

Nerea Flores Rodríguez

**Trastorno de la conducta alimentaria en edades de
riesgo: propuesta preventiva en educación secundaria**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Dra. Diana Ribes Fortanet

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 3 |
| ABSTRACT | 3 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 4 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 5 |
| 2.1. Trastornos de la conducta alimentaria | 5 |
| 2.1.1. Tipología | 6 |
| Trastorno de la conducta alimentaria no especificado | 6 |
| Trastorno por atracón | 6 |
| Bulimia Nerviosa | 7 |
| Subtipos: | 7 |
| - Bulimia Nerviosa con conductas purgativas | 7 |
| - Bulimia Nerviosa con conductas no purgativas | 7 |
| Anorexia Nerviosa | 8 |
| Subtipos: | 8 |
| - Anorexia Nerviosa tipo restrictivo | 8 |
| - Anorexia Nerviosa tipo atracones/purgas: | 8 |
| 2.1.2. Factores de riesgo | 8 |
| 2.1.3. Curso, evolución y pronóstico de los TCA | 9 |
| 2.1.4 Epidemiología | 10 |
| 2.1.5 Tratamiento | 11 |
| 2.1.6 Técnicas y terapias | 13 |
| 2.1.7 Instrumentos de diagnóstico y recogida de información | 13 |
| 2.2. Estigma y exclusión social | 13 |
| 2.3. Red de servicios y centros especializados en Catalunya | 15 |
| 2.4. Programas de prevención y detección precoz | 16 |
| 3. OBJETIVOS | 17 |
| 4. METODOLOGÍA | 18 |
| Instrumentos | 18 |
| Participantes | 22 |
| Procedimiento/ Aplicación | 22 |
| Análisis estadístico | 23 |
| Resultados | 23 |
| Resultados del test EAT-26 | 23 |
| Resultados del test BSQ | 24 |
| Resultados del cuestionario informativo | 25 |

| | |
|--|----|
| Valoración del riesgo de padecer TCA | 27 |
| Análisis de relación entre EAT-26 y BSQ | 29 |
| 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 31 |
| 5.1. LIMITACIÓN DEL ESTUDIO | 33 |
| 7.REFERENCIAS | 35 |
| 8. ANEXOS | 40 |
| ANEXO 1. Criterios diagnósticos del Trastorno de la Conducta alimentaria no Especificado. | 40 |
| ANEXO 2. Criterios diagnósticos del Trastorno por atracón | 41 |
| ANEXO 3. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa | 42 |
| ANEXO 4. Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa | 42 |
| ANEXO 5. Factores de riesgo Trastornos de la Conducta Alimentaria | 43 |
| ANEXO 6. Curso, evolución y pronóstico de los Trastornos de Conducta Alimentaria | 44 |
| ANEXO 7. Objetivos a tratar durante el proceso terapéutico en TCA | 48 |
| ANEXO 8. Técnicas más empleadas en TCA | 50 |
| ANEXO 9. Instrumentos de diagnóstico y recogida de información | 53 |
| ANEXO 10. Plan de prevención sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria | 55 |
| ANEXO 11. Variables sociodemográficas | 78 |
| ANEXO 12. Autorización para actividades en centros por el trabajo de fin de grado. | 79 |
| ANEXO 13. Cuestionarios y test administrados. | 80 |

RESUMEN

Cada vez la Salud Mental es más importante, y siguiendo esa línea, también los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Por este motivo, en este trabajo se ha analizado el riesgo de padecer Trastornos de la conducta Alimentaria y el nivel de conocimiento sobre esta en adolescentes de 12 a 16 años y en adultos, con el fin de poder observar el estado actual en la sociedad y fomentar la concienciación.

Como instrumentos se han utilizado el *Eating Attitudes - Test 26 (EAT-26)* y el *Body Shape Questionnaire (BSQ)* además de dos cuestionarios creados ad hoc para esta investigación (cuestionario informativo y cuestionario de historial sintomatológico en adultos).

Los resultados obtenidos muestran las diferencias entre edades, el porcentaje de riesgo de la muestra, el nivel de conocimiento y el historial sintomatológico en adultos. A través de los datos obtenidos se observan los siguientes resultados:

- No se han observado diferencias significativas sintomatológicas en cuanto a edad
- Más del 50% de la muestra no ha recibido información sobre salud mental y TCA.
- Gran parte de la muestra de adultos iniciaron sintomatología durante su infancia- adolescencia.

Finalmente, se diseña un plan de prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria orientado a Educación Secundaria.

ABSTRACT

Mental Health is increasingly important, and following that line, so are Eating Disorders. For this reason, this work has analyzed the risk of suffering from Eating Disorders and the level of knowledge about it in adolescents aged 12 to 16 years and in adults, in order to be able to observe the current state in society and promote awareness.

Two self-created questionnaires were used as instruments (informative questionnaire and symptom history questionnaire in adults), and two official tests (EAT-26 and BSQ).

The results obtained show the differences between ages, the percentage of risk of the sample, the level of knowledge and the symptomatological history in adults. Through the data obtained, the following results are observed:

- No significant symptomatological differences have been observed in terms of age.
- More than 50% of the sample has not received information on mental health and eating disorders.
- Much of the sample of adults began symptoms during their childhood-adolescence.

Finally, the contribution of an Eating Disorders Prevention Plan aimed at Secondary Education is concluded.

1. INTRODUCCIÓN

En primer lugar, es importante conocer el concepto de salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha descrito como *"Un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social"* (Ruiz Fuentes, 2015, p. 58).

La estabilidad de la salud mental se puede ver afectada por diversos estándares, políticas e ideologías. A la hora de valorarla es importante tener en cuenta diferentes características (sociales, económicas, culturales, biológicas y psicológicas) y entornos (tanto el físico como el social de las personas), además de motivar la colaboración de programas educativos, sanitarios, políticos y laborales orientándolos a todo tipo de poblaciones (Amores, 2018).

A raíz de dicha inestabilidad mental pueden aparecer diversas patologías y trastornos asociados que afectan tanto a la salud mental y física como a todo nuestro contexto social, familiar y laboral.

Uno de los trastornos que más afecta a la juventud e incluso a adultos son los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (Amores, 2018), estos ocasionan graves consecuencias en la salud. Por lo tanto, es de gran importancia seguir investigando y concienciando a la población de la importancia de estos trastornos, de su prevención y actuación temprana.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA son graves alteraciones dentro de la ingesta alimentaria y una de las enfermedades mentales más importantes a día de hoy en niños y adolescentes debido a los riesgos de salud que generan, se caracterizan principalmente por su dificultad y la extensión de tiempo necesaria en su tratamiento, además del riesgo de cronicidad, recaídas, limitaciones sociales, abuso de sustancias y su elevada comorbilidad, llegando incluso a provocar la muerte (Marcel Balasch, Aleix Causa, Mireia Faucha, Jon Casado, 2016).

Sorprendentemente para muchas personas el diagnóstico más frecuente es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), esto es debido a que gran parte de la población tiene un alto grado de desinformación sobre los TCA. Los diagnósticos más conocidos por los ciudadanos son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, ignorando la existencia del TANE, el Trastorno por atracón, la Vigorexia y actualmente aparece un nuevo término llamado Ortorexia (*obsesión por la comida sana*). Actualmente el DSM-5 clasifica los TCA en: Trastorno de pica (*ingesta de sustancias no nutritivas*), Trastorno de rumiación (*regurgitación frecuente de alimentos*), Trastorno de evitación/restricción, Anorexia nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de atracón y Trastorno alimentario no especificado (Fisher, 2003).

Estos trastornos comparten en mayor o menor medida los siguientes síntomas (Urrego, & Cocomo, 1999):

- Insatisfacción de la imagen corporal
- Influencia anormal de la imagen corporal en la valoración personal
- Preocupación permanente por la comida
- Uso de medidas no saludables para obtener un falso control

- Deterioro psicosocial y físico

Una vez descrito el concepto de Trastorno de la Conducta Alimentaria, pasaremos a realizar una explicación más concreta del Trastorno por Atracón (TA), Bulimia Nerviosa (BN), Anorexia Nerviosa (AN) y el Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE), recogidos en el DSM-5 (Organización Mundial de la Salud, 2004, p. 45-47).

2.1.1. Tipología

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Esta clasificación de los TCA es un trastorno que no cumple los criterios de diagnóstico de la anorexia nerviosa o de la bulimia nerviosa, es decir, aparecen síntomas parecidos pero que no completan en su conjunto un trastorno específico. Esto es debido a que suele encontrarse entre el limbo de ambos, las personas que padecen de este trastorno sufren síntomas de AN pero con ciclos menstruales regulares y un mantenimiento del peso normal, a la vez que síntomas de la BN pero con una menor frecuencia de purgas/atracones. Por lo tanto, a la hora de realizar el diagnóstico es de vital importancia tener en cuenta la necesidad de que exista una relevancia clínica en la sintomatología y en consecuencia especificar qué criterio o criterios de AN o BN no se cumple (Behar A, 2008).

Como se ha mencionado anteriormente en la breve explicación de los Trastornos de Conducta Alimentaria el TANE es uno de los más comunes entre los jóvenes. (Behar A, 2008), (Ministerio de sanidad y consumo, 2007).

En el *anexo 1 tabla 1* se pueden observar los criterios diagnósticos del TANE.

Trastorno por atracón

Hay una necesidad de ingerir alimentos en grandes cantidades sin utilizar conductas compensatorias inadecuadas, generando por consecuencia un sobrepeso u obesidad que puede derivarnos a padecer colesterol, diabetes, hipertensión...

En el *anexo 2 tabla 2* se pueden observar los criterios diagnósticos del Trastorno por Atracón.

Bulimia Nerviosa

La BN es conocida por los atracones y comportamientos compensatorios que realizan los/las enfermos/as para evitar un aumento de peso.

Consiste en llevar a cabo ingestas de cantidad superior a las que una persona puede ingerir en un periodo de tiempo inferior. Es decir, "*comen grandes cantidades en muy poco tiempo*". A raíz de ejecutar esta conducta se desencadenan los comportamientos compensatorios, estos pueden ser desde vómitos, laxantes, excesivo ejercicio físico o ayunos.

Los pacientes con Bulimia Nerviosa suelen mantener un peso sin grandes fluctuaciones, además de padecer de grandes cambios emocionales y unos rasgos impulsivos más significativos en diferencia a la AN (Moreno González & Ortiz Viveros, 2009).

El síntoma de producirse vómitos genera la desaparición del malestar físico y mental, además de disminuir el miedo a ganar peso (Behar A, 2008). Esto genera una falsa seguridad y bienestar. En la BN se observan dos subtipos de pacientes.

Subtipos:

- **Bulimia Nerviosa con conductas purgativas:** vómitos, diuréticos, laxantes
- **Bulimia Nerviosa con conductas no purgativas:** ejercicio físico, ayunos

Estos subtipos a día de hoy son eliminados por el DSM-V debido a generar confusión con el Trastorno por Atracón (Canal Salud, 2020). Aun así, a la hora de diagnosticar a pacientes muchos profesionales siguen haciendo referencia a ellos.

En el *anexo 3 tabla 3* se pueden observar los criterios diagnósticos de la BN.

Anorexia Nerviosa

La AN es el tipo de TCA más estudiado en la actualidad y está caracterizada por una pérdida desmesurada de peso sin estar esta asociada a causas físicas. Las personas que padecen de AN mantienen y/o desean reducir su peso de forma continua, llegando a poner en alto riesgo su salud. En otras palabras son personas con incapacidad de mantener un cuerpo saludable en las que su único estímulo es perder peso, debido a su constante insatisfacción con el peso alcanzado y con sus cuerpos en general (Moreno González, Ortiz Viveros, 2009).

Los medios que llevan a cabo con tal de poder controlar de forma extrema el peso son a través del ejercicio compulsivo, conductas purgativas y la restricción de alimentos. Todo esto va unido o asociado a un temo desmesurado por aumentar de peso (Behar A, 2008).

En la Anorexia Nerviosa al igual que en la Bulimia Nerviosa se encuentran dos subtipos de pacientes:

Subtipos:

- **Anorexia Nerviosa tipo restrictivo:** restricción de alimentos y/o exceso de ejercicio físico. En este subtipo la pérdida de peso es principalmente causada por el ayuno, ejercicio físico y/o dieta.
- **Anorexia Nerviosa tipo atracones/purgas:** atracones y se llevan a cabo conductas purgativas como enemas, diuréticos, laxantes o vómitos. En el caso de la AN los atracones no suelen llegar al mismo nivel que en la BN, aunque, el sentimiento de descontrol es el mismo.

En el *anexo 4 tabla 4* se pueden observar los criterios diagnósticos de la AN.

2.1.2. Factores de riesgo

Las personas que padecen TCA tienen diferentes factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo, el mantenimiento y la agravación de la enfermedad. Todos ellos terminan ocasionando diversos síntomas entre los que se encuentran los pensamientos negativos y autodestructivos, sentimientos de incompetencia e ineficacia, atribuciones erróneas y

autoacusaciones, ansiedad, dificultades para dormir etc. (Behar A, 2008). En el *anexo 5, Tabla 5* se pueden observar más detenidamente los factores de riesgo y sus características.

2.1.3. Curso, evolución y pronóstico de los TCA

En los Trastornos de Conducta Alimentaria el pronóstico es notablemente más positivo si se diagnostica en los primeros años de enfermedad, específicamente dentro de los 3 años. Por lo tanto, es primordial realizar un diagnóstico precoz, ya que cuanto más tardío es el diagnóstico y su correspondiente tratamiento más probabilidades hay de que se vuelva crónico (Moreno González, Ortiz Viveros, 2009).

Por desgracia, en muchos casos se dificulta este primer paso ya que las personas que padecen de esta enfermedad no son conscientes de ella. En su gran mayoría empieza a ser detectada por los padres, maestros y personas de su entorno a consecuencia de cambios de peso, obsesión con la imagen corporal (*tallas, ropa, espejos, deporte...*), reducción de ingestas, ausencia de menstruación, problemas dentales, etc.

Las consultas suelen iniciarse en médicos de cabecera y nutricionistas que posteriormente acuden a psicólogos y psiquiatras especializados en Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Debido a la complejidad de la enfermedad es de vital importancia el trabajo en equipo de estos cuatro sectores de sanidad, ya que entre todos podrán aplicar las herramientas adecuadas y necesarias para realizar una actuación exitosa (Moreno González, Ortiz Viveros, 2009).

Cuando un TCA se prolonga a 10 años o más, se considera crónico. Las características que se tienen en cuenta para determinar si un paciente padece de cronicidad son las siguientes (Strober, Freeman, & Morrell, 1997): Incapacidad de mantener un normopeso, depresión crónica, obsesividad y dificultades sociales.

