

**Trastornos de la conducta alimentaria:
influencia de la sociedad y rol de enfermería**

Eating disorders: society influence and nursing rol



Autora: Lucía Gándara Gutiérrez

Directora: Maite Santurtún Zarrabeitia

Grado en Enfermería

Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria

Trabajo Fin de Grado

Curso 2021/2022

Aviso de responsabilidad UC

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE

Resumen y palabras clave	4
Abstract and key-words	4
1.Introducción	5
1.1 Justificación	5
1.2 Objetivos	6
1.3 Metodología de búsqueda	6
1.4 Descripción de los capítulos	7
2. Capítulos	8
2.1 Capítulo 1. Trastornos de la conducta alimentaria	8
2.1.1. Descripción de los trastornos de la conducta alimentaria.....	8
2.1.2 Etiología y factores de riesgo.....	9
2.1.3. Criterios diagnósticos.....	10
2.1.4. Complicaciones	11
2.1.5. Tratamiento	11
2.2. Capítulo 2: El ideal de belleza en distintas esferas	14
2.2.1. Modelo de belleza imperante (delgadez excesiva).....	15
2.2.2. Presión social respecto a la imagen.....	15
2.2.3. Sistema de tallaje.....	16
2.2.4. Publicidad	17
2.2.5. Rol de los medios de comunicación.....	17
2.2.6. Redes sociales	18
2.2.6. Dietas milagro.....	20
2.3. Capítulo 3: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria	22
2.3.1. Prevención primaria.....	22
2.3.2 Programa de prevención primaria	23
2.3.3 Intervención de enfermería.....	24
3. Conclusiones	27
4. Bibliografía	29
5. Anexos	34

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de trastornos mentales en las que se produce una alteración de la conducta respecto a la alimentación. En los últimos años, ha habido un auge de esta patología, llegando a concebirse como un problema de Salud Pública.

El principal objetivo de este trabajo ha sido analizar los trastornos de la conducta alimentaria prestando atención a la influencia sobre ellos de la sociedad y también destacando el papel de la enfermería en la prevención de los mismos. Para ello, se han revisado diferentes bases de datos científicas para dar respuesta a los objetivos planteados a través de artículos y evidencia científica.

El origen de los TCA es multifactorial, encontrando posibles factores de riesgo en distintos ámbitos de la vida de una persona. Entre ellos, juega un papel importante el ideal de belleza actual, la delgadez, el cual es propagado a través de la publicidad, medios de comunicación y redes sociales, generando insatisfacción corporal o baja autoestima al no encajar en este.

Por todo ello, se ha considerado relevante abordar estos factores a través de la prevención primaria, pudiendo la enfermera desarrollar intervenciones en el ámbito escolar encaminadas a tratar la insatisfacción corporal, las habilidades sociales o la alimentación.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, redes sociales, delgadez, prevención primaria, enfermería.

ABSTRACT

The eating disorders (ED) are a group of mental conditions in which there is an alteration of the conduct relating to eating. In the last few years, there has been a rise in this pathology, coming to conceive itself as an issue of the Public Healthcare.

The main objective of this paper was to analyse ED, focusing on the role society and nursing play in the prevention of these. To do this, it has been analysed several different scientific databases to answer the objectives given through articles and scientific evidence.

The origin of ED is multifactorial, with the possibility of finding possible risk factors in different parts of someone's life. Among them, thinness, which is today's beauty standards, plays a key role. Being thin is promoted through the media, publicity, and social media, making people unsecured about their bodies, and having low self-esteem, as they don't fit into these standards.

It is relevant to tackle these factors through primary prevention, with nurses intervening in schools, teaching pupils about healthy eating, social skills and how to deal with body insecurity.

Key-words: Feeding and eating disorders, social networking, thinness, primary prevention, nursing.

1.INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han estado y siguen estando presentes de manera marcada en la sociedad, no siendo una enfermedad moderna al poder encontrar casos a lo largo de la historia en los que se llevaron a cabo conductas propias de esta patología. Un ejemplo de la antigüedad de esta patología es La Emperatriz de Austria y Reina de Hungría, conocida como Sissi, la cual tenía temor a engordar por lo que se levantaba a altas horas de la madrugada para realizar ejercicio junto con largos paseos durante el día, redujo su dieta a purés de carne y verduras, añadiendo a todo esto la comparación con otras mujeres (1).

En los últimos tiempos ha habido un aumento de los casos de TCA, afectando en gran medida a la etapa de la adolescencia (2). En un estudio realizado en Gran Canaria entre la población adolescente, de los 1342 participantes un 27,4 % de la población tenía riesgo de desarrollar esta patología (3). En el caso de la anorexia nerviosa (AN), la mayor incidencia se encuentra entre los 12 y 18 años, elevándose la prevalencia a 1-2% (4); en cambio, en la bulimia nerviosa (BN) hay una mayor frecuencia en la franja de edad de 25 a 40 años, al padecer esta patología pacientes con antecedentes de AN (2).

Esta patología afecta más al sexo femenino que al masculino, al verse la mujer sometida a una mayor presión para encajar en el ideal de belleza actual, la delgadez, desde distintos ámbitos, como el social, publicidad o medios de comunicación (2,5). La proporción mujer/hombre para este tipo de trastornos es de 1/10 (2).

En el caso de Cantabria, en un estudio realizado en 2011 para conocer la prevalencia de esta patología entre 48 pacientes de las unidades de hospitalización, se mostró que la anorexia restrictiva es el diagnóstico con mayor porcentaje, un 47,91%, seguido de la bulimia purgativa, 22,91%, y estando en último lugar los TCANE con un 12,5% (4).

1.1 JUSTIFICACIÓN

Los casos de TCA han ido en aumento en los últimos tiempos, teniendo una prevalencia en la población española entre el 4,1% y el 6,4%. Poniendo la atención en las categorías dentro de este trastorno, la prevalencia se encuentra entre 0,5% y 1% para la AN, de 1-3% para la BN y de 3% para los TCANE (2,3).

Con la irrupción de la pandemia por la COVID-19 en marzo de 2020, la población se vio obligada a la realización de severas restricciones en diferentes esferas de la vida. Toda esta situación tuvo una repercusión a nivel psicológico, afectando a las pacientes con alteraciones en la conducta alimentaria al haber un aumento significativo de la realización de conductas tanto restrictivas como purgativas, y tener más riesgo de autolesión y suicidio (6,7).

En un estudio que evalúa las consecuencias de la pandemia en pacientes con TCA en el Hospital Clínico de Zaragoza, comparando la época pre-COVID con la era COVID, arroja un aumento de las primeras visitas, un 15,7% más en 2020, junto con un empeoramiento de los síntomas al haber una mayor tasa de ingresos, 35%.(6)

Como consecuencia del confinamiento, los medios de comunicación han ganado un papel importante al entretener a los usuarios. En el caso de las pacientes con TCA, estos medios han

influido en su patología, al poder visualizar rutinas de ejercicio en casa o dietas supuestamente saludables. Comparando el uso de los medios de comunicación por parte de las pacientes en 2019 versus 2020, en el año de la COVID-19 la exposición es de un 65.2% frente un 11,1% en año pre-COVID-19 (7).

1.2 OBJETIVOS

Los objetivos planteados para el desarrollo de este trabajo son:

Objetivo general

- Analizar los trastornos de la conducta alimentaria prestando también atención al papel de la sociedad y de la enfermería en la prevención de estos.

Objetivos específicos

- Identificar los distintos tipos de TCA existentes, junto con sus criterios diagnósticos, los factores de riesgo y el tratamiento disponible.
- Analizar la influencia en el desarrollo de los TCA de la sociedad, la publicidad, los medios de comunicación y redes sociales entre otros en la propagación del canon de belleza.
- Destacar la importancia de la prevención de los TCA y revisar un programa de prevención primaria desde enfermería.

1.3 METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

El presente Trabajo Fin de Grado (TFG) se corresponde con una monografía, desarrollada a través de la búsqueda bibliográfica en bases científicas como Dialnet, Pubmed, Google Académico o Scielo. La consulta de dichas bases se ha realizado a través del acceso digital a la Biblioteca de la Universidad de Cantabria (BUC).

Para la selección de los documentos se han aplicado una serie de criterios de inclusión y de exclusión para delimitar la búsqueda. Los criterios de inclusión aplicados han sido: documentos a texto completo tanto en inglés como en español, incluyendo artículos tanto de revistas como de libros, guías y trabajos científicos (tesis doctoral) publicados desde 2009 hasta la actualidad.

Para realizar la búsqueda se han empleado palabras clave a través de los Descriptores de Salud (DeCs), con su traducción en inglés mediante los Medical Subject Heading (MeSh).

- DeCs: Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, factores de riesgo, delgadez, publicidad redes sociales, medios de comunicación, dieta cetogénica, prevención primaria, enfermería.
- MeSH: Feeding and eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, risk factors, thin-ness, advertising, social networking, communications media, diet, ketogenic, primary prevention, nursing.

Este vocabulario se ha combinado junto con lenguaje libre o no estandarizado como: ideal de belleza, Instagram, Facebook, dietas milagro, ana y mia, ayuno intermitente, método Dukan.

Con su correspondiente traducción al inglés: beauty ideal, Instagram, Facebook, miracle diets, ana and mia, intermittent fasting, Dukan diet.

Para concretar la búsqueda se utilizó combinaciones de los operadores booleanos AND, OR y NOT.

En el desarrollo del estudio, se encontraron una serie de limitaciones con los años de búsqueda, debido a la poca información encontrada en ciertos temas o la inexistencia de guías más actualizadas, por lo que se amplió la fecha de publicación del 2012 al 2009.

En relación con los criterios de exclusión, se descartaron los documentos escritos en otra lengua distinta al inglés o español, que no tuvieran libre acceso y los documentos con información no relevante o con resultados no concluyentes.

La búsqueda ha sido desarrollada en tres fases, coincidiendo con cada capítulo. En primer lugar, se buscó información general sobre los TCA, factores de riesgo, tratamiento, características... A continuación, se indagó sobre el ideal de belleza tanto en la publicidad, redes sociales y medios de comunicación. Por último, en la tercera fase, la búsqueda se centró en el papel de enfermería en la prevención primaria de estos trastornos.

Tras la finalización de la búsqueda, se seleccionaron 64 documentos que fueron utilizados para la realización de este trabajo.

La bibliografía ha sido confeccionada mediante el uso del estilo Vancouver.

1.4 DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

Capítulo 1: Trastornos de la conducta alimentaria.

En este capítulo se realiza una aproximación hacia los TCA para tener un mejor conocimiento acerca de ellos. Está dividido en cinco subapartados: en el primero se realiza una clasificación de los tipos de trastornos que hay según la DSM-V, plasmando las principales características de cada uno de ellos. En el segundo, se trata la etiología y los factores de riesgo, diferenciado entre biológicos, socioculturales, psicológicos y conductuales, que pueden desencadenar en este tipo de patología. A continuación, en el tercero se plasman los criterios diagnósticos de cada trastorno según los establecidos por la DSM-V, seguido de las complicaciones y terminando con las distintas vías de tratamiento que existen, como la nutricional, la psicoterapia y los psicofármacos más utilizados.

Capítulo 2: El ideal de belleza en distintas esferas.

En este apartado se trata la evolución del ideal de belleza existente en la sociedad, el cual consiste en la delgadez extrema, y como este canon ha ido penetrando en la vida de las personas, sobre todo en las mujeres, a través de diferentes medios como la publicidad, las redes sociales o medios de comunicación. Provocando esto, la creación de una presión social por la imagen y la necesidad de realizar cambios para encajar.

