

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



EL PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA.

AUTOR: TOMÁS MEGÍAS, NEREA.

Nº expediente: 534

TUTOR. VILLANUEVA ROIG, JOSÉ HELIODORO.

Departamento y Área: BIOQUÍMICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR.

Curso académico 2015 – 2016.

Convocatoria de Mayo 2016.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	3
1.2. Anorexia.....	6
2. INTERVENCIÓN	7
2.1. Objetivos	7
2.2. Destinatarios.....	8
2.3. Procedimiento de solicitud de institutos.....	10
2.4. Criterios de inclusión y exclusión	11
2.5. Metodología	11
2.6. Estructura de las sesiones.....	12
2.7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	15
3. DISCUSION	17
4. ANEXOS.....	19
5. BIBLIOGRAFÍA.....	27

RESUMEN

En los últimos años se ha observado un aumento de los casos de anorexia nerviosa en adolescentes de países desarrollados. Se sabe que es un trastorno de causas multifactoriales, entre las que destaca el factor sociocultural. Vivimos en una cultura que tiene una sobrevaloración de la delgadez y que es sin duda un factor importantísimo para el desarrollo de este trastorno. Por esta razón es importante la prevención de la anorexia nerviosa durante la adolescencia, ya que es a partir de los 12 años cuando entran en una etapa de mucha confusión y gran vulnerabilidad, siendo personas de alto riesgo para sufrir este trastorno. El diseño y puesta en práctica de un plan de intervención a nivel de Educación Secundaria Obligatoria como a nivel familiar y de profesorado, es muy importante principalmente para prevenir en un futuro el desarrollo en este caso de anorexia nerviosa. Este plan a nivel de educación secundaria obligatoria constaría de 4 sesiones teórico-prácticas para los adolescentes en las que se trabajaría la alimentación, nutrición, imagen corporal, autoestima y autoconcepto, habilidades sociales, asertividad y además constaría de 1 sesión informativa y de carácter voluntario para padres y profesores, en la que se ofrecería información sobre anorexia nerviosa y pautas para poder detectarla. Con la puesta en práctica de todas las sesiones se pretende conseguir cumplir con los objetivos del programa, entre los que se destacan prevenir la anorexia nerviosa y disminuir la prevalencia de anorexia nerviosa en adolescentes.

ABSTRACT

In recent years has been a marked increase in cases of anorexia nervosa in teenagers in developed countries. It's known that it's a multifactorial disorder which the sociocultural factor is one of the most important ones. We live in a culture where being skinny is overrated and without doubt it's a very important factor for the development of the disorder. For this reason prevention of anorexia is very important during adolescence, since it's from the age 12 onwards when they enter an age characterized by the confusion and vulnerability, which makes them prime targets for this type of disorder. The design and implementation of a specific plan aimed both for secondary school students, teachers and parents is an important role in preventing future cases of anorexia. This plan for secondary school will consist in 4 sessions both theoretical and practical where teenagers will work the aspects of alimentation, nutrition, personal image, self-esteem, self-concept, social abilities, and assertiveness. Furthermore, there will be an additional voluntary session for parents and teachers where they'll be informed about anorexia nervosa and steps for early identification. Once the sessions have been implemented the aim of them are or to meet the objectives of the designed program, whose goals are to prevent anorexia nervosa and reduce the prevalence of the disorder in teenagers.

1. INTRODUCCIÓN

Los elementos que necesitan los seres vivos para sobrevivir y para desarrollarse con normalidad los cogen del medio que los rodea. Estos alimentos los aportan las conductas de la alimentación, que están reguladas por mecanismos autónomos del sistema nervioso central¹.

Es en el hipotálamo dónde se encuentran los centros del hambre y la saciedad, pero es a través de la corteza cerebral donde se crean los mecanismos mucho más complejos relacionados con la alimentación¹.

Para tener un buen desarrollo psicológico la alimentación es fundamental. A lo largo de toda la vida se va a mantener la relación entre el bienestar y malestar con la comida, por lo que no debe sorprendernos que la ansiedad, la depresión o la alegría influyan en el proceso de la alimentación¹.