En el *anexo 6, Tabla 6* se explica de forma específica trastorno por trastorno su inicio, curso y pronóstico, teniendo en cuenta que estos siempre pueden variar en función de diversos factores personales, ambientales y psicológicos.

2.1.4 Epidemiología

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen una prevalencia que se encuentra alrededor de 2,4 y 12,6% dentro de la población adolescente, estos trastornos se dan con mayor frecuencia entre en el género femenino, en el género masculino también se dan casos pero en menor porcentaje según las diversas investigaciones llevadas a cabo por profesionales.

Los TCA tienen una tasa de mortalidad muy elevada (Dalle Grave, 2011), siendo de 5,86 para la AN, de 1,93 para la BN y de 1,92 para los TANE y TA (Rueda, Guarín, Muñoz & Muñoz, 2008).

Ciertas investigaciones han observado que el diagnóstico del TANE oscila entre el 25 y 60% (Jáuregui-Lobera, 2009).

En el caso del Trastorno por Atracón tiene una prevalencia del 1,6 en el género femenino y del 0,8 en el masculino. Podemos observar que las diferencias entre géneros es mucho más reducida que en la BN y en la AN. Uno de los factores que comparten las personas que padece este TCA es la búsqueda de pérdida de peso (Losada & Zavalía, 2019).

En el caso de la Bulimia Nerviosa se ha observado una disminución de la incidencia, pero aun así tiene respectivamente una prevalencia de entre un 1 y 3% en la población femenina adolescente (Ministerio de sanidad y consume, 2007), (Salaverry, 2012). En la última etapa que se centra a finales de la adolescencia y principios de la edad adulta la prevalencia de la BN aumenta. Cerca del 50% consigue una recuperación total, un 25% una recuperación parcial y un 25% tiende a seguir un curso crónico de la enfermedad (Hay & Mond, 2005). Existen diferentes variables dimensionales epidemiológicas (Papadopoulos, Ekblom, Brandt & Ekselius, 2009):

- Mayor frecuencia de abuso de drogas
- Mayor frecuencia de fobia social y trastornos afectivos
- Falta de autocontrol fomentando la impulsividad
- Probable existencia de labilidad emocional
- Sentimientos de disforia
- Mayor frecuencia de padecer trastornos de personalidad, entre un 25 y 50% de los casos se presenta TLP.

En el caso de la Anorexia Nerviosa habido un aumento dentro del grupo riesgo (*mujeres entre los 15 y 19 años de edad*) encontrándose alrededor del 0.5 y 1% (Ministerio de sanidad y consume, 2007). En el caso de los hombres se encuentra en una décima parte del de las mujeres, siendo por lo tanto menos común. El 75% consiguen una recuperación total en una media de alrededor de 6 años y medio, y un 10% consigue una recuperación parcial (Hay & Mond, 2005).

La AN se produce en mayor proporción en sociedades industriales/modernas donde el atractivo y el aspecto físico están altamente vinculados. Existen diferentes variables dimensionales epidemiológicas (Papadopoulos, Ekblom, Brandt, & Ekselius, 2009):

- Trastornos depresivos en AN de curso crónico
- Aparición de síntomas propios de BN durante su evolución
- Antecedentes purgativos.
- Posible alternancia entre BN y AN.
- Alta prevalencia en conductas obsesivo-compulsivas.
- Familiares de primer grado con mayor grado de padecer TOC.

2.1.5 Tratamiento

Los TCA requieren de tratamientos complejos y multidisciplinarios con el fin de reestablecer los niveles óptimos de salud mental y física. Con tal de poder llegar a estos niveles en muchos casos existe la necesidad de llevar a cabo ingresos hospitalarios y tratamientos ante las patologías asociadas que pueden surgir (Buzón, Luis de Benito. 1999), durante la evaluación inicial del paciente se determinarán las necesidades y el tipo de tratamiento más adecuado entre los que se encuentra el ingreso, el hospital de día o el tratamiento ambulatorio (también llamado consultas externas) (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011). En este primer contacto se realizará (Buzón, Luis de Benito. 1999):

- El historial clínico
- Entrevista con la familia y el paciente, esta puede ser por separado y posteriormente en conjunto.
- Exploración psicológica donde se aplicarán cuestionarios para facilitar la evaluación.

- Examen médico

Solo se plantearía un ingreso hospitalario en el caso de que el paciente presente un riesgo vital, fracaso durante un tratamiento ambulatorio o de Hospital de Día (HD) anterior o por disfunción familiar que no permita la ayuda y el apoyo adecuado y positivo para el/la enfermo/a (Buzón, 1999).

Las terapias cognitivo conductuales son las más utilizadas actualmente para tratar los trastornos de conducta alimentaria, estas terapias reconducen los patrones sanos y trabajan las ideas distorsionadas y erróneas del cuerpo, la comida, las creencias, el peso, etc (Palacios, 2014).

Además, las terapias familiares son un punto clave para el óptimo desarrollo del tratamiento y de su eficacia en todos sus contextos, en muchos casos se extiende más allá de la familia llegando a involucrar al círculo más cercano del paciente (amigos, tíos/as, primos/as...) siempre que se considere necesario (March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza & Pallicer, 2006).

Durante el tratamiento siempre puede surgir la necesidad de introducir fármacos antidepresivos, antipsicóticos o para el insomnio (Buzón, 1999).

Los principales objetivos a tratar durante el proceso terapéutico se pueden resumir en los siguientes puntos: orientación educativa, modificación conductual, modificación cognitiva, adquisición de estrategias y habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas. Estos objetivos se pueden ver más detenidamente en el *anexo 7, Tabla 7* (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011).

Es importante añadir que durante todo el proceso terapéutico los síntomas y necesidades del paciente pueden ir variando siendo necesaria la adaptación de las técnicas e intervenciones. Según la persona va avanzando en el proceso se pueden ir realizando pequeños programas de exposición controlada permitiendo analizar las respuestas e ir adquiriendo nuevas habilidades de afrontamiento, además de favorecer la introspección de los pacientes.

Además, es imprescindible aclarar y concienciar de la existencia del periodo de recaídas, de su posibilidad de surgimiento y de la importancia de

analizarlas para poder obtener información que ayude a mejorar la prevención de estas. Por otro lado, el paciente debe de saber y entender que una recaída no es un fracaso, sino que es parte del proceso de aprendizaje.

2.1.6 Técnicas y terapias

Existen variedad de terapias e intervenciones eficaces a raíz de las últimas investigaciones y modificaciones en el DSM-V. No obstante, es importante llevar a cabo las intervenciones de forma conjunta con otros profesionales de la salud como psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, médicos, etc (Behar, 2008).

Las siguientes técnicas son las más empleadas en Trastornos de la Conducta Alimentaria: Técnicas Cognitivo Conductuales (TCC), Psicoeducación, Mindfulness y Psicofármacos. Estas técnicas se encuentran explicadas detalladamente en el *anexo 8, tabla 8* (Fisher, 2003).

2.1.7 Instrumentos de diagnóstico y recogida de información

Las técnicas más utilizadas para obtener información y contrastarla son entrevistas, observación, cuestionarios/test y examen médico.

Estas técnicas se pueden observar más detalladamente en el *anexo 9 tabla 9*.

2.2. Estigma y exclusión social

El estigma y la exclusión de personas con un trastorno mental independientemente de cual, está a la orden del día. Estos comportamientos y actitudes tienen una repercusión muy negativa hacia la vida personal, profesional, social, familiar... de los enfermos (Fairburn & Harrison, 2003).

En general existen un conjunto de características que se atribuyen continuamente a las personas que padecen un trastorno, algunos de estos rasgos son los siguientes: Fragilidad, negatividad, dependencia, inconstancia, pereza, imprevisibilidad, inexpressión emocional, incapacidad, peligrosidad, agresividad...

Uno de los principales problemas de aplicar este tipo de vocabulario erróneo es que las personas que padecen de un trastorno mental son más

propensas a asumirlos como propios y auto atribuírselos, generando grandes y peligrosos problemas de inseguridad y autoestima (Fairburn & Harrison, 2003).

Profesionalmente y de forma inevitable en muchas ocasiones también se acude a la etiquetación o categorización fomentando que la persona construya su imagen en base a la enfermedad.

Por otro lado, este tipo de atribuciones que se realizan también desarrollan comportamientos discriminatorios reforzando los estereotipos existentes sobre los trastornos mentales (TM) (Fairburn & Harrison, 2003), diferentes ejemplos de discriminación que se pueden observar hacia una persona son los siguientes:

- Estás nervioso/a, ¿ya te has tomado la pastillita?
- No comes para llamar la atención
- No te acerques que está loco
- Esto se soluciona con fuerza de voluntad
- Hoy no le hables que está irascible
- ...

Muchos de este tipo de comentarios son debidos a la incultura y desinformación de los TM, llegando incluso a tratar a las personas con condescendencia y de forma infantil ya que en muchos casos generan pena y se tiende a la sobreprotección.

A raíz de la estigmatización y de la exclusión que se vive, la persona puede desarrollar el estigma anticipado. Esto se da cuando antes de que se produzca el rechazo ya hay un pensamiento o previsión de que sufrirá algún tipo de discriminación llegando a evitar situaciones por miedo, como por ejemplo: hacer actividades o deporte, expresar su opinión en público, socializar, buscar pareja, acudir a servicios de salud, trabajar, independizarse (Fairburn & Harrison, 2003).

Todas estas vivencias al final hacen que cualquier persona que padezca un TM tienda a ocultarlo prolongadamente por vergüenza, miedo, culpa... algo que termina generando un agotamiento mental y físico. Debido a que

se deben de gestionar muchos factores y aspectos que podrían delatarlas y hacer que su problema salga a la luz.

Como se ha mencionado anteriormente, las principales causas de los estereotipos, el etiquetaje y la exclusión son la falta de información y la incultura en el campo de la salud mental, además estas falsas creencias son alimentadas por los medios de comunicación (cine, programas, series...), redes sociales y la dicotomía entre salud física y mental (es mucho más sencillo comprender una fractura de hueso que una depresión) entre otras.

La familia, amistades y el entorno más próximo será un pilar fundamental que ayudará a consolidar nuestra autoimagen positivamente creando importantes factores protectores (Fairburn y Harrison, 2003).

2.3. Red de servicios y centros especializados en Catalunya

En Catalunya se dispone de una amplia red de servicios y recursos basados en las siguientes tres líneas estratégicas: atención especializada en asistencia primaria, hospitalización y rehabilitación. Estos servicios están orientados a la Salud mental y con ellos se ha conseguido fomentar la conciencia y la sensibilización, mejorando así la detección, derivación y tratamiento de las enfermedades.

Según el *Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Catalunya, 2010* existen 639 servicios que ofrecen atención a la salud mental. Entre estos servicios encontramos: hospitales de día de adultos, centros de día/servicios de rehabilitación comunitaria de adultos, centros de salud mental de adultos, unidades de adultos graves, servicios de consultas externas, unidades específicas de urgencias para trastornos mentales, unidades de crisis infantil, hospitales de día infantojuveniles, centros infantojuveniles, consultas externas infantojuveniles, unidades específicas de trastornos de la conducta alimentaria, servicios específicos de atención al trastorno límite de personalidad, servicios de atención a patología dual (Harris y Barraclough, 1998).

Se han seleccionado diferentes servicios y asociaciones orientados al tratamiento y prevención de los TCA que se encuentran en el *Anexo 10* dentro

de la *propuesta preventiva de trastornos de la conducta alimentaria en educación secundaria*.

2.4. Programas de prevención y detección precoz

Los trastornos de la conducta alimentaria se dan mayoritariamente en adolescentes y mujeres jóvenes, existen una gran variedad de estudios que demuestran diversas limitaciones metodológicas y por lo tanto es imprescindible encontrar y analizar los factores de riesgo y los factores protectores que favorecen pausar el curso de la enfermedad (Gil Vega & Gómez López, 2016).

Por lo tanto, la aplicación de actividades preventivas con el fin de conseguir una detección precoz e incluso una concienciación de dicha enfermedad ayudará a las personas a desarrollar habilidades de afrontamiento y a disminuir los factores de riesgo, además de mejorar el pronóstico identificando los diferentes signos de alerta y síntomas (March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza, & Pallicer, 2006).

Existen tres grandes bloques dentro de los programas de prevención:

- Prevención primaria dedicada a la educación para la salud donde se realizan intervenciones psicoeducativas, trabajo en los medios, intervenciones centradas en fortalecer los factores protectores y activismo social y político.
- Prevención secundaria dedicada a intentar detectar la enfermedad precozmente llevando a cabo diversas intervenciones de actividades de diagnóstico y de tratamiento intensivo.
- Prevención terciaria dedicada a la rehabilitación del trastorno (March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, Cabeza, & Pallicer, 2006).

Además, como apunta la OMS, también se llevan a cabo diferentes programas de prevención según la población de interés:

- Programas de prevención universal, más orientada al sector de la educación entre los 12 y los 16 años de edad.
- Programas de prevención selectiva, más orientada a una población considerada con más probabilidades de estar en contacto con factores de riesgo (atletas, modelos, estudiantes de cocina...)

- Programas de prevención indicada, más orientada a una población con hábitos alimenticios erróneos y que padecen conductas de riesgo (Gil Vega & Gómez López, 2016).

3. OBJETIVOS

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria cada vez son más visibles y empiezan a hacer eco en la sociedad. Los chicos y chicas cada vez padecen este trastorno de forma más prematura, siendo la adolescencia una etapa de riesgo. Por este motivo el objetivo principal del trabajo es:

- Evaluar y observar el riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria a partir de la aplicación del test EAT-26 y del cuestionario BSQ en una población de 12 a 16 años de edad.

Los objetivos específicos que ayudarán a profundizar en el objetivo principal son:

- Evaluar la prevalencia de adolescentes que padecen conductas sintomatológicas de TCA.
- Evaluar la prevalencia de adultos que padecen conductas sintomatológicas de TCA.
- Evaluar el porcentaje de participantes que conocen los Trastornos de Conducta Alimentaria y sus consecuencias.
- Evaluar el nivel de sintomatología de riesgo de la muestra.
- Crear una propuesta de prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria dirigida a Educación Secundaria donde a través de actividades se trabajen aspectos vinculados al bienestar físico y emocional.

Las hipótesis planteadas son las siguientes:

- Se espera observar diferencias significativas del riesgo de padecer TCA en función de la edad, siendo de más riesgo en edades prematuras.
- Se espera que la sintomatología en trastornos de la conducta alimentaria sea mayor en adolescentes de 12 a 16 años.
- Se espera que la muestra haya recibido formación sobre salud mental y TCA.

- Los adultos que presentan sintomatología la desarrollaron durante su infancia-adolescencia.

4. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el estudio sobre el riesgo de padecer TCA dentro de una franja de edad de riesgo y las consecuencias de una falta de educación sobre la salud mental (específicamente sobre los TCA), se han aplicado dos test y dos cuestionarios a niños y niñas de entre 12 y 16 años de edad y a mayores de 16 años de edad.

