



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

SÍLVIA CRUZ CABALLÉ

**LA RELACIÓ DELS INFANTS AMB EL MENJAR: LA INFLUÈNCIA D'UNA
MARE AMB TRASTORN DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per la Dra. Joana Roigé Castellví

GRAU EN PSICOLOGIA

TARRAGONA

2023

ÍNDIX

| | |
|---|-----------|
| RESUM | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| 1. INTRODUCCIÓ | 5 |
| 1.1. TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIEMENTÀRIA | 6 |
| 1.1.1. CRITERIS DIAGNÒSTICS DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA | 7 |
| 1.1.2. PREVALENÇA DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA EN LA POBLACIÓ GENERAL | 12 |
| 1.1.3. ETIOLOGIA DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA | 13 |
| 1.2. ELS ESTILS EDUCATIUS PARENTALS | 15 |
| 1.3. RELACIÓ ENTRE ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA I ELS ESTILS EDUCATIUS PARENTALS | 17 |
| 2. MÈTODE | 19 |
| 2.1. OBJECTIUS | 19 |
| 2.2. PARTICIPANTS | 20 |
| 2.3. INSTRUMENTS D'AVUACIÓ | 22 |
| 2.4. PROCEDIMENT | 25 |
| 2.5. HIPÒTESIS | 26 |
| 3. RESULTATS OBTINGUTS EN LA PART PRÀCTICA | 28 |
| 3.1. RESULTATS OBTINGUTS EN EL QÜESTIONARI..... | 28 |
| 3.1.1. RESULTATS GLOALS DEL QÜESTIONARI | 28 |
| 3.2. RESULTATS OBTINGUTS EN EL REGISTRE D'INGESTES | 30 |
| 3.3. RESULTATS OBTINGUTS EN L'ENTREVISTA | 36 |
| 4. DISCUSSIÓ GENERAL DEL TREBALL I CONCLUSIONS | 37 |
| 4.1. CONCLUSIONS I DISCUSSIÓ DE LA PART PRÀCTICA | 37 |
| 4.2. LIMITACIONS | 42 |
| 5. BIBLIOGRAFIA | 44 |
| ANNEXOS | 48 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| 1. QÜESTIONARI..... | 48 |
| 2. REGISTRE D'INGESTES..... | 52 |
| 3. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA | 53 |

RESUM

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) han sigut i són, des de fa anys, una problemàtica que s'ha anat agreujant arrel dels diferents canvis que s'han anat donant en la nostra societat i que, tot plegat, han esdevingut un gran precursor d'aquest trastorn. La imatge corporal idealitzada, la influència diària que podem obtenir a través de la pantalla o els tallatges cada cop que anem a comprar roba han suposat un punt d'inflexió per l'augment massiu d'aquest trastorn. A més, per aquest, no hi ha edat, i cada cop són més les persones d'edats adultes les que també s'han vist afectades per un TCA. Tot això, ha suposat que, aquest, hagi augmentat fins el punt de convertir-se en un dels problemes de salut més importants en els darrers anys, col·locant-se així, com la tercera malaltia més comú en el món.

En aquest estudi busquem definir de quina manera els patrons educatius alimentaris dels pares (en aquest cas de les mares) afecten de manera notòria al desenvolupament de la relació amb el menjar dels seus fills/es. Com l'estil alimentari d'una mare diagnosticada amb TCA afecta al possible augment del risc que el seu infant també ho pateixi seguint els estils educatius que observa a través d'aprenentatge vicari.

La metodologia que hem emprat en aquest treball ha sigut la passació d'un qüestionari, sobre els TCA, en les diferents participants, així com un registre d'ingestes durant una setmana tant per elles com per als seus fills i, per últim, una Entrevista Semiestructurada per apropar-nos més a la seva història.

Gràcies a la metodologia anomenada anteriorment, els resultats que hem pogut obtenir són:

Els patrons i estils educatius envers l'alimentació en els infants, per part de les mares, és un factor clau en el possible desenvolupament futur d'un trastorn semblant o igual en l'infant, ja que, per aprenentatge vicari i formes d'alimentació, els infants reproduïxen el mateix tipus de conducta.

Paraules clau: trastorns de la conducta alimentària, salut mental, imatge corporal, influències, edat, problemes de salut, registre d'ingestes.

ABSTRACT

Eating Disorders have been and are, for years, a problem that has been increasing due to the different changes that have been taking place in our society and that, all in all, have been a great precursor of this illness. The idealized body images, the great daily influences that we can get through the screen or the carvings every time we go shopping for clothes have been a turning point for the massive increase of this disorder. Moreover, for this, there is no age, and more and more people of adult age have also been affected by an eating disorder. All of this has meant that it has increased to the point of becoming one of the most important health problems in recent years, becoming the third most common illness in the world.

In this study, we aim to define how parental (in this case maternal), dietary education patters significantly affect the development of their children's relationship with food. Specifically, we investigate how dietary style of a mother diagnosed with an eating disorder affects the potential risk of her child developing a similar condition through vicarious learning of the observed educational styles.

The methodology (instruments) that we have used in this study has been the passing of a questionnaire, about eating disorders, in all the participants, as well as an Intake Record for a week, both for them (women) and for their children and, finally, a Semi-Structured Interview to get closer to their history.

Thanks to the aforementioned methodology, the results we have obtained are as follows:

The patterns and educational styles regarding nutrition in children, on the part of mothers, are a key factor in the potential future development of a similar or identical disorder in the child. This is because, through vicarious learning and feeding practices, children reproduce the same type of behavior.

Keywords: Eating Disorders, Mental Health, Body Image, Influences, Age, Health Problems, Intake Record.

1. INTRODUCCIÓ

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) han esdevingut, en els darrers anys, els principals problemes de salut mental (sobretot en adolescents i joves) arreu del món. Però, per començar a parlar sobre aquests, s'ha de saber què són els TCA. Aquests trastorns es caracteritzen per ser un conjunt de trastorns mentals que provoquen alteracions en la conducta alimentària de la persona que el pateix, així com pensaments i emocions distorsionades en relació amb aquesta. Tot això pot arribar a provocar greus conseqüències en la salut física i mental de la persona, arribant a ser mortals en alguns casos. Per això, el correcte tractament i prevenció són claus per a un diagnòstic a temps i una correcta recuperació.

Alhora, en els darrers anys, la Organització Mundial de la Salut (OMS) ha definit els TCA com un problema global i generalitzat arreu del món, que, necessita ser tractat amb urgència a causa de l'exponencialitat amb la que està començant a créixer.

Els TCA han estat reconeguts com a trastorns mentals per els manuals diagnòstics de la psicologia i de la psiquiatria, com podria ser per exemple: El DSM-5, el qual contempla els trastorns de la conducta alimentària com a tal, i després passa a explicar els diferents tipus que es poden trobar amb els seus criteris diagnòstics; i, també, el CIE-11, que ho contempla dins l'apartat de *trastorns mentals, del comportament o desenvolupament neurològic*, en un subcapítol de trastorns alimentaris, on també ens parlen sobre els diferents trastorns que podem trobar amb els seus criteris diagnòstics.

La inclusió d'aquests trastorns en els manuals ha suposat un avenç molt significatiu per a la psicologia, a més de les persones que ho estan patint i que poden trobar en ells un diagnòstic i un tractament clar. Gràcies a la clara identificació, investigació i desenvolupament d'aquesta part en els manuals s'han anat desenvolupant i es van desenvolupant intervencions i tractaments més efectius.

1.1. TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIEMENTÀRIA

Segons Jesús, M. Et al. (2008) podem dir que els TCA componen un dels problemes de salut més importants de la humanitat, a causa de que cada cop afecta a més persones arreu del món i, en conjunt, fa que augmentin les morts per aquestes. Alhora, aquests TCA componen un dels trastorns psicològics més complexos i multicausals pel fet que, darrere d'aquests, s'amaguen moltes incògnites (sobretot relacionades amb els estils de criança i fets rellevants de la història del pacient) necessàries a trobar i resoldre per poder obtenir bons resultats (Carolina, L et al., 2011). Seguint amb el que va dir el primer autor, Jesús, M. Et al. (2008), els TCA apareixen durant l'adolescència i l'adulthood, però també els podem trobar en la infància i l'adulthood avançada. Tots ells poden coexistir amb altres malalties comòrbides com podria ser la depressió o l'ansietat.

El DSM-5, aquest, ens parla dels TCA com una alteració constant en l'alimentació que comporta uns comportaments relacionats amb aquest i que, així, alteren el consum i l'absorció de certs aliments, donant lloc a un deteriorament significatiu de la salut física i del funcionament psicosocial. Seguint en aquesta línia, un autor molt important per a la psicologia dels TCA, Santana, en el seu estudi de M.L.Portela de Santana et al. (2012) ens parla d'aquests també com a alteracions del comportament alimentari acompanyades amb preocupació pel pes i amb la forma del cos. Aquestes, són molt difícils de tractar i perjudiquen greument la salut de l'individu i la seva nutrició, donant lloc a la desnutrició o la obesitat. L'autor, també ens parla de la predisposició a la baixa qualitat de vida.

Alhora, i segons els TCA s'han convertit en la tercera malaltia més greu al món, amb una freqüència molt més alta en pacients del sexe femení (Gómez, I, et al., 2008; Hunot, C et al. 2008).

Aquest augment significatiu de els TCA ha vingut donat, segons molts estudis com el de Ojeda-Martín, A. et al. (2021), Franco Diaz, R. et al. (2022) i altres, a causa de la pandèmia que es va viure al 2020 quan, segons el primer autor, l'augment de la utilització de les noves tecnologies, així com el teletreball que es va donar i l'educació online, les xarxes socials van començar a tenir molta rellevància en el nostre dia a dia fent això que, segons els resultats obtinguts

en el primer estudi, les i els pacients més connectats a aquestes xarxes socials fossin més propenses a patir un TCA en el moment (és a dir, estar ja patint-lo) o tenir-lo en un futur no molt llunyà.

Si passem a centrar-nos en les pròpies pacients ja diagnosticades de TCA podem veure com, segons l'estudi de Matzquin, V. et al. (2022), ens parla del fet que la preocupació pel pes i la forma corporal passa a ser un factor clau per aquestes persones, formant conductes obsessives al voltant d'elles i fent que, les revisions rutinàries de pes, els controls de ingestes o les evitacions corporals siguin situacions desagradables freqüents en el seu dia a dia que comporten un augment de l'ansietat d'aquestes pacients a causa de sentir-se més jutjades del normal.

Les pacients amb diagnòstic de TCA desenvolupen conductes i manies relacionades com la *mitomania* on busquen moltes estratègies d'engany per a poder sentir que tenen el poder de la seva alimentació i el seu pes davant d'altres persones. Per exemple i segons el mateix estudi anomenat en l'anterior paràgraf, de Matzquin, V. et al. (2022) més d'un 30% de les pacients diagnosticades amb TCA i un seguiment continu del pes haurien intentat amagar-se pesos petits per a fer veure als infermers/es que havien augmentat d'aquest, tot i que sabessin que això no era cert.

Però, ja no són només les persones que estan patint aquest TCA les que es troben afectades per ell, segons el Govern de Salut de Mèxic, després d'un anàlisi exhaustiu d'aquest, va trobar que l'entorn familiar també acaba molt afectat per el trastorn de la persona, ja que es troben involucrats en el tractament i dins l'esfera que compona que la persona pugui recuperar-se.

1.1.1. CRITERIS DIAGNÒSTICS DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

Si passem a mirar els diferents TCA que podem trobar en el DSM-5, veurem que aquest contempla un seguit molt ampli de trastorns. En el DSM-5, en l'apartat de *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (189)*, podem trobar 8 tipus diferents de TCA, que són:

- a) **307.52** (___). Pica^a (189)
- b) **307.53** (F98.21). Trastorn de rumiació^a (189)

- c) **307.59.** (F50.8). Trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments^a (190)
- d) **307.1** (___). Anorèxia nerviosa^{b,c} (191)
- e) **307.51** (F50.2). Bulímia nerviosa^{b,c} (192)
- f) **307.51** (F50.8). Trastorn per afartament^{b,c} (194)
- g) **307.59** (F50.8). Altres trastorns alimentaris o de la ingesta d'aliments especificat (195)
- h) **307.50** (F50.9). Trastorn alimentari o de la ingesta d'aliments no especificat (197)

Damunt de diversos trastorns podem observar un seguit de lletres, i, per a què ens sigui més fàcil entendre-ho, donarem l'explicació sobre què significa cada una:

- La lletra **a** ens parla de l'especificació de si el trastorn es troba en remissió.
- La lletra **b** ens parla de l'especificació de si el trastorn es troba en remissió total o parcial.
- La lletra **c** ens parla de l'especificació de si el trastorn es troba en quin tipus de gravetat: Lleu, moderada, greu o extrema.

Al haver-hi vuit tipus de TCA diferents explicats en aquest manual diagnòstic, nosaltres, en aquest treball ens centrarem només en el trastorn d'anorèxia nerviosa i en la bulímia, ja que són els dos trastorns principals i majorment diagnosticats de tots els tipus de TCA que hem nombrat anteriorment.