Los alimentos y la comida son una manifestación cultural que definen a los diferentes grupos sociales. Por este motivo el acto de comer siempre ha sido considerado como una acción altamente social. Antiguamente cuando una persona presentaba obesidad se le consideraba como persona sana, con gran fortaleza, representaba la belleza y pertenecía a la clase social alta, en cambio una persona muy delgada se le consideraba como enferma, que pasaba hambre y miseria, de clase social baja y representa la fealdad. Actualmente se ha cambiado ese significado social, estamos influyendo en el rechazo de las personas que padecen obesidad y estamos potenciando un canon de belleza que supone un bajo peso¹.

1.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Generalmente los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, aunque también pueden aparecer en la infancia o la vejez. Actualmente según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los TCA representan el problema de salud más importante de la humanidad, debido a que hay un elevado número de personas afectadas y que va en aumento, así como por las muertes que ocasiona. Este tipo de

enfermedades necesitan un tratamiento bastante largo y pueden llegar a convertirse en enfermedades crónicas e incluso llevar a las personas afectadas hasta la muerte²

Los TCA son un grupo de trastornos mentales que están determinados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y la aparición de conductas encaminadas a controlar el peso. Estas alteraciones causan tanto problemas físicos, como problemas en las habilidades cognitivas, emocionales y sociales, llevando a la persona a un gran declive ocupacional. Algunas de las principales características principales de los TCA son: una alteración del comportamiento alimentario y una excesiva preocupación por el peso corporal y la autoimagen²⁻³.

Los principales TCA son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el TCA no especificado, donde se incluyen el trastorno por atracón².

La etiología de los TCA todavía no están claras, pero se sabe que son unos trastornos de causas multifactoriales. Se identifican como causas de los TCA²:

-Factores Biológicos: Puede existir una anomalía en la función del hipotálamo, alteración del sistema de neurotransmisores, disminución del metabolismo basal.

-Factores genéticos: Los factores genéticos son fundamentales en el desarrollo de estas enfermedades, principalmente la AN.

-Factores Psicológicos: Tipos de personalidad, factores cognitivos y emocionales.

-Factores Familiares: En el caso de la AN se observan con ciertas características como rigidez para cambiar y adaptarse a nuevas situaciones, sobreprotección, evitación y falta de resolución de conflictos.

-Factores Socioculturales: Predisposición familiar, funcionamiento familiar, mayor o menor conflictividad. La sobrevaloración de la delgadez que hace nuestra cultura, la gran influencia sociocultural y “el deseo de delgadez”, componen el principal factor de predisposición y de mantenimiento de estos trastornos.

-Factores Desencadenantes: Cambios corporales, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, separación de los padres, contactos sexuales, aumento rápido de peso...

-Factores Mantenedores: Consecuencias físicas y psíquicas de inanición, cogniciones anoréxicas, interacción familiar y aislamiento social².

Según el artículo publicado en la revista gallega de Terapia Ocupacional, se han realizado en España varios estudios sobre epidemiología que nos ofrecen datos por comunidades autónomas. En concreto “ la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid realizó un estudio sobre la prevalencia de TCA en chicos/as escolarizados (1913 varones y 2415 mujeres) que se encontraban entre los 15 y 20 años, obteniendo como resultado que un 2,2% de chicos y un 15,5% de chicas presentaban conductas asociadas con las patologías alimentarias (dieta, atracones, conductas purgativas, ejercicio físico compulsivo), así como puntuaciones altas en insatisfacción corporal y obsesión por adelgazar obtenidas a través del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria”⁴.

En la Guía de Práctica Clínica sobre TCA encontramos que el grupo de trabajo que realizó esta guía se basa en estudios que constan de dos fases y que fueron realizados en España en la población de mayor riesgo, mujeres que se encuentran en la franja de edad de 12 a 21 años. “Como resultado se obtiene una prevalencia del 0,14% al 0,9% para la AN, del 0,41% al 2,9% para la BN y del 2,76% al 5,3% para los TACNE. El total de prevalencia de TCA es del 4,1% al 6,41%. Y sin dejar de lado a los varones adolescentes, que aunque existen menos estudios se obtiene una prevalencia de 0% para la AN, del 0% al 0,36% para la BN y del 0,18% al 0,77% para los TACNE, con una prevalencia total del 0,27% a 0,90%”⁵.

