuando se producen atracones recurrentes y conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no

ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo (DSM IV).

Hay una preocupación continua por la comida, presentándose episodios de polifagia (CIE 10).

A diferencia de la AN, la BN parece haber aparecido de repente en la sociedad moderna, y ha alcanzado un reconocimiento muy amplio en un corto período de tiempo. Al igual que en la AN, existen dos tipos:

- Bulimia Purgativa (BLP): se usan métodos como el vómito auto inducido o los laxantes para “purgar” y vaciar el estómago y no digerir los alimentos ingeridos.
- Bulimia no purgativa (BLNP): se recurre al ayuno o a sesiones muy intensas de ejercicio físico para compensar la ingesta (5).

### **1.2.3. Trastorno por atracón**

Ingesta de gran cantidad de alimento, mayor de la que la mayoría de la gente llevaría a cabo en ese tiempo y circunstancias. Dicha ingesta no va seguida de conductas compensatorias y no se trata de un episodio en el contexto de otros trastornos de la conducta alimentaria. Es por tanto una sobreingesta con falta de control que se acompaña de malestar psicológico.

Puede estar asociado a ingerir alimentos rápidamente, hasta sentirse inconfortablemente lleno, ingerir alimentos en grandes cantidades sin hambre, frecuentemente en soledad por vergüenza a la compulsión y sentimientos negativos hacia sí mismo tras la ingesta (5).

### **1.3. Factores de riesgo**

Entre los factores individuales para sufrir TCA destacan: predisposición genética, baja autoestima, imagen corporal negativa, sobrepeso infantil, insatisfacción corporal, ser adolescente y mujer. Entre los factores familiares se observa: ambiente familiar desestructurado o sobreprotector, trastornos psiquiátricos de los padres y entre los factores sociales: modelo de belleza imperante, presión social respecto a la imagen, críticas y burlas relacionadas con el físico y el desempeño de determinados deportes y profesiones (3, 11).

- **TCA en la adolescencia**

La adolescencia es una de las etapas de la vida más difíciles porque se producen profundos cambios tanto físicos, como psicológicos y sociales. Para ellos el cuerpo delgado es sinónimo de éxito y el cuerpo obeso de fracaso (12).

Existe una violencia invisible en la adolescencia con el bombardeo de imágenes estereotipadas que imposibilita el encuentro con el propio cuerpo y que incitan a mantener unos cánones de belleza imposibles de conseguir, lo que lleva las adolescentes a realizar dietas estrictas y prolongadas en el tiempo que pueden degenerar en un TCA (13). En muchos casos, el deseo de las adolescentes por cumplir determinados estándares de belleza se entiende como cosas de adolescentes, lo que invisibiliza esta problemática (5).

- **TCA y género**

Los TCA tienen una relación directa con la asunción de roles de género femenino en la sociedad Occidental, de forma que la génesis y el mantenimiento de dicho problema se produce por factores asociados al hecho de ser mujer y la percepción que se cree de la imagen corporal.

Se trata de enfermedades psíquicas frecuentes en población femenina, que presentan una mortalidad muy elevada, íntimamente ligada al riesgo suicida que se da en el 21% de las que padecen AN *purgativa*, y el 12,5% en anoréxicas restrictivas y bulímicas (14).

La perspectiva de género en salud lleva a afirmar que existe una potenciación de la socialización patriarcal de género, mediante el aumento de las presiones socioculturales sobre el cuerpo femenino, además del crecimiento de los intereses económicos de la poderosa industria de la belleza en la mujer (15).

En esta socialización temprana para la insatisfacción corporal, el mandato obsesivo principal es ser extremadamente delgada (16).

Actualmente, la idea del cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia gracias al respaldo de los medios de comunicación y los nuevos criterios estéticos impuestos en la sociedad Occidental. En consecuencia, se han producido desajustes en relación con los hábitos de alimentación en las mujeres Occidentales, desajustes que rigen culto a una imagen estereotipada. (17).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La temática de la actual investigación es de gran relevancia en la sociedad contemporánea, debido a la importancia del problema relacionado con la conducta alimentaria en población universitaria, especialmente en el colectivo femenino. Aunque en España se han realizado varios estudios, con datos que informan de 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% en el caso de los TCANE, la heterogeneidad de los resultados y la diversidad de las herramientas usadas para su evaluación, sugiere interpretar estos datos con cautela (10).

Las investigaciones con niveles de evidencia suficientes como para determinar con exactitud cuáles son los principales factores de riesgo de desarrollar un TCA son escasas. Los estudios previos muestran que la actitud que se tiene ante la alimentación, puede considerarse como un factor predictivo para un posterior desarrollo de AN y BN, pero aún faltan investigaciones que aumenten la literatura científica que apoye dicho postulado. Con este trabajo se pretende colaborar en dicho aumento de la evidencia científica.

Además, cabe destacar que las cifras que se encuentran en los artículos publicados en cuanto a riesgo y prevalencia de TCA son muy dispares, de forma que conocer con exactitud la dimensión del problema se hace complicado, pero lo que parece claro es que tiene relevancia social.

La profesión enfermera realiza una valoración de las personas entendiendo la integridad física, psíquica y social, por lo que es la enfermera el profesional sanitario adecuado para producir investigaciones que tengan en cuenta dichos aspectos, ya que en muchos casos, los estudios se limitan a un solo ámbito, fraccionando la globalidad de las usuarias de salud.

La posibilidad de mejorar la detección del riesgo de desarrollar un TCA es una necesidad en el grupo de universitarias. Aunque el número de pacientes que reciben tratamiento ha aumentado, solo alrededor de un tercio de los casos se detectan en consulta médica (3). A pesar del porcentaje diagnosticado de TCA bajo (entre 1 y el 5%), son muchas las mujeres que parecen estar en riesgo de desarrollarlo (4), lo que muestra que la promoción de hábitos saludables, prevención de conductas de riesgo a través de la educación sanitaria y la detección temprana puede reducir este problema de salud.

De acuerdo con autoras como Sara Velasco y Carme Valls introducir la perspectiva de género en enfermedades que tienen una clara relación con la feminidad, es imprescindible para hacer visible una problemática claramente relacionada con el hecho de ser mujer joven.