A través del estudio se pretende llevar a cabo una concienciación, probablemente indirecta, en los participantes sobre sus conductas y cogniciones, con el fin de poder generar pensamientos y preguntas sobre si sus hábitos alimentarios y conductuales pueden ser un riesgo a su salud a largo plazo.

Instrumentos

Para esta investigación se ha creado un Cuestionario sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Las características de este cuestionario son:

- Ítems: 9
- Tiempo de aplicación: 5 minutos
- Objetivo: recogida de datos sobre el conocimiento que los participantes tienen del TCA.

Posteriormente, se han utilizado dos test, el *Eating Attitudes- Test 26* (EAT-26) y el *Body Shape Questionnaire* (BSQ) para evaluar el riesgo de TCA en dos poblaciones (12-16 años de edad y mayores de 16 años de edad).

- El cuestionario EAT- 26 se adaptó a población española, cuyos autores son Castro J, Toro J, Salmero M, Guimera E. (1991). (Bautista Castaño & Serra Majem, 2015):

Tabla 10

Cuestionario EAT- 26 adaptación española

CARACTERÍSTICAS EAT-26

| | |
|-------|----|
| Ítems | 26 |
|-------|----|

| | |
|-----------------------|---|
| Tiempo de aplicación | 10-15 minutos |
| Objetivo | Detectar personas con riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria. |
| Aplicación | Screening. |
| Población | Jóvenes y Adolescentes. |
| Subescalas | Dieta, preocupación por la comida-bulimia y control oral. |
| Medidas | Escala Likert de 6 grados (Siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, casi nunca y nunca). |
| Calificación | <p><u>Nunca</u>, <u>casi nunca</u> y <u>a veces</u> se califican con "0".</p> <p><u>Siempre</u> se califica con "3"</p> <p><u>Casi siempre</u> se califica con "2"</p> <p><u>Frecuentemente</u> se califica con "1"</p> <p>• <i>La pregunta 25 se puntúa a la inversa</i></p> |
| Evaluación y análisis | Se debe realizar la suma de los valores de cada ítem. Toda puntuación superior a 20 es considerada de riesgo. |
| Criterios de calidad | Sensibilidad: 91% |

Especificidad: 69% para un punto de corte de 20.

Consistencia interna: $\alpha = 0.93$

Validez: $r = 0,63$

- El cuestionario BSQ fue adaptado a población española, cuyos autores son Raich, R. M^a-; Mora, M.; Soler, A.; Ávila, C.; Clos, I. Y Zapater, I. (1996). (Bautista Castaño & Serra Majem, 2015):

- **Tabla 11**

Cuestionario BSQ adaptación española

CARACTERISTICAS BSQ

| | |
|----------------------|---|
| Ítems | 34 |
| Tiempo de aplicación | 10-20 minutos |
| Objetivo | Medir la preocupación por el peso, la imagen corporal y la insatisfacción del propio cuerpo. |
| Aplicación | Screening y post-tratamiento.. |
| Población | Adolescentes y adultos. |
| Subescalas | Los ítems pueden ser divididos en 5 factores: Preocupación por el peso, preocupación por aspectos antiestéticos de la obesidad, insatisfacción y preocupación corporal general, insatisfacción |

corporal respecto a la parte inferior del cuerpo y por último empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal.

| | |
|-----------------------|---|
| Medidas | Escala Likert de 6 grados (Siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, casi nunca y nunca). |
| Calificación | <u>Siempre</u> se califican con "6". <u>Casi siempre</u> se califica con "5" <u>Frecuentemente</u> se califica con "4" <u>A veces</u> se califica con "3" <u>Casi nunca</u> se califica con "2" <u>Nunca</u> se califica con "1" |
| Evaluación y análisis | Se debe realizar la suma de los valores de cada ítem. Toda puntuación superior a 105 es considerada de riesgo. |
| Criterios de calidad | Consistencia interna: <i>alfa</i> = 0.93 a 0.97 en población no clínica. Validez: oscila entre $r=0,61$ y 0.81. |

Por último, se ha administrado un breve cuestionario propio de historial sintomatológico.

- Ítems: 7
- Tiempo de aplicación: 5 minutos

- Objetivo: recoger datos sobre la existencia de una sintomatología previa al momento actual.

Participantes

La muestra total consta de 200 participantes de diferentes provincias de Catalunya divididos en dos grupos según la edad: 12-16 años (n=100) y 16-40 años (n=100).

Del total de la muestra un 50% son adolescentes entre 12-16 años y un 50% son jóvenes-Adultos entre 16 y 50 años.

Un 86% pertenecen al género femenino y el 14% pertenecen al género masculino.

De los 200 participantes un 63% pertenece a la provincia de Barcelona, un 10% a la provincia de Lleida, un 6% a la provincia de Gerona y un 21% a la provincia de Tarragona.

En el *anexo 11, tabla 12* se muestran los resultados de la variable sociodemográfica "sexo" y en la *tabla 13* la variable sociodemográfica "provincia" de ambos grupos de participantes.

Procedimiento/Aplicación

La aplicación de los test se ha llevado a cabo a través de la herramienta de Formularios de Google.

Dentro del formulario se encuentran los siguientes apartados:

- Explicación del formulario y contacto.
- Breve explicación de los Trastornos de la conducta alimentaria.
- Breve explicación de los test que se realizarán.
- Consentimiento informado.
- Datos demográficos de los participantes (sexo, edad y provincia).
- Cuestionario informativo sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria
- *Eating Attitudes- Test 26 (EAT-26)*
- *Body Shape Questionnaire (BSQ)*
- Cuestionario de historial sintomatológico en adultos.

A través de aquí los participantes de la comunidad catalana han realizado los test y cuestionarios con la previa información y contextualización del fin de los resultados y la aceptación del consentimiento informado.

El cuestionario ha sido difundido a través de redes sociales (*instagram, Facebook, whatsapp...*) y conocidos que se lo han pasado a hijos, sobrinos, nietos, amigos, etc.

Además, a través de contactar con un colegio de Badalona (*INS Enric Borrás*), se le ha ofrecido información sobre el contenido del trabajo y de los cuestionarios decidiendo así participar en la investigación. Posteriormente se ha firmado la autorización de recogida de datos.

Véase la autorización de recogida de datos en *anexo 12*.

Véase el formulario de Google completo en el *anexo 13*.

Análisis estadístico

Se estudiaron los datos de la muestra mediante el análisis de estadísticos descriptivos y de frecuencias, se utilizó la prueba T de Student para determinar si hay una diferencia significativa entre las medias de dos grupos, la prueba de Levene para evaluar la igualdad de las varianzas para una variable calculada para dos o más grupos (homogeneidad). Además, se realizó la prueba de Khi cuadrado para la variable dicotómica "sexo".

Los datos obtenidos se analizaron a través del SPSS.

El nivel de significación establecido es de $p < 0.05$

Resultados

Resultados del test EAT-26

En el test EAT-26 toda puntuación superior a 20 es considerada de riesgo. Se puede observar en la tabla 18 que un 36% de los participantes ha obtenido una puntuación superior a 20, y un 64% una puntuación inferior a 20.

Tabla 18

Resultados del test EAT-26

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------------------|------------|------------|
| Válido | ,00 ^a | 128 | 64,0 |
| | 1,00 ^b | 72 | 36,0 |
| | Total | 200 | 100 |

Nota. ^a ,00 participantes que no son de riesgo (puntuación inferior a 20),

^b 1,00 participantes de riesgo (puntuación superior a 20).

Resultados del test BSQ

En el test BSQ toda puntuación superior a 105 es considerada de riesgo. Se puede observar en la tabla 19 que un 57.5% de los participantes ha obtenido una puntuación superior a 105, y un 42.5% una puntuación inferior a 105.

Tabla 19

Resultados del test BSQ

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------------------|------------|------------|
| Válido | ,00 ^a | 85 | 42,5 |
| | 1,00 ^b | 115 | 57,5 |
| | Total | 200 | 100 |

Nota. ^a ,00 participantes que no son de riesgo (puntuación inferior a 105),

^b 1,00 participantes de riesgo (puntuación superior a 105).

Resultados del cuestionario informativo

Un 78% dice saber que es un TCA, un 15,5% dice no estar seguro y un 6,5% dice no saber que es un TCA.

El 91,5% de la muestra dice no haber recibido educación sobre los TCA y en la figura 3 un 90,5% dice no haber recibido educación sobre Salud Mental.

El 10,5% de la muestra considera que los TCA se dan en mujeres, mientras que el 89,5% dice darse en ambos sexos.

El 15,5% de la muestra dice conocer las consecuencias de los TCA, mientras que el 77,5% y 7% dicen no saberlas o no estar seguros de ellas.

El 57% de la muestra considera que los TCA no son una enfermedad pasajera, mientras que un 9,5% si lo cree y un 33,5% dice no estar seguro.

El 72,5% de la muestra no considera que los TCA se solucionan obligando a comer a los enfermos/as, el 10% considera que si es la solución y un 17,5% dice no estar seguro.

El 82% de la muestra cree saber que los TCA son enfermedades graves, el 7% considera que no son enfermedades graves y el 11% dice no estar seguro.

El 88% de la muestra cree que las personas con TCA siempre tienen una apariencia extremadamente delgada.

Figura 1

Cuestionario informativo

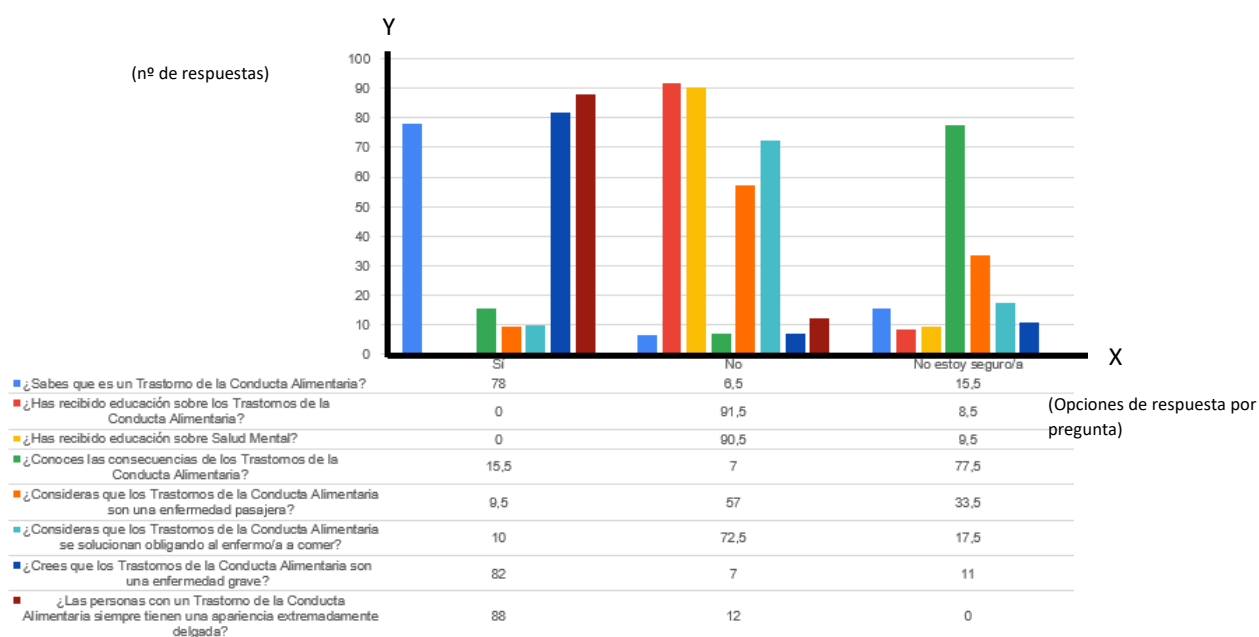
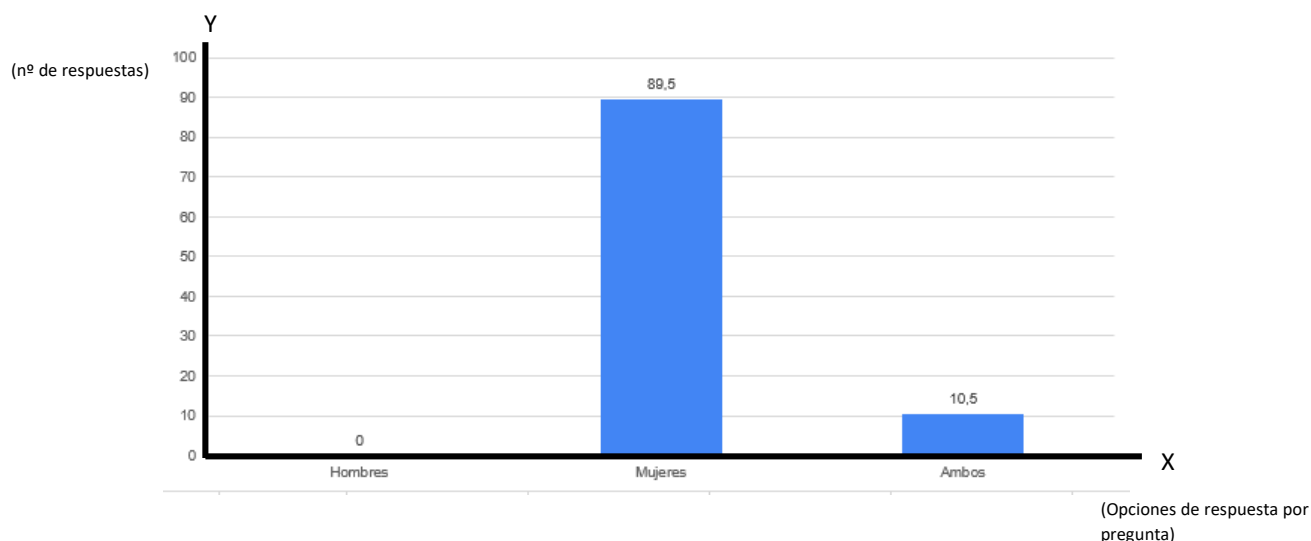


Figura 2

Cuestionario informativo "Disfruto probando nuevas comidas apetitosas"



Resultados del cuestionario de sintomatología en jóvenes - adultos

Este cuestionario se lleva a cabo con el fin de posteriormente observar si los jóvenes adultos que han dado una puntuación alta en los test padecen la sintomatología desde la adolescencia.

Un 56% de la muestra dice que su autoestima se ha visto afectada desde siempre, un 15% desde hace poco y un 29% desde nunca.

El 63% de la muestra dice hacer deporte con el objetivo de no engordado o bajar de peso desde siempre, el 16% desde hace poco y el 21% desde nunca.

