



# VNiVERSiDAD D SALAMANCA

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Tipo de trabajo:**

Trabajo de investigación

**Título:**

“Riesgo de TCA y su asociación con la autoestima en estudiantes de  
Enfermería y Fisioterapia”

**Estudiante:**

Lucía Miguel Alonso

**Tutor:**

Susana González Manzano

Salamanca, 15 de mayo de 2023

## Índice

<b>1. Resumen</b> .....	1
<b>2. Introducción</b> .....	2
2.1. Trastornos de la conducta alimentaria .....	2
2.1.2. <i>Epidemiología</i> .....	5
2.1.3. <i>Diagnóstico</i> .....	5
2.1.4. <i>Tratamiento</i> .....	6
2.2. Factores de riesgo y protección en los trastornos de la conducta alimentaria .....	8
2.3. Estudios sobre trastornos de la conducta alimentaria en la población universitaria 11	
<b>3. Objetivo e hipótesis</b> .....	12
<b>4. Metodología: material y métodos</b> .....	12
4.1. Diseño y ámbito de estudio .....	12
4.2. Población.....	12
4.3. Variables e instrumentos de medida .....	13
4.4. Análisis estadístico .....	14
4.5. Limitaciones del estudio.....	14
<b>5. Resultados</b> .....	15
<b>5.1.</b> Descripción de la muestra .....	15
5.2. Frecuencia del diferente riesgo de TCA en los distintos grupos .....	15
5.3. Frecuencia y prevalencia de distintos niveles de autoestima y el riesgo de TCA ..	17
5.4. Asociación entre el riesgo de TCA y el tipo de autoestima .....	18
<b>6. Discusión y conclusiones</b> .....	19
<b>7. Anexos</b> .....	22
7.1. Anexo 1. Eating attitudes test (EAT-26).....	22
7.2. Anexo 2. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).....	25
<b>8. Bibliografía</b> .....	26

## Abreviaturas

<b>Abreviación</b>	<b>Significado</b>
OMS	Organización Mundial de la Salud
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades 11
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
TERIA	Trastorno por evitación restrictiva de la ingesta de alimentos
IMC	Índice de masa corporal
AN	Anorexia nerviosa
BN	Bulimia nerviosa
TCA	Trastornos de la conducta alimentaria
EAT-26	Eating Attitudes Test 26
RSE	Escala de Autoestima de Rosenberg

## 1. Resumen

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones graves de alta prevalencia en el que existe varios factores de riesgo entre los que encontramos la autoestima. Según algunos estudios mayor prevalencia de estos trastornos se encuentra entre los adolescentes del sexo femenino. Es importante conocer estas variables para realizar intervenciones en grupos de riesgo.

**Objetivo:** Analizar el riesgo de TCA en estudiantes de Enfermería y Fisioterapia y su asociación con el nivel de autoestima.

**Metodología:** Estudio observacional y descriptivo. La muestra poblacional de estudio ha sido de 90 estudiantes de primer y cuarto curso de los Grados de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca en el curso académico 2022/2023, reclutados a través de un muestreo, mediante el envío de un cuestionario online anónimo a través de la plataforma “Studium” de la Universidad de Salamanca. El riesgo de TCA y el nivel de autoestima se determinaron mediante un cuestionario que recopila datos sociodemográficos, el cuestionario Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).

**Resultados:** En el cuestionario EAT-26 el 11% de los estudiantes obtuvieron un alto riesgo de padecer un TCA. En cuanto a la relación del riesgo de TCA y el tipo de autoestima observamos que un 25% de los estudiantes con autoestima baja tienen un alto riesgo de TCA. Podemos observar también la existencia de una asociación entre la puntuación obtenida en el EAT-26 y la RSE.

**Conclusiones:** No existen diferencias significativas en el riesgo de padecer un TCA en relación al sexo, el curso, el grado, el lugar de residencia o el tipo de autoestima. Lo que si podemos observar es que existe una relación entre la puntuación obtenida en el EAT-26 y la obtenida en la RSE.

**Palabras Clave:** TCA, riesgo de TCA, EAT-26, autoestima, nivel de autoestima, RSE.

## 2. Introducción

### 2.1. Trastornos de la conducta alimentaria

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): los trastornos alimentarios son un conjunto de trastornos que se caracterizan por alteraciones en la alimentación y la preocupación por los alimentos, así como por problemas notables de peso y figura. Los síntomas o comportamientos dan lugar a un daño o riesgo considerables para la salud, una angustia notable o una discapacidad funcional importante (1).

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11) indica que los trastornos del comportamiento alimentario abarcan los comportamientos anormales vinculados con la alimentación que no pueden explicarse por otra afección de salud y que no son apropiados para el nivel de desarrollo del individuo ni congruentes con las normas culturales. Incluyen alteraciones del comportamiento que están relacionadas con preocupaciones con el peso y la figura corporal; la ingesta de sustancias no comestibles o la regurgitación voluntaria de alimentos; y comportamientos anormales vinculados con la ingesta o preocupación por la comida, el peso y la figura corporales (2).

#### 2.1.1. *Tipos de trastornos*

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) nos encontramos con la siguiente clasificación de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos:

- Pica
- Trastorno de rumiación
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno por atracón
- Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado
- Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado

La CIE-11 nos muestra las definiciones de los distintos tipos de trastornos alimentarios.

El síndrome de pica o pica a secas se caracteriza por el consumo regular de sustancias no nutritivas, como productos y materiales no alimenticios o ingredientes de alimentos crudos que es persistente o lo suficientemente grave como para requerir atención clínica en un individuo que ha alcanzado una edad del desarrollo en la que se esperaría que distinguiera entre sustancias comestibles y no comestibles (aproximadamente los 2 años). El comportamiento provoca daños a la salud, deterioro en el funcionamiento, o riesgo significativo debido a la frecuencia, la cantidad o la naturaleza de las sustancias o los objetos ingeridos (3).

El trastorno por rumiación o regurgitación se caracteriza por traer reiteradamente a la boca el alimento previamente deglutido (regurgitación) que puede ser masticado y tragado nuevamente (rumiación) o puede ser escupido deliberadamente (aunque no vomitado). La regurgitación es frecuente (varias veces por semana) y sostenida durante un periodo de al menos varias semanas. Este comportamiento no está justificado plenamente por otra condición médica que cause directamente la regurgitación o provoque náuseas o vómitos. Este trastorno solo debe diagnosticarse en individuos que han alcanzado una edad de desarrollo de al menos 2 años (3).