### **3. HIPOTESIS**

Tener menor edad, estar cursando Enfermería en los primeros años, no tener pareja estable, trabajar además de estudiar, contar con un IMC bajo, haber tenido un TCA previo, realizar ejercicio físico en exceso, llevar a cabo dietas hipocalóricas, fumar, consumir alcohol, no gozar de buena salud, tener una percepción negativa de la imagen corporal propia y un mal rendimiento académico, se relaciona con estar en riesgo de padecer un TCA.

### **4. OBJETIVOS**

Los objetivos del trabajo de investigación se definen como:

#### **Objetivo general:**

- Analizar la influencia de factores personales en la posibilidad de presentar riesgo de desarrollar un TCA en estudiantes de Grado de Enfermería en la UVa.

#### **Objetivos específicos:**

- Calcular el riesgo de padecer TCA en mujeres estudiantes de Grado de Enfermería en la Uva.
- Estudiar las posibles relaciones existentes entre el riesgo de padecer un TCA y factores individuales en mujeres estudiantes de Grado de Enfermería en la UVa.
- Proponer acciones desde la Enfermería para disminución del riesgo de padecer estos trastornos y lograr un mayor bienestar a las que ya lo padecen.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1. Tipo de estudio**

El diseño de estudio es cuantitativo, descriptivo correlacional, transversal, con metodología de encuesta.

### **5.2. Población y muestra**

La población está compuesta por aproximadamente 400 universitarias del 1º, 2º, 3º y 4º cursos del Grado en Enfermería de la UVA, cuyas edades están comprendidas entre 18 y 50 años, ambos inclusive.

El tamaño muestral viene condicionado por la necesidad de garantizar la representatividad de la población femenina que cursa estudios de Grado en Enfermería en el curso académico 2019-2020 en la UVA.

La muestra conseguida es de 121 mujeres universitarias, que supone una tasa de respuesta del 30,25%.

### **5.3. Método de muestreo**

La muestra se obtuvo por muestreo no aleatorio intencional en población universitaria femenina del Grado de Enfermería de la Uva.

### **5.4. Captación de la muestra**

La captación de la muestra se realizó a través de los Delegados de cada curso académico de la Facultad de Enfermería de la UVA. Las estudiantes fueron invitadas a participar en el estudio rellenando un cuestionario online en formato Google Forms®, a través de mensaje electrónico vía WhatsApp® que fue difundido por los Delegados mencionados.

### **5.5. Criterios de inclusión y exclusión**

- Criterios de inclusión: Estudiantes femeninas de 1º, 2º, 3º y 4º cursos de Grado en Enfermería de la Uva con edades comprendidas entre los 18 y 50 años, ambos inclusive que acepten participar en el estudio voluntariamente.

- Criterios de exclusión: Varones que cursan Grado en Enfermería en la UVa, mujeres fuera del rango de edad establecido (<18 y >50 años), mujeres que no acepten participar en el estudio, mujeres que tengan dificultades con el manejo de redes sociales.

### **5.6. Variables de estudio**

- Edad, curso académico, estado civil, situación laboral, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), TCA previa, ejercicio físico, dieta para perder peso, consumo de tabaco y alcohol, estado de salud general e imagen corporal percibidos, rendimiento académico y actitudes ante la alimentación medidas con EAT-26.

### **5.7. Trabajo de campo**

El periodo de recogida de datos por medio de encuesta se llevó a cabo en el mes de Febrero de 2020.

La recogida de dichos datos se realizó a través de la plataforma Google Forms®.

### **5.8. Instrumento de medida**

Se empleó un único cuestionario anónimo y autoadministrado sobre los TCA, que es Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) (18), presentado con el software Google Drive® en su modalidad de Google Forms®, al que se añadieron otras preguntas de índole sociodemográfica.

El EAT-26 es una herramienta modificada y abreviada del EAT-40 mediante análisis factorial. EAT-26 fue creado en 1982 por Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel (20), validado y adaptado al español por Garandillas, Zorrilla, Muñoz, Sepúlveda, Galán y León, 2003 (19) y traducido al español por Baile y Garrido (19).

Es un instrumento autoevaluable para el cribado y detección temprana de TCA en adolescentes y mujeres jóvenes (21). El alfa de Cronbach que indica la fiabilidad de la escala es 0.93.

Investigaciones con el EAT-26 en Atención Primaria muestran que tiene baja sensibilidad pero buena especificidad, si se toma el punto de corte  $\geq 20$ . Sin

embargo, con un punto de corte  $\geq 11$  se mejora la precisión diagnóstica y se reducen los falsos positivos (21).

En este estudio se compara un punto de corte  $\geq 11$  (un riesgo bajo) con un corte  $\geq 20$  (un riesgo alto).

El cuestionario consta de tres Subescalas:

- Subescala Dieta: recoge las conductas de evitación de alimentos que aumentan el peso y preocupación por la delgadez- 13 ítems.
- Subescala Bulimia y preocupación por la comida: explora las conductas bulímicas (atracones y vómitos) y pensamientos acerca de la comida- 6 ítems.
- Subescala Control oral: incluye el autocontrol acerca de la ingesta de alimentos y la presión de los otros para ganar peso-7 ítems.

Cada pregunta tiene una posible respuesta entre 6 posibilidades (siempre, muy a menudo, a menudo, algunas veces, raramente o nunca) y su forma de puntuación es según una escala de Likert de 6 puntos; valorándose con 3, 2, 1 puntos los 3 primeros resultados (siempre, muy a menudo, a menudo, respectivamente) y 0 puntos los tres últimos (algunas veces, raramente o nunca, respectivamente). Únicamente el ítem 25 se puntúa de una manera opuesta al resto, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (Desde siempre =0, a nunca = 3). La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Una puntuación por encima del punto de corte de 20 puntos, supone la necesidad de una mayor investigación por encontrarse en riesgo de padecer un TCA y hace que se requiera la confirmación diagnóstica.

### **5.9. Técnicas de análisis y procesamiento de la información**

Una vez aplicado el cuestionario, desde Google Forms ® se creó una base de datos en el software IBM SPSS ® en su versión 25.0.

