

Inés Osorio Sardà

**Factores de riesgo de los TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA (TCA): Anorexia y bulimia nerviosas.**  
(Análisis de caso único).

TRABAJO DE FIN DE GRADO

dirigido por la Dra. Núria Vázquez Orellana

Grado de Psicología.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2022

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Marco teórico .....</b>  | <b>3</b>  |
| 1.1. <i>¿Qué son los trastornos de conducta alimentaria? .....</i>                             | 3         |
| 1.2. <i>Pautas y diagnóstico de la Anorexia y Bulimia nerviosas según DSM-5 i CIE-10 .....</i> | 4         |
| 1.3. <i>Prevalencia .....</i>  | 10        |
| 1.4. <i>Diferencias y similitudes entre Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. ....</i>         | 12        |
| 1.5. <i>Etiopatogenia. ....</i>  | 14        |
| 1.5.1. <i>Variables biológicas. ....</i>   | 15        |
| 1.5.2. <i>Variables psicológicas. ....</i>   | 16        |
| 1.5.3. <i>Variables psicosociales. ....</i>  | 18        |
| 1.6. <i>Publicidad y medios de comunicación. ....</i>  | 21        |
| <b>2. Objetivos.....</b>   | <b>22</b> |
| <b>3. Metodología de la investigación.....</b>   | <b>23</b> |
| 3.1. <i>Diseño. ....</i>   | 23        |
| <b>4. Resultados. ....</b>   | <b>24</b> |
| 4.1. <i>Presentación del caso. ....</i>  | 24        |
| <b>5. Conclusión.....</b>  | <b>27</b> |
| 5.1. <i>Análisis y valoración del caso. ....</i>   | 27        |
| 5.2. <i>Plan preventivo. ....</i>  | 31        |
| <b>6. Bibliografía.....</b>  | <b>39</b> |

Annexo

## **1. Marco teórico**

### **1.1. ¿Qué son los trastornos de conducta alimentaria?**

Según la definición de la OMS (2019) un trastorno de la alimentación se caracteriza por anomalías en los hábitos alimentarios que pueden implicar, una ingesta de alimentos insuficiente o excesiva, afectando la salud física y emocional del individuo. Estos trastornos se caracterizan por la aparición de una preocupación excesiva por la imagen y/o el peso corporal.

Dicho con otras palabras, podemos decir que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), pueden desembocar en enfermedades de salud mental con origen multifactorial, que se caracterizan por una conducta inadecuada en la ingesta de alimentos del individuo, acompañado de una serie de conflictos psicosociales y su resolución está inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez y una percepción distorsionada de la autoimagen (Maor, Sayag, Dahan & Hermoni, 2006; Santacoloma y Carmona, 2009, López, Molano y Piñeros 2010), que puede incluso llegar a poner en riesgo la vida del sujeto.

Según varios autores (Méndez Vázquez García, 2008), estas conductas inadecuadas en la ingesta de alimentos tendrían su origen en un impulso psíquico originado por su percepción distorsionada de su imagen corporal.

Según Waller y Sheffield (2008), refieren que, históricamente y en algunas culturas, se consideraba que la alimentación iba ligada al estatus y prestigio social, asociados a una imagen corporal determinada. En diferentes etapas históricas estaba bien visto tener una imagen física con cierto volumen o "redondeces". En la sociedad actual, los principios que rigen nuestra sociedad han cambiado, estos autores Waller y Sheffield (2008) y Lugli y Vivas (2006), hablan de la existencia de una gran preocupación por una imagen corporal determinada (delgadez) como icono de la sociedad actual y la ingesta adecuada de alimentos para conseguirla. Este objetivo conlleva cambios en el estilo de vida, actividades diarias y la relación con la comida.

Estos trastornos cada vez son más frecuentes, especialmente en jóvenes de 12 a 24 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que se trata de un problema de salud que afecta en forma más notoria a las chicas.

### **1.2. Pautas y diagnóstico de la Anorexia y Bulimia nerviosas según DSM-5 i CIE-10**

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, comúnmente llamado DSM-5, y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades-10) permite que los profesionales puedan observar, tanto los cambios genéricos aplicados a todas las entidades diagnósticas, es decir, facilita que los profesionales recurran a esta guía para evaluar, diagnosticar y categorizar cada caso, siendo en la práctica un manual de nosología.

Dentro del apartado de "Trastornos Alimentario y de la Ingestión de Alimentos" del DSM-5, se incluyen los siguientes trastornos:

- 307.52 Pica.
- 307.53 (F98.21) Trastorno de rumiación.
- 307.59 (F50.8) Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- 307.1 Anorexia Nerviosa.
- 307.51 (F50.2) Bulimia nerviosa.
- 307.51 (F50.8) Trastorno de atracones.
- 307.59 (F50.8) Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado.
- 307.50 (F50.9) Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.

Dada la enorme amplitud, me centraré exclusivamente en hacer un análisis de la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno de atracones.

**Tabla 1**

Criterios diagnósticos del DSM-5 i CIE-10 de la Anorexia Nerviosa:

| <b>ANOREXIA NERVIOSA</b>   |
|--|
| <b>A).</b> Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. <i>Peso significativamente bajo</i> se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. |
| <b>B).</b> Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.  |
| <b>C).</b> Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.  |

*Fuente: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5.*

El código para la Anorexia nerviosa según CIE-9 es 307.1, y se asigna independientemente del subtipo, y el código CIE-10 depende del subtipo, como muestro a continuación:

**(F50.01) Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo. Se identificarían a este grupo las personas con perfeccionismo, mayor responsabilidad, la rigidez en sus hábitos alimenticios y los sentimientos de ineficacia (Espina A, Ortego MA, Ochoa de Alda I, Yenes F, Aleman A, 2001).

**(F50.02) Tipo con atracones/purgas:** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Pacientes que inicialmente tenían un diagnóstico de AN con síntomas de atracones/purgas durante su enfermedad, llegan a cruzar su diagnóstico con la Bulimia Nerviosa (Monteleone, P et al., 2011; Olatunji B, et al., 2015).

En este caso se debe *especificar si:*

**En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

**En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Y también se deberá *especificar la gravedad actual* mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), donde los siguientes límites se derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos, adolescentes y niños.

- **Leve:**  $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- **Moderado:**  $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- **Grave:**  $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- **Extremo:**  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

## Tabla 2

Criterios diagnósticos del DSM-5 i CIE-10 de la Bulimia Nerviosa:

| <b>BULIMIA NERVIOSA</b>   |
|---|
| <p><b>A).</b> Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ingestión, en un periodo determinado (ej.: dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.</li><li>2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (ej.: sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).</li></ol> |
| <p><b>B).</b> Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>   |
| <p><b>C).</b> Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>  |
| <p><b>D).</b> La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p>  |
| <p><b>E).</b> La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>  |

*Fuente: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5*

Se debe especificar si:

- **En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

- **En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Y también se debe *especificar la gravedad actual* del trastorno, véase a continuación:

- **Leve:** Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Moderado:** Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Grave:** un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Extremo:** Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados, y esta gravedad puede aumentar para reflejar síntomas y el grado de discapacidad funcional.

### Tabla 3

Criterios diagnósticos del DSM-5 i CIE-10 del Trastorno de atracones:

| <b>TRASTORNO DE ATRACONES</b>   |
|---|
| <p><b>A).</b> Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.</li> <li>2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de</li> </ol> |

comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

**B).** Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

**C).** Malestar intenso respecto a los atracones.

**D).** Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

**E).** El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia

*Fuente: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5*

*Se debe especificar si:*

- **En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.
- **En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Y también se debe especificar la gravedad actual:

- **Leve:** 1–3 atracones a la semana.
- **Moderado:** 4–7 atracones a la semana.
- **Grave:** 8–13 atracones a la semana.
- **Extremo:** 14 o más atracones a la semana.

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones y esta puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

### 1.3. Prevalencia

Los Trastornos de Conducta Alimentaria, suelen ser recurrentes entre quienes los padecen, lo que provoca o causa alteraciones conductuales con efectos perniciosos tanto en ellos, sujetos individuales, como en sus familias (Fairburn CG et al., 2000). Pudiendo estos trastornos cronificarse entre los adolescentes (SEMG, 2018).

Existen diversos estudios que sustentan que los TCA son más frecuentes en mujeres (9 mujeres de cada 10 casos), en España se encuentra una prevalencia del 4,1% al 6,4 % en mujeres de entre 12 y 21 años, y para los hombres, una prevalencia del 0,3 % (SEMG, 2018). La ventana temporal en que suelen manifestarse abarca desde la adolescencia hasta la juventud temprana (Lewinsohn PM et al., 2000).

*Ilustración 1:* Prevalencia en la población en España, de TCA.



Fuente: El *blog de Cristina del Río*. Del Río, C (2014).

Según la Psicóloga Cristina del Río (2014), especializada en trastornos de la conducta alimentaria, 1 de cada 5 adolescentes tienen riesgo de sufrir TCA (20% de adolescentes), entre los que lo desarrollan, recibiendo un

tratamiento adecuado, el 65% logra revertir el diagnóstico. Dentro de los TCA, cabe destacar que hay mejor pronóstico para la BN. (Jay P y Bacaltchuk J, 2001).

*Ilustración 2:* Porcentajes del riesgo a sufrir TCA y de revertirlo.



**20% ADOLESCENTES**  
1 de cada 5 adolescen-  
tes tiene riesgo de sufrir  
TCA



**65% LOGRA REVERTIR EL  
DIAGNÓSTICO**  
Alcanzan una recuperación  
total con el tratamiento ade-  
cuado.

Fuente: El *blog de Cristina del Río*. Del Río, C (2014).

Cabe destacar que los TCA tienen una mayor incidencia en culturas occidentales industrializados, entre las clases sociales y de estatus económico alto, aunque últimamente se ha observado un desplazamiento hacia las clases más bajas (Garfinkel y Garner, 1982).

Como refieren Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS (2002), los TCA frecuentemente presentan una comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como; la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo y el abuso de sustancias. Por ello, cabe destacar, que estos trastornos pueden poner en riesgo la vida de los que las padecen (Fairburn CG et al., 2000), y viceversa, ya que, según la Fundación ABB, un 11% de los adolescentes que está realizando conductas de riesgo es susceptible a acabar cumpliendo criterios para un diagnóstico de TCA.

