

Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante una intervención enfermera a través de Internet

A Web nursing intervention to prevent Eating Disorders

Autor: Esther Quirós Abajo

Fecha del trabajo: 18/04/2007

Centro de Trabajo: Enfermera Especialista en Salud Mental. EU Enfermería de la Comunidad de Madrid. Promoción 2006-2007

Resumen: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un problema de salud preocupante en nuestra sociedad debido al aumento de su incidencia en los últimos años así como a los elevados costes sanitarios que suponen. En la actualidad, la manera más adecuada de abordar este problema es desde la prevención. El objetivo del presente trabajo es evaluar si una intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual es capaz de prevenir la aparición de TCA disminuyendo los factores de riesgo en mujeres de 15 a 18 años.

Metodología: Se trata de un ensayo clínico aleatorizado en el que el grupo experimental recibirá la intervención enfermera por Internet y el grupo control no recibirá ningún tipo de intervención preventiva en relación a los TCA. El estudio será desarrollado en seis Institutos de Educación Secundaria (IES) de las áreas 9 y 10 de la Comunidad de Madrid. Se seleccionarán las mujeres en riesgo mediante el Body Shape Questionnaire (BSQ). Los factores de riesgo evaluados serán la insatisfacción con la imagen corporal, sintomatología alimentaria y sintomatología depresiva. Los instrumentos de medida utilizados serán, además del BSQ, el Body Attitudes Test (BAT), el Eating Disorders Inventory (EDI), el Eating Attitudes Test (EAT) y el Beck Depression Inventory (BDI).

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimenticia, Enfermería de Salud Mental, Prevención, Internet, Enfermedades Mentales

Abstract: Eating Disorders are an important health problem of our society because of their rising incidence in the last years, as well as their high cost in terms of Public Health. Nowadays the best option to face this problem is through prevention. The objective of the present work is to evaluate if a Web nursing intervention based on Cognitive-Behavioural Therapy can prevent Eating Disorders by reducing risk factors in 15 to 18 years old women.

Methodology: It is a randomized clinical trial in which the experimental group will receive the Web nursing intervention and the control group will not receive any kind of preventive intervention related to Eating Disorders. The study will be developed in six Secondary Education Institutes of the areas 9 and 10 of Madrid Community. Women at risk will be selected by the Body Shape Questionnaire (BSQ). Risk factors such as body image dissatisfaction, eating and depressive symptoms will be evaluated. Measurements will be, besides BSQ, the Body Attitudes Test (BAT), the Eating Disorders Inventory (EDI), the Eating Attitudes Test (EAT) and the Beck Depression Inventory (BDI).

Key words: Eating Disorders, Mental Health Nursing, Prevention, Internet, Mental Disorders

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han convertido en las últimas décadas en un importante foco de interés para la investigación básica y clínica. El interés ha surgido como una evidente necesidad de prevenir y dar respuesta terapéutica a situaciones que afectan a sectores importantes de la población. La conducta alimentaria normal y sus desviaciones patológicas sólo pueden comprenderse si se estudian bajo el enfoque biopsicosocial.

Estos trastornos se clasifican en tres subtipos según el DSM-IV: anorexia nerviosa (AN, 307.1), bulimia nerviosa (BN, 307.51) y trastorno alimentario no especificado (TCA-NE, 307.50) (1). De forma similar vienen definidos según criterios en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10.

La bibliografía consultada indica que el inicio de los cuadros ocurre habitualmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, y mayoritariamente en el género femenino (2-3). No por ello se debe olvidar que los TCA también pueden existir en el contexto masculino. En la etapa de la juventud, ciertos deportes pueden hacer a los chicos vulnerables de desarrollar este tipo de trastornos. También a esta edad los patrones de imagen corporal y desarrollo sexual pueden intervenir en la modificación de hábitos alimentarios saludables previos (4).

La incidencia de los TCA ha ido aumentando desde los años 60 del siglo XX en EE.UU. y parte de Europa. En la actualidad, este tipo de trastornos se están extendiendo hacia países menos desarrollados en relación con la adquisición de estilos de vida y hábitos alimentarios del mundo occidental (5).

En España los estudios llevados a cabo hasta ahora coinciden en mostrar una tasa de prevalencia de casos de TCA en la población adolescente alrededor del 4,5%. En concreto, en el estudio de prevalencia de casos de TCA realizado en jóvenes adolescentes de 15 a 18 años en la Comunidad de Madrid durante el año 2000-01 se obtuvo una prevalencia acumulada de casos actuales de 3,7% y de población de riesgo del 7,6%. Según el informe de vigilancia epidemiológica de TCA y conductas relacionadas del 2004 de la CAM, los TCA suponen la primera causa de ingreso hospitalario por trastorno mental en mujeres entre 15 y 24 años, siendo la AN la causa más importante de ingreso por trastorno mental en el grupo de edad mencionado. En estos ingresos la proporción de mujeres es cercana a un 90%. La edad media de los ingresos es de 22,6 años y existe un importante número de casos de reingresos. La estancia media de los ingresos por TCA en residentes en la CM es de 20,9 días, correspondiendo la mayor estancia media a pacientes con anorexia nerviosa. Asimismo, se observa que los TCA presentan una alta comorbilidad con otros trastornos mentales (6-8).

Los TCA se consideran en la actualidad trastornos de etiología multicausal, pudiendo influir factores no modificables o difícilmente modificables (como son: rasgos previos de personalidad, aspectos estructurales y dinámicos familiares, patrones culturales y estéticos imperantes en nuestra sociedad, o una posible predisposición genética) y otros que sí son modificables (como son concepción negativa de la propia figura, realización de prácticas perjudiciales en relación a la conducta alimentaria o sintomatología depresiva). Esto ha de tenerse en cuenta a la hora de desarrollar programas que pretendan prevenir los TCA incidiendo sobre los factores de riesgo.

La concepción negativa de la imagen corporal incluyendo actitudes, sentimientos y percepciones acerca del propio peso y la figura constituye el factor de riesgo modificable más importante para el desarrollo de TCA, pues éstos son una de las consecuencias de la búsqueda de un cuerpo perfecto, condicionada por los modelos estéticos de delgadez (9). Por tanto, debe tenerse en cuenta la percepción negativa de la imagen corporal como factor clave a la hora de seleccionar población en riesgo de desarrollar un TCA. En el 2004 un 36,9% de las chicas y un 16,7% de los chicos se perciben con sobrepeso u obesidad, teniendo en cuenta datos estadísticos de la CAM, lo cual indica que la preocupación por el peso o figura corporal es muy frecuente en esta población (6).

La realización de conductas patológicas con el fin de controlar el peso es asimismo un importante factor de riesgo modificable (7). Siguiendo con datos del 2004 en la CAM, el 35,4% de las chicas y el 7,3% de los chicos refieren la realización de dietas para adelgazar de forma autónoma, siendo ésta la conducta más frecuente. Una de cada diez adolescentes se ha provocado el vómito para perder peso, lo cual nos da una idea de la frecuencia de este tipo de prácticas entre la población juvenil (6).

Además de la realización de prácticas perjudiciales en relación a la conducta alimentaria y de la concepción negativa de la imagen corporal, se considera también un tercer factor de riesgo fundamental la frecuente sintomatología depresiva que se encuentra subyacente en la aparición de estas patologías. La depresión del adolescente se caracteriza por la irritabilidad y la conducta descontrolada (en cualquier ámbito, incluyendo la alimentación), en contraste con el clásico humor depresivo y la pérdida de interés característicos de los adultos. Dado que los adolescentes tienen que enfrentarse con asuntos como la propia imagen y la autoconfianza, su estado de ánimo se ve frecuentemente alterado (10).

