

# TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias  
SocioSanitarias*

Curso Académico 2016-2017

ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE DOS TIPOS DE  
INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA PREVENIR LA  
APARICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

Analysis of the efficacy of two types of educational interventions to  
prevent the occurrence of eating disorders in high school students

Realizado por: Marta Nicolás Villar

Dirigido por: Francisco Javier Pérez Rivera  
Elba Mauriz García

En León, a 4 de Septiembre de 2017

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A



## ÍNDICE

RESUMEN.....	3
SUMMARY .....	5
PALABRAS CLAVE .....	6
KEY WORDS.....	6
MÉTODO CIENTÍFICO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.....	7
LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS.....	11
OBJETIVOS .....	14
HIPÓTESIS.....	14
METODOLOGÍA .....	15
ÁMBITO DE ESTUDIO, SUJETOS, POBLACIÓN Y MUESTRA .....	15
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	15
VARIABLES .....	19
INSTRUMENTOS DE MEDIDA .....	20
RECOGIDA DE DATOS, TRATAMIENTO Y CONTROL DE CALIDAD Y ANÁLISIS DE DATOS Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS.....	21
PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN .....	21
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES .....	21
EQUIPO INVESTIGADOR .....	21
RESULTADOS .....	22
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD EN EL TOTAL DE LA MUESTRA Y EN LOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN Y CONTROL .....	22
PUNTUACIONES TOTALES Y POR APARTADOS DEL CUESTIONARIO EAT-26 EN LOS GRUPOS CONTROL E INTERVENCIÓN .....	24
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	27
CONCLUSIONES .....	33



LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	34
FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
1. AUTORIZACIÓN JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN .....	41
2. REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LA TEORÍA DEL AUTOESTIMA: DIBUJO DE LAS TORTUGAS.....	42
3. CUESTIONARIO THE EATING ATTITUDES TEST-26 (EAT-26).....	43
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	44



## RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas y multicausales que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. Estos trastornos comparten síntomas como la preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal. El presente estudio tiene como objetivo analizar la eficacia de dos intervenciones educativas para prevenir la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de tercer curso de secundaria.

**Metodología:** Se lleva a cabo un análisis estadístico cuantitativo y un estudio de diseño cuasiexperimental. La muestra está constituida por 51 sujetos (31 varones y 20 mujeres) en edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, todos ellos escolarizados en el curso académico de 3º de la E.S.O (Educación Secundaria Obligatoria). Se utiliza un muestreo de conglomerados por conveniencia, realizando dos tipos de intervenciones educativas: herramientas teóricas tradicionales: educación para la salud (intervención) y herramientas prácticas (control). Previo a las intervenciones y tras la aplicación de las mismas se realizó una evaluación de resultados utilizando el cuestionario Eating Attitudes Test (EAT- 26).

**Resultados:** La evaluación de los resultados obtenidos mediante el EAT-26 mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) en las puntuaciones globales de los grupos intervención y control antes y después de las sesiones educativas, independientemente del tipo de intervención aplicada. La eficacia de las intervenciones se demostró por la disminución de las puntuaciones globales del EAT-26 en ambos grupos, intervención (-6.) y control (-4.), dado que la disminución de las puntuaciones en este cuestionario supone una mejora en los resultados. El análisis de los resultados desglosados del EAT-26 mostró diferencias significativas en las puntuaciones de los apartados dieta y control oral del grupo intervención y dieta y preocupación por la comida del grupo control.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas al considerar las variables de sexo y edad ( $p > .05$ ).

**Conclusiones:** El análisis de los datos obtenidos muestra la efectividad de las intervenciones aplicadas y el consiguiente aumento de los conocimientos adquiridos para prevenir la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de educación secundaria. Estos resultados sugieren la importancia de la realización de intervenciones educativas sobre alimentación y salud en adolescentes. Asimismo, se pone de manifiesto la necesidad de desarrollar contenidos y competencias relacionados



universidad  
de león

con la prevención de trastornos alimentarios en el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y el Bachillerato.

## **SUMMARY**

**Introduction:** Eating disorders (eating disorders) are psychiatric and multicausal diseases that mainly affect adolescents and young women. These disorders share symptoms such as excessive preoccupation with food, weight and / or body shape and the use of unhealthy measures to control or reduce body weight. The present study aims to analyze the efficacy of two educational interventions to prevent the occurrence of eating disorders in third grade students.

**Methodology:** A quantitative statistical analysis and a quasi-experimental design are carried out. The sample consisted of 51 subjects (31 males and 20 females) between the ages of 14 and 18, all of them enrolled in the 3rd year of the ES (compulsory secondary education). A conglomerate sampling is used for convenience, performing two types of educational interventions: traditional theoretical tools: health education (intervention) and practical tools (control). Before the interventions and after the application of these, a results evaluation was performed using the questionnaire Eating Attitudes Test (EAT-26).

**Results:** The results of the EAT-26 showed statistically significant differences ( $p < .05$ ) in the overall scores of the intervention and control groups before and after the educational sessions, regardless of the type of intervention applied. The efficacy of the interventions was demonstrated by the decrease in overall EAT-26 scores in both groups, intervention (-6.) And control (-4.). Since the decrease in the scores in this questionnaire represents an improvement in the results. The analysis of the disaggregated results of the EAT-26 showed significant differences in the scores of the diet and oral control groups of the intervention group and diet and food concern of the control group.

No statistically significant differences were observed when considering sex and age variables ( $p > .05$ ).

**Conclusions:** The analysis of the data obtained shows the effectiveness of the interventions applied and the consequent increase of the knowledge acquired to prevent the occurrence of eating disorders in secondary school students. These results suggest the importance of carrying out educational interventions on food and health in adolescents. Likewise, the need to develop contents and skills related to the prevention of eating disorders in the basic curriculum of compulsory secondary education and the Baccalaureate is shown.



**PALABRAS CLAVE:** Trastornos de la conducta alimentaria, prevención, EAT-26, adolescentes, educación para la salud, intervenciones educativas.

**KEY WORDS:** Eating disorders, prevention, EAT-26, adolescents, health education, educational interventions.

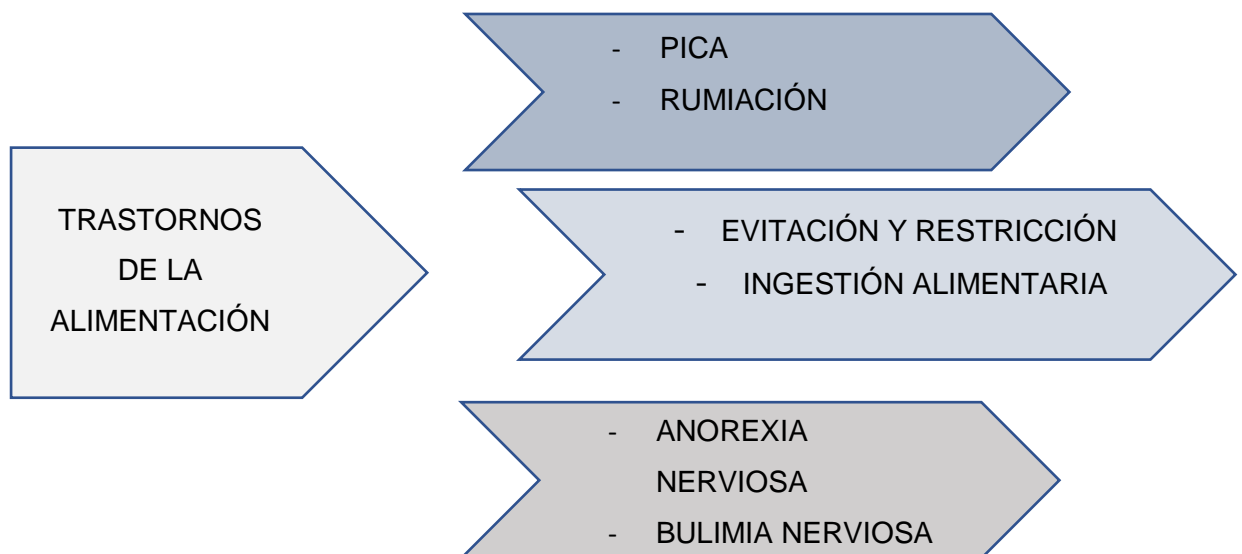


## INTRODUCCIÓN

### MÉTODO CIENTÍFICO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

Los acontecimientos de expansión, universalización, desarrollo social y económico han provocado un impacto negativo en relación con los hábitos de la alimentación, lo que ha supuesto un incremento en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en las sociedades industrializadas (Sharif Ishak et al., 2016). Estos trastornos son definidos, en general, como alteraciones específicas en la ingesta de los alimentos en aquellos individuos con comportamientos distorsionados en el acto de comer y que influyen negativamente en la salud de quien los padece (Méndez, Vázquez-Velazquez, & García-García, 2008). Los trastornos que destacar en este campo se encuentran dentro de dos categorizaciones principales a nivel internacional: DSM V y CIE-10. En ellos se describen los principales trastornos de la alimentación: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastornos de Atracción y Trastornos Alimentarios No Especificados o Trastornos Alimentarios Atípicos (Diagn, n.d.). Por definición la anorexia y la bulimia son patologías de origen multifactorial y son considerados trastornos psiquiátricos. En ambas patologías coexisten una serie de factores que influyen y condicionan la visión de la imagen corporal dentro de los que se encuentran: factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel socioeconómico, raza) los hábitos de la alimentación y nutricionales así como, los factores psicosociales como son la calidad de vida, los acontecimientos estresantes y el apoyo social (Duran-Aguero, Beyzaga-Medel, & Miranda-Durán, 2016).

La figura número 1 hace referencia a la clasificación de los trastornos de la alimentación más representativos (Vázquez Arévalo, Aguilar, Ocampo Tellez-Girón, & Mancilla-Díaz, 2015).







*Figura 1:* Esquema de la Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo con el DSM-5.

Desde la década de 1960, los trastornos alimentarios se consideran un importante problema de salud pública entre los adolescentes y las mujeres occidentales, cuya prevalencia ha ido incrementando con el paso del tiempo. Constituyen un problema en los países desarrollados, por su gravedad, tendencia a la cronicidad y su tratamiento de carácter especializado (Hotta et al., 2015).

Los TCA poseen rasgos en común: preocupación por el peso y la comida, insatisfacción de la imagen corporal y el uso de medidas no saludables. Sin embargo, presentan una serie de diferencias que ayudan a llevar a cabo el diagnóstico. Las personas que padecen bulimia nerviosa suelen presentar un peso normal y comen de forma habitual, mientras que los individuos que padecen anorexia suelen tener bajo peso corporal, ayunos, y creen tener control sobre su ingesta. El pensamiento reiterado acerca de la delgadez, la preocupación por el peso o el miedo a engordar, son características que se encuentran tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa, aunque más acusada en la anorexia (Plaza Sánchez, 2010).