El trastorno por evitación restrictiva de la ingesta de alimentos (TERIA) se caracteriza por evitar o restringir la ingesta de alimentos que da como resultado una de estas dos situaciones:

- I. La ingesta de una cantidad o variedad insuficiente de alimentos para satisfacer los requisitos energéticos o nutricionales adecuados que ha resultado en una pérdida de peso significativa, clínicamente deficiencias nutricionales significativas, dependencia de suplementos nutricionales orales o alimentación por sonda, o ha afectado negativamente la salud física del individuo.
- II. Un impedimento significativo en el funcionamiento, personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento. El patrón de conducta alimentaria no está motivado por la preocupación por el peso o la forma corporal. La ingesta restringida de alimentos y sus efectos sobre el peso, otros aspectos de la salud o el funcionamiento no se debe a la falta de disponibilidad de alimentos, no es una manifestación de otra afección médica o trastorno mental, y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de abstinencia (3).

La anorexia nerviosa se caracteriza por un peso corporal significativamente bajo para la altura, la edad y la etapa de desarrollo del individuo que no se debe a otra afección de salud o a la falta de disponibilidad de alimentos. Un umbral comúnmente utilizado es el índice de masa corporal (IMC) inferior a  $18.5 \text{ kg/m}^2$  en adultos y el IMC para la edad por debajo del percentil 5 en niños y adolescentes. La pérdida rápida de peso (por ejemplo, más del 20% del peso corporal total en 6 meses) puede reemplazar la pauta de bajo peso corporal siempre que se cumplan otros requisitos de diagnóstico. El peso corporal bajo se acompaña de un patrón persistente de comportamiento para evitar la restauración del peso normal, que puede incluir comportamientos destinados a reducir el consumo de energía (alimentación restringida), comportamientos purgativos (vómito autoinducido, abuso de laxantes) y comportamientos destinados a incrementar el gasto energético (ejercicio excesivo), típicamente asociados con miedo intenso a subir de peso (3).

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de atracones (por ejemplo, una vez a la semana o más durante un periodo de al menos un mes). Un episodio de atracones es un periodo de tiempo distinto durante el cual el individuo experimenta una pérdida subjetiva de control sobre la alimentación, comiendo notablemente más o de manera diferente de lo habitual, y se siente incapaz de dejar de comer o limitar el tipo o la cantidad de alimentos que ingiere. Los atracones van acompañados de comportamientos compensatorios inapropiados repetidos destinados a prevenir el aumento de peso (vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes o enemas, ejercicio vigoroso). El individuo no cumple con los requisitos de diagnóstico de la anorexia nerviosa (3).

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de atracones de comida (una vez o más a la semana durante un periodo de varios meses). Los atracones de comida se experimentan como algo que produce un gran malestar y frecuentemente se acompañan de emociones negativas como la culpa o el disgusto. Sin embargo, a diferencia de la bulimia nerviosa, los atracones no son seguidos regularmente por comportamientos compensatorios inapropiados destinados a prevenir el aumento de peso (3).

### *2.1.2. Epidemiología*

El estudio de Portela de Santana et al., 2012 muestra una prevalencia de la anorexia nerviosa (AN) en los adolescentes de un 0.3% al 2.2% (4).

La mayor prevalencia de este trastorno es entre los adolescentes del sexo femenino(5), aunque Swanson y cols., en un estudio de adolescentes de 13 a 18 años, no han encontrado diferencias significativas a lo largo del tiempo entre ambos sexos (6).

A pesar de la gran variabilidad en las tasas de incidencia hay consenso entre las investigaciones en que el período de la vida en que tienen un riesgo mayor las mujeres es durante la adolescencia media y tardía. Sin embargo, es importante señalar que la aparición de AN puede ocurrir en niños muy pequeños (4).

Los estudios epidemiológicos muestran que el 0.1% y el 2% de los adolescentes cumplen el criterio diagnóstico del DSM-IV de bulimia nerviosa (BN). Con los datos de este estudio se puede decir que a pesar de la gran variabilidad en las tasas de incidencia de AN y BN, las mujeres tienen mayor riesgo durante la adolescencia, aunque pueden aparecer de igual modo entre chicos y niños muy pequeños (4).

Por otro lado, en Europa, la prevalencia estimada en las mujeres de la anorexia nerviosa es de un 1-4 % y la de la bulimia nerviosa es del 1-2 %. En los varones, la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es del 0.3-0.7 % (5).

La prevalencia de los TCA en la población varía en función de diversos factores, como pueden ser las características de la población estudiada (edad, genero, población clínica o comunitaria, el país, etc.), el tipo de trastorno descrito (AN, BN), los criterios diagnósticos y su especificidad (5).

Los estudios de prevalencia indican amplias diferencias en función del grupo de edad y sexo, siendo muy superior en las mujeres jóvenes (AN del 0.1 al 2 %; BN del 0.37 al 2.98 %) (5).

### *2.1.3. Diagnóstico*

El diagnóstico de un trastorno alimentario se lleva a cabo según los síntomas, los signos y los hábitos de alimentación.

En primer lugar, debemos de observar la historia clínica del paciente, llevando a cabo una entrevista con el paciente y los padres en caso de adolescentes. En la entrevista se llevará a cabo una revisión completa de la historia del paciente, los síntomas actuales,

los antecedentes familiares y otros aspectos relevantes como la presencia de depresión, ansiedad, consumo de drogas o determinados rasgos de personalidad (7).

Por lo general, las evaluaciones y las pruebas que se realizan comprenderán las siguientes:

- Exploración física: se llevará a cabo un examen médico para descartar otras posibles causas que expliquen el problema de alimentación (electrocardiograma). Se valora el peso, la altura, el índice de masa corporal, la presión arterial y la frecuencia cardiaca. Se puede solicitar una densitometría en el caso de un TCA de más de un año de evolución, no haber tenido la menstruación durante más de 6 meses en las chicas, y pérdida de peso significativa en chicos.
- Evaluación psicológica: el profesional sanitario realizará preguntas acerca de los pensamientos, sentimientos y hábitos alimentarios. También podrá llevar a cabo cuestionarios de evaluación psicológica.
- Otros estudios para determinar complicaciones relacionadas con el trastorno de la conducta alimentaria, como un análisis de laboratorio (análisis de sangre) (8).

#### *2.1.4. Tratamiento*

Los planes de tratamiento para los trastornos alimentarios se adaptan a las necesidades de cada persona, además dependen del trastorno en particular y de los síntomas.

Para tratar estos trastornos se necesita un equipo multidisciplinar que incluye médicos, nutricionistas, enfermeras y terapeutas.

Manejar un trastorno alimentario es un desafío a largo plazo, puede ser necesario seguir consultando a los miembros del equipo de tratamiento de forma regular, incluso si el trastorno alimentario y los problemas de salud relacionados están bajo control. La terapia puede durar desde unos meses a años (9).

Los tratamientos pueden incluir:

- Psicoterapia individual, grupal y/o familiar: la terapia individual puede incluir enfoques cognitivos conductuales que ayuden a identificar y cambiar los pensamientos negativos e inútiles. También ayuda a desarrollar habilidades de afrontamiento y cambiar patrones de comportamiento.