Existen diferentes instrumentos de medida que sirven para evaluar factores de riesgo y ayudan al diagnóstico de los TCA. Algunos de los procedimientos psicométricos empleados más frecuentemente para valorar la insatisfacción con la imagen corporal son: el **Body Shape Questionnaire (BSQ)** de Cooper, Taylor y Fairburn de 1987, diseñado con el objetivo de medir la preocupación por el peso y la imagen corporal, la insatisfacción producida por el propio cuerpo, el miedo a engordar, la autodesvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pueda atraer la atención. Se trata de 34 ítems divididos en cinco categorías: preocupación por el peso en conexión con la ingesta, preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad, insatisfacción y preocupación corporal general, insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo: muslos, caderas y nalgas y empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal. El **Body Attitudes Test (BAT)** descrito por Coppennolle, Probst, Vandereycken y Vanderlinden en 1995, está avalado por buenos resultados psicométricos, y aunque está inicialmente previsto para utilizarse en pacientes con TCA también ha sido utilizado en población no patológica. Los 20 ítems que tiene se agrupan en tres factores principales: Apreciación negativa del tamaño corporal, Pérdida de familiaridad con el propio cuerpo e Insatisfacción corporal general.

Para evaluar la práctica de conductas patológicas en relación a la alimentación, pueden utilizarse dos cuestionarios, empleados habitualmente en la práctica clínica. El **Eating Attitudes Test (EAT)**, de Garner y Garfinkel (1979), con 40 ítems, o su versión reducida, con 26, en el que se recogen pensamientos, sentimientos y actitudes en relación a la alimentación. Este instrumento puede utilizarse en una primera fase de screening, aunque sus autores recomiendan que si se emplea con esta finalidad se complemente con otros cuestionarios que aborden otros factores de riesgo. El **Eating Disorders Inventory (EDI)**, de Garner, Olmsted y Polivy (1983) consta de 64 ítems y está diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales características de los TCA, agrupadas en 8 categorías diferentes: "impulso a la delgadez", "sintomatología bulímica", "insatisfacción corporal", "inefectividad y baja autoestima", "perfeccionismo", "desconfianza interpersonal", "conciencia interoceptiva" y "miedos a la maduración".

Para evaluar la sintomatología depresiva lo más empleado es el **Beck Depression Inventory (BDI)** de Beck de 1961. Este cuestionario consta de 21 ítems que evalúan los diversos componentes de la depresión. Sus puntuaciones oscilan entre 0 y 63, siendo 18 habitualmente el punto de corte entre la sintomatología depresiva leve y la depresión moderada o grave, y 11 entre lo patológico y lo normal (11).

En relación al abordaje del problema, los estudios realizados sugieren que la terapia cognitivo-conductual es mejor que otras terapias, y mejor que ningún otro tratamiento, en la reducción de la ingesta compulsiva y el abordaje de la BN. Respecto a la AN, no parece posible recomendar un enfoque terapéutico específico con los estudios realizados hasta ahora.

Esther Quirós Abajo

En los últimos años se han venido desarrollando diferentes estudios que pretenden abordar el problema desde la prevención. La mayoría de los programas de prevención buscan reducir la probabilidad de que se desarrollen TCA al reducir la intensidad de los factores de riesgo o al prevenir que éstos se vuelvan más graves (12,13).

Paula J. Varnado-Sullivan y Rachael A. Horton han realizado recientemente un interesante estudio para evaluar la aceptación de los programas de prevención de TCA entre la población. De los resultados obtenidos se desprende la conclusión de que existe una importante diferencia de aceptabilidad en función del género de la persona encuestada. Así, el 41% de los hombres y el 61% de las mujeres opinan que es muy importante la prevención de estos trastornos entre la población adolescente dentro del sistema educativo. Por otra parte, el 44% de los hombres y un 58% de las mujeres respondían que los TCA constituyen un problema importante en los adolescentes (14).

El uso de Internet con pacientes se viene desarrollando en los últimos años a un ritmo muy rápido (27). Diferentes intervenciones se han llevado a cabo utilizando la Web, tanto en enfermedades físicas (cáncer, diabetes, tabaquismo, alcoholismo, asma...) como mentales (fobia social, anorexia nerviosa, depresión, trastorno de pánico, insomnio en pacientes mentales...). Del mismo modo, Internet también es utilizado por los pacientes como soporte terapéutico mediante la participación en foros de discusión y grupos de autoayuda, en distintas enfermedades. Existen diferentes experiencias en el contexto preventivo de los TCA que se han realizado a través de Internet con resultados esperanzadores.

En 2001 se publicaron algunos estudios realizados en la Universidad de San Diego (California) en los que se habían utilizado programas on-line basados en la terapia cognitivo-conductual o la psicoeducación para prevenir TCA en mujeres universitarias con riesgo potencial de desarrollarlos. En ellos se comprobó que el grupo experimental había obtenido mejores resultados post-test en la mayoría de instrumentos de evaluación utilizados en relación al grupo control (16,17).

JoAnn D. Long y Kathleen R. Stevens, enfermeras americanas, publicaron en 2004 un estudio cuasi-experimental consistente en una combinación de educación tradicional y a través de la Web comparada con la educación tradicional por sí sola en adolescentes en el ámbito escolar para la prevención de TCA, obteniéndose mejores resultados en el grupo experimental de estudiantes que en el grupo control (18).

En una experiencia publicada recientemente (agosto de 2006) de nuevo se obtienen resultados significativos tras aplicar una intervención por Internet de 8 semanas de duración, de tipo cognitivo-conductual que incluía un grupo de discusión on-line manejado por un moderador. Las participantes eran jóvenes de entre 18 y 30 años en riesgo de desarrollar un TCA por su percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad (19).

El uso de nuevas tecnologías (intervención telefónica, e-mail, Internet, CD-ROM, técnicas de realidad virtual, etc.) en el campo de los TCA no sólo se hace en el contexto preventivo sino también en el tratamiento y recuperación de estos pacientes (20-22).

El hecho de que la incidencia de los TCA haya ido aumentando en los últimos años así como los elevados costes sanitarios que se desprenden de estudios realizados en la CAM (primera causa de ingreso hospitalario por trastorno mental en mujeres entre 15 y 24 años, elevado índice de reingresos) nos llevan a destacar la necesidad de adoptar medidas de prevención que puedan reducir la incidencia de estas patologías. Estas medidas preventivas deben incidir en los factores modificables que condicionan la aparición de la enfermedad (comunes en gran parte de la población afectada), reduciendo la intensidad de los factores de riesgo o impidiendo que éstos se vuelvan más graves. Mediante escalas de valoración, se pueden detectar aquellos sujetos que están en riesgo de desarrollar un TCA.

En los últimos años se ha producido un cambio en la concepción de los TCA por parte de la población general, pasando de ser una patología que sólo parecía afectar a unos pocos a constituir un preocupante problema de salud pública que lleva consigo una cierta alarma social, lo que ha aumentado la demanda de medidas de abordaje del problema, fundamentalmente desde la

prevención, ya sea aplicando normativas en los medios de información y en publicidad, desarrollando programas escolares, etc.