El 51% de la muestra dice sentir vergüenza por su cuerpo desde siempre, el 20% desde hace poco y el 29% desde nunca.

El 54% de la muestra dice sentirse preocupado por la forma de su cuerpo desde siempre, el 18% desde hace poco y el 28% desde nunca.

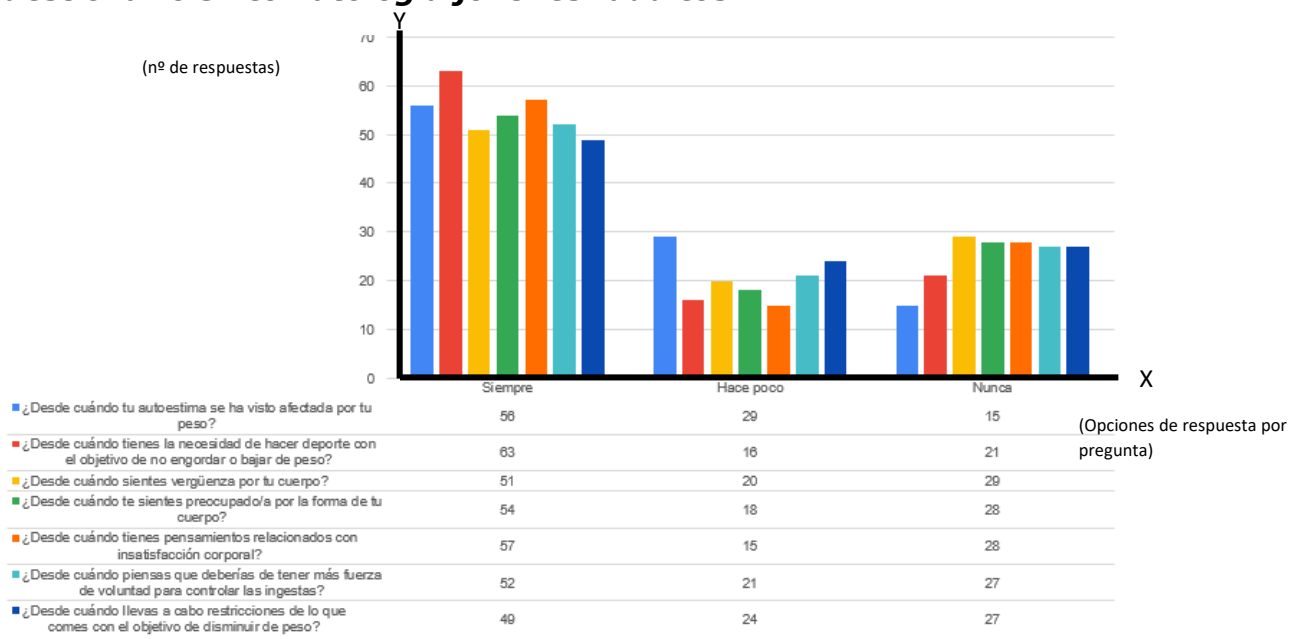
El 57% de la muestra considera que tiene pensamientos relacionados con la insatisfacción corporal desde siempre, el 15% desde hace poco y el 28% desde nunca.

El 52% de la muestra piensa que debería tener más fuerza de voluntad para controlar las ingestas, el 21% desde hace poco y el 27% desde nunca.

El 49% de la muestra realiza restricción con el objetivo de bajar de peso desde siempre, el 24% desde hace poco y el 27% desde nunca.

Figura 3

Cuestionario sintomatología jóvenes- adultos



Valoración del riesgo de padecer TCA

Para poder evaluar las posibles diferencias entre los dos grupos de edad ante el riesgo de padecer TCA se realizaron dos test EAT-26 y BSQ. Los datos obtenidos se analizaron a través de la prueba T de Student para muestras independientes. Los datos obtenidos se muestran a continuación.

En la variable EAT-26 el grupo de 12-16 años tiene una media ligeramente superior al grupo de + 16 (tabla 20).

En la prueba de Levene se observa una significación <0.05 (p=,005) rechazando la H⁰ y por lo tanto no se asume la igualdad de varianzas (tabla 21). En la prueba T de Student se observa una significación >0.05 (p =644) aceptando la H⁰ (tabla 21).

Se puede decir que en la variable EAT-26 no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al riesgo de padecer TCA en función de la edad.

En la variable BSQ el grupo 12-16 tiene una media significativamente inferior al grupo de +16 (tabla 20).

En la prueba de Levene se observa una significación >0.05 ($p=0.097$) aceptando la H^0 y asumiendo la igualdad de varianzas (tabla 21). En la prueba T de Student se observa una significación <0.05 ($p=0.029$) rechazando la H^0 (tabla 21).

Se puede decir que en la variable BSQ hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al riesgo de padecer TCA en función de la edad.

Tabla 20

Estadísticas de grupo

| | Edad | N | Media | Desviación estándar |
|--------|-------|-----|--------|---------------------|
| EAT-26 | 12-16 | 100 | 17,51 | 16,163 |
| | +16 | 100 | 16,61 | 10,806 |
| BSQ | 12-16 | 100 | 105,19 | 47,158 |
| | +16 | 100 | 118,90 | 40,497 |

Tabla 21

Prueba de muestras independientes

| | | Prueba de Levene de igualdad de varianzas | | de prueba T para la igualdad de medias | | | |
|--------|--------------------------------|---|-------|--|---------|-----------------|--|
| | | F | Sig | t | gl | Sig (bilateral) | |
| EAT-26 | Se asumen varianzas iguales | 8.053 | 0.005 | 0,463 | 198 | 0,644 | |
| | No se asumen varianzas iguales | | | 0,463 | 172,763 | 0,644 | |

| | | | | | | |
|-----|--------------------------------|-------|-------|--------|---------|-------|
| BSQ | Se asumen varianzas iguales | 2.777 | 0.097 | -2.026 | 198 | 0,029 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | -2.026 | 193,579 | 0,029 |

Análisis de relación entre EAT-26 y BSQ

Para poder analizar la posible relación de la clasificación de riesgo/no riesgo entre el EAT-26 y BSQ se realiza la prueba de chi-cuadrado. Los datos obtenidos se muestran en la tabla 22 y tabla 23.

En la prueba de Chi Cuadrado se observa una significación < 0.05 ($p=,001$), por lo tanto, existe una relación estadísticamente significativa entre la consideración de personas de riesgo por el EAT-26 y la consideración de personas de riesgo por el BSQ. Es decir, la clasificación que hacen ambos test como riesgo/no riesgo, está relacionada estadísticamente tabla 22.

Tabla 22

Prueba de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación exacta (bilateral) | Significación exacta (unilateral) |
|---------------------------|--------|----|----------------------------------|-----------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 49,460 | 1 | | |
| Corrección de continuidad | 47,387 | 1 | | |
| Razón de verosimilitud | 55,544 | 1 | | |

| | | | | |
|------------------------------|--------|---|-------|-------|
| Prueba exacta de Fisher | | 1 | <.001 | <.001 |
| Asociación lineal por lineal | 49,213 | 1 | | |
| N de casos validos | 200 | | | |

En la tabla 23 se puede observar que 65 participantes son clasificados como de riesgo en ambos test, 78 participantes son clasificados como de no riesgo para ambos test y 50 participantes son considerados de riesgo para el BSQ pero son considerados de no riesgo para el EAT-26. También se puede ver que el BSQ encuentra más personas de riesgo (115) que el EAT-26 (72), es más probable superar el punto de corte del BSQ que el del EAT-26.

**Se observa cierta discrepancia entre los dos cuestionarios ya que en el BSQ hay más sujetos clasificados como de riesgo que en el EAT-26.*

Tabla 23

Tabla cruzada eatdicotomico*bsqdicotomico

| | | bsqdicotomico | | | |
|---------------|-----|---------------------------|------------------|-------------------|--------|
| | | Valor | ,00 ^a | 1,00 ^b | Total |
| eatdicotomico | ,00 | Recuento | 78 | 50 | 128 |
| | | % dentro de eatdicotomico | 60,9% | 39,1% | 100,0% |
| 1,00 | | Recuento | 7 | 65 | 72 |
| | | % dentro de eatdicotomico | 9,7% | 90,3% | 100,0% |

| | | | | |
|-------|---------------|-------|-------|--------|
| | % dentro de | 8,2% | 56,5% | 36,0% |
| | bsqdicotomico | | | |
| Total | Recuento | 85 | 115 | 200 |
| | % dentro de | 42,5% | 57,5% | 100,0% |
| | eatdicotomico | | | |
| | % dentro de | 100,0 | 100,0 | 100,0% |
| | bsqdicotomico | % | % | |

Nota. ^a ,00 participantes que no son de riesgo (puntuación inferior a 20),

^b 1,00 participantes de riesgo (puntuación superior a 20).

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para dar paso a las conclusiones se exponen resumidamente los objetivos a tener en cuenta del estudio:

- Evaluar la prevalencia de adolescentes que padecen conductas sintomatológicas de TCA.
- Evaluar la prevalencia de adultos que padecen conductas sintomatológicas de TCA.
- Evaluar el porcentaje de participantes que conocen los Trastornos de Conducta Alimentaria y sus consecuencias.
- Evaluar el nivel de sintomatología de riesgo de la muestra.
- Crear una propuesta de prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria dirigida a Educación Secundaria donde a través de actividades se trabajen aspectos vinculados al bienestar físico y emocional.

En los datos y resultados obtenidos se puede observar que un 36 % de los participantes según el EAT-26 es considerado de riesgo y según el BSQ un 57.5%, rechazándose la hipótesis "Se espera que la sintomatología en trastornos de la conducta alimentaria sea mayor en adolescentes de 12 a 16 años."

Se puede observar una diferencia significativa entre ambos test, esto puede ser debido a que el EAT-26 va más orientado a dietas, preocupación por la comida-bulimia y control oral, y el BSQ va más orientado a la insatisfacción corporal. Por lo tanto, nos encontramos con parte de la muestra que tiene un

claro riesgo de padecer TCA ya que han obtenido una puntuación alta en uno de los dos cuestionarios.

En la prueba de T de Student se puede observar que en la variable EAT-26 no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al riesgo de padecer TCA en función de la edad, en cambio en la variable BSQ sí que se observan diferencias estadísticamente significativas.

Podemos pensar que esto se debe a la diferencia del contenido de los cuestionarios como bien se ha mencionado anteriormente, por lo tanto, en cuanto a la hipótesis "Se espera observar diferencias significativas del riesgo de padecer TCA en función de la edad" podemos decir que se observan diferencias significativas en cuanto a una clara insatisfacción corporal (BSQ) pero no en cuanto a dietas, preocupación por la comida-bulimia y control oral (EAT-26).

En cuanto a la hipótesis "Se espera que la muestra haya recibido formación sobre salud mental y TCA." se observa claramente que más del 50% no ha recibido formación o no lo recuerda, rechazándose de esta manera la hipótesis. Es probable que las personas que conocen los TCA sean participantes con una salud mental precaria o que se encuentren próximas a personas con una salud mental débil y por lo tanto recuerden más la formación o la hayan buscado, puntuando alto en uno de los dos test.

Por otro lado, se ve claramente que gran parte de la muestra de adultos iniciaron su sintomatología siendo adolescentes, respondiendo así a la siguiente hipótesis "Los adultos que presentan sintomatología la desarrollaron durante su infancia-adolescencia". Esto hace pensar que si hubiésemos podido conseguir una muestra representativa de la población probablemente se hubiese observado una diferencia significativa en cuanto al riesgo de padecer TCA según la edad.

En anteriores estudios Peláez-Fernández, Labrador y Raich (2007) observaron que en una muestra de 1.545 personas de ambos sexos había una prevalencia del 3.43% de TCA (*mujeres con prevalencia del 5.34% y hombres con una prevalencia del 0.64%*).

Por otro lado, Arrufat (2006) hizo un estudio de 2.280 adolescentes donde la tasa de prevalencia de TCA fue de un 1.9% (*en mujeres un 3.49% y en hombres un 0.27%*).

Por lo tanto podemos observar que las cifras de prevalencias obtenidas en diferentes estudios epidemiológicos se encuentran en torno al 1-3% de la población adolescente.

En nuestro estudio aplicado a una muestra de 200 personas se puede observar una tasa de prevalencia global en ambos test del 0.93% clasificados como de riesgo, en el EAT-26 del 0.36% y en el BSQ del 0.28%.

Es importante añadir que con una muestra más representativa de la población se hubiesen podido observar diferencias significativas en la mayoría de hipótesis, dado que es una muestra relativamente pequeña y no homogénea.

5.1. LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Han surgido limitaciones a la hora de llevar a cabo el estudio, debido a la situación actual que vivimos no se ha podido transmitir el cuestionario tan masivamente como se pretendía. Esto ha dado lugar a no observar diferencias de grupo en la muestra.

Por otro lado, muchos institutos se han negado a divulgar entre sus alumnos el cuestionario por tratarse de un tema sensible e inapropiado, e incluso en algún caso se ha hecho referencia a cuestiones ideológicas en cuanto al idioma.

Además, se contaba con la participación de un instituto de Badalona, del cual solo se han recibido 4 cuestionarios realizados, aun así durante el estudio se hace referencia a su participación y en el *anexo 6* se puede encontrar la autorización de recogida de datos.

Para último, con el fin de poder realizar el estudio el cuestionario se terminó divulgando por redes sociales, grupos de madres y padres, grupos de adolescentes, amigos, conocidos, familia... consiguiendo un total de 200 muestras y obteniendo los siguientes resultados: No se han observado diferencias significativas sintomatológicas en cuanto a edad, más del 50% de la muestra no ha recibido información sobre salud mental y TCA y gran parte

de la muestra de adultos iniciaron sintomatología durante su infancia-adolescencia.