Sobre l'anorèxia nerviosa, en el DSM-5, podem trobar tres criteris rellevants per al seu diagnòstic, aquests són:

| | |
|----------|---|
| A | Restricció de la ingesta energètica en relació amb les necessitats, que condueix a un pes corporal significativament baix en relació amb l'edat, el sexe, els curs del desenvolupament i la salut física. Pes <i>significativament</i> baix es defineix com un pes que és inferior al mínim normal o, en nens i adolescents, inferior al mínim esperat. |
|----------|---|

| | |
|----------|--|
| B | Por intensa a guanyar pes o a engreixar, o comportament persistent que interfereix en l'augment del pes, inclús amb un pes significativament baix. |
| C | Alteració en la forma en que un mateix percep el seu propi pes o constitució, influència impròpia del pes o de la constitució corporal en l'autoavaluació, o falta persistent de reconeixement de la gravetat del pes corporal baix actual |

Figura 1: Taula de criteris diagnòstics de l'anorèxia nerviosa. (Font: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM - 5)

Alhora, el DSM-5, ens diu que és molt important especificar si el trastorn és:

- (F50.01) Tipus restrictiu: Durant els últims tres mesos, l'individu no ha tingut episodis recorrents d'afartaments o purgues (és a dir, vòmit autoprovocat o utilització incorrecta de laxants, diürètics o ènemes). Aquest subtipus descriu presentacions en les quals la pèrdua de pes es deguda sobretot a les dietes, al dejú i a l'exercici excessiu.
- (F50.02) Tipus d'afartaments/purgues: Durant els últims tres mesos, l'individu ha tingut episodis recorrents d'afartaments o purgues (és a dir, vòmit autoprovocat o utilització incorrecta de laxants, diürètics o ènemes).

També, segons aquest manual, caldrà especificar si es troben en:

- Remissió parcial: Després d'haver complert amb anterioritat tots els criteris per a l'anorèxia nerviosa, el criteri A (pes corporal baix) no s'ha complert durant un període continuat, però encara es compleix el criteri B (por intensa a augmentar de pes o a engreixar, o comportament que interfereix en l'augment de pes) o el criteri C (alteració de l'autopercepció del pes i la constitució)
- Remissió total: Després d'haver complert amb anterioritat tots els criteris per a l'anorèxia nerviosa, no s'ha complert cap dels criteris durant un període continuat.

Per últim, seguint les recomanacions del DSM-5, especificarem quina és la gravetat en la que es troba el trastorn:

- La gravetat mínima es basa, en els adults, en l'índex de massa corporal (IMC) actual (veure a continuació) o, en nens i adolescents, en el percentil de l'IMC. Els límits següents deriven de les categories de la OMS per l'aprimament en adults; per a nens i adolescents, s'utilitzaran els percentils d'IMC corresponents. La gravetat pot augmentar per reflectir els símptomes clínics, el grau de discapacitat funcional i la necessita de supervisió.

Lleu: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderat: IMC 16 – 16,99 kg/m²

Greu: IMC 15 – 15,99 kg/m²

Extrem: IMC < 15 kg/m²

A continuació, passarem a parlar sobre la bulímia, que també es troba contemplat en aquest DSM-5. El manual, ens dona els següents criteris diagnòstics per aquest:

| | |
|---|---|
| A | Episodis recurrents d'afartaments. Un episodi d'afartament es caracteritza per els dos fets següents: |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestió, en un període determinat (p.ex: dins d'un període qualsevol de dues hores), de una quantitat d'aliments que és clarament superior al que la majoria de persones ingeririen en un període similar en circumstàncies semblants. 2. Sensació de falta de control sobre el que s'ingereix durant l'episodi (p.ex: sensació que no es pot deixar de menjar o no es pot controlar el que s'està ingerint o la quantitat del que s'està ingerint). |
| B | Comportaments compensatoris inapropiats recurrents per evitar l'augment de pes, com el vòmit autoprovocat, l'ús incorrecte de laxants, diürètics o altres medicaments, el dejú i l'exercici excessiu. |
| C | Els afartaments i els comportaments compensatoris inapropiats es produeixen, de mitjana, almenys un cop a la setmana durant tres mesos. |

| | |
|---|--|
| D | L'autoavaluació es veu indegudament influïda per la constitució i el pes corporal. |
| E | L'alteració no es produeix exclusivament durant els episodis d'anorèxia nerviosa. |

Figura 2: Taula de criteris diagnòstics de la bulímia nerviosa. (Font: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM - 5)

Ahora, segons les recomanacions que ens proporciona aquest manual, caldrà especificar si els o les pacients estan en:

- Remissió parcial: Després d'haver complert amb anterioritat tots els criteris per la bulímia nerviosa, alguns, però no tots els criteris no s'han complert en un període continuat.
- Remissió total: Després d'haver complert amb anterioritat tots els criteris per a la bulímia nerviosa, no s'ha complert cap dels criteris durant un període continuat.

Ahora, segons el manual DSM-5, especificarem quina és la gravetat en la que es troba el trastorn:

- La gravetat mínima es basa en la freqüència de comportaments compensatoris inapropiats (veure a continuació). La gravetat pot augmentar per a reflectir altres símptomes i el grau de discapacitat funcional.

Lleu: Una mitjana de 1 - 3 comportaments compensatoris inapropiats /setmana

Moderat: Una mitjana de 4 - 7 comportaments compensatoris inapropiats /setmana

Greu: Una mitjana de 8 - 13 comportaments compensatoris inapropiats /setmana

Extrem: Una mitjana de 14 comportaments compensatoris inapropiats /setmana

Per últim, farem una breu pinzellada sobre el trastorn per afartament, també considerat un dels principals TCA, però amb unes conseqüències bastant diferents al que podem trobar en l'AN o en la BN.

El TA el podem caracteritzar per un estil alimentari que es fonamenta en un comportament compulsiu a través d'afartaments, els quals, com a principal característica, tenen la pèrdua de control sobre el que s'està ingerint. Aquest tipus de trastorn, alhora, es caracteritza per la presència regular d'afartaments, almenys un cop per setmana, durant tres mesos, on, els quals, es viuen amb descontrol i malestar, i, sobretot, aquests, no s'intenten compensar amb altres conductes, com vòmits, exercici físic, laxants, etc. Els TA tenen uns trets molt especials com la gran quantitat d'aliments que s'arriben a ingerir en un període de temps, sol ser una quantitat que duplica o triplica el que una persona sense TCA menjaria en el mateix període, així com un sentiment de pèrdua de control (Cuadro, E., et al, 2015).

1.1.2. PREVALENCIA DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA EN LA POBLACIÓ GENERAL

Els TCA es solen presentar en major mesura en les adolescents i adults joves, sobretot en el sexe femení, el qual destaca, de manera significativa, sobre el sexe masculí. Si agafem estudis com el de Toro et al. (1989) podem observar com d'una mostra significativa, s'obtenen de resultats que, d'entre 10 persones, 9 noies patiran un TCA, mentre que només 1 noi patirà un TCA.

Alhora, i com ve em parlat en paràgrafs anteriors, aquest trastorn n'és un globalitzat que es troba arreu del món, on també hi ha un percentatge de prevalença. Si ens dirigim a Europa, la prevalença dels TCA és d'un 2,2% en la població general; d'altra banda si ens dirigim a Àsia, aquesta prevalença augmenta fins aconseguir el 3,5% i, per últim, si ens dirigim a Amèrica, la prevalença global del continent en patir un TCA augmenta fins el 4,6 (Arija – Val, V., et al., 2022).

Però, també, cada trastorn té la seva pròpia prevalença en àmbit general en el món, on afecta de diferent manera. Si comencem parlant sobre l'AN, el trastorn principal dins els TCA, veiem que arriba a afectar a un 3,1% de la població general, seguit del 2,1% que té de prevalença la BN i, per últim, li segueix el 1,6% de prevalença de TA arreu del món (Cortes Mejía, H., et al., 2003).

Dins la problemàtica dels TCA també trobem la prevalença de recuperació d'aquests tipus de trastorns d'on, gràcies al recolzament de multitud

d'estudis, podem veure que la recuperació completa d'aquests es possible, tot i que hi ha un percentatge bastant elevat que no aconsegueix recuperar-se al complet.

Segons Lancet et al., (2000) i Eckert et al., (1995), aquest últim amb un estudi on la mostra era molt significativa, van arribar a la conclusió que:

- La mortalitat en les pacients amb diagnòstic de TCA es troba en un 6,6%.
- La recuperació total dels TCA en les pacients només la podem trobar en un 24%.
- Durant els ingressos i el tractament, el 85% de les pacients recuperaven el seu cicle menstrual.

Pel que fa els diferents tipus de TCA, veiem que, només, el 23% de la població diagnosticada amb TCA i amb un tractament previ, aconseguia mantenir el seu pes normal amb el pas dels mesos, mentre que el 32% restant, necessitava tornar a estar ingressada per una recaiguda en l'AN. Aquest autor, també parla sobre que el 16% de les pacients donades d'alta també tornaven a ingressar en els hospitals a causa de problemes psiquiàtrics derivats dels TCA, així com un 64% de les pacients havia presentat afartaments durant l'evolució del trastorn (Eckert et al, 1995).

Per últim, Keller et al., 1992, parlava sobre el fet que, en el moment en que es donava d'alta a un o una pacient amb TCA, dels 2/3 que aconseguien recuperar-se, la meitat d'aquest presentava una recaiguda en el primer any i que, després de tornar-se a recuperar, eren molt més propenses a presentar una altra recaiguda en un període no molt alt.

1.1.3. ETIOLOGIA DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA

Pel que fa l'etiologia dels TCA els podem dividir en tres grans grups on, dins de cadascun, tenim diferents apartats que influeixen en la detecció i augment d'aquests com un fenomen multicausal.

FACTORS SOCIO - CULTURALS

| | |
|--|---|
| Pressió socio – cultural | Les relacions interpersonals, així com les pressions socio – culturals, creen com a estàndard de bellesa un ideal on moltes noies pretenen arribar i que suposen un sacrifici per la seva salut i per elles mateixes, que, a més, no s’ajusten a la realitat general de la població. |
| Influència dels mitjans de comunicació | A través dels mitjans de comunicació, la societat actual pretén crear una idea globalitzada d’ideal de bellesa disseminat en diferents contextos socials i econòmics on, aquests mitjans (que s’inclouen les xarxes socials) bombardegen de manera indiscriminada als infants, adolescents i adults, per a ser atractius i desitjables, estigmatitzant, d’aquesta manera, l’obesitat. |
| Aspectes transculturals | Moltes cultures, des de la creació d’aquestes, han imposat, generació rere generació, un estàndard de bellesa a les noies i població en la que participa, per ser persones primes, relacionant això, amb un major percentatge d’èxit. |
| FACTORS PSICOLÒGICS | |
| Preocupació pel pes – ideal de primesa | El voltant d’un 71% de la població infantil, sobretot noies en edats d’adolescència i adultes joves, manifestes la seva preocupació pel pes i per estar primes, considerant això com un estereotip de cos ideal en elles. |
| Insatisfacció amb la imatge corporal | La gran influència sociocultural i els canvis constants que aquest comporta, fa que més d’un 50% de la població infantil parli sobre la insatisfacció que té amb el seu propi cos i la por a guanyar grassa. |
| Dietes | Són moltes les persones que, per aconseguir un cos ‘ideal’ segueixen comportaments inadequats per a |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | baixar de pes com les dietes restrictives, el dejú, els vòmits, els laxants, etc. |
| Baixa autoestima i afecte negatiu | Sobretot en el període de canvis on les hormones promouen el canvi de l'organisme, són moltes les persones on aquestes, afecten en el seu estat d'ànim, influint de manera directa en la seva conducta alimentaria. |
| FACTORS BIOLÒGICS | |
| Genètica | S'estima que, les variacions genètiques són les responsables d'un 50 -85% dels factors etiològics de simptomatologia de TCA, preocupació del pes i forma del cos, tenint una importància molt més gran en la determinació dels TCA que els factors ambientals. |
| Pubertat | El canvi hormonal que suposa aquesta fase fa que, sobretot les noies, guanyin més greix, influint de manera directa en l'alteració organitzacional dels trets psicològics i comportamentals relacionats amb els estils alimentaris. |
| Sobrepès i obesitat | Actualment, vivim en un món on tenim un accés molt senzill a aliments amb alt percentatge de calories i baix cost econòmic, promovent així que s'arribi al sobrepès i, en conseqüència, el fet de promoure 'estàndards de bellesa' provoca que hi hagi una insatisfacció corporal gran en les persones. |

Figura 3. Taula de etiologia dels trastorns de la conducta alimentària. (Font: M.L. Portela de Santana et al., 2012)

1.2. ELS ESTILS EDUCATIUS PARENTALS

Són múltiples els estudis que recolzen els diferents estils educatius dels pares envers els seus fills, alguns, com Baumrind (1966) proposava un total de tres estils educatius, mentre que, més endavant, Maccoby & Martin (1983) van proposar quatre estils parentals educatius, els quals els dividien en

dimensions d'afecte i comunicació i en dimensions de control i establiment de límits.

Seguint la línia de l'últim autor podem trobar els pares que exerceixen un **estil democràtic** amb els fills (on se'ls hi demana afecte, control i maduresa). Els fills d'aquests pares manifesten una gran competència social, així com un major autocontrol, motivació, iniciativa, alta autoestima, i un seguit de característiques que podríem englobar dins d'una intel·ligència emocional sana i profitosa. Alhora són persones responsables i prosocials, promovent estils de vida competents. Els pares d'aquests nens, d'altra banda, presenten sensibilitat davant les necessitats del nen, disciplina, promouen l'intercanvi i la comunicació oberta, etc. En conclusió, podem dir que és un dels estils educatius més positius per als infants i els pares (Maccoby & Martin, 1983).