En este contexto, los profesionales de Enfermería disponen de la cualificación necesaria para llevar a cabo programas de tipo preventivo. Dadas las características epidemiológicas de los TCA, el medio educativo es un buen entorno para implantar estos programas, e Internet un buen vehículo para aplicarlos.

En la actualidad, la evidencia publicada en la literatura es limitada como para sugerir que un tipo particular de programa es efectivo para prevenir los trastornos de la alimentación, pero se han obtenido algunos resultados esperanzadores en las experiencias realizadas tanto en prevención primaria como en prevención secundaria, y es necesario continuar investigando en este sentido.

Por todo ello, este anteproyecto propone evaluar si una intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual es capaz de prevenir la aparición de TCA disminuyendo los factores de riesgo en mujeres de 15 a 18 años, lo que supone un novedoso abordaje del problema en nuestro país.

El desarrollo de nuevos espacios de actuación para la Enfermera Especialista en Salud Mental viene a impulsar el reconocimiento de esta profesión como pieza fundamental en la prevención, seguimiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

BIBLIOGRAFIA

1. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª edición. Barcelona: Masson, S.A.; 1995.
2. Abraham S., Llewellyn-Jones, D. Anorexia y bulimia; desórdenes alimentarios. Madrid: Alianza Editorial, S.A.; 1994.
3. Bobes J., Bousoño M., González M.P., López J.L., Sáiz P.A. Enfermería psiquiátrica. Madrid: Síntesis; 2002.
4. Hatmaker, G. Boys with eating disorders. *The Journal of School Nursing*. 2005; 21(6): 329-332.
5. Fornés, J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de cuidados. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
6. Gandarillas, A., Bru S. Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas, 2004. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid, 2005.
7. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J) 2005. Informe de hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2005.
8. Hans, Wijbrand, Hoek. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006; 19:389-394.
9. Baile Ayensa, J.I., Guillén Grima F., Garrido Landívar, E. Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): Efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. 2002; 2(3): 439-450
10. Morrison. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid: Elsevier; 2004.
11. Fernández Aranda F., Turón Gil V. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson; 1998.
12. Pratt, B.M., Woolfenden, S.R. Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 n°3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chinchester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

13. Piran N. Prevention of eating disorders: a review of outcome evaluation research. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2005; 42(3): 172-177.
14. Varnado-Sullivan P.J., Horton R.A. Acceptability of programs for the prevention of eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 2006; 62(6): 687-703.
15. Wantland D.J., Portillo C.J., Holzemer W.L., Slaughter R., McGhee E.M. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioural change outcomes. *Journal of Medical Internet Research*. 2004; 6(4): e40.
16. Zabinski, M.F., Wilfley, D.E., Pung, M.A., Winzelberg A.J., Eldredge K., Taylor, C.B. An interactive Internet-based intervention for women at risk of eating disorders: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*. 2001; 30: 129-137.
17. Zabinski, M.F., Pung, M.A., Wilfley D.E., Eppstein D.L., Winzelberg A.J., Celio A., et al. Reducing risk factors for eating disorders: targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*. 2001; 29: 401-408.
18. Long J.D., Stevens K.R. Using technology to promote self-efficacy for healthy eating in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004; 36(2): 134-139.
19. Taylor C.B., Bryson S., Luce K.H., Cuning D., Celio Doyle, A., Abascal L.B., et al. Prevention of eating disorders in at-risk collage-age women. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63: 881-888.
20. Yager, J. E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of Anorexia Nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*. 2001; 29: 125-138.
21. Myers T.C., Swan-Kremeier L., Wonderlich S., Lancaster K., Mitchell J.E. The use of alternative delivery systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2004; 36: 123-143.
22. Keski-Rahkonen, M.D., Tozzi F. The process of recovery in eating disorder sufferers´ own words: an internet-based study. *International Journal of Eating Disorders*. 2005; 37: S80-S86.

HIPÓTESIS

Las mujeres de 15 a 18 años a las que se les realiza una intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual tendrán una disminución de los factores de riesgo para desarrollar un TCA mayor que las mujeres del grupo control.

OBJETIVOS

Objetivo Principal:

- Evaluar si una intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual disminuye los factores de riesgo para desarrollar un TCA en mujeres de 15 a 18 años.

Objetivos Específicos:

- Evaluar si una intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual disminuye la insatisfacción con la imagen corporal en mujeres de 15 a 18 años.
- Evaluar si una intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual disminuye las conductas patológicas destinadas al control del peso en mujeres de 15 a 18 años.
- Evaluar si una intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual disminuye sintomatología depresiva en mujeres de 15 a 18 años.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Se trata de un estudio experimental pre-test/post-test de tipo ensayo clínico aleatorizado. El grupo experimental recibirá intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual mientras que el grupo control no recibirá ningún tipo de intervención preventiva en relación a los TCA.

Periodo de estudio: Este estudio tendrá una duración de 2 años.

Ámbito de estudio: Se elegirán seis Institutos de Educación Secundaria (IES) de las áreas 9 y 10 de la CAM pertenecientes al sector público. De esta manera se asegurará un tamaño muestral suficiente para llevar a cabo el estudio, teniendo en cuenta que la población de riesgo para TCA en mujeres adolescentes se encuentra en torno a un 15%. Asimismo, al elegir dos áreas determinadas de la CAM se buscará la mayor homogeneidad posible dentro de la muestra en cuanto al nivel socioeconómico de las participantes y las condiciones demográficas de su entorno.

Sujetos de estudio: En estos IES se escogerá una primera selección de candidatos para participar en el estudio: que sean mujeres y con una edad comprendida entre los 15 y los 18 años. A esta primera selección de mujeres se les pasará un instrumento de valoración (Body Shape Questionnaire) para seleccionar a aquellas jóvenes con una significativa insatisfacción de su imagen corporal (puntuación ≥ 110 , de una posible puntuación total de entre 34 y 204 puntos), importante factor de riesgo para desarrollar un TCA.

Por tanto, los criterios de inclusión en la muestra del presente estudio serán los siguientes: Sexo femenino, Edad 15-18 años y Puntuación BSQ ≥ 110 . Asimismo, utilizaremos como criterio de exclusión la existencia de un TCA diagnosticado en el pasado o en la actualidad.

A todas ellas se les pasarán las siguientes escalas de medida: Body Attitudes Test, Eating Disorders Inventory, Eating Attitudes Test y Beck Depression Inventory. Estos instrumentos pueden verse desarrollados en el Anexo 1.

Se registrarán las puntuaciones obtenidas en los diferentes instrumentos de valoración para que puedan ser comparadas con las puntuaciones que se obtendrán inmediatamente después de que el grupo experimental reciba la intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual y a los seis meses de haber realizado la intervención.

De manera aleatoria se distribuirán los IES, siendo tres de ellos los que constituirán el grupo experimental y los otros tres el grupo control. Tanto en unos como en otros se dará una información pertinente y detallada de nuestra investigación manteniendo reuniones informativas con el equipo directivo de cada IES, las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) así como las participantes y sus padres, madres o tutores legales. De esta manera se facilitará la colaboración por parte de todos ellos.

Tamaño muestral: En cuanto al tamaño de la muestra, considerando un valor α de 0.05, un poder de 0.80 y un efecto estimado mediano, el tamaño mínimo aproximado de la muestra (número de sujetos en ambos grupos) necesario sería de 126. Por efecto de diseño se aumenta en 1,5 el tamaño muestral, por lo que el tamaño mínimo aproximado de la muestra final necesario sería de 189 (95 en grupo experimental, 95 en grupo control). Para llegar como mínimo a ese tamaño muestral hemos tomado seis IES, teniendo en cuenta que la población de riesgo para TCA en mujeres adolescentes se encuentra en torno a un 15%.