En el artículo, publicado en la revista gallega de Terapia Ocupacional, afirma que las cifras sobre la evolución de estas enfermedades indican que el 50% presentan una evolución favorable. Por el contrario, un 30% tiende a la cronicidad y el 20% tiene una evolución desfavorable llegando a cifras de mortalidad entre el 2-10%⁴.

1.2. Anorexia

En la actualidad la anorexia nerviosa es uno de los TCA cuya incidencia y prevalencia han aumentado de forma muy elevada en los últimos años, siendo las edades de presentación cada vez más tempranas. Por ello he decidido centrarme en este TCA.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), define la anorexia como un trastorno en el que la persona se niega a “mantener su peso mínimo dentro de la normalidad, tiene un miedo intenso a ganar peso y una pésima interpretación de su cuerpo y forma”. Estas personas ponen en práctica de forma voluntaria diferentes medidas para conseguir la pérdida de peso deseada, como una dieta restrictiva muy estricta y conductas purgativas. A pesar de la continua e intensa pérdida de peso, las personas afectadas presentan una distorsión de la imagen corporal, por lo que permanecen con las conductas de evitación de la comida junto con acciones compensatorias. Normalmente estas personas no tienen conciencia de enfermedad ni del gran riesgo que corren con su conducta⁶.

Es una enfermedad típica de las mujeres, más del 90% de los casos de AN se observa en mujeres y se presenta principalmente en la adolescencia, afectando al 1% de la población. Las edades de inicio más frecuentes suelen estar entre los 14-18 años y se ha observado en los últimos años que la incidencia tiende a aumentar en los varones.

En la última actualización del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-V) a diferencia del DSM-IV no aparecen la definición de anorexia, las características diagnósticas, ni los síntomas y tampoco aparecen los trastornos asociados, la prevalencia, como cursa la enfermedad y el diagnóstico diferencial, apareciendo solamente los criterios diagnósticos, los distintos subtipos que podemos encontrar y los tipos de remisión (parcial y total), así como la clasificación según la gravedad⁷.

Respecto a los criterios diagnósticos la única diferencia que se encuentra entre el DSM-IV y el DSM-V es que en la cuarta edición se tiene como criterio diagnóstico la presencia de amenorrea en las mujeres pospuberales, mientras que en la quinta edición no se tienen en

cuenta. La última edición de este manual se encuentra bastante incompleta respecto al tema de los trastornos de la conducta alimentaria.

2. INTERVENCIÓN

Para prevenir la anorexia en los adolescentes es importante que conozcan que es y los efectos negativos que pueden llegar a tener si no se pide ayuda o no se trata a tiempo.

Durante la adolescencia se sufren muchos cambios, es una etapa de la vida donde se finaliza la niñez y comienza la etapa adulta. En esta etapa los adolescentes sufren una serie de cambios psicológicos, sociales y sobre todo físicos y que pueden llegar a derivar en un TCA como el de la AN.

Esta etapa es de mucha confusión y de gran vulnerabilidad, y suele comenzar a los 12 años prolongándose más o menos hasta los 22 años. Durante este periodo determinadas patologías como la AN pueden hacerse presentes.

2.1. Objetivos:

Objetivos generales:

- Prevenir trastornos de conducta alimentaria, en concreto prevenir la anorexia.
- Disminuir la prevalencia de anorexia en adolescentes.
- Potenciar factores de protección frente a esta enfermedad.

Objetivos específicos:

- Informar sobre los peligros de ciertas dietas y hábitos alimentarios poco saludables.
- Fomentar hábitos de alimentación saludables.
- Disponer de la información necesaria para poder detectar un posible caso de anorexia.

-Conocer pautas de actuación ante un posible caso de anorexia, en el ámbito socio-educativo.

2.2. Destinatarios:

El programa se dirige a alumnos de Educación Secundaria obligatoria (Eso), ya que son los que se encuentran en situación de riesgo de poder padecer esta patología.

A través de la realización de una revisión sobre la epidemiología y los factores de riesgo de los TCA en la adolescencia, se establecen tres grandes dimensiones de presentación de factores de riesgo: Biológicos, socioculturales y psicológicos⁸.

- **Dentro de los factores biológicos se encuentran:**

-La genética: Las variaciones genéticas durante la etapa de la adolescencia son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA.