En cuanto a la etiología de estos trastornos existe una sinergia de varios factores: biológicos, psicológicos, familiares y sociales. El modelo que surge con mayor frecuencia determina la combinación de tres factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

Factores predisponentes:

- Ser mujer, especialmente en países industrializados.
- Historia genética de TCA.
- Perfeccionista y complaciente con los demás.
- Dificultad para comunicar emociones negativas y para resolver conflictos.
- Baja autoestima.
- Padres sobreprotectores.
- Experiencias de vida adversas (abuso sexual).
- Presión del medio sobre la mujer.
- Desbalance de los neurotransmisores.

Factores precipitantes:

- Dieta.

- Dinámica familiar y comentarios negativos de la familia acerca de la apariencia, peso, fracaso académico o conflicto familiar.
- Dificultad con las tareas del desarrollo en la transición a la adultez.
- Abuso sexual.

Factores perpetuantes:

- Procesos biológicos relacionados con la desnutrición y la realimentación.
- Procesos psicológicos (Marín B., 2002).

La incidencia de los TCA ha aumentado entre la población adolescente, así como su aparición más temprana especialmente en los países occidentales industrializados. Se estima que un 85% de los adolescentes entre 13 y 20 años desarrollan anorexia nerviosa. Sin embargo, la bulimia presenta una epidemiología más compleja, por lo que investigaciones recientes acerca de su incidencia difieren en cuanto a criterios diagnósticos.

Según el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid se determina que la incidencia de la anorexia nerviosa ha permanecido estabilizada en las últimas décadas, sin embargo, en el grupo de mayor riesgo ha habido un incremento en las mujeres de 15 a los 19 años. Por otro lado, en el caso de la bulimia nerviosa su incidencia ha disminuido (Ruiz, 2017).

La prevalencia a nivel mundial se corresponde con el 0.5 a 3.7%, siendo menor en países no occidentales aunque en constante aumento (Bermúdez, Machado, & García, 2016). Los estudios llevados a cabo en España sitúan a las mujeres adolescentes, entre los 12 y 21 años, como población de mayor riesgo. Por otro lado, es importante tener en cuenta la alta prevalencia española especialmente en mujeres a partir de los 15 años (Sánchez, 2013).

Se determina una prevalencia del 0.14% al 0.69% para la anorexia nerviosa, del 0.41% al 1.38% para la bulimia nerviosa y del 2.76% al 4.86% en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados. La prevalencia de los trastornos alimentarios es de 4.1 al 6.41%. A pesar de existir menos investigación sobre ello la prevalencia está aumentado hacia hombres adultos (Muy & Tandazo, 2012).

Del mismo modo, resulta verdaderamente complicado determinar la prevalencia real y concreta de los TCA. Entre las dificultades en el estudio de la prevalencia se encuentran: la baja prevalencia de los TCA, las dificultades relacionadas con la definición diagnóstica y la dificultad de la evaluación de la sintomatología específica de los TCA (Asociación de Análisis del Comportamiento., 2001).



Debido al incremento en la incidencia de los TCA, nace la necesidad de estudiar a las poblaciones que presentan un mayor riesgo de padecerlas, como es el colectivo adolescente. Este colectivo sufre una serie de cambios fisiológicos a lo largo de este periodo, que en multitud de ocasiones se relacionan con una imagen negativa del cuerpo y que dificultan el diagnóstico del problema. Las intervenciones deben ir dirigidas a promover una serie de hábitos alimenticios correctos y una imagen positiva de su cuerpo. La prevención y el tratamiento se dificultan si tenemos en cuenta que los individuos que los padecen tienden a ocultar el problema (Benítez Benítez, 2016).

Los adolescentes, como grupo vulnerable, asimilan la información que se les transmite de forma negativa, originando la aparición, en múltiples ocasiones, de patologías relacionadas con la alimentación, como los TCA (Bolaños Ríos, 2009). En la adolescencia deben de adoptarse una serie de reglas que prevengan la aparición de patologías con una influencia directa sobre la calidad de vida de toda la población. Estas patologías no influyen únicamente en la persona que las padece y en su entorno más cercano, sino que son un problema que repercute directa e indirectamente sobre los profesionales sanitarios y los docentes, que conviven diariamente con personas con este trastorno (Molinero et al., 2010).

Estas consideraciones ponen de manifiesto la necesidad de realizar un diagnóstico precoz y de prevenir su cronicidad. Muchos investigadores creen que es efectivo evitar que aparezca la enfermedad desarrollando medidas encaminadas a lograr la prevención.

Además, existen algunas características de los TCA, que justifican la importancia de su estudio y que se basan en los siguientes puntos (Rica & Sánchez, 2006):

- Crecimiento exponencial en los casos o en el diagnóstico de los trastornos de conducta alimentaria.
- Mortalidad de un 5% a 20%, cuyas causas principales son la inanición, el fallo cardiaco y el suicidio.
- La cronicidad a casi una cuarta parte de las personas afectadas.
- La fuerte afectación y padecimiento en los pacientes y en quienes los rodean.
- Alta tasa de recaídas e ingresos hospitalarios prolongados.
- Alto gasto económico.

La sociedad actual adquiere nuevos y modernos estilos de vida, que deterioran el estado de salud nutricional de la población.



## LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS

La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes se ha convertido en un problema de salud abordable mediante la educación para la salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la educación sanitaria supone que la población asuma un comportamiento sano. El comportamiento de un individuo puede ser la causa fundamental de un problema de salud, o por el contrario la solución para el mismo. Según la OMS, la educación sanitaria promueve la salud, previene la aparición de enfermedades y facilita la rehabilitación (Ginebra, 2010). En educación para la salud, se necesita conocer la realidad de la población diana. De este modo resalta el interés por conocer cuáles son los hábitos alimenticios de la población a estudiar. La utilización de sesiones de educación para la salud parece adecuada en el siglo XXI, considerando a la educación el objeto principal para cualquier cambio. La educación para la salud es reconocida por la OMS como necesaria a fin de mejorar la salud de los individuos con la promoción de hábitos saludables. Uno de los mayores retos es incorporar estos hábitos alimentarios en los primeros años de vida, ya que estos serán decisivos en el comportamiento del adolescente y posteriormente en su etapa adulta. (Martínez, Fernández, & López, 2006).

Por otro lado, no se tiene en cuenta solamente el punto de vista nutricional, sino el punto de vista educacional, lo que facilita la planificación de programas de intervención. Para conseguir aprendizajes significativos en los estudiantes, se deben conocer sus hábitos respecto a la alimentación para posteriormente poder reestructurarlos. Del mismo modo, se debe de permitir al estudiante detectar cuáles son sus hábitos insanos y analizar las formas de actuar (Pérez de Eulate, Ramos, Liberal, & Latorre, 2005). Es importante conocer aquellas conductas que se repiten frecuentemente y que puedan tener una incidencia directa en la aparición de los trastornos de la conducta de la alimentación.

La educación para la salud surge como una herramienta capaz de prevenir las conductas alimentarias no saludables y peligrosas (Rosa, Oliveira, & Mombaqué, 2017) mediante programas saludables. La educación para la salud permite obtener conductas positivas, sirviendo de precedente para alcanzar hábitos saludables que mejoren el bienestar social. De este modo, para conseguir modificar estas rutinas y dirigir las hacia objetivos sanos y beneficiosos, se debe influir sobre la jerarquía social y los valores que la sociedad actual ha generado.

La educación nutricional orienta sus expectativas hacia el aprendizaje y la adecuación de hábitos alimentarios saludables de acuerdo con una cultura alimentaria propia y adecuada. En relación con los TCA, esta educación tiene un papel fundamental ya que



pretende conseguir que el paciente cambie sus actitudes hacia la comida y adquiera un patrón alimenticio adecuado (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. et al., 2009).

Los trastornos de la conducta alimentaria se pueden prevenir siempre y cuando se actúe sobre el estilo de vida, evitando su aparición, lo que denominamos prevención primaria. La situación actual de salud y económica que encontramos en España, obliga a la búsqueda de soluciones sobre estos trastornos, teniendo en cuenta que se manifiestan en edades tempranas y que se deben de proporcionar hábitos alimentarios y aprendizaje.

La educación para la salud nutricional dirigida a niños y adolescentes, incluye diversos beneficios descritos en la literatura científica reciente (Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología., Da Silva, Duffy, & Schittner, 2011, Al-Ali & Arrizabalaga, 2015).

- La mejora en las conductas, actitudes y creencias alimentarias.
- La mejora de las habilidades culinarias.
- El incremento del conocimiento en temas alimentarios y nutricionales.
- El incremento del consumo de frutas y verduras.
- La influencia positiva en las elecciones dietéticas.
- El incremento de la tendencia a probar nuevos alimentos.

Atendiendo a la amplia trascendencia de la problemática, la escuela juega un rol fundamental en la promoción de hábitos alimentarios y el desarrollo de programas de carácter nutricional. Por esta razón, para lograr modificar las conductas no saludables se requieren herramientas apropiadas como la educación para la salud. Se considera que, a largo plazo, este método es el más eficaz para llegar a grupos de adolescentes y el único camino para alcanzar positivamente hábitos de vida saludables, que perduren en la etapa adulta y disminuyan la presencia de enfermedades de carácter crónico y degenerativo. La intervención educativa desarrollada en la etapa adolescente permite garantizar la toma de decisiones saludables. Además, permiten que se conviertan en promotores de la salud dentro de la escuela y la comunidad (Macias M, Gordillo S, & Camacho R, 2012).

En la 36ª Asamblea Mundial de la Salud se definió a la educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que las personas sepan cómo alcanzar niveles de salud óptimos y busquen ayuda cuando lo necesiten (Organización Mundial de la Salud, 2006).



El desarrollo del estudio surge con el fin de investigar en el campo de la prevención de los TCA en el marco educativo, aplicando a los adolescentes escolarizados intervenciones de carácter interactivo. Por lo tanto, la intención inmediata para prevenir estos trastornos parece estar más que justificada.

Se ha seleccionado el marco educativo por diversas razones:

- 1) Los estudios de prevalencia muestran muchos casos de TCA en el ámbito escolar.
- 2) Es fácil tener acceso a estudiantes en riesgo.
- 3) La aplicación de las intervenciones es sencilla debido a que los participantes pasan mucho tiempo en el ámbito escolar.
- 4) Posibilidad de intervenciones futuras.

Es importante tener en cuenta también que la efectividad de las intervenciones se debe a que se han tenido en cuenta los puntos que la educación para la salud diseña en el ámbito escolar (Pereira Miragaya & Hernández Fleita, 2009);

- Que los individuos adquieran cambios en los conocimientos, y que con ello consigan mejores resultados en los cuestionarios auto evaluativos para la prevención de trastornos de la alimentación, como el EAT-26.
- Motivar al alumnado desde el primer momento sobre la importancia de su participación en el proyecto, favoreciendo su autoestima e implicación social.