Variables

Variable Independiente:

Intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual: El grupo experimental realizará 8 sesiones con una frecuencia semanal, con una duración aproximada de 90 minutos por sesión. Las adolescentes se conectarán a Internet desde sus casas o centros públicos (bibliotecas, centros juveniles...) en un horario previamente establecido con la Enfermera Especialista en Salud Mental responsable del programa. Se establecerán diferentes grupos, de forma que en cada sesión el número de participantes sea de 10-12 jóvenes. Cada una de ellas tendrá una clave de acceso al programa y se identificará con un nombre de usuario distinto, para preservar la confidencialidad de las participantes. Sólo la enfermera especialista conocerá la identidad correspondiente al nombre de usuario, con algunos datos personales de cada participante. Las sesiones consistirán en un foro de discusión grupal en el que todas las participantes podrán intervenir y que será guiado y moderado por la enfermera especialista.

La prevención de los TCA estará enfocada al fomento de la motivación por los hábitos saludables, habilidades personales y aumento de autoestima, entre otros contenidos. Así, se pretenden disminuir los factores de riesgo que puedan desencadenar un TCA. El material de las sesiones se encuentra desarrollado en el Anexo 2. Se trata de una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual, incorporando también contenido psicoeducativo. En la última parte de las sesiones se establecerá un chat. En las sesiones se pedirán tareas a realizar por parte de las participantes. Tendrán que elaborar listados de problemas, redacciones... que serán enviados por correo electrónico a la Enfermera Especialista en Salud Mental.

Variables Dependientes:

Insatisfacción con la imagen corporal: El término imagen corporal es un concepto amplio que se compone de tres aspectos interrelacionados: la imagen COGNITIVA, que incluye pensamientos y creencias sobre nuestro propio cuerpo, la imagen EMOCIONAL, que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo, y un tercer componente CONDUCTUAL, que se fundamentaría en las conductas que tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él.

Por tanto, se define la insatisfacción corporal como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en un conjunto de EMOCIONES, PENSAMIENTOS y ACTITUDES negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo. Los valores estéticos dominantes en la cultura occidental, que priman la delgadez y rechazan el sobrepeso, están determinando que sobre una excesiva preocupación por el peso y la silueta corporales se desarrolle una imagen corporal insatisfactoria que puede llegar a adquirir las características de ideación sobrevalorada.

Para valorar la insatisfacción con la imagen corporal se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en el Cuestionario de la Forma Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ) y la puntuación obtenida en el Test de Actitudes hacia el Cuerpo (Body Attitudes Test, BAT)

Sintomatología alimentaria: Se entiende por sintomatología alimentaria de riesgo potencial para el desarrollo de un TCA la realización de algunas de las siguientes prácticas o conductas patológicas: Restricción alimentaria o realización de dietas para adelgazar de manera autónoma, sin el seguimiento de profesionales, Autoprovocación del vómito para perder peso, Utilización de laxantes, diuréticos, enemas o píldoras con el objetivo de controlar el peso y Atracones.

La frecuencia de aparición de este tipo de conductas no llega a ser suficiente para cumplir criterios diagnósticos DSM-IV para ningún TCA, por lo que bastará con que se haya llevado a cabo alguna de ellas de forma aislada y/o de manera excepcional.

Para evaluar la presencia de sintomatología alimentaria de riesgo se tendrá en cuenta la puntuación obtenida en el Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT) y la puntuación obtenida en el Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI).

Sintomatología depresiva: Se considerará que existe sintomatología depresiva (como posible factor de riesgo para desarrollar un TCA) cuando se da alguna de las siguientes circunstancias: Ánimo triste, tendencia al llanto, Irritabilidad, Pérdida de interés en actividades anteriormente placenteras, anhedonia, Alteraciones en el patrón de sueño, Astenia, falta de energía, Baja autoestima; sentimientos de vacío, inutilidad, culpa..., Dificultad para la concentración, Sentimientos de desesperanza... Para valorar la sintomatología depresiva se utilizará la puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Recogida y análisis de los datos: Se aplicarán los diferentes cuestionarios (BSQ, BAT, EAT, EDI, BDI), que recogen datos de las variables dependientes a tener en cuenta en este estudio, antes de la intervención, inmediatamente después y a los seis meses de la intervención, tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Las escalas de medida se pasarán en fechas fijadas previamente, utilizando para ello las aulas de los IES, contando con los permisos oportunos.

Quedarán excluidas del análisis de datos aquellas jóvenes que no hayan participado en al menos siete de las ocho sesiones que recibe el grupo experimental. Se compararán las puntuaciones de cada participante obtenidas al realizar los cuestionarios en las diferentes etapas para evaluar los resultados obtenidos antes de la intervención, inmediatamente después de la intervención y a los seis meses. Asimismo, se compararán los datos obtenidos en las participantes que hayan recibido la intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual con los datos de las jóvenes pertenecientes al grupo control.

En esta fase se utilizarán técnicas de enmascaramiento para que el investigador no conozca la identidad de cada grupo, de forma que los resultados no se sepa a qué grupo pertenecen: experimental o control. Se empleará la t de Student al tratarse de variables cuantitativas, y todo ello se realizará mediante el paquete informático estadístico SPSS.

Se analizará también el número de abandonos tanto en el grupo experimental como en el grupo control, y se investigarán los motivos, mediante llamada telefónica única, tras haber finalizado el estudio, respetando el derecho de la participante o del padre/madre/tutor legal de la participante que ha abandonado el estudio a comunicar sus razones del abandono si lo desea, o a no revelar sus motivos si así lo decide.

Consideraciones éticas

- Se pondrá en conocimiento de la Dirección de Gerencia de las Áreas 9 y 10 de la CAM la realización del estudio y se solicitará la autorización del mismo por el comité ética de la Fiscalía de Menores.
- Se tendrá en cuenta el derecho a ser informado y a tomar voluntariamente la decisión de participar en el estudio. Se entregará el Consentimiento Informado (Anexo 3). En la mayoría de los casos, las participantes son menores de edad, por lo que el consentimiento estará dirigido tanto a los padres/madres/tutores legales como a la menor. Se informará asimismo al equipo directivo de los IES y a las AMPAS.
- Según el Principio de Beneficencia, la investigación podrá darse por finalizada en cualquier momento si se tiene motivos para sospechar que, de continuar, se podría llegar a causar algún tipo de lesión o malestar innecesario a alguna de las participantes.
- Se tendrá en cuenta el derecho a la privacidad de cada una de las participantes en este estudio. La información obtenida durante el estudio se mantendrá en la más estricta confidencialidad.
- Según el Principio de Justicia, se respetará el derecho a un trato justo (selección justa y no discriminatoria de las jóvenes que van a participar en el estudio, trato sin prejuicios de las participantes que decidan no participar en el estudio o abandonen éste...).