Se divide en seis subapartados: modelo de belleza imperante, presión social respecto a la imagen, sistema de tallaje, publicidad, medios de comunicación, redes sociales y dietas milagro.

Capítulo 3: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria

Este capítulo se centra en el papel que tiene la prevención de los TCA tras el aumento de la prevalencia e incidencia. En primer lugar, se realiza un acercamiento de los tres tipos de prevención que existe, primaria, secundaria y terciaria, para dar continuación a los tres subapartados. El primero se centra en la prevención primaria y cómo llevarla a cabo; en el segundo se desarrollará un programa de prevención “The Body Project”; y en el último, se trabaja en una intervención de prevención dirigida a una clase de secundaria y llevada a cabo por enfermería.

2. CAPÍTULOS

2.1 CAPÍTULO 1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

“Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos o del funcionamiento psicosocial” (2).

2.1.1. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A lo largo de las distintas actualizaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), los distintos tipos de trastornos de la conducta alimentaria han ido clasificándose. Con la quinta actualización del DSM ha surgido una nueva clasificación, añadiendo una cuarta categoría, trastornos de la conducta por atracón (3).

Anorexia Nerviosa (AN)

La anorexia nerviosa fue descrita por primera vez en 1694 por Richard Morton, dos siglos después se describieron más casos de la enfermedad tal y como la conocemos hoy en día (8).

Consiste en una distorsión de la imagen corporal, mostrando un gran deseo por estar delgado, por lo que se llevarán a cabo ciertas conductas para conseguir dicho objetivo. Siguen una dieta restringida y exigente, con evitación de ciertos alimentos, acompañado de conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos) y compensatorias (abuso de la actividad física). Junto con estos comportamientos, aparece un miedo a ganar peso, a pesar de que haya una pérdida de este. No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que puede conllevar dichas conductas (2).

Se puede clasificar en dos tipos, según la DSM:

- Tipo restrictivo: En los últimos tres meses no se han llevado a cabo conductas compensatorias ni ha habido episodios de atracones (9)
- Tipo con atracones/purgas: En los últimos tres meses han tenido lugar episodios recurrentes de atracones o purgas (9)

Bulimia Nerviosa (BN)

Fue descrita por primera en 1979 por Russel, como una variante de la anorexia nerviosa (8)

Presentan episodios recurrentes de atracones, ingesta voraz e incontrolada de una gran cantidad de alimentos en un corto espacio de tiempo, generalmente en secreto. Seguidas de medidas

para compensar la sobreingesta, como provocación del vómito, uso de laxantes o hiperactividad física. No se producen necesariamente alteraciones en el peso y la persona afectada puede presentar normopeso, bajo o sobrepeso. La bulimia nerviosa suele ser un trastorno oculto, ya que fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa (10).

Trastornos por atracón

Presencia regular de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses, vividos con descontrol y malestar, los cuales no se intentan compensar con otras conductas, como vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno (11).

Trastorno de la conducta alimentaria no específico (TCANE)

Se trata de aquellos trastornos en los que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria, pero no se cumplen todos los criterios de la categoría diagnosticada (2,9).

2.1.2 ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Actualmente se desconoce la causa exacta que desencadena el desarrollo de los TCA (2). Pudiéndose hablar de distintos eventos o características que incrementan la posibilidad de padecer la enfermedad (3), por lo tanto, se puede considerar su origen multifactorial y multicausal.

Factores biológicos

Existe mayor vulnerabilidad de desarrollar este trastorno en la etapa de la adolescencia, y en el género femenino (3,10).

Distintos estudios determinan que la genética puede explicar entre un 60% y un 80% la vulnerabilidad de estos trastornos. A pesar de esto, los estudios realizados acerca de los genes implicados no son concluyentes. Hasta el momento, los genes más investigados y que han arrojado una mayor vulnerabilidad al desarrollo de la enfermedad, son aquellos implicados en la regulación del hambre, la composición del cuerpo y las rutas de los sistemas de neurotransmisión, concretamente se ve disminuida la serotonina (regula el apetito y la saciedad), dopamina (implicada en la recompensa alimentaria y liberándose ante señales alimentarias) y noradrenalina (control del apetito) (3,8,12).

Factores socioculturales

La familia juega un papel importante tanto en el desarrollo como en el mantenimiento del trastorno de la conducta alimentaria (3,13).

Convivir en modelos familiares sobreprotectores, con relaciones padre-hijo de gran dependencia, con altas exigencias respecto los estudios o deporte, con estructuras afectivas muy rígidas y conflictivas, son factores de riesgo (10,13), al igual que la presencia de unos padres preocupados por la imagen física y el peso. Además, la presencia de antecedentes familiares de TCA, sobre todo en la figura materna, o de otras patologías mentales, como trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva, de obesidad y el alcoholismo, son igualmente factores de riesgo.

La aparición de estas patologías fue en un comienzo más habitual en mujeres caucásicas occidentales, con predominio en clase social media alta y en las aéreas urbanas. Sin embargo, en

revisiones actuales, se ha observado que aparecen en cualquier localización, habiendo mayor vulnerabilidad en el medio occidental, y en un medio socioeconómico alto-medio (3,14)

La idealización de la delgadez presente en nuestra cultura tiene gran importancia en los TCA ya que consiste en un factor de predisposición y de mantenimiento. A través de la publicidad y medios de comunicación se va interiorizando este concepto y se relaciona con mayores expectativas en la vida (2,5).

Factores psicológicos

Puede coexistir con otras patologías de carácter psiquiátrico, como los trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos o trastorno de control de impulsos, presentándose en muchas ocasiones previamente al TCA (3,5).

Otros factores que aumentan la vulnerabilidad a esta patología son la baja autoestima, insatisfacción personal y retraimiento social. Además, el perfeccionismo se ha visto como un importante factor de riesgo, debido a que este rasgo de personalidad ayuda al mantenimiento del trastorno, al llevarse a cabo severas reglas para controlar aquello que deben de comer y así conseguir el cuerpo delgado ideal (5).

Factores conductuales

El consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol o determinadas drogas (cocaína o anfetamina), junto con conductas de riesgo, juego patológico o autolesiones, se han visto relacionadas con el desarrollo de BN o TA (3).

Ciertas conductas como la realización de dietas restrictivas o ayunos, así como el uso de laxantes o la práctica de deportes de alto rendimiento, aumentan el riesgo de tener TCA, al igual que haber vivido episodios estresantes, como un abuso sexual o desatención física durante la infancia, la separación de los padres o el fallecimiento de seres queridos (3).

2.1.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Según el DMS-V estos son los criterios diagnósticos para cada una de las categorías de los trastornos de la conducta alimentaria (9):

Anorexia nerviosa

- Restricción de la ingesta energética en relación con sus necesidades según edad y sexo, produciéndose una disminución del peso.
- Temor por ganar peso, incluso cuando este es significativamente bajo. No aliviándose este miedo tras la pérdida de peso, pudiendo ir en aumento esta sensación.
- Distorsión de la imagen corporal, teniendo sensación de padecer sobrepeso, o tener preocupación con determinadas partes del cuerpo, como los muslos o abdomen.

Bulimia Nerviosa

- Episodios frecuentes de atracones.
- Comportamientos compensatorios inadecuados (provocarse el vómito, uso de laxantes, medicamentos o diuréticos, ejercicio excesivo, ayuno) para evitar el aumento de peso.
- Tanto los atracones como los comportamientos compensatorios se producen una media de al menos una vez a la semana durante tres meses.

- Autoevaluación influenciada por la constitución y el peso corporal.

Trastorno por atracón

- Episodios recurrentes de atracones durante al menos una vez a la semana en tres meses.
- Estos episodios van asociados a tres o más de estos hechos: comer mucho y rápido; comer hasta estar lleno; comer grandes cantidades a pesar de no tener hambre; comer solo por vergüenza; y sentirse mal con uno mismo tras las ingestas.
- Presencia de malestar intenso debido a los atracones.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)

No existen criterios diagnósticos para este trastorno.

2.1.4. COMPLICACIONES

Algunas de las complicaciones físicas que se pueden desarrollar a causa del TCA son las siguientes (2,14,15):

- Endocrino-metabólicas: amenorrea, fertilidad afectada, alteración de la función tiroidea (disminuye la conversión de tiroxina en triyodotironina), hipoglucemias.
- Cardiovasculares: trastornos del ritmo, hipotensión, bradicardia y arritmias, aumento de los niveles de colesterol, cambios estructurales como la disminución de las cavidades y de la masa cardíaca, y un prolapso de la válvula mitral.
- Óseas: pérdida de calcio junto con una disminución de la densidad ósea, lo que llevará a la fragilidad, habiendo riesgo de fracturas por osteoporosis
- Gastrointestinales: enlentecimiento del vaciamiento gástrico e intestinal, estreñimiento, gastroparesia. En pacientes que realicen conductas purgativas, como el vómito, es común que presenten reflujo gastroesofágico y esofagitis por reflujo.
- Renales y alteraciones hidroelectrolíticas: reducción del filtrado glomerular y alteraciones en la concentración de la orina. La pérdida de líquidos, minerales e iones como el potasio, desencadenará en deshidratación y fallo renal.
- Hematológicas: anemia, leucopenia y trombopenia.
- Neurológicas: cefaleas, cuadros convulsivos relacionados con trastornos hidroelectrolíticos.
- Dermatológicas: xerosis, lanugo, acné, petequias, estrías cutáneas.
- Bucodentales: erosión y descalcificación del esmalte, aumento de la incidencia de caries.

2.1.5. TRATAMIENTO

Una vez diagnosticado, se debe de poner en marcha el tratamiento que mejor concuerde según las características de la persona, su gravedad y tipo de trastorno (8). El abordaje de larga duración, alrededor de 5-6 años, y es esencial una intervención temprana para evitar complicaciones permanentes durante las etapas de crecimiento (8,16).

Este tratamiento requiere la participación de un equipo multidisciplinar debido a la complejidad de su manejo (8). Además de poder ser tratado en diferentes niveles de atención, tanto ambulatorio como hospitalización diurna o total, según las necesidades que vayan surgiendo (15).

Rehabilitación nutricional

Las pacientes con TCA suelen informarse acerca de los alimentos “saludables” y “no saludables”, así como de aquellos que tienen mayor valor energético. A partir de estas creencias van forjando su dieta, alejándose de una alimentación saludable y equilibrada, por el temor a engordar. Además, llevarán conductas purgativas y realizarán atracones. Por este motivo, es de gran importancia la educación en este campo a las pacientes motivadas y preparadas para el cambio a largo plazo de sus hábitos alimentarios y el cese de conductas perjudiciales para la salud (14).

Los objetivos principales de la educación dependerán en función del tipo de TCA se esté tratando. En el caso de la *anorexia nerviosa*, se tratará de mejorar la relación de la paciente con la comida, así como su patrón alimentario cumpliendo con la ingesta recomendada de los grupos básicos de alimentos, y también se aclararán los mitos y leyendas obtenidos a través de fuentes de información dudosa. Con relación a la *bulimia nerviosa*, se dará un consejo dietético personalizado para garantizar un adecuado estado nutricional; se educará para modificar los hábitos alimentarios y cesar las conductas purgativas y los atracones; y se promoverá la práctica de ejercicio físico, en caso de que sea una conducta compensatoria se cesará en un principio. Por último, en los *trastornos por atracón* se modificarán sus hábitos alimentarios; realizando en función del peso una restricción energética; se educará para cesar los atracones; y se aconsejará la realización de ejercicio físico moderado (14).