Si hablamos de la prevalencia de los TCA a nivel mundial, el número de casos de TCA se ha duplicado en los últimos 18 años, el porcentaje ha pasado de 3,4% de la población a un 7,8% entre los años 2000 y 2018 (The American Journal of Clinical Nutrition, 2019).

Resumiendo, y teniendo en cuenta los datos de los estudios actuales, las mujeres parecen ser vulnerables al desarrollo de los trastornos alimenticios, este sexo representa el 90% de los diagnósticos de TCA. (Smink F. Hoeken D. Hoek H, 2012).

Cabe destacar que la tasa de mortalidad total de los TCA está entre 10% y un 15%, más alta que en cualquier otro trastorno psiquiátrico (Judith M, Walsh E, Wheat M, Freund K, 2000 y Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB, 1999).

#### **1.4. Diferencias y similitudes entre Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa.**

Dentro de los TCA, los que despiertan mayor alarma social son AN y BN. Para poder realizar un diagnóstico diferencial, es importante centrarnos en sus características.

Según el DSM-5, una de las características más destacables de la Anorexia es la pérdida de peso continuada que puede llegar a poner en riesgo la vida. Se puede observar que hay un miedo exagerado a aumentar de peso, generalmente motivada por la distorsión de la imagen corporal. Lo que les sucede a estas personas es que están en un peso por debajo del Índice de Masa Corporal que les corresponde. Así mismo manifiestan un mayor control, orden, obsesiones, ansiedad e introversión.

Para la BN, el DSM-5 nos dice que se caracteriza por episodios recurrentes de alimentación excesiva seguido de comportamientos compensatorios como el vómito autoinducido, no hay un manejo de la distorsión corporal, y estas personas presentan un peso aproximado al normal o aumentado. Otras conductas que aparecen en el cuadro patológico de este trastorno son: el descontrol, la impulsividad, las depresiones y fluctuaciones rápidas en el estado de ánimo.

Es decir, de manera genérica y resumida, las personas que padecen AN, manifiestan una extrema delgadez pudiendo llegar a la muerte por inanición, lo que puede darse o no en una persona que padece BN.

Pero cabe destacar, que, a pesar de estas diferencias, la AN y la BN, están fuertemente relacionadas, y es importante detectar los **signos** y **síntomas** comunes de estos trastornos, como son; el miedo a aumentar de peso, la

negación ante las horas de comer, la preocupación por la comida, la realización de ejercicio compulsivo, el tener una imagen corporal distorsionada, el abuso de laxantes o pastillas para adelgazar..., los síntomas depresivos, la vergüenza y la culpa, el comer solo o en secreto. Y también es necesario observar síntomas físicos como son la deshidratación, tener el pelo fino y tenerlo en exceso por el cuerpo, la pérdida anormal de peso, el ser sensible al frío y la amenorrea (Hamdan J.A, et al.,2017).

Según Salud Madrid (2015), encontramos que, en el desarrollo de estos trastornos, hay una serie de comportamientos de excesiva preocupación por la imagen corporal y los cambios en los hábitos de alimentación, como es el rechazo hacia alimentos o hacer dietas estrictas. Estos síntomas pueden conllevar a un deterioro progresivo a nivel orgánico, como alteraciones en los siguientes sistemas biológicos (Hamdan J.A, et al.,2017):

**Tabla 4:** Alteraciones en los siguientes sistemas del cuerpo, que se presentan por el deterioro progresivo de los síntomas de personas que tienen AN y BN:

|   |
|---|
| <p><b>SNC:</b> Apatía, aburrimiento, hipoprosexia (distraibilidad) o dispoexia (focalizar la atención en poco tiempo a muchos estímulos), desregulación emocional. También puede haber comorbilidad como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo.</p>  |
| <p><b>Cardiovascular:</b> Pulso débil e irregular, hipotensión, mareos, lipotimia, síncope, falta de aliento, angina, hipokalemia y desequilibrios electrolíticos (por vómitos y baja ingesta) que pueden inducir arritmias o un paro cardíaco potencialmente mortal.</p>   |
| <p><b>Musculo esqueléticos:</b> retraso del crecimiento en niños/as, fracturas y/o osteoporosis.</p>  |
| <p><b>Gastrointestinal:</b> Erosiones en boca, pérdidas dentales, hipertrofia de glándulas en esófago (Síndrome de Mallory-Weiss) y/o ruptura de esófago que puede conducir a un colapso circulatorio y la muerte, ruptura gástrica por émesis inducida y estreñimiento frecuente con evacuaciones irregularmente crónicas.</p> |

**Sistema endocrino:** Alteración de la tiroides, intolerancia al frío, temperatura corporal baja, pérdida de peso, pérdida de cabello y/o aumento de vello corporal.

**Complicaciones por abuso de laxantes:** Insuficiencia renal, colon catártico, desequilibrio electrolítico, deshidratación y/o dependencia.

Fuente: (Hamdan J.A, et al.,2017).

### 1.5. Etiopatogenia.

Se desconoce la etiología principal de los trastornos de la alimentación, pero se cree que estos trastornos se encuentran envueltos por una combinación de factores de riesgo biológicos, psicosociales, culturales, genéticos, ambientales y familiares (Ghaderi A, Scott B, 2001).

Cabe destacar que según Walsh BT, (2001), existen una serie de factores de riesgo: abuso físico o sexual, el abuso de sustancias e historia familiar de alteraciones en el humor que pueden tener incidencia en los TCA.

Si hacemos una diferenciación respecto a factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los TCA, obtenemos lo siguiente:

**Tabla 5:** Factores predisponentes, precipitantes, mantenedores de los TCA:

|                          | Autopercepción   | Conducta  | Entorno familiar y relaciones interpersonales   |
|--------------------------|--|---|---|
| <b>F. Predisponentes</b> | Edad, género, factores de personalidad, escolaridad, obesidad/sobrepeso, autoestima. | Pautas alimentarias, evitación en la ingesta de alimentos, medición de las partes del cuerpo.   | Déficit de empatía, antecedentes familiares, moldeamiento de práctica de dieta o control alimenticio. Los cánones de belleza, (sobrevaloran la delgadez y rechazan el sobrepeso).                             |
| <b>F. Precipitantes</b>  | Cambios corporales, dieta, aumento de peso, registro de peso.                        | Verificación del contenido de la comida, cuidado alimenticio, actividad física, registro diario de peso-comida-calorías, Dieta restrictiva. | Dificultades familiares, críticas acerca del cuerpo, grupo de pares e intereses en común. Sufrir algún evento vital estresante. Rechazo a causa de la imagen física. Interacción familiar conflictiva/hostil. |

|                                   |  |   |   |
|-----------------------------------|--|---|---|
| <p>F.<br/><b>Mantenedores</b></p> | <p>Ideas erróneas y distorsiones cognitivas (dietas, cuerpo, sobrepeso, distorsión de la autoimagen corporal), baja tolerancia a la frustración.</p> | <p>Presión social por parte del entorno escolarizado.</p> | <p>Funcionamiento familiar inadecuado, presión social familiar, refuerzo en cuanto a la atención por parte de la familia, refuerzo social en cuanto a la pérdida de peso.</p> |
|-----------------------------------|--|---|---|

Fuente: Camprubí, M.L, (2020) y el estudio de Valbuena, M.C, (2017).

En relación con el estudio que realizaron Hilbert, A y su equipo (2014), donde se buscaba examinar la existencia de los factores de riesgo en el desarrollo de la Anorexia y Bulimia, mediante comparaciones directas basadas en entrevistas, determinaron que la existencia de dichos factores conduce a la manifestación de TCAs.

Por ello, vamos a analizar las tres grandes dimensiones de prestación de los factores de riesgo como son los biológicos, psicológicos y socioculturales, y, por último, de la influencia que tiene la publicidad y los medios de comunicación en estos trastornos o a su posible desarrollo.

### **1.5.1. Variables biológicas.**

Según las teorías biológicas, el papel fundamental de la herencia aun está por resolver, pero cabe destacar que, algunos estudios encuentran que la heredabilidad de los factores de personalidad, pueden predisponer a tener un TCA (Camprubí M.L, 2021). Estudios apuntan a que los factores neurobioquímicos en base a alteraciones de los niveles de serotonina, pueden ser un posible factor de riesgo en cuanto al desarrollo de un TCA (Calado M, 2010).

El nacer pretermino, actúa como factor de riesgo en muchas psicopatologías, y en el TCA se ha encontrado que las niñas prematuras son más propensas a los trastornos de alimentación, especialmente si nacieron con una estatura corta (Cnattingius et al., 1999).

En cuanto a la etapa de la adolescencia, nos encontramos que el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPS), es un regulador del apetito, tensión y humor, y actúa a través de los neurotransmisores como la serotonina (ansiedad, apetito), noradrenalina (regulador de tensión) y dopamina (sistema de recompensa). Al inicio de la pubertad, se activan las hormonas ováricas (estrógenos), estudios sobre el estradiol parecen indicar que los TCA sobretodo en la pubertad, pueden tener incidencia en la transcripción génica (Klump KL, et al. 2010).

Las hormonas esteroideas actúan sobre la alteración organizacional de los rasgos psicológicos y comportamentales y los cambios físicos como, el aumento de la cantidad de grasa corporal en las niñas (Culbert KM et al., (2009) y según refiere Bearman y su equipo (2009), esta estructura corporal en las niñas se opone al ideal de belleza establecido para las mujeres y en consecuencia contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal.

Las mujeres que presentan AN, tendrían mas probabilidades de tener antecedentes familiares de AN, pero menos probabilidades de tener antecedentes familiares de sobrepeso o de otros aspectos como comer en exceso, antecedentes de BN... (Fairburn, et al., 1997; Striegel-Moore, et al., 2005).

### **1.5.2. Variables psicológicas.**

Algunos rasgos de personalidad, como son el perfeccionismo, la emocionalidad negativa, los síntomas depresivos, la baja autoestima, la impulsividad/urgencia negativa, también ciertos funcionamientos parentales inadecuados, además del contacto con pares con preocupaciones y patrones similares al de los trastornos de conducta alimentaria, han mostrado ser factores predictivos para el desarrollo de síntomas del TCA (Gismero M.E, 2020).