Dificultades y limitaciones del estudio

- Dificultad para evaluar resultados a largo plazo cuando se hace prevención primaria, ya que el estudio se hace con sujetos que no tienen diagnosticado un TCA puesto que sólo cuentan con factores de riesgo, y para evaluar una posible disminución en la incidencia de estos trastornos sería necesario realizar un seguimiento de las participantes hasta la edad adulta. Por este motivo, no es posible realizar el análisis de la relación que existe entre la disminución de los factores de riesgo y la ausencia de aparición de la enfermedad.
- Puesto que muchos TCA pasan desapercibidos y se diagnostican tardíamente, podemos encontrar sujetos con criterios DSM-IV de algún TCA que no cumplen el criterio de exclusión de este estudio por este motivo. En estos sujetos el abordaje adecuado no sería preventivo sino propiamente terapéutico.
- Dada la etiología multicausal de los TCA, a pesar de haber tenido en cuenta los factores de riesgo más significativos y comunes a estas patologías los resultados que se obtengan de este estudio habrá que interpretarlos con precaución.
- Colaboración insuficiente de las participantes o posibles abandonos, falta de colaboración de los padres o tutores legales para participar en el estudio, o bien excesiva preocupación en relación al mismo que pudiera suponer cierta alarma innecesaria, falta de colaboración de la Dirección de los IES o de las AMPAs para llevar a cabo el estudio.
- Posibilidad de error en la selección de las adolescentes con riesgo de desarrollar un TCA tras pasar el BSQ, cuando los sujetos tratan de contestar adecuadamente para no levantar sospechas respecto a sus pensamientos, sentimientos o conductas indeseables.
- El hecho de que las adolescentes saben que están participando en este estudio puede condicionar sus respuestas en los diferentes cuestionarios, y por tanto variar los resultados. Asimismo, existe también la imposibilidad de que las participantes desconozcan si pertenecen al grupo experimental o al grupo control. Para disminuir en lo posible ese sesgo se ha determinado que en un mismo IES no coexistan participantes de los dos grupos (experimental y control), dificultando así en gran medida las posibles interacciones, que pudiesen condicionar los resultados de alguna manera.
- Imposibilidad de que el equipo investigador desconozca si las adolescentes que están participando en el estudio pertenecen al Grupo Experimental o al Grupo Control.
- Otras: posibles variaciones en las respuestas a los cuestionarios debido al condicionamiento que supone la aplicación de un mismo instrumento de medida en más de una ocasión, posible falta de credibilidad o aceptación en general por lo novedoso de realizar intervenciones de Enfermería a través de Internet, posibles dificultades encontradas por las participantes relacionadas con el uso de Internet, posibles interferencias debidas al acceso de las participantes a otras páginas Web y/o foros de discusión en relación a los TCA.

Etapas de desarrollo

- Primera Etapa: Diseño Web. En esta etapa será necesario contar con un profesional informático, para llevar a cabo el diseño Web que necesitamos para poder llevar a cabo este estudio. El soporte informático debe permitir el foro de discusión así como el correo electrónico, para poder llevar a cabo las tareas pertinentes en cada una de las sesiones propuestas. El acceso a la página Web deberá ser restringido, con nombre de usuario y clave de acceso o contraseña. Se tendrá en cuenta toda aportación del profesional informático que nos parezca adecuada para la puesta en marcha del ensayo. Además, el equipo investigador realizará una revisión crítica actualizada de la literatura existente. Esta etapa nos llevará 6 meses aproximadamente.
- Segunda Etapa: Solicitud de permisos, selección de participantes, reuniones informativas, consentimientos informados. En esta etapa se realizará: Reunión con la Dirección de cada IES, Reunión con las AMPAs, Selección de participantes mediante el cuestionario BSQ, Reuniones con las participantes así como con sus padres/madres/tutores legales, Recogida de consentimientos informados, Cuestionarios: BAT, EDI, EAT, BDI, Aleatorización de los IES en cuanto a grupo experimental/grupo control, y Asignación de horarios, nombres de usuario y contraseñas para acceder al programa a las participantes del grupo experimental. Esta etapa nos llevará 5 meses aproximadamente.
- Tercera Etapa: Intervención (sólo en el grupo experimental) Intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual, consistente en 8 sesiones con frecuencia semanal; el contenido de las sesiones se especifica en el Anexo 2. Se procurará que la fase de intervención en el grupo experimental tenga lugar en una época lo más neutral posible dentro del curso escolar, excluyendo periodos vacacionales como Navidad o Semana Santa, periodos de exámenes así como inicio o finalización del curso escolar. Esta etapa nos llevará 2 meses.
- Cuarta Etapa: Recogida y Análisis de los Datos Se pasarán de nuevo el BAT, EDI, EAT y BDI, además del BSQ que también se pasó previamente, tanto a las participantes del grupo experimental como a las del grupo control. Los datos serán recogidos y analizados, y tras obtener los resultados se procederá a extraer conclusiones. En esta fase y en la siguiente etapa será necesario contar con un estadístico. Esta etapa nos llevará 3 meses aproximadamente.
- Quinta Etapa: Evaluación a los 6 meses de la intervención Seis meses después de que el grupo experimental finalice la intervención, se volverán a evaluar los factores de riesgo para el desarrollo de un TCA mediante la aplicación de los mismos cuestionarios (BSQ, BAT, EDI, EAT y BDI), tanto en las adolescentes que participaron en el estudio en el grupo experimental como en las que formaron parte del grupo control. De nuevo, se recogerán los datos y éstos serán analizados, se obtendrán resultados y se establecerán conclusiones. En este momento se procederá a realizar una llamada telefónica única a cada participante que haya abandonado el estudio en cualquiera de las fases anteriores para tratar de conocer los motivos del abandono y poder realizar un análisis al respecto. Esta etapa nos llevará 2 meses aproximadamente.
- Sexta Etapa: Divulgación de resultados El equipo investigador elaborará un informe detallado del ensayo clínico. Se redactará el artículo científico en español y en inglés para su publicación en revistas científicas tanto a nivel nacional como internacional. Los resultados de nuestra investigación serán divulgados en los foros y organismos pertinentes en relación con la profesión de Enfermería. Esta etapa tendrá una duración aproximada de 6 meses.

Esther Quirós Abajo

Distribución de tareas: Salvo en la primera etapa, en la que intervendrá un profesional informático, y en las etapas cuarta y quinta en las que se incorporará un profesional experto en análisis estadísticos, el proyecto será llevado a cabo en su totalidad por un equipo investigador formado por tres Enfermeras Especialistas en Salud Mental. Una de ellas será la encargada de realizar todas las sesiones de las que consta la intervención por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual, para evitar posibles sesgos en los resultados que pudieran deberse a diferencias entre un profesional u otro. El resto de las tareas serán realizadas conjuntamente por las tres profesionales especialistas. Todas las reuniones contarán por tanto con la presencia del equipo investigador. Se valorará la posible participación de algún Residente de Enfermería de Salud Mental de la CAM en alguna de las etapas.

UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En la actualidad los TCA suponen un importante problema de salud por:

- El elevado coste sanitario en la CAM, debido a la incidencia de ingresos con este tipo de patologías en jóvenes de entre 15 y 24 años (en el 90% de los casos, de sexo femenino), el elevado número de reingresos, la estancia media hospitalaria superior a los 20 días de ingreso, etc.
- El coste en el desarrollo vital que se produce en los adolescentes afectados, por la tendencia de los TCA hacia la cronicidad, su resistencia a las diferentes estrategias terapéuticas, la alta comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos e incluso el alto índice de mortalidad que acompaña los casos crónicos, sin olvidar el impacto sociofamiliar. Al conseguir prevenir la aparición de estos trastornos, este coste sanitario y social disminuye notablemente, optimizándose por tanto los recursos existentes.