- Atención médica y monitoreo: incluida la atención de las complicaciones que pueden causar los trastornos alimentarios.
- Asesoramiento nutricional: los médicos, enfermeras y nutricionistas ayudarán a comer de manera saludable para alcanzar y mantener un peso sano.
- Medicamentos: como antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo pueden ayudar a tratar algunos trastornos alimentarios. También pueden ayudar con los síntomas de depresión y ansiedad que a menudo acompañan a estos trastornos (10)

El tratamiento puede comprender una combinación de diferentes tipos de terapia, como son la terapia cognitivo-conductual, familiar y cognitivo-conductual de grupo.

El psicólogo u otro profesional de salud mental pueden pedir la realización de tareas, como llevar un registro de comidas para revisarlo en las sesiones de terapia e identificar los desencadenantes que hacen que aparezcan atracones, purgas u otras conductas alimentarias poco saludables (9).

Algunas personas con trastornos alimentarios graves pueden necesitar estar en un hospital o en un programa de tratamiento residencial. Esta hospitalización se llevará a cabo si aparecen problemas graves de salud física o mental. Los problemas de salud física graves o mortales que se presentan con la anorexia pueden ser una urgencia médica. El tratamiento residencial se llevará a cabo si el trastorno de la alimentación requiere cuidados a largo plazo o si ha estado en el hospital varias veces y su salud mental o física no ha mejorado (9).

En muchos casos, el objetivo más importante de la hospitalización consiste en estabilizar los síntomas agudos mediante el comienzo del proceso de normalización de la alimentación y del peso. La mayor parte de la recuperación de la alimentación y del peso se lleva a cabo de forma ambulatoria (9).

Los programas de tratamiento de día son estructurados y, por lo general, requieren asistir durante varias horas por día y varios días a la semana. El tratamiento de día puede incluir atención médica; terapia grupal, individual y familiar; sesiones estructuradas de alimentación y educación sobre alimentación (9).

## 2.2. Factores de riesgo y protección en los trastornos de la conducta alimentaria

La evidencia científica indica que los factores de riesgo causales de los TCA son multifactoriales. Estos trastornos resultan de la interacción compleja de factores psicológicos, físicos y socioculturales que interfieren en el comportamiento del individuo, dificultando la comprensión de su etiología. Además de esta complejidad en la etiología de los TCA, debemos considerar la etapa de la adolescencia, un período caracterizado por grandes cambios biológicos y psicosociales que pueden verse comprometidos por la aparición de estos trastornos, produciendo consecuencias potencialmente graves para la salud de los adolescentes (4).

Existen distintos factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre los cuales encontramos los siguientes.

Factores biológicos como son la genética, el papel de la pubertad y el sobrepeso y la obesidad.

Dentro de la genética, se estima que, durante la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA y de preocupación con el peso y la forma del cuerpo (4).

Por otro lado, el inicio de la pubertad se produce por la liberación de hormonas a través del eje hipotálamo-hipófisisogonadal, caracterizándose esta fase por el desarrollo y la maduración de los caracteres sexuales secundarios en los adolescentes, así como por el crecimiento lineal acelerado, la dinámica de aumento de peso y el desarrollo de la identidad del adolescente. Es destacable la acción de las hormonas esteroideas en la psicología de las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la alteración organizacional de los rasgos psicológicos y comportamentales y en los cambios físicos, como el aumento de la cantidad de grasa corporal en las niñas (4). Según Bearman y cols., esta nueva estructura corporal en las niñas se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, exponiéndolas a la presión por ser delgada en sus relaciones interpersonales, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal (11).

Por último, las presiones socioculturales por tener un cuerpo "ideal" promueven una mayor valoración de la apariencia, pudiendo generar en el adolescente, sobre todo aquellos con obesidad, una mayor insatisfacción corporal y como consecuencia riesgo significativo de comportamientos alimentarios gravemente negativos (4). En un

estudio longitudinal se encontró que el 40% de las niñas y el 20% de los niños con sobrepeso, estaban involucrados en por lo menos un comportamiento alimentario alterado y, un 13.4% y un 4.7% de niñas y niños respectivamente tenían más de un comportamiento alterado (12). Otra investigación sugiere que un IMC alto, la presión sociocultural para reducir el peso, y la comparación del cuerpo fueron factores de riesgo de realización de conductas no apropiadas de pérdida de peso (13).

Otro tipo de factores implicados en el desarrollo de TCA son los factores socioculturales, entre los que encontramos las presiones socioculturales sobre el peso (de los medios de comunicación y de las relaciones interpersonales, centrados en un ideal de belleza inalcanzable para muchos adolescentes), la influencia de los medios de comunicación, las influencias de las relaciones interpersonales y los aspectos transculturales (4).

Los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la "delgadez del cuerpo" para hombres y mujeres adolescentes y por otra parte estigmatizan la obesidad. Paradójicamente, los medios de comunicación muestran mensajes de que ser delgado es hermoso, incentivan el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza establecido, y, por otro lado, bombardean a los niños y adolescentes con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insalubres (4).

La influencia del ciclo de las relaciones proximales, padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas sobre el adolescente conforme aprueban la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, aumentando el riesgo de la persona de desarrollar problemas relacionados con la alimentación y las medidas y la figura del cuerpo, pero los resultados acerca de quién juega el papel principal en la determinación de estos problemas, son inconsistentes. Otra cuestión importante son las burlas de familiares y amigos sobre el peso. Se ha identificado un mayor riesgo entre las niñas que han recibido provocaciones por su apariencia física, en comparación con sus compañeros (4).

Los trastornos del comportamiento alimentario no se dan uniformemente en todas las culturas y en algunos casos se manifiestan con características diferentes de la enfermedad. Los inmigrantes que residen en los países occidentales del primer mundo y las minorías étnicas en esos países parecen componer un grupo de riesgo para la aparición de TCA, de acuerdo con el proceso de aculturación (4).

Por último, nos encontramos con los factores psicológicos como son la preocupación por el peso, la internalización del ideal de delgadez, la importancia de la insatisfacción con la imagen corporal, comportamiento inadecuado para bajar de peso (dieta), baja autoestima y el afecto negativo.

Para lograr la apariencia ideal, los adolescentes a menudo utilizan comportamientos inadecuados de control de peso, tales como la dieta restrictiva, el ayuno, los vómitos autoinfligidos, el uso de laxantes y diuréticos, porque creen que se traducirá en beneficios físicos y psicosociales (4).