7.REFERENCIAS

1. Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. (2013). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Protocolo AEPED. Capítulo, 7.
2. American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
3. Amores, B. M. (2018). *Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa*. *Informació psicològica*, (116), 79-94.
4. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). *Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies*. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.
5. Ayensa, J. I. B., Grima, F. G., & Landívar, E. G. (2002). *Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 439-450.
6. Baldares, M. J. V. (2013). *Trastornos de la conducta alimentaria*. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482.
7. Bautista Castaño, I., & Serra Majem, L. (2015). *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria*. *Nutrición hospitalaria*, 31(5), 2283-2288.
8. Beato Fernández, L., & Rodríguez Cano, T. (2003). *El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA)*. Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas españolas de psiquiatría*, 31(3), 111-119.
9. Behar A, Rosa. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria*. *Revista médica de Chile*, 136(12), 1589-1598
10. Behar, R. (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta*

- para la atención primaria. Revista médica de Chile, 136(12), 1589-1598.*
11. Buzón, Luis de Benito (1999), *Guía de recursos de atención a los trastornos alimentarios.* 87-92. Injuve. <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista47Gu%C3%ADa%20de%20recursos.pdf>
 12. Camprubi Reverte, Maria Lourdes. (2020). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia i bulímia nerviosa* [Power Point]
 13. Canal Salud (2020). *Trastornos de la conducta alimentaria (TCA),* On adreçar-vos de https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-az/t/trastorns_conducta_alimentaria/on-adreçar-vos/#bloc1
 14. Carolina, L. G., & Janet, T. (2011). *Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo.* Revista Médica Clínica Las Condes, 22(1), 85-97.
 15. Constaín, G. A., Ramírez, C. R., de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, M., Gómez, M. Á., Múnera, C. M., & Acosta, C. A. (2014). *Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia.* Atención Primaria, 46(6), 283-289.
 16. Dalle Grave, R. (2011). *Eating disorders: progress and challenges.* European Journal of Internal Medicine, 22(2), 153-160.
 17. del Barrio, J. A. G. (2009). *Convivir con los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y trastorno por atracones.* Ed. Médica Panamericana.
 18. Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2007). *Thinking afresh about the classification of eating disorders.* International Journal of Eating Disorders, 40(S3), S107–S110.
 19. Fairburn, C. G. y Harrison, P. J. (2003). *Eating disorders.* The Lancet, 361(9355), 407 - 416.
 20. Fisher, M. (2003). *The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review.* Adolescent Medicine Clinics, 14(1), 149.
 21. Generalitat de Catalunya (2013) *Atlas integral de los servicios de atención a la salud mental de Cataluña, 2010.*

22. Gil Vega, L., & Gómez López, N. (2016). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: prevención primaria, detección precoz y papel enfermero* (Bachelor's thesis).
23. Gómez, M. T., Bustamante, R., & Jódar, R. D. A. (2014). *Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado*. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 1(1), 7-16.
24. Harris, E. C. y Barraclough, B. (1998). *Excess mortality of mental disorder*. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 11-53.
25. Hay, P. J., & Mond, J. (2005). *How to 'count the cost' and measure burden? A review of health-related quality of life in people with eating disorders*. *Journal of Mental Health*, 14(6), 539-552.
26. Jáuregui-Lobera, I. (2009). *Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria*. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (10), 1087-1100.
27. Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). *Update on course and outcome in eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204.
28. Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). *The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States*. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 115-129.
29. Kupfer, D. J., Kuhl, E. A. y Regier, D. A. (2013). *DSM-5-the future arrived*. *JAMA*, 309(16), 1691-2
30. Lechuga, L., & Gamiz, N. (2005). *Tratamiento psicológico de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Aproximación cognitivo conductual*. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (2), 142-157.
31. Losada, A. V., & Zavalía, C. (2019). *Programa psicoeducativo en trastornos de la conducta alimentaria*. *Revista Alternativas en Psicología*, 41, 131-146.
32. Marcel Balasch, Aleix Causa, Mireia Faucha, Jon Casado (2016). *El estigma y la discriminación en salud mental en cataluña*
33. March, J. C., Suess, A., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Nebot, M., Cabeza, E., & Pallicer, A. (2006). *Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención*

- y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-12.
34. Marín, B. (2002). *Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes*. *Revista chilena de nutrición*, 29(2), 86-91.
35. Méndez, J. P., Vázquez-Velazquez, V., & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del hospital infantil de México*, 65(6), 579-592.
36. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. De https://www.msbs.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est13.pdf.pdf
37. Moreno González, M. A., & Ortiz Viveros, G. R. (2009). *Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes*. *Terapia psicológica*, 27(2), 181-190.
38. Nielsen, S., Møller-Madsen, S., Isager, T., Jørgensen, J., Pagsberg, K., & Theander, S. (1998). *Standardized mortality in eating disorders—a quantitative summary of previously published and new evidence*. *Journal of psychosomatic research*, 44(3-4), 413-434.
39. Palacios, A. G. (2014). *El trastorno por atracón en el DSM-5*. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 70-74.
40. Papadopoulos, F. C., Ekblom, A., Brandt, L., & Ekselius, L. (2009). *Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa*. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 10-17.
41. *Previniendo los trastornos mentales: trastornos alimenticios. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2004.p. 45-47.
42. Puentes, M. S. (2005). *La bulimia nerviosa y sus subtipos*. *Diversitas*, 1(1), 79-87.
43. Reas, D. L., Williamson, D. A., Martin, C. K., & Zucker, N. L. (2000). *Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term*

- follow-up study*. International Journal of Eating Disorders, 27(4), 428-434.
44. Rueda, J. G., Guarín, M. R., Muñoz, F., & Muñoz, V. P. (2008). *Aversión a los alimentos en la infancia: ¿ fobia, obsesión o trastornos del comportamiento alimentario no especificado?*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 37(3), 355-364.
45. Ruiz Fuentes, S. (2015). *Mindfulness y estilos de ingesta en la población con Trastornos de la Conducta Alimentaria*.
46. Salaverry, O. (2012). *La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental*.
47. Sanjurjo Castela, G., & Paz Ranz, S. D. (2013). *Acerca de Pinel, el hospital de Zaragoza y la terapia ocupacional*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33(117), 81-94.
48. Steinhausen, H.C. (2002). *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. American Journal of Psychiatry, 159, 1284-1293.
49. Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). *The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study*. International Journal of Eating Disorders, 22(4), 339-360.
50. Urrego, D. Z., & Cocoma, J. C. (1999). *Por la salud mental*. Revista de salud pública, 1(1), 58-67.
51. Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). *El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5*. Revista mexicana de trastornos alimentarios, 6(2), 108-120.

8. ANEXOS

ANEXO 1. Criterios diagnósticos del Trastorno de la Conducta alimentaria no Especificado.

Tabla 1

Criterios diagnósticos del Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE)

| Criterios diagnósticos | |
|------------------------|---|
| TANE | <p>Según como dicta y se observa en el DSM-5 el TANE se aplica a:</p> <p><i>Presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente</i></p> |

información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias) ^a.

Notas: ^a Behar A (2008).

ANEXO 2. Criterios diagnósticos del Trastorno por atracón

Tabla 2

Criterios diagnósticos del Trastorno por atracón

Criterios diagnósticos

| | |
|-----------------------|---|
| Trastorno por atracón | <p>A. Episodios recurrentes de atracones (ingesta en un periodo determinado, ingesta superior a la necesaria, sensación de pérdida de control sobre la ingesta).</p> <p>B. Episodios asociados a tres o más de los siguientes hechos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Comer mucho más rápido de lo normal.2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.3. Comer grandes cantidades sin sentir hambre.4. Comer solo debido a la vergüenza por las cantidades.5. Sentirse deprimido, avergonzado o disgustado. <p>C. Malestar intenso ante los atracones.</p> <p>D. Se producen atracones al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>El atracón no se asocia con la presencia de un comportamiento compensatorio inadecuado^a.</p> |
|-----------------------|---|

Notas: ^a Behar A (2008).

ANEXO 3. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa

Tabla 3

Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa (BN)

| Criterios diagnósticos | |
|------------------------|---|
| BN | Los criterios diagnósticos citados por el DSM-5 son los siguientes: <ul style="list-style-type: none">A. Episodios recurrentes de atraconesB. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentesC. Los atracones y los comportamientos se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres mesesD. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal^a. |

Notas: ^a Behar A (2008).

ANEXO 4. Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa

Tabla 4

Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa (AN)

| Criterios diagnósticos | |
|------------------------|---|
| AN | Los criterios diagnósticos citados por el DSM-5 son los siguientes: <ul style="list-style-type: none">A. Restricción de la ingesta necesaria para la persona.B. Miedo intenso a ganar peso |

-
- C. Alteración en la percepción de uno mismo en relación al peso o constitución o falta de reconocimiento del bajo peso actual.
- Tipo restrictivo: en los tres últimos meses no ha habido episodios recurrentes de atracones o purgas.
 - Tipo atracones/purgas: en los tres últimos meses ha habido episodios recurrentes de atracones o purgas. ^a.

Notas: ^a Behar A (2008).

ANEXO 5. Factores de riesgo Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla 5:

Factores de riesgo Trastornos de la Conducta Alimentaria

| Tipos de factores de Riesco | Características |
|------------------------------------|------------------------|
|------------------------------------|------------------------|

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Temperamentales y conductuales | <ul style="list-style-type: none">- Rasgos obsesivos ^a.- Ansiedad y depresión generalizada en la infancia^a.- Necesidad de control y perfeccionismo (<i>ya sea académicamente como laboralmente, socialmente o personalmente</i>) ^b.- Influencia de la alimentación y el peso en el estado emocional ^b.- Baja autoestima ^b.- Escasas habilidades sociales ^c. |
|---------------------------------------|--|
-

| | |
|---------------------------------|---|
| Ambientales | <ul style="list-style-type: none"> - Entornos que valora positivamente la delgadez (<i>deportes, modelos, bailarines, anuncios, redes sociales...</i>)^a. - Ideales de belleza de la sociedad actual ^a. - Personas que han sufrido abusos sexuales y/o físicos ^a. - Contexto familiar y social (<i>relaciones, hábitos creencias...</i>) cierto tipo de organización y funcionamiento familiar pueden llevar a la aparición y/o mantenimiento de los TCA. ^d. - Haber padecido o padecer afecto negativo y falta de refuerzos positivos. ^c. |
| Cultura | <ul style="list-style-type: none"> - Más prevalencia en países industrializados ^a. - Cultura alimentación y malas asociaciones con la comida (<i>regala-chocolate, estado de ánimo bajo-comida basura etc.</i>) ^c. - Pertenecer al género femenino ^c. |
| Genéticos y fisiológicos | <ul style="list-style-type: none"> - Familiares de primer grado que padecen o han padecido el trastorno ^a. - Pubertad ^c. - Asociación con otros trastornos psiquiátricos como son: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias ^c. |

Nota. ^a Fisher (2003). ^b Baldares (2013). ^c Behar A (2008). ^d Vázquez Arévalo, López Aguilar, Ocampo Tellez-Girón & Mancilla-Díaz (2015).

ANEXO 6. Curso, evolución y pronóstico de los Trastornos de Conducta Alimentaria

Tabla 6

Curso, evolución y pronóstico de los Trastornos de Conducta Alimentaria

| Trastorno alimentario no específico | Descripción |
|--|--|
| Inicio | El inicio del TANE es muy similar al de la BN y la AN, empieza a surgir entre principios de la adolescencia y principios de la edad adulta, aunque también se observan casos en la infancia ^a . |
| Cursos/evolución | <p>Es difícil realizar una explicación y generalizar sobre su curso y pronóstico, ya que con el tiempo este trastorno puede agrupar los criterios necesarios para el diagnóstico de una BN o una AN. Esto implicaría una evolución más próxima a un tipo u otro.</p> <p>Por otro lado, los pacientes que padecen de TANE llevan a cabo dietas durante el año previo, se observa un cambio en la cantidad de ingestas en situaciones estresantes y demuestran una alta psicopatología general ^a.</p> |
| Pronóstico | Este trastorno es igual de peligroso que los otros tipos que cumplen los criterios completos. Su tardía intervención puede generar cuadros más graves y difíciles de controlar, además de requerir un tratamiento más complejo ^a . |
| Trastorno por atracón | |
| Inicio | <p>Inicios en la adolescencia con casos durante la infancia.</p> <p>Hay evidencias de que el TA se inicia a una edad media de 20 años ^b.</p> |
| Cursos/evolución | <p>El inicio temprano de atracones predice un resultado negativo y tratamientos más complejos ^c.</p> <p>Los pacientes sufren de un largo historial de ingestas compulsivas en situaciones estresantes, ansiosas y</p> |

| | |
|-------------------------|---|
| | <p>aburridas, llevando a cabo una alta ingesta de alimentos en periodos de tiempo libre ^d.</p> <p>El curso del TA es similar en gravedad y duración al de la BN, por otro lado, los enfermos que acuden a pedir ayuda suelen tener una edad superior a los que acuden con AN o BN ^b.</p> |
| Pronóstico | <p>El TA tiene una persistencia media de 4,3 años ^b y altas tasas de remisión espontánea a partir de los 4 años con un 82% de remisión ^e.</p> <p>Los pacientes que no consiguen que la enfermedad remita, con poca frecuencia desarrollan una BN o una AN ^f.</p> |
| Bulimia Nerviosa | |
| Inicio | <p>Inicio a finales de la adolescencia aunque también hay casos a principios de la edad adulta.</p> <p>Los atracones suelen tener su inicio tras haber realizado dietas o periodos de régimen, también pueden ocurrir durante estos periodos ^g.</p> |
| Cursos/evolución | <p>La BN puede tener un curso crónico o intermitente con periodos de atenuación o parada, durante estos periodos de remisión suele decirse que la enfermedad se encuentra "<i>dormida</i>" ^g.</p> <p>Este periodo de remisión tiene unas bajas tasas en seguimientos de corto plazo, entre un 27-28% al año de seguimiento. Por otro lado, mejoran hasta un 70% en seguimientos largos ^h.</p> |
| Pronóstico | <p>Como factor de un pronóstico favorable podemos hacer referencia al inicio de la enfermedad durante la adolescencia y no al inicio de la edad adulta ⁱ. Por otro lado, como hemos mencionado anteriormente y de forma genérica en todos los TCA es indicador positivo obtener un diagnóstico precoz,</p> |

este factor es el más importante en la BN, incluso más que el tipo y la duración del tratamiento ^h.

El 60% de los casos tienen un buen pronóstico ^j.

Sin embargo, los antecedentes (consumo de drogas, abusos sexuales, depresión, desorden de la personalidad, baja autoestima...) y la comorbilidad con el trastorno obsesivo son predictores de un mal pronóstico ^j, estos factores influyen directamente ante la posibilidad de padecer una recaída de BN e intento de suicidio ^a.

La tasa de mortalidad se encuentra entre el 0-2% ^h.

Anorexia Nerviosa

| | |
|--------|--|
| Inicio | Diversos estudios indican que los inicios de la AN se producen en su mayoría durante la adolescencia y principios de la edad adulta, rara vez inicia antes de la pubertad. |
|--------|--|

El inicio de este trastorno al igual que su curso y desarrollo es debido a factores muy variables ^d.

| | |
|-----------------|--|
| Curso/evolución | Cerca del 71-86% de la población que padece AN tiene un buen pronóstico, por otro lado, en dos tercios de la población permanecen algunas restricciones y el temor a engordar ^j . Sin embargo, otras presentan fluctuaciones de ganancia y pérdida de peso sufriendo un deterioro crónico con los años y en algunos casos produciéndose un cambio al subtipo compulsivo/purgativo, generando así un posible cambio de diagnóstico a BN ^f . |
|-----------------|--|

| | |
|------------|--|
| Pronóstico | Como factor de un pronóstico favorable como hemos mencionado anteriormente es realizar un diagnóstico precoz. Por otro lado, la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, la comorbilidad somática ^k , los rasgos de personalidad obsesivos-compulsivos, la duración de la enfermedad y el desajuste social en otros, son considerados |
|------------|--|

factores que influyen negativamente en el pronóstico de la enfermedad ^l.