Además de evitar un TCA, las jóvenes participantes en este estudio adquieren una serie de conocimientos y habilidades prácticas que les permitirán mantener una buena salud física y mental, como hábitos alimentarios adecuados, potenciación de su autoestima, capacidad para afrontar problemas de la vida diaria... El presente trabajo permite además a la Enfermería, en este caso Especialista en Salud Mental, tener un rol más activo en la prevención de TCA, y servir como nexo de unión entre el ámbito sanitario y el ámbito escolar.

Los resultados de la investigación serán difundidos en congresos nacionales e internacionales de Enfermería y Enfermería en Salud Mental. Además, se procederá a su publicación en revistas científicas de Investigación en Enfermería y de Enfermería en Salud Mental, para facilitar el acceso a esta información a los profesionales. Por último, se difundirán los resultados a través de Internet, creándose una página Web del proyecto a la cual tendrán acceso todas aquellas personas interesadas, sean o no profesionales de Enfermería. Esta página Web será publicitada desde otras páginas Web relacionadas.

AYUDA SOLICITADA Y JUSTIFICACIÓN DE LA MISMA

Material inventariable: Para la realización del proyecto, será necesaria la creación de una página Web, que permita tanto volcar la información de las sesiones que se realizarán, como que los usuarios establezcan relaciones entre ellos a través de un chat.

En la Fundación actualmente no disponemos del programa informático SPSS, que supone un soporte informático imprescindible para el análisis de los datos de obtenidos. Por otro lado, el programa podrá servir para próximas investigaciones, cuya obtención sería posible con el dinero de la subvención.

Asimismo, sería imprescindible el uso de un ordenador portátil que permitiría a los investigadores agilizar el procesamiento de los datos recogidos.

Para realizar adecuadamente el trabajo de campo sería necesaria la utilización de un PDA por cada investigador para agilizar el registro de datos "in situ".

Material fungible: En cuanto al material de fungible se precisará material de oficina, correos, telecomunicaciones, fotocopias, etc necesarias en las diferentes fases de recogida, análisis de datos y divulgación del proyecto.

Esther Quirós Abajo

Los resultados de la investigación serán difundidos a profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de Madrid y a diferentes profesionales sanitarios, por lo que se hace necesario alquilar el local en el que tenga lugar el evento.

Viajes y dietas: Precisaremos el dinero necesario para los viajes de campo que deberá realizar el equipo investigador en la realización del mismo, ya que es necesario que se produzcan reuniones entre el equipo investigador para la preparación y coordinación del equipo, y que debido a la dispersión geográfica incluye viajes y dietas, de ahí que se solicite una partida importante para este concepto.

También serán necesarios realizar viajes para difundir los resultados.

Contratación servicios externos: Parte del dinero obtenido se destinará a la contratación de personas que realicen labores como la creación de la base de datos, la inclusión de los datos en la base, y el análisis de los datos estadísticos, así como la traducción de los resultados para su difusión en los Congresos Internacionales.

PRESUPUESTO

Gastos de ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros gastos)	
INVENTARIABLE	
Ordenador Portátil Hewlett Packard	1.750,00 €
Creación página Web	4.000,00 €
Programa Informático SPSS	1.255,00 €
Bibliografía (global)	1.500,00 €
FUNGIBLE	
Material de oficina (fase recogida, análisis de datos y divulgación resultados)	1.200,00 €
OTROS GASTOS	
Servicios externos:	
Diseño-Elaboración Base Datos Estadística (60 horas)	500,00 €
Introducción de datos (60 horas a 16€ por hora)	960,00 €
Apoyo estadístico para análisis de los datos (tiempo parcial, 6 meses a 500€ por mes)	3.000,00 €
	610,00 €
SUBTOTAL	15.975,00 €
b) Viajes y dietas	
Divulgación resultados:	300,00 €
- Dietas de Campo	2.000,00 €
- Encuentro Investen: Foro investigaciones	2.000,00 €
- Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental	3.000,00 €
- Congreso Internacional de Salud Mental	
SUBTOTAL	7.300,00€
SUBTOTAL GASTOS EJECUCIÓN	23.275,00 €
TOTAL AYUDA SOLICITADA	23.375,00 €

ANEXO 1: CUESTIONARIOS UTILIZADOS

- **Body Shape Questionnaire (BSQ)**

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en las últimas cuatro semanas.

Puntuación:

- 1) *Nunca*
- 2) *Raramente*
- 3) *Alguna vez*
- 4) *A menudo*
- 5) *Muy a menudo*
- 6) *Siempre*

1. Cuando te has aburrido, ¿te has preocupado por tu figura?
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?
4. ¿Has tenido miedo a engordar?
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?
6. Sentirte llena (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gorda?
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?
9. Estar con chicas delgadas, ¿te ha hecho fijar en tu figura?
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?
11. El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda?
12. Al fijarte en la figura de otras chicas, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?
14. Estar desnuda (por ejemplo cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda?
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de autocontrol?
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga piel de naranja (celulitis)?
29. Verte reflejada en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?

- **Body Attitudes Test (BAT)**

A cada ítem se contesta con una escala que va desde 0 (nunca) a 5 (siempre).

1. Si comparo mi cuerpo con el cuerpo de personas de mi edad, me genera insatisfacción sobre el mío.
2. Mi cuerpo parece ser una cosa torpe.
3. Mis caderas parecen demasiado grandes para mí.
4. Me siento a gusto dentro de mi cuerpo.
5. Tengo un fuerte deseo de estar más delgado.
6. Creo que mis pechos son demasiado grandes.
7. Tiendo a ocultar mi cuerpo (por ejemplo, poniéndome ropas amplias).
8. Cuando me miro en un espejo, me encuentro insatisfecha con mi cuerpo.
9. Me es muy fácil relajarme físicamente.
10. Pienso que soy demasiado gruesa.
11. Siento mi cuerpo como una carga.
12. Mi cuerpo se me representa como si no fuera mío.
13. Algunas partes de mi cuerpo parecen que están hinchadas.
14. Mi cuerpo es una amenaza para mí.
15. La apariencia corporal es muy importante para mí.
16. El aspecto de mi vientre es como si estuviera embarazada.
17. Me siento tensa en mi cuerpo.
18. Envidio a otros por su apariencia física.
19. Hay cosas de mi cuerpo que me asustan.
20. Suelo observar mi apariencia en un espejo.

- **Eating Attitudes Test (EAT)**

A cada ítem se contesta con Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, o Siempre.

EAT-40

1. Me gusta comer con otras personas
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas
4. Me da mucho miedo pesar demasiado
5. Procuero no comer aunque tenga hambre
6. Me preocupo mucho por la comida
7. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono
11. Me siento llena después de las comidas
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más
13. Vomito después de haber comido
14. Me siento muy culpable después de comer
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías
17. Me peso varias veces al día
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada
19. Disfruto comiendo carne
20. Me levanto pronto por las mañanas

Esther Quirós Abajo

21. Cada día como los mismos alimentos
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
23. Tengo la menstruación regular
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
26. Tardo en comer más que las otras personas
27. Disfruto comiendo en restaurantes
28. Tomo laxantes (purgantes)
29. Procuero no comer alimentos con azúcar
30. Como alimentos de régimen
31. Siento que los alimentos controlan mi vida
32. Me controlo en las comidas
33. Noto que los demás me presionan para que coma
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
35. Tengo estreñimiento
36. Me siento incómoda después de comer dulces
37. Me comprometo a hacer régimen
38. Me gusta sentir el estómago vacío
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas

EAT-26

1. Me gusta comer con otras personas
2. Procuero no comer aunque tenga hambre
3. Me preocupo mucho por la comida
4. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños
6. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono
7. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más
9. Vomito después de haber comido
10. Me siento muy culpable después de comer
11. Me preocupa el deseo de estar más delgada
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
15. Tardo en comer más que las otras personas
16. Procuero no comer alimentos con azúcar
17. Como alimentos de régimen
18. Siento que los alimentos controlan mi vida
19. Me controlo en las comidas
20. Noto que los demás me presionan para que coma
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
22. Tengo ganas de vomitar después de las comidas
23. Me comprometo a hacer régimen
24. Me gusta sentir el estómago vacío
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
26. Me siento incómoda después de comer dulces

- Eating Disorders Inventory (EDI)

A cada ítem se contesta con Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, o Siempre.