En concreto, se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio utilizando tablas de frecuencias y porcentajes. Las variables numéricas se resumieron con medias y desviaciones típicas y las variables cualitativas con porcentajes. Se fijaron intervalos de confianza con un CI 95% para los correspondientes valores y se usó la prueba de Kolmogorov-Smirnov K-S para

indagar en el tipo de distribución muestral. Comprobado que la muestra no sigue una distribución normal se optó por aplicar a las pruebas técnicas no paramétricas.

Para estudiar relaciones entre variables se utilizaron las pruebas Rho de Spearman, U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis. Se consideraron como estadísticamente significativos p-valores de nivel de error inferiores a 0,05.

El análisis sobre el riesgo de padecer TCA fue estimado empleando el punto de corte de la escala EAT-26. Se realizaron pruebas de comparación de medianas para muestras independientes y tablas de contingencia para analizar la relación entre variables categóricas medidas, a través del estadístico Rho de Spearman, tomando como valor de significancia  $p < 0.05$ . Para la comparación entre dos grupos se utilizó la prueba U de Mann Whitney (cualitativa dicotómica y cuantitativa) para dos muestras independientes, y para más de dos grupos, H de Kruskal Wallis (cualitativa politómica y cuantitativa).

#### **5.10. Consideraciones éticas**

Previamente al inicio de la recogida de datos, se solicitó la conformidad del Comité Ético de la Facultad de Enfermería de la UVA para garantizar el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (L22), que establece la necesidad de contar con el visto bueno de un Comité de Investigación para realizar estudio de investigación con personas. Se obtuvo un informe favorable (Anexo III).

Además, con el fin de cumplir la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud (L23) y la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (L24), se informó en el cuestionario a las participantes de que sus respuestas serían analizadas como parte de un trabajo de investigación y se les garantizó su anonimato, se les proporcionó una dirección de correo electrónico para resolver las dudas que pudieran surgir previamente a la cumplimentación de la encuesta y se les informó del destino final de los datos obtenidos. El anonimato de las participantes en todo momento estaba garantizado por las condiciones que ofrece la plataforma electrónica empleada, lo que no permitía que se pudiera

identificar en ningún caso a qué estudiante pertenecía cada encuesta. El acceso restringido a la base de datos solo por la autora y tutora del estudio garantizó la confidencialidad y limitó el uso de la información exclusivamente a la investigación para este Trabajo Fin de Grado.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Análisis descriptivo de las variables del estudio

En la investigación participaron 121 estudiantes femeninas con una media de edad de 20,68 años y una desviación estándar de 3,26. Un 77,68% de las participantes de la muestra tenían una edad comprendida entre 18 y 21 años.

Entre las universitarias de enfermería que estaban cursando el 1º curso se obtuvo un resultado de participación de 34,7%, seguidas por las estudiantes de enfermería de 4º grado con 30,6% y las de 2º y 3º grado que obtuvieron una participación respectivamente 24% y 10,7%.

El peso medio resultó de 59,2 kg con un rango de 45 a 85 kg y con una desviación de 7,82 kg. En 9 de los casos se obtuvo un peso por debajo de 50kg. La media de la altura fue de 164cm con un rango entre 150cm y 179cm y una moda de 160cm.

Respecto al IMC se apreció un mínimo de rango de 17,0 y un máximo de 29,6, con una media de 21,86 que corresponde a peso normal y una moda de 22. Al categorizar la muestra en función de IMC 8,3% de las universitarias se ubicaron en valores de bajo peso  $IMC < 18,5$  frente al 80,1% cuyos valores están entre 18,5 y 24,9 lo que corresponde a un peso normal y solo 11,6% tenía un IMC entre 25,0 y 29,9 lo que corresponde a sobrepeso. Ninguna de las participantes cuenta con un  $IMC > 30$  que es el intervalo relacionado con Obesidad. En 2 de los casos el IMC se observó que era  $\leq$  de 17,5 (fenómeno casi anorexia) y en 8 de los casos  $< 18,5$  lo que reveló bajo peso corporal y un significativo riesgo de desnutrición. Según la tabla adicional del EAT-26 que recoge el IMC deseado según la edad, el 6,6% de las universitarias tienen un riesgo muy alto de padecer TCA (Tabla 1).

Tabla 1. Clacificación de las participantes en función de IMC

IMC	Clacificación	Frecuencia	Porcentaje
<b>&lt;=17,5</b>	Desgadez	2	1,7
<b>&lt;18,5</b>	Peso bajo	8	6,6
<b>18,5-24,9</b>	Peso normal	97	80,1
<b>25,0-29,9</b>	Sobrepeso	14	11,6
<b>&gt;30</b>	Obesidad	0	0

Fuente: Elaboración propia

Un 83,5% de las estudiantes refería no trabajar (CI de 95% entre 75,8 y 89,6) y las otras 16,5% compaginaban estudios con trabajo (CI de 95% entre 10.4 y 24.2)

Respecto al estado civil, 57% reportaron que son solteras sin pareja (CI de 95% entre 47,9% y 65,8%) y 40,5% solteras con pareja (CI de 95% entre 31,7% y 49,6%)

En la pregunta si han padecido con anterioridad algún TCA, 6,61% respondieron afirmativamente (8 de casos de las 121 participantes, CI de 95% entre 2,9% y 12,5%) (Gráfico 1).

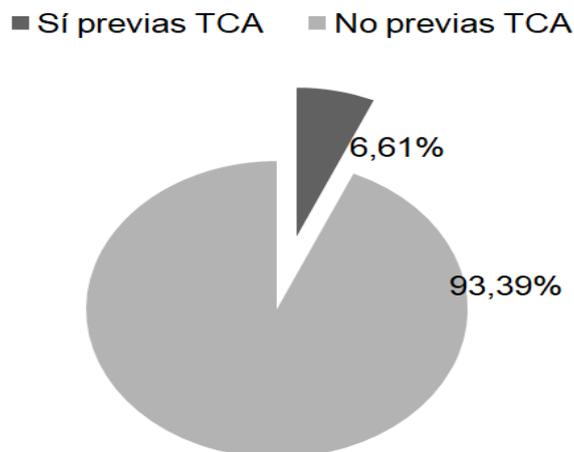


Gráfico 1. Presencia de TCA previos en la muestra

Fuente: Elaboración propia

De las entrevistadas, 41 de los casos (33,9%) hacían ejercicio físico 1 ó 2 veces por semana en contraposición de los 40 casos (33,1%) que no hacían nada de ejercicio físico. De la totalidad de la muestra (n=121), 9 (7,4%) de los casos hacían ejercicio físico mas de 4 veces y menos de 7 veces por semana y solo 2 casos (1,7%) lo realizaban todos los días.