La tasa de mortalidad se encuentra en un 0,56% al año^m, las muertes suelen producirse por suicidio o complicaciones médicas ⁿ.

Nota. ^a Strober, Freeman & Morrell (1997). ^b Constaín, Ramírez, de los Ángeles Rodríguez-Gázquez, Gómez, Múnera & Acosta (2014). ^c Fairburn y Cooper (2007). ^d Ayensa, Grima, & Landívar (2002). ^e Keel & Brown (2010). ^f Kessler & Wang (2008). ^g Acerete, Trabazo & Ferri (2013). ^h Beato Fernández & Rodríguez Cano (2003). ⁱ Gómez, Bustamante & Jódar (2014). ^j Generalitat de Catalunya (2013). ^k del Barrio (2009). ^l Hay & Mond (2005). ^m Reas, Williamson, Martin & Zucker (2000). ⁿ Palacios (2014).

ANEXO 7. Objetivos a tratar durante el proceso terapéutico en TCA

Tabla 7

Objetivos a tratar durante el proceso terapéutico en TCA

| Objetivos | Descripción |
|-------------------------|---|
| Orientación educativa | <p>Esta orientación se lleva a cabo para ofrecer información y resolver todas las dudas y preguntas del paciente y/o familia. Dentro de este bloque se ofrece ayuda diagnóstica para ayudar a tomar conciencia de la enfermedad, la sintomatología y la identificación de conductas problemáticas y agravantes. Además, se aporta información clínica del pronóstico de la enfermedad con sus posibles consecuencias y riesgos tanto físicos como mentales.</p> <p>Es importante que dentro de esta etapa de orientación y conciencia de la enfermedad se establezcan unas pautas y consejos nutricionales con el fin de favorecer la corrección de falsas creencias ^a.</p> <p>Otro de los objetivos de la orientación educativa es fomentar la participación activa y concienciada de la familia y/o personas cercanas al paciente, ya que esto favorecerá muy positivamente su recuperación.</p> |
| Modificación conductual | Durante la etapa de modificación conductual es de vital importancia identificar los factores precipitantes, |

predisponentes y mantenedores del problema, esto nos ayudará a poder escoger y llevar a cabo las estrategias más compatibles que contrarresten las conductas problemáticas y poder redirigir los patrones alimentarios incorrectos ofreciendo normas y pautas tanto a pacientes como a familiares.

La modificación conductual no tiene un tiempo preestablecido, debido a que según se avanza el tratamiento va siendo necesario ir actualizando estrategias que se vayan adaptando a las necesidades actuales del paciente con el fin de ir creando metas reales y progresivas. Además, es imprescindible ir generando pequeños sistemas de refuerzo que permitan facilitar los cambios a través de gratificaciones y así trabajar la intolerancia a estos ^a.

Modificación cognitiva Al igual que en la modificación conductual esta parte del proceso va a requerir pequeñas modificaciones según se avance en el tratamiento ya que pueden ir surgiendo nuevas problemáticas que antes no existían y estaban escondidas.

Las principales funciones de la modificación cognitiva es conseguir un pensamiento activo de los pacientes para que estos formen parte del tratamiento, por otro lado, se trabajan las distorsiones cognitivas y perceptivas introduciendo pensamientos adaptativos y modificando los automáticos irracionales. Estos pensamientos son los que progresivamente van disminuyendo la autoestima de los pacientes creando auto rechazo y bucles negativos y autodestructivos ^a.

Adquisición de estrategias y habilidades de afrontamiento La aportación de estrategias adaptativas y de afrontamiento permite a los pacientes hacer frente a las dificultades y a las respuestas erróneas con las que conviven. Como bien sabemos estas estrategias pueden ir dirigidas tanto a la relación con los

alimentos, a las relaciones sociales y/o al entorno familiar, ya que todos estos aspectos pueden verse muy deteriorados en los pacientes con TCA entre otras enfermedades.

Para conseguir estas habilidades es importante trabajar diferentes puntos como:

- La modificación de rituales y obsesiones que dificultan el día a día de los pacientes.
- La recuperación de relaciones sociales, ya que hay una tendencia al asilamiento fomentando las creencias negativas y la baja autoestima.
- Las técnicas de afrontamiento de problemas con el fin de evitar que acudan a resoluciones dañinas.
- Y es de vital importancia trabajar las HHSS y la autoestima para favorecer la expresión de emociones, sentimientos y la mejora de comunicación ^a.

| | |
|-------------------------|---|
| Prevencción de recaídas | Esta parte del tratamiento es imprescindible en el tratamiento debido a la alta incidencia en los TCA, además aporta seguridad a los pacientes que se encuentran al final del proceso. Para llevar a cabo la prevención es necesario analizar e identificar con ayuda del paciente las situaciones cognitivas, personales, ambientales... consideradas de riesgo. Una vez obtenida esta información será importante aportarles habilidades de afrontamiento adaptadas a esas necesidades ^a . |
|-------------------------|---|

Nota. ^a Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen (2011).

ANEXO 8. Técnicas más empleadas en TCA

TABLA 8

Las técnicas más empleadas en TCA

| Técnica | Descripción |
|---------------------------------------|--|
| Técnicas Cognitivo Conductuales (TCC) | <p data-bbox="639 248 1394 387">El objetivo de estas técnicas es modificar las conductas inadecuadas y reconducir los pensamientos disfuncionales ^a.</p> <p data-bbox="639 409 1394 813">Las TCC enfocadas en los TCA trabajan profundamente en los pensamientos distorsionados y erróneos sobre el peso, la alimentación y el físico a través de trabajar en una reestructuración cognitiva y en exposiciones controladas favoreciendo de esta manera la reducción de la distorsión de la imagen corporal y de los síntomas en pacientes de TCA ^b.</p> |
| Psicoeducación | <p data-bbox="639 891 1394 1137">La psicoeducación es imprescindible para crear una conciencia del trastorno tanto a nivel individual del paciente como en su entorno más próximo, permitiendo la participación activa de todo su entorno ^a.</p> <p data-bbox="639 1160 1394 1456">Además, se ofrece información de los diversos recursos e instituciones a los que pueden tener acceso e influye positivamente en la relación terapéutica y en la adherencia al tratamiento, consiguiendo disminuir las recaídas y mejorando el desempeño social de los pacientes y la familia ^c.</p> |
| Mindfulness | <p data-bbox="639 1534 1394 1724">El Mindfulness es una técnica que nos ofrece la capacidad de mantener la atención en la experiencia inmediata y en la aceptación de las experiencias positivas y negativas ^a.</p> <p data-bbox="639 1747 1394 1989">Es una herramienta que nos permite mejorar nuestras habilidades de regulación emocional ayudando a redirigir la atención y los pensamientos. Por otro lado, la introspección que se realiza nos ayuda a mejorar la tolerancia con</p> |

nuestras emociones negativas y a manejar la frustración, reduciendo así la intensidad y duración de las sensaciones desagradables.

Además, se genera una conexión con las sensaciones corporales ayudando a los pacientes de TCA a detectar los síntomas y señales negativas y poder adoptar técnicas de regulación y afrontación de estas ^d.

El Mindfulness es una técnica que inicialmente genera ansiedad y frustración a los pacientes y muchos se niegan a llevarla a cabo por el nivel de conexión emocional y físico que se produce, por este motivo es importante una buena educación de la técnica y una aplicación progresiva de esta.

Psicofármacos

Los fármacos son utilizados en combinación con otras técnicas para facilitar la intervención y el tratamiento.

Consiguen reducir la ansiedad y aliviar los síntomas anímicos provocados por el TCA.

Los fármacos más utilizados son los ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos ya que favorecen la mejora del estado de ánimo del paciente. Aun así, es importante aclarar que no a todos los pacientes de TCA les es efectivo un tratamiento psicofarmacológico y por lo tanto hay que tener en cuenta cada caso de forma individual y especificada en las necesidades que presenta la persona ^a.

Nota. ^a Behar A (2008). ^b Sanjurjo Castelao & Paz Ranz (2013). ^c Carolina & Janet (2011). ^d American Psychiatric Association (2014).

ANEXO 9. Instrumentos de diagnóstico y recogida de información
Tabla 9

Instrumentos de diagnóstico y recogida de información

| Tipos de instrumentos | |
|------------------------------|--|
| Entrevistas | Las entrevistas son técnicas que permiten obtener de forma personalizada la información necesaria sobre acontecimientos y aspectos subjetivos del paciente. Estas pueden ser aplicadas directamente al paciente y también a la familia, esto permitirá tener una visión más amplia de la problemática del paciente y nos aportará información valiosa sobre la vida y evolución de los síntomas ^a . |
| Observación | Educar a la familia para una correcta aplicación de la técnica de observación es vital para poder obtener información de los comportamientos, actitudes y reacciones que tiene la persona que sufre de TCA. Con esto se consigue ir adquiriendo un informe orientativo del curso de la enfermedad y del paciente ^a . |
| Cuestionarios/test | Otro método utilizado es la aplicación de cuestionarios específicos y generales para poder realizar una exploración psicológica más exhaustiva. Algunos de los cuestionarios más utilizados son los siguientes ^a : |

BITE- *Bulimic Investigatory Test*

Edinburgh: Orientado a la bulimia

EAT- *Eating Attitudes Test*:

Orientado a la anorexia

ABOS: Orientado a padres y familiares

EDI-2- *Eating Disorders Inventory*:

autoinforme para la evaluación de síntomas de la anorexia nerviosa ^b.

BSQ - *Body Shape Questionnaire*:

Cuestionario sobre Forma Corporal ^c.

En algunos casos es imprescindible aplicar cuestionarios que valoren otro tipo de patologías o trastornos asociados como la depresión, ansiedad, TLP, etc.

Además, la introducción de estas herramientas ayuda a definir la actual situación de los pacientes y poder tener una mejor orientación a un tratamiento óptimo ^a.

Examen médico

Es importante la realización de un examen médico general antes de iniciar el proceso de tratamiento. Esto es imprescindible ya que nos aportará información del estado de salud actual interno del paciente ^a.

Notas. ^a Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen (2011). ^b Nielsen, Møller-Madsen, Isager, Jørgensen, Pagsberg & Theander (1998). ^c Bautista Castaño & Serra Majem (2015).

PLAN DE PREVENCIÓN SOBRE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

*La Salud Mental detrás de un
TCA*

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| • Objetivos | |
| • Destinatarios | |
| ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA | 3 |
| PRIMERA SESIÓN - SALUD MENTAL Y TCA | 4 |
| • Actividad - Eso no se pregunta - Trastornos alimentarios | |
| SEGUNDA SESIÓN - Taller de imagen corporal y estigma social | 6 |
| • Actividad - A mí también me lo han dicho | |
| TERCERA SESIÓN - Taller de nutrición y deporte | 8 |
| • Actividad - Menú saludable | |
| CUARTA SESIÓN - Taller de habilidades sociales | 11 |
| • Actividad - Empatiza conmigo | |
| QUINTA SESIÓN - Taller de autoconcepto, autoaceptación y autoestima | 14 |
| • Actividad - Distorsiones cognitivas | |
| • Actividad - Anuncio publicitario | |
| RED DE SERVICIOS EN CATALUNYA | 20 |

PROPUESTA DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DIRIGIDA A EDADES DE RIESGO

Los aspectos esenciales de este programa de prevención se resumen en los siguientes puntos:

- Es un programa preventivo en edades de riesgo (adolescencia) y también a padres, madres y equipo docente.
- Se llevan a cabo actividades en horario lectivo.
- Se trabaja la autoestima, la salud, los factores de riesgo, el autoconcepto, nutrición y deporte, autoimagen, habilidades sociales, imagen corporal, estigma social...
- Aporta información de acceso a servicios especializados en trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

Objetivos del programa

- Prevención de los TCA
- Ofrecer conocimiento sobre los TCA (tipología, factores de riesgo...)
- Promover una alimentación sana
- Promover un estilo de vida saludable (deporte y nutrición)
- Ayudar a desarrollar un pensamiento crítico sobre los cánones de belleza.
- Aplicar y desarrollar diferentes habilidades sociales
- Dotar a los participantes de la importancia de la aceptación y respeto hacia los demás y hacia si mismos.
- Dotarlos de herramientas y factores protectores ante los TCA.

Destinatarios

Programa preventivo dirigido a adolescentes (12-16 años).

ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

A continuación explicamos brevemente el contenido del programa de prevención

| SESIONES | CONTENIDOS | TALLERES |
|-----------------|---|---|
| <i>SESIÓN 1</i> | Presentación – salud mental y TCA | Video: Eso no se pregunta – Trastornos alimentarios |
| <i>SESIÓN 2</i> | Taller de imagen corporal y estigma social | A mí también me lo han dicho |
| <i>SESIÓN 3</i> | Taller de nutrición y deporte | Menú saludable |
| <i>SESIÓN 4</i> | Taller de habilidades sociales | Empatiza conmigo |
| <i>SESIÓN 5</i> | Taller de autoconcepto, autoaceptación y autoestima | Distorsiones cognitivas Anuncio publicitario |

Todas estas actividades serán incluidas en un dossier final dirigido a padres, madres y equipo docente.

Este dossier incluirá:

- Presentación del programa
- Talleres y contenidos
- Corrección de ciertas actividades
- Apartado de red de servicios en Catalunya

Los alumnos podrán quedarse todas las fichas tanto de teoría como de taller realizadas y corregidas durante las sesiones (siendo todas estas las mismas que aparecen en el dossier de padres), además al finalizar la última sesión se les facilitará la hoja de red de servicios.

SESIONES Y TALLERES

La Salud Mental detrás de un

TCA

SESIÓN 1

PRESENTACIÓN

A través de este programa introduciremos conceptos clave como salud mental, autoestima, asertividad... con ayuda de talleres que facilitaran la comprensión de la enfermedad y de todas aquellas personas que padecen un trastorno de la conducta alimentaria o cualquier otro tipo de trastorno y/o dificultad.

¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?

Es un estado de bienestar físico, mental y social. Este estado genera un equilibrio emocional, cognitivo y conductual que nos permite gozar de bienestar y calidad de vida en todos los contextos.

¿QUÉ ES EL TCA?

Son graves alteraciones dentro de la ingesta alimentaria y una de las enfermedades mentales más importantes a día de hoy en niños y adolescentes.

Tipos:

- Anorexia Nerviosa (AN)
- Bulimia Nerviosa (BN)
- Trastorno alimentario no especificado (TANE)
- Trastorno por atracón (TA)
- Vigorexia

Actualmente aparece un nuevo el término llamado Ortorexia (obsesión por la comida sana).