1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc) sin sentirme nerviosa
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia
4. Como cuando estoy disgustada
5. Me atraco de comida
6. Me gustaría ser más joven
7. Pienso en seguir una dieta
8. Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos
10. Me siento ineficaz como persona
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado
13. Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos
16. Me aterroriza ganar peso
17. Confío en los demás
18. Me siento sola en el mundo
19. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control
21. Me siento confundida ante las emociones que siento
22. Prefiero ser adulto que niño
23. Me comunico fácilmente con los demás
24. Me gustaría ser otra persona
25. Exagero o aumento la importancia del peso
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento
27. Me siento inadaptada
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo
29. Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros
30. Tengo amistades íntimas
31. Me gusta la forma de mis nalgas
32. Me preocupa el deseo de estar más delgada
33. No sé lo que está pasando dentro de mí
34. Tengo dificultad para expresar mis emociones hacia los demás
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes
36. Me molesta ser menos que la mejor en las actividades que hago
37. Me siento segura de mí misma
38. Pienso en atracarme de comida
39. Me siento feliz de no ser nunca más una niña
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no
41. Tengo una pobre opinión de mí misma
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí
44. Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen a mi control
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy sola
47. Después de haber comido poco me siento hinchada
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niñas
49. Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando
50. Pienso que soy una persona útil
51. Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, atemorizada o enojada

Esther Quirós Abajo

52. Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercarse o entablar amistad
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado
56. Me siento interiormente vacía
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas
60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente
61. Como o bebo a escondidas
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado
63. Mis metas son excesivamente altas
64. Cuando estoy disgustada, me preocupa el que pueda empezar a comer

- **Beck Depression Inventory (BDI)**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale la afirmación de cada grupo que mejor describe sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy (sólo una respuesta en cada grupo). Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.
 - No me siento triste
 - Me siento triste
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 - Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo
2.
 - No me siento especialmente desanimada de cara al futuro
 - Me siento desanimada respecto al futuro
 - Siento que no tengo nada que esperar
 - Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar
3.
 - No me siento fracasada
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 - Me siento una persona totalmente fracasada
4.
 - Las cosas me satisfacen tanto como antes
 - No disfruto de las cosas tanto como antes
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5.
 - No me siento especialmente culpable
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 - Me siento culpable constantemente
6.
 - No creo que esté siendo castigada
 - Siento que quizás esté siendo castigada
 - Espero ser castigada
 - Siento que estoy siendo castigada

Esther Quirós Abajo

7.
 - No me siento descontenta conmigo misma
 - Estoy descontenta conmigo misma
 - Me avergüenzo de mi misma
 - Me odio
8.
 - No me considero peor que cualquier otra
 - Me autocrítico por mis debilidades y por mis errores
 - Continuamente me culpo por mis faltas
 - Me culpo por todo lo malo que sucede
9.
 - No tengo ningún pensamiento de suicidio
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
 - Desearía suicidarme
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10.
 - No lloro más de lo que solía
 - Ahora lloro más que antes
 - Lloro continuamente
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11.
 - No estoy más irritada de lo normal en mi
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - Me siento irritada continuamente
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
12.
 - No he perdido el interés por los demás
 - Estoy menos interesada en los demás que antes
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
 - He perdido todo el interés por los demás
13.
 - Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
 - Evito tomar decisiones más que antes
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 - Ya me es imposible tomar decisiones
14.
 - No creo tener peor aspecto que antes
 - Estoy preocupada porque parezco mayor o poco atractiva
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva
 - Creo que tengo un aspecto horrible
15.
 - Trabajo igual que antes
 - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo
 - No puedo hacer nada en absoluto
16.
 - Duermo tan bien como siempre
 - No duermo tan bien como antes
 - Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17.
 - No me siento más cansada de lo normal
 - Me canso más fácilmente que antes
 - Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 - Estoy demasiado cansada para hacer nada

Esther Quirós Abajo

18.

- Mi apetito ha disminuido
- No tengo tan buen apetito como antes
- Ahora tengo mucho menos apetito
- He perdido completamente el apetito

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- He perdido más de 2 kilos y medio
- He perdido más de 4 kilos
- He perdido más de 7 kilos

(Señalar si estoy tratando intencionadamente de perder peso: SI NO)

20.

- No estoy preocupada por mi salud
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, cansancio...
- Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
- Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesada por el sexo que antes
- Ahora estoy mucho menos interesada por el sexo
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

ANEXO 2: CONTENIDO DE LAS SESIONES

Primera Sesión

Objetivo: Recibir toda la información necesaria y pertinente acerca del grupo y su funcionamiento.

- Bienvenida y presentación
- Información sobre el grupo, encuadre de las sesiones (frecuencia, duración, estructura y contenido de las mismas).
- Normas del grupo:
 - Lo que se hable en el grupo no debe ser comentado fuera de él
 - Se respetará la opinión de los demás
 - Intención de participar en al menos 7 de las 8 sesiones semanales
 - Intención de realizar las tareas propuestas en las sesiones
- ¿Cómo sacar el máximo provecho a la intervención?
 - Cumplir las normas del grupo
 - Intentar descubrir relaciones entre lo que se aprende y la situación personal de cada una
 - Considerar estas sesiones como un “experimento personal”, comprobando la repercusión en cada una y poniendo a prueba los consejos y la información de las sesiones
 - Tener en cuenta los cambios positivos que se consigan, por mínimos que éstos sean
- Recoger dudas, comentarios, sugerencias
- Tarea para la próxima sesión: Redacción breve “Qué es lo que sé de la anorexia y la bulimia” y enviarla por correo electrónico
- Chat

Segunda Sesión

Objetivo: Adquirir conocimientos acerca de una alimentación saludable y trastornos de la conducta alimentaria.

- Se comentarán las redacciones enviadas (evaluación de conocimientos) y se clarificarán conceptos y dudas.
- Tema: “Aprender a comer”
 - Tres comidas al día: Desayuno, comida y cena, sin saltarse ninguna
 - Alimentación equilibrada y saludable
 - Tiempo suficiente para comer
 - Hacer de las comidas un momento agradable, conversar con la familia...
- Tarea para la próxima semana: Registro alimentario de cuatro días seguidos de esta semana y enviarla por correo electrónico (se explicará cómo realizar el registro adecuadamente).
- Chat

Tercera Sesión

Objetivo: Adquirir conocimientos respecto a los riesgos para la salud que supone la realización de conductas patológicas en relación a la alimentación.