La baja autoestima es un problema común entre los adolescentes y se sabe que se asocia fuertemente con la imagen negativa del cuerpo y algunos investigadores sugieren que las niñas son más susceptibles a las influencias de sus padres en presencia de perfeccionismo y baja autoestima. Los estudios muestran que la tendencia a comparar su cuerpo con otros y la insatisfacción con la imagen corporal se asociaron significativamente con baja autoestima, mientras que, una autoestima alta se constituyó en un factor de protección para los problemas relacionados con el peso entre las niñas y los TCA en ambos sexos. De igual importancia, la depresión y el afecto negativo deben ser considerados como una influencia negativa sobre el peso y aumentan el riesgo de insatisfacción corporal y de preocupaciones sobre la alimentación y se asocian con altos niveles de percepción de las influencias socioculturales, que puede imprimir más daños a la salud de los adolescentes (4).

Por otro lado, nos encontraremos con los factores de protección que son contrarios a los factores de riesgo. Estos factores protectores sería una buena autoestima, imagen corporal positiva, pensamiento crítico en relación a las imágenes de los medios, bienestar emocional, buena adaptación escolar, asertividad y resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.

También es importante en esta protección el papel de la familia de manera que esta no enfatice demasiado en el peso y el atractivo físico y favorezca la comunicación y la expresión emocional. De igual manera, será importante el círculo social en el que nos encontremos.

Conocer la importancia de estos factores, la diferente fuerza de asociación entre estas variables y los TCA, es fundamental para trabajar en la promoción y en la prevención de estas patologías.

### 2.3. Estudios sobre trastornos de la conducta alimentaria en la población universitaria

Los trastornos de la conducta alimentaria son altamente prevalentes entre los adultos jóvenes, segmento en el que entraría la población universitaria. Por sexo, destaca el sexo femenino, aunque se va observando un progresivo aumento en el masculino (14).

Los años universitarios caen en una fase de desarrollo crucial conocida como edad adulta emergente. Este período de la vida, en el que muchos adultos jóvenes dejan el hogar y comienzan la educación universitaria, también coincide con el pico de aparición de muchos trastornos mentales y del comportamiento. La incidencia de los trastornos alimentarios alcanza su punto máximo en la adolescencia tardía, siendo la transición a la universidad un período crítico (14).

Se estima que entre el 2% y el 4% de los adultos jóvenes tienen trastornos de la alimentación. Muchos más estudiantes universitarios reportan problemas de alimentación por debajo del umbral (14).

Los trastornos y los problemas alimentarios en estudiantes universitarios están asociados con una variedad de consecuencias nocivas tanto para el individuo como para la sociedad, incluido un menor rendimiento académico y deterioro funcional, trastornos mentales comórbidos y condiciones somáticas, tendencias suicidas y mortalidad relacionada (14)

Una gran proporción de estudiantes universitarios presenta síntomas de trastornos mentales comunes, como depresión, ansiedad, trastornos por uso de sustancias adictivas y trastornos alimentarios (15).

Establecer programas de salud desde enfermería para este grupo de población es fundamental, para ello es importante conocer distintos datos de la población universitaria de estudio: prevalencia, grados con mayores prevalencias, datos sociodemográficos, psicosociales, etc.

Este trabajo pretende determinar la prevalencia de estos trastornos y su relación con uno de los principales factores de riesgo de su aparición, la autoestima. Además, estudiaremos diferentes características de la población universitaria como son el grado, el curso o el lugar de residencia; y, como estas características influye en la aparición de TCA.

### **3. Objetivo e hipótesis**

El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de TCA, así como la asociación entre el riesgo de TCA y la autoestima en estudiantes universitarios de los Grados de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca.

Las hipótesis propuestas serían las siguientes:

- Hipótesis 1. El riesgo de TCA está asociado a una menor autoestima en estudiantes universitarios de los Grados de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca.
- Hipótesis 2. El riesgo de TCA es mayor en estudiantes de enfermería que en estudiantes de fisioterapia.
- Hipótesis 3. El riesgo de TCA es mayor en estudiantes de primer curso que en estudiantes de cuarto curso.
- Hipótesis 4. El riesgo de TCA es mayor en estudiantes que viven en pisos compartidos fuera de su domicilio familiar que en aquellos que viven con su familia.

### **4. Metodología: material y métodos**

#### 4.1. Diseño y ámbito de estudio

Se trata de un estudio de tipo observacional y descriptivo, para conocer si hay asociación entre el tipo de autoestima y el riesgo de padecer un TCA.

El estudio se ha desarrollado en estudiantes de primer y cuarto curso del Grado de Enfermería y Fisioterapia de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca.

#### 4.2. Población

La muestra poblacional de estudio ha sido de 90 estudiantes de primer y cuarto curso de los Grados de Enfermería y Fisioterapia.

Los participantes accedieron a un cuestionario anónimo a través del envío de una encuesta por la plataforma “Studium” de la Universidad de Salamanca.

#### Criterios de inclusión y de exclusión

Dentro de los criterios de inclusión, incluimos en el estudio a aquellos sujetos que cumplieran lo siguiente:

1. Estudiantes matriculados en alguna asignatura en el primer y el cuarto curso de los Grados de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca en el año académico 2022-2023 y que hayan accedido a participar en el estudio de forma voluntaria y anónima rellenando el cuestionario.

En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyeron a los siguientes sujetos:

1. Estudiantes de otras titulaciones en la Universidad de Salamanca.
2. Estudiantes de los Grados de Enfermería y Fisioterapia de otras Universidades.
3. Estudiantes de los cursos académicos segundo y tercero de los Grados de Enfermería y Fisioterapia.

#### 4.3. Variables e instrumentos de medida

Las variables de estudio en este trabajo son: riesgo de padecer TCA, autoestima y variables sociodemográficas, todas medidas a través de cuestionarios, con el objetivo de establecer si hay o no una asociación entre ellas.

Instrumentos de medida: La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario (creado con Google Forms) que recopila datos sociodemográficos (edad, sexo, Grado, curso, altura, peso y lugar de residencia), el cuestionario Eating Attitudes Test 26 (EAT-26, para medir el riesgo de padecer TCA) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE, para medir el grado de autoestima). *Ver en Anexo 1 y 2.*

El cuestionario EAT-26 (Eating Attitudes Test 26) es un instrumento de medida ampliamente utilizado en la evaluación del riesgo de trastornos alimentarios y de la conducta alimentaria. Fue desarrollado en 1979 por Garner y Garfinkel y ha sido validado en numerosos estudios. Consta de 26 preguntas mediante las que se evalúa la actitud hacia la comida y la preocupación por el peso y a figura corporal (16). Se divide en tres subescalas: dieta restrictiva, preocupación por el peso y figura corporal, y bulimia y preocupación por la comida. Las repuestas se califican en una escala de cuatro puntos, que van desde “nunca” hasta “siempre”. Es importante destacar que este cuestionario no es un diagnóstico clínico, sino una herramienta de detección y evaluación inicial (17).