SÍNTOMAS FRECUENTES

- Insatisfacción de la imagen corporal
- Influencia anormal de la imagen corporal en la valoración personal
- Preocupación permanente por la comida
- Uso de medidas no saludables para obtener un falso control
- Deterioro psicosocial y físico



Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

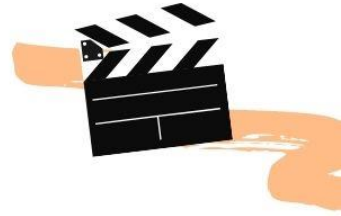


FACTORES DE RIESGO COMUNES

- Pubertad
- Actividades físicas excesivas y exigentes.
- Abusos sexuales y otras experiencias adversas-
- Contexto familiar y social.
- Escaso desarrollo en educación emocional
- Control y perfeccionismo.
- Influencia de la alimentación y el peso en el estado emocional
- Baja autoestima.
- Asociación con otros trastornos psiquiátricos.
- Escasas habilidades sociales.
- Cultura de la alimentación y malas asociaciones con la comida
- etc.

Actividades

SESIÓN 1



ESO NO SE PREGUNTA- TRASTORNOS ALIMENTARIOS

A continuación se visualizará el documental realizado por el programa *ESO NO SE PREGUNTA*.

En este programa aparecen diferentes colectivos desfavorecidos que se enfrentan a un conjunto de preguntas consideradas tabú realizadas por el público.

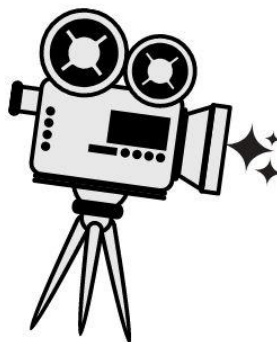
ESO NO SE PREGUNTA es un programa emitido por la cadena autonómica de Madrid.

Finalidad de la actividad: conocer y comprender a través de casos reales los síntomas, causas y consecuencias de los TCA y la importancia de la Salud Mental.

En los siguientes enlaces se puede visualizar el capítulo *ESO NO SE PREGUNTA- TRASTORNOS ALIMENTARIOS*

https://www.youtube.com/watch?v=ae9LqGsW5Ug&t=401s&ab_channel=Telemadrid

<https://www.telemadrid.es/programas/eso-no-se-pregunta/pregunta-2-2076412415--20181214083000.html>



La Salud Mental detrás de un

TCA

SESIÓN 2

TALLER DE IMAGEN CORPORAL Y ESTIGMA SOCIAL

¿QUÉ ES LA IMAGEN CORPORAL?

Es la representación corporal que realizamos cada uno de nosotros en nuestra mente. La imagen corporal es algo subjetivo y está relacionada con la vivencia de nuestro cuerpo, es decir, es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa con su propio cuerpo.



CÁNONES DE BELLEZA

Hoy en día existen cánones de belleza considerados perfectos y que cualquier cosa que salga de esa perfección está mal hecha o es fea.

Estos estereotipos sociales motivados y favorecidos por la TV, redes sociales, famosos... están potenciando los síntomas del TCA como:

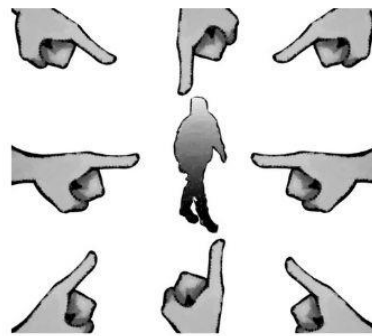
- Conducta de evitación del alimento
- Uso de purgantes y laxantes
- Episodios de sobre ingesta
- Vómitos inducidos
- Exceso de deporte
- Obsesión con el peso
- Control y obsesión con los alimentos
- etc.



¿QUÉ ES EL ESTIGMA SOCIAL?

Son actitudes y creencias que nos llevan a rechazar, evitar y/o temer a personas que percibimos como diferentes. El estigma social hace que veamos y que esa misma persona se vea diferente a los demás, convirtiéndose en alguien inferior respecto a la figura de personas que se consideran "normales".

Las principales causas de los estereotipos, el etiquetaje y la exclusión son la falta de información y la incultura en el campo de la salud mental, además estas falsas creencias son alimentadas por los medios de comunicación (cine, programas, series...), redes sociales y la dicotomía entre salud física y mental (es mucho más sencillo comprender una fractura de hueso que una depresión) entre otras.



Actividades

SESIÓN 2

A MÍ TAMBIÉN ME LO HAN DICHO

Durante esta actividad llevaremos a cabo un debate sobre la estigmatización y la imagen corporal.

- En primer lugar y de forma aleatoria y voluntaria los alumnos irán saliendo a la pizarra y escribirán una palabra que en algún momento han recibido y/o escuchado, deben de ser palabras negativas, descalificativas y desagradables.
- En segundo lugar, cuando ya haya una gran cantidad de palabras escogeremos las palabras con las que mas identificados se sientan los alumnos.
- En tercer lugar se expondrán opiniones y sentimientos que genera ver todas esas palabras escritas entre los compañeros.
- En cuarto lugar, entre todos los alumnos se borrará la pizarra y se llenará de palabras positivas y motivadoras que hayan recibido, escuchado o quieran dedicarle a algún compañero/a.
- Por ultimo, se intentará crear una conclusión del taller y de los aspectos positivos que se han extraído.

Finalidad de la actividad: cohesión grupal, empatía, estigmas sociales, imagen corporal, habilidades sociales

La Salud Mental detrás de un

TCA

SESIÓN 3

TALLER DE NUTRICIÓN Y DEPORTE

¿CÓMO AFECTA LA ALIMENTACIÓN Y EL EJERCICIO AL TCA?

El hecho de llevar a cabo una dieta rígida durante un largo tiempo o comentarios referentes al peso, a características físicas o al cuerpo de alguien, puede generar la aparición de un TCA.

Esto puede hacer que la persona se refugie en hábitos de alimentación y hábitos deportivos no saludables, como realizar un exceso de deporte, atracones, restricciones, drogas etc. Todo esto ocasiona graves consecuencias en la salud.

Una buena alimentación no debe prescindir de alimentos ni ingestas, debe de ser equilibrada y en cantidad necesaria para que el cuerpo y nuestra mente funcione de forma optima.

Por otro lado, el deporte no debe de suponer sufrimiento ni sensaciones físicas desagradables, debe de estar estructurado en base a nuestras necesidades y objetivos reales y saludables.

La correcta aplicación rutinaria de alimentación y actividad física crean hábitos saludables mental y físicamente.



PAUTAS DE CONDUCTA CORRECTAS

- Proporcionar ayuda nutricional profesional.
- Alimentación equilibrada
- No sugerir métodos inadecuados y no saludables.
- Actuar, pedir ayuda cuando sabemos que se están realizando métodos no saludables.
- Proporcionar apoyo emocional y psicológico
- No realizar comentarios despectivos del físico
- Evitar comparaciones (otras personas, famosos, tallas, pesos, altura...)
- No realizar comentarios despectivos durante las comidas ("voy a reventar", "vamos a comer como cerdos", ¿te vas a comer todo eso?...) etc.

ESTRUCTURA DE UN MENÚ SALUDABLE

- DESAYUNO: zumo/leche/té + mini/tostadas/cereales...
- MEDIA MAÑANA : 1 pieza de fruta, lácteos, zumos...
- COMIDA: primer plato + segundo plato+ postre
- MERIENDA: mini, galletas + fruta, cereales con leche...
- CENA: primer plato + segundo plato+ postre

Las comidas y las cenas deben de estar compuestas por cereales, proteínas y verduras

NECESIDADES DE ACTIVIDAD FÍSICA OCASIONADAS POR EL TCA

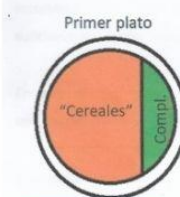
- El deporte es un mecanismo de satisfacción para perder, controlar el peso o aumentar el peso (vigorexia).
- Puede ser voluntario o compulsivo, ritualista y estereotipado.

En casos extremos, cualquier tipo de movimiento o actividad puede generar satisfacción mental directamente relacionada con el peso.

Ej: levantar la mano seguidamente en clase, ir sacar punta a los lápices de uno en uno, dejarse cosas constantemente en otro lugar de la casa...



COMIDA:



CENA:



Actividades

SESIÓN 3

MENÚ SALUDABLE

En esta actividad dividiremos la clase en 4 grupos y a cada uno se le asignara un menú diario.

Por grupos deberéis decidir si se trata de un menú restrictivo, saludable o ansioso.

Una vez escogido que clase de menú es haréis las modificaciones que creáis convenientes para que este se convierta en un menú saludable. Posteriormente explicareis a los compañeros que menú os ha tocado, el tipo y las modificaciones en el caso de que sean necesarias.

Finalidad de la actividad: Aprender a detectar menús no sanos y saber crear ingestas saludables y equilibradas.

MENÚ 1

DESAYUNO: CEREALES CON LECHE

COMIDA: ENSALADA + PESCADO A LA PLANCHA

CENA: PURÉ DE VERDURAS CON POLLO A LA PLANCHA



MENÚ 2

DESAYUNO: TOSTADAS CON MERMELADA+ VASO DE LECHE

MEDIA MAÑANA: MANZANA

COMIDA: TALLARINES CON VERDURAS AL VAPOR + POLLO AL HORNO CON MEDIA PATATA+ YOGURT

MRIENDA: 4 GALLETAS DE CHOCOLATE

CENA: ENSAÑADA + SALMÓN A LA PLANCHA CON VERDURAS + MANZANA



MENÚ 3

DESAYUNO: CAFÉ CON LECHE + MINI DE ATÚN

MEDIA MAÑANA: 1 DONUT DE CHOCOLATE

COMIDA: PIZZA BARBACOA+ PATATAS FRITAS + KIWI

MERIENDA: BOCATA VEGETAL

CENA: ENSAÑADA DE TOMATE + MERLUZA AL HORNO



MENÚ 4

DESAYUNO: YOGURT

COMIDA: MACARRONES CON TOMATE + CHULETA DE CERDO + MOUSSE DE CHOCOLATE

CENA: PURÉ DE CALABACÍN + TORTILLA FRANCESA





Actividades



SESIÓN 3

MENÚ SALUDABLE

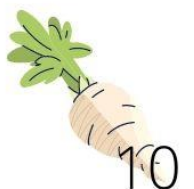
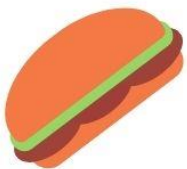
¿QUÉ MENÚ OS HA TOCADO?



¿QUÉ TIPO DE MENÚ CONSIDRAIS QUE ES? CONCRETAR EL MOTIVO.



¿HACE FALTA ALGUNA MODIFICACIÓN? ANOTALAS



La Salud Mental detrás de un

TCA

SESIÓN 4

TALLER DE HHSS

Las habilidades sociales son conductas y pensamientos que nos permiten comunicarnos tanto verbal como no verbalmente. Nos dan la capacidad de conseguir objetivos, de relacionarnos, de expresar emociones y deseos.

Además facilitan el desarrollo de nuestra autoestima proporcionándonos calidad de vida.



¿CÓMO SE SIENTE UNA PERSONA SIN HHSS?

Puede padecer los siguientes síntomas:

- Estrés
- Emociones negativas (agobio, ira, irritabilidad, frustración, rechazo...)
- Ansiedad
- Depresión
- ...

¿CÓMO AFECTAN LAS HHSS A UNA PERSONA QUE PADECE TCA?

A las personas que padecen de un Trastorno de la Conducta Alimentaria les suele ser complicado establecer relaciones interpersonales. Esto es debido a que padecen ciertas dificultades como: afrontación de conflictos, introversión, dependencia emocional, ansiedad, autoestima, sentimientos de ineficacia, rasgos obsesivos, perfeccionismo, percepciones erróneas, falta de control....

CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA CON HHSS

Las personas con un favorable desarrollo de habilidades sociales se caracterizan por tener estas capacidades:

- Empatía
- Asertividad
- Respeto
- Escucha activa
- Comunicación y habilidades
- Comprensión
- Autocontrol
- Resolución de conflictos



Actividades

SESIÓN 4

EMPATIZA CONMIGO

Durante esta actividad cada persona deberá escribir de forma anónima una situación que le haya generado agobio, ansiedad, que haya sido difícil de afrontar y de resolver.

Una vez hecho esto, los folios se repartirán aleatoriamente por clase y cada alumno recibirá un problema, situación o conflicto de otro compañero. Cada uno deberá de leer atentamente y planteará una solución o respuesta al compañero/a anónimo o al conflicto. No tiene porque aportarse una solución a la dificultad, también se puede expresar la comprensión por esta y compartir los sentimientos de la otra persona.

- Los demás compañeros también podrán aportar su opinión y visión externa del problema.

- **Finalidad de la actividad:** promover la empatía y la capacidad de resolución de conflictos. Además de dejar de lado los prejuicios y de esta manera trabajar las habilidades sociales con el grupo e individualmente.

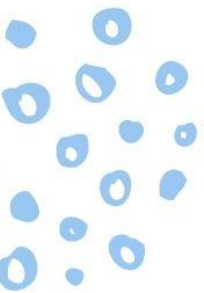
Actividades



SESIÓN 4

EMPATIZA CONMIGO

Explicame tu problema e intentaré ayudarte y entenderte:



La Salud Mental detrás de un

TCA

SESIÓN 5

TALLER DE AUTO CONCEPTO, AUTO ACEPTACIÓN Y AUTOESTIMA

AUTOCONCEPTO

Son un conjunto de ideas que hemos creado, estas ideas nos definen en todos los niveles. En otras palabras, es la imagen que creamos de nosotros mismos. Este autoconcepto o imagen de nosotros mismos puede variar en el tiempo debido a nuestras vivencias y experiencias.



AUTOESTIMA

El concepto de autoestima es diferente al de autoconcepto, la autoestima indica de que forma nos valoramos, en cambio el autoconcepto es más bien como nos describimos.



AUTOACEPTACIÓN

Se basa en el reconocimiento y en el respeto de nuestros aspectos positivos como negativos. Todos somos merecedores de ser valorados, aceptados, respetados y queridos. Es importante aprender a aceptar que la perfección es inexistente.

¿QUÉ OCASIONA UN DÉFICIT DE ESTOS CONCEPTOS?

La baja autoestima, el autoconcepto negativo o la baja autoaceptación puede generar diversos problemas de salud como los siguientes:

- inseguridad
- miedos
- falta de comunicación y de expresión
- incapacidad de conseguir cosas
- dependencia emocional
- necesidad de aprobación
- no sentirse merecedor de cosas positivas
- inferioridad
- perfeccionismo extremo
- infelicidad
- desmotivación
- atribución externa a los logros
- atribución interna a los fracasos
- insatisfacción corporal
- sentirse indiferente hacia los demás



Actividades

SESIÓN 5

DISTORSIONES COGNITIVAS

Las distorsiones cognitivas son procesamientos erróneos de la información, esto hace que malinterpretamos lo que ocurre y aparezcan ciertas consecuencias negativas. Estas distorsiones en personas que padecen un trastorno mental (TCA, depresión...) ganan un lugar muy importante y a la vez muy negativo y problemático en sus vidas.