- Se comentarán los registros alimentarios según lo aprendido en la anterior sesión respecto a la alimentación saludable.
- Planificar alternativas para prevenir atracones, vómitos y otras conductas inapropiadas, en caso de que éstas existieran:
 - Comer en lugares tranquilos e intentar conseguir una atmósfera adecuada
 - Buscar distracción después de las comidas (escuchar música, llamar por teléfono a una amiga...)
 - Aprender a realizar ejercicio físico por placer y no para quemar calorías
- Discutir las consecuencias de la restricción alimentaria, los vómitos autoinducidos, el abuso de laxantes y diuréticos... a nivel físico y a nivel psicológico.

Esther Quirós Abajo

- Problemas electrolíticos, deshidratación, úlceras, ruptura de las paredes del estómago, estreñimiento, problemas dentales, trastornos menstruales, problemas cardíacos, debilidad muscular...
- Pérdida de interés y motivación para participar en actividades que anteriormente eran satisfactorias, depresión, irritabilidad, ansiedad, apatía, trastornos del sueño...
- Tarea para la próxima semana: comprometerse a realizar ejercicios de confrontación con la imagen (espejo) y elaborar un listado de pensamientos positivos/negativos sobre uno mismo. Enviarlos por correo electrónico.
- Chat

Séptima Sesión

Objetivo: Facilitar la expresión de sentimientos, dudas u opiniones respecto a temas inicialmente difíciles de abordar en adolescentes.

- Se comentarán los problemas del listado realizado:
 - dependencia (“no puedo tomar decisiones por mí misma”); ésta pérdida de autonomía intenta recuperarse a través de un control sobre el peso y la alimentación
 - no comunicación de sentimientos
 - falta de seguridad en una misma (“mejor no doy mi opinión, para evitar conflictos”)
 - problemas en casa
 - falta de contactos sociales
 - problemas con la sexualidad
- Se hablará en grupo de quiénes son las personas que podrían ayudarnos en caso de necesidad: familia, amig@s, servicios sanitarios, profesores...
- Tarea para la próxima semana: “Balance personal: en qué medida me he beneficiado de estas sesiones”. Enviarlos por correo electrónico.
- Chat

Octava Sesión

Objetivo: Evaluar la consecución de los objetivos propuestos desde el punto de vista de las participantes.

- Comentar lo que se ha escrito.
- Evaluación de conocimientos y habilidades adquiridas:
 - Factores que pueden predisponer o desencadenar un TCA.
 - Problemas físicos y psicológicos asociados a los TCA.
 - Peligro y efectos secundarios de conductas restrictivas o purgativas.
 - Formas adecuadas de comportarse ante problemas en la conducta alimentaria y ante problemas de la vida diaria
 - Sentirse bien con el propio cuerpo
 - Mantenimiento de actitudes sanas y hábitos alimentarios adecuados
- Despedida y agradecimiento por la participación.

Cuarta Sesión

Objetivo: Mejorar la satisfacción con la propia imagen corporal.

- Tema: “El ideal de belleza, cambiante a lo largo del tiempo y según la sociedad de la que se trate”.
- Comentar en grupo el listado de pensamientos al confrontarse con la propia imagen. Hacer referencia a aspectos comunes y diferenciales, y proponer pensamientos alternativos.
- Introducción de la técnica de resolución de problemas:
 - Sufrir situaciones problemáticas es usual en la vida de una persona. Ante los problemas, en ocasiones los atracones o las restricciones alimentarias pueden llegar a convertirse en una forma de evitar o escapar temporalmente de los problemas (pero los problemas no desaparecen, siguen estando ahí). Esta conducta de evitación impide aprender otras formas más efectivas para el afrontamiento de problemas.

Esther Quirós Abajo

- A pesar de saber que no todos los problemas tienen solución y que no toda solución es satisfactoria, desarrollar estrategias para solucionar problemas nos ayuda a aumentar el sentimiento de control y a abordar más eficientemente los problemas.
- Pasos: a) identificación y descripción del problema b) posibles soluciones c) valorar la aplicabilidad y la eficacia de cada solución d) escoger la alternativa más adecuada y comentar cómo realizarla e) llevarla a cabo y f) evaluar los resultados.
- Tarea para la próxima sesión: Elaborar una lista de problemas concernientes a la comida y al peso y enviarlo por correo electrónico.
- Chat

Quinta Sesión

Objetivo: Adquirir habilidades para la resolución de problemas.

- Se comentarán los problemas del listado realizado:
 - actitud anormal respecto al propio cuerpo (ejemplo: "pienso constantemente en mi peso", "constantemente tengo el deseo de estar más delgada"...)
 - confusión respecto a sentimientos corporales (ejemplo: "no me doy cuenta de cuándo tengo hambre o estoy saciada")
 - preocupación continua respecto a la comida (ejemplo: "cuando como, estoy pensando cuántas calorías poseen los alimentos")
 - pérdida de control con la comida (atracones, vómitos, toma de laxantes y/o diuréticos...)
 - pensamientos irracionales: *personalización* ("cuando he comido, pienso que todos me miran, ven que he engordado"), *sobregeneralización* ("todas las grasas engordan"), *pensamientos mágicos* ("delgadez es igual a felicidad y éxito", "los productos altos en calorías son malos para el organismo"), *catastrofismos* ("si tengo otro vómito me moriré") o *pensamientos de todo o nada* ("no valgo nada, no hago nada bien").
- Proponer alternativas a estos pensamientos.
- Tarea para la próxima sesión: Elaborar una lista de problemas con uno mismo (independientemente de la comida) y enviarlo por correo electrónico.
- Chat

Sexta Sesión

Objetivo: Mejorar la propia autoestima y el estado de ánimo.

- Se comentarán los problemas del listado realizado:
 - miedo a hacerse adulto (la adolescencia y sus cambios: sexuales, físicos y emocionales)
 - sentimientos de baja autoestima: concepto de autoestima, baja autoestima más frecuente en mujeres, autoestima ligada a factores externos como la apariencia o la aprobación de los otros... la sintomatología alimentaria alivia un bajo concepto de uno mismo.
 - perfeccionismo y autocontrol (una forma de aliviar una baja autoestima suele conseguirse a través de una conducta perfeccionista, manteniendo una rigidez en la forma de tratar su cuerpo y su vida)
 - sintomatología depresiva
 - falta de seguridad respecto a sentimientos propios
 - cambios en el estado de ánimo
- Proponer alternativas a estos pensamientos.
- Tarea para la próxima semana: Elaborar una lista de problemas con otras personas y enviarlo por correo electrónico.
- Chat

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, de años de edad, con D.N.I. nº....., estudiante del Instituto de Educación Secundaria, manifiesto haber recibido y comprender toda la información pertinente acerca del estudio experimental de tipo ensayo clínico aleatorizado que pretende evaluar si una intervención enfermera por Internet basada en la terapia cognitivo-conductual es capaz de prevenir trastornos de la conducta alimentaria disminuyendo los factores de riesgo en mujeres de 15 a 18 años.

Mi participación en el estudio tiene un carácter voluntario, pudiendo retirarme del mismo en cualquier momento.

Los datos personales así como los resultantes del estudio tendrán carácter confidencial y serán tratados en su conjunto, no de manera individual.

Tomando todo ello en consideración, otorgo mi consentimiento a participar en el proyecto.

Fecha.....

(Firma de la participante)

....., como padre/madre/tutor legal de, presto libremente mi conformidad para que participe en este ensayo.

(Firma del padre/madre/tutor legal)