Seguidament, passarem a **l'estil educatiu autoritari** on, presenten en l'ambient familiar, uns alts nivells de control restrictiu i uns baixos nivells de comunicació i afecte. Els fills d'aquests pares presenten una baixa autonomia i autoconfiança, això com una escassa competència social, són més agressius i impulsius i menys alegres i espontanis, d'entre d'altres. D'altra banda, els pares amb aquest estil, tenen normes molt rígides, actuen en base als càstigs i a la comunicació tancada i unidireccional, creuen que tenen el poder absolut i presenten total indiferència davant les actituds i sentiments dels seus fills. Aquest estil el podríem denominar com el més caòtic emocionalment per als infants (Maccoby & Martin, 1983).

Ara, parlant sobre l'estil educatiu **permissiu** podem trobar un ambient familiar on es presenti total indiferència en les conductes positives i negatives de l'infant, així com excessiva permissivitat, passivitat i l'escàs ús dels càstigs. També es veu especial flexibilitat en l'establiment de les regles i accepten normes imposades pels infants que, en gran mesura, acaben perjudicant a la família. D'altra banda, pel que fa als fills, tenen baixes competències socials, un autocontrol també pobre, poca motivació i respecte cap a les normes socials, poca autoestima i gran inseguretat i, sobretot, un autoconcepte negatiu i pocs èxits en la vida.

Per últim, parlant sobre el darrer estil educatiu que Maccoby & Martin, 1983 van proposar, ens deien que un estil educatiu **negligent** podia desencadenar, de manera forta, en greus problemes acadèmics, emocionals i conductuals. Al trobar-se rodejats d'un ambient familiar amb escassa falta d'afecte, supervisió i guia aquests infants arriben amb poques competències socials i autocontrol, també amb gran immaduresa. Els pares d'aquests infants no tenen implicació, de cap manera, en la vida dels petits, sent immadurs i establint un estil d'aprenentatge que no afavoreix al bon desenvolupament d'aquests i les necessitats que poden trobar-se al llarg de la vida.

1.3. RELACIÓ ENTRE ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA I ELS ESTILS EDUCATIUS PARENTALS

També son nombrosos els estudis que relacionen els estils educatius parentals amb el possible risc d'acabar patint un TCA. Sobretot, aquests estudis, relacionen els estils parentals educatius desfavorables (com poden ser l'autoritari, permissiu i negligent) amb la possible aparició d'un problema en la conducta alimentària.

Segons Osorio, J., et al., (2002) les experiències primerenques dels infants en relació amb l'alimentació i, sobretot, amb les pràctiques alimentàries dels pares és una base fonamental en com desenvoluparan els hàbits d'alimentació posteriors aquests infants. Aquest estudi, també ens parla del fet que la mare és la principal responsable d'incorporar al nen en les pràctiques alimentàries.

Altres estudis també ens parlen sobre com un ambient familiar amb escassa calidesa emocional (com pot ser una família amb estils educatius autoritaris o negligents), sobretot del pare, pot arribar a provocar que l'infant senti un rebuig que limiti la seva capacitat de potenciació dels hàbits alimentaris. És a dir, es va trobar que, conforme major sigui el rebuig dels pares cap a l'infant, major serà la probabilitat que aquest desenvolupi hàbits alimentaris desadaptatius a causa de la falta de referents en un moment crucial (Borda Mas, M., et al., 2019).

El fet que la mare, en el moment de canvis de patrons alimentaris de l'infant, estigui patint o tingui un diagnòstic de TCA pot arribar a interferir de manera molt negativa en el desenvolupament de l'infant, aconseguint que,

possiblement aquest tingui un retràs en les talles i una disminució de la velocitat de creixement, també, s'ha trobat la falta de macronutrients essencials per al desenvolupament complet de l'infant (Osorio, J., et al., (2002)).

Per últim, se'ns parla del fet que, en un estudi molt rellevant sobre aquest punt, diu que un percentatge elevat (un 40%) dels participants en aquest van referir el fet que, com ells, familiars de primer grau, també havien estat diagnosticats d'algun tipus d'alteració de la conducta alimentaria, afirmant així que, gran part de la simptomatologia que estaven vivint en aquell moment havia estat apresada de conductes i patrons que havien observat en el seu procés de desenvolupament en el si de la seva família. Aquest mateix estudi ens parla sobre el fet que la família pot ser un gran factor de transmissió de factors com el control alimentari i de pes corporal, de pressió social cap a la primera o, si més no, ser un focus de burles i crítiques referents al pes, influint així de manera molt significativa en el desenvolupament d'una molt baixa autoestima per part de la persona a la que s'estan referint i per, a causa dels comentaris i control, ser un factor de risc exponencial per al augment d'aquest trastorn en la persona.

2. MÈTODE

2.1. OBJECTIUS

El present Treball de Fi de Grau es troba vinculat a les pràctiques externes dutes a terme en el període de gener – març de 2023 al centre ITA de Tarragona, el qual esta especialitzat en el tractament del TCA a través d'una hospitalització de dia amb diferents teràpies i recursos per a la recuperació i tractament a llarg termini.

Arrel de les pràctiques i de l'observació sistemàtica feta al centre, veient el gran augment d'aquesta problemàtica, conjuntament amb l'observació pròpia d'una familiar, amb aquest trastorn, em vaig plantejar estudiar quin impacte pot arribar a tenir els patrons de conducta disfuncionals d'una 'referent' en els estils d'alimentació i relació amb el menjar, en el fill/a.

Per tant, **l'objectiu principal** del meu treball és:

- Avaluar quin és l'impacte que es pot arribar a donar, i podem veure, en els infants (en relació amb l'alimentació) segons els diferents patrons educatius alimentaris de les seves mares i les conductes dutes a terme per aquestes, les quals tenen un diagnòstic de TCA.

Com a **objectius específics** en el present Treball de Fi de Grau són:

- Avaluació del desenvolupament del trastorn al llarg de la vida de la dona i estat actual.
- Avaluació de la nutrició dels infants i com, aquests, poden arribar a tenir-la desfavorable a causa dels patrons de conducta amb l'alimentació per part de les seves mares.
- Avaluació dels estils d'alimentació duts a terme per la mare en relació al seu fill o filla.
- Valoració de la qualitat i adequació de l'alimentació actual que està rebent l'infant per part de la seva mare.
- Comparació dels estils d'alimentació que tenen les mares amb diagnòstic de TCA i mares sense cap diagnòstic psicològic.

2.2. PARTICIPANTS

En aquest treball s'han seleccionat sis dones, totes elles mares, que han conformat els grups control i el grup experimental d'aquest estudi. D'aquestes sis dones, tres d'elles, tenen diagnòstic d'algun TCA (dues diagnosticades amb AN i una diagnosticada amb TA), les quals han conformat el Grup Experimental. Les altres tres noies, sense cap tipus de diagnòstic psicològic, han conformat el grup control.

Per tant, en el present treball, N=6. D'aquesta mostra, totes les dones tenien edats compreses entre els 35 i 45 anys, actives laboralment, casades i amb estudis superiors (de grau o màster) finalitzats.

La mostra ha estat seleccionada de manera que totes aquestes dones fossin mares de fills amb edats compreses d'entre 5 i 10 anys com a màxim, ja que hem establert aquest rang d'edat per a què els nens tinguessin una suficient consciència sobre l'alimentació però que, d'altra banda, necessitessin de la seva progenitora per alimentar-se.

Aquestes participants, totes noies, van firmar un acord de confidencialitat en el primer moment que es va tenir el contacte amb elles, per tant el seu nom i dades personals no poden aparèixer; tot i així, es van definir amb un seguit de colors per a identificar-les en les diferents parts de la seva participació.

- PARTICIPANT 1: COLOR VERMELL
- PARTICIPANT 2: COLOR VERD
- PARTICIPANT 3: COLOR GROC
- PARTICIPANT 4: COLOR BLAU
- PARTICIPANT 5: COLOR NEGRE
- PARTICIPANT 6: COLOR ROSA

1. La participant **vermell** és una dona de 39 anys, amb diagnòstic de TCA, més concretament AN amb patró restrictiu i purgatiu, des de fa, aproximadament, 8 anys. Va estar ingressada en un centre d'internament *24 hores* per a dur a terme el seu tractament, i d'això fa, aproximadament, 5 anys; va estar ingressada durant 3 mesos i, posteriorment, va decidir no seguir amb el seguiment sobre el seu

- trastorn. Actualment té estudis de màster finalitzats, està casada i té dues filles (una nena de 4 anys i una altra nena de 2 anys).
2. La participant **verd** és una dona de 43 anys, amb diagnòstic de TCA, més concretament TA, des de fa, aproximadament 10 anys. Ella, va estar ingressada en un centre de dia durant 5 mesos (fa 7 anys, aproximadament) i, actualment, segueix acudint a consultes externes per a un bon seguiment del seu trastorn. Actualment, està separada, amb estudis de grau finalitzats i amb un fill al seu càrrec, de 5 anys d'edat.
 3. La participant **groc** és una dona de 44 anys, amb diagnòstic de TCA, més concretament AN amb patró restrictiu, des de fa, aproximadament 17 anys. No ha estat mai ingressada en cap centre per a dur a terme el tractament, però porta acudint a les consultes externes, per a portar un seguiment i millorar en el seu trastorn, des de fa, aproximadament, 7 anys. Actualment segueix acudint-hi i portant un gran seguiment que fa que estigui quasi bé en alta. Actualment té estudis de màster finalitzats, està casada i té dos fills (una nena de 15 anys i un nen de 8 anys).
 4. La participant **blau** és una dona de 38 anys, sense cap tipus de diagnòstic de trastorn mental. Tampoc hi ha cap factor de risc en la seva família, ja que ningú té cap patologia destacable, en relació a la salut mental. Actualment està casada, amb estudis de màster finalitzats i amb una filla que, actualment, té 5 anys.
 5. La participant **negre** és una dona de 45 anys, sense cap tipus de diagnòstic de trastorn mental. Tampoc hi ha cap factor de risc en la seva família, ja que ningú té cap patologia destacable, en relació a la salut mental. Actualment està divorciada, amb estudis de grau finalitzats i amb dos fills, una nena de 9 anys i un nen de 17 anys.
 6. La participant **rosa** és una dona de 43 anys, sense cap tipus de diagnòstic de trastorn mental, però amb un factor de risc a la seva família, ja que la seva àvia va estar diagnosticada d'esquizofrènia quan tenia 32 anys. Actualment està divorciada, amb estudis de grau finalitzats i amb un fill de 10 anys al seu càrrec.

La explicació més exacta del tipus de Trastorn que es contempla (o no) en cada participant, a més de les seves dades personals més rellevants, ens serà de gran ajuda a l'hora de parlar dels resultats.

2.3. INSTRUMENTS D'AVUACIÓ

Tota la mostra ha sigut totalment voluntària de participació en aquest treball i han dut a terme les següents tasques, que passarem a anomenar com els **instruments utilitzats** en el present treball:

1. **QÜESTIONARI** (veure Annex 1)

La primera part de la part pràctica va consistir en la realització d'un qüestionari per part de tota la mostra N=6. El que es vol aconseguir amb aquest qüestionari és determinar en quin grau, les persones que conformen la nostra mostra, s'han vist afectades per la simptomatologia d'aquest tipus de trastorn, ja sigui el grup control o el grup experimental.

Aquest qüestionari compta amb **30 ítems** en forma d'oració enunciativa i un temps d'aplicació, aproximat, d'uns 10 – 15 minuts. Les oracions enunciatives que conformen els ítems del qüestionari estan basades en diferents tests que s'utilitzen per a la detecció dels TCA, com per exemple:

- Eating Attitudes Test & Eating Disorder Testing (**EAT – 26**) → Aquest test és un dels més utilitzats per a la detecció dels TCA, sobretot per AN i la BN, ja que molts dels seus ítems representen conductes dutes a terme per les persones que pateixen aquest.
- Eating Disorder Inventory (**EDI**) → Aquest test també està molt utilitzat a l'hora de la detecció dels TCA, ja que conforma una mesura molt estandarditzada dels constructes psicològics més rellevants de les persones que estan patint-ho. Té unes grans escales d'aplicació i validesa, que el fan molt fiable en la seva aplicació.

Tot i que el qüestionari hagi estat inspirat en aquests tests ja creats, les preguntes són totalment noves i originals, ja que no volia la passació de tests que ja haguessin estat creats, pel fet que considerava que era tornar a fer un diagnòstic en les persones que ja estaven diagnosticades (grup experimental) i no tenia cap sentit en el grup control.

Tot i la inspiració en aquests, vaig voler crear un qüestionari totalment nou on es tingués més en compte ambdós grups d'experimentació, així com possibles conductes que cap dels dos Tests tenien en compte i que eren molt rellevants per al meu estudi, com per exemple, ítems sobre l'alimentació infantil.