57% de las entrevistadas no han hecho nunca una dieta (CI de 95% entre 47,9% y 65,8%) y 43% de ellas lo han intentado alguna vez (CI de 95% entre 34,2% y 52,1%).

Los datos para el consumo de tabaco apuntan que el 79,3% no han fumado nunca, el 11% han fumado pero lo han dejado y el 10% siguen fumando.

Respecto al consumo de alcohol, 67,8% refieren que consumen a veces, pero no siempre, 18,2% no consumen y 12,4% respondieron que lo consumen habitualmente. En lo que se refiere a la percepción de la salud, el 48,8% respondieron que están bastante bien y solo 5,8% refieren no estar en forma.

52,1% (CI de 95% entre 42,9% y 61,0%) de las participantes contestaron estar satisfechas con su imagen corporal pero quieren mejorar, en contraposición con el 21,5% que no están nada satisfechas con su imagen corporal (CI de 95% entre 14,6% y 29,6%) y el 26,4% que están completamente satisfechas (CI de 95% entre 19,2% y 35,0%).

Los datos descriptivos del análisis estadístico respecto al rendimiento académico de las universitarias revelaron que un 48% (IC de 95% entre 39,0% y 57,1%) nunca habían suspendido una asignatura de Grado y 0,8% habían aprobado todo pero en los exámenes extraordinarios.

El test EAT-26, herramienta que mide el riesgo de padecer TCA, con una punto de corte de 20 o más puntos, con una media de 12,74 y una desviación de 7,53 reveló que un total de 14% (IC de 95% entre 8,7% y 19,3%) de las universitarias estan en riesgo de desarrollar un TCA en un futuro, el 34% de ellas tiene un riesgo muy bajo y un 52% estan fuera del riesgo (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de riesgo de TCA en la muestra según resultados EAT-26

Punto de corte de EAT-26		Frecuencias	Porcentaje
<b>&lt;20 puntos</b>	0-10puntos-Normales	63	52 %
	11-19puntos-Riesgo	41	34 %
<b>≥ 20 puntos-Casos</b>		17	14,0 %

Legenda: TCA= trastornos de conducta alimenticia; EAT-26=Cuestionario actitud frente la alimentación (Eating attitudes test-26) Fuente: Elaboración propia

Respecto a las subescalas de riesgo: Dieta (media de 7,05), Bulimia (media de 3,44) y Control Oral (media de 2,25) de EAT-26 se observaron los siguientes resultados:

#### *Subescala Dieta*

A la pregunta “Me da mucho miedo pesar demasiado” el 48,8% de las entrevistadas dan un valor positivo, el 39,7% se preocupan por tener demasiada grasa en el cuerpo, el 19% tienen en cuenta las calorías de los alimentos que comen, el 14,9% se sienten incómodas después de comer dulces, el 14,9% hacen ejercicio físico para quemar grasa, un 10% evitan comer alimentos con mucho hidratos de carbono como pan, pasta, arroz o patata, el 8,25% comen alimentos de régimen, al 11,6% les gusta tener el estómago vacío y al 15,7% no les gusta probar comidas nuevas y sabrosas.

#### *Subescala Bulimia y Preocupación por la comida*

A la pregunta “Me preocupo mucho por la comida” el 48,7% de las entrevistadas respondieron positivamente, un 15,8% revela sufrir atracones, el 14,9% consideran que pasan demasiado tiempo pensando y ocupándose de la comida, un 9,2% refiere que los alimentos controlan su vida, el 5% tienen ganas de vomitar después de comer y solo el 1,6% vomita realmente después de una ingesta de alimentos.

#### *Subescala Control oral*

A la pregunta “Procuro no comer aunque tenga hambre” el 15,6% de las entrevistadas responden positivamente, un 35,5% cortan los alimentos en

cachos pequeños, un 10,8% notan que los demás prefieren que coman más, el 6,6% piensan que los demás les ven demasiado delgadas, un 35,5% refieren tardar en comer más que las otras personas, un 29% se controla en las comidas y un 5% se notan presionadas por comer por otras personas.

## **6.2. Análisis inferencial entre variables socio demográficas y puntuación total de la escala EAT-26**

Inicialmente se lleva a cabo una indagación acerca de la distribución de la muestra respecto a las puntuaciones totales de la escala EAT-26, para lo que se calcula la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S), que nos permite afirmar que dicha distribución no sigue la curva normal, como además se puede observar en el histograma de frecuencias que también se calcula (Gráfico 2).

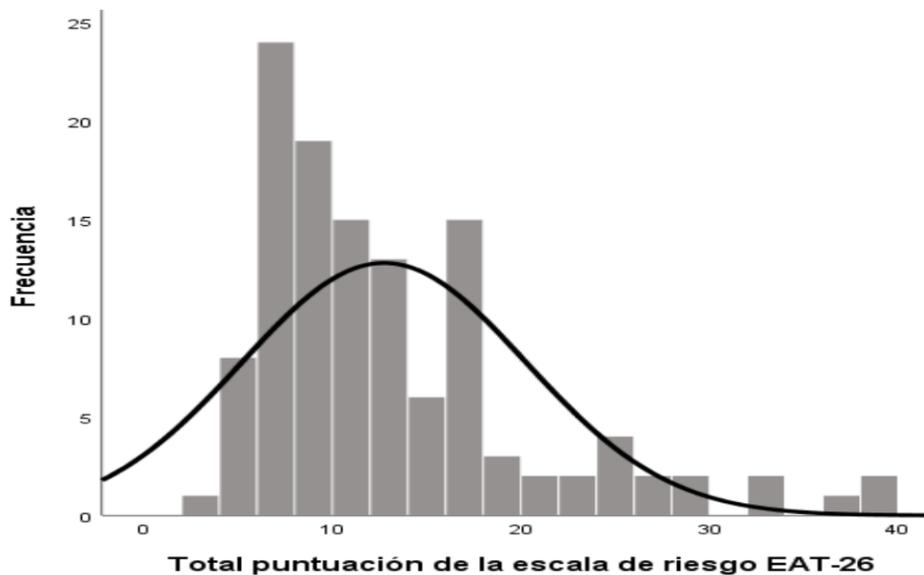


Gráfico 2. Histograma de frecuencias de la puntuación total de la escala EAT-26

Fuente: Elaboración propia a partir de IBM SPSS v25.0

Dado que se cumplen los criterios de anormalidad de la muestra, las pruebas que se emplearon para el análisis inferencial fueron en todo caso pruebas no paramétricas (Tabla 3).