Según el estudio de Cortes, H.D et al. (2003), los sujetos que desarrollan AN, están inclinados a ser más obsesivos y perfeccionistas que la gente que les

rodea. Por ello, cuando inician una dieta suelen ser muy rígidos y estrictos, rigidez que se acentúa conforme van consiguiendo sus objetivos.

Estos datos fueron confirmados mas adelante por Guismero, M.E (2020), donde afirma que el perfeccionismo aparece como un factor de riesgo y de mantenimiento en la patología alimentaria. El tener niveles altos de perfeccionismo en personas con TCA, contribuye al mantenimiento de su trastorno y los lleva a adherirse a reglas estrictas sobre cuando y el qué deben comer, esto les supone poner mucho énfasis en conseguir su ideal de cuerpo delgado (Gismero M.E, 2020). Este hecho se sustenta en varios estudios longitudinales donde encuentran que un alto nivel de perfeccionismo predice el inicio de síndromes de Anorexia (Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn, 2002), síntomas bulímicos (Killen et al., 1994; Vohs, Bardone, Joiner, Abramson y Heatherton, 1999), y atracones (Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton y Joiner, 2006). El perfeccionismo también se ha documentado en la BN (Fairburn et al., 1997), aunque la BN se ha asociado con antecedentes personales de obesidad infantil y burlas relacionadas con el peso, así como también antecedentes de los padres de TA como dietas y sobrealimentación (Fairburn et al., 1997).

Por otro lado, en la muestra del estudio longitudinal de Leon y su grupo (2011), encontraron que la tendencia a sentirse infeliz, con ansiedad (emocionalidad negativa) y con humor depresivo, se encuentra en un 5%-25% de personas con AN, y que estos factores predicen el desarrollo de patología de conducta alimentaria. Probablemente, estos factores comentados anteriormente, están asociados con actitudes negativas hacia uno mismo, y esto los lleva a una baja autoestima y a una insatisfacción con ellos mismos.

Respecto a la baja autoestima, en un estudio longitudinal que realizaron Button, Soonuga-Barke, Davies y Thompson (1996), hallaron que niñas de entre 11 y 12 años con poca autoestima, tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar síntomas mas severos de TCA, además de otros trastornos psicológicos. Otros estudios como son el de Ghaderi y Scott (2001) encontraron que las mujeres que mostraban baja autoestima, altas

preocupaciones por el cuerpo, poca percepción de apoyo social, resultaron ser factores de riesgo prospectivos de un TCA.

### **1.5.3. Variables psicosociales.**

Para poder determinar conductas de riesgo, variables de riesgo o la patología como tal, es importante que se realice una buena anamnesis de la familia ya que es frecuente encontrar miembros de una misma familia con una patología similar (Hamdan, J.A, 2017).

La exposición al ideal social de delgadez en la mujer y la presión para conseguirlo, la exposición a los medios, internalización del ideal de delgadez y las expectativas de adelgazar, son factores de riesgo psicosocial capaces de predecir un incremento en los niveles de insatisfacción corporal, la realización de dietas o síntomas anoréxicos y bulímicos en mujeres adolescentes y jóvenes (Gismero, M.E. (2020).

Es importante destacar, la relación padres-hijos en cuanto a variables psicosociales. En la revisión de diferentes artículos que realizan Leticia, María José y Mercedes (2014), encontraron en el estudio realizado por Ana Olivia Ruíz Martínez (2008), que, las niñas con TCA habían afirmado tener mala relación con sus madres, caracterizado por vínculos afectivos inseguros y evitativos, en comparación con niñas sin TCA, mientras que, por otro lado, en relación con el vínculo padre-hija mostraron sentir por parte de este unas altas expectativas y perfeccionismo. En estudios realizados (Oliva, A et al. (2013) y Olivares, S et al. (2012)), se ha comprobado que la madre es la que principalmente transmite a sus hijos las conductas saludables y que los hijos cuyas madres están muy preocupadas por el peso o realizan dietas restrictivas de forma continuada, tienen una mayor probabilidad de sufrir un TCA.

Estos datos se confirmaron mas adelante con la investigación de P. Domínguez (2013), donde observó que es la madre la principal responsable de transmitir las conductas saludables a sus hijos, y por tanto un modelo a seguir por parte de estos, lo que lleva a pensar que es un factor muy

importante en el desarrollo de un TCA, como también, Sónia Gonçalves (2006) que definió como factor muy influyente para las niñas, el hecho de que las madres siguieran una dieta, que generaba una alta probabilidad de que estas niñas sean más propensas a mostrar problemas de alimentación.

Es también interesante comentar no sólo la influencia que la madre ejerce sobre los hijos sino también el resto de la familia, ya que varios estudios han comprobado que las críticas que realizan abuelos, tíos, o personas relacionadas de forma muy directa con los niños, pueden influir en la percepción de la imagen corporal que tienen, considerándose un factor precipitante (Gonçalves, JDA et al. (2013); Bauer, KW et al (2013); Díaz, S et al. (2013)).

Otros estudios con un diseño longitudinal, (Fernández, B. Belmonte, L y Delgado, M. (2004); Ghaderi y Scott, (2001); Rohde, Stice y Marti, (2015)), muestran que la insatisfacción corporal y las preocupaciones por el cuerpo, por el peso y por las formas corporales, han demostrado que son factores de riesgo que predicen el desarrollo de un futuro TCA, incluyendo una AN, y también una BN (Fernández, B et al., (2004); Ghaderi y Scott, (2001); Jacobi et al., (2011); Rohde et al., (2015); The McKnight Investigators, (2003); Stice, Marti y Durant, (2011)).

Además, en la investigación longitudinal que llevo a cabo McKnight (The McKnight Investigators, 2003), se observó que los factores que predecían significativamente, el establecimiento de TCA, en dos muestras distintas, fueron: "preocupación por el cuerpo delgado y presión social". Estas variables median las preocupaciones por el peso, la forma y la alimentación incluyendo, la dieta y las burlas sobre el peso. Estos estudios fueron confirmados mas adelante por el de Jacobi et al. (2011) y Rohde et al. (2015), donde confirmaron que: la preocupación por un cuerpo delgado, la presión social a adelgazar, los comentarios negativos sobre el peso o la forma del cuerpo, hacia el sujeto, de parte de profesores, amigos o hermanos son factores de riesgo para el desarrollo de un TCA.

Estos autores Stice, Davis, Miller y Marti (2008), llevaron a cabo un análisis de interacciones entre factores de riesgo y la presencia de TCA, en una

muestra de 496 adolescentes encontraron que el 24% las chicas con mayor insatisfacción corporal mostraron una incidencia de inicio de TCAs cuatro veces mayor. Y entre los participantes con mayor insatisfacción corporal, aquellas que mostraron más síntomas depresivos tenían aun más riesgo de iniciar un TCA. Mientras que aquellas con menor insatisfacción corporal (más contentas con su cuerpo), la incidencia de sufrir un TCA disminuía. Y aumentaba su incidencia entre aquellas que hacían dieta.

Las dietas es un factor importante, para determinar y predecir los TCA, incluyendo la AN (Fairburn, Cooper, Doll y Davies, 2005; Rohde et al., 2015; Stice et al., 2011) y BN (Patton et al., 1999). Estos autores hallaron que aquellas mujeres que seguían una dieta de moderada a severa tenían de 5 a 18 veces mas probabilidades de desarrollar una BN subclínica de aquellas mujeres que no seguían dieta alguna. Se sabe que las dietas que se realizan a temprana edad, la depresión o la distorsión de la imagen corporal, aumenta el riesgo de mantener posteriormente conductas extremas para controlar el peso, como son las dietas, el uso de laxantes, píldoras adelgazantes o vomito inducido entre otros (Liechty, J.M y Lee, M.J, 2013).

Por otro lado, se encuentra que la afectividad negativa, los problemas de crianza como es la discordia familiar, altas demandas de los padres, separación de los padres, así como también psicopatología de los padres, antecedentes familiares de dieta, suponen ser factores de riesgo comunes en todos los trastornos de la alimentación (Fairburn et al., 1997, 1998, 1999; Striegel-Moore et al., 2005; Pike et al., 2008).

A pesar de que la correlación existente entre los factores de riesgo citados anteriormente y la presencia de TCA son evidentes, la evaluación de estos arroja poca información pronostica en términos de predicción del desarrollo de diagnósticos específicos de los trastornos alimentarios (Killen et al., 1996; Jacobi et al., 2004; Stice et al., 2008).

## **1.6. Publicidad y medios de comunicación.**

Vivimos en la era de la comunicación, los medios nos hacen cómplices de todo tipo de informaciones, los medios nos enseñan a modelar las percepciones que tenemos de la realidad. Para Cathcart y Gumper (1993), los medios influyen en la autoimagen del individuo. Myers y Biocca (1992) hicieron un estudio sobre la percepción del cuerpo entre 76 estudiantes a las que se sometieron a un programa directamente relacionada con el culto al cuerpo, después del visionado los jóvenes ya se sentían insatisfechas con su cuerpo.

Sin embargo, parece no estar claro si los medios actúan como causa, o solo como refuerzo, de los TCA, especialmente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Ferguson, 2013; Levine; Murnen, 2009).

Según el estudio de Alejandro del Moral-Agúndez y Maria Victoria Carrilo Durán (2020), realizaron un estudio experimental de carácter exploratorio donde median la influencia que tiene la publicidad durante un programa de televisión en mujeres con TCA (AN o BN) en comparación con mujeres sanas. Usaron dos tipos de anuncios, publicidad de culto al cuerpo (mostrando la delgadez o promoviéndola) y publicidad neutral. Encontraron que las mujeres jóvenes con TCA recuerdan mejor los anuncios que muestran delgadez y productos para bajar de peso y prestan menos atención a otros tipos dirigidos a su grupo de edad y sexo. Encuentran que la publicidad televisiva parece ser más un refuerzo para estas mujeres que ya están insatisfechas con su cuerpo, que una causa directa de su trastorno de imagen corporal. Sin embargo, aunque las diferencias en el recuerdo entre el grupo diagnosticado de trastornos alimentarios y el grupo control no son muy grandes, el grupo de mujeres jóvenes con TCA recordaba mejor, que el grupo de mujeres sanas, los anuncios relacionados con la belleza y el adelgazamiento (excepto el anuncio de belleza facial). Este resultado nos lleva a pensar que la belleza ideal de las mujeres diagnosticadas con un trastorno alimentario parece seguir un patrón de cuerpo delgado, y que la influencia de este tipo de publicidad es mayor cuando el trastorno ya existe.