Aquest qüestionari amb 30 ítems, també contenia un barem de respostes de l'1 al 10, on el número 1 ens volia referir que l'oració anterior no tenia cap representació en la vida de la persona que l'estava contestant i era una conducta que no havia fet mai; mentre que el número 10 donava una significació de representació total sobre l'oració anterior en la vida de la persona i que era una conducta que havia desenvolupat molt. Per a la correcció d'aquest qüestionari s'ha fet la suma del número seleccionat en cada ítem i, posteriorment, s'ha dividit entre el número total d'ítems que té el qüestionari (en aquest cas, $X=30$). Per tant, una persona amb una suma total de 76, dividit entre $X=30$, li quedaria un total del qüestionari de 2,5, cosa que seria un bon indicatiu de la **no** presència de trastorn.

2. **REGISTRE D'INGESTES** (veure Annex 2)

Per a endinsar-nos més profundament en la qüestió de com s'alimenta a l'infant segons el diagnòstic, o no diagnòstic, de la progenitora, s'ha fet un registre d'ingestes, volent valorar de manera quantitativa i qualitativa la quantitat i la qualitat dels aliments ingerits i donats a l'infant, per a la posterior comparació amb les medicions estandarditzades sobre l'alimentació infantil pautades i supervisades per una nutricionista.

En aquest registre d'ingestes podem observar 5 menjades al dia (les recomanades per els nutricionistes) més 1 menjada totalment opcional. Aquest registre està programat per a durar una setmana i poder anotar durant aquesta què és el que ha ingerit l'infant, però també la mare, ja que ens pot aportar informació molt rellevant, en el cas del Grup Experimental, de com està sent l'estil educatiu alimentari envers el seu fill o filla. Alhora, gràcies al Grup Control, també podrem comparar les quantitats donades a l'infant i les ingerides en les mares per a veure la comparativa de l'alimentació portada per una persona diagnosticada amb Trastorn de la Conducta Alimentària envers una persona sense cap diagnòstic psicològic.

La finalitat d'aquest registre, en conclusió, és que les mares ens apuntin de manera més o menys exacta les quantitats que han menjat elles mateixes i les quantitats que han menjat els seus fills en els diferents àpats del dia. Com comptàvem amb el fet que no totes podien tenir bàscula per a medir exactament la quantitat de menjar (conducta que pot ser contraproduent en pacients amb Trastorn de la Conducta Alimentària) es va establir un rang de medicció aproximat on:

- Plat petit: Plat on la quantitat de menjar fos, aproximadament, el que cabia dins d'una mà tancada.
- Plat mitjà: Plat on la quantitat de menjar fos, aproximadament, el que cabia dins d'una mà oberta i una mica més.
- Plat gran: Plat on la quantitat de menjar fos, aproximadament, més d'una mà oberta d'adult.
- També calia especificar si l'infant o la mare repetien d'aquest plat o si, d'altra banda, deixaven menjar.

Amb tota aquesta informació, i durant una setmana que durava el registre, es tenia informació suficient per al correcte anàlisi nutricional i psicològic.

3. **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA** (veure Annex 3)

L'última part de la participació en aquest treball per part de les participants era dur a terme una entrevista semiestructurada. Aquesta, contenia 16 ítems en forma de preguntes i oracions enunciatives, on les participants havien de contestar amb respostes obertes, explicant el que se'ls hi preguntava, per a l'obtenció més detallada d'informació que ens permetés treure conclusions més encertades, en referència al Qüestionari i al Registre d'Ingestes. Els ítems continguts en aquesta Entrevista Semiestructurada van ser totalment originals i sense basar-se en cap Entrevista que ja fos i estès preparada per a la passació en Grups amb diagnòstics de Trastorn de la Conducta Alimentària i Grups sense diagnòstic.

En aquesta entrevista podem trobar preguntes en comú, és a dir, preguntes que es plantegen tant al Grup Control com al Grup Experimental (conformant el 50% de l'Entrevista total), i preguntes relatives per a cada tipus de Grup, és a dir, preguntes que s'endinsen més en parlar sobre el Trastorn en la

pròpia dona i els seus fills o filles; o d'altra banda, preguntes sobre com ha portat l'alimentació pròpia i infantil, el Grup Control sense cap diagnòstic.

La suma de les dues parts de l'entrevista (part comú i part relativa) ens ajuda a arribar a obtenir moltes més conclusions sobre ambdues parts per a donar resultats més complets i concisos.

2.4. PROCEDIMENT

La diferent metodologia que hem anomenat anteriorment es va aplicar de dues maneres diferents, tenint en compte la disponibilitat de les participants:

- Per començar, amb totes les participants, es va concertar una cita via 'Google Meet' on, amb una reunió d'aproximadament 10 minuts, es va explicar en què consistiria la seva participació i la finalitat d'aquest Treball de Fi de Grau, per a què elles poguessin decidir si volien seguir endavant o no. En aquesta cita, si decidien seguir endavant, es programava una següent cita, on llavors, ja es tenia en comte la disponibilitat i es dividia en dues bandes:
 - D'una banda, per les participants amb disponibilitat horària i bona comunicació, es van concertar dues entrevistes presencials al centre ITA – Centre Tarragona. La **primera cita** va consistir en la passació del Qüestionari Estandarditzat en format paper, anomenat anteriorment, i la explicació de com s'havia de procedir amb la recol·lecció d'informació per al Registre d'Ingestes, també en format paper. Va ser una cita d'aproximació i creació d'ambient favorable per a què les participants es sentissin a gust i en un lloc segur. En la **segona cita** ja es va procedir a l'Entrevista Semiestructurada, també de manera presencial al Centre. En aquesta segona cita, la participant retornava el Registre d'Ingestes abans de començar amb l'Entrevista.
 - D'altra banda, per les participants amb una disponibilitat horària i geogràfica més ajustades, es va decidir utilitzar la metodologia *online* per a una millor adaptació en les diferents parts consistents de la seva participació. Es va concertar una **primera cita** virtual, via Teams, on es va explicar en què consistiria la seva participació i l'adaptació al format *online* d'aquest. En aquesta primera cita

també es va enviar el *link* directe al qüestionari per a què la participant pogués omplir-lo mentre estàvem en videotrucada, per qualsevol dubte que pogués sorgir. El qüestionari va ésser el mateix que les participants presencials, l'únic que es va utilitzar la eina Microsoft Forms per a completar-lo de manera efectiva. Quan el qüestionari va ésser completat, se li va enviar el PDF amb el Registre d'Ingestes que havia de completar. En la **segona cita** amb la participant, també via Teams, es va procedir a dur a terme l'Entrevista Semiestructurada, mentre, alhora, la participant ens retornava, en format PDF escanejat, el Registre d'Ingestes.

La comunicació establerta amb les diferents participants d'aquest Treball de Fi de Grau es va dur a terme a través del correu electrònic amb un xifrat d'extrem a extrem per a què les dades fossin totalment confidencials.

2.5. HIPÒTESIS

Les principals **hipòtesis** que esperem trobar en aquest treball, són:

- Les dones del grup experimental puntuaran entre 9 i 10 en el qüestionari, mentre que les dones del grup control puntuaran amb menys de 3 i 4 en el mateix qüestionari.
- La participant del grup experimental amb TA serà la que s'allunyarà de la hipòtesis anterior, arribant a formar part dins de les puntuacions que s'obtindran en el grup control, entre 3 i 4.
- Les mares del grup experimental han alimentat més insuficientment als seus fills/es que les mares del grup control.
- Els fills/es de mares del grup control tenen uns estils d'alimentació més saludables, on mengen més varietat d'aliments que els fills/es de les mares del grup experimental.
- Les mares del grup experimental han sigut referents de conductes negatives envers l'alimentació, fent que així els seus fills/es no tinguessin una bona relació alimentària; mentre que les mares del grup control, han sigut referents de bones conductes alimentàries, fent així que els seus fills/es tinguessin bona relació amb el menjar.
- Les mares del grup experimental tenen conductes que propicien que els seus fills/es siguin més propenses a tenir alteracions en la conducta

alimentària, mentre que les mares del grup control, fan que es redueixi el risc a tenir aquest tipus de conductes.

3. RESULTATS OBTINGUTS EN LA PART PRÀCTICA

Després d'haver profunditzat en les dades més rellevants de les participants, passarem a la explicació dels resultats que s'han obtingut en les diferents àrees en les que s'ha dividit el treball.

3.1. RESULTATS OBTINGUTS EN EL QÜESTIONARI

3.1.1. RESULTATS GLOBAIS DEL QÜESTIONARI

A continuació, es presentaran els resultats obtinguts en l'anàlisi estadístic del qüestionari que s'ha passat a les participants del grup experimental i del grup control. Aquest qüestionari, com bé podem llegir en l'apartat 2.3 (instruments d'avaluació) i, dins del segon punt, ha sigut un qüestionari amb 30 ítems en forma d'enunciat on s'han tractat temes rellevants pels TCA, a més de preguntes control.

En tots els gràfics posteriors podreu observar la clara diferenciació entre el grup experimental (el qual estarà identificat de color verd) i el grup control (el qual estarà identificat de color blau). D'aquesta manera serà més senzill la lectura dels gràfics i la resolució d'ells.

A continuació es presenta el gràfic de resultats obtinguts de manera global en el qüestionari (és a dir, la suma total dels ítems segons la puntuació escollida). Sense fer cap altre càlcul més que aquesta suma.

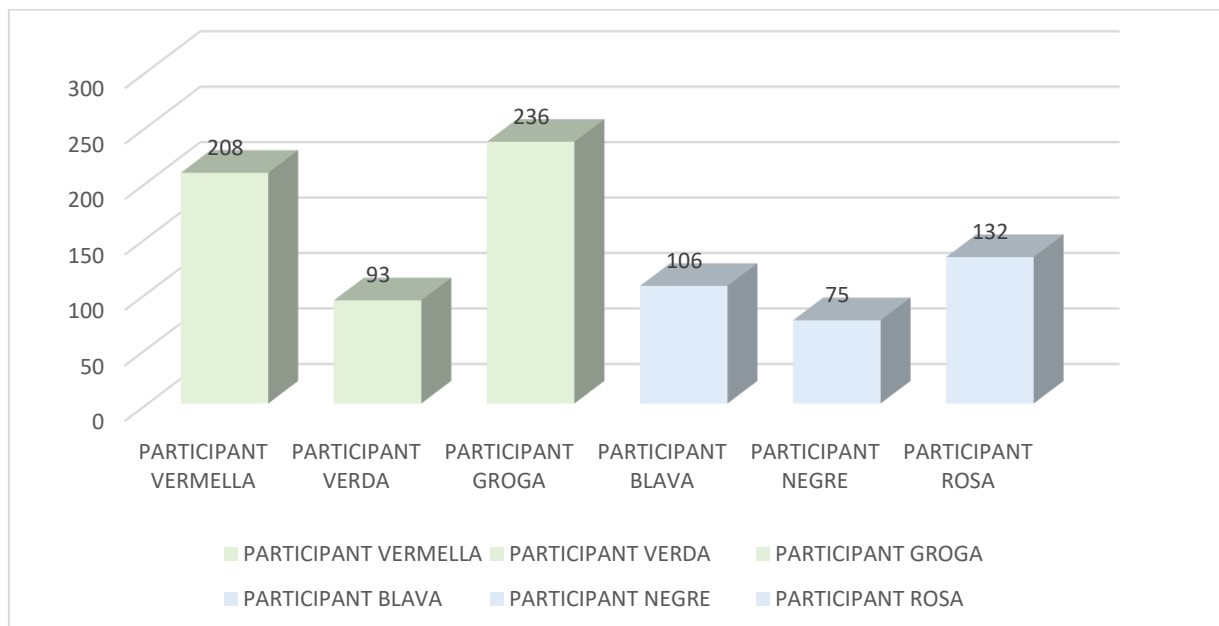


Figura 4. Gràfic de resultats globals del qüestionari (Font: Elaboració pròpia)

En el següent gràfic podem observar les puntuacions mitjanes de les nostres participants en el qüestionari, aquestes mitjanes s'han obtingut agafant el valor total del qüestionari i dividint-ho entre els 30 ítems que conformen aquest:

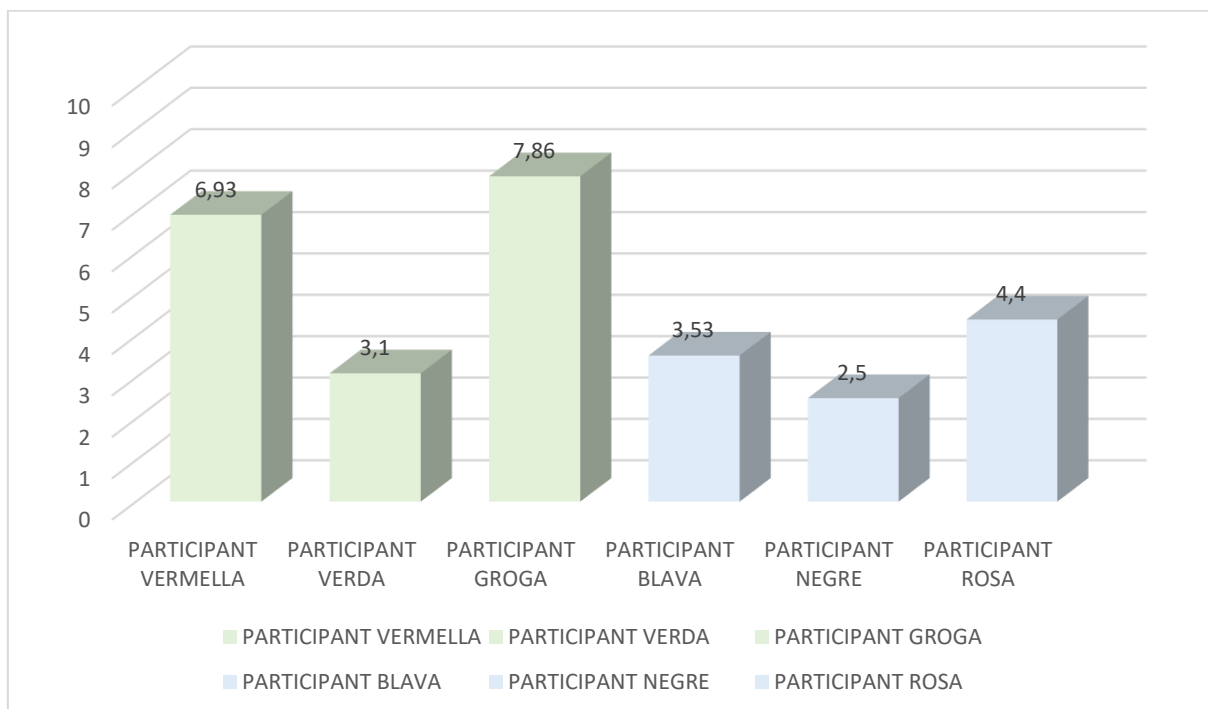


Figura 5. Gràfic de resultats (mitjana) del qüestionari (Font: Elaboració pròpia)