A la hora de realizar la educación nutricional, hay que incluir junto a la paciente a sus cuidadores principales. En las primeras consultas, habrá que realizar una serie de recomendaciones a la familia para fomentar nuevos hábitos, por ejemplo, la paciente no participará en la elaboración del menú ni en la compra de los alimentos, comerá sentada en la mesa y acompañada, intentará realizar reposo tras las ingestas... (14).

Psicoterapia

Al tratarse de trastornos pertenecientes primordialmente a la salud mental, requieren de este tipo de intervenciones para conseguir una modificación de los pensamientos y emociones que influyen negativamente (14,15).

En la *anorexia nerviosa* la *terapia basada en la familia (TBF)* es la que más evidencia tiene y es la recomendada por las guías internacionales. Concretamente esta intervención, es más efectiva en adolescentes jóvenes, entre 9 y 15 años (15).

Esta terapia consiste en la educación, soporte emocional y autorización a los padres para abordar aquellas necesidades que surjan durante el tratamiento por medio de distintas técnicas. Estableciendo objetivos específicos para el cambio del comportamiento y disminuyendo conductas de negociación, así como minimizando respuestas de tipo emocional o protestas (17).

Se basan en tres fases:

- En la primera: se trabaja junto con los padres para disminuir las conductas que interfieren en la recuperación nutricional e iniciar un aumento de peso bajo su supervisión (15).
- En la segunda: se devuelve el control de las conductas relacionadas con la enfermedad al adolescente (15).
- En la tercera: se identifican las causas del desarrollo de la AN y se apoya la familia para un manejo de estas (15).

Tanto en la *bulimia nerviosa* como en el *trastorno por atracón*, el abordaje terapéutico que recomienda la evidencia es la *terapia cognitivo-conductual*. Es la terapia psicológica diseñada para que las personas puedan establecer vínculos entre sus pensamientos, sentimientos o acciones y sus conductas actuales o pasadas, y revalorar sus percepciones, creencias o razonamientos sobre ellas (14). A través de ella, se harán frente a pensamientos negativos y comportamientos disfuncionales, como atracones y purgas (14,15).

La *entrevista motivacional* puede ser combinada con las terapias explicadas anteriormente. Esta entrevista permite aportar al paciente una herramienta para aumentar su motivación en el cambio de conductas (18). Utilizando en ocasiones este abordaje previamente al inicio del tratamiento para obtener la disponibilidad del paciente (19).

Estos pacientes suelen padecer déficits en habilidades y destrezas que interfieren en la realización de ciertas actividades básicas de la vida diaria (alteración en el vestido, dormir) y actividades instrumentales de la vida diaria (tema financiero, preparación comida, cuidado de su salud). Teniendo esto presente, se puede aplicar la *terapia ocupacional*, intentando recuperar el mayor grado de independencia en su vida diaria, así como aumentar su calidad de vida y conseguir su inserción en la sociedad. Alguno de los programas llevados a cabo, son programas de psicomotricidad y relajación, lúdicos, de orientación laboral y formativa, de yoga, o de actividades de autoconocimiento y expresión de emociones (20,21).

Psicofármacos

En la AN no existen fármacos que actúen sobre las principales características de la enfermedad, distorsión de la imagen corporal, perfeccionismo extremo, pensamientos obsesivos, y ansiedad anticipatoria en relación con la alimentación. Por lo tanto, el tratamiento irá encaminado a aliviar los síntomas del estado de ánimo y reducir la ansiedad (15).

En el caso de pacientes con normopeso y ansiedad o depresión, el uso de antidepresivos, tipo *inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*, es beneficiario junto con la rehabilitación nutricional y la psicoterapia. Si se trata de pacientes desnutridas, suelen ser reacias a la toma de la medicación, por lo que se deberá comenzar con dosis menores de antidepresivos para que los efectos secundarios sean mínimos y vigilar la aparición de estos, sobre todo la diarrea y las náuseas que pueden interferir en el aumento de peso (15).

En la fase de restauración de peso o en caso de pacientes con otros síntomas asociados (obesiones severas o pensamientos delirantes respecto a la imagen corporal), se puede hacer uso de *antipsicóticos atípicos*, como la olanzapina (15).

El tratamiento farmacológico de la BM va dirigido al control de los impulsos, conductas purgativas y atracones, y mejorar tanto el estado de ánimo como la ansiedad (14,15).

El fármaco de elección es el antidepresivo, *fluoxetina (ISRS)*, ya que su efectividad para el tratamiento de la BN ha sido demostrada en numerosos estudios al reducir los síntomas y ser bien tolerado. Los inconvenientes de este medicamento son los efectos secundarios (cefalea, diarrea, náuseas, fatiga e insomnio) y la elevada tasa de abandono, pudiendo llegar al 40% (14)

En el TA, los objetivos principales son en un principio reducir los atracones, y más adelante hacerlos desaparecer, y disminuir el peso. Teniendo presente estos objetivos, el tratamiento farmacológico se puede dividir en dos vías (14).

Por una parte, respecto al control de atracones, los fármacos que mayor eficacia han demostrado en los distintos estudios son el *topiramato* y la *fluoxetina*. El *topiramato* es un antiepiléptico y estabilizador del ánimo, que ha demostrado disminuir a un 60% los atracones e incluso disminuir el peso. Las personas que toman dicho medicamento pueden presentar parestesias, somnolencia, náuseas, trastornos de atención y depresión. Al presentarse los efectos secundarios de manera frecuente, tiene como consecuencia una elevada tasa de abandono, por lo que se limita su utilidad y empleo (14).

En relación con la *fluoxetina*, como se ha mencionado con anterioridad tiene buenos resultados en la BN. Sin embargo, en la TA, la mayoría de los estudios realizados acerca de la utilidad de este fármaco son a corto plazo, y con resultados que evidencian la misma mejoría en aquellos pacientes que toman la medicación, como en aquellos con un placebo. (14).

La segunda vía del tratamiento farmacológico es la reducción de peso, mediante el empleo de fármacos "antiobesidad". Al existir escasos estudios en relación con la seguridad y eficacia de dichos medicamentos, su prescripción está en controversia debido a los efectos adversos y falta de evidencia, por lo que se debe de hacer de manera individualizada y tras haber fracasado con las medidas dietéticas. En caso de no alcanzar una pérdida del 5% en los tres primeros meses se deberá de suspender el tratamiento. Cabe añadir que se deberá de explicar al paciente que una vez alcanzado el máximo efecto terapéutico, la pérdida de peso relacionada al fármaco se reduce, y si se suspende puede haber un efecto rebote (14).

En los trastornos de larga duración se podrán ver cambios de humor con frecuencia, depresión, alteraciones del sueño, aislamiento social, problemas familiares y de pareja, falta de control de impulsos, consumo de alcohol y otras sustancias, ludopatía y autolesiones. Estas comorbilidades deben de ser tratadas de manera individual y específica (2).

Tratamiento con otros fármacos

Al haber carencias nutricionales como consecuencia de las restricciones alimentarias que realizan las pacientes con TCA, es necesario añadir a su tratamiento suplementos vitamínicos y minerales, dependiendo de sus carencias; en el caso de haber un rechazo a los lácteos, habrá que añadir calcio y vitamina D; o ante pacientes que realicen ejercicio excesivo tendrán que tomar hierro y zinc (22).

En el síndrome de realimentación, una de las más graves complicaciones en la AN como consecuencia de una rápida realimentación en pacientes severamente desnutridas, hay que seguir un tratamiento profiláctico de vitaminas (14,15,22). Las vitaminas que hay que administrar son la tiamina (vitamina B1), complejo vitamínico B y complejo multivitamínico (14).

Los antagonistas opiáceos, como la Naltrexona, son empleados para disminuir los atracones y las conductas purgativas, al encontrarse implicados en la regulación del apetito. El uso de antieméticos, como el ondasetrón, también ayudan en el descenso de las purgas y los atracones (23).

2.2. CAPÍTULO 2: EL IDEAL DE BELLEZA EN DISTINTAS ESFERAS

En la sociedad actual, la delgadez como sinónimo de éxito y felicidad juega un papel muy importante. Al vivir en una era donde los medios de comunicación y las redes sociales están en su máximo esplendor, dicho ideal de belleza se propaga con más facilidad junto con la ayuda de

medios más antiguos, como es la publicidad. Esta presión, lleva tanto a adolescentes como a adultos a realizar cambios en su conducta para encajar en el estándar, pudiendo comenzar dietas que se alejan de lo establecido como sano y avalado por la ciencia.

2.2.1. MODELO DE BELLEZA IMPERANTE (DELGADEZ EXCESIVA)

Los estándares de belleza han ido evolucionando durante los distintos periodos históricos, influenciados por factores sociales, culturales y ambientales; así, se ha pasado de sociedades donde la gordura estaba relacionada con una gran riqueza y con valores de fecundidad en la mujer, hasta el modelo operante en nuestra sociedad, la delgadez (24).

La delgadez excesiva, tiene su origen tras la Primera Guerra Mundial, concretamente en la clase alta de los hogares de Reino Unido. Tras el fin de la Segunda Guerra Mundial y debido a la globalización, este ideal se propagó por el resto del mundo, teniendo su máximo apogeo a partir de 1960, año en el que crece una preocupación al relacionarse el sobrepeso con enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión (25).

Comienza a instaurarse este modelo a través del cambio del rol de la mujer, el aumento de la fama de modelos y actrices con cuerpos extremadamente delgados, el rechazo a la obesidad y el sobrepeso, y la instauración de un nuevo estilo de vida en el que se comienza a ver con buenos ojos las cirugías estéticas y la práctica de ejercicio (25)

Este ideal ha ido interiorizándose en nuestra sociedad asociado a una mayor atracción y mayor éxito en la vida, por lo que se llevan acciones encaminadas a acercarse a este. Siendo mayor esta preocupación por encajar en él en las mujeres ya que los hombres tienen otro modelo de belleza centrado en cuerpos musculados. (26,27).

2.2.2. PRESIÓN SOCIAL RESPECTO A LA IMAGEN

Con el nacimiento se inicia un proceso de sociabilización, paulatino y constante, primero a través de los padres, primera toma de contacto con el mundo, que inculcan unos valores básicos. Posteriormente se va ampliando este círculo a medida que se crece, la escuela, el grupo de iguales, el trabajo, van tomando un papel importante en la vida de cada persona (13).

Las distintas interacciones que se producen con el entorno acaban influenciando en el comportamiento y en el desarrollo personal, siendo estas más intensas cuando se trata de amigos. Por lo tanto, la imagen que uno tiene de sí mismo puede ser formada a partir de lo aportado por sus iguales (26).

Dentro de estos grupos se suelen tratar temas relacionados con la imagen corporal, llevando a cabo conversaciones denominadas "fat talk", siendo este un término que en el que se engloban comentarios relacionados con el peso y el cuerpo tanto propio como el ajeno, siendo la mayoría de estos de índole negativa, "Mis piernas se ven enormes en estos pantalones cortos". En este tipo de conversaciones hay un factor común que es la baja autoestima y una discrepancia entre el cuerpo que se tiene y el cuerpo que se desea tener (28) . Además de esto, también es común la aparición de comentarios despectivos hacia el peso o el cuerpo de una persona, pudiendo influir estas burlas en la imagen corporal que uno tiene, y llevarlo a realizar modificaciones en su conducta para cumplir con la imagen aceptada por el grupo (26).

Rodearse de amigos con cualidades parecidas a las propias, insatisfacción corporal o perfeccionismo, lleva a una retroalimentación negativa; si una componente del grupo expresa el descontento con su peso, va a haber una mayor insatisfacción entre el resto. Sucede lo mismo con la dieta, si una de ellas comienza a hacerla, crece un sentimiento de querer perder peso entre las demás (5,26).