A pesar de las controversias, generalmente en el ámbito de los TCA, se achaca, a los medios de comunicación, ser los generadores y los motores socialmente aceptados de insatisfacción personal. "El constante bombardeo de televisión, prensa ilustrada, radio carteles urbanos y demás vehículos de información y propaganda parece, en el terreno que nos ocupa, capaz de conseguir el "lavado de cerebro" (mejor, el "ensuciado" de cerebro) que tan peligroso está resultando para la salud mental y somática de una parte importante de la población" (Toro, 1996).

Podemos afirmar que la tendencia de los medios de comunicación, en la actualidad, facilitan la confusión entre publicidad e información, realidad y ficción. Dicha tendencia no favorece una óptima percepción de la realidad por parte del sujeto, lo que favorece la proliferación de errores tipo cognitivo y, por ende, de tipo conductual, que es lo que nos ocupa en el TCA.

## **2. Objetivos.**

El presente Trabajo de Fin de Grado, se encuentra vinculado a las prácticas realizadas en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) del Vendrell, en el período del 1 de Marzo al 1 de Mayo de 2022, junto con mi tutora de prácticas, Elena Canga Rodríguez, graduada en Psicología en la Universidad de Barcelona (PIR), y estuvo de residente en el Instituto Pere Mata, donde realizó un máster de psicoterapia integradora y otro de psicoterapia psicodinámica.

El principal objetivo de este trabajo es examinar y estudiar un caso único, analizando los factores de riesgo que han demostrado incrementar el desarrollo de los Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA), como son las variables psicosociales, psicológicas y biológicas.

Se pretende hacer una comparativa entre la realidad teórica y la realidad práctica en los TCA, donde se confronte estas dos partes y poder realizar una valoración de los factores de riesgo concomitantes o de mayor impacto en el caso de una paciente con TCA. Asimismo, destacaré las similitudes, así como las diferencias de las variables que inciden en los TCA.

La realización del presente trabajo ha consistido en el análisis de artículos científicos relacionados con la temática del trabajo, los Trastornos de Conducta Alimentaria, y se ha sustentado la recogida y el estudio de la información con una parte práctica, es decir, con el análisis de un caso único, de una paciente con trastorno de Anorexia Nerviosa, del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, centro donde he realizado las prácticas.

Finalmente he creado un plan preventivo para el trastorno de la Anorexia, uno para el sujeto al cual he realizado el seguimiento y otro plan preventivo, en general, para la población adolescente que empieza secundaria.

### **3. Metodología de la investigación**

#### **3.1. Diseño.**

El presente diseño de caso único se caracteriza por llevar a cabo el registro sucesivo a lo largo de dos meses, de la conducta de un sujeto con diagnóstico de AN. No existe ningún tipo de manipulación de variables, sino que se ha realizado una observación en términos holísticos, pero metódica, y un seguimiento de las visitas que la paciente ha llevado a cabo con psicología, psiquiatría y enfermería en el CSMIJ del Vendrell.

Después de realizar el seguimiento de este sujeto, se procedió a describir lo observado en visita y a estudiar los posibles factores de riesgo que han podido influir en el desarrollo del TCA, así como toda la literatura científica disponible.

Para poder llevar a cabo el análisis de caso único, se buscó información en libros de texto (psicología, biología, anatomía, dietética etc...), artículos científicos originales, artículos de revisión, información virtual en páginas web, se realizó una revisión sistemática de la literatura, utilizando como medio de búsqueda de las bases de datos: Pub-Med, Mendeley, SCI-HUB, Google Scholar y Google.

La selección de los diferentes estudios y artículos científicos se basó en adoptar como criterios de inclusión los estudios de prevalencia, factores de

riesgo para la AN y BN, artículos publicados en inglés, estudios con adolescentes con TCA y sin TCA, la influencia de los medios de comunicación en estos trastornos y teoría general de los TCA. En cuanto a la búsqueda de base de datos, se utilizaron las siguientes palabras clave: ``eating disorder``, ``anorexia nervosa``, ``bulimia nervosa``, ``prevalence``, ``epidemiology``, ``incidence``, social media and eating disorders' risk factors and eating disorders' y sus equivalentes en español.

#### **4. Resultados.**

##### **4.1. Presentación del caso.**

Cabe destacar que algunos datos del siguiente caso a exponer han sido modificados u omitidos con el objetivo de respetar la confidencialidad del paciente.

#### **ANAMNESI:**

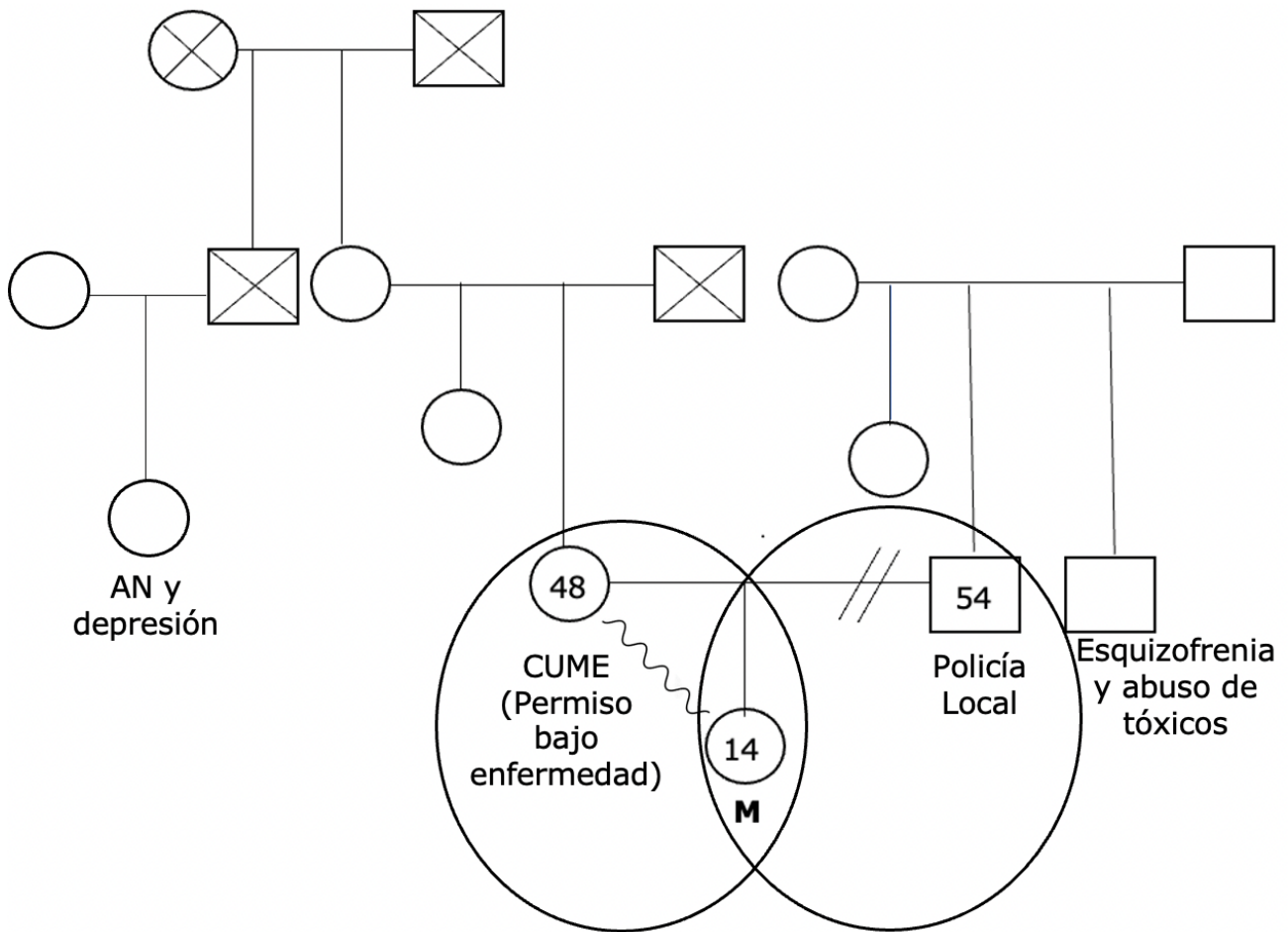
##### **Motivo de consulta:**

Adolescente mujer de 14 años que realiza una primera visita en CSMIJ Vendrell en septiembre de 2021, acude a primera visita con ambos padres. Acude a consulta por derivación en julio de 2021 por pediatra de referencia, por labilidad emocional, sentimientos de infelicidad, inseguridad, disminución significativa de la ingesta, mucho deporte, se ha provocado el vómito en más de una ocasión, verbaliza sentirse gorda, no quiere que la toquen y usa ropa muy ancha.

##### **Antecedentes familiares:**

Madre con trastorno por dependencia del alcohol y trastorno de personalidad.  
Familiar de segundo grado paterno con esquizofrenia y abuso de tóxicos  
Familiar de segundo grado materno con anorexia nerviosa y depresión de años evolución.

## Genograma familiar:



## Exploración psicopatológica:

Embarazo deseado sin complicaciones, nace a término.

Parto eutócico.

Peso al nacer de 2,900kg

Lactancia materna hasta los 3 meses y biberón hasta los 14 meses.

No presenta complicaciones con la alimentación complementaria.

Autonomía adecuada a la edad, primeros pasos a los 12 meses.

Juego simbólico variado e interactivo (busca al otro para jugar).

Primeras palabras a los 12 meses.

Control de esfínter a los 2 años (urinario y anal).

Empieza la escolarización en P3 sin dificultades (integrada con iguales y profesores).

**Diagnostico principal:**

F50.1 ANOREXIA NERVIOSA

**Evolución:**

Padres separados, sin pareja, hija única. M refiere dificultades en la relación con sus padres, en casa de su padre esta mas tranquila y con su madre 'tiene ansiedad'. Actualmente vive con el padre, pero anteriormente vivía con la madre, la cual tiene un trastorno de ansiedad generalizado y enolismo. Actualmente la madre de M se encuentra en tratamiento por el TAG, con ansiolítico y antidepresivo. M refiere que su madre quiere que ella sea una muñeca, y que parece que no quiera que tenga criterio propio.