Si ens fixem en els dos gràfics anteriors, podem interpretar la informació de la següent manera:

- Podem observar diferències molt significatives entre els resultats obtinguts entre el grup control i els resultats obtinguts en el grup experimental. El primer, en general, obté una mitjana de qüestionari d'aproximadament 3,5; mentre que, d'altra banda, el grup experimental obté, de mitjana general, en el qüestionari, una puntuació aproximada de 6.
- Podem observar diferències intergrupals en el grup de participants experimentals, on, dues d'elles obtenen puntuacions aproximades de 7, mentre que, l'altra participant obté una puntuació aproximada de 3.
- No observem cap diferència significativa en els resultats obtinguts en les participants del grup control.

- Podem observar que la puntuació més alta en el qüestionari l'ha obtingut la participant groga, mentre que la puntuació més baixa en el qüestionari l'ha obtingut la participant negra.
- Si ens parem a analitzar les tres primeres columnes (grup experimental) veiem que hi ha una clara diferència entre la participant vermella i groga envers la participant verda.

3.2. RESULTATS OBTINGUTS EN EL REGISTRE D'INGESTES

Per a l'obtenció d'uns resultats detallats i clars pel que fa el registre d'ingestes, conjuntament amb una nutricionista, hem analitzat, de manera exhaustiva la varietat alimentària i nutricional de les diferents participants, fixant-nos en la proporció dels seus macronutrients en els seus menjars diaris i la proporció (en disposició al plat) d'aquests mateixos aliments.

Seguint les recomanacions de la nutricionista en l'anàlisi, es busca una proporció òptima de macronutrients en les diferents menjades del dia (i setmana) conjuntament amb unes mesures de plat adequats a l'alimentació.

Per a l'obtenció dels resultats hem seguit la següent proporció de macronutrients que, segons la nutricionista, són les més adequades en una població global, independentment del sexe o l'edat de l'individu:

- **HIDRATS DE CARBONI:** Els hidrats de carboni no haurien de suposar més d'un 60% del nostre consum total, al dia, de macronutrients.
- **GREIXOS:** Els greixos haurien de suposar, en la nostra dieta, un total de, com a màxim, un 25% del total de macronutrients a consumir.
- **PROTEÏNES:** Les proteïnes s'han de trobar en un 15% del total del nostre consum diari de macronutrients totals.

Alhora, també, per a fer un bon anàlisi dels resultats obtinguts a través dels registres d'ingestes, hem volgut observar si, les participants, seguien la disposició del plat (on menjaven) segons el 'Plat de Harvard'. Aquest plat ens parla sobre com disposar els aliments d'una certa manera i amb una certa quantitat, pot ajudar-nos a sentir-nos més saciats i no tenir tanta gana entre hores, alhora, és la base de l'alimentació mediterrània, sobretot en població amb diagnòstics de TCA, ja que és la disposició més adequada per arribar a

tots els requeriments diaris. La disposició òptima d'aquest plat seria la següent:

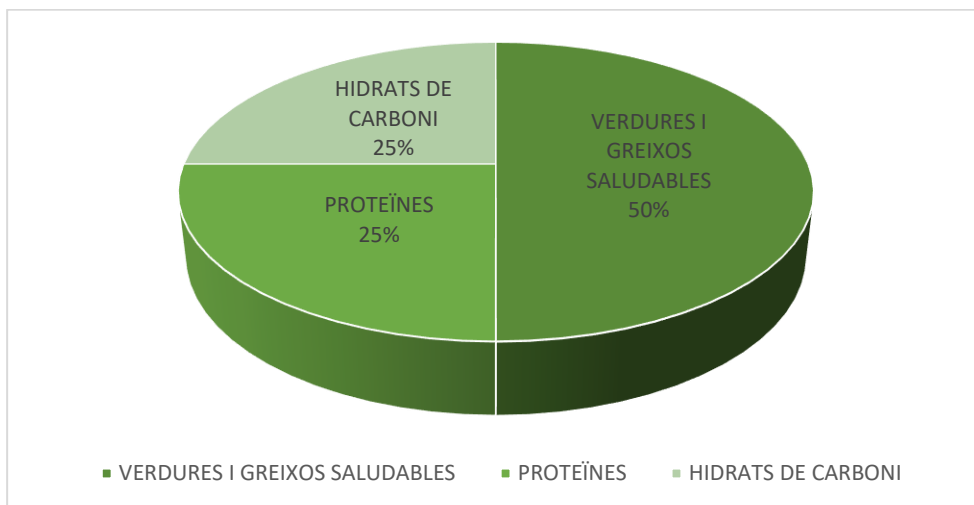


Figura 6. Plat de disposició òptima segons Harvard (Font: Elaboració pròpia)

Per tant, amb la informació esmentada anteriorment, passarem observar els gràfics que hem obtingut amb els resultats per al seu posterior anàlisi.

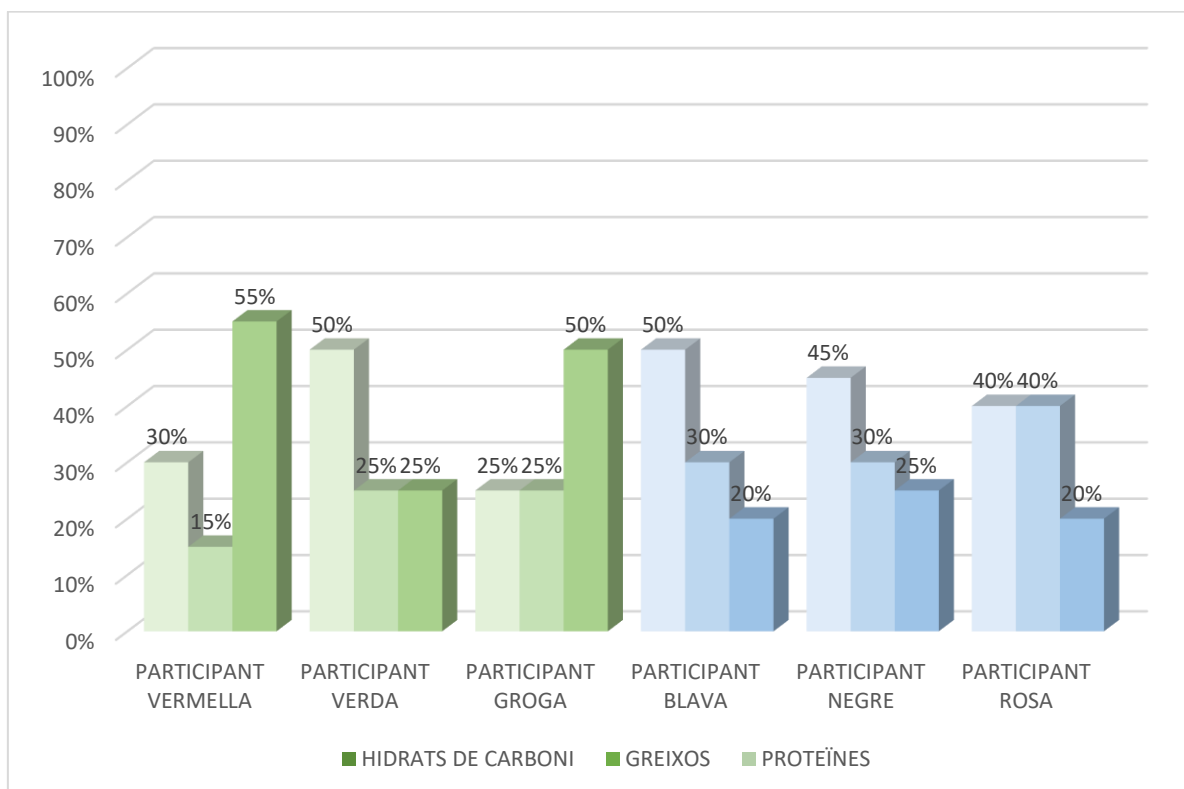


Figura 7. Percentatges globals (setmanals) de macronutrients de les mares (Font: Elaboració pròpia)

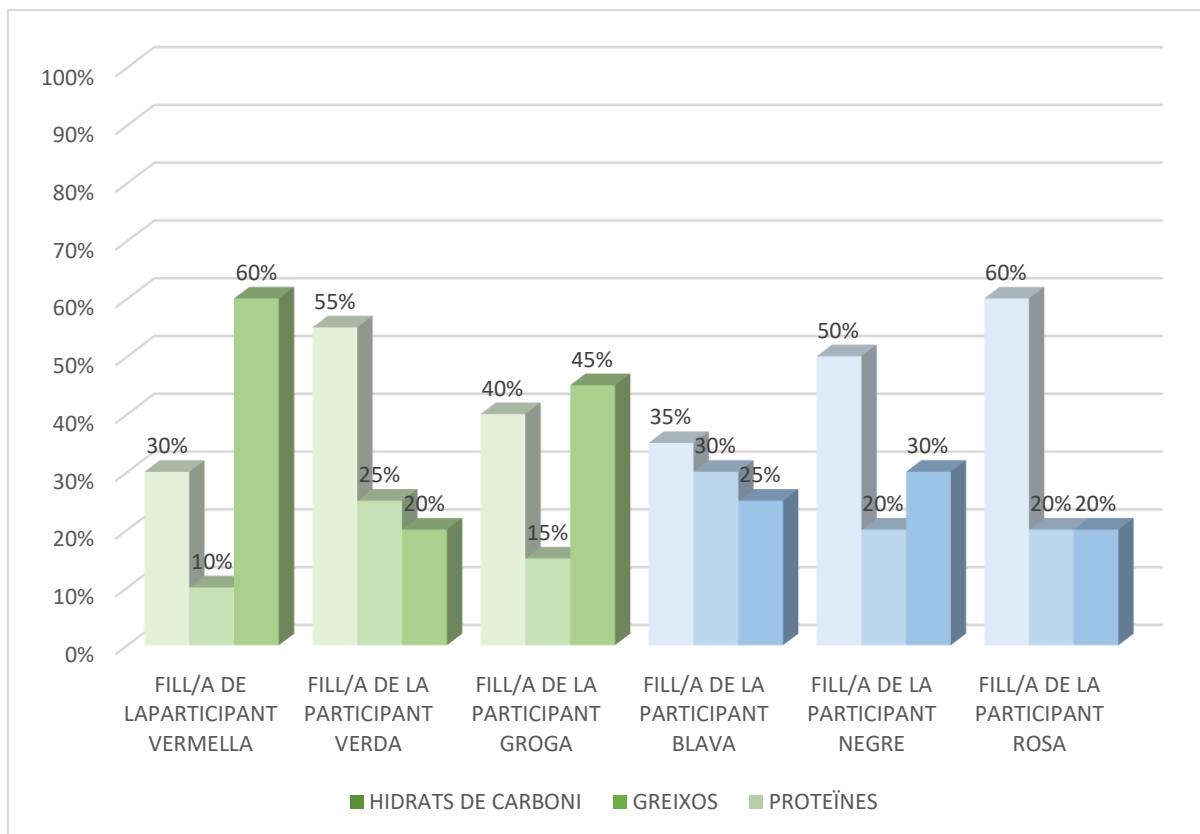


Figura 8. Percentatges globals (setmanals) de macronutrients dels fills/es (Font: Elaboració pròpia)

El que hem dut a terme per al bon anàlisi del registre d'ingestes i, posteriorment, l'obtenció dels gràfics anterior (Figura 4 i 5) ha sigut l'anàlisi, aliment per aliment, dels seus valors nutricionals estàndard, sense concretar marques ni supermercats on hagi pogut ésser adquirit, d'aquesta manera, hem ajustat una variable externa (com podrien ser les diferències nutricionals envers les diferents marques d'alimentació existents). D'aquesta manera, totes les participants i els seus infants han sigut valorats amb la mateixa informació nutricional, ajustant-se així en un percentatge més equitatiu entre ells i elles segons els macronutrients.