Tabla 3. Pruebas estadísticas para establecer correlaciones

CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES				
Puntuación total EAT-26 y	Variables	Prueba	P-valor	Correlación
	Edad	Rho de Spearman	0,072	No
	Estado laboral	U de Mann Whitney	0,945	No
	<b>TCA previas</b>	U de Mann Whitney	<b>0,007</b>	<b>Sí</b>
	<b>Dieta hipocalórica</b>	U de Mann Whitney	<b>0,000</b>	<b>Sí</b>
	Curso actual	H de Kruskal Wallis	0,514	No
	Estado civil	H de Kruskal Wallis	0.861	No
	Ejercicio físico	H de Kruskal Wallis	0,115	No
	Consumo tabaco	H de Kruskal Wallis	0,514	No
	Consumo alcohol	H de Kruskal Wallis	0,915	No
	<b>Estado de salud</b>	H de Kruskal Wallis	<b>0,019</b>	<b>Sí</b>
	<b>Imagen corporal</b>	H de Kruskal Wallis	<b>0,000</b>	<b>Sí</b>
	Rendimiento académico	H de Kruskal Wallis	0,399	No

Leyenda: significancia de p-valor en caso de <0.05 Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la edad, se usó la prueba de Rho de Spearman, la cual no encontró correlación con el riesgo de padecer TCA, puesto que la gran mayoría de la muestra tenía una edad comprendida entre 18-21 años.

La prueba no paramétrica de Spearman se empleó para evaluar la relación

entre el IMC y la puntuación total de la escala EAT-26. En este caso se obtuvo un p-valor de 0,001, que nos permite afirmar que existe una relación positiva muy fuerte entre ambas variables.

Para las variables: curso académico, estado civil, consumo de alcohol y tabaco, hacer ejercicio físico y el rendimiento académico se empleó la prueba H de Kruskal Wallis, con la que se obtuvieron unos p-valores  $>0,05$  de modo que se puede establecer que no existe relación entre dichas variables y estar en riesgo de padecer un TCA.

De nuevo se utilizó la prueba de H de Kruskal Wallis para las variables: percepción de la salud (p-valor 0,019) e imagen corporal (p-valor 0,000), calculando unos valores estadísticamente significativos de modo que se puede afirmar que existe una fuerte dependencia entre ellas y el riesgo de padecer TCA.

Adicionalmente se encontró una correlación con p-valor de 0,008 entre la edad y el hábito de hacer deporte, lo que confirma que las estudiantes del 1º curso, que son las más jóvenes, las que con más frecuencia hacen ejercicio físico.

Para las tres variables cualitativas dicotómicas (trabajar además de estudiar, haber padecido previamente TCA y haber estado a dieta en algún momento), se utilizó la prueba U de Mann Whitney que resultó estadísticamente significativa solo para el TCA previo (p-valor 0,007) y para haber realizado dieta hipocalórica (p-valor 0,000), por lo que se postula que existe relación entre las dos mencionadas previamente y estar en riesgo de desarrollar un TCA.

Además de esto, se encontró, usando la prueba de Spearman una fuerte relación entre las subescalas de EAT-26: Dieta, Bulimia y Control Oral y la puntuación total de EAT-26 (p-valores de 0,000 y coeficientes respectivamente de 0,813, 0,544 y 0,592) lo que demuestra que la subescala bulimia es la más significativa con respecto de la existencia de un riesgo alimentario (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación estadísticamente significativas entre las subescalas del EAT-26, IMC y otras variables de estudio

Subescalas de EAT-26	Correlaciones con:
<b>Dieta</b>	TCA previo, estar a dieta, salud, imagen corporal
<b>Bulimia y preocupación por la comida</b>	Estar a dieta, imagen corporal
<b>Control oral</b>	Edad, curso actual, TCA previo
<b>Otros:</b>	
<b>IMC</b>	Estar a dieta, imagen corporal

Fuente: Elaboración propia

## 7. DISCUSIÓN

En relación con el primer objetivo específico de este estudio, que fue investigar la prevalencia del riesgo de TCA en una muestra de universitarias de Grado de Enfermería en la UVa (n=121), medida con EAT-26 se encontró que 14% (IC 95% entre 8,7 y 19,3) de las entrevistadas están en riesgo de padecer en un futuro alteraciones alimentarias, lo que refuerza los resultados obtenidos en estudios previos, en torno de 14% encontrado por Unikelet al. (2010) (25). Otros autores muestran prevalencias de hasta el 27%, pero en muestras que difieren de la del estudio actual (26).

Además, en una reciente revisión sistemática y metaanálisis mundial se analizaron 18 estudios transversales de 9 países en estudiantes de Medicina, siendo la muestra de 5722 personas. En 14 de los 18 estudios (78%) utilizaron el EAT-26 como herramienta principal no de diagnóstico sino como indicador de riesgo de TCA y la tasa mundial de prevalencia de riesgo de TCA hallada fue del 10,4%, en particular: 2,4% en China, en Malasia 6,3%, Brasil 10%, India 11% Inglaterra 13,7% y Estados Unidos 15%. Si se comparan los resultados obtenidos en esta investigación con los obtenidos en el metaanálisis para el país más próximo en cultura, Inglaterra, los resultados obtenidos son concordantes. El macroestudio demostró también, aunque solo para Inglaterra, que el riesgo de desarrollar TCA es menor en estudiantes de Enfermería que en los de Medicina (27). Sanchez-Quintanar (2016), a través del cuestionario SCOFF administrado a estudiantes de 1º curso de diferentes grados de la UVa halló una prevalencia del riesgo de TCA del 21,5% global, lo que permite afirmar que en los cursos 1º, 2º, 3º y 4º curso de Enfermería de la UVa, la prevalencia de TCA está por debajo de la media comparada con este estudio (31).