En 1º de ESO, con 12 años empezó a tontear con la comida, y fue en 2º de la ESO, con 13 años cuando le diagnosticaron AN. Detectan signos de alarma a finales de curso de 2º ESO, donde empezó queriendo comer saludable pero después ya no quería comer. Refiere episodios de vómitos tras la ingesta de forma puntual. Inicia un aumento de la actividad deportiva, de 6/7h al día, en enero 2021 y genera una perdida de casi 10kg.

Adolescente que se refiere como estudiosa, buena persona, cariñosa, amigable. Cursa 3º ESO en un colegio religioso, buen rendimiento e integrada con iguales. Refiere hacer cosas por sus amigas que no le gustan, por miedo a que la dejen de lado y se quede sola, aunque a ella no le guste lo que le pidan que haga, y se sienta 'asquerosa', refiere que le da miedo no poder decir que no. Se muestra insegura ante las relaciones y refiere deseo de tener a alguien como pareja para que la quiera 'tal y como es'.

M tiene sueños en los cuáles ella esta en alguna situación donde no puede decir que no, se siente asqueada, y luego se suicida. Conexión con la actualidad, que cuando se siente mal, se autolesiona los brazos y las piernas.

La madre refiere episodios de "crisis" estando las dos en casa, en momentos en los que la madre le pide que deje de hacer deporte o coma un yogur de

postre, y esto desencadena una crisis de ansiedad con gestos autolíticos, los primeros en verano del 2021.

En una de estas crisis van a urgencias de Vendrell y la ingresan en UCA, 3 semanas.

Valoran positivamente el paso por el ingreso. Desde la salida del ingreso se les vincula a URTA con seguimiento quincenal. Desde ahí se hacen abordajes únicamente alimentarios y con objetivos médicos como aumento de peso y reaparición de menstruación.

Se realiza seguimiento en CSMIJ realizando visitas con psiquiatría, psicología y enfermería. A nivel farmacológico se introduce Sentralina y Rivotril.

Desde septiembre de 2021 hasta la actualidad hay una mejoría en la sintomatología alimentaria (a pesar de esto, sigue con amenorrea), su IMC actual es de 17,7 y pesa 41,8 (+ 1,8kg) y debe llegar a los 43,5kg, para que le vuelva la menstruación.

## **5. Conclusión.**

### **5.1. Análisis y valoración del caso.**

Realizando una comparativa con la literatura y el seguimiento de M, tener antecedentes familiares (genético-biológico), como refiere Fairburn (1997), es un factor de riesgo en el desarrollo de una AN. En nuestro caso, al tratarse de un familiar de 3º grado (prima segunda de la madre) no creemos que la incidencia tenga una relación directa con el AN que presenta M. De todos modos, existe un campo por explorar dentro de la biogenética que podría arrojar luz sobre la incógnita que nos ocupa.

En cuanto a variables psicológicas, observo que en visita habla de mucha cantidad y variedad de temas sobre su vida, tiene un discurso verborreico y parece tener muchas ganas de desahogarse. Ella misma refiere tener baja autoestima, pero esto se puede observar también cuando refiere que quiere quedar bien con todo el mundo, quiere agradar a todos, hasta tal punto de hacer cualquier cosa, aunque a ella no le guste. También se observa cuando

la psicóloga le da una varita mágica, y le pregunta que qué cambiaría de ella, a esto M contesta que se cambiaría a toda ella. Esta tendencia a sentirse infeliz, hasta con humor depresivo a veces, sin ganas de hacer nada, la lleva a tener una insatisfacción consigo misma y a tener baja autoestima (Leon et al. 2011).

En relación con la figura materna, cabe destacar que, en 2019, cuando se produjo la separación de los padres, M se vio en la tesitura de convivir con ambos progenitores pasando mayor tiempo con su madre. La convivencia con su madre le supuso enfrentarse a diferentes tipos de conflictos, como;

- Estado de embriaguez (madre).
- Diagnostico de trastorno de personalidad (madre).
- Conocimiento sobre episodios de conducta sexual (madre).
- Conocimiento sobre conflictos emocionales y económicos con otras parejas (madre).

Estas situaciones se dieron entre los 9 y 11 años, por lo que carecía de las herramientas necesarias para realizar un afrontamiento adecuado. Estas vivencias la indujeron a pensar que ella no debía ser otra preocupación añadida a su madre.

Como refiere P. Domínguez (2013), la madre debe ser un modelo para seguir para sus hijos, y en este caso, con una madre que ni siquiera tenía la capacidad de cuidarse a si misma, ni las estrategias para gestionar la separación, creando, de este modo un modelo distorsionado, lo que podría conformar una variable de riesgo en cuanto al desarrollo posterior de la Anorexia en M.

Como bien se ha comprobado, las críticas hacia el cuerpo de estas niñas, puede influir en la forma en que estos perciben su imagen corporal y por ello, se considere un factor precipitante (Jacobi, C et al., 2003). M ha sufrido ciertas manifestaciones de su círculo social más próximo, tales como:

- ``¿que flaca estas no?`` ``toma, come un poco de pizza que así te verás mejor`` - Tío.
- `` que dejada estás píntate las uñas`` ``ponte falda que así parecerás una muñeca`` - Madre.

Esto se podría considerar como factores precipitantes.

Como refiere Morandé (2014), algunos de los rasgos que pueden predisponer a una persona a sufrir un TCA son, la poca confianza en sí mismos, la falta de autonomía e independencia, la inconformidad social, el descontrol de las emociones...

M no se acepta tal y como es, es demasiado exigente consigo misma, con el propósito de alcanzar lo que ella concibe como perfección. Refiere que esto le sucede desde 2019, por ello, y como dice Cortes, H.D et al. (2003) y Guismero M.E (2020), el perfeccionismo que tiene M aparece como factor de riesgo y como factor mantenedor de la Anorexia.

Respecto a las relaciones sociales, M refiere que, desde hace años, se encuentra con un sentimiento de querer satisfacer a los demás, no sabe decir que no y es muy complaciente con las amistades, hasta el punto de llegar a hacer cosas que ella no quiere. Esto le afecta, ya que nos manifiesta que tiene sueños donde: 'ella no puede decir que no y se da tanto asco que se acaba suicidando'.

Otro efecto que nos podría dar explicación sobre la conducta de M enfrente a las relaciones sociales sería la falta de un entorno socializador fuera de la escuela. Como nombra Antonio Talarn, Francesc Sáint y Anna Rigat, en el libro 'Relaciones vivencia y psicopatología' (2013), la escuela es ciertamente un gran agente socializador, pero no el único, si la familia no está abierta al mundo y al entorno, al contacto con los otros niños, restara posibilidades al proceso de socialización, por lo que su autonomía, su independencia de pensamiento y su libertad pueden verse en gran medida restringida. Hago esta asociación porque M en varias ocasiones refirió que siempre le gustaba estar más con su padre porque hacían cosas fuera de casa con otros niños, y con su madre no podía, a causa de su enfermedad y enojo, esta, no se encontraba con la capacidad para cubrir las necesidades sociales que M necesitaba.

Otro factor de riesgo para tener en cuenta es la tenencia a una edad temprana del teléfono móvil y la escasa, por no decir nula, supervisión paterna de su

uso, lo que facilitó su acceso a aplicaciones como Instagram, TikTok y YouTube, y un visionado de contenido sobre ropa, e influencers como *Kylie Jenner* y *Gigi Hadid*. Este contenido, en el móvil, relacionado con chicas delgadas y comentarios negativos sobre el cuerpo, no estéticamente reconocido por la sociedad actual, podría haber llevado a M a tener una preocupación por conseguir un cuerpo delgado causado por la presión social de adelgazar (Jacobi, C et al. (2003).

Debemos valorar el concepto 'dieta' con un factor de riesgo destacable en M. Los descuidos de la madre con la comida, los comentarios sobre su cuerpo de familiares, junto con la influencia, en internet, sobre contenido alimenticio y nutrición, podrían haber llevado a M a gestionar de forma inadecuada la ingesta de alimentos desde una edad muy temprana (Liechty, J.M y Lee, M.J, 2013). Esto se puede comprobar cuando M perdió casi 10 kilos (ver historial clínico).

No cabe duda de que hoy en día los cuerpos representados en los medios, en su gran mayoría, son muy delgados y tonificados, con énfasis en la delgadez extrema para las mujeres y la hipermuscularidad para los hombres. Las imágenes se manipulan para que las mujeres sean mas delgadas, llegando hasta alterar la apariencia de la piel, digitalmente, para que sea impecable y perfecta, representando esta información como una realidad alcanzable. 'Tener una distorsión de la imagen corporal aumenta el riesgo de posteriormente, tener conductas extremas con el control del peso (Liechty, J.M y Lee, M.J (2013))', y como hemos visto anteriormente la imagen ya llega distorsionada por los propios medios de comunicación, haciéndola pasar por real, lo que podría dificultar la propiocepción del individuo. Esto da lugar a una diferenciación en cuanto a las imágenes de los medios y lo que la mayoría de las personas viven. Además, los medios refuerzan el atractivo de tales formas corporales al asociarlas con resultados positivos en la vida, incluidos el éxito, la felicidad, la salud y la popularidad (Padín, P. F., González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C., y Vázquez-Pérez, R., 2021).

Según Alejandro del Moral-Agúndez y Maria Victoria Carrilo Durán (2020), la publicidad televisiva parece ser un refuerzo para las mujeres que ya están insatisfechas con su cuerpo. En el caso de M, observamos que el tener un uso

de las redes sociales y la publicidad, en momentos donde se pudo haber sentido insatisfecha con su cuerpo o con baja autoestima, esto podría haber actuado como un refuerzo ante el desarrollo de su TCA.

La internalización del ideal de delgadez promovido por los medios de comunicación, la insatisfacción corporal y la presión percibida por ser delgada son factores de riesgo para los trastornos alimentarios en las mujeres (Rohde, Stice, & Marti, 2015), y en M, se podría afirmar que lo valoramos como variable de riesgo.