D'altra banda, no hem tingut en compte, en aquest gràfic, el percentatge d'alimentació envers (verdures i fruites), ja que aquesta valoració la tindrem més endavant quan es valori la disposició del menjar seguint el model del Plat de Harvard.

Doncs, així, amb tota la informació esmentada anteriorment sobre com s'ha dut a terme aquest anàlisi podem dir que els resultats que hem obtingut, fixant-nos ara en els gràfics de les mares, són els següents:

- D'una banda podem veure diferències significatives pel que fa la distribució dels aliments en les mares del grup control i del grup experimental. En les primeres destaquem el consum de proteïnes en un sobre la resta, mentre que en el grup control destaquem els hidrats de carboni sobre la resta.
- També podem observar que el consum de greixos entre aquests dos grups és molt diferenciat, en el primer grup la mitjana d'aquest macronutrient és, d'aproximadament, un valor de 21%, mentre que en el grup control, la mitjana aproximada és d'un valor de 33% del total.
- Podem observar que, dins del grup experimental, les proteïnes conformen un 50% de la dieta, els greixos conformen una mitjana aproximada d'un 20% de la dieta i, per últim, els hidrats de carboni, conformen, aproximadament, un valor del 30% total de la dieta.
- També, d'altra banda, podem observar que, en el grup control, els hidrats de carboni conformen una mitjana aproximada d'un 45% de la dieta, els greixos conformen una mitjana aproximada d'un 25% de la dieta i, per últim, les proteïnes conformen un valor mitjà aproximat d'un 25% de la dieta, total.
- Pel que fan les diferències intergrupals, podem veure com la participant verda té diferències significatives amb la resta del seu grup experimental, tenint valors molt diferenciats (quasi contraris) en els diferents àmbits de macronutrients, com per exemple en un 50% d'hidrats de carboni davant de la mitjana de 33% de les altres dues participants.
- La participant amb una ingesta més elevada de hidrats de carboni és la participant verda i blava (amb una ingesta de 50%), mentre que la participant amb menys ingesta de hidrats de carboni és la participant vermella (amb una ingesta de 30%).
- La participant amb una ingesta més elevada de greixos és la participant blava i negra (amb una ingesta de 30%), mentre que la participant amb una ingesta més pobre d'aquest macronutrient és la participant vermella (amb una ingesta de 15%).

- La participant amb una ingesta més elevada de proteïnes és la participant vermella (amb una ingesta d'un 55%), mentre que la participant amb una ingesta més pobre de proteïnes és la participant blava i rosa (amb una ingesta d'un 20%).

D'altra banda, si analitzem els gràfic obtinguts en els fills i filles podem extreure el següents resultats (sempre seguint els mateixos criteris):

- Podem veure que el grup experimental, en la ingesta de proteïnes té un valor més elevat, amb una mitjana aproximada de 50%; mentre que aquest mateix grup de macronutrients, en el grup control, obté una puntuació mitjana de 22%. Pel que fa els hidrats de carboni, en el grup experimental, el valor aproximat és d'un 40%, mentre que en el grup control, el valor aproximat és de 50%. Per últim, pel que fan els greixos, en els fills del grup experimental, el valor obtingut és, d'aproximadament, un 15%; mentre que en els fills del grup control el valor és, d'aproximadament, un 25%.
- D'altra banda, pel que fa el grup experimental en ell mateix, observem que els fills de les participants vermella i groga tenen uns percentatges d'ingestes molt diferent on, les dos primers, destaquen en el consum de proteïnes en gran mesura, conjuntament amb un consum molt baix de greixos; mentre que, d'altra banda, destaquem el fet que l'infant de la participant verda té una gran ingesta de hidrats de carboni combinat amb un consum molt baix de proteïnes.
- També podem observar, ara si ens fixem en el grup control que, els fills de les participants negra i rosa tenen un consum molt elevat de hidrats de carboni conjuntament amb un consum molt baix de greixos, mentre que el fill de la participant blava té un consum molt equiparat de tots els macronutrients necessaris en la dieta.

A continuació, passarem a valorar si la disposició dels plats de les participants i els seus infants s'adequa al model del plat òptim de Harvard. Per fer-ho hem fet dibuixos diaris dels seus plats i la quantitat que ens han escrit que es ficaven per a obtenir les següents gràfiques:

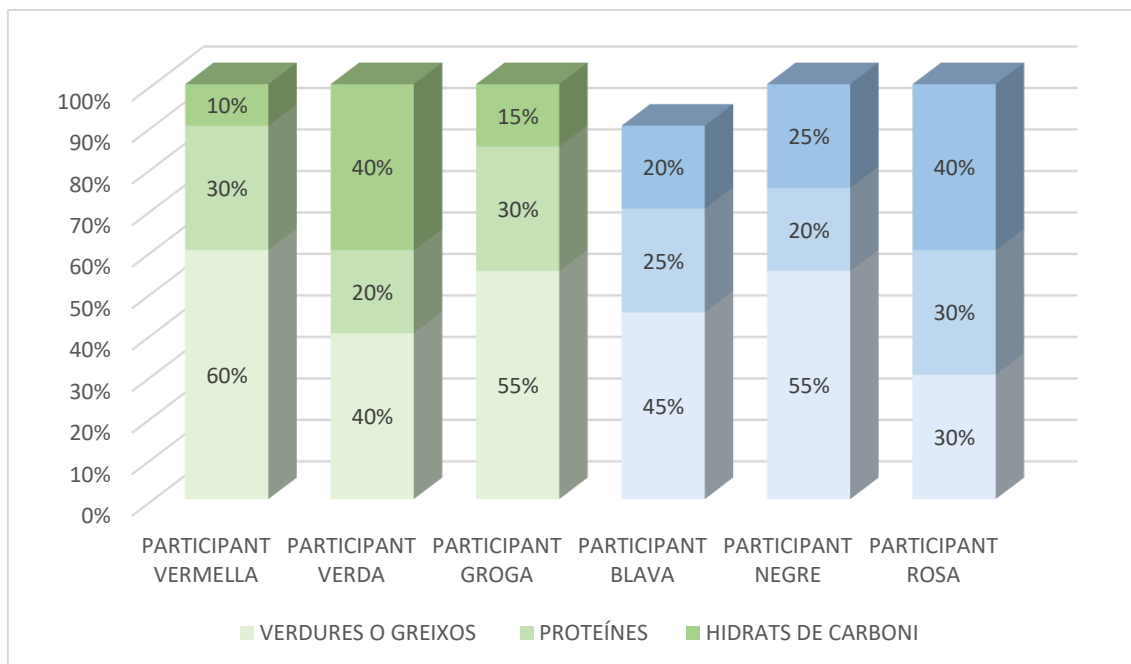


Figura 9. Gràfic del 'Plat de Harvard' de les participants (Font: Elaboració pròpia)

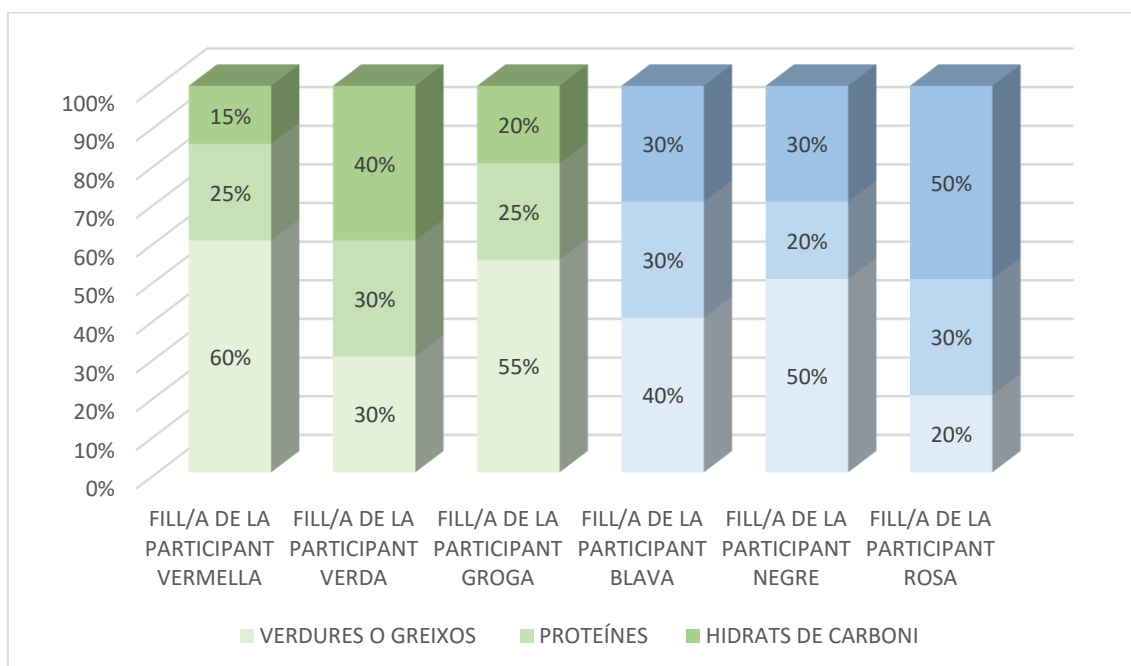


Figura 10. Gràfic del 'Plat de Harvard' dels fills/es de les participants (Font: Elaboració pròpia)

- En els gràfics anteriors i començant pel de les mares, podem observar que, si ens fixem en un conjunt tant amb el grup experimental com en el grup control podem veure com el consum de greixos i verdures, en general, és d'aproximadament un 50%. Això si, si observem a la participant verda o a la participant rosa podem observar com són les dues participants amb menys ingesta d'aquest aliment.

- D'altra banda observem com tant la pacient verda com la rosa tenen un consum, en el seu plat, d'un 40% d'hidrats de carboni, un número superior a la resta de la N que es troben en una mitjana aproximada d'un 20%.
- La mitjana de grup del consum de proteïnes es troba en un 25% aproximadament, sent molt equiparat, podríem dir que quasi igual, a la mitjana dels grups independents com el grup control (d'un 25% aproximadament) i del grup experimental (d'un 27%) aproximadament.
- Pel que fa les verdures i els greixos veiem que la participant vermella (del grup experimental) és la que més destaca en el consum d'aquest aliment en el seu plat (amb un 60%), mentre que la participant rosa és la que menys proporció d'aquest aliment inclou en la seva dieta, amb un 30%.
- Trobem igualtats en la forma de disposició del plat pel que fa les verdures o greixos, on, la participant groga i la participant negra tenen el mateix consum d'aquest aliment en els seus plats (d'un 55%).
- Tot i així, com a mitjana general, veiem més proporció correcta en els plats de les participants del grup control, on segueixen les proporcions 50-25-25 de manera més exacta.
- Podem destacar, també en el grup experimental, el consum molt baix d'hidrats de carboni, on, la seva mitjana és d'aproximadament un 20%. A destacar amb les dues pacients diagnosticades d'AN, les quals tenen un consum mitja de 12,5% d'hidrats de carboni.
- Si passem a analitzar la gràfica dels infants, podem observar, en certa mesura, els mateixos resultats que hem obtingut amb l'anàlisi dels macronutrients, ja que, en aquest cas, les mares també segueixen alimentant als seus fills de la mateixa manera que s'alimenten elles i, per tant, podem donar resultats semblants.

3.3. RESULTATS OBTINGUTS EN L'ENTREVISTA

En l'entrevista duta a terme a les nostres participants no s'ha pogut extreure cap resultat estadístic que poder analitzar de manera quantitativa; tot i així, gràcies al que ens han comentat en aquesta podrem fer una valoració més exacta i exhaustiva dels resultats anteriors i una explicació d'aquesta en el posterior apartat de discussió i conclusions.

4. DISCUSSIÓ GENERAL DEL TREBALL I CONCLUSIONS

4.1. CONCLUSIONS I DISCUSSIÓ DE LA PART PRÀCTICA

- Els resultats que hem obtingut en els qüestionaris, respecte al grup experimental, no han sigut el que ens esperàvem quan ens vam plantejar les primeres hipòtesis sobre el treball. Crèiem que, de manera general, les participants diagnosticades d'un TCA tindrien unes puntuacions més elevades a l'hora de respondre els enunciats, però no s'ha obtingut d'aquesta manera. Quan ens vam plantejar aquestes hipòtesis pensàvem que s'obtindria una mitjana general del qüestionari en les pacients del grup experimental de 8-9 sobre 10, però el resultat que ens hem trobat després de fer l'anàlisi estadístic ha sigut de 6, una puntuació bastant allunyada del esperat.
- D'altra banda, els resultats obtinguts en els qüestionaris, per part del grup control, sí que han sigut els que ens havíem plantejat en les primeres hipòtesis del treball, obtenint així que és un qüestionari adequat per a la detecció del no TCA.
- Hem pogut observar com, tot i ser TCA igual, no és el mateix tenir una AN que un TA, com la manera de relacionar-se amb el menjar i amb el propi cos es fa d'una manera tant diferent entre elles i, al final, els patrons disfuncionals, també es perpetuen d'una manera diferent.
- L'apartat anterior el relacionarem de manera que, hem pogut observar diferències molt significatives entre els resultats trobats en les pacients vermella i groga envers la pacient de color verd. Això podria venir donat a causa que aquesta segona té un TA, on segons l'etiologia d'aquest trastorn, trobem que les pacients es recolzen en el menjar de manera excessiva i sense fre tot el que troben (principalment aliments alts en greixos, sucres i ultraprocessats) per a poder superar qualsevol tipus d'inconvenient que pugui estar succeint-li, o d'altra banda, per a poder portar de millor manera trastorns associats (comòrbids) com poden ser l'ansietat o la depressió. D'altra banda, les altres dues pacients amb AN, diferenciades de la primera en els resultats, tenen un patró de restricció de l'alimentació on, prefereixen deixar de menjar i estar el màxim de primes possible a menjar qualsevol cosa.