También se encuentran resultados comparables a los de otros autores en otros aspectos. El 14,9% de las mujeres de la muestra afirman realizar ejercicio físico frecuentemente con objeto de quemar la grasa corporal, hallazgo que se ratifica con los datos de González-Carrascosa y colaboradores (2013) y Lameiras y colaboradores (2003) (26). El 15,8% de las féminas de la muestra declaran sufrir atracones, cifra que está por debajo de la encontrada por un estudio

previo que lo data en 27%. Inducirse el vómito también se muestra con resultados inferiores respecto a estudios previos (1.6% vs 2.9%). De acuerdo con Garner, 2010 (26), la inducción al vómito es un importante indicador de sufrir TCA y de la posibilidad de padecer secuelas físicas, por lo que el resultado previo es alentador respecto de la muestra.

Dado que la prevalencia de riesgo de TCA en la muestra es similar a la encontrada en la literatura científica, aunque ligeramente inferior a la de la Universidad, parece razonable que se insista en la prevención de TCA en las mujeres que estudian el Grado de Enfermería en la UVa por medio de programas para tal fin.

En relación con el segundo objetivo específico de esta investigación que fue estudiar las relaciones existentes entre el riesgo de padecer un TCA y una serie de factores individuales (edad, IMC, TCA previos, estado civil y laboral, dieta y ejercicio, consumo de tabaco y alcohol, percepción de imagen corporal y salud y rendimiento académico) en mujeres estudiantes de Grado de Enfermería en la UVa se encontraron las siguientes correlaciones significativas estadísticamente con la puntuación mayor o igual a 20 en el EAT-26:

- **IMC:** existe una correlación fuerte entre el IMC y el riesgo de padecer TCA. El IMC es un factor diagnóstico de TCA y se emplea como indicador de predicción del riesgo por si mismo (28). Según la escala del riesgo del IMC comparada con la escala del EAT del riesgo total de padecer TCA, un 6,6% de las universitarias están en riesgo de desarrollar TCA, lo que se muestra similar a estudios previos que demostraron un porcentaje de 7,7% (26).
- **TCA previo:** estudios previos hablan de recurrencia de TCA que es la reaparición de los síntomas después de una remisión debido a la cronificación de estos trastornos. Como ha señalado Calvo (2002), puede decirse que entre un 10 y un 25% de los pacientes con trastornos alimentarios no son recuperables en el momento actual (29). En relación con este estudio, del 14% de las entrevistadas que están en peligro de desarrollar TCA y además ya tenían antecedentes previos (6,6% del total de la muestra), se distribuyen por cursos académicos del siguiente modo:

un 35,5% están en el 1º curso; 29,4% entre el 2º y 4º curso y en menor grado de riesgo están las universitarias del 3º curso con un porcentaje de 5,9%.

- **Realizar dieta hipocalórica:** lo que se sabe es que estar a dieta para bajar de peso aumenta el riesgo de desarrollar un TCA. De hecho, las personas jóvenes que hacen algún tipo de dieta restrictiva tienen 6 veces más posibilidades de desarrollar un TCA (30). Seguir una dieta hipocalórica para reducir el peso corporal tiene un efecto modulador del riesgo del comportamiento alimentario y puesto que un 43% de las universitarias que han participado en este estudio han estado a dieta alguna vez en su vida, se puede concluir que muchas de ellas subestiman el valor de realizar una dieta hipocalórica.
- **Percepción del estado de salud e imagen corporal:** la insatisfacción corporal es uno de los factores más consistentes y robustos que contribuyen al desarrollo de la patología alimentaria en los universitarios de acuerdo con Baños y Miragall (2015) (26). Es también, uno de los factores con mayor importancia para desarrollar TCA puesto que la imagen se ve distorsionada inconscientemente, como un rasgo principal ya de una enfermedad alimentaria (CIE 10).

Un estudio previo señala que un 37,1% de las mujeres que describen su salud como “regular, mala o muy mala” presentan riesgo de TCA (31). En una muestra de 177 alumnos de la Uva, tomada por Sánchez-Quintanar (2016) también encontró que aquellos estudiantes que consideraban su salud como “regular, mala o muy mala” tuvieron un riesgo 2,92 veces superior de TCA que aquellos que la definieron como buena o muy buena (31). En lo que se refiere a la percepción de la salud en este estudio, un 48,8% respondieron que están bastante bien y solo 5,8% refieren no estar en forma.

A tenor de lo mostrado previamente, es coherente que la prevención de los TCA se realice por medio de programas que pongan el foco en aquellas estudiantes que hayan padecido previamente TCA, que cuenten con un bajo IMC, que realicen dieta hipocalórica y cuya imagen corporal esté deteriorada.

### **7.1. Aplicación a la práctica clínica**

Con una prevalencia de TCA encontrada del 14% en la muestra estudiada de riesgo de desarrollar TCA, este estudio demuestra la necesidad de abordar desde Enfermería la prevención de estos trastornos y la creación de estrategias para un tratamiento oportuno, así como tenerlo en cuenta e incorporar dicha prevención a los programas preventivos en el medio escolar y académico. La prevención debería orientarse a fomentar la cultura de los estilos de vida que se deben realizar y no hacia los que se deben evitar. Promover una imagen corporal saludable y ayudar a construir una imagen corporal positiva en las adolescentes es fundamental. Además, la investigación complementa el conocimiento existente sobre los problemas de comportamiento alimentario en el ámbito universitario.

### **7.2. Limitaciones del estudio**

Una de las limitaciones de este estudio es el uso exclusivo del EAT-26, sin combinarlo con otras pruebas objetivas como son la medición de los pliegues cutáneos o los test serológicos que podrían demostrar una desnutrición severa, pero dadas las limitaciones de tiempo y recursos, no ha sido posible solventarse este aspecto.

Puesto que este estudio describe asociaciones entre variables que fueron observadas, no se puede determinar qué factores son causa y cuales efecto del riesgo de desarrollar un TCA.

### **7.3. Fortalezas del estudio**

Una de las fortalezas del estudio es su sencillo diseño estandarizado, de una sola medición, sin el empleo de entrevistadores profesionales que pudieran suponer un sesgo y con un costo económico bajo, lo que facilita su reproductibilidad. Destacar además la fiabilidad de respuestas, ya que las participantes se mostraron colaboradoras y no se han producido casos perdidos en los datos. Además, se emplea un test, el EAT-26 que es una

encuesta validada de alta fiabilidad para el cribado de TCA en cualquier ámbito, siendo especialmente útil entre adolescentes y universitarios.