En resumen, respecto a los factores biológicos y antecedentes familiares con AN, han arrojado muy poca información pronóstica en cuanto a predicción de este trastorno, pero en cambio, la separación de los padres, la psicopatología de la madre, los medios de comunicación, las críticas sobre el cuerpo, desencadenan en M una insatisfacción psíquica, una distorsión de la imagen corporal, un perfeccionismo por alcanzar metas sobre su cuerpo y a tener un control extremo con la alimentación. También, hay que señalar que, en el caso de M, ha sido el entorno el que ha ejercido una gran influencia en el desarrollo y mantenimiento de la Anorexia. La influencia de varios factores asociados a la personalidad del individuo: inseguridad, baja autoestima, bajo autoconcepto... Influyen en la posibilidad de una mayor vulnerabilidad para desarrollar un TCA (Ghaderi y Scott, 2001).

## **5.2. Plan preventivo.**

Las situaciones traumáticas que atravesamos durante el periodo vital, suelen ser la base, el origen de sufrimiento mental. Por lo que creo oportuno estar pendientes a estas situaciones con el fin de intervenir con la inmediatez adecuada, de este modo, estamos trabajando en la prevención del posible devenir de este sufrimiento mental en un posible trastorno. En este caso la separación de los padres sería el hecho traumático y el posible desencadenante del TCA que presenta M.

Esta situación la podríamos relacionar con un sentimiento de culpabilidad frente a la separación de los padres (Vilariño, M et al. (2008). Es frecuente

que los niños se sientan culpables de que los padres se separen, provocándoles un fuerte malestar emocional, este sentimiento de culpa facilita la aparición de estados de tristeza y depresión, afectando además a la autoestima.

Después de estudiar los factores de riesgo que han podido incidir en el caso de M, encuentro que, en el momento de 1º ESO, si se hubiera implementado un plan preventivo, tal vez, M no hubiera acabado desarrollando una Anorexia.

Por ello, encuentro que sería algo muy eficiente, llevar a cabo la realización de un programa de intervención preventiva primaria, en el momento del hecho traumático o bien de prevención secundaria ante la solicitud del paciente, con tal de reducir en la medida de lo posible la prevalencia de la Anorexia mediante técnicas, del tipo cognitivo conductual.

Haría un programa de prevención, mediante actuaciones destinadas a modificar actitudes negativas en relación con, la imagen corporal el peso y los hábitos de la alimentación y proporcionarle a M los recursos necesarios para desarrollar una capacidad crítica frente a la cultura de la delgadez, fortalecer la autoestima y la resiliencia (la capacidad para enfrentarse a las amenazas del entorno ), como por ejemplo, a las críticas del de familiares hacia su cuerpo, protegerse de anuncios o visionado en los medios de contenido de riesgo para la anorexia...

Llevaría a cabo un programa que se separaría en dos fases, la primera para M y la otra fase para los padres y profesores de esta. Realizaría un total de 9 sesiones interactivas de 1 hora de duración, una sesión semanal. Las 3 primeras sesiones irían destinadas a los profesores y a los padres y el resto para M.

- **Programa para padres y profesores de M:**

El trabajar con ellos, sería con el propósito de ampliar y mejorar sus conocimientos acerca de los TCA, les mostraría cuestionarios para la detección de estos trastornos, el trabajo con ellos sería para transmitirles su importante y gran papel en la prevención y detección de estos trastornos. Le explicaría dónde deben acudir ante la sospecha de este tipo de trastornos.

Le transmitiría mensajes a la familia sobre pautas que indirectamente protegen frente a los TCA como, el fomentar comidas en familia, facilitar la comunicación, mejorar la autoestima, por ejemplo, evitando conversaciones que giren solo sobre la alimentación y la imagen, evitar bromas sobre el cuerpo, peso o formas de comer etc.

1. Breve introducción de los TCA: Concepto, incidencia, factores protectores.
2. Herramientas para la detección precoz, como tener información sobre los signos y síntomas de aparición precoz en los TCA.
3. Pautas de actuación frente a este tipo de trastornos.

### **Evaluación:**

Para conocer la eficacia y eficiencia de este programa primario preventivo sería esencial llevar a cabo una evaluación de los resultados mediante métodos cuantitativos como cuestionarios y test como EAT-26 y satisfacción corporal o me mediante cuestionarios cualitativos como entrevista, debates, observación, y evaluar si han llegado los objetivos deseados etc. Teniendo en cuenta que un programa preventivo protege a la población durante un corto periodo de tiempo sería necesario continuarlos en el tiempo además de realizar un seguimiento por ello implantaría un programa con los padres y profesores que son los que están con M durante todo su transcurso de vida y escolar.

- **Programa para M:**

**Objetivos:**

Con M trabajaría de una manera activa proporcionándole estrategias para modificar comportamientos inadecuados tratando temas como, la imagen corporal, autoestima, la repercusión negativa de la publicidad y el uso que le da a las redes sociales y los problemas de la incorrecta alimentación y del ejercicio físico.

Con ella llevaría a cabo un trabajo destinado a educar y formar, no solo informar, ya que información acerca de los TC a no es sinónimo de conocimiento De hecho como he comentado anteriormente puede llegar a ser contraproducente.

**Contenidos y actividades del programa:**

Después de tener con ella una primera visita para conocernos, empezáramos con el programa, donde trabajaríamos temas como la alimentación y nutrición, la imagen corporal, la autocrítica, la influencia de la publicidad, y la autoestima y autoconcepto. Con estas sesiones lo que queremos es fortalecer a M, darle herramientas para que vea las cosas positivas, tanto de ella misma, como de las situaciones y con ello prevenir futuros problemas con la alimentación.

La distribución de las sesiones sería la siguiente:

**Sesión 1:**

- Realizar una evaluación de sus conocimientos sobre los TCA y la alimentación, mediante un dialogo y la administración de un pequeño cuestionario de conocimiento sobre dietética y nutrición (Anexo 2).
- Realizar el cuestionario de satisfacción corporal (Anexo 3).

### **Sesión 2:**

- Administrar el cuestionario EAT-26 (Anexo 4).
- Realizar un dibujo de figura humana "ideal" en tamaño real, luego el cuerpo que sería el suyo y posteriormente tumbarla en el suelo y realizar bordear su cuerpo para que compare con, lo que quiere, lo que piensa que es, y lo que realmente es.

### **Sesión 3:**

- Tener una charla sobre falsos mitos como; el abuso de laxantes ayuda en la pérdida de peso, la dieta vegetariana adelgaza, saltarnos la cena adelgaza...
- Hablar sobre imagen de mi "yo". Trabajar la autoestima mediante preguntas sobre como se siente, que cambiaría de su cuerpo, el porqué etc. Para poder hacernos una idea de como es la autocrítica respecto a su imagen, su autoconcepto...

### **Sesión 4:**

- Ponerle imágenes de publicidad, explicarle las críticas que ha habido respecto a las modelos y la delgadez, y también comentar publicidad de modelos de talla grande, y hacer un debate sobre estos aspectos.
- Realizar el árbol de mi autoestima, para que aprenda a valorarse y quererse a sí misma mediante el conocimiento de sus cualidades. Le entrego un árbol dibujado y le explico que ese árbol es ella. Seguidamente, en la copa del árbol de la parte derecha escribirá las cualidades que ella cree que tiene buenas y en la parte izquierda las malas (Anexo 5).

### **Sesión 5:**

- Juego de roles mediante un rol playing, de alguna actuación donde el terapeuta hace de niña que no le gusta casi nada de comer, y M tiene que ayudarme a pensar en como solucionar esta situación, sobre todo para observar como actuaría su inconsciente.
- Administración del cuestionario EAT-26.

## **Resultados esperados**

Esperemos que, con este programa, aumente el conocimiento sobre la nutrición, que haya un descenso significativo en las puntuaciones del cuestionario EAT-26, que haya un descenso significativo de los hábitos alimentarios incorrectos y una mejoría de la satisfacción respecto a la imagen corporal y de la autoestima y autoconcepto.

## **Prevención de trastornos de la alimentación en adolescentes de secundaria:**

Para terminar, sería importante tener en cuenta un programa de prevención de trastornos alimentarios, para los adolescentes que empiezan secundaria.

Según el programa que crearon Casado M. y Helguera M. (2008), donde no solo tenían como objetivo dotar a los sujetos de información, sino darles estrategias efectivas de prevención, consideran que un trabajo de prevención de los TCA tendría que ser necesario imponerlo en las escuelas, trabajar en equipo para minimizar los agentes implicados y los casos que llegan a las clínicas.

Este programa se desarrolla en dos fases, la primera es para los adolescentes ``Educación emocional en la adolescencia`` y la segunda es para los pares ``Escuela de padres para la detección y prevención de trastornos de Alimentación``.

En '**Educación emocional en la adolescencia**', se trata de minimizar la vulnerabilidad emocional para desarrollar un TCA, dotando de herramientas de afrontamiento en cada área relevante en la aparición como la autoestima, el estilo atributivo, habilidades sociales, presión social y estereotipos.

Se llevarían a cabo 11 sesiones de una hora y treinta minutos de duración, con periodicidad semanal.

En esta fase se trabajarían las emociones, el como reconocerlas y manejarlas, para comprender y aceptar todos los cambios asociados a la etapa de la adolescencia, la autoestima, aprender a valorarse a uno mismo mas allá de la figura corporal, se analizarían los errores o distorsiones cognitivas, como

un determinado pensamiento que genera una emoción concreta, se trabajaría el locus de control y el estilo atributivo para consolidar la autoestima. También se haría hincapié en la presión social y los estereotipos a través de dinámicas y juegos, rol playing... se darían pautas para una nutrición sana y equilibrada relajación progresiva de Jacobson, entrenamiento en habilidades sociales y finalmente se haría una evaluación post-programa.

Los participantes serían evaluados antes y después de su participación a través de dos instrumentos, El inventario de situaciones y respuestas de Ansiedad (ISRA) y el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI 2).

Y, por último, en la **'Escuela de padres para la detección y prevención de trastornos de Alimentación'**, se trabajaría en el marco de la prevención primaria a nivel psico-educativo. Se pretende dotar a los padres de la información y estrategias necesarias para poder detectar aquellos hábitos o conductas que se encuentran dentro de los factores de riesgo, y saber actuar de la manera mas adecuada ante su detección. Y, por otro lado, se pretende conocer el perfil de conocimientos y actitudes sobre los TCA de los padres de la muestra para en un futuro, diseñar acciones preventivas.