La Escala de Autoestima de Rosenberg es un instrumento de medición utilizado para evaluar el nivel de autoestima de una persona. Fue desarrollado en 1965 por el sociólogo Morris Rosenberg y ha sido ampliamente utilizado en la investigación y la

práctica clínica. La escala consiste en 10 preguntas acerca de los sentimientos de la persona hacia sí misma, como, por ejemplo: “Me siento capaz de enfrentar los desafíos de la vida”, “Me siento inútil a veces”, “En general, estoy satisfecho conmigo mismo” (18). La persona debe responder a cada declaración indicando su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala de cuatro puntos. La puntuación total de la escala oscila entre 10 y 40 puntos, siendo 10 la puntuación más baja y 40 la más alta. Una puntuación alta indica un nivel elevado de autoestima, mientras que una puntuación baja indica una autoestima más pobre (19).

Las preguntas del cuestionario pertenecen al EAT-26 y a la RSE. Los puntos de corte del EAT-26 nos indican que una puntuación menor de 11 no indica riesgo de TCA, una puntuación de 11 a 19 indica un riesgo de medio de TCA y una puntuación superior o igual a 20 indica un riesgo alto de TCA. Respecto a la RSE nos muestra que una puntuación menor de 25 indica una autoestima baja, una puntuación de 26 a 29 puntos una autoestima media y una puntuación de 30 a 40 puntos una autoestima elevada.

#### 4.4. Análisis estadístico

Teniendo en cuenta que el objetivo principal del estudio es definir si existe asociación entre el riesgo de TCA y el grado de autoestima en los estudiantes de los Grados de Enfermería y Fisioterapia, lo primero que hemos hecho ha sido clasificar a los estudiantes en función del riesgo de TCA y del grado de autoestima según los puntos de corte de los dos cuestionarios.

Para el análisis estadístico hemos utilizado el programa SPSS versión 26. Para la relación entre dos variables cuantitativas hemos utilizado el índice de correlación de Pearson. La relación entre una variable cuantitativa y otra cualitativa la hemos obtenido mediante el test de chi cuadrado. Para todos los casos se estableció un nivel de significación estadístico con un  $p < 0.05$ .

#### 4.5. Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones encontradas tenemos que es importante que la administración del cuestionario EAT-26 sea realizada por profesionales capacitados en el ámbito de la salud mental y la nutrición, y que los resultados sean interpretados con precaución y siempre en el contexto de una evaluación integral del paciente. Por otra parte, determinar la autoestima es un complejo, por lo que la interpretación de los

resultados debe ser siempre contextualizada y completada con otras herramientas de evaluación y diagnóstico.

## 5. Resultados

### 5.1. Descripción de la muestra

En primer lugar, vamos a comentar el análisis descriptivo de la muestra. La población de estudio está formada por 90 personas. La edad media de esta población es de 21.4 años, con una desviación de  $\pm 5.7$  años. En cuanto a la distribución por sexo, la frecuencia de mujeres es del 70%, y la de hombres del 30%. El 52.2% son estudiantes del Grado de Enfermería, y el 47.8% estudiantes del Grado de Fisioterapia. Respecto al curso en el que se encuentran estos estudiantes el 44.4% pertenecen a primer curso, y el 55.6% a cuarto curso. Por último, el 42.2% viven en un piso de estudiantes compartido, el 36.7% en un piso familiar, el 14.4% en una residencia de estudiantes y el 6.7% en un piso solos.

**Tabla 1.** Análisis descriptivo de la muestra.

	<i>Población total:</i> 90 (100%)			
<i>Edad</i>	21.4 (5.7)			
<i>Sexo</i>	Hombres: 27 (30%)		Mujeres: 63 (70%)	
<i>Grado</i>	Enfermería: 47 (52.2%)		Fisioterapia: 43 (47.8%)	
<i>Curso</i>	Primero: 40 (44.4%)		Cuarto: 50 (55.6%)	
<i>Lugar de residencia</i>	Piso de estudiantes: 38 (42.2%)	Piso familiar: 33 (36.7%)	Piso solo: 6 (6.7%)	Residencia: 13 (14.4%)

*Entre paréntesis se expresa la frecuencia y el número sin paréntesis es el número total de individuos de las diferentes variables.*

### 5.2. Frecuencia del diferente riesgo de TCA en los distintos grupos

A continuación, nos encontramos con la tabla 2, en la que observamos las frecuencias y prevalencias del riesgo de TCA en los diferentes grupos que vamos a comparar en función de si el riesgo es alto, medio o no existe. En cuanto a la población total de la muestra nos encontramos con un 73.3% en el que no existe riesgo, un 15.6% en el que el riesgo es medio y un 11.1% con un alto riesgo. Al comparar el riesgo de TCA en función del sexo nos encontramos con un riesgo alto en el 11.1% de los hombres y un 11.1% de las mujeres ( $p = 0.472$ ) por lo tanto no se observan diferencias significativas respecto al sexo; un riesgo medio en hombres del 11.1% y del 17.5% en mujeres ( $p =$

0.428) así, tampoco se observan diferencias significativas. En cuanto al Grado, en Fisioterapia un 9.3% tiene alto riesgo y un 14% riesgo medio, y en Enfermería un 12.8% tiene alto riesgo y un 17% riesgo medio ( $p = 0.265$  y  $p = 0.271$ , respectivamente), no se observan diferencias en el riesgo de TCA por el Grado que estudian los estudiantes. Respecto al curso, los estudiantes de primero, un 17.5% tienen un riesgo alto y un 17.5% un riesgo medio; de los estudiantes de cuarto, un 6% tienen riesgo alto y un 14% riesgo medio ( $p = 0.265$  y  $p = 0.433$ , respectivamente), no hay diferencias significativas de riesgo de TCA respecto al curso académico. Por último, en relación con el lugar de residencia, un 7.9% de los estudiantes que viven en un piso compartido tienen alto riesgo y un 13.2% riesgo medio; un 12.1% de los que viven en un piso familiar tienen alto riesgo y un 18.2% riesgo medio; un 16.7% de los que viven en un piso solos tienen alto riesgo y un 16.7% riesgo medio; y, un 15.4% de los que viven en residencia de estudiantes tienen alto riesgo y un 15.4% riesgo medio.