#### **7.4. Futuras líneas de investigación**

Por los motivos expuestos como limitaciones y puesto que existen varios factores implicados en un desarrollo de TCA, se deberían de abordar futuras líneas de investigación que se llevaran a cabo empleando múltiples herramientas de mediación del riesgo de TCA. Sería recomendable medir de qué modo el ambiente sociocultural y el modelo estético corporal que marca la sociedad pueden influir en los TCA como ya apuntan Solano y Cano (25).

## 8. CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados del estudio, se puede concluir que:

- La prevalencia de riesgo de desarrollo de un TCA en la muestra es del 14%.
- La hipótesis de estudio puede aceptarse parcialmente. Los factores relacionados con un mayor riesgo de desarrollar un TCA son: contar con un IMC bajo, haber tenido un TCA previo, llevar a cabo dietas hipocalóricas, no gozar de buena salud y tener una percepción negativa de la imagen corporal propia. La edad tiene una relación menor, ya que tan solo ha demostrado relacionarse con la Subescala Control oral del EAT-26.
- Con total certeza se puede rechazar que exista relación entre: no tener pareja estable, trabajar además de estudiar, realizar ejercicio físico en exceso, fumar, consumir alcohol y tener un mal rendimiento académico y estar en riesgo de padecer un TCA.
- Se recomienda la creación de Programas preventivos de TCA en el ámbito universitario que sean liderados por Enfermería puesto que los resultados de este estudio confirman que el riesgo de sufrir TCA constituye una realidad presente en las aulas de las estudiantes de Grado de Enfermería de la Uva.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez del Río N, Castro Molina F, Monzón Díaz J, García Parra E, Monzón Díaz G, Quintero Febles J. Atención enfermera en el cuidado de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Presencia, salud mental, investigación y humanidades [Internet]. 2013 [citado 15 de Marzo 2020];(9):17-18. Recuperado a partir de: <http://www.index-f.com/presencia/n17-18/p9156r.php>
2. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci M. Prevalence of Eating Disorders Over the 2000-2018 Period: A Systematic Literature Review. American Journal of Clinical Nutrition [Internet]. 2019 [citado 15 de Marzo 2020];(109(5):1402-1413. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31051507/>
3. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, course, consequences and risk factors. Current Opinion in Psychiatry. 2016;29(6):340-345.
4. Álvarez-Malé M, Bautista Castaño I, Serra Majem L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. Nutrición Hospitalaria. 2015;31(5):283-2288
5. Morano Eguino C. Influencia de la Publicidad en el desarrollo de trastornos de alimentación [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. Universidad de Sevilla; 2017. [citado 15 de Marzo 2020]. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/dyAsuqM>
6. Beltrán Garrayo L. Tratamiento psicológico en un caso de trastorno del comportamiento alimentario [Trabajo de fin de Master en Internet]. Universidad Autónoma de Madrid UAM; 2017. [citado 19 de Marzo 2020]. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/7yAgjTw>
7. Cala Pérez, I., Díaz Rodríguez, M. and Deudero Sánchez, M. *Los trastornos de la conducta alimentaria: evolución histórica y situación actual*. [TFG en Internet]. Universidad de Cádiz;2014. [cited 19 de Marzo 2020]. Recuperado a partir de: <https://cutt.ly/4yAf9Wa>
8. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón M, Mancilla-Diaz Universidad J. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. Revista mexicana de trastornos alimentarios. 2015;2015(6):108-120.[citado 19 de Marzo 2020]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/2007-1523-rmta-6-02-00108.pdf>
9. Moreno Redondo, F., Benítez Brito, N., Pinto Robayna, B., Ramallo Fariña, Y. and Díaz Flores, C. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 23(Suplemento 1), pp.130-131.
10. Seijo N. El "Yo" rechazado [Internet]. Cómete el mundo-blog de TCA. 2018 [citado 21 de mayo 2020]. Recuperado a partir de: <http://cometeelmundotca.es/index.php/blog/item/174-el-yo-rechazado-la-distorsion-de-la-imagen-corporal-en-tca>

11. Factores de riesgo para sufrir un TCA - Asociación contra la Anorexia y la Bulimia [Internet]. Acab.org. 2020 [citado 26 de enero 2020]. Recuperado a partir de : <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
12. Valls Llobet, C. and Sau, V. (2008). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo, pp.54-44.
13. Zazpe, I., Marqués, M., Sánchez-Tainta, A., Rodríguez-Mourille, A., Beunza, J. and Santiago, S. (2013). Hábitos alimentarios y actitudes hacia el cambio en alumnos y trabajadores universitarios españoles. *Nutrición Hospitalaria*, (28(5)), pp.1673-1680.
14. Mandelli L, Arminio A, Atti A-R, De Ronchi D (2018). Suicide attempts in eating disorder subtypes: a meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5, or ICD-10 diagnostic criteria. *Psychological Medicine* 1–13. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003549>
15. Alireza Hosseini, S. and K. Padhy, R. Body Image Distortion - PubMed - NCBI. [online] Ncbi.nlm.nih.gov. [Citado 19 de diciembre 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31536191>
16. Guereñu, S. (2019). *Una perspectiva feminista sobre la anorexia nerviosa - Mujeres para la Salud*. [online] Mujeres para la Salud. Available at: <https://www.mujeresparalasalud.org/una-perspectiva-feminista-sobre-la-anorexia-nerviosa/> [Accessed 6 Dec. 2019].
17. Saez C. La ciencia de la belleza [Internet]. Cristina Sáez. 2020 [cited 6 January 2020]. Available from: <https://cristinasaez.wordpress.com/2011/09/03/la-ciencia-de-la-belleza-2/>
18. Eating attitudes test(EAT-26): P.J. Ruiz Lázaro, *Medicine* [Internet].2010 [citado 22 Marzo 2020]; 10(61) 4234-7. Recuperado a partir de: <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/CuestionariosAnorexiaNerviosa.pdf>
19. Alvarenga MS, Francischi R, Fontes F, Scagliusi FB, Philippi ST. Adaptación y validación del Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perspect Nutr Humana*. 2010;12: 11-23
20. Gandarillas Grande A, Zorrilla Torras B, Sepúlveda García A, Muñoz Rodríguez P. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública Madrid [Internet]. 2003 [cited 19 April 2020];85(07/2003):54. Available from: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DDT85\\_prevalencia+de+casos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352853150802&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DDT85_prevalencia+de+casos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352853150802&ssbinary=true)
21. A. Constaín G, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez M, 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. *Atención Primaria*. Medellín, Colombia: 2014. 46(6)p. 283-289.