En los últimos tiempos se han desarrollado varios programas de prevención orientados hacia la prevención del sobrepeso y la obesidad (Bonsergent et al., 2013). Sin embargo, existen menos publicaciones orientadas hacia el colectivo adolescente rigurosos metodológicamente en la detección precoz de los trastornos de la alimentación (Gallotta et al., 2016).

La dificultad para detectar los TCA en el umbral diagnóstico provoca el desarrollo de una nueva categoría que clasifica los modelos de prevención. Así, es necesario utilizar la prevención selectiva dirigida a grupos considerados de riesgo, considerándola un modelo de intervención capaz de abordar el problema desde el principio. En esta línea la OMS determina que los componentes de la alimentación saludable, la actividad física y la imagen corporal deberían de ser incorporados como plan de estudios, garantizando cambios en el comportamiento de los adolescentes sirviendo así prevención para enfermedades relacionadas con la alimentación (Fundación Bengoa Caracas, Aliaga, Blasco, Aguilar, & Lara, 2013).



## **OBJETIVOS**

Los objetivos del presente proyecto de investigación serán los siguientes:

- Analizar la eficacia de dos tipos de intervenciones educativas para mejorar los conocimientos y actitudes de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de tercer curso de educación secundaria obligatoria.
- Valorar el conocimiento sobre TCAs mediante el cuestionario EAT-26.

## **HIPÓTESIS**

La hipótesis del proyecto consiste en considerar que las intervenciones de educación para la salud y las herramientas prácticas mejorarán los conocimientos sobre hábitos saludables nutricionales en el colectivo adolescentes.



## **METODOLOGÍA**

### **ÁMBITO DE ESTUDIO, SUJETOS, POBLACIÓN Y MUESTRA**

La muestra está constituida por 51 sujetos (31 varones y 20 mujeres) en edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, todos ellos escolarizados en el curso académico de 3º de la E.S.O. (Educación Secundaria Obligatoria). La totalidad de esta muestra fue obtenida del Instituto Público Juan del Enzina (León) durante el curso académico 2016-2017. Se incluye a todo el alumnado que forma parte del tercer curso de educación secundaria. Es un muestreo de conglomerados por conveniencia. La población es semejante a la de otros institutos españoles, por lo tanto, se prevé que los resultados obtenidos sean similares.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realiza un diseño con dos grupos aleatorios con pre y post tratamiento. Consiste en un análisis estadístico cuantitativo, de tipo cuasiexperimental y explicativo.

Una vez obtenida la autorización de la Junta (Anexo 1) que permitió la realización del proyecto de investigación, se tuvo un contacto con el director y la jefa de estudios del instituto, para solicitar el permiso y su colaboración. Se explicaron objetivos e intervenciones, así como los materiales necesarios. Debido a la edad de la muestra seleccionada se facilitó un consentimiento informado a los tutores legales de los alumnos, manifestando su conformidad.

Antes de realizar las primeras intervenciones se acudió al centro escolar para realizar la presentación a los alumnos de forma global y dar a conocer las intervenciones que se iban a desarrollar. Se les explicó que se aplicaría un instrumento de autoinforme específico para medir los aspectos relacionados con los TCA, el EAT-26 (Eating Attitudes Test) (Garner, 2004). La valoración se realizó mediante este instrumento antes y después de llevar a cabo las sesiones. Se explicó la forma de rellenar el cuestionario, se pidió colaboración y sinceridad a la hora de responder, garantizando siempre el anonimato y la confidencialidad. Se les explicó también el objetivo del estudio y la importancia que ellos tenían en el mismo, situación que garantizó desde una primera instancia la motivación del colectivo adolescente por participar en el estudio. Asimismo, y para facilitar la recogida de datos de carácter sociodemográfico se les pidió que incluyesen en el cuestionario edad y sexo. Los cuestionarios se autoadministraron en horas de clase, con una duración aproximada de unos quince minutos, en presencia del profesional encargado de analizar los cuestionarios y del tutor.

Las sesiones fueron impartidas durante las clases de tutorías de los grupos, a lo largo de tres semanas, martes y miércoles para los grupos de intervención (clase A y B) y





jueves para el grupo control (clase C). La duración de las sesiones fue aproximadamente de 45 minutos. El proceso de intervención y evaluación fue realizado por el mismo profesional.

Las sesiones de educación para la salud diseñadas para ser aplicadas al grupo intervención se desarrollaron en tres horas lectivas. Todas las sesiones fueron de carácter expositivo utilizando para cada sesión presentaciones en soporte Power-Point para captar la atención del alumnado. Los temas y cuestiones analizados fueron los siguientes:

- Una primera sesión fue dirigida hacia la alimentación, nutrición y el ejercicio físico. En ella se analizaron y explicaron aspectos fundamentales a conocer acerca de la importancia de desarrollar en la dieta diaria una alimentación equilibrada, así como los alimentos que formaban parte de la pirámide de la alimentación. Por otro lado, se desarrollaron recomendaciones saludables desde el punto de vista del profesional de enfermería y se analizaron también los falsos mitos sobre los alimentos, como por ejemplo las calorías presentes en el agua o si lo que más hay que consumir son las vitaminas. El final de la sesión fue dirigido a explicar la importancia de realizar ejercicio físico en la adolescencia y su trascendencia durante el período de exámenes.
- En la segunda sesión de educación para la salud se trataron dos temas muy importantes a la hora de hacer frente a la prevención de los trastornos de la alimentación: autoestima y autoconcepto. A lo largo de la charla, se aportaron definiciones teóricas y los alumnos explicaron y analizaron sus puntos de vista. Además, se realizó un esquema orientativo, con sus componentes y teorías para incorporar por último conocimientos orientados hacia el decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal en los medios de comunicación social y la publicidad.
- En la última sesión desarrollada se analizaron los medios de comunicación y publicidad, donde se determinó la estigmatización de la imagen corporal.

<b>SESIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>	
	Definiciones de nutrición y alimentación Definición de alimentación equilibrada ¿Qué son los nutrientes? La pirámide de la alimentación Recomendaciones generales La importancia del desayuno



<p><b>PRIMERA SESIÓN: ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y EJERCICIO FÍSICO</b></p>	<p>Mitos falsos sobre la alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Lo que más hay que consumir son las vitaminas</li><li>- Lo que más hay que consumir son las proteínas</li><li>- El pan engorda</li><li>- Hay alimentos que engordan y adelgazan</li><li>- En agua en las comidas engorda</li><li>- Las dietas no son peligrosas</li><li>- ¿Por qué es mala la comida basura?</li><li>- Los refrescos light tienen pocas calorías</li><li>- Los productos integrales adelgazan</li><li>- Es necesario tomar suplementos de vitaminas y minerales</li></ul> <p>¿Cómo debe de ser la alimentación en exámenes finales?</p> <p>El ejercicio físico en la adolescencia</p>
<p><b>SEGUNDA SESIÓN: AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO</b></p>	<p>Definición de autoestima y componentes</p> <p>Teoría de la autoestima</p> <p>Fórmula de James</p> <p>Tipos de autoestima</p> <p>Cómo desarrollar la autoestima en los demás</p> <p>Las bases de la autoestima</p> <p>¿Cómo influye la autoestima en la vida cotidiana?</p> <p>Efecto Pygmalión</p> <p>Decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Promover una diversidad de imágenes corporales realistas que fomenten la salud</li><li>- Fomentar la diversidad corporal y respetarla como un hecho y una riqueza</li><li>- Evitar promover conductas de riesgo y dietas no saludables</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar la autoestima de las personas más allá de su apariencia física</li> <li>- Velar especialmente por la salud de la población adolescente, porque es el colectivo más predispuesto a sentirse insatisfecho con su cuerpo</li> </ul>
<p><b>TERCERA SESIÓN: LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL</b></p>	<p>¿Qué es la imagen corporal? Factores que intervienen en ella La comparación con los demás La perfección no existe La importancia relativa del aspecto físico Medios de comunicación y publicidad Antiguos canon de belleza ¿Merece la pena arriesgar la salud por la moda? Peso ideal vs peso real Publicidad y negocios</p>

La intervención dirigida hacia el grupo control, añadió a las pequeñas orientaciones teóricas talleres prácticos e interactivos que fomentaron la interacción social entre los individuos.

En la primera sesión se desarrolló una pequeña charla orientativa sobre nutrición, alimentación y ejercicio físico. Tras ella se dividió al grupo varios subgrupos, quienes debaten sobre puntos a favor y en contra de los falsos mitos de la alimentación previamente explicados: las patatas engordan, las hortalizas no poseen proteínas, las zanahorias y tomates mejoran la vista, el agua engorda, lo que más hay que consumir son las vitaminas, existen alimentos que adelgaza, las dietas no son peligrosas, etc.

En la segunda sesión se dibujó el árbol de la autoestima donde cada alumno indicó los logros, éxitos o metas alcanzadas, las cuales deben de ser importantes para cada uno. Se explica la teoría de la autoestima, a través del dibujo de las tortugas. En él aparecen reflejadas dos tortugas, una pequeña que sueña con ser grande y una grande que sueña con ser un caballo. Se pregunta al alumnado que comenten cuál de las dos imágenes representa baja y alta autoestima y se debate acerca de ello (Anexo 2).

En la última sesión los alumnos divididos en subgrupos analizaron un anuncio publicitario donde se utilice la imagen corporal para vender algo y exponerlo. Después se analizó realizando una puesta en común.



HERRAMIENTAS PRÁCTICAS	
<b>PRIMER TALLER</b>	Pequeña charla orientativa sobre nutrición, alimentación y ejercicio físico Debate sobre los aspectos a favor y en contra de los mitos de la alimentación <ul style="list-style-type: none"><li>- Las patatas engordan</li><li>- Las hortalizas no poseen proteínas</li><li>- Las zanahorias y tomates mejoran la vista</li><li>- El agua engorda</li><li>- Lo que más hay que consumir son las vitaminas, existen alimentos que adelgaza</li><li>- Las dietas no son peligrosas</li></ul>
<b>SEGUNDO TALLER</b>	Dibujo del árbol de la autoestima <ul style="list-style-type: none"><li>- Logros, metas y éxitos personales</li></ul> Teoría de la autoestima <ul style="list-style-type: none"><li>- Dibujo de las tortugas</li></ul> Debate
<b>TERCER TALLER</b>	Elección de un anuncio publicitario cuyo tema principal sea la imagen corporal divididos en grupos Representación del mismo Debate

La validez interna del estudio, la garantiza que todos los instrumentos de medida utilizados están correctamente validados y son eficaces en la recogida de los datos.

Por lo tanto, una vez desarrollada la evaluación pre-tratamiento se desarrollaron las intervenciones. Al finalizarlas se desarrolla la evaluación post-tratamiento con el mismo cuestionario.