-El papel de la pubertad: En esta etapa hay que destacar la acción de las hormonas esteroideas en la psicología de las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la alteración organizacional de los rasgos psicológicos, comportamentales y en los cambios físicos.

-El sobrepeso y la obesidad: Presentar obesidad durante la adolescencia es una condición de alto riesgo de desarrollo de TCA, comportamientos alimentarios muy poco adecuados para la pérdida de peso, insatisfacción con la imagen corporal, ansiedad, depresión, ser víctimas de “críticas/burlas” por la familia y/o sus compañeros.

- **Dentro de los factores socio-culturales:**

-Presiones socio-culturales sobre el peso: En estudios recientes se indican que la insatisfacción corporal y el desarrollo de los TCA son influenciados por presiones socio-culturales. Los resultados señalan que la familia ejerce influencia en los/las niños/niñas y en los/las adolescentes más jóvenes, y que por el contrario, los amigos y los medios de

comunicación ejercen presión sobre aquellos jóvenes que se encuentren en fases intermedias y finales de la adolescencia.

-La influencia de los medios de comunicación: En la sociedad actual el ideal de belleza repartido en los diferentes contextos sociales, económicos y culturales a través de los medios de comunicación imponen y valorizan la figura de la “delgadez del cuerpo” para mujeres y hombres adolescentes y por otra parte estigmatizan la obesidad.

-Las influencias de las relaciones interpersonales: La influencia de las relaciones proximales, padres y amigos, pueden fortalecer las presiones ejercidas sobre el adolescente aprobando la imagen del cuerpo ideal determinado por los medios de comunicación, aumentando así el riesgo de que la persona desarrolle problemas relacionados con la alimentación, las medidas y la figura de cuerpo.

-Los aspectos transculturales: Otro grupo de riesgo para la aparición de TCA son los inmigrantes que residen en los países occidentales del primer mundo y las minorías étnicas.

- **Dentro de los factores psicológicos:**

-Preocupación por el peso, la internalización del ideal de delgadez: Cuando no se logra el peso deseado, la internalización de los ideales de belleza en las niñas/os los ponen en riesgo de insatisfacción corporal y de conductas de riesgo de TCA.

-La importancia de la insatisfacción con la imagen corporal: Uno de los factores motivacionales para realizar dietas, implicarse en conductas no saludables para el control de peso, pudiendo llegar a una ingesta compulsiva de alimentos y ganancia de peso, es la baja satisfacción corporal en los adolescentes.

-Comportamiento inadecuado para bajar de peso: dieta. Muchos chicos/as utilizan comportamientos inadecuados de control de peso para alcanzar el aspecto ideal, entre los que destacan la dieta restrictiva, el ayuno, la provocación de vómitos, uso de laxantes y diuréticos.

-Baja autoestima y el afecto negativo: Durante la pubertad, las acciones de las hormonas sexuales afectan al estado de ánimo y la conducta alimentaria. La comparación social, la internalización de ideal de delgadez pueden contribuir a la insatisfacción con la imagen corporal y esto a su vez puede causar la restricción dietética, la baja autoestima y la depresión entre los adolescentes, determinando la ocurrencia de los TCA.

2.3. Procedimiento de solicitud de institutos:

Según la directora del IES Escultor José Luis Sánchez de Almansa (Albacete) para poder llevar a cabo el programa en un centro de educación secundaria obligatoria lo primero que tendríamos que hacer es ponernos en contacto con el centro y concretaríamos una cita con el jefe de departamento de orientación antes del mes de Octubre (antes del primer claustro). Al realizarse la reunión con el jefe de este departamento se le explicaría el programa de prevención y las horas necesarias para poder llevarlo a cabo. Al realizarse el primer claustro de profesores el orientador propondría el programa y los profesores votarían si implantarlo o no. Una vez aprobado por el claustro tendría que ser aprobado por el consejo escolar. Este consejo estaría formado por profesores, el AMPA (Asociación Madres y Padres de Alumnos), padres que acudiesen por libre.

Tras la aprobación por el consejo escolar, el orientador tendría una reunión con los tutores de los cursos donde se va a llevar a cabo el programa. Estos tendrían que dar el visto bueno y ceder las horas de tutorías para poder llevarlo a cabo.

Para finalizar después de tener la aprobación de todos, volveríamos a tener una reunión con el orientador y se acordarían los días y las horas en las que se llevaría a