- 22.(L1) Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (**LOPDGDD**). «BOE» núm. 294, de 6 de diciembre de 2018, páginas 119788 a 119857 (70 págs.): Jefatura del Estado; RCL 2018.
- 23.(L2) Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. «BOE» núm. 103, de 30 de abril de 2003, páginas 16650 a 16659 (10 págs.): Cortes de Castilla y León; 2003. RCL 2003
- 24.(L3) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. «BOE» núm. 274, de 15/11/2002.: Jefatura del Estado; 2002. RCL 2002/2650
- 25.Pineda-García G, Gómez-Peresmitré G, Platas Acevedo S, Velasco Ariza V. Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en universitarios de Baja California-México. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2018;8(1):49-55.[citado 20 mayo 2020].Recuperado a partir de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232014000200002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000200002)
- 26.Escolar-Llamazares M, Martínez Martín M, González Alonso M, Medina Gómez M, Mercado Val E, Lara Ortega F. Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de la vulnerabilidad por sexo y edad. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2017;8(2):105-112.[citado 12 mayo 2020].Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152317300198>
- 27.Jahrami H, Sater M, Abdulla A, Faris M, AlAnsari A. Eating disorders risk among medical students: a global systematic review and meta-analysis. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2018;24(3):397-410.DOI: [10.1007/s40519-018-0516-z](https://doi.org/10.1007/s40519-018-0516-z)
- 28.CIE 10 Clasificación Internacional de las Enfermedades, capítulo V (F 50),10th Revision© Ginebra, OMS 1992.[citado 22 mayo 2020].Recuperado a partir de: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- 29.Jáuregui Lobera I. Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2009; 10(1):1086-1100.[citado 20 mayo 2020].Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112009000500008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000500008)
- 30.Acerca de la importancia de la nutrición para entender y tratar los trastornos de la conducta alimentaria. F.E.A.S.T. (familias empoderadas y apoyando el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria). Asociación TCA Aragón.1st ed. Copyright FEAST 2015.[citado 12 mayo 2020].Recuperado a partir de : <https://www.feast-ed.org/wp-content/uploads/2019/07/Al-plato-de-comida.pdf>
- 31.Belmonte García L. Trastornos de la conducta alimentaria en el alumnado de la Universidad de Murcia: Salud, satisfacción vital y estilos de vida [Doctorado en Internet]. Universidad de Murcia; 2017[citado 12 de mayo 2020].Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/10201/54709>

## 10. ANEXO I: Escala EAT-26

### Eating attitudes test (EAT-26)

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

#### Leyenda: Subescalas de EAT-26



Subescala Dieta  
 Subescala Bulimia  
 Subescala Control Oral

## ANEXO II: Análisis descriptivo de las variables del estudio

VARIABLE	RESULTADOS
Edad	77,68% entre <b>18-21 años</b> media 20,68 años
Particip. por curso	<b>1º 34,7%</b> 2º 24% 3º 10,7% 4º 30,6%
Peso/Talla	media <b>59,2kg</b> (rango 45-85kg) 9 casos peso <50kg / media <b>164cm</b> (rango 150-179cm) moda 160cm
IMC	media 21,86 moda 22 (rango 17-29,6) <17,5- <b>1,7%</b> <18,5- <b>6,6%</b> 18,5-24,9-80,1% 25,0-29,9-11,6% >30-0%
Est. laboral	83,5% no trabaja 16,5 estudia y trabaja
Est. civil	57% solteras sin pareja 40,5% solteras con pareja
TCA previos	<b>6,61%</b> (8 casos de n=121)
Ejercicio físico	33,1% nada 33,9%-1/2 veces semana 7,4% -4/7 veces semana 1,7%-todos los días
Dieta hipocal.	57% -nunca 43%-ha estado alguna vez a dieta
Tabaco/alcohol	79,3%-nunca 11%-lo han dejado 10%-fuman / 67,8%-a veces 18,2%-no consumen 12,4%-habitualmente
Salud percibida	48,8%-bien 5,7%-no estar en forma
Imagen corporal	52,1%-sí, pero quieren mejorar 26,45%-sí 21,5%-no
Rendimiento acad.	48%-nunca han suspendido alguna asignatura 0,8%-aprobar todo en los exámenes extraordinarios

### ANEXO III: Informe Favorable Comisión Ética e Investigación Facultad de Enfermería



Universidad de Valladolid



Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 3 de febrero y de nuevo por procedimiento virtual el 28 de mayo de 2020, y vista la solicitud presentada por:

DOÑA MARIETA BLAGOMIROVA LOZANOVA, estudiante de Grado de la Facultad de Enfermería

Tutora del TFG, doña Rosa María Cárdena García

Acuerda emitir informe favorable, en relación con la propuesta de Trabajo Fin de Grado que lleva por título:

*«Actitudes ante la alimentación en estudiantes mujeres de Grado de Enfermería de la UVV»*

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente escrito en Valladolid, a fecha de firma electrónica.- La Presidenta de la Comisión, M<sup>a</sup> José Cao Torja



Facultad de Enfermería. Edificio de Ciencias de la Salud. Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.  
Tfn.: 983 423000- ext.4083. Fax: 983 423284. e-mail: decanato.enf.va@uva.es

Código Seguro De Verificación:	Fee1n1PTC20Wz9881IeoTj--	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Maria Jose Cao Torja - Decanato de la Facultad de Enfermería de Valladolid	Firmado	30/05/2020 09:26:18
Observaciones		Página	3/29
Url De Verificación	<a href="https://ede.uva.es/Validacion_Documentos?code=Fee1n1PTC20Wz9881IeoTj--">https://ede.uva.es/Validacion_Documentos?code=Fee1n1PTC20Wz9881IeoTj--</a>		