Se llevaría a cabo un análisis del papel de la familia y los padres en la génesis y desarrollo de los TCA, las pautas de actuación como padres, un análisis de las variables personales y sociales en la génesis y desarrollo de los TCA, se les entrenaría en técnicas de comunicación y resolución de conflictos, entrenamiento en habilidades sociales, se les daría pautas para una nutrición sana y equilibrada, y se les dotaría información sobre estos trastornos. Se pretende favorecer la comunicación y empatía para facilitar la detección precoz por parte de los pares, de conductas de riesgo, y que el contexto familiar actúe como agente protector en el posible desarrollo de un TCA.

Con este programa, estos dos autores, pudieron comprobar que, una vez finalizado el programa, los participantes habían aprendido las estrategias de afrontamiento que les permitía manejar mejor las situaciones ansiógenas, y por ello, su respuesta de ansiedad era menor. También observaron un aumento de la capacidad de los participantes de introspección para reconocer

y responder a sus estados emocionales de forma correcta y observaron también, un descenso en la obsesión por la delgadez.

Los programas de prevención de los trastornos de alimentación son posibles y necesarios en la población, sobretodo para los adolescentes. Considero que es de vital importancia promover espacios más saludables en las escuelas, para que, tanto docentes, padres y estudiantes sean más sensibles a la importancia e implicaciones que tiene la promoción de hábitos saludables. Opino que se debería continuar investigando para la detección de nuevas herramientas preventivas de TCA, ya que los programas preventivos protegen a la población, pero durante un corto período de tiempo, a largo tiempo sería necesario realizar un seguimiento y con campañas aisladas no creo que esto se pueda cumplir. Por ello, considero que sería muy recomendable solicitar a los servicios sanitarios, educativos y sociales una mayor colaboración y presencia para llevar conjuntamente programas de prevención de TCA y educación para la salud, dada la importancia de un enfoque multidisciplinar para la consecución de objetivos sociopsicosanitarios.

## 6. Bibliografía

Aparicio, P. Perea, A. Martinez, M.P, Redel, M.D. Pagliari, C y Vaquero, M. (2019). *Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis*. International Journal of Environmental Research and Public Health

Ata, N.R, Thompson, J.K y Small, B.J. (2013). *Effects of exposure to thin-ideal media images on body dissatisfaction: Testing the inclusion of a disclaimer versus warning label*. Elsevier.

Camprubí, M.L. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria [Power Point]. Repositorio material Facultad de Psicología.  
<https://campusvirtual.urv.cat/mod/resource/view.php?id=2954739>

Carretero, A. Sánchez, L. Rusiñol, J, Raich, R y Sánchez, D. (2009). *Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA*. Clínica y salud.

Casado Morales, María Isabel, & Helguera Fuentes, Mayte. (2008). *Prevención de trastornos de alimentación: Un primer programa de prevención en dos fases*. Clínica y Salud, 19(1), 5-26.

Cuthbert, K. Hardin, S. Zelkowitz, R y Mitchell, K. (2020). *Eating Disorders and Overweight/Obesity in Veterans: Prevalence, Risk Factors, and Treatment Considerations*. Psychological issues (V Drapeau and v ivezaj, section editors).

Cortes, H.D. Díaz, A. Mejía, C y Mesa, J.G. (2003). *Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo - estudiantes universitarias de primer y segundo año*. Revista CES Medicina Vol.17.

Corral, A. Espinoza, V. Yohannessen, K. Loyola, P. Balboa, P y Torrejón, C. (2019). *Trastornos de la alimentación en pacientes hospitalizados en un servicio de Salud Mental Pediátrico*. Revista Chilena de pediatría.

Del Río, Cristina (2014). Psicólogo en Salamanca especializado en trastornos de la conducta alimentaria (TCA).  
<https://psicologacristinadelrio.com/tca/trastornos-conducta-alimentaria>

Gismero, M.E. (2020). *Factores de riesgo psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención*. Revista de psicoterapia.

Hamdan, J.A. Dilena, A. Pérez, M y Bastidas, B.E. (2017). *Trastornos de la alimentación: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Revisión de tema.

Hilbert, A. Pike, K. Goldschmidt, A. Wilfley, D. Fairburn, C. Dohm, F.A. Walsh, T y Striegel, R. (2014). *Risk factors across the eating disorders*. Psychiatry Research.

Jacobi, C. Hütter, K y Fittig, E. (2003). *Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders*. The Oxford Handbook of Eating disorders.

Leticia, A. Aguaded, M.J y Esquerra, M. (2014). *La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. Universidad Pablo de Olavide.

Liechty, J.M y Lee M.J. *Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in U.S.* International Journal of Eating Disorders.

Martínez, M.A y Irala, J. (2003). *Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?* Gac Siant.

Méndez, J.P. Vázquez, V y García, E. (2008). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Mediographic Artemisa.

Monteleone P, Di-Genio M, Monteleone A, Di-Filippo C, Maj M. (2011) *Investigation of factors associated to crossover from anorexia nervosa restricting type (ANR) and anorexia nervosa binge-purging type (ANBP) to bulimia nervosa and comparison of bulimia nervosa patients with or without previous ANR or ANBP*. Compr Psychiatry.

Morales, S. *Los trastornos de la conducta alimentaria son la enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes*. SEMG – Sociedad española de médicos generales y de familia.

Moral, A y Carrillo, M.V. (2020). *Body-cult television advertisement recall among young women suffering from anorexia nervosa or bulimia nervosa*. Universidad de Extremadura. Departamento de Dirección de Empresas y Sociología

Myers, B.I y Biocca, F.A. (1992). The elastic body image: The effect of television advertising and programming on body image distortion in young women. *Journal of Communication*. 42, 108-133.

Nataniel, F. Macedo, N. Medeiros, T. Primeiro, R. Domingos, N. Figueiredo, N. Marques, A.C y Alves, N. (2019). *Influence of the Mass Media and Body Dissatisfaction on the Risk in Adolescents of Developing Eating Disorders*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

Padín, P. F., González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C., & Vázquez-Pérez, R. (2021). *Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review*. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*.

Pearson, J.C et al. (1993). *Comunicación y Género*. Barcelona. Paidós Comunicación

Piñeros, S. Molano J y López, C. (2010). *Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia)*. *Revista colombiana de psiquiatría*.

Portela, M.L. RibeirO, C. Giral, M. Raich, M. (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión*. *Nutrición hospitalaria*.

Rica, R. (2020). *Los TCA en el nuevo DSM-5 (Vol.1): Anorexia nerviosa*. Instituto centta.

Rodgers, R. O'flynn, J y McLean, S.A. (2019). *Media and eating disorders*. The International Encyclopedia of Media Literacy.

Stice, E. Davis, K. Miller, N.P y Marti, N. (2008). *Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: a 5-year prospective study*. Journal of Abnormal psychology.

Tabárez, V. (2016). *Trastornos alimentarios: Qué son, cómo tratarlos y prevenirlos*. La revista de salud del CASMU.

Valbuena, M.C. (2017). *Instrumento de detección temprana de riesgo psicosocial, asociado a TCA*. SENA, centro de gestión administrativa.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y sociedad*. Barcelona. Ariel Ciencia

The McKnight Investigators. (2003). *Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study*. Am J Psychiatry.

Vilariño, M., Novo, M. y Vázquez, M. J. (2008). *Ilusión de reconciliación y sentimiento de culpa en hijos de padres separados, cómo abordarlo en edades tempranas*. Universidad de Santiago de Compostela-España.

Yee, M. Haynos, A.F. Blomquist, K y Roberto, C. (2018). *Warning labels on fashion images: Short- and longer-term effects on body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and eating behavior*. International journal of eating disorders.

#### LIBROS:

Shaffer David R. y Katherine Kipp, 7a edición (2005). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Ed. CENGAGE Learning.

Talarn A, Sáinz F y Rigat A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*. Ed. Herder, S.L., Barcelona.

Calado, M. (2010). *Trastornos alimentarios*. Ed. Pirámide.

## **ANNEXOS:**

Imagen 1: Acuerdo de confidencialidad del trabajo de fin de grado.



Rev.: 00  
Data: 09/07/2019  
Pàg. 1 de 5

### **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO / TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

De una parte, el estudiante Sr./Sra. Inés Osorio Sardà con DNI 49769249 D

(en adelante, el ESTUDIANTE); de otra el/la Dr./Dra.....Luis Marqués Molías....., decano/a o director/a del centro.....Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia de la Universitat Rovira i Virgili.....(en adelante, el DECANO/A o DIRECTOR/A), con domicilio en....Carretera de Valls, s/n....., por delegación de la rectora de la Universitat Rovira i Virgili, con NIF Q-9350003-A y domicilio en la calle Escorxador, s/n, 43003 Tarragona, y de otra el/la Sr./Sra. ....Francesc X. Arrufat Nebot..... representante legal de la entidad .....HU Institut Pere Mata..... (en adelante, LA ENTIDAD), con CIF ...A-43000157..... y domicilio fiscal en....Crtra. Institut Pere Mata S/N....., acordamos las siguientes

#### **CLÁUSULAS**

PRIMERA. Existe una colaboración entre el ESTUDIANTE, la URV y la ENTIDAD para la elaboración del Trabajo de Final de Grado (TFG) o el Trabajo de Final de Máster (TFM).

SEGUNDA. De esta colaboración se deriva el TFG o el TFM que el ESTUDIANTE debe presentar para obtener el título oficial correspondiente.

TERCERA. La ENTIDAD considera que los datos utilizados y los resultados obtenidos deben tratarse de forma confidencial.

CUARTA. El DECANO/A o DIRECTOR/A de centro considera que las características del trabajo así lo requieren.

QUINTA. Todas las partes acuerdan la confidencialidad de este trabajo.

SEXTA. En los casos de TFG confidenciales, hay que seguir las instrucciones que figuran en el anexo 1 para que sea depositado en el Repositorio Institucional de la URV.

SÉPTIMA. En los casos de TFM confidenciales, hay que seguir las instrucciones que figuran en el anexo 2 para que sea depositado en el Repositorio Institucional de la URV.