A continuación explicaremos las principales distorsiones cognitivas:

INFERENCIA ARBITRARIA: Se extrae una conclusión de un hecho sin tener ninguna evidencia de este.

HIPERGENERALIZACIÓN: A raíz de un hecho concreto pensamos que todas las demás situaciones similares tendrán el mismo desenlace.

ETIQUETAJE: Se asigna un nombre a algo/alguien despectivamente. (Ej: soy un fracaso, es un inútil...)

ABSTRACCIÓN SELECTIVA: Fijamos la atención en un determinado hecho o estímulo ignorando la totalidad de la situación.

PENSAMIENTO DICOTOMICO O POLARIZADO: Dividimos los hecho en extremos opuestos: siempre/nunca, bueno/malo...

MAGNIFICACION : Tendencia a exagerar la importancia de las cosas (errores y defectos habitualmente).

MNIFICACIÓN: Tendencia a minimizar la importancia de las cosas (cualidades, logros... habitualmente).

RAZONAMIENTO EMOCIONAL: Explicamos una actitud, idea, creencia... a partir de como nos sentimos emocionalmente en ese momento, las emociones negativas reflejan como es nuestra realidad.

AUTOACUSACIÓN O PERSONALIZACIÓN: Culparnos de hechos o cosas que no tienen nada que ver con nosotros o no están bajo nuestro control. Tendencia a disculparnos o justificarnos constantemente.

ACTIVIDAD

En esta actividad dividiremos la clase en 4 grupos, cada grupo recibirá 10 textos que deberá de clasificar en las diferentes distorsiones cognitivas que hemos explicado anteriormente. Posteriormente entre todos realizaremos las correcciones y las explicaciones de cada texto.

Finalidad de la actividad: Aprender a detectar, analizar e identificar las distorsiones más habituales. Esto nos ayudará a tener una visión más realista y clara de la situación.

Actividades

SESIÓN 5

DISTORSIONES COGNITIVAS

1. NUNCA APROVARÉ

2. SOY UN DESASTRE

3. SEGURO QUE SE HA ENFADADO POR MI CULPA, NO TENDRÍA QUE HABER DICHO ESO

4. TODAS LAS HORAS DE ESTUDIO NO HAN SERIVDO PARA NADA

5. NO GUSTO A NADIE, SIEMPRE LE CAIGO MAL A TODOS

6. SEGURO QUE SE ESTÁN RIENDO DE MI

7. NO VOY A TOCAR A ESE GATO, LOS GATOS ARAÑAN

8. ES UN TRIUNFADOR

9. APROVAR EL EXAMEN HA SIDO CUESTIÓN DE SUERTE

10. HA SIDO UN DÍA HORRIBLE, AL LLEGAR NO HABÍA LUZ

Actividades

SESIÓN 5

ANUNCIO PUBLICITARIO

Esta actividad está compuesta de tres partes.

- Primera parte: Se realizarán grupos de 5, cada integrante del grupo dispondrá de un folio donde escribirá todos los aspectos positivos que sus compañeros digan de él. Esta parte de la actividad se realizará de forma rotativa durante 20-30 min y cada miembro deberá de haber obtenido mínimo 6 características positivas que sus compañeros creen que posee.
- Segunda parte: Individualmente y en el mismo folio cada persona debe de escribir mínimo 2 cualidades/características positivas de él/ella mismo diferentes a las que le han dicho sus compañeros.
- Tercera parte: Una vez obtenidas las diferentes cualidades deberás de redactar un anuncio publicitario. Imagínate que debes venderte al mejor postor, utiliza todas esas palabras positivas que has recibido y has escogido e introdúcelas en el anuncio. Posteriormente y de forma voluntaria se podrán leer delante de los compañeros los anuncios realizados por la clase.

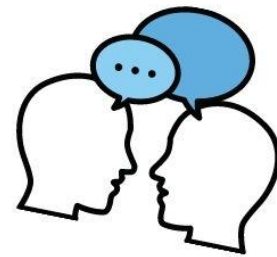
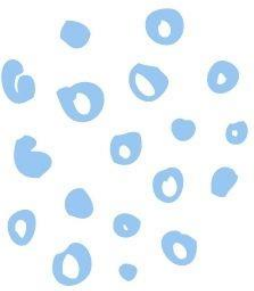
Finalidad de la actividad: Trabajar y desarrollar la autoestima, el autoconcepto y la autoaceptación.

Actividades

SESIÓN 5

ANUNCIO PUBLICITARIO

DÉJADME ALUCINANDO, ¿QUE CUALIDADES CONSIDERAIS QUE TENGO?



ESTO ES UN POCO MÁS DIFÍCIL... ¿QUÉ CUALIDADES CONSIDERO QUE TENGO?

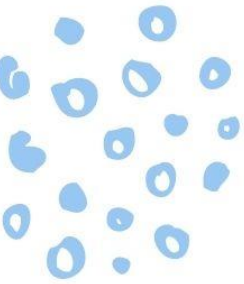


Actividades

SESIÓN 5

ANUNCIO PUBLICITARIO

¡¡VENGA QUE LO MÁS DIFÍCIL YA ESTÁ HECHO! ¡¡SACA TU CREATIVIDAD (a veces está un poco escondida pero te prometo que ahí, recto, un poquito más, a la derecha, un poco más a la derecha, ahí, ahí!! ¿ves? ¡¡ya la tienes!!) Y ANUNCIATE!!



RED DE SERVICIOS

RED DE SERVICIOS EN CATALUNYA

En caso de sospecha o deseo de obtener más información pueden contactar y/o dirigirse a la siguiente red de servicios:

Unidades públicas de tratamiento especializado:

Hospital Clínic de Barcelona
Carrer de Villarroel, 170
08036 Barcelona

Hospital de Bellvitge
Carrer de la Feixa Llarga
08907 L'Hospitalet de Llobregat

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Carrer de Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona

Hospital Sant Joan de Déu
Carrer de Sant Joan de Déu
08950 Esplugues de Llobregat

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Carretera de Canyet, s/n
08916 Badalona

Hospital Universitari Mútua de Terrassa
Plaça del Doctor Robert, 5
08221 Terrassa

Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB)
<https://www.acab.org/>

ITA Salud Mental
<https://italudmental.com/tratamientos/tca>

A vuestro equipo de atención primaria de referencia

Consorti Hospitalari de Vic
Carrer de Francesc Pla "El Vigatà", 1
08500 Vic

Parc Hospitalari Martí i Julià
Carrer del Doctor Castany
17190 Salt

Hospital Universitari de Santa Maria
Avinguda Alcalde Rovira Roure, 44
25006 Lleida

Corporació Sanitària Parc Taulí
Parc del Taulí, 1
08208 Sabadell

Institut Pere Mata
Carretera de l'Institut Pere Mata, s/n
43206 Reus

Parc de Salut Mar de Barcelona
Passeig Marítim 25-29
08003 Barcelona

ANEXO 11. Variables sociodemográficas

Resultados y análisis del estudio

Tabla 12

Variables sociodemográficas de la variable "sexo"

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--------|------------|------------|
| Válido | Mujer | | 86 |
| | Hombre | | 14 |
| | Total | 200 | 100 |
| <hr/> | | | |
| Total | | | |

Tabla 13

Variables sociodemográficas de la variable "provincia"


| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-----------|------------|------------|
| Válido | Barcelona | | 63 |
| | Lleida | | 10 |
| | Gerona | | 6 |
| | Tarragona | | 21 |
| | Total | 200 | 100 |
| <hr/> | | | |
| Total | | | |

ANEXO 12. Autorización para actividades en centros por el trabajo de fin de grado.

Oficina de Suport al Deganat



Universitat Rovira i Virgili
 Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia
**AUTORITZACIÓ PER ACTIVITATS A CENTRES PELS TREBALLS FINAL DE GRAU (TFG)
 I TREBALLS FINAL DE MÀSTER (TFM)**

| | | |
|---|---|---|
| <p>Nom del professor/a tutor/a: Diana Ribes Fortanet</p> <p>Nom del centre/empresa on es vol anar: INS Enric Borràs</p> <p>Breu resum de l'activitat: Documento para participar en el trabajo de fin de grado <i>La salud mental detrás de un Trastorno de la Conducta Alimentaria</i>. Este formulario se dirige a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años, lo que es igual a adolescentes de 1º a 4º de la ESO o cualquier curso al que acudan alumnos de dichas edades.</p> <p>Tipus de informació que es vol recollir (observacions, enquestes, test, entrevistes,...): Esta investigación incluye la necesidad de rellenar dos test, el Eating Attitudes- Test 26 (EAT-26) y el Body Shape Questionnaire (BSQ). Los test aplicados son utilizados actualmente a la hora de evaluar conductas de riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. - El test EAT-26 es utilizado en población de riesgo para realizar cribados de posible TCA. Es útil en detección temprana y tiene grandes valores de sensibilidad y confiabilidad. - El test BSQ es utilizado para obtener información de insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja estima por la apariencia y deseo de perder peso.</p> <p>Nivell de protecció de la informació recollida (alt, mitjà, baix) Alta</p> | | |
| <p>Dates en què es portarà a terme l'activitat: Febrero</p> <p>Estudiant: (nom, cognoms, DNI i signatura) Nerea Flores Rodríguez 53999165H</p> | | |
| <p>Signatura del professor/a tutor/a</p> <p>RIBES FORTANET DIANA - 20249715D</p> <p><small>Firmado digitalmente por RIBES FORTANET DIANA - 20249715D Fecha: 2021.02.22 11:08:29 +01'00'</small></p> | <p>Vist-i-plau responsable del centre. Nom i cognoms (signatura i segell)</p>  | <p>Vist-i-plau de l'FCEP El degà/na (signatura i segell)</p> <p>Luis Marqués Mollas - DNI 25136892P (SIG)</p> <p><small>Este documento es una copia digitalizada de un documento original. No tiene validez legal. Para más información consulte con el área de soporte.</small></p> |
| <p>Tarragona,17. de/d' ...Febrero..... de 2021..</p> | | |

ANEXO 13. Cuestionarios y test administrados.
Tabla 14

Cuestionario informativo

| Ítems | Sí | No | No estoy seguro/a |
|---|----|----|-------------------|
| ¿Sabes que es un trastorno de la conducta alimentaria? | | | |
| ¿Has recibido educación sobre los Trastornos de la conducta alimentaria? | | | |
| ¿Has recibido educación sobre salud mental? | | | |
| ¿Los trastornos de la conducta alimentaria se dan en mujeres, hombres o ambos? | | | |
| ¿Conoces las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria? | | | |
| ¿Consideras que los trastornos de conducta alimentaria son una enfermedad pasajera? | | | |
| ¿Crees que los trastornos de conducta alimentaria se solucionan obligando al enfermo/a a comer? | | | |
| ¿Crees que los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades graves? | | | |
| ¿Las personas con un trastorno de la conducta alimentaria siempre tienen una apariencia extremadamente delgada? | | | |

Tabla 15**EAT-26**

| Ítems | Siempre | Casi siempre | Frecuente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--|---------|--------------|-----------|---------|------------|-------|
| Me da mucho miedo pesar demasiado | | | | | | |
| Procura no comer aunque no tenga hambre | | | | | | |
| Me preocupo mucho por la comida | | | | | | |
| A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer | | | | | | |
| Corto mis alimentos en trozos pequeños | | | | | | |
| Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como | | | | | | |
| Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbon (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.) | | | | | | |
| Noto que los demás preferirían que yo comiese más | | | | | | |
| Vomito después de haber comido | | | | | | |

Me siento muy culpable
después de comer

Me preocupa el deseo de
estar más delgado/a

Hago mucho ejercicio
para quemar calorías

Los demás piensan que
estoy demasiado
delgado/a

Me preocupa la idea de
tener grasa en el cuerpo

Tardo en comer más que
las otras personas

Procuro no comer
alimentos con azúcar

Como alimentos de
régimen

Siento que los alimentos
controlan mi vida

Me controlo en las
comidas

Noto que los demás me
presionan para que coma

Paso demasiado tiempo
pensando y ocupándome
de la comida

Me siento incómodo/a
después de comer dulces

Me comprometo a hacer
régimen

Me gusta sentir el
estómago vacío

Disfruto probando
comidas nuevas y
sabrosas

Tengo ganas de vomitar
después de las comidas

Tabla 16

BSQ

Ítems

| | Siempre | Casi siempre | Frecuent emente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|---|---------|-----------------|--------------------|------------|---------------|-------|
| ¿Sentirte aburrido/a te ha hecho preocuparte por tu figura? | | | | | | |
| ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta? | | | | | | |
| ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo? | | | | | | |
| ¿Has tenido miedo a engordar? | | | | | | |
| ¿Te ha preocupado que tu carne no sea suficientemente firme? | | | | | | |
| Sentirte llena (después de una gran comida), ¿Te ha hecho sentir gorda/o? | | | | | | |
| ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar? | | | | | | |

¿Has evitado correr para que tu carne no botara?

Estar con chicas delgadas, ¿te ha hecho fijarte en tu figura?

¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?

¿El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gorda/o?

Al fijarte en la figura de otras chicas/os, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?

Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación?

Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas) ¿te ha hecho sentir gorda/o?

¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?

¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?

Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?

¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?

¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?

¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?

Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?

¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío?

¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?

¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura o estómago?

¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?

¿Has vomitado para sentirte más delgada?

Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en un autobús)?

¿Te ha preocupado que tú carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?

Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentir mal por tu figura?

¿te has pellizado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?

¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?

¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?

¿Te has fijado más en tu figura estando con otras personas?

La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?

Tabla 17

Cuestionario de historial sintomatológico en adultos.

| Ítems | Siempre | Hace poco | Nunca |
|--|---------|-----------|-------|
| ¿Desde cuándo tu autoestima se ha visto afectada por tu peso? | | | |
| ¿Desde cuándo tienes la necesidad de hacer deporte con el objetivo de no engordar o bajar de peso? | | | |
| ¿Desde cuándo sientes vergüenza por tu cuerpo? | | | |
| ¿Desde cuándo te sientes preocupado/a por la forma de tu cuerpo? | | | |
| ¿Desde cuando tienes pensamientos relacionados con insatisfacción corporal? | | | |

¿Desde cuándo piensas que deberías de tener más fuerza de voluntad para controlar las ingestas?

¿Desde cuando llevas a cabo restricciones de lo que comes con el objetivo de disminuir de peso?