- D'altra banda, també hem pogut observar com, en el qüestionari, dins les dues pacients amb diagnòstic de AN no s'ha trobat una diferència molt significativa, cosa que podria venir donada al fet que, segons el que diuen els diferents manuals diagnòstics com el DSM-5, les persones que comparteixen aquest trastorn solen tenir comportaments, conductes i pensaments molt semblants entre sí.
- Gràcies a la obtenció dels resultats dits anteriorment hem pogut observar com l'elecció de les participants per al nostre treball de fi de grau va ser l'adequat al que volíem estudiar, ja que, d'una banda, el grup control va puntuar de la manera esperada, mentre que el grup experimental, pel que fa les diagnosticades amb AN van puntuar de manera alta en aquest (cosa esperada) i la pacient diagnosticada amb TA va puntuar baix en aquest, també cosa esperada.
- Hem pogut observar com es compleix la hipòtesi del fet que les mares amb un TCA són més propenses a ensenyar als seus fills els patrons d'alimentació iguals als que tenen elles, provocant així que, en un futur, aquests patrons es tornin més poderosos i influeixin en l'infant per a desenvolupar el mateix tipus de trastorn que la seva progenitora.
- Hem pogut veure com les participants amb un diagnòstic de TCA, més concretament les diagnosticades amb AN, intenten ajustar al màxim la seva alimentació cap al fet d'ingerir aliments molt baixos en greixos i hidrats de carboni, buscant, quan van al supermercat aquest tipus d'alimentació; que suposa, al final, la compra massiva d'aliments naturals i la compra, en quantitats baixes o nul·les, d'aliments amb greixos saludables (o no) i pastes, arròs, llegums, etc.
- Hem pogut observar que, pel que fan les diferències intergrupals dins del grup control, no s'observen diferències significatives que facin destacar alguna cosa sobre l'altra.
- Hem vist com, les pacients que contempen mancances alimentaries a causa del seu trastorn, també fan que els seus fills presentin aquest tipus de mancances i que tinguin falta de certs macronutrients més que necessaris per al seu correcte desenvolupament intel·lectual i físic.
- També hem pogut observar com les participants del grup control propicien el fet que (amb els seu propis estils d'alimentació) els seus fills tinguin relacions amb el menjar més disfuncionals, ja que el fet de no

donar tot tipus d'aliment (amb moderació) per a ensenyar que qualsevol aliment no es dolent en ell mateix, fa que en un futur, possiblement, vegin els aliments 'prohibits' per les seves mares com elements prohibits per a ells mateixos.

- D'una banda, les mares del grup experimental (les dues mares amb diagnòstic psicològic d'AN) destaquen molt sobre les altres amb una diferència significativa en la ingesta setmanal de greixos i hidrats de carboni on, cap de les dues, arriba al mínim òptim recomanat per a una bona alimentació i obtenció de nutrients. Si ens fixem en els seus aliments que contenen aquests greixos, veiem que, com a molt, s'obtenen d'olis d'oliva o alvocat, dos greixos saludables però que no contenen cap tipus de sucre, també necessari per al cos i el bon funcionament. Alhora, en aquestes dues participants, veiem que la seva dieta no conté cap tipus d'aliment ultraprocesat, és més, podríem dir que el cent per cent de la seva dieta es provinent d'una alimentació totalment natural i baixa en procés. Alhora, en aquestes pacients també podem observar que la ingesta de proteïnes es elevada, sobretot en proteïnes de tipus animal (com el peix o el pollastre), ambdós anteriors, molt alts en aquest macronutrient i molt baixos en altres tipus de nutrients, també necessaris, com ho podrien obtenir de la carn vermella, cosa que mengen, com a molt un tros a la setmana. Per últim, els seus hidrats de carboni són tots integrals i alts en fibra, cosa que ens ajuda a pensar que ho necessiten també, en certa manera, com a resultat d'aquesta malaltia i les ganes d'anar al lavabo.
- Seguint amb el grup experimental, però en aquest cas amb la pacient diagnosticada amb TA, veiem com els seus percentatges de macronutrients també són molt diferents al que hem pogut observar amb les mateixes pacients del grup experimental. Ella, contempla un percentatge molt alt d'hidrats de carboni, amb percentatges equiparats de greixos i proteïnes. Fixant-nos en el seu registre hem pogut observar com la pasta o l'arròs són un aliment quasi diari en la seva dieta, mentre que les proteïnes de provinença animal (sobretot pel que fa el peix) no destaquen en la seva alimentació. Alhora, també s'ha pogut observar que, els aliments alts en greixos, provenen d'ultraprocesats amb un gran nombre de sucres refinats, que, en grans quantitats, no són adequats per

al nostre cos. En aquesta pacient, podem observar que els seus percentatges no s'adeqüen del tot al que seria una proporció òptima de macronutrients, tot i així intenta complir les recomanacions nutritives setmanals.

- D'altra banda i ara ja passant al grup control, podem observar com les noies tenen uns percentatges molt semblants, en les diferents parts dels macronutrients, entre elles. Podem veure com els diferents macronutrients tenen una proporció molt equitativa entre ells, donant així un valor ajustat de nutrients al seu cos. Si observem el registre d'ingestes d'aquest grup podem veure com les mares, pel que fa els hidrats de carboni, els fan provenir de molts tipus de lloc, des de la pasta, fins les llegums i més, la seva varietat d'alimentació és molt més ampla que la del grup control i els seus plats són molt més ajustats als diferents percentatges. Pel que fa els greixos, la gran majoria d'aquests provenen de greixos saludables provinents dels olis d'oliva o els alcovats, tot i així, no deix d'aparèixer, de manera controlada en la seva alimentació algun tipus d'ultraprocessat amb gran quantitat de sucre que, com bé hem dit anteriorment, si es de manera controlada, no es desadequat. Pel que fan les proteïnes també les fan arribar de maneres molt variades i originals, cosa que ajuda a tenir una alimentació molt més completa i fàcil d'acomplir.
- El que si que podem destacar d'aquest grup control és la participant de color rosa, la qual els seus percentatges s'allunyen bastant de la normalitat òptima de macronutrients on, la seva dieta, està bàsicament composta de hidrats de carboni. Sí que es cert que no supera el percentatge recomanat, tot i així, fent un anàlisi del seu registre d'ingestes hem pogut veure alguna mancança per el que fa els greixos saludables, que han estat substituïts, de manera no controlada, per greixos provinents d'ultraprocessats. I, pel que fa la proteïna, també hem pogut observar mancances, ja que la gran majoria tenien les seves arrels en proteïna de animals de carn vermella, la qual, si no es dona de manera controlada també pot suposar una important problemàtica pel cos, a causa dels nivells alts en colesterol i sals que porta.
- Hem pogut observar com, les mares del grup control, tenen millors hàbits alimentaris envers la nutrició en general, essent elles les que s'informen

en gran part dels grans beneficis d'una alimentació adequada i com, gràcies a aquest fet, estan podent obtenir tots els tipus de nutrients necessaris per al desenvolupament normal de la seva vida diària.

- Alhora, també hem pogut observar com, les mares del grup control, amb els seus propis estils alimentaris, fan que els seus fills tinguin el mateix estil d'alimentació (en molts casos menjant els mateixos tipus d'aliments) i sent així, exemples a seguir per a un bon desenvolupament de la relació amb el menjar.
- Seguint amb el grup control, hem pogut observar com les participants són persones amb idees de varietat d'aliments molt més àmplia, són capaces de dur a terme diferents plats de menjar, de moltes maneres diferents i amb sabors molt diferents, donant, així també, la possibilitat de desenvolupar en elles i en els seus fills un paladar molt més ampli i amb més sabors i textures.
- En conclusió, hem pogut veure com les mares amb diagnòstic de TCA són més propenses a desenvolupar el mateix en els seus fills/es, projectant els seus estils d'alimentació; mentre que també hem pogut veure com les mares sense diagnòstic són un factor de protecció davant d'aquest trastorn, duent a terme una alimentació adequada.
- Per últim, i referent a l'entrevista duta a terme a les participants podem veure com les participants diagnosticades amb AN ens explicaven el fet d'alimentar als seus fills de la mateixa manera que ho feien elles, per d'aquesta manera saber que el que estaven ingerint era bo i nutritiu (encara que d'una altra banda poguessin faltar certs macronutrients), igualment, preferien la alimentació natural a una alimentació completa. També ens explicaven que elles no eren de donar ultraprocessats, ja que creien que el cos no necessita de cap manera un aliment així. D'altra banda, la pacient diagnosticada amb TA també ens parlava sobre la importància de l'alimentació semblant a ella en el seu fill per a un bon desenvolupament d'hàbits i observació vicària. Per a ella l'alimentació era molt important i el fet de sentir que ella o el seu infant s'estaven quedant amb gana era un tema que no el portava gaire bé; ella preferia que mengés més quantitat mentre que això significués una major sacietat i sentiment de plenitud alimentària. Ella no es fixava en si un aliment era més processat o no, simplement donava els aliments que s'havien donat

tota la vida a casa seva, sense parar-se a analitzar gaire els seus valors nutricionals. Per últim, i parlant amb les mares del grup control; per a elles l'alimentació infantil era un tema molt important, ja que havien investigat molt sobre com afecta la mala alimentació en el desenvolupament cognitiu i motor dels nens i nenes, és per això que intentaven donar quantitats adequades i percentatges adequats. Tot i així, em comentaven el fet que no són perfectes a l'hora de calcular tota l'alimentació i que si que es cert que tenien clar el fet que algun cop que altre podien donar més quantitat de l'adequada a l'infant. Tot i així, totes elles em recalaven la importància d'una alimentació sana i rica en nutrients, segons elles, molts cops seguint les recomanacions d'una dieta mediterrània, però amb certes excepcions, ja que els nens i nenes són infants i també mereixen gaudir d'un gelat o d'una lllaminadura de tant en quant.

4.2. LIMITACIONS

Les principals limitacions que hem pogut trobar durant el desenvolupament del present treball de fi de grau són les següents:

- En primer lloc, el fet que el qüestionari no fos estandarditzat ha suposat que no tinguem del tot clar si, els resultats obtinguts són del tot fiables de cara a la investigació, ja que no ens han donat les puntuacions esperades en el grup experimental i, això, ha fet no acomplir la nostra hipòtesi.
- En segon lloc, s'haurien d'haver inclòs més preguntes control en el qüestionari, per a poder valorar si el que estan responent les nostres participants és la veritat o, si d'altra banda, no poden refiar-nos de les seves respostes. Aquest tipus de preguntes (enunciats) ens haguessin ajudat a estar més segurs.
- En tercer lloc, s'haurien d'haver fer dos tipus de qüestionaris, un referent a les participants amb AN i un altre qüestionari referent al TA, ja que tot i que componen dins del mateix grup de TCA, tenen característiques que, en la majoria de casos, són totalment contràries entre sí i que, en un mateix qüestionari no podria valorar-se. De la mateixa manera que, si féssim dos tipus de qüestionari, el grup control hauria de respondre ambdós, per a determinar la no presència de cap d'ells.