### VARIABLES

La variable independiente consiste en recibir las sesiones de educación para la salud.

Las variables dependientes consideradas fueron las siguientes, y se correspondieron con los factores que se miden en el cuestionario EAT-26.

- 1) La dieta y la actitud ante la comida
- 2) La bulimia y la preocupación por la comida



3) El autocontrol de la ingesta.

### **INSTRUMENTOS DE MEDIDA**

Para determinar la eficacia de las intervenciones educativas aplicando el cuestionario The Eating Attitudes test-26 (EAT-26) (Anexo 3) para prevenir la aparición de los trastornos de la alimentación.

The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) (Garner,2004) es una de las medidas utilizadas para la detección y evaluación de los comportamientos y actitudes de los trastornos de la alimentación. Fue diseñada en el año 1982 y su validación española fue llevada a cabo por (Gandarillas A, et al., 2003). Es un instrumento que se encuentra disponible y de fácil realización. De acuerdo con la revisión de la literatura, el instrumento está diseñado para el uso en la población adolescente tanto masculina como femenina. Su autor considera de gran importancia su utilización en el colectivo adolescente añadiendo además que uno de los ítems “control oral”, es un aspecto latente en esta etapa, donde existe una falta de control acerca de que horarios se marca este colectivo y que comen (McEnery, Fitzgerald, McNicholas, & Dooley, 2016) (Constaín et al., 2017).

Los 26 ítems que contiene el cuestionario EAT-26 se dividen en tres factores:

- Dieta y preocupación por la comida (conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez)
- Bulimia y preocupación por la comida (atracones y vómitos)
- Control oral (autocontrol acerca de la ingesta y presión de los demás para ganar peso)

La puntuación total del EAT-26 es la suma de los 26 ítems. Para responder adecuadamente a este cuestionario se debe de indicar con que frecuencia se realizan los comportamientos a través de una escala tipo Likert de seis puntos: 1 = Nunca, 2= Rara vez, 3= A veces, 4= Frecuentemente, 5= Casi siempre, 6= Siempre (Fischer, 2016). Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 correspondiendo el 3 con las respuestas que se aproximan a una dirección sintomática (siempre = 3). El ítem 25 se puntúa de una manera opuesta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (nunca = 3). Los autores determinan el punto de corte para identificar a los sujetos en riesgo de padecer TCA por encima de 20 puntos suponiendo esta situación la necesidad de una investigación mayor. En muestras españolas posee una sensibilidad del 91% y especificidad del 69% (Kumar, Singh & Kaur, 2016).



## **RECOGIDA DE DATOS, TRATAMIENTO Y CONTROL DE CALIDAD Y ANÁLISIS DE DATOS Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS**

La recogida de datos se realiza antes de la primera sesión y tras la última. Se lleva a cabo de forma confidencial y utilizando un registro electrónico para salvaguardar la identidad de los sujetos.

Los datos y análisis estadísticos se analizan mediante el programa informático IBM SPSS en su versión 24. Las estadísticas descriptivas se presentan mediante la media y la desviación estándar, los datos categóricos mediante frecuencias y porcentajes.

Se utiliza el estadístico *T-student* para muestras independientes y pareadas, puesto que los datos siguen una distribución normal de acuerdo a la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov. Se consideran diferencias estadísticamente significativas  $p < .05$

## **PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Dentro del ámbito educativo supone una de las fórmulas estratégicas que ayudan a elevar el horizonte de salud, desarrollándolo durante el periodo de la adolescencia al constituir un periodo clave en el que la correcta adquisición de hábitos de calidad de vida se afianzará con los años y evitará trastornos futuros. En base a todo lo anterior, los elementos que debemos incluir en los programas de educación para la salud nutricional y que aseguren efectividad serán intervenciones basadas en las conductas (Al-Ali & Arrizabalaga, 2015).

## **ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

En todas las intervenciones se obtiene un consentimiento por parte de la junta directiva del colegio, del director, y los padres (Anexo 4) previa realización de cualquier tipo de recogida de datos.

## **EQUIPO INVESTIGADOR**

El estudio ha sido desarrollado por una enfermera estudiante del Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias.

De igual modo la participación del tutor y una cotutora quienes dirigen el proyecto, así como la presencia de los profesores del colegio quienes forman parte de las sesiones.

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD EN EL TOTAL DE LA MUESTRA Y EN LOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN Y CONTROL

La media de edad de los 51 participantes es 14.78, encontrándose la mayor parte de los individuos entre los 14 y los 15 años (Figura 2). La participación de hombres es de un 17.6% mayor que las mujeres (Figura 3).

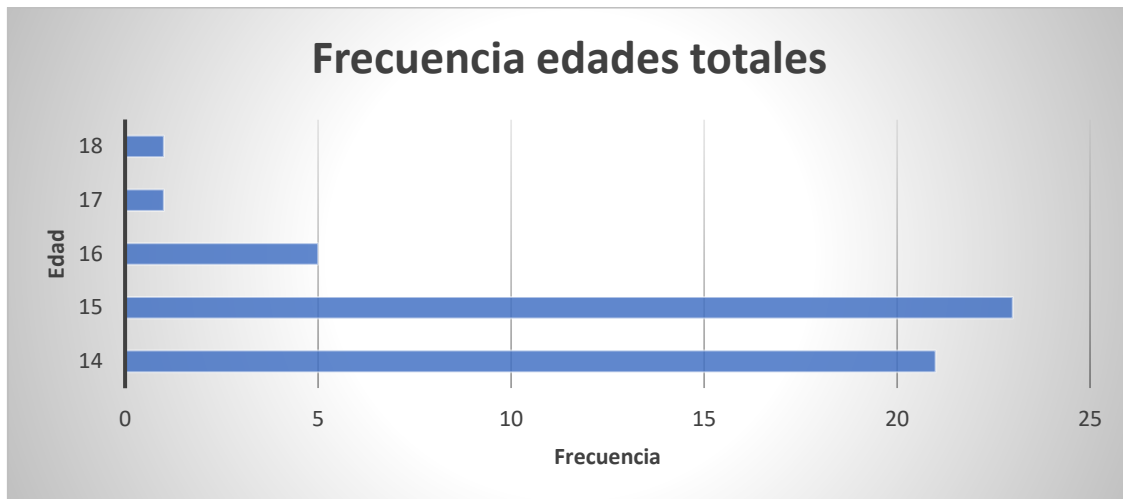


Figura 2: Frecuencia de edades de la muestra.

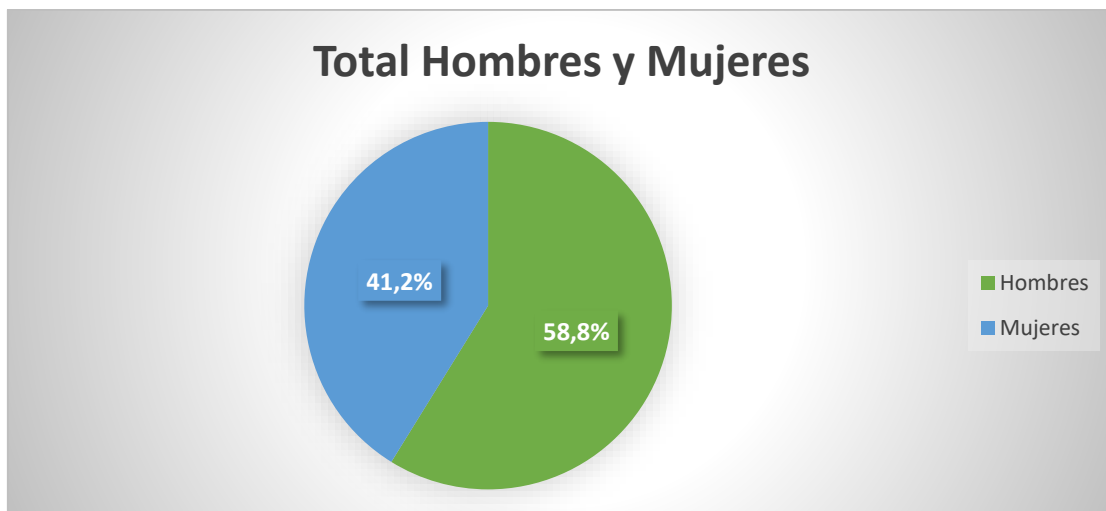


Figura 3: Porcentaje total de hombres y mujeres.

Las estadísticas de grupo, en función de las características demográficas de la población de estudio, muestran los siguientes resultados:

- Atendiendo a la variable edad (Figura 4):
  - o En el grupo intervención: un total de 33 participantes con una media de edad de 15.17.

- En el grupo control: un total de 18 participantes con una media de edad de 14.58.

Se obtiene una ( $p >.05$ ), por lo que se consideran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, no influyendo la variable edad en la muestra.

Al comparar la edad de los grupos control e intervención representados en la (Figura 4) se obtienen diferencias estadísticamente significativas, ya que el grupo de la clase C muestra una edad media mayor que el otro grupo. Sin embargo, a prueba de regresión lineal muestra que la edad no influye significativamente en la puntuación obtenida en los resultados ( $p >.05$ ).

- Atendiendo a la variable sexo (Figura 4):
  - En el grupo intervención: Los chicos se corresponden con el 60.6% total de la muestra y las chicas se corresponden con el 39.4% total de la muestra.
  - En el grupo control: Los chicos se corresponden con el 55.6% total de la muestra y las chicas se corresponden con el 44.4% total de la muestra.

En relación con la distribución por sexo tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $p >.05$ ).

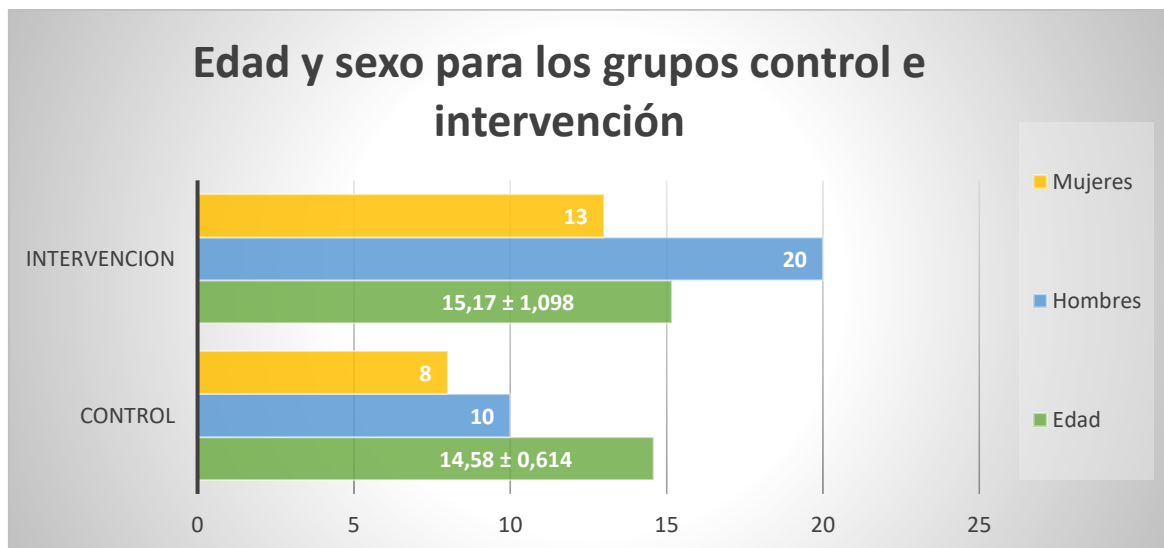


Figura 4: Tabla de frecuencias para los grupos control e intervención de acuerdo al sexo y edad.