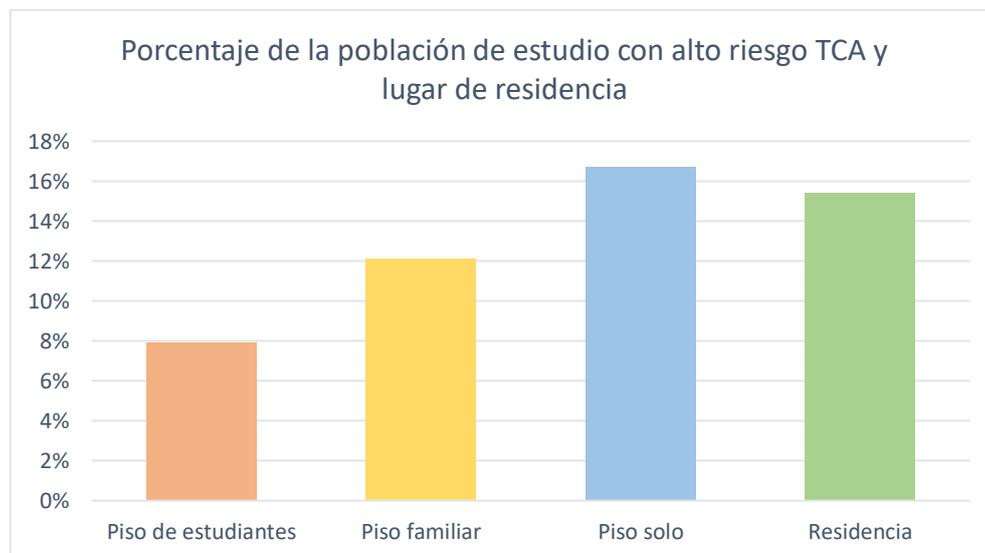
**Tabla 2.** Frecuencia del diferente riesgo de TCA en los diferentes grupos a comparar.

	<i>Alto riesgo</i>	<i>Riesgo medio</i>	<i>No riesgo</i>
<i>En general</i>	10 (11.1%)	14 (15.6%)	66 (73.3%)
<b><i>Sexo</i></b>			
<i>Hombres</i>	3 (11.1%)	3 (11.1%)	21 (77.8%)
<i>Mujeres</i>	7 (11.1%)	11 (17.5%)	45 (71.4%)
<b><i>p valor</i></b>	0.472	0.428	0.283
<b><i>Grado</i></b>			
<i>Fisioterapia</i>	4 (9.3%)	6 (14%)	33 (76.7%)
<i>Enfermería</i>	6 (12.8%)	8 (17%)	33 (70.2%)
<b><i>p valor</i></b>	0.265	0.271	0.928
<b><i>Curso</i></b>			
<i>Primero</i>	7 (17.5%)	7 (17.5%)	26 (65%)
<i>Cuarto</i>	3 (6%)	7 (14%)	40 (80%)
<b><i>p valor</i></b>	0.265	0.433	0.418
<b><i>Lugar de residencia</i></b>			
<i>Piso de estudiantes</i>	3 (7.9%)	5 (13.2%)	30 (78.9%)
<i>Piso familiar</i>	4 (12.1%)	6 (18.2%)	23 (69.7%)

<i>Piso solo</i>	1 (16.7%)	1 (16.7%)	4 (66.7%)
<i>Residencia</i>	2 (15.4%)	2 (15.4%)	9 (69.2%)

*El número entre paréntesis expresa la frecuencia y el número sin paréntesis es el número total de individuos de las diferentes variables.*

En la figura 1, se representa a la población con alto riesgo de TCA frente al lugar de residencia. Podemos observar que no existen diferencias significativas entre el alto riesgo de TCA y el lugar de residencia. Aun así, podemos observar que existe una mayor prevalencia entre aquellos estudiantes que viven en pisos solos, aunque estas diferencias no son significativas. Se han obtenido los diferentes valores  $p$  entre piso de estudiantes y piso familiar ( $p = 0.221$ ), entre piso de estudiantes y piso solo ( $p = 0.261$ ), entre piso de estudiantes y residencia ( $p = 0.287$ ), entre piso familiar y piso solo ( $p = 0.172$ ), piso familiar y residencia ( $p = 0.199$ ) y entre piso solo y residencia ( $p = 0.233$ ).



**Figura 1.** Porcentaje de alto riesgo de TCA y su relación con el lugar de residencia.

### 5.3. Frecuencia y prevalencia de distintos niveles de autoestima y el riesgo de TCA

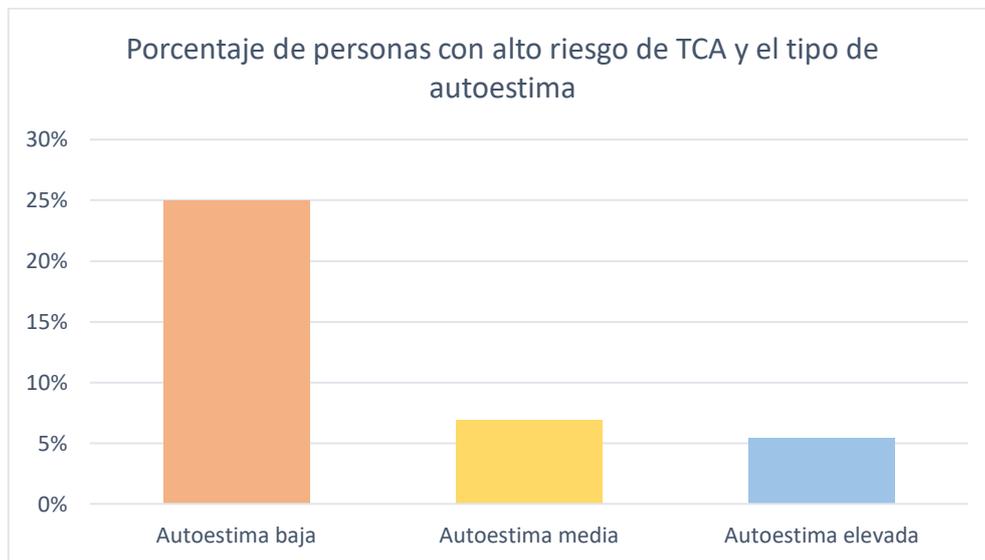
En la tabla 3, observamos la frecuencia de los distintos niveles de autoestima dependiendo del riesgo de padecer un TCA. En primer lugar, un 26.7% de los estudiantes tienen una autoestima baja, un 32.2% una autoestima media y un 41.1% una autoestima elevada. A la hora de relacionar cada tipo de autoestima con el riesgo de TCA, podemos ver que de los estudiantes con autoestima baja un 25% tiene riesgo alto de TCA y, un 25% riesgo medio. De los estudiantes con autoestima media un 6.9% tiene riesgo alto de padecer un TCA, y, un 17.2% riesgo medio. De los estudiantes con autoestima elevada un 5.4% tiene riesgo elevado de TCA y, un 8.1% riesgo medio.