- També, a l'hora de analitzar en profunditat el registre d'ingestes, haver-ho fet amb l'aliment concret que s'havia ingerit, encara que això suposés més feina per part de les participants i pròpia; ja que, d'aquesta manera haguéssim pogut determinar de manera més adequada els diferents percentatges.
- I, per últim, la limitació més clara en aquest treball de fi de grau ha sigut la mostra obtinguda, ja que només tres persones amb un TCA i tres persones sense cap tipus de diagnòstic psicològic no són suficients per a poder donar, amb una determinació clara, una bona conclusió respecte a l'afectació que poden tenir els infants respecte a l'alimentació de les seves mares.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M.^a. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401. Recuperado en 27 de mayo de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es&tlng=es.
2. 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. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70396-0)
3. Diaz R, F., Pilicita S, L., Godoy, L., V., & Donoso F, A. (2022). Severe eating disorders in adolescents during the COVID-19 pandemic: a call to action. *Andes pediatria: revista Chilena de pediatría*, 93(1), 138-140. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v93i1.4149>
4. Guía de consulta de Los criterios diagnósticos del dsm-5(r): Spanish edition of the desk reference to the diagnostic criteria from dsm-5(r). (2014). American Psychiatric Publishing.
5. Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez Garibay, E. M., & Celis, ^ y. Alfredo. (s. f.). DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Medigraphic.com. Recuperado 26 de mayo de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn081i.pdf>
6. Jesús, M., Baldares, V., & Ry, M. A. (s. f.). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Medigraphic.com. Recuperado 26 de mayo de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
7. Medina-Guillen, L. F., Cáceres Enamorado, C. R., & Medina Guillen, M. F. (2022). Conductas alimentarias y actividad física asociadas a estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia COVID-19. *MHSALUD Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 19(2), 1-18. <https://doi.org/10.15359/mhs.19-2.6>

8. Ojeda-Martín, Á., Del Pilar López-Morales, M., Jáuregui-Lobera, I., & Herrero-Martín, G. (s. f.). Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes Use of social networks and risk of suffering from TCA in young people. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4322>
9. Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. a. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutricion hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral*, 27(2), 391-401. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008
10. Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y bulimia DRA. ISABEL GOMEZ BONETT MEDICO PEDIATRA COORDINADOR CAPITULO MEDICINA DEL ADOLESCENTE SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA. (s. f.). Codajic.org. Recuperado 26 de mayo de 2023, de <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Trastornos%20del%20comportamiento%20alimentario.%20Anorexia%20y%20bulimia.pdf>
11. (S. f.). Gob.mx. Recuperado 26 de mayo de 2023, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>
12. Arijá Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez Martín, A. (2022). Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutricion hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral*, 39(Spec2), 8-15. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
13. Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*, 37(4), 887. <https://doi.org/10.2307/1126611>
14. Calam, R., Waller, G., Slade, P., & Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *The International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 479-485. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199009\)9:5<479::aid-eat2260090502>3.0.co;2-i](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199009)9:5<479::aid-eat2260090502>3.0.co;2-i)
15. Capano, Á., & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias psicológicas*, 7(1), 83-95.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000100008

16. Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios [Mexican journal of eating disorders]*, 6(2), 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
17. Eckert, E. D., Halmi, K. A., Marchi, P., Grove, W., & Crosby, R. (1995). Ten Year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med*, 25, 143-156.
18. Infantil y juvenil Maríía Jesús Jiménez, 2009-2010 Experto en Terapia. (s. f.). *y su implicación en diferentes trastornos*. Fapacealmeria.es. Recuperado 30 de mayo de 2023, de <https://www.fapacealmeria.es/wp-content/uploads/2016/12/ESTILOS-EDUCATIVOS.pdf>
19. Jesús, M., Baldares, V., & Ry, M. A. (s. f.). *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*. Medigraphic.com. Recuperado 30 de mayo de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
20. Keller, M. B., Herzog, D. B., Lavori, P. W., Bradburn, I. S., & Mahoney, E. S. (1992). The naturalistic history of bulimia nervosa: Extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence, and psychosocial morbidity. *The International Journal of Eating Disorders*, 12(1), 1-9. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199207\)12:1<1::aid-eat2260120102>3.0.co;2-e](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199207)12:1<1::aid-eat2260120102>3.0.co;2-e)
21. Losada, A. V., & Rodríguez Eraña, S. (2019). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA y PREVENCIÓN PRIMARIA. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 17(1), 189-210. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000100010
22. Maccoby, E. E., & Martín, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E. M. En & H. Hetherington P (Eds.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development* (Vol. 4, pp. 1-101). Wiley.

23. Mejía, H. D. C., Díaz, A. D., Sierra, C. M., & Monsalve, J. G. M. (2003). Trastornos de la alimentación: su prevalencia y principales factores de riesgo – estudiantes universitarias de primer y segundo año. *Ces medicina*, 17(1), 33-45.
<https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/515>
24. Narrativa, R., María, D., & Hernando Martínez, F. (s. f.). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: etiología y actuación enfermera*. Uam.es. Recuperado 30 de mayo de 2023, de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/687947/sanchez_garcia_almudenatfg.pdf?sequence=1
25. Osorio E., J., Weisstaub N., G., & Castillo D., C. (2002). Desarrollo DE la conducta alimentaria en la infancia y Sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutricion: Organo Oficial de La Sociedad Chilena de Nutricion, Bromatologia y Toxicologia*, 29(3), 280-285.
<https://doi.org/10.4067/s0717-75182002000300002>
26. Peláez Fernández, M. A., Raich Escursell, R. M., & Labrador Encinas, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios [Mexican journal of eating disorders]*, 1(1), 62-75.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100007
27. Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M.ª. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutricion hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Espanola de Nutricion Parenteral y Enteral*, 27(2), 391-401.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008
28. Redondo, F. J. M., Brito, N. B., Robayna, B. P., Fariña, Y. R., & Flores, C. D. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista española de nutrición humana y dietética*, 23, 130-131.
29. (S. f.). Udlap.mx. Recuperado 30 de mayo de 2023, de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lef/aranda_covarrubias_ld/etd_2051026979383.pdf

ANNEXOS

1. QÜESTIONARI

Aquí podreu observar el qüestionari que es va passar a totes les participants d'aquest Treball de Fi de Grau:

CUESTIONARIO

Con el consiguiente cuestionario se busca la evaluación de los diferentes hábitos y estilos de alimentación, la relación de las personas con la comida y el uso que se hace de esta, asimismo los pensamientos relacionados e intrusivos.

Las siguientes preguntas se refieren al **ÚLTIMO MÉS O A LOS ÚLTIMOS DOS MESES**. Lee cada pregunta con atención y rodea con un círculo o una cruz el número que crees que se ajusta más a lo vivido. Es muy importante contestar a **todas** las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas. **LA SINCERIDAD ES MUY IMPORTANTE**.

En cada pregunta encontrarás una tabla del 1 al 10, dónde el 1 nos quiere decir que la afirmación anterior **no nos identifica nada**; y el 10 nos quiere decir que la afirmación anterior **nos identifica del todo**.

1. Escojo de manera *muy* deliberada los alimentos que voy a ingerir.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

2. Procuo no comer, aunque tenga hambre.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3. Cuando sé que es hora de comer/cenar, me entra mucha ansiedad.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4. Corto mis alimentos en trozos muy pequeños.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5. A la hora de escoger que alimento comeré, tengo muy en cuenta las calorías, azúcares y toda la tabla nutricional.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

6. A la hora de ir a la compra, siempre escojo alimentos con la etiqueta 'Light', '0 calorías', 'Sin grasa', etc.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

7. Evito, especialmente, comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

8. Evito, especialmente, comer alimentos que contengan mucha proteína.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

9. Evito, especialmente, comer alimentos que contengan mucha grasa.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

10. Cuando estoy comiendo pienso en que me gustaría estar en otro lugar.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

11. A la hora de comer/cenar, soy la persona que más tarda.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

12. Suelo hacer ejercicio, principalmente después de comer, para eliminar calorías.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

13. Si como alimentos con mucha grasa, esa grasa se almacenará en mi cuerpo.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

14. Los alimentos que contienen azúcar no son bienvenidos en mi plato de comida.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

15. A veces siento que los demás me obligan a comer de más.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

16.Me siento bien cuando siento el estómago vacío.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

17.Suelo pesar la comida para no pasarme de cantidad.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

18.Tengo claro cuál es el máximo de calorías que puedo comer en un día, como máximo.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

19.Si me paso con alguna ingesta durante el día, tomo laxantes o me provocho el vómito para compensarlo.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

20.No me gusta que la gente me vea comer, siento que me juzgan constantemente.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

21.He usado la comida como una vía para sentirme menos ansiosa, dejando de comer.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

22.Mi familia cree que debería subir de peso.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

23.Cuando se habla de comida con la familia, suelo evitar ser el centro de atención.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

24.Evito comer en familia para poder comer los alimentos que quiero en la cantidad que quiero.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

25.Siento la necesidad de pesarme cada vez que acabo de comer.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

26.Me agobia la sensación de ver que mi barriga no está completamente plana.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

27.Cuando se habla de comida con la familia, evito comentar nada, ya que siento que me juzgarán.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

28.Evito comer con más personas, porqué siento que me juzgarán si como menos.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

29.Suelo perder la concentración en mis tareas diarias pensando en comida o calorías.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

30.Elijo muy cuidadosamente los alimentos que ingiero para que no me hagan subir mucho de peso.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

2. REGISTRE D'INGESTES

En aquest annex podreu observar la plantilla model que es va passar a les participants de l'estudi per a dur a terme el seu registre d'ingestes:

REGISTRO DIARIO DE LAS INGESTAS

DIA: __/__/____

| | DESAYUNO | TENTE | COMIDA | MERIENDA | CENA | TENTE* |
|---------------|----------|-------|--------|----------|------|--------|
| MADRE | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| HIJO/A | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

*El último tente es opcional

Aquesta taula va ser la base en la que les mares van poder completar quina era la seva alimentació diària durant una setmana, alhora que també completaven quina era l'alimentació i quantitats del seu fill/a.

3. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

En aquest annex podreu veure quina va ser l'entrevista que és va dur a terme a les participants del Treball de Fi de Grau, per a poder-nos endinsar més en el seu trastorn i en el que elles pensaven dels seus estils alimentaris i de la relació alimentària dels seus fills:

Per al grup experimental:

- Podries dir-me la teva edat actual, data de naixement, sexe, estat civil i número de fills que tens?
- Començarem des de la infància. Com recordes la teva relació amb el menjar quan eres petita? Amb petita em refereixo a quan tenies entre 3 i 10 anys.
- Alguna persona de la teva família, més gran que tu, creus que ha tingut algun Trastorn de la Conducta Alimentària? Creus que has pogut identificar en les conductes d'algú proper, les conductes que duies a terme abans del diagnòstic?
- M'agradaria que ara em parlessis sobre com ha sigut el desenvolupament del teu trastorn, és a dir, des que tu recordes començar amb la simptomatologia del Trastorn fins l'evolució a dia d'avui. Sent específica amb els comportaments que tenies en un principi, i com ha anat evolucionant fins a dia d'avui. També si recordes èpoques millors on quasi no fessis simptomatologia o si recordes alguna època molt dolenta en relació a la problemàtica del Trastorn.
- Creus que malaltia aquest trastorn ha estat present en tu sempre? O en algun moment ha pogut marxar o semblar-ho?
- Creus que quan eres més petita ja tenies conductes pròpies del trastorn??
- Com era la teva relació amb el menjar mesos abans d'adonar-te que estaves embarassada? Va canviar en quant vas saber que estaves embarassada?
- Com recordes el teu embaràs? En relació amb el tema de l'alimentació. Vas tenir algun problema o afecció amb els teus fills a causa del trastorn??
- Com van ser els primers mesos del teu fill/a? I la seva alimentació com la descriuries? Creus que l'alimentació que se li va proporcionar va ser adequada per la seva edat?

- Creus que hauries d'haver fet alguna cosa diferent en relació amb l'alimentació del teu fill/a?
- El teu fill/a ha sigut un nen/a que ha anat dins de la mitja de creixement, en tots els àmbits? Com ha sigut el seu desenvolupament?
- Quan vas començar l'alimentació complementària (donant menjar com a tal) com recordes el moment? Creus que donaves les quantitats que tocaven? Fins que no et vas adonar de la problemàtica com creus que ha sigut l'alimentació que has donat als teus fills?
- Tens la sensació que la teva filla o el teu fill menja correctament les quantitats que pertocuen amb la seva edat?
- Com és el moment del menjar amb ella? Menja amb un temps normatiu o li costa més del compte?
- Com creus que ha influït el tractament en la relació alimentària que tens i la dels teus fills? Creus que estan prou conscienciats sobre aquest trastorn? Hi ha hagut alguna recaiguda últimament per part teva?
- Quin és el principal valor que transmetes als teus fills, en relació al trastorn, per a què ells no arribin a passar-la?

Per al grup control:

- Podries dir-me la teva edat actual, data de naixement, sexe, estat civil i número de fills que tens?
- Començarem des de la infància. Com recordes la teva relació amb el menjar quan eres petita? Amb petita em refereixo a quan tenies entre 3 i 10 anys.
- Alguna persona de la teva família, més gran que tu, creus que ha tingut algun Trastorn de la Conducta Alimentària?
- Creus que en algun cop de la teva vida has tingut una relació poc adequada amb l'alimentació? Has fet alguna dieta durant un llarg període o has arribat a passar gana voluntàriament?
- Com és la teva relació amb l'alimentació actualment? Et sents a gust menjant tot el que vols? O en algun moment t'has sentit malament per menjar certs aliments?
- Durant la teva adolescència, com vivies els moments de menjar, ja sigues sola, amb amics o amb familiars? Algú de la teva família va fer-te algun comentari negatiu sobre tu que et fes plantejar-te deixar de menjar?

- Tens algun aliment prohibit o que t'hagin fet creure que no pots menjar?
- Com era la teva relació amb el menjar mesos abans d'adonar-te que estaves embarassada?
- Com recordes el teu embaràs? En relació amb el tema de l'alimentació. Vas tenir algun problema o afecció amb els teus fills a causa de la malaltia?
- Com van ser els primers mesos del teu fill/a? Creus que l'alimentació que se li va proporcionar va ser adequada per la seva edat?
- Creus que podries haver fer alguna cosa diferent en relació amb l'alimentació del teu fill/a?
- El teu fill/a ha sigut un nen/a que ha anat dins de la mitja de creixement, en tots els àmbits? Com ha sigut el seu desenvolupament?
- Quan vas començar l'alimentació complementària (donant menjar com a tal) com recordes el moment? Creus que donaves les quantitats que tocaven?
- Tens la sensació que la teva filla o el teu fill menja correctament les quantitats que pertocuen amb la seva edat?
- Com és el moment del menjar amb ella? Menja amb un temps normatiu o li costa més del compte?
- Si en algun moment haguessis d'afrontar un Trastorn de la Conducta Alimentària amb el teu fill/a, com ho faries?
- Com actuaries o què li diries a la teva filla o al teu fill tingués algun tipus de problema amb la relació amb el seu cos, o li diguessin comentaris despectius envers aquest?