## PUNTUACIONES TOTALES Y POR APARTADOS DEL CUESTIONARIO EAT-26 EN LOS GRUPOS CONTROL E INTERVENCIÓN

La puntuación obtenida en el EAT-26 oscila de 0 a 24 puntos, siendo la media para el total de participantes previo a la intervención de 9.54 y tras la intervención de 4.86.

Los 26 ítems de cuestionarios se dividieron en tres subescalas:

- Dieta (13 ítems: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 26).
- Bulimia y preocupación por la comida (6 ítems: 3, 4, 9, 18, 21, 25).
- Control oral (7 ítems: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20).

En este apartado se comparan los resultados obtenidos en el total de puntuación antes y después de las intervenciones realizadas. Se valoran puntuaciones totales, así como las puntuaciones extraídas de las tres subescalas diferentes, dentro del grupo control y del grupo intervención. No se observaron diferencias estadísticamente significativas independientemente del tipo de intervención utilizada ( $p < 0.5$ ) (Figura 5).

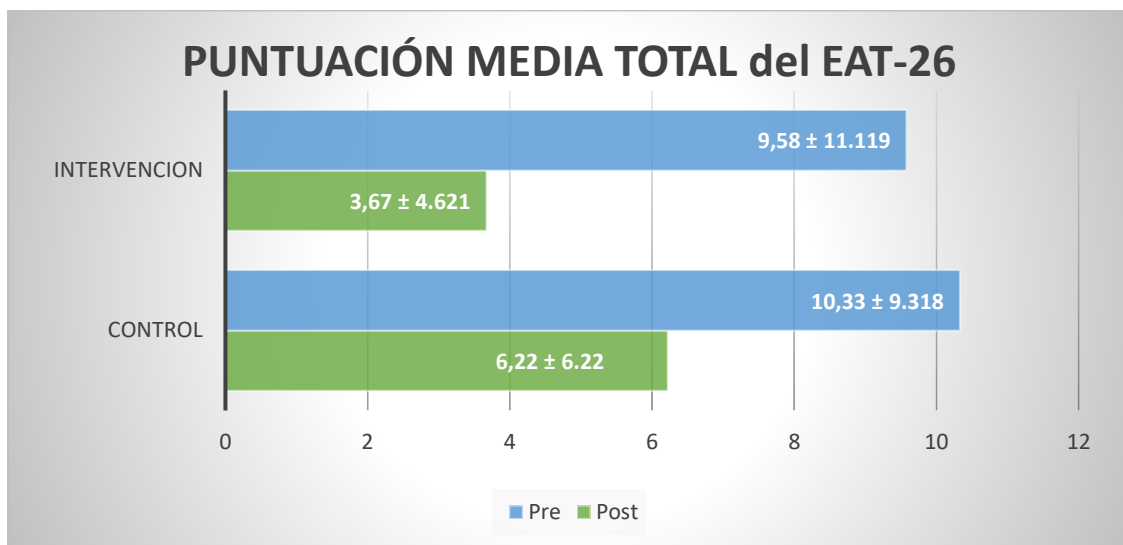


Figura 5: Puntuación media total del cuestionario EAT-26 en grupos control e intervención antes y después de las sesiones y talleres.

Se obtiene una ( $p < .05$ ) demostrando diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de ambos grupos. Se observa una disminución de las puntuaciones

comparando los resultados antes y después de las intervenciones.

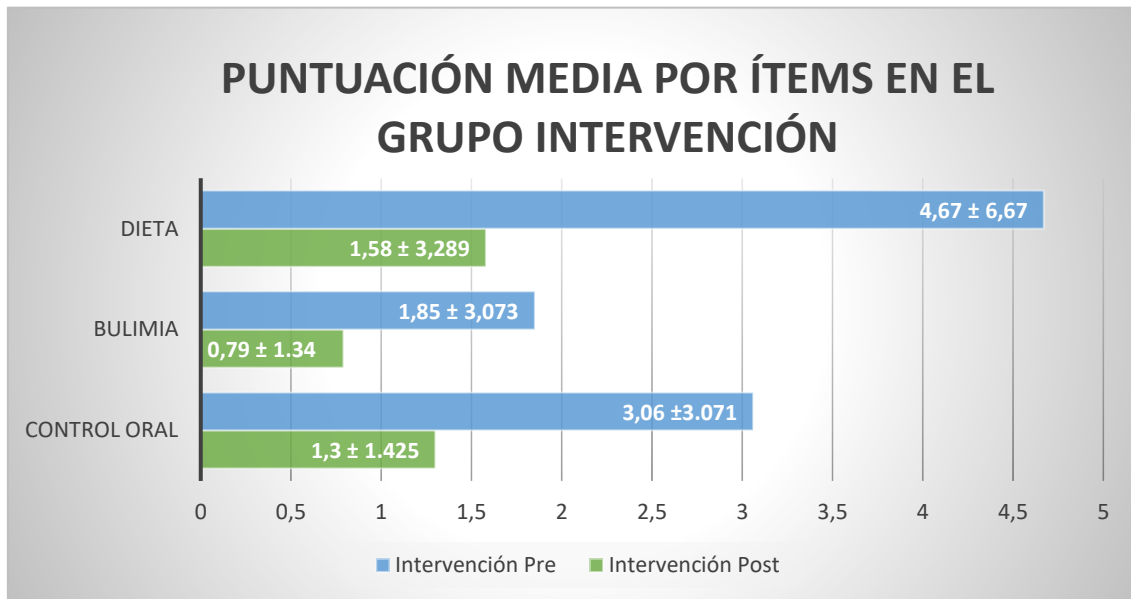
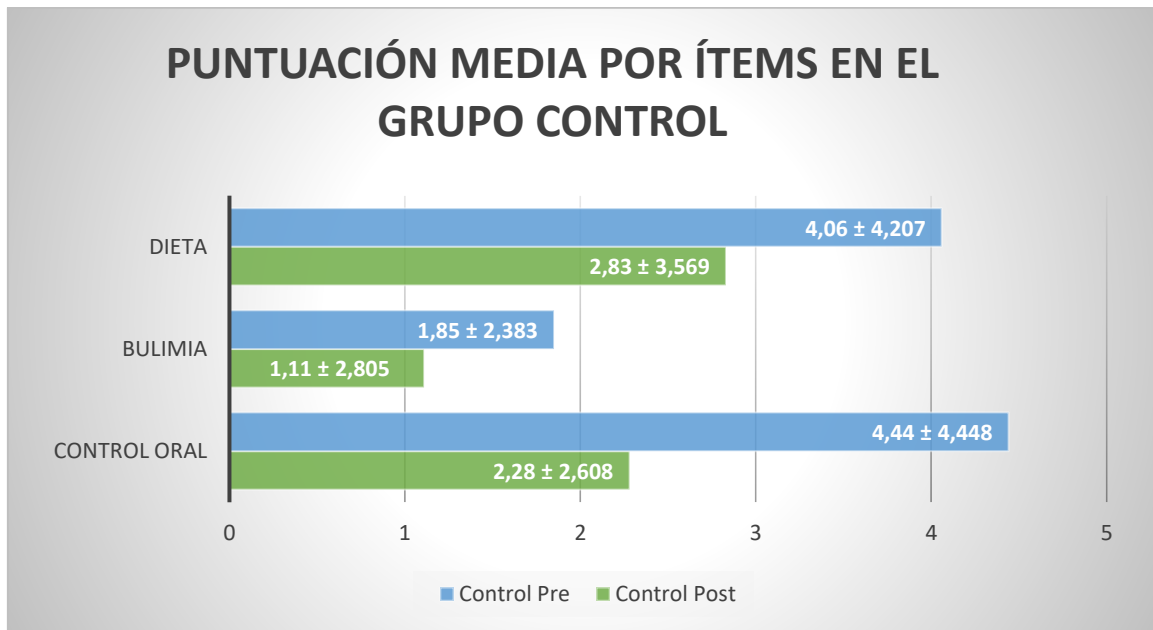


Figura 6: Puntuación media por subescalas en el cuestionario EAT-26 en el grupo intervención.

De acuerdo con la división de los ítems obtenemos los siguientes resultados:

- 1) Dieta: En este apartado se obtiene una  $p < .05$  considerado diferencias estadísticamente significativas.
- 2) Bulimia y preocupación por la comida: En este apartado no se muestran diferencias estadísticamente significativas.
- 3) Control oral: En este apartado se obtiene una  $p < .05$  considerado diferencias estadísticamente significativas.



*Figura 7:* Puntuación media por subescalas en el cuestionario EAT-26 en el grupo control.

De acuerdo con la división de los ítems obtenemos los siguientes resultados:

- 1) Dieta: En este apartado se obtiene una  $p < .05$  considerado diferencias estadísticamente significativas.
- 2) Bulimia y preocupación por la comida: En este apartado se obtiene una  $p < .05$  considerado diferencias estadísticamente significativas.
- 3) Control oral: En este apartado no se observan diferencias estadísticamente significativas.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de las variables edad y sexo determinan que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en los diferentes rangos de edad.

En el análisis de la variable sexo los resultados finales nos indican que las mujeres de la muestra obtienen puntuaciones superiores, pese a que su tamaño muestral es menor. De este modo, se sitúan en una posición de desventaja frente a los hombres, en la misma línea que otros estudios (Rivas, Bersabé, & Castro, 2001). Estos datos apoyan la conclusión de numerosas investigaciones, situando a los hombres con un menor control del peso, aunque con más probabilidad de detectar TCA subclínicos o incompletos (Hernández-Cortés & Londoño Pérez, 2013).

No se han aportado datos exactos sobre la prevalencia a lo largo de la investigación ya que, únicamente se detectan cuatro posibles casos de mujeres y tres de hombres previos a la intervención, de los cuáles tras el proceso de intervención se extrajeron dos casos de mujeres con resultados de 22 y 21 puntos.