Tarragona, 29 de Març del 2022

Decano/a o director/a de centro

Representante de la entidad colaboradora

Luis Marqués  
Molías - DNI  
25136892P  
(SIG)

Firmado digitalmente por Luis Marqués Molías - DNI 25136892P (SIG)  
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES, ou=Universitat Rovira i Virgili, 2.5.4.97=VATES-Q9350003A, ou=Traballador públic de nivell alt de signatura, cn=Luis Marqués Molías - DNI 25136892P, givenName=Luis, serialNumber=IDCES-25136892P, cn=Luis Marqués Molías - DNI 25136892P (SIG)  
Fecha: 2022.03.31 11:22:44+02'00'

[firma y sello]

El estudiante

[firma]

Firmado digitalmente por  
18961389M FRANCISCO JAVIER  
ARRUFAT (R: A43000157)  
Fecha: 2022.04.07 12:40:44  
+02'00'

[firma y sello]

Visto bueno:  
Tutor/a del TFG / TFM

[firma]

Nota: Este documento debe firmarse por duplicado: un ejemplar queda en poder de la entidad y el otro se deposita en el centro.

Imagen 2: Cuestionario de conocimientos de nutrición y soluciones del cuestionario.

### **Anexo 1.**

#### **Cuestionario de CONOCIMIENTOS GENERALES EN NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN, en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.**

##### **Orientaciones para responder:**

-Cada pregunta tiene sólo una opción de respuesta correcta.

-Las preguntas con más de una respuesta seleccionada serán anuladas.

-No responder a una pregunta, se interpretará como que el encuestado desconoce la respuesta.

##### **I-Hábitos alimentarios.**

1-¿Cuántas veces recomiendan los expertos que se ha de comer al día?

- Tres
- Cinco
- De tres a cinco veces
- Siempre que sienta hambre

2-¿Cuánta agua se recomienda beber durante el día?

- Menos de un litro
- Entre uno y dos litros, sea invierno o verano
- Más de dos litros
- Entre uno y dos litros, pero sólo en verano

3-El desayuno ha de aportar a la dieta diaria:

- Cerca del 10% de las calorías
- Alrededor del 15% de las calorías
- Entre el 20-25% de las calorías
- El 25% o más de las calorías

4-Un desayuno equilibrado ha de contener:

- Pan, lácteos y alimentos ricos en proteínas

- Lácteos, frutas y cereales
- Pan, embutidos y lácteos
- Lácteos, frutas y alimentos ricos en proteínas

5-¿Cuántas raciones de frutas y vegetales, recomiendan los expertos que se han de ingerir al día?

- Una de fruta y una de verdura
- Una de fruta y tres de verduras
- Tres de frutas y dos de verduras
- Tres de verduras y tres o más de frutas

##### **II-Estado nutricional.**

6-El índice de masa corporal (IMC):

- En las personas con obesidad varía de 25 a 30
- Permite estimar el grado de obesidad
- Permite calcular la composición corporal
- Si es inferior a 18,5 la persona está en normopeso

7-Una persona tiene sobrepeso sí:

- No tiene el peso ideal para su altura
- Si su IMC es superior a 30
- Si su IMC está entre 25 y 30
- Si su IMC está entre 18 y 20

8-Las necesidades energéticas de una persona dependen:

- Sólo del peso y la altura
- De su edad
- Sólo de la actividad física que realiza diariamente
- Del peso, la altura, la edad y la actividad física

9-El consumo energético diario indica la energía consumida:

- Para mantener la temperatura corporal a 37º
- Durante el día

- Durante el día, exceptuando las horas de sueño
- Durante la práctica de ejercicio físico

10-¿Cuál opción sería más recomendada para perder peso?

- Dieta hipoglucémica y ejercicio físico
- Dieta hiperproteica indicada por un profesional de la salud y ejercicio físico
- Dieta hipoproteica y ejercicio físico
- Dieta hipocalórica equilibrada y ejercicio físico

11-La operación bikini:

- Es una opción adecuada para perder peso en los meses previos al verano
- Es una opción recomendada siempre que se acompañe de una dieta hipoglucémica
- No produce efecto rebote, siempre que se acompañe de ejercicio físico
- Puede producir un efecto rebote en el que se recupere el peso inicial

### **III-Alimentos y nutrientes.**

12-¿Cuál de los siguientes pescados es azul?

- Merluza (lluç)
- Bacalao (bacallà)
- Rape (rap)
- Salmón (salmó)

13-¿Cuál de los siguientes alimentos tiene un alto contenido en vitamina C?

- El pan integral
- Los pimientos (pebrots)
- El pescado azul
- El aceite de oliva

14-Respecto a las vitaminas es cierto que:

- Hay que ingerir la mayor cantidad posible

- Ingeridas en grandes cantidades pueden provocar efectos perjudiciales
- Cuando su ingesta es baja, las producimos de manera endógena
- Las hidrosolubles, las podemos adquirir a través del consumo de agua embotellada

15-¿Cuáles son las grasas que los expertos recomiendan no ingerir en exceso?

- Grasas mono-insaturadas
- Grasas poli-insaturadas
- Grasas saturadas
- Grasas vegetales

16-¿Qué caracteriza a la dieta mediterránea?

- Consumo diario de carne
- Elevado consumo de frutas y verduras
- Elevado consumo de lácteos y moderado de grasas saturadas
- Consumo diario de aceite de oliva y vino

17-Los transgénicos, son alimentos:

- Importados de países extranjeros
- Que pueden incluir diferentes fragmentos de ADN de diferentes organismos
- Que no contienen gérmenes potencialmente patógenos
- Obtenidos artificialmente y que no contienen sustancias tóxicas

18-¿Por qué la fibra alimentaria es importante en la dieta?

- Porque incrementa la digestibilidad de los alimentos
- Porque facilita el tránsito intestinal
- Porque libera agua en el intestino
- Porque aumenta la absorción de los nutrientes

19-¿Qué beneficios tienen los alimentos integrales?

- Son bajos en calorías
- Son bajos en azúcar
- Son bajos en sal
- Son ricos en fibra alimentaria

#### **IV-Alteraciones de la salud relacionadas con la alimentación y la nutrición.**

20-Los individuos alcohólicos:

- Pueden presentar carencias de vitaminas y minerales
- Suelen llevar una dieta equilibrada
- Suelen acumular proteínas en el hígado
- Pueden absorber mejor los nutrientes

21-¿Cuáles de las alteraciones siguientes son Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)?

- Obesidad y dislipemia (alteración del colesterol y/o triglicéridos)
- Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa
- Enfermedad celíaca y dispepsia
- Todas las alteraciones anteriores son TCA

22-En un individuo adulto con hiperlipemia (aumento del colesterol y/o triglicéridos), es recomendable:

- Un consumo elevado de azúcares simples (azúcar, miel, zumo de frutas, etc.)
- Una dieta acorde a sus necesidades energéticas o ligeramente inferior
- Aumentar el consumo de carnes rojas
- Consumir leche entera en lugar de desnatada

23-¿Cuál de los siguientes factores, NO predispone a padecer osteoporosis (descalcificación de los huesos)?

- La menopausia
- Una ingesta insuficiente de calcio en la dieta
- El consumo de alimentos ricos en vitaminas A, B y ácido fólico
- El consumo excesivo de bebidas ricas en cafeína

24-¿Qué alimento se recomienda evitar en caso de hipertensión arterial?

- Aceite de oliva
- Patatas
- Caldos y sopas concentrados
- Frutas frescas

25-La Diabetes Mellitus:

- Es causada por alteraciones en el metabolismo de lípidos y glúcidos complejos
- Puede deberse a alteraciones en la calidad y cantidad de la insulina
- Sólo la padecen adultos mayores de 40 años
- Aparece por consumir alimentos dulces diariamente

26-Una intoxicación alimentaria es una enfermedad causada por:

- Consumo excesivo de alimentos que contienen vitaminas y minerales
- Consumo de alimentos contaminados
- Consumo excesivo de alimentos muy condimentados
- Consumo de alimentos transgénicos

27-¿Por qué no es recomendable en un deporte aeróbico consumir azúcar en la hora previa a la competición o entrenamiento?

- Porque la deshidratación asociada al ejercicio favorece la aparición de vértigo
- Porque se estimula la liberación de insulina que es inhibidora de la lipólisis

- Porque su digestión es lenta y hace que la práctica deportiva suponga un esfuerzo mayor
- Al contrario, sí es recomendable porque el azúcar aporta energía

**Ponderación de las respuestas:**

| Respuestas   | Puntuación |
|--|------------|
| Pregunta sin respuesta   | 0          |
| Pregunta con más de una respuesta                                  | 0          |
| Respuestas correctas a las preguntas                               |            |
| <b>I-Hábitos alimentarios</b>                                      | <b>25</b>  |
| P1   | 5          |
| P2   | 4          |
| P3   | 5          |
| P4   | 7          |
| P5   | 4          |
| <b>II-Estado nutricional</b>                                       | <b>25</b>  |
| P6   | 7          |
| P7   | 5          |
| P8   | 3          |
| P9   | 2          |
| P10  | 5          |
| P11  | 3          |
| <b>III-Alimentos y nutrientes</b>                                  | <b>25</b>  |
| P12  | 1          |
| P13  | 2          |
| P14  | 2          |
| P15  | 4          |
| P16  | 2          |
| P17  | 5          |
| P18  | 5          |
| P19  | 4          |
| <b>IV-Alteraciones y procesos relacionados con la alimentación</b> | <b>25</b>  |
| P20  | 2          |
| P21  | 5          |
| P22  | 4          |
| P23  | 2          |
| P24  | 4          |
| P25  | 5          |
| P26  | 2          |
| P27  | 1          |

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| <b>Calificación global</b> | <b>100</b> |
|----------------------------|------------|

**Interpretación de los resultados.**

| Calificación global | Nivel de conocimientos |
|---------------------|------------------------|
| <50                 | Bajo                   |
| 50-69               | Medio                  |
| 70-100              | Elevado                |

### Imagen 3: Cuestionario EAT-26 (Eating Attitudes Test)

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

### Imagen 4: Escala de satisfacción corporal

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

Imagen 6: Árbol de mi autoestima.