**Tabla 3.** Frecuencia y prevalencia del tipo de autoestima y riesgo de TCA.

		<i>Alto riesgo</i>	<i>Riesgo medio</i>	<i>No riesgo</i>
<i>Autoestima</i>				
<i>Autoestima baja</i>	24 (26.7%)	6 (25%)	6 (25%)	12 (50%)
<i>Autoestima media</i>	29 (32.2%)	2 (6.9%)	5 (17.2%)	22 (75.9%)
<i>Autoestima elevada</i>	37 (41.1%)	2 (5.4%)	3 (8.1%)	32 (86.5%)

*Entre paréntesis se expresa la frecuencia y el número sin paréntesis es el número total de individuos de las diferentes variables.*

En la figura 2, podemos observar que hay una mayor frecuencia en TCA en las personas con baja autoestima (25%) aunque no existen diferencias significativas entre el riesgo alto de TCA y la autoestima alta y baja ( $p = 0.333$ ), autoestima alta y media ( $p = 0.368$ ) y autoestima baja y media ( $p = 0.333$ ).



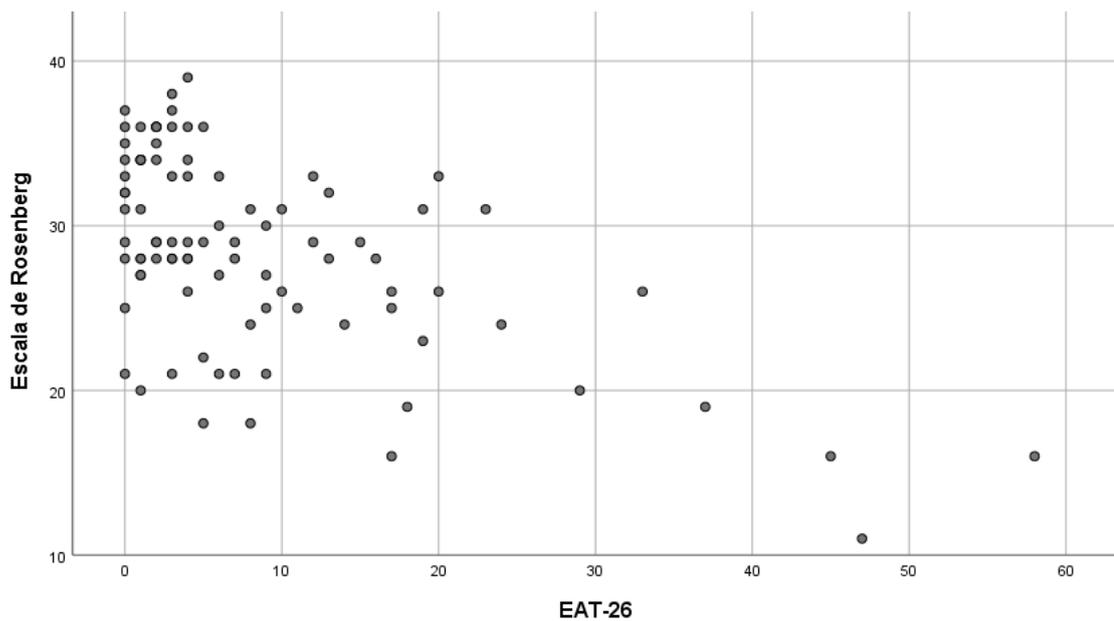
**Figura 2.** Porcentaje de alto riesgo de TCA y su relación con la autoestima.

#### 5.4. Asociación entre el riesgo de TCA y el tipo de autoestima

Por otro lado, considerando las variables autoestima y riesgo de TCA como variables continuas, vamos a usar la correlación de Pearson para aceptar nuestra hipótesis de que la autoestima baja está relacionada con el alto riesgo de TCA y de esta forma veremos la asociación entre estas dos variables. Observamos una correlación de Pearson de  $r = -0.576$ , lo que significa que existe una asociación moderada e inversa y, por tanto,

afirmamos que nuestra hipótesis de que una autoestima baja está relacionada con alto riesgo de padecer TCA es válida.

En la figura 3, observamos el diagrama de dispersión que relaciona los resultados obtenidos en el EAT-26 y los resultados de la Escala de autoestima de Rosenberg. Se observa la existencia de una cierta tendencia lineal en la relación. También podemos ver que existe una pendiente negativa, lo cual nos indica la relación es inversa, esto nos muestra que cuanto mayor sea la puntuación del EAT-26 (mayor riesgo de TCA), menor es el resultado de la escala de Rosenberg (menor autoestima) y viceversa.



**Figura 3.** Diagrama de dispersión EAT-26 y Escala de Rosenberg.

## 6. Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio nos sugieren que existe una relación entre el riesgo de padecer un TCA y el tipo de autoestima dentro de los estudiantes de Enfermería y Fisioterapia. Podemos observar una fuerte asociación lineal inversa entre las puntuaciones del EAT-26 y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Esta asociación es importante a la hora de diseñar programas para la salud para los TCA.

Por otro lado, observamos que una mayor frecuencia de riesgo alto en TCA se da en aquellos estudiantes con baja autoestima (25%) y sin embargo la frecuencia de riesgo alto en TCA en aquellos estudiantes con autoestima elevada es de 5.4%, pero estas diferencias no son significativas.

Uno de los factores de riesgo de los TCA es la baja autoestima el cual es un problema común entre los adolescentes y está fuertemente asociado con la imagen corporal negativa. Además, muchos investigadores indican que las mujeres son más susceptibles por, entre otros motivos, su baja autoestima. Varios estudios muestran que la tendencia a comparar su cuerpo con otros y la insatisfacción con la imagen corporal se asociaron significativamente con baja autoestima, mientras que, una autoestima alta se constituyó en un factor de protección para los problemas relacionados con el peso (4).

La insatisfacción corporal y el control del peso y de la figura corporal constituyen factores clave en el origen y desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. En el siguiente estudio, los resultados indican un mayor riesgo de TCA de los sujetos con insatisfacción corporal, y mayores puntuaciones en baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, déficits introceptivos, desajuste emocional, ascetismo y miedo a la madurez (20)

Se ha determinado que la prevalencia entre TCA en función del sexo no es estadísticamente significativa, por lo tanto, no existe un mayor riesgo en TCA entre hombres y mujeres. Tampoco observamos diferencias significativas en función del Grado y del curso. A la hora de comparar los resultados entre el riesgo de TCA y el lugar de residencia, observamos que la mayor prevalencia de riesgo alto se observa en estudiantes que viven solos en un piso, si bien estas diferencias no son significativas respecto a los otros tipos de residencia analizados.

Como podemos observar en varios estudios, los TCA son un grupo de problemas de salud en los que la insatisfacción corporal se combina con alteraciones en la conducta alimentaria, baja autoestima, problemas de perfeccionismo, depresión o ansiedad social. También se indica que estos TCA son más prevalentes en mujeres, aunque los estudios y las intervenciones realizadas en varones son escasas (21) Sin embargo en nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en función del sexo.

En este trabajo se observa que los estudiantes de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca, no existe relación entre el riesgo de TCA y el sexo, el Grado, el curso o el lugar de residencia. Se observa una asociación entre el riesgo de TCA y el nivel de autoestima.

En el estudio de Martínez-González et al., realizado en estudiantes universitarios españoles observaron una prevalencia de TCA en el 19.5% (22), una cifra ligeramente superior a la que hemos obtenido en este trabajo (11.1%). En otro estudio, la prevalencia de la población universitaria con alto riesgo de desarrollar un TCA es de 14.9% (23). Como podemos ver los porcentajes son bastante similares en estos trabajos.

Estas variables estudiadas nos servirán para diseñar programas para la salud y trabajar en la prevención de los TCA en los grupos de mayor riesgo.

## 7. Anexos

### 7.1. Anexo 1. Eating attitudes test (EAT-26)

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
<b>1. Me da mucho miedo pesar demasiado</b>	0	0	0	1	2	3
<b>2. Procuro no comer, aunque tenga hambre</b>	0	0	0	1	2	3
<b>3. Me preocupo mucho por la comida</b>	0	0	0	1	2	3
<b>4. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer</b>	0	0	0	1	2	3
<b>5. Corto mis alimentos en trozos pequeños</b>	0	0	0	1	2	3
<b>6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como</b>	0	0	0	1	2	3
<b>7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)</b>	0	0	0	1	2	3

<b>8. Noto que los demás preferían que yo comiese más</b>	0	0	0	1	2	3
<b>9. Vomito después de haber comido</b>	0	0	0	1	2	3
<b>10. Me siento culpable después de comer</b>	0	0	0	1	2	3
<b>11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a</b>	0	0	0	1	2	3
<b>12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías</b>	0	0	0	1	2	3
<b>13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a</b>	0	0	0	1	2	3
<b>14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo</b>	0	0	0	1	2	3
<b>15. Tardo en comer más que las otras personas</b>	0	0	0	1	2	3
<b>16. Procuro no comer alimentos con azúcar</b>	0	0	0	1	2	3

<b>17. Como alimentos de régimen</b>	0	0	0	1	2	3
<b>18. Siento que los alimentos controlan mi vida</b>	0	0	0	1	2	3
<b>19. Me controlo en las comidas</b>	0	0	0	1	2	3
<b>20. Noto que los demás me presionan para que coma</b>	0	0	0	1	2	3
<b>21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida</b>	0	0	0	1	2	3
<b>22. Me siento incómodo/a después de comer dulces</b>	0	0	0	1	2	3
<b>23. Me comprometo a hacer régimen</b>	0	0	0	1	2	3
<b>24. Me gusta sentir el estómago vacío</b>	0	0	0	1	2	3
<b>25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas</b>	3	2	1	0	0	3
<b>26. Tengo ganas de vomitar</b>	0	0	0	1	2	3

<b>después de las comidas</b>						
-------------------------------	--	--	--	--	--	--

7.2. Anexo 2. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)

<b>1</b>	Me siento una persona tan valiosa como las otras
<b>2</b>	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso
<b>3</b>	Creo que tengo algunas cualidades buenas
<b>4</b>	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás
<b>5</b>	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso
<b>6</b>	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo
<b>7</b>	En general me siento satisfecho conmigo mismo
<b>8</b>	Me gustaría tener más respeto por mí mismo
<b>9</b>	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones
<b>10</b>	A veces pienso que no sirvo para nada

## 8. Bibliografía

1. Trastornos mentales [Internet]. [cited 2023 May 8]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. [cited 2023 May 8]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/1-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1412387537>
3. Herramienta de codificación de la CIE-11 Estadísticas de mortalidad y morbilidad (EMM) [Internet]. [cited 2023 May 8]. Available from: [https://icd.who.int/ct11/icd11\\_mms/es/release](https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/es/release)
4. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión [Internet]. [cited 2023 May 8]. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000200008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008)
5. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jul;68(7):714–23.
6. Arija-Val V, Santi-Cano MJ, Novalbos-Ruiz JP, Canals J, Rodríguez-Martín A, Arija-Val V, et al. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp*. 2022;39(SPE2):8–15.
7. Diagnóstico del Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) | PortalCLÍNICA [Internet]. [cited 2023 May 8]. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/diagnostico-y-pruebas>
8. Trastornos de la alimentación - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2023 May 8]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-disorders/diagnosis-treatment/drc-20353609>
9. Tratamiento para un trastorno de la alimentación: infórmate sobre tus opciones - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2023 May 8]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-disorders/in-depth/eating-disorder-treatment/art-20046234?p=1>

10. Trastornos de la alimentación: MedlinePlus en español [Internet]. [cited 2023 May 8]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/eatingdisorders.html>
11. Bearman SK, Presnell K, Martinez E, Stice E. The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *J Youth Adolesc.* 2006 Apr;35(2):217.
12. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med.* 2007;33(5).
13. Muris P, Meesters C, van de Blom W, Mayer B. Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eat Behav.* 2005 Jan;6(1):11–22.
14. Harrer M, Adam SH, Messner EM, Baumeister H, Cuijpers P, Bruffaerts R, et al. Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders.* 2020 Jun 1;53(6):813–33.
15. Musiat P, Conrod P, Treasure J, Tylee A, Williams C, Schmidt U. Targeted Prevention of Common Mental Health Disorders in University Students: Randomised Controlled Trial of a Transdiagnostic Trait-Focused Web-Based Intervention. *PLoS One.* 2014 Apr 15;9(4).
16. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9(2):273–9.
17. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, Aouad P, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord.* 2023 Dec 1;11(1).
18. Jafarnejhad jaber. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965. 326 p.
19. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, Vohs KD. Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychol Sci Public Interest.* 2003;4(1):1–44.
20. Berengüí R, Castejón MÁ, Torregrosa MS, Berengüí R, Castejón MÁ, Torregrosa MS. Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de

la conducta alimentaria en universitarios. Revista mexicana de trastornos alimentarios. 2016 Jan 1;7(1):1–8.

21. Gómez Candela C, Pérez Rodrigo C, Campos Del Portillo R. [Executive summary of the consensus document for the prevention of the eating disorders SENPE-SENC-SEPEAP-SEMERGEN]. Nutr Hosp. 2022 Aug 26;39(Spec No2):3–7.
22. Martínez-González L, Villa TF, De La Torre AJM, Pérez CA, Cavanillas AB, Álvarez RC, et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. Nutr Hosp. 2014;30(4):927–34.
23. Prevalencia de trastornos del comportamiento | Psiquiatria.com [Internet]. [cited 2023 May 12]. Available from: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/prevalencia-de-trastornos-del-comportamiento-alimentario-en-la-poblacion-universitaria-2605>