Aun así, la puntuación de los hombres reduce la distancia entre la diferencia entre estas patologías en ambos sexos. Es importante que las intervenciones aplicadas están adaptadas para ambos sexos (Weigel et al., 2015), de esta manera no logran solamente una reducción de carácter individual en los factores de riesgo, sino que influye positivamente en la interacción en ambos sexos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa que no existen diferencias significativas en función del sexo de los participantes en el estudio. El programa BodiMojo (Franko, Cousineau, Rodgers, & Roehrig, 2013) promueve una imagen corporal positiva en niños y niñas no encuentra diferencias significativas entre los grupos control e intervención en función del sexo, al igual que en la muestra analizada.

En la actualidad se plantea cierta controversia acerca de los programas de prevención dirigidos hacia el control de los TCA en el colectivo adolescente (López-Guimerà, Sánchez-Carracedo, & Fauquet, 2011). Los debates se orientan hacia qué conceptos incluir en estos programas. Se considera fundamental incluir a la población masculina en estos programas y determinar cuáles son las características a tener en cuenta según los factores de riesgo para adaptarse mejor a estas situaciones. El incremento en el número de hombres que padecen alguno de estos trastornos es la principal causa para incluirlos en los programas de prevención. Se estima que el sexo masculino representa del 1 al 5% de casos de anorexia nerviosa, del 5 al 15% de bulimia nerviosa rondando



el 6.5% entre adolescentes entre los 14 y los 15 años (SALAS, HODGSON, FIGUEROA, & URREJOLA, 2011). Los hombres pretenden conseguir un cuerpo musculoso, deportista y sin grasa a diferencia de las mujeres, cuya sintomatología en relación con los TCA, se debe la reducción en su alimentación (Sociedad Colombiana de Psiquiatría., 2006). Mientras que el colectivo femenino busca la delgadez, el deseo de los hombres de alcanzar una alta definición muscular se relaciona con un alto grado de insatisfacción corporal si no se consigue, que junto con diversos factores puede suponer la aparición de un trastorno de la alimentación (Salazar Mora, 2008). Por lo tanto, se fundamenta la idea de incluir a este colectivo en términos de prevención (Sociedad Argentina de Pediatría., n.d.).

En el análisis de la variable edad, la mayor parte de los participantes se sitúan entre los 14 y 15 años, con una mayor proporción de sujetos de 15 años. Una minoría de sujetos se localiza entre los 17 y 18 años, en un entorno académico relacionado con ser repetidor. Nuestra limitación subyace en que el alumnado mayor se localiza casi al completo en una única clase, sin embargo, el análisis estadístico de los datos indica que la edad no afecta significativamente a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario.

La muestra que hemos utilizado situada entre la franja de edad de los 14 a los 18 años, desarrollan alteraciones en las conductas saludables, en relación con su alimentación, imagen corporal y autoestima. Según apuntan algunos autores, el 85% de los casos de TCA se producen en una edad promedio entre los 13 y 20 años (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. et al., 2009). La enorme importancia dada por casi todos los autores plantea la posibilidad de ofrecer programas de prevención dirigidos hacia los adolescentes a partir de edades tempranas (Pereira Miragaya & Hernández Fleita, 2009).

No obstante, hasta la fecha los programas dirigidos hacia la prevención de las alteraciones alimentarias desarrollan pocas evidencias en cuanto a la reducción de los factores de riesgo y la incidencia de los TCA. Aproximadamente una tercera parte obtiene resultados positivos a largo plazo (López-Guimerà, Sánchez-Carracedo, & Fauquet, 2011).

Una vez analizados los dos grupos de estudio y el total de variables valoradas se puede determinar que el objetivo que pretende demostrar la efectividad de ambas intervenciones ha sido alcanzado satisfactoriamente. Se obtienen resultados positivos, así como diferencias estadísticamente significativas en ambas intervenciones. Por otro lado, no se obtienen diferencias significativas dependiendo del tipo de intervención utilizada. Estos resultados están en concordancia con otro estudio donde se aplicaron



sesiones sobre nutrición y alimentación utilizando charlas y otras actividades en distintos grupos, no apreciando diferencias significativas entre el grupo que recibió el programa de educación y el que recibió el programa completo.

En este trabajo, el grupo intervención recibió sesiones de educación para la salud de carácter teórico. Ambas clases respondieron adecuadamente a las intervenciones mostrándose siempre atentos y dispuestos a interactuar, preguntar y responder a las distintas cuestiones planteadas obteniendo así resultados positivos.

Las sesiones de educación para la salud desarrolladas incorporaban aspectos como la alimentación y el ejercicio físico con lo que se pretendía incentivar hábitos de vida saludables y fomentar los beneficios de una dieta equilibrada y una actividad física regular. Por otro lado, los conceptos de autoestima e imagen corporal desarrollados a lo largo de las sesiones pretenden fomentar la actitud crítica de los jóvenes ante los mensajes sociales emitidos en los medios de comunicación.

Se obtienen por lo tanto resultados positivos de acuerdo a la intervención realizada, como ocurre en otros estudios (Sharif Ishak et al., 2016) utilizando sesiones de educación para la salud, analizadas con el cuestionario EAT-26.

De igual modo la intervención puede relacionarse con otros estudios, donde se elaboran programas con lecciones destinadas a reducir los factores de riesgo de los TCA obteniendo resultados positivos (Wilksch et al., 2008). En (Berger et al., 2014) se evaluaron del mismo modo nueve lecciones orientadas hacia temas relacionados con la alimentación obteniendo resultados eficaces en la reducción del riesgo de los TCA. La intervención puede relacionarse también con el estudio elaborado por (Weigel et al., 2015) donde se llevaron a cabo tres sesiones de educación para la salud orientadas hacia el colectivo adolescente relacionadas con la alimentación y la imagen corporal, obteniéndose reducciones en la aparición de los factores de riesgo relacionadas con los trastornos de la alimentación.

En la muestra estudiada se observa que utilizando las sesiones de educación para la salud existe una reducción en torno a seis puntos en el resultado total medio del cuestionario EAT-26 tras la aplicación de las mismas. Se debe de tener en cuenta que los resultados obtenidos al inicio del cuestionario se situaban por debajo de los 20 puntos de la media total como ocurre en (Corning, Gondoli, Bucchianeri, & Salafia, 2010), pero se determina aun así, que los efectos de la intervención han sido positivos, demostrando que existen diferencias estadísticamente significativas, y resultando efectiva la intervención de educación para la salud llevada a cabo en el grupo intervención.



La elevada desviación típica observada indica que existen cuatro casos que se salen del margen de error. Por otro lado, al desglosar las puntuaciones del cuestionario se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en dos de las subescalas que se corresponden con la dieta y control oral (Gayou-Esteva & Ribeiro-Toral, 2014). La mejora en las puntuaciones obtenidas en ambos apartados garantiza que la temática desarrollada hace fuerte hincapié en la mejora de los conocimientos en ambas concepciones. Estos resultados están de acuerdo con otro estudio (López-Guimerà, Sánchez-Carracedo, Fauquet, Portell, & Raich, 2011) que trata temas relacionados con el concepto de dieta equilibrada, la importancia del agua y el análisis de las dietas lo que ayuda a mejorar la salud física y reducir las preocupaciones sobre el peso garantizando la mejora en la puntuación de preguntas como: “me da mucho miedo pesar demasiado” o “tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como”.

En relación con el grupo control, los alumnos que recibieron pequeñas charlas acompañadas de herramientas prácticas para ayudar a poner en marcha sus habilidades.

Con estas herramientas se consiguió abarcar los mismos aspectos previamente definidos, y resultó efectiva del mismo modo. Al participar de manera activa con el alumnado en estas sesiones de trabajo preventivo, hace que los sujetos se involucren en los contenidos ofertados, y hace más sencillo la adquisición de conocimientos y la propuesta de cambios en actitudes y comportamientos. El programa ha tenido en cuenta la importancia de la escuela como agente socializador, desarrollando el programa y creando como eje central la propia escuela.

Otro estudio (Johnson, Burke, Brinkman, & Wade, 2016) donde fueron desarrolladas tres sesiones de *mindfulness* entendidas como herramientas prácticas, en la cual los participantes mostraron reducciones significativas en relación con su preocupación por el peso y su imagen corporal, se demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas, resultando la intervención de herramientas prácticas llevada a cabo en el grupo control (C) efectiva. Lo mismo ocurre en otro estudio donde se aplicó un programa de herramientas de carácter interactivo y educativo consiguiendo resultados eficaces en la reducción del riesgo de aparición de los TCA (Horney, Stice, & Rohde, 2015).

Por otro lado, al analizar los tres apartados que formaban parte del cuestionario EAT-26 se obtienen diferencias estadísticamente significativas en dos de los apartados que se corresponden con la dieta y bulimia o preocupación por la comida (Zapata Salazar, Petrzalová Mazacová, Chávez Martínez, & González Tovar, 2011). La mejora en estos dos apartados se relaciona con otro estudio (Berger et al., 2014) donde para conseguir



un programa eficaz se abordan lecciones orientadas hacia la preocupación por la comida y el aislamiento social, garantizando la mejora en la puntuación de preguntas como: “me preocupo mucho por la comida” o “vomito después de haber comido”.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que la aplicación del EAT-26 posee propiedades adecuadas para ser aplicado a los alumnos de tercer curso de educación secundaria. Esta escala ha demostrado por lo tanto tener una adecuada consistencia interna en su totalidad así como en sus subescalas aplicadas (Rivas, Bersabé, Jiménez, & Berrocal, 2010). Tras la aplicación de las intervenciones se observaron como ya se ha determinado reducciones en las puntuaciones del cuestionario. De acuerdo a los adolescentes que contestaron el cuestionario, la mayoría no presentan ningún dato objetivo relacionado con los TCA y por lo tanto el promedio de puntuaciones del EAT-26 pre y post tratamiento no nos indica que nuestra población se encuentre en situación de riesgo. Asimismo, en otro estudio (Rivas et al., 2001) han delimitado como errónea la determinación de la prevalencia de TCA con el uso del instrumento EAT-26, debido a que consideran que superado una puntuación a partir de un punto de corte, se admite la probabilidad de padecer alguno de esos trastornos. De esta manera se considera que aparecen ciertos falsos positivos al manifestar algún tipo de sintomatología asociada sin llegar a ser diagnosticados. Se obtiene por lo tanto que ambas intervenciones han desarrollado resultados positivos y por lo tanto reflejan diferencias estadísticamente significativas evidenciadas.

Contrastando ambas intervenciones y atendiendo a la diferencia numérica en las puntuaciones se observa un descenso relativo ligeramente mayor en el grupo intervención. Podríamos considerar que los resultados obtenidos en ambos grupos obtengan mejores resultados en el momento post intervención debido a que las intervenciones desarrolladas están más próximas en el tiempo y por lo tanto el recuerdo de los conocimientos es mayor.