2.2.3. SISTEMA DE TALLAJE

El mundo de la moda está en constante cambio, van surgiendo nuevas tendencias cada poco tiempo, siendo seguidas por la población, ya que de esta manera hay un sentimiento de pertenencia al grupo, generando esto tranquilidad y aceptación. Por este motivo, es necesario recurrir a la compra de nuevos atuendos, suponiendo en muchas ocasiones esto un reto debido a la diferencia de tallaje entre tiendas (29).

Es común que dependiendo de la marca en la que se compre la ropa, la talla pueda variar, incluso dentro de una misma tienda. Según el "Análisis sobre el grado de unificación de tallas de ropa en España y el impacto en la salud de las personas" realizado por la Fundación imagen y autoestima esto sucede a un 87% de los consumidores encuestados. Este hecho, puede llegar a ser indiferente y no afectar al comprador, pero para muchos otros, esto puede llegar a ser un problema y provocar sentimientos negativos. Un 58% manifiesta estar deprimido, molesto o preocupado, siendo la molestia lo más referido, en un 36% (30).

Si diferenciamos entre hombres y mujeres, ambos tienen porcentajes similares respecto a ir de compras, a un 80% le gusta hacerlo. Analizando como le afecta a cada uno el hecho de tener que variar de talla, la molestia es mayor en los hombres que en las mujeres, un 38% de los hombres está molesto. Sin embargo, un 13% de las mujeres se siente deprimida frente a un 10% de los hombres (30).

La ropa en venta es conjuntada mediante maniqués para ofrecer al consumidor ideas y animarle a comprar. En muchas ocasiones, esos maniqués están alejados de la realidad, al ser demasiado delgados, un 60% de la muestra corrobora esta afirmación (30). Esto no ocurre únicamente con los maniqués de la ropa para adultos, también en la ropa de la zona infantil. En un estudio realizado en 2016 sobre la representación del cuerpo infantil en distintas tiendas de moda y como afecta este a los niños, indica que en un 100% de los maniqués, la delgadez de estos se corresponde con modelos corporales de edades inferiores, es decir, si la ropa ofrecida es para tallajes de entre 6 y 12 años, es representada en modelos corporales para niñas menores de 6 años (31).

A la hora de comprar una prenda, el tener que llevarse una talla distinta puede influir en la decisión. El 18% decide no adquirir dicha prenda, mientras un 82% que no le importa comprarla a pesar de ser la talla (30).

Todo esto puede tener un impacto en las personas y empujarles a llevar a cabo medidas para acercarse a su talla. Un 56,3% se plantea seguir una dieta, encontrándose en ese número las personas que se sienten deprimidas cuando cambia su talla. Además, el hecho de observar que tanto los maniqués como las modelos muestran figuras delgadas, es uno de los factores que influye en comenzar una dieta en un 74% de las personas (30).

2.2.4. PUBLICIDAD

La publicidad se manifiesta como el elemento unificador y divulgador de este modelo femenino ideal, siendo una herramienta usada para llevar al alcance del público las últimas novedades y tendencias que van surgiendo (31). En un primer momento, algo que puede percibirse inocuo al promocionar un determinado producto, puede llegar a afectar a los consumidores de dicha publicidad; al protagonizar los anuncios modelos con cuerpos que cumplen dos condiciones: ser delgadas y jóvenes (27). De esta manera, independientemente de anunciar un producto relacionado con la belleza o la salud, se usa esta imagen alejada de los cuerpos reales para promocionar viajes, comida o automóviles (24,31).

Son muchas las empresas del sector de la belleza y la salud que usan la publicidad para dar a conocer sus productos. Constantemente se bombardea a la población con productos “milagro” que facilitan la pérdida de peso, muchas veces a costa de la salud, no resultando fácil sustraerse de esa publicidad tan atractiva y engañosa. Esto, es explicado por una paciente con TCA “Cuando tú quieres comprar paracetamol vas a una farmacia y lo compras ¿verdad? Yo cuando quiero comprar paracetamol voy a la farmacia y desde que entré por la puerta todos los anuncios, cremas, carteles me invitan a perder peso, reducir la celulitis, quemar grasas... de manera que hasta que llego al mostrador y el farmacéutico me atiende, pido el paracetamol y es posible que acabe comprando algún producto diurético o adelgazante... eso sin mencionar la constante presencia de la báscula”(27).

Los centros de cirugías estéticas acercan a través de este medio el cuerpo perfecto según el modelo instaurado, facilitando de esta manera el cuerpo soñado de manera más rápida y con resultados más eficaces que a través de la dieta y el ejercicio físico (27). Un ejemplo, es este anuncio de una lipoescultura en un medio mexicano “¡¡¡Trae el cuerpo que tienes y llévate el que quieres!!! Ahora todo es posible con una Lipoescultura... existen diferentes técnicas. Para volúmenes pequeños se utiliza la técnica convencional, para volúmenes grandes se puede recurrir a la liposucción asistida con láser o ultrasonido”(25).

En la actualidad ha surgido un nuevo movimiento en publicidad, con exitosas campañas en los que se muestran cuerpos reales alejados de esos cánones establecidos. A pesar de que estas campañas tienen una gran acogida al mostrar una belleza sin retoques y cercana a la mujer de la calle, siguen siendo minoritarias (27).

La realidad muestra en los países industrializados un aumento de la obesidad y el sobrepeso, estando esto muy alejado de la imagen ideal propagada por la publicidad. Por esto, hay un sentimiento de malestar y rechazo ante los propios cuerpos como resultado de una continua exposición a la delgadez, forzando a llevar a cabo conductas para alcanzar el cuerpo ideal (25,27).

2.2.5. ROL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación forman parte del día a día de la sociedad, permiten estar al tanto de las últimas noticias y novedades; al mismo tiempo que influyen en la creación de expectativas sociales, y propagan el canon de belleza entre sus espectadores y consumidores (32).

La televisión puede considerarse el medio que tiene un mayor impacto en la vida de los espectadores (25). Con la importancia otorgada a la delgadez, numerosos programas tienen como argumento principal premiar a las mujeres con un cambio radical para encajar en el canon. Por

lo tanto, las participantes de estos no dudan en abrir las puertas de su vida personal para conseguir su deseo. Son muchos los que ven este tipo de programas, llegando esto a influenciar en su imagen corporal (27).

Si se analiza la representación de las mujeres en la televisión, según un estudio realizado en EE. UU., que analizó los programas con mayor audiencia, un 60,1% de las mujeres eran delgadas frente un 17,5% de los hombres. Además, solo un 5% de las mujeres tenían sobrepeso, mientras que los varones llegaban al 25%. Esto muestra, la importancia del peso en el sexo femenino, teniendo que someterse muchas de las trabajadoras de la televisión a cirugías, maquillaje o Photoshop para cumplir este ideal, por lo que se exhibe ante la sociedad una falsa realidad difícil de lograr (25).

Entre hombres y mujeres existen diferencias en torno al ideal de belleza, interiorizando a medida que crecen los estereotipos sociales que existen para cada uno de ellos (26). En este proceso, juegan un papel importante los medios de comunicación ya que ayudan a indicar que se espera de cada uno de ellos con respecto a su aspecto físico. Las mujeres deben tener un cuerpo delgado, mientras que los hombres buscan un cuerpo atlético y musculado (24). Si se profundiza más, se encuentra la confianza en sí mismos, la ambición, la independencia como rasgos asociados a los varones, en cambio, a las mujeres se las relaciona con la dulzura, interés por la apariencia, y sin discurso propio (33). Estas diferencias también se muestran a través de los medios de comunicación en el acto de comer, el cual es bien visto en los hombres ya que se asocia con fuerza y masculinidad, en cambio en las mujeres es visto como un acto compulsivo. En la película "El diario de Bridget Jones", la protagonista realiza atracones cada vez que tiene una ruptura sentimental, asociando la comida como solución ante inestabilidades emocionales teniendo luego sentimientos de culpa y vergüenza (27).

Las modelos que se encuentran en revistas o pasarelas de moda perpetúan este ideal de belleza. En 2008 la marca de moda No-lita llevó a cabo una campaña publicitaria protagonizada por una joven anoréxica, con un peso menor de 35kg, con el eslogan "No anorexia". Transmitiendo el mensaje de que estando en un peso tan bajo, ha llegado a ser modelo, lo cual puede ser interpretado erróneamente por los espectadores al no ver el problema de salud detrás de la imagen (27,32).

2.2.6. REDES SOCIALES

Las redes sociales han conseguido crear su propio espacio en la vida de la mayoría de las personas, siendo una forma sencilla de mantener el vínculo y la comunicación. Según el estudio de redes sociales realizado en 2021, un 85% de la población española comprendida entre los 17 y 60 años tiene una cuenta en alguna de las redes existentes. De ese porcentaje, la representación de mujeres es mayor frente la de hombres, 51% y 49%. Entre las redes sociales anunciadas, las más utilizadas en el último mes por los participantes son en primer lugar WhatsApp, seguida de Facebook, YouTube e Instagram, siendo esta última la más usada por los jóvenes (16-24 años), un 81%.

Dentro de estas, el ideal de belleza actual está muy presente, existiendo también aquí la presión de encajar y ser aceptada. Por esto, el simple hecho de estar presente en una de ellas condiciona tener una insatisfacción corporal, al estar expuesto constantemente al escrutinio de los demás mediante la interacción (34,35). Igualmente, hay muchas cuentas que contribuyen a perpetuar

ese malestar con el cuerpo, entre ellas se encuentran las “influencers” quienes tienen un gran impacto en las últimas tendencias y novedades, así como en sus seguidores. En sus perfiles, muestran cómo su aspecto físico es el cimiento de su felicidad (36,37). Otro tipo de cuentas son aquellas que comparten contenido “fitspiration”, publicaciones sobre la apariencia física sin poner el foco en la correcta realización de dietas y ejercicio. (36).

La mayoría de las fotos que se suben de uno mismo son las mejores que se tienen en la galería, pero este proceso de elección no es tan sencillo como parece. Principalmente, las mujeres buscan el lugar idóneo, donde la luz sea perfecta, invirtiendo 10 minutos al día en esta acción y sacándose entre 2-5 fotos hasta la definitiva. Tras la selección, pueden editar la foto eliminando todos los defectos que no concuerdan con el ideal actual, poniendo énfasis en el cambio del tono de la piel, adelgazar las facciones y eliminar las ojeras (35,38,39). Estas acciones provocan un mayor rechazo al no coincidir la foto con la realidad junto con una insatisfacción corporal, ansiedad y depresión (36,38,39). En un estudio realizado entre 2485 estudiantes de psicología, un 26,6% usaba aplicaciones de edición antes de subir una foto, siendo más usado por parte de las mujeres que por los hombres. Además, este grupo de gente mostró tener una mayor preocupación por su cuerpo y aspecto (39). Todo este tiempo invertido muchas veces tiene como objetivo ser aceptado socialmente a través de los comentarios y me gusta aportando todo esto un aumento de la autoestima (36,39). Sin embargo, las redes también pueden tener el efecto contrario, bajar la autoestima, al existir una comparación y una vigilancia corporal. Además de haber una posible influencia en la realización de ejercicio compulsivo y reducir las cantidades de comidas e incluso eliminar alguna ingesta en el día (36,40).

Las redes sociales están formadas por miles de usuarios, lo que ofrece la oportunidad de conocer a personas en situaciones similares a la propia. En aquellas personas que tengan TCA pueden encontrar en estos medios gente con su misma patología, lo cual puede ser beneficioso en caso de que los usuarios usen esta red como diario de su proceso de recuperación, aportando sus testimonios, lo cual puede ayudar a ver luz entre la oscuridad (41). Sin embargo, en el lado opuesto a este tipo de cuentas, están aquellas que promuevan este tipo de trastornos como un estilo de vida, las denominadas cuentas “pro-ana” y “pro-mia”. Son muchas las chicas que encuentran en ellas su refugio, un lugar donde ser entendidas y arropadas, así lo manifiestan *“Por eso os quiero tanto, porque vosotras hacéis que quiera seguir con este estilo de vida, me siento identificada con vosotras, no tengo a nadie más para hablar de esto”* (42–44). En un estudio realizado a 14 pacientes con TCA en Hospitales de Mallorca, un 75% indicó que en estas páginas se sentían comprendidas y pertenecientes a un grupo (45).

Las participantes de este tipo de cuentas, por regla general, son adolescentes con baja autoestima que han recibido comentarios negativos acerca de su cuerpo y que buscan una solución para poner fin a esas situaciones (44).

Dentro de estos grupos, tienen su propio lenguaje, como “mostruolandia” para referirse a las chicas obesas, y forma de llamarse entre ellas, son princesas y dependiendo del trastorno que tengan, añaden la palabra Ana, por anorexia, o Mia, por bulimia (46). Además, sus perfiles tienen detalles en común que permiten su identificación, como el uso de imágenes de mujeres escuálidas con coronas, libélulas o mariposas, representando la belleza de aspecto frágil, o la indica-

ción en su biografía del peso que desean alcanzar (41,44,46) Otra característica de esta comunidad es la existencia de sus propios mandamientos (“*Si no eres delgada, no eres atractiva*”, “*Estar delgada y no comer son señales de verdadero poder y éxito*”) y de su credo (43,45,46)

Los temas que abordan están centrados en conseguir su principal meta, la delgadez como sinónimo de perfección. Para alcanzarla comparten consejos centrados en la alimentación, ejercicio y la realización de conductas purgativas (45,46). Las dietas que se aconsejan están muy alejadas de una alimentación saludable y carecen de rigor científico, poniendo en peligro la salud de aquellas que las empleen (45). Un ejemplo, es la denominada dieta Arco Iris donde cada día de la semana debe de ser asociado a un color, si el domingo se come verde, en el desayuno y la comida se tomará ½ taza de uvas, y para la cena un plato de lechuga (46). A parte de dietas, tienen su propia pirámide nutricional, denominada pirámide Ana, encontrando en la base de esta el agua y en la cima alimentos de bajo aporte energético, y tablas que relacionan la altura con el peso que se debería de tener (Anexo I) (45,46).

Entre sus publicaciones, se pueden encontrar “tips” para llevar a cabo conductas purgativas, que hacer en caso de tener hambre o cómo esconder todo esto a los padres (45). Ejemplos de estos consejos: “*Échale algo que no te guste a tu comida, como jabón, así, aunque te mueras de ganas por comerte ese filete lleno de grasa no podrás hacerlo*” “*Si no te aguantas las ganas de comer, aún hay una salida: espera a que empieces a eructar y aguántate corre al baño y abre bien la boca, saca tu lengua, introduce tus dedos y ...*” (46).

Para tener en mente su objetivo y no desistir en ello comparten fotos “thinspiration” que consisten en imágenes, muchas de ellas retocadas, protagonizadas por modelos, seguido de celebridades, personas desconocidas y atletas (42,43,46) Además de este tipo de fotos, comparten algunas en las que se marcan los huesos, sobre todo las costillas, caderas y clavículas. (41,45).

Ante la peligrosidad de este tipo de cuentas, se han comenzado a censurar, a través de su eliminación o mostrando mensajes de alerta ante la búsqueda con los términos “ana y mia”. No obstante, mediante esta medida se pueden poner en peligro cuentas y páginas cuyo objetivo sea ofrecer ayuda e información sobre la recuperación (41).

2.2.6. DIETAS MILAGRO

Ante la necesidad de querer adelgazar, son muchas las personas que someten su alimentación a modificaciones, al no conseguir los efectos deseados con las dietas tradicionales, confían en dietas que prometen rápidas bajadas de peso. Estas dietas son las conocidas como dietas milagro, las cuales aseguran grandes cambios en poco tiempo. Para dar a conocer estos regímenes, los creadores usan argumentos pseudocientíficos. Además, se involucran personajes famosos y médicos para dar más autenticidad a estas, junto con la creación de libros (47,48).

Dentro de este mundo existen diferentes tipos de dietas milagros:

Las dietas excluyentes

Se basan en eliminar uno o varios nutrientes. Dentro de este grupo se encuentran las dietas hiperproteicas, como el *método Dukan* (49). Este método tiene su propia lista de alimentos, un total de 100 de los cuales 72 son proteínas puras (origen animal y vegetal) y 28 tipos de proteínas y verduras (origen vegetal) (50).

Se divide en 4 fases, la *fase ataque* donde solo se consumen las proteínas puras para extraer la energía de la masa magra y conseguir una gran pérdida de peso. Después está la *fase crucero* para alcanzar el peso justo, introduciendo las proteínas y verduras junto con las proteínas puras, alternando dichos grupos. La tercera fase es la de *consolidación*, en la que se permite reintroducir hidratos de carbono, para evitar el efecto rebote, reservando los jueves para el consumo único de proteínas puras. Por último, está la *fase de estabilización* que hay que mantener de por vida para no recuperar el peso, para ello se toman 3 cucharadas de salvado de avena diarias, andar 20 minutos cada día y mantener el jueves de proteínas puras (50).

En este mismo grupo está la *dieta cetogénica*, la cual consiste en un bajo contenido de hidratos de carbono y un contenido alto de proteínas y grasas. Este tipo de dietas es empleada en pacientes con epilepsia refractaria de manera que es individualizada ya que hay que calcular la cantidad de grasas, y medicamento controlada (49,51). La *dieta Atkins* sigue este patrón de alimentación, al permitir el consumo de cualquier proteína y grasa y aceite sin límite alguno, y permitir tras la redición de su libro la introducción de verduras y un pequeño consumo de hidratos de carbono (48).

Los efectos adversos de este tipo de dietas excluyentes son la elevación del colesterol, de triglicéridos y de ácido úrico, pérdida de proteína muscular y visceral, problemas gastrointestinales, mal aliento, mareos, náuseas... (48)

Las dietas pintorescas

Se caracterizan por ser estrafalarias con la intención de convencer de la facilidad de su uso, pudiendo desembocar en un desequilibrio nutricional (48). Un ejemplo sería la *dieta calendario* en la que cada día se come los alimentos que comiencen por una determinada letra (49).

Otro tipo de dietas

El *ayuno intermitente* consiste en combinar periodos de ayuno junto con ventanas de alimentación. Este tipo de régimen se caracteriza por la frecuencia y la duración de los periodos de ayuno, dependiente del estilo de vida de cada uno, y la intensidad de la restricción de alimentos. A través de la abstinencia de alimentos y bebidas, el cuerpo humano entra en un estado fisiológico de cetosis, habiendo niveles bajos de glucosa en sangre, y produciendo cuerpos cetónicos y disminuyendo el depósito de glucógeno en el hígado. Tras varios días de ayuno los cuerpos cetónicos son la fuente de combustible preferible por el cerebro (52,53).

Los beneficios de este tipo de alimentación son la pérdida de peso, mejora de la regulación de glucosa y la sensibilidad de insulina, de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, que es recomendado en pacientes con diabetes mellitus, cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes (52). Sin embargo, también tiene ciertos efectos secundarios estreñimiento, irritación, dolor de cabeza, hambre... (54).

En conclusión, este tipo de dietas realizadas con la supervisión o prescripción pueden ser beneficiosas para el tratamiento de determinadas patologías, como la dieta cetogénica que está indicada en la epilepsia refractaria. Por lo tanto, estas no deberían llevarse a cabo para rápidas bajadas de peso al poder poner la salud en peligro, debido a que tienen que ser individualizadas según las características de cada uno. Por ejemplo, el ayuno intermitente no está recomendado en personas que han padecido o padecen TCA (48,51,52)

2.3. CAPÍTULO 3: PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los casos de TCA han tenido un auge en los últimos tiempos convirtiéndose en una preocupación y objetivo de estudio por parte de Salud Pública (55). A este aumento hay que añadir otra serie de factores como el alto coste del tratamiento junto con un éxito parcial de este, y las consecuencias de esta patología sobre la salud a corto y medio plazo (56). Por este motivo, se han comenzado a desarrollar programas de prevención de este tipo de trastornos (55).

Existen tres niveles de prevención:

- La prevención primaria, cuyo objetivo es eliminar o reducir aquellos factores de riesgo que contribuyen o causan la aparición de los trastornos (55)
- La prevención secundaria, la cual se centra en diagnosticar precozmente la enfermedad en personas aparentemente sanas, pero que cumplen requisitos para el TCA (55). De esta manera, se comenzará el tratamiento de forma temprana, evitando la progresión de la enfermedad (57)
- La prevención terciaria tiene la finalidad de restablecer la salud en las personas que ya tienen TCA, disminuyendo los efectos de este y evitando complicaciones y secuelas. (55).

2.3.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Los adolescentes crecen rodeados de presiones acerca de su aspecto físico, sobre todo las chicas en relación con la delgadez, generado esto conversaciones acerca de la figura tanto en su entorno familiar como en el social. Esta retroalimentación desencadena en la generación de una baja autoestima y una insatisfacción corporal. Por estos motivos, es necesario realizar intervenciones para reducir la vulnerabilidad de la población ante la aparición de factores de riesgo (56).

La realización de intervenciones exclusivas sobre TCA, pueden tener un efecto alejado del original debido a que pueden surgir sensaciones de pánico y magnificar conductas características de la edad sin aparente gravedad (2). Por este motivo, lo recomendable es llevar a cabo la denominada prevención conjunta, la cual combina intervenciones dirigidas a prevenir el sobrepeso y el TCA, al tener ambos factores de riesgo en común (insatisfacción de la imagen corporal, “fat talk” o realizar dietas) o existir la posibilidad de contribuir el desarrollo de un trastorno durante el intento de evitar o tratar otro de ellos (2,57).

En estos programas de prevención, hay que intervenir para abordar aquellos factores clave. Para ello, habrá que educar en la alimentación promoviendo hábitos de nutrición saludables y la realización de comidas regulares; se trabajará en la insatisfacción corporal a través de estrategias para lidiar con las presiones sociales transmitidas por los medios de comunicación o redes sociales y por el entorno social, y la mejora de la autoestima. Además, se invitará a evitar ambientes tóxicos, como la eliminación de burlas sobre el físico (2,57).

Al ser la adolescencia la etapa donde principalmente se desarrollan los TCA, es recomendable realizar la prevención primaria en la preadolescencia, momento en el que muchos de los hábitos alimentarios incorrectos no están aún instaurados (42,58). La edad donde se han visto que los programas son más eficaces es en menores de 15 años (56). Por lo tanto, el ámbito más idóneo para el desarrollo de la prevención es el ámbito escolar al reunir a la población diana y al ser de interés la participación de los profesores. Las familias, sobre todo los padres, también juegan un

papel importante por lo que sería interesante hacerles también participe en este tipo de intervenciones al ser testigos de las conductas inapropiadas que realizan las chicas con TCA, como la toma de laxantes, provocación del vómito... (2).

La prevención resultará más eficaz si se hacen multisesiones, siendo estas interactivas, y se traten temas relacionados con el autoestima, las habilidades sociales y ayudas que faciliten la crítica del ideal de belleza actual (2). Posteriormente, es recomendable un seguimiento de 3 meses. Teniendo un papel relevante en el proceso de la prevención primaria, la figura de la enfermera (56)

2.3.2 PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Ante la problemática existente con los TCA, se han confeccionado distintos programas con el objetivo de prevenirlos. Entre los creados, hay algunos que han demostrado una reducción en el desarrollo de la enfermedad, como The Body Project (59).

The Body Project

Consiste en un programa de disonancia cognitiva, en el cual las participantes realizan una crítica del ideal de belleza a través de ejercicios escritos, verbales y conductuales. Mediante la actividad de criticar de manera abierta, se consigue una disminución del respaldo de la delgadez como sinónimo de belleza, junto una reducción de los factores de riesgo (59,60)

El programa está codificado bien en 4 sesiones semanales de 1 hora o en 6 sesiones semanales de 45 minutos. Poniendo la atención en el programa de 4 sesiones, se organiza de la siguiente manera (60):

En la *primera sesión* se llevará a cabo la introducción del programa, explicando los temas que se van a tratar en cada sesión y tanto las participantes como la conductora de las actividades realizan su presentación (61)

En esta sesión se introduce el ideal de belleza, invitando a las participantes a que lo definan y encuentren el origen de este. Además, se indaga en la relación que tienen con este ideal, si alguna vez han recibido comentarios acerca de su físico y cómo afecta el modelo actual en su vida. Junto con esto, se habla del impacto que tiene en la salud (61).

En la *segunda sesión*, se sigue tratando el ideal de delgadez a través de la actuación. El profesional encargado de la intervención encarnará el personaje de alguien que está haciendo una dieta extrema o tiene un TCA, mientras que las participantes tendrán que convencerle de que la delgadez no es sinónimo de éxito y de los riesgos de realizar dietas perjudiciales para la salud. Después de esto, se reflexionará sobre ello y de cómo se han sentido las participantes (61).

En la *tercera sesión*, se comparten los motivos de participación en este programa y aquellas cosas que no se han atrevido a hacer por la presión recibida por su físico (llevar pantalón corto, ir al gimnasio...), animándolas a cambiar esto mediante la realización de esas actividades. Por último, se realiza una lista de 10 cosas que pueden combatir el ideal actual (61).

En la *cuarta sesión*, se trabaja la autoafirmación mediante ideas que pueden ayudar a pensar en los cuerpos de manera positiva (escribir en un diario aquello que permite el cuerpo hacer) y al tratarse de la última sesión, se indicará los beneficios encontrados con la participación en este programa (61).

En todas las sesiones, se reafirma la participación voluntaria en el programa y se mandan tareas, como escribir una carta a una chica que está viviendo un momento complicado por su físico (61).

2.3.3 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Como se ha analizado la prevención primaria juega un papel transcendental en evitar el desarrollo de factores de riesgo. Por este motivo, se ha propuesto la prevención de estos trastornos a través de la siguiente intervención. Para su elaboración se han consultado guías de prevención e intervenciones ya diseñadas previamente, realizando una extracción de actividades y combi-nándolas entre sí (2,61-64)

Objetivos

- Promover una alimentación saludable.
- Potenciar el desarrollo de factores protectores ante los TCA.
- Reflexionar acerca del ideal de belleza actual y cómo afecta este en el día a día

Destinatarios

Este programa está dirigido para ser realizado en alumnos de secundaria, concretamente en la clase de 3º de la ESO, edades comprendidas entre los 14 y 15 años.

Director de la intervención

El desarrollo y aplicación de la intervención en el medio escolar está dirigido para llevarse a cabo por dos enfermeras, bien especialistas en salud mental, enfermeras escolar o enfermeras de atención primaria.

Cronograma

Las sesiones que se proponen son en total 4, las cuales se desarrollarán semanalmente y tendrán una duración de una hora. En cada una de ellas se tratarán temas distintos.

SESIONES	CONTENIDOS
Sesión 1	Alimentación
Sesión 2	Autoestima
Sesión 3	Ideal de belleza
Sesión 4	Evaluación

SESIÓN 1: ALIMENTACIÓN

En esta primera sesión, se comenzará con la presentación del equipo que va a conducir el programa a los participantes. Además, se les explicará los objetivos y finalidad de esta intervención, junto con el cronograma para que sean conocedores de los temas que se van a tratar.

Tras esta pequeña introducción, se les pasará una serie de cuestionarios autoadministrados al grupo para valorar sus conocimientos y actitudes antes del desarrollo de la intervención.

En primer lugar, el *Cuestionario de Conocimientos de Nutrición* (Anexo 2), el cual es un test de 10 preguntas sobre conocimientos nutricionales con cinco posibles respuestas, habiendo una única válida (2)

Se continuará con *Escala Eating Attitudes Test (EAT-26)* (Anexo 3), cuestionario que detecta posibles casos de TCA. Consiste en una Escala Likert con 26 ítems, divididos en tres subescalas (dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral), con 6 respuestas, desde nunca a siempre, donde no hay respuesta correcta. La puntuación es el resultado de la suma de cada ítem. Una puntuación por encima de 20, indica población de riesgo (2).

Por último, se pasará la *Escala de Satisfacción Corporal (SCP)* (Anexo 4) que consiste en una escala tipo Likert que mide la aceptación que tiene el adolescente de su cuerpo. Está formado por 8 ítems, con 4 respuestas que van desde muy acuerdo a muy desacuerdo (2)

Actividad 1: Plato Saludable (63)

Se dividirán en subgrupos de 5 personas, entregando en cada grupo un plato y unas fichas con diferentes alimentos. Su misión será, confeccionar un plato que consideren equilibrado y saludable. Cada subgrupo realizará una comida, desayuno, comida, merienda y cena.

Una vez finalizado, cada líder de los grupos explicará al resto que alimentos han elegido y el porqué.

Actividad 2: Charla sobre alimentación

Se comenzará hablando de qué es una dieta saludable, la cual debe de ser variada, al incluir diferentes tipos de alimentos y asegurar el aporte de los nutrientes, y equilibrada ya que se debe evitar comer demasiado de un alimento y poco de otros que sean igual de necesarios (62)

La ingesta de alimentos se tiene que realizar a lo largo del día, dividiéndose en 5 comidas, haciendo hincapié en la importancia del desayuno (2,62)

Se presentará la pirámide alimentaria, para que conozcan los alimentos que hay que comer más a menudo o en mayor cantidad y cuáles en menos (2,62)

Se les explicará el plato saludable (Anexo 5) enlazando con la actividad anterior, a través del cual se consigue una dieta equilibrada a través la división de un plato en 4 porciones, representando cada una de ellas los grupos de alimentos que se tienen que tomar a diario, siendo la mitad frutas y verduras, un cuarto de proteínas y el otro de cereales. Además de incluir, bebidas, como agua, té y lácteos, y aceites saludables, como el de oliva (63)

SESIÓN 2: LA AUTOESTIMA

La autoestima es la valoración que hace una persona de sí misma. Se forja en la infancia, influenciada, entre otros, por la relación tanto con nuestro entorno o educación, y a medida que se va creciendo esta cambia, realizándose mayores cambios en la adolescencia por lo que es importante trabajar en esta a través de la aceptación de uno mismo, la libertad y autonomía (62,63)

Actividad 1: De ti me gusta... (2)

Se les pedirá que escriban en un papel 3 cosas que les gusta de ellos y otras 3 que no. A continuación, se colocarán en círculo y se les animará a comentar tres aspectos que más les guste de su compañero de la izquierda, tanto físico como personal (me gusta su empatía o me gusta el

color de sus ojos). Comenzará la enfermera diciendo aquello que más admira de su compañera, de esta manera los participantes tendrán un ejemplo y se animarán a participar.

A través de esta actividad, se les explicará la importancia de elogiar aquello que más se admira de alguien, ya que gusta oír lo positivo que ven las personas en ti. Además, verán que cuando se trata de uno mismo es más sencillo ver lo negativo que lo positivo, pero nuestro alrededor ve lo bueno de cada uno.

Actividad 2: directores por un día (2,62)

Esta actividad, consiste en el desarrollo de anuncio publicitario de ellos mismos, en el cual tienen que venderse de la mejor manera, mostrando sus cualidades. Podrán usar un eslogan, una interpretación...

Para ello, se dividirán en grupos de 5 personas, y cada componente del grupo pensará su anuncio, para después ponerlos en común dentro del grupo. Después, el anuncio elegido será expuesto al resto de la clase.

SESIÓN 3: EL IDEAL DE BELLEZA

El ideal de belleza actual está asociado a la delgadez, el cual se encuentra presente en el día a día a través del marketing y los medios de comunicación, siendo este un problema al alejarse de la realidad (63)

Actividad 1: La publicidad (64)

Se les da distintas revistas, con el objetivo de que busquen la representación de cómo es su ideal de belleza. Una vez buscado la imagen que más les convenza, se repartirán los recortes de manera desordenada entre los demás.

Se hará una reflexión a través de una serie de preguntas:

- ¿Creéis que la foto que os ha tocado coincide con la realidad?
- ¿Qué patrones de belleza se transmiten en los medios de comunicación y publicidad?
- ¿Qué motivos encontráis a que la mayoría de las modelos de la publicidad sean mujeres delgadas u hombres musculados?
- ¿Os ha costado encontrar otro tipo de cuerpo entre las revistas?
- ¿Cómo os sentís al ver en medios y publicidad este tipo de ideal? ¿Os influye?

Actividad 2: Role Playing (2,61)

Se propone la siguiente situación que será actuada por tres voluntarios:

Un grupo de tres amigas se van de compras a las rebajas de verano. Una de ellas se prueba unos pantalones vaqueros que le encantan para una cita que tiene esta noche, probándose la talla que ha usado siempre. Sin embargo, le queda pequeña, algo que le sienta muy mal ya que empieza a no sentirse a gusto consigo misma.

Sale del probador triste, y les cuenta el problema a sus amigas. Estas comienzan a darle diversos consejos que perpetúan el ideal de belleza actual, como “tía, es mejor que no quedes hoy con el chico ese, y empieces una dieta que he visto en internet que te promete adelgazar 2kg por semana y hagas ejercicio porque así seguro que le gustas más”, “Igual si

eliminas ciertos alimentos, como pan, te sientas mejor, además de poder comprarte vestidos que ahora no te quedan tan bien”

Tras la interpretación, se les invitará a reflexionar sobre ello y compartir sus opiniones. Si no se les ocurre nada, se les puede ayudar con estas preguntas:

- ¿Alguna vez os habéis sentido mal al probaros ropa?
- ¿Los consejos que ha recibido la chica son los mejores?
- ¿Qué habríais dicho vosotros?
- Respecto a la moda, ¿hay diversidad de tallas en toda la ropa

SESIÓN 4: EVALUACIÓN

Se volverán a pasar los cuestionarios realizados en la primera sesión para poder comparar los conocimientos adquiridos tras la intervención.

Tras completarlos, se comenzará con un debate para conocer la experiencia que han tenido con la intervención. Se plantearán una serie de preguntas para que responda en voz alta de forma voluntaria:

- ¿Qué es lo que más os ha gustado del taller?
- ¿Y lo que menos?
- ¿Qué cosas cambiarías?
- ¿Qué habéis aprendido?

3. CONCLUSIONES

Los TCA son un conjunto de trastornos mentales, en los que hay una alteración ante la ingesta de alimentos y una aparición de acciones para controlar el peso. Dentro de los TCA, hay 4 clasificaciones, según el DSM-V: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastorno de la conducta no específica, teniendo cada uno de ellos una serie de criterios diagnósticos.

Para su tratamiento se requiere un equipo multidisciplinar debido a la dificultad de su manejo, centrándose en la rehabilitación nutricional, psicoterapia y el tratamiento farmacológico. En la rehabilitación nutricional se trata de eliminar las creencias acerca de la alimentación a través de la educación adaptándola según cada tipo de TCA, incluyendo en este proceso a los cuidadores principales junto con el paciente. En la psicoterapia, la evidencia recomienda diferentes tipos de terapia para cada uno los tipos de TCA. Por último, en el tratamiento farmacológico se utiliza principalmente tanto en la AN, BM y TA, la fluoxetina, un antidepresivo de la familia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Además, cada uno de ellos puede tener otro tipo de fármacos para aliviar los síntomas coexistentes.

La etiología es desconocida, considerando que tiene un origen multifactorial y multicausal, hay una serie de factores de riesgo que se clasifican en biológicos, conductuales, psicológicos y socioculturales. Entre esos factores, se encuentra el ideal de belleza, la delgadez excesiva, el cual está impuesto en nuestra sociedad desde hace años. La imposición de este ideal ha desencadenado la asociación de estar delgada, en el caso de las mujeres, con mayor felicidad y éxito, llevando a haber presión por parte de la sociedad.

La moda realiza una presión indirecta a través de su ropa, al variar las tallas entre una marca y otra, y entre las mismas prendas. Este cambio, tiene un efecto negativo en los compradores, tanto en mujeres como hombres, afectando principalmente a su autoestima y generando molestia.

La publicidad y los medios de comunicación también contribuyen en la propagación de este ideal, al ser las protagonistas de sus campañas o programas, mujeres jóvenes y delgadas. En el caso de los anuncios, independientemente del producto que se promoció se eligen modelos que cumplan este canon, encontrando campañas con cuerpos más realistas, pero siendo estas minoritarias. Asimismo, hay campañas que publicitan productos adelgazantes o cirugías estéticas, perpetuando el malestar respecto a la imagen corporal.

Respecto los medios de comunicación, se observa que para los hombres no hay presión para que cumplan lo correspondiente a su ideal, cuerpos atléticos y musculados, pudiendo haber en mayor medida varones con sobrepeso, cosa que en las mujeres ocurre en un pequeño porcentaje.

La presión no se limita al entorno y medios de comunicación, también se encuentra en las redes sociales, donde la mayor parte de los usuarios son adolescentes y el simple hecho de estar presente en una de ellas condiciona una insatisfacción corporal y la posible realización de conductas inapropiadas. En las redes se muestra una falsa realidad, al compartir el mejor contenido, sometido en muchas ocasiones a la edición de fotos para estar más cerca del deseado canon de belleza. Además, a través de la interacción existente en estas redes se busca la aceptación social, influenciando en la autoestima de manera positiva o negativa.

Todo esto es considerado como un riesgo para el desarrollo de TCA, por este motivo la aplicación de la prevención primaria para eliminar y reducir estos factores es de suma importancia. A través de esta, se desarrollan intervenciones dirigidas no solo a prevenir únicamente los TCA, lo cual puede ser contraproducente, sino también el sobrepeso, al compartir ambos factores de riesgo. De esta manera, se incidirá en la alimentación, en la insatisfacción corporal y en la autoestima. Para el desarrollo de estas, es preferible hacer multisésiones en el ámbito escolar, teniendo la participación de los padres si es posible.

El papel que juega la enfermería en la prevención primaria es de suma relevancia. Por este motivo, teniendo en cuenta las recomendaciones y características para los programas preventivos, se ha recogido una intervención de 4 sesiones para alumnos de 3º de la ESO, donde se tratarán el ideal de belleza, la autoestima y la alimentación.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Behar R, Arancibia M. Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud Ment.* 2015 [citado 18 abr 2022] ;38(3):225–32.
2. Gómez del Barrio JA, Gaité Pinado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herreo Castanedo S, Vazquez-Barquero JL. Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Sobrepeso [Internet]. 2012 [citado 13 ene 2022]. 131 p. Available from: http://www.ludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia_Prevención_Trastornos_Conducta_Alimentaria-2012.pdf [Internet]. Available from: http://www.ludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia_Prevención_Trastornos_Conducta_Alimentaria-2012.pdf
3. González-Gómez J, Madrazo I, Gil-Camarero E, L C-F, Benito-González P, Calcedo-Giraldo G, et al. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. *Rev Med Vald.* 2017 [citado 13 ene 2022].
4. Doalto Muñoz Y, López Hinojal A. Prevalencia de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria en la Unidad de Hospitalización de Cantabria. *Nuber Científ.* 2014 [citado 18 abr 2022];2(12):12–8.
5. Gismero González ME. Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Rev Psicoter.* 2020 [citado 19 abr 2022];31(115):33–47.
6. Samatán-Ruiz EM, Ruiz-Lázaro PM. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil.* 2021 [citado 19 abr 2022];38(1):40–52.
7. Paricio del Castillo R, Mallol Castaño L, Díaz de Neira M, Palanca Maresca I. Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en época COVID: ¿una nueva pandemia? *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil.* 2021 [citado 19 abr 2022];38(4):9–17.
8. Vargas Balderas M. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Medica Costa Rica y Centroam.* 2013 [citado 14 ene 2022]; LXX (607):475–82.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. In: *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V.* 2014 [citado 14 ene 2022]. p. 329–55. In.
10. Arrufat F, Badia G, Benítez D, Cuesta L, Duño L, Estrada M, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la. 2009. 296 p.
11. Cuadro E, Baile J. Binge eating disorder: analysis and treatment. *Mex J Eat Disord.* 2015 [citado 14 ene 2022]; 6:97–107.
12. Broft A, Shingleton R, Kaufman J, Liu F, Kumar D, Slifstein M, et al. Striatal Dopamine in Bulimia Nervosa: A PET Imaging Study. *Int J Eat Disord.* 2012 [citado 3 feb 2022];45(5):648–56.
13. Marfil R, Sánchez MI, Herrero-Martín G, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *JONNPR.* 2019 [citado 17 ene 2022];4(9):925–48.
14. Gómez-Candela C, Palma Milla S, Mijan de la Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutr Hosp.* 2017 [citado 20 ene 2022]; 34 (5): 97p.

15. Gaete MV, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. *Rev Med Clin Condes*. 2012 [citado 20 ene 2022] ;23(5):579–91.
16. Sainos-López DG, Teresa Sánchez-Morales M, Vázquez-Cruz E, Gutiérrez-Gabriel I. Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Aten Fam*. 2015 [citado 20 ene 2022];22(2):54–7.
17. Segreda Castro S, Segura Araya C. Anorexia nerviosa en adolescentes y adultos. *Rev Cienc Salud Integr Conoc*. 2020 [citado 21 ene 2022] ;4(4):212–22.
18. Beltrán Garayo L, Sepúlveda García AR. Efectividad de una intervención cognitivo-conductual combinada con técnicas de la entrevista motivacional en bulimia nerviosa: un estudio de caso. *Información psicológica*. 2018 [citado 3 feb 2022];116:95–111.
19. Gómez del Barrio JA. Intervención psicoterapéutica integrada y transdiagnóstica en los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Psicoter*. 2018 [citado 22 ene 2022] ;29(110):73–88.
20. Vaquero Sanchez M, Solano Pinto N. Terapia Ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. *TOG (A Coruña)* [Internet]. 2012[citado 3 feb 2022] ;9(15):21 p. Available from: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>
21. Simó Algado S. Una terapia ocupacional desde un paradigma crítico. *TOG [A Coruña]* [Internet]. 2015[citado 3 feb 2022]; monog. (7):25–40. Available from: <http://www.revistatog.com/mono/num7/critico.pdf>
22. Bolaños-Ríos P, Jáuregui-Lobera I. Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Rev Med Chile*. 2012 [citado 20 ene 2022]; 140:98–107.
23. Alañón Pardo M del M. Evaluación de la farmacoterapia y del soporte nutricional en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2017 [citado 3 feb 2022]. 302 p. Universidad de Granada;
24. Bernardo R, Pincay M, Leopoldo IR, Suárez M. Trastornos corporales en adolescentes e influencia de los medios de comunicación. *Rev Cuba Investig Biomédicas*. 2018[citado 8 feb 2022] ;37(4):1–11.
25. Iris C, Miño R. La imagen corporal en los medios de comunicación masiva. *Psicodebate*. 2015 [citado 8 feb 2022];15(1):23–42.
26. Saffon S, Saldarriaga LM. La internalización del ideal de delgadez: factor de riesgo de alteraciones de la imagen corporal y los hábitos de alimentación, generado por la influencia de pares. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2014 [citado 8 feb 2022];6(1):75–90.
27. Cabrera García-Ochoa Y. El cuerpo femenino en la publicidad modelos publicitarios: entre la belleza real, la esbeltez o la anorexia. *Icono 14*. 2010[citado 9 feb 2022] ; 8:223–43.
28. Shannon A, Mills JS. Correlates, causes, and consequences of fat talk: A review. *Body Image*. 2015[citado 13 feb 2022]; 15:158–72.
29. Iglesias Diz J. ¿Cómo influye la moda en el comportamiento de los adolescentes? *Adolescere* [Internet]. 2015 [citado 18 feb 2022];3(1):57–66. Available from: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA ADOLESCERE/vol3num1-2015/57-66 Como influye la moda en el comportamiento.pdf>
30. Carretero Jardí C, Díaz Ortuño M, Ojados F, Rosés Gómez M del R. Análisis sobre el grado de unificación de tallas de ropa en España y el impacto en la salud de las personas [Internet]. 2010 [citado 18 feb 2022]. Available from: http://www.f-ima.org/fitxer/388/INFORME_COMPLETO_BAROMETRO_TALLAS.pdf

31. Varona Aramburu D, Pérez Escolar M, Sánchez Muñoz G. La publicidad en el punto de venta: influencia en la imagen corporal infantil. *Rev Lat Comun Soc [Internet]*. 2019 [citado 13 feb 2022];72(74):957–74. Available from: <http://www.revistalatinacs.org/072paper/1202/52es.html>
32. Guzmán do Nascimento B, Rodríguez Díaz R. Comunicación y salud: la anorexia a través de la prensa. *Estud sobre el Mensaje Periodístico*. 2017[citado 2 mar 2022] ;22(2):747–58.
33. García-Ruiz R, Aguaded I, Rodríguez Vázquez AI. Propuesta de alfabetización mediática ante los estereotipos de género en los medios de comunicación. *Prism Soc [Internet]*. 2014 [citado 2 mar 2022]; (13):576–609. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84920024354&partnerID=MN8TOARS>
34. McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH, Masters J. Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 2015 [citado 15 mar 2022] ;48(8):1132–40.
35. Rhodes A, Bussey K, Mond J, Brown O, Griffiths S, Murray SB, et al. Me, my selfie, and I : The relationship between editing and posting selfies and body dissatisfaction in men and women. *Body Image [Internet]*. 2019 [citado 15 mar 2022]; 28:39–43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.001>
36. Ojeda-Martín Á, Del Pilar López-Morales M, Jáuregui-Lobera I, Herrero-Martín G. Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *JNNPR*. 2019 [citado 15 mar 2022];6(10):1289–307.
37. Aparicio-Martinez P, Perea-Moreno AJ, Martinez-Jiménez MP, Redel-Macías MD, Pagliari C, Vaquero-Abellan M. Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *Int J Env Res Public Heal*. 2019 [citado 16 mar 2022];16; 16p.
38. Tiggemann M, Anderberg I, Brown Z. Uploading your best self: Selfie editing and body dissatisfaction. *Body Image [Internet]*. 2020 [citado 16 mar 2022]; 33:175–82. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.002>
39. Wick MR, Keel PK. Posting edited photos of the self: Increasing eating disorder risk or harmless behavior? *Int J Eat Disord*. 2020 [citado 16 mar 2022] ;53(6):864–72.
40. Saunders JF, Eaton AA. Snaps, selfies, and shares: How three popular social media platforms contribute to the sociocultural model of disordered eating among young women. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw [Internet]*. 2018 [citado 16 mar 2022];21(6):343–54. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/cyber.2017.0713>
41. Branley DB, Covey J. Pro-ana versus Pro-recovery: A Content Analytic Comparison of Social Media Users' Communication about Eating Disorders on Twitter and Tumblr. In: *Frontiers in Psychology [Internet]*. 2017[citado 28 mar2022]. p. 8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5554530/>
42. Pagès Nebot A, Ocaña Fernández M. Características y comportamientos que comparten las chicas pro ANA. Un cambio de rumbo en la anorexia nerviosa. *Metas Enfer*. 2019[citado 28 mar 2022] ;22(3):172–9.
43. Hoffmann B. Pro Ana: Eating Disorder or lifestyle? *Trakia J Sci [Internet]*. 2018 [citado 1 abr 2022];16(2):106–13. Available from: <http://www.uni-sz.bg>
44. Lucciarini F, Losada A, Moscardi R. Vista de Anorexia y uso de redes sociales en adolescentes. *Av en Psicología*. 2021[citado 2 abr 2022] ;29(1):33–45.
45. Lago Blanco E, Carrera M, Bermúdez C, Seijas R, Blanco EL. Influencia de las páginas pro-anorexia y pro-bulimia en un grupo de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Trastor la Conduct Aliment*. 2012 [citado 2 abr 2022]; 16:1775–93.

46. Bermejo B, Saul LÁ, Jenaro C. View of The anorexia and bulimia on the web: Ana and Mia two “bad company” for youth today. *Acción Psicológica* [Internet]. 2011 [citado 2 abr 2022];8(1):71–84. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/197/151>
47. Jáuregui-lobera I. Fad diets, miracle diets, diet cult ... but no results. *JNNPR*. 2017 [citado 7 abr 2022];2(3):90–3.
48. José Miguel S del C, Ma Inmaculada ZL. Dietas milagrosas. Pautas alimentarias que causan problemas de salud. Vol. 106, *Métode science studies journal*. 2020 [citado 7 abr 2022]
49. Zaragoza Arnáez F, Lozano Estevan M. Comparativa de las dietas milagro existentes en la actualidad, y sus efectos negativos sobre la salud. *Rev Biociencias*. 2018 [citado 7 abr 2022] ;13(1):1–24.
50. Dieta Dukan [Internet]. París. Presentación del método Dukan; 2022. Presentación método Dukan [citado 7 abr 2022]. Available from: <https://www.dietadukan.es/metodo-dukan/presentacion/metodo-dukan>
51. Armeno M, Caraballo R, Vaccarezza M, Alberti MJ, Ríos V, Galicchio S, et al. Consenso nacional sobre dieta cetogénica. *Rev Neurol*. 2014[citado 7 abr 2022] ;59(5):213–23.
52. Canicoba M. Aplicaciones clínicas del ayuno intermitente. *Rev Nutr Clínica Metab*. 2020[citado 8 abr 2022] ;3(2):87–94.
53. Saz-peiro P. Ayuno intermitente. *Med Natur*. 2017 [citado 8 abr 2022];11(1):3–8.
54. del Fresno Serrano E, Cristina MR, del Fresno Serrano MA. El ayuno intermitente. ¿Mito o realidad? *Rev Sanit Investigación* [Internet]. 2021[citado 8 abr 2022]; Available from: <https://revistasanitaria-deinvestigacion.com/el-ayuno-intermitente-mito-o-realidad/>
55. Sancho Cantus D, Salvador Alberola J. Programa de prevención y detección de incidencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria. *Rev Iberoam Enfermería Comunitaria*. 2016 [citado 20 abr 2022]:9(2):31–42.
56. Montero Hernández S, San José de León M, Marín Rodríguez J, Alonso Castro B, Román Rodríguez de Tucanda N, Bernabeu Serrano C. Evaluación del efecto de una intervención grupal para la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes. Estudio piloto. *Rev Española Enfermería Salud Ment*. 2018 [citado 20 abr 2022];(5):5–14.
57. López, C., Raimann, X., Gaete V. Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria En La Era De La Obesidad: Rol Del Clínico. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2015 [citado 20 abr 2022];26(1):24–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.003>
58. Losada AV, Rodríguez Eraña S. Trastornos de la conducta alimentaria y prevención primaria. *Rev Electrónica Ajayu*. 2019[citado 21 abr 2022] ;17(1):77–102.
59. Stice E, Black Becker C, Yokum S. Eating Disorder Prevention: Current Evidence-Base and Future Directions. *Int J Eat Disord*. 2013 [citado 21 abr 2022]; 46:478–85.
60. Body Project [Internet]. Oregon: Oregon Research Institute; 2022 [citado 23 abr 2022]. The Body Project Background. Available from: <http://www.bodyprojectsupport.org/background>.
61. Stice E, Shaw H, Rohde P. Body Acceptance Class Manual [Internet]. Oregon: Oregon Research institute [citado 23 abr 2022]; p. 48. Available from: <http://www.bodyprojectsupport.org/assets/pdf/materials/bodyproject4sessionscriptandhandouts.pdf>
62. Fundación Gaudium, Dirección General de Salud Pública. Taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: cuaderno del alumno [Internet]. Castilla La Mancha; 2011 [citado 25 abr 2022]. p. 33. Available from: <https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/castilla-la-mancha-tca-cuaderno-alumno.pdf>

63. Díaz Marsá M, Navalón Fraile A, Güemes Carega I, Rodríguez Quiroga A, Rubio Mendoza LM. ¿Qué hacer para que la alimentación no sea un problema? Comunicación España; 2015[citado 25 abr 2022]. 60 p.
64. Aragón Rodrigo R, de Miguel Martínez D, Colás Alcaine P, Garcés P, Martín Calvo V, García Fernández MÁ, et al. Material didáctico sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Federación de Asociaciones de Scouts de España. Madrid;2014 [citado 25 abr 2022] Available from: <https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/12/scouts-de-espac3b1a-material-didc3a1ctico-tca.pdf>

5. ANEXOS

Anexo 1: Tabla relación peso y altura

Altura	Peso
1,50	38
1,53	39
1,54	40
1,55	41
1,58	42
1,60	44
1,63	45
1,65	46
1,68	47
1,70	48
1,73	49
1,75	50
1,78	51
1,80	52

Fuente: Bermejo B, Saul LÁ, Jenaro C. View of The anorexia and bulimia on the web: Ana and Mia two “bad company” for youth today. *Acción Psicológica* [Internet]. 2011 [citado 2 abr 2022];8(1):71–84. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/197/151>

Anexo 2: Cuestionario de conocimientos de nutrición

1. ¿Cuántas comidas deben hacerse al día?
 - Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
 - Tres: desayuno, comida y cena.
 - Con hacer una comida principal es suficiente.
 - Dos: comida y cena.
 - Ninguna de las anteriores.
2. ¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es que hay que comer más?
 - Hidratos de carbono.
 - Proteínas.
 - Grasas.
 - Vitaminas.
 - Ninguna de las anteriores.
3. ¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?
 - Hidratos de carbono.
 - Proteínas.
 - Grasas.
 - Alcohol, aceites y dulces (chucherías)

- Ninguna de las anteriores.
- 4. Los hidratos de carbono están en...
 - Carne magra, pescado, pollo.
 - Huevo. Aceites y mantequilla.
 - Pan, patatas, pasta, cereales.
 - Ninguna de las anteriores.
- 5. A la semana hay que comer...
 - Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
 - Huevos todos los días.
 - Hay que tomar pocas legumbres.
 - Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
 - Ninguna de las anteriores.
- 6. El desayuno debe consistir en...
 - Leche, pan, galletas, cereales y fruta.
 - No hace falta hacerlo.
 - Es sólo para mayores,
 - Basta con un vaso de leche al levantarse.
 - Una pieza de fruta.
- 7. Los productos lácteos (leche, yogur, queso) ...
 - Son perjudiciales para la salud.
 - Engordan.
 - Son vegetales.
 - Van mal para los huesos.
 - Son de consumo diario.
- 8. Las frutas y verduras han de tomarse...
 - Con poca frecuencia.
 - Lo menos posible, pues son de mal sabor.
 - Sin lavar.
 - Varias veces al día.
 - Con cuidado porque pueden ser peligrosas.
- 9. El agua ha de tomarse...
 - Antes de las comidas.
 - Después de las comidas.
 - Durante las comidas.
 - Poca porque engorda.
 - A cualquier hora.
- 10. El pan ha de tomarse...
 - Poco porque engorda.
 - Todos los días.
 - Blanco
 - De molde.
 - Ninguna de las anteriores.

Fuente: Gómez del Barrio JA, Gaité Pinado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herreo Castanedo S, Vázquez-Barquero JL. Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Sobrepeso [Internet]. 2012 [citado 13 ene 2022]. 131 p. Available from: [http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia Prevenci3n Trastornos Conducta Alimentaria-2012.pdf](http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevenci3n%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf)

Anexo 3: EAT- 26

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

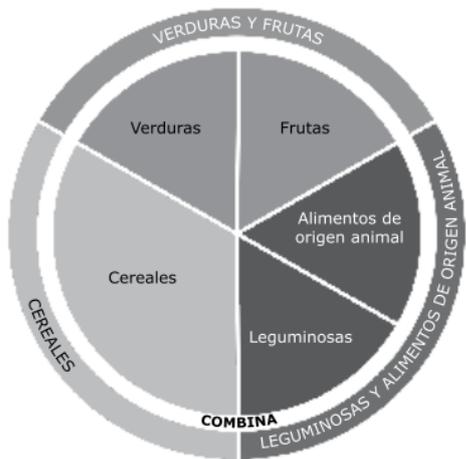
Fuente: Gómez del Barrio JA, Gaite Pinado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herreo Castanedo S, Vazquez-Barquero JL. Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Sobrepeso [Internet]. 2012 [citado 13 ene 2022]. 131 p. Available from: http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia_Prevencción_Trastornos_Conducta_Ali-mentaria-2012.pdf

Anexo 4: Escala de satisfacción corporal

	Muy acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que mi cuerpo a veces me limita.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me gustaría poder cambiar algunas partes de mi cuerpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo que soy bastante feo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento más seguro vestido que en bañador.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nadie podría enamorarse de mí por mi aspecto físico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gusta mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me gusta que me miren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me gusta mirarme en el espejo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: Gómez del Barrio JA, Gaité Pinado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herreo Castanedo S, Vazquez-Barquero JL. Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y Sobrepeso [Internet]. 2012 [citado 13 ene 2022]. 131 p. Available from: <http://www.ludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia Prevención Trastornos Conducta Alimentaria-2012.pdf>

Anexo 5: Plato Saludable



Fuente: Díaz Marsá M, Navalón Fraile A, Güemes Carega I, Rodríguez Quiroga A, Rubio Mendoza LM. ¿Qué hacer para que la alimentación no sea un problema? Comunicación España; 2015 [citado 25 abr 2022]. 60 p.