La división del programa en varias sesiones también permite a los participantes reflexionar sobre la intervención desarrollada. Cuando hablamos de sesiones cuya intervención se dirige hacia herramientas prácticas se favorece también la cohesión del grupo, lo que favorece a la integración y el apoyo, aportando resultados positivos en materia de prevención. Se determina que los resultados son efectivos con tan sólo 3-4 sesiones de duración como ocurre en (Johnson et al., 2016) donde se llevan a cabo tres sesiones que garantizan la efectividad del programa desarrollado.

La consideración de que ambas intervenciones hayan resultado efectivas denota la falta de conocimientos del alumnado y la falta de sensibilización sobre la temática en el





ámbito de educación y sanidad. Por lo tanto, se considera que uno de los factores de riesgo para tener en cuenta a la hora de iniciar un programa de prevención sería la falta de conocimientos de la población adolescente. Existe por lo tanto escaso desarrollo de la temática de prevención de trastornos alimentarios en la escuela. Valoramos este supuesto en la primera toma de contacto con el Instituto donde la jefa de estudios nos indicó que el alumnado había recibido sesiones de varios tipos sobre drogas, violencia de género o sexualidad. Esta consideración se hace visible en (Golan, Hagay, Tamir, Garfinkel, & Strauss, 2013) donde se aplican ocho sesiones relacionadas con la imagen corporal y la autoestima las cuales se incluyen dentro del currículo académico mejorando la concepción de la imagen real del cuerpo y la mejora en el estado de ánimo al final del programa.



## CONCLUSIONES

Una vez desarrollado el estudio de investigación dirigido a la prevención de trastornos de la conducta alimentaria se ha obtenido que las aplicaciones de las intervenciones desarrolladas han sido efectivas, debido a que los resultados obtenidos determinan que los conocimientos de los adolescentes han mejorado tras la aplicación de las mismas.

- La educación para la salud mejora los conocimientos sobre los trastornos de la conducta alimentaria.
- Resulta eficaz la utilización de talleres prácticos, así como de clases teóricas para mejorar los conocimientos sobre la conducta alimentaria.
- La información aportada debe de acompañarse de actividades que ayuden a conseguir el cambio de actitudes.
- Es importante elaborar los programas con exhaustiva delicadeza ya que existe la posibilidad de que al aportar información acerca del desarrollo de estos trastornos, se contribuya a desarrollar las conductas que debidamente se quieren evitar.
- Se debe de ofrecer la información con naturalidad, sin considerar la intervención como una información que sugiera una especial curiosidad acerca de los TCA.
- Adaptar los programas de intervención y prevención dirigidos hacia este ámbito.

Por todo ello es necesario incluir estas intervenciones educativas y los programas de educación alimentaria dentro del programa educativo que forme parte de la educación secundaria obligatoria.

La eficacia del cuestionario EAT-26:

- Ayudó a conseguir resultados adecuados, y su capacidad de ser utilizado como herramienta de cribaje en los TCA.
- Su validez predictiva observó una mejoría en los conocimientos en relación a la dieta de los alumnos y la preocupación por la comida.

Los profesionales de la salud y los educadores deben de tener en cuenta la existencia y la gravedad de estos trastornos, y hacer frente a esta realidad. Los profesionales deben de poner al servicio de los ciudadanos las herramientas, técnicas y conocimientos necesarios para que se conviertan en actitudes positivas y conductas saludables.

Se debe de evitar la aparición de casos con trastornos ya instaurados y alteraciones fisiológicas de gran importancia. Para ello resulta imprescindible trabajar con la población de riesgo: los adolescentes, y tener en cuenta los lugares donde la prevención sería más adecuada y eficaz los centros educativos.



## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Las principales limitaciones del estudio están determinadas por sesgos metodológicos:

Un sesgo importante que puede afectar a los resultados obtenidos consiste en que ambos grupos control e intervención pertenecen al mismo centro educativo. Lo que quiere decir que es probable que los contenidos y actividades desarrolladas que hayan llamado la atención del grupo se comentasen entre ambos situación que posibilita que toda la información esté depositada en ambos grupos.

Otra posible limitación del estudio es que la muestra fue seleccionada por un muestreo probabilístico por conglomerados, que en el caso que acontece los adolescentes fueron divididos por aulas.

Por último, la baja tasa de prevalencia de los TCA no permite obtener estimaciones precisas.

El grupo control presenta menor atención en las clases meramente teóricas. Por otro lado, existen diferencias entre la edad y el sexo en ambos grupos de intervención.

## **FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Conseguir que las intervenciones hayan sido efectivas y exitosas es sinónimo de haber superado uno de los retos que incorpora en sí misma la educación para la salud, dentro del indicador nutricional y en futuras líneas de investigación permitir que estas actitudes se conviertan en futuras conductas y permanezcan en edades adultas (Fernández, Dinamarca, Bercovich, & del Río, 2013).

Realizando las intervenciones en la escuela con los alumnos y el profesorado se considera importante también añadir a las familias en el trabajo, como agente socializador, consiguiendo adaptar la flexibilidad horaria para su participación.

Se deben de incluir tras las intervenciones sesiones de refuerzo pasado un determinado tiempo a fin de conseguir mantener los resultados futuros.

Gracias a la obtención de los resultados positivos en el estudio parece importante incorporar en futuras líneas la prevención de los TCA así como el sobrepeso y la obesidad.

Determinar que los adolescentes poseen pocos conocimientos acerca de la temática desarrollada, plantea la necesidad de valorar el diseño de programas que prevengan la aparición de estos trastornos crónicos y que garanticen diferencias estadísticas y resultados de calidad.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Ali, N., & Arrizabalaga, A. (2015). Los elementos de efectividad de los programas de educación nutricional infantil: la educación nutricional culinaria y sus beneficios. *Revista Española de Nutrición Humana Y*, 20(1), 61–68. <https://doi.org/10.14306/renhyd.20.1.181>
- Asociación de Análisis del Comportamiento., M. Á. L. E. F. J. R. E. R. M. (2001). *International journal of psychology and psychological therapy. International Journal of Psychology and Psychological Therapy* (Vol. 5). Universidad de Almería. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/560/56050204/>
- Berger, U., Schaefer, J.-M., Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Strauss, B. (2014). Effectiveness of Reducing the Risk of Eating-Related Problems Using the German School-Based Intervention Program, “Torera”, for Preadolescent Boys and Girls. *Prevention Science*, 15(4), 557–569. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0396-4>
- Bermúdez, P., Machado, K., & García, I. (2016). *Archivos de pediatría del Uruguay : órgano oficial de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Archivos de Pediatría del Uruguay* (Vol. 87). Sociedad Uruguaya de Pediatría. Retrieved from [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492016000300006](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300006)
- Bolaños Ríos, P. (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de La Conducta Alimentaria, ISSN-E 1699-7611, N.º. 10, 2009, Págs. 1069-1086, (10), 1069–1086.*
- Bonsergent, E., Agrinier, N., Thilly, N., Tessier, S., Legrand, K., Lecomte, E., Briançon, S. (2013). Overweight and Obesity Prevention for Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(1), 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.09.055>
- Casado , M.I., Helguera, M. (2008). Prevención de trastornos de alimentación . Un primer programa de prevención en dos fases. *Clinica Y Salud*, 19(1), 5–26.
- Corning, A. F., Gondoli, D. M., Bucchianeri, M. M., & Salafia, E. H. B. (2010). Preventing the development of body issues in adolescent girls through intervention with their mothers. *Body Image*, 7(4), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.08.001>
- Diagn, C. (n.d.). *Guía de consulta DSM-5* <sup>TM</sup>. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>



- Duran-Agüero, S., Beyzaga-Medel, C., & Miranda-Durán, M. (2016). Comparación en autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios evaluados según Índice de Masa Corporal y porcentaje de grasa. *Revista Española de Nutrición Humana Y Dietética*, 20(3), 180. <https://doi.org/10.14306/renhyd.20.3.209>
- Fernández, L. L. L., Dinamarca, B. L., Bercovich, J. K., & del Río, F. V. (2013). Evaluación de una intervención educativa para la prevención de la obesidad infantil en escuelas básicas de Chile. *Nutricion Hospitalaria*, 28(4), 1156–1164. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.4.6588>
- Fischer, R. (2016). Análisis del Test de Actitudes Alimentarias ( EAT-26 ) con un modelo tipo Rasch en una muestra de adolescentes paraguayos, 16(1), 5–16.
- Franko, D. L., Cousineau, T. M., Rodgers, R. F., & Roehrig, J. P. (2013). BodiMojo: Effective Internet-based promotion of positive body image in adolescent girls. *Body Image*, 10(4), 481–488. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.008>
- Fundación Bengoa (Caracas, V., Aliaga, C., Blasco, A., Aguilar, D., & Lara, J. (2013). *Anales venezolanos de nutrición. Anales Venezolanos de Nutrición* (Vol. 26). Fundación Bengoa. Retrieved from [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522013000200007](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522013000200007)
- Gallotta, M. C., Iazzoni, S., Emerenziani, G. Pietro, Meucci, M., Migliaccio, S., Guidetti, L., & Baldari, C. (2016). Effects of combined physical education and nutritional programs on schoolchildren's healthy habits. *PeerJ*, 4, e1880. <https://doi.org/10.7717/peerj.1880>
- Garner, D. M. (2004). Eating Attitudes Test (EAT-26): Scoring and Interpretation. <Http://Www.Eat-26.Com/Scoring.Php>. Retrieved from: <http://www.eat-26.com/downloads.php>
- Gayou-Esteva, U., & Ribeiro-Toral, R. (2014). *Revista mexicana de trastornos alimentarios. Revista mexicana de trastornos alimentarios* (Vol. 5). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232014000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232014000200006&script=sci_arttext)
- Ginebra, S. (2010). Educación para la salud. *Oms*, 5(4), 40–45.
- Golan, M., Hagay, N., Tamir, S., Garfinkel, P., & Strauss, B. (2013). The Effect of “In

- Favor of Myself<sup>®</sup>: Preventive Program to Enhance Positive Self and Body Image among Adolescents. *PLoS ONE*, 8(11), e78223. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078223>
- Hernández-Cortés, L. M., & Londoño Pérez, C. (2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anales de Psicología*, 29(3), 748–761. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175711>
- Horney, A. C., Stice, E., & Rohde, P. (2015). An Examination of Participants Who Develop an Eating Disorder Despite Completing an Eating Disorder Prevention Program: Implications for Improving the Yield of Prevention Efforts. *Prevention Science*, 16(4), 518–526. <https://doi.org/10.1007/s11121-014-0520-0>
- Hotta, M., Horikawa, R., Mabe, H., Yokoyama, S., Sugiyama, E., Yonekawa, T., Herzog, D. (2015). Epidemiology of anorexia nervosa in Japanese adolescents. *BioPsychoSocial Medicine*, 9(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13030-015-0044-2>
- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S., & Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 81, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.002>
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., & Fauquet, J. (2011). *Revista mexicana de trastornos alimentarios. Revista mexicana de trastornos alimentarios* (Vol. 2). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232011000200008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200008)
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., Portell, M., & Raich, R. M. (2011). Impact of a School-Based Disordered Eating Prevention Program in Adolescent Girls: General and Specific Effects Depending on Adherence to the Interactive Activities. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 293–303. [https://doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2011.v14.n1.26](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.26)
- Macias M, A. I., Gordillo S, L. G., & Camacho R, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(3), 40–43. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>
- Marín B., V. (2002). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN

- ESCOLARES Y ADOLESCENTES. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(2), 86–91.  
<https://doi.org/10.4067/S0717-75182002000200002>
- Martínez, A., Fernández, E., & López, E. (2006). Educación para la salud: prevención de los trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia. *Aldadis.net La Revista de Educación*, (9), 13–17.
- Méndez, J. P., Vázquez-Velazquez, V., & García-García, E. (2008). *Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Boletín médico del Hospital Infantil de México* (Vol. 65). AMERBAC. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600014](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014)
- Molinero, O., Castro-Piñero, J., Ruiz, J. R., González Montesinos, J. L., Mora, J., & Márquez, S. (2010). Conductas de salud en escolares de la provincia de Cádiz. *Nutrición Hospitalaria*, 25(2), 280–289.
- Muy, R., & Tandazo, L. (2012). Universidad de cuenca. *El Escorial*, 34,56.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos Básicos, Suplemento*, 20. Retrieved from [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Pereira Miragaya, J., & Hernández Fleta, J. L. (2009). *Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Sanidad*. Retrieved from [http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1ed7c860-2137-11df-8252-79e5259eb869/Protocolo\\_TCA.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Protocolo+de+actuación+en+los+trastornos+de+la+conducta+alimentaria#0](http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1ed7c860-2137-11df-8252-79e5259eb869/Protocolo_TCA.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Protocolo+de+actuación+en+los+trastornos+de+la+conducta+alimentaria#0)
- Pérez de Eulate, L., Ramos, P., Liberal, S., & Latorre, M. (2005). Educación nutricional: una encuesta sobre hábitos alimenticios en adolescentes vascos. *Enseñanza de Las Ciencias*, 1990, 1–5.
- Plaza Sánchez, J. F. (2010). Medios de comunicación, anorexia y bulimia. La difusión mediática del “anhelo de delgadez”: un análisis con perspectiva de género. *Icono14*, 8(3), 4. <https://doi.org/10.7195/ri14.v8i3.229>
- Rivas, T., Bersabé, R., & Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Malaga (España). *Salud Mental*, 24(2), 25–31.



- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., & Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1044–1056. <https://doi.org/10.1017/S1138741600002687>
- Rosa, É. C., Oliveira, E. De, & Mombaque, W. (2017). Educación para la salud en el contexto escolar : estudio de revisión integradora Educação em saúde no contexto escolar : estudo de revisão integrativa Health education in school context : revision study integrative Programa de Salud en las Escuelas ( PSE, 489–499.
- Ruiz, C. (2017). Boletín epidemiológico, 34.
- SALAS, F., HODGSON, M. I., FIGUEROA, D., & URREJOLA, P. (2011). Características clínicas de adolescentes de sexo masculino con trastornos de la conducta alimentaria: Estudio de casos clínicos. *Revista Médica de Chile*, 139(2), 182–188. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000200007>
- Salazar Mora, Z. (2008). *Revista Reflexiones. Reflexiones* (Vol. 87). Universidad de Costa Rica / Publicaciones. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/729/72912555004/>
- Sánchez, B. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria, de 18 a 22 años en las alumnas de la carrera de psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013 [Tesis de Licenciatura]. *Universidad Tecnológica Intercontinental*, 1–85.
- Sharif Ishak, S. I. Z., Chin, Y. S., Mohd. Taib, M. N., Mohd. Shariff, Z., Savige, G., Macfarlane, A., Campbell, D. (2016). School-based intervention to prevent overweight and disordered eating in secondary school Malaysian adolescents: a study protocol. *BMC Public Health*, 16(1), 1101. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3773-7>
- Sociedad Argentina de Pediatría. (n.d.). *Archivos argentinos de pediatría*. [La Prensa Medical Argentina, etc.]. Retrieved from [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752006000200014&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752006000200014&script=sci_arttext&tlng=en)
- Sociedad Colombiana de Psiquiatría., J. (2006). *Revista colombiana de psiquiatría. Revista Colombiana de Psiquiatría* (Vol. XXXV). Sociedad Colombiana de Psiquiatría. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/806/80635305/>
- Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral., V., Gómez Candela, C., Lourenço Nogueira, T., Pérez Torres, A., Castillo Rabaneda, R., Villarino Marin, M., Zurita, L.



- (2009). *Nutrición hospitalaria : organo oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Nutrición Hospitalaria* (Vol. 24). Jarpyo Editores. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112009000500007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112009000500007&script=sci_arttext&tlng=en)
- Soldado Mérida, M. (2006). Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de La Conducta Alimentaria*, 4, 336–347. Retrieved from [http://www.tcasevilla.com/archivos/prevencion\\_primaria\\_en\\_trastornos\\_de\\_conducta\\_alimentaria1.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/prevencion_primaria_en_trastornos_de_conducta_alimentaria1.pdf)
- Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología., M., Da Silva, N., Duffy, D., & Schittner, V. (2011). *Anuario de investigaciones. Anuario de investigaciones* (Vol. 18). Facultad de Psicología, UBA, Subsecretaría de Investigaciones. Retrieved from [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862011000100037](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100037)
- Urzúa M, A., Castro R, S., Lillo O, A., & Leal P, C. (2011). Prevalencia De Riesgo De Trastornos Alimentarios En Adolescentes Escolarizados Del Norte De Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(2), 128–135. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182011000200003>
- Vázquez Arévalo, R., Aguilar, X. L., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108–120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
- Weigel, A., Gumz, A., Uhlenbusch, N., Wegscheider, K., Romer, G., Löwe, B., ... Wittchen, H.-U. (2015). Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0405-1>
- Wilksch, S. M., Durbridge, M. R., Wade, T. D., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., Rodrigo, G., ... Vila, M. (2008). A Preliminary Controlled Comparison of Programs Designed to Reduce Risk of Eating Disorders Targeting Perfectionism and Media Literacy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 939–947. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181799f4a>
- Zapata Salazar, J., Petrzalová Mazacová, J., Chávez Martínez, M. A., & González Tovar, J. (2011). Trabajo y estrés: su influencia sobre la salud mental. *Tópicos de Psicología*, 1, 187–224.



## ANEXOS

### 1. AUTORIZACIÓN JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN



Junta de  
Castilla y León

Consejería de Educación

Visto el escrito de D. Francisco Javier Pérez Rivera, profesor de la Universidad de León, en virtud del cual solicita autorización para que D<sup>a</sup> Marta Nicolás Villar realice, en el marco de su Trabajo de Fin de Máster, un proyecto sobre evaluación de la mejora de los conocimientos sobre alimentación y estilos de vida saludables con alumnado de 3º de ESO del IES Juan del Encina de León.

Examinada en este Centro Directivo la documentación remitida, se entienden adecuados el objeto y fines del proyecto, por lo que se considera procedente conceder la solicitud formulada para su realización.

Por todo ello, se autoriza a D<sup>a</sup> Marta Nicolás del Villar para realizar un proyecto sobre evaluación de la mejora de los conocimientos sobre alimentación y estilos de vida saludables con alumnado de 3º de ESO del IES Juan del Encina de León, siempre que ello no interfiera en el normal funcionamiento de la actividad docente y cuente con el consentimiento previo de los progenitores o tutores legales.

Esperamos que nos traslade los resultados de su proyecto, que sin duda resultarán de interés.

Valladolid, 2 de mayo de 2017

LA DIRECTORA GENERAL DE INNOVACIÓN Y EQUIDAD EDUCATIVA

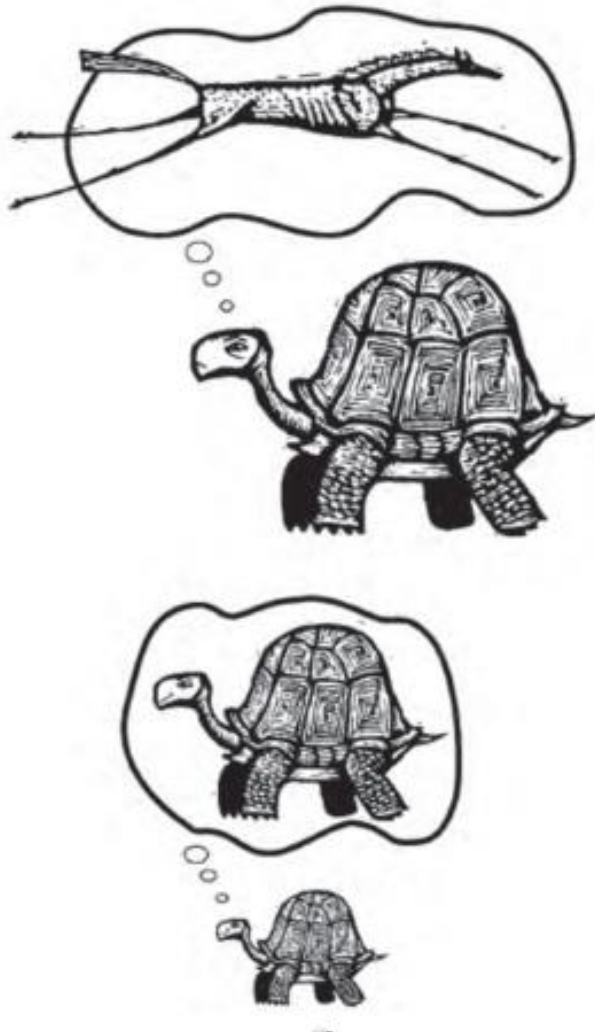


  
María del Pilar González García

MARTA NICOLÁS DEL VILLAR



2. REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LA TEORÍA DEL AUTOESTIMA:  
DIBUJO DE LAS TORTUGAS





### 3. CUESTIONARIO THE EATING ATTITUDES TEST-26 (EAT-26)

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Procuero no comer aunque tenga hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me preocupo mucho por la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A veces me he <<atracado>> de comida, siento que era incapaz de parar de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen de los alimentos que como	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej., pan, arroz, patatas, etc,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vomito después de haber comido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento muy culpable después de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tardo en comer más que otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Procuero no comer alimento con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Como alimentos de régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me controlo en las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Noto que los demás me controlan para que coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me comprometo a hacer régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me gusta sentir el estómago vacío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



#### 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### AUTORIZACIÓN

Yo

.....

padre/madre

del

alumno/a

.....

... autorizo a mi hijo/a a recibir sesiones de educación para la salud nutricional en el Instituto de Juan del Enzina León.

Cistierna, a ..... de ..... de 2015

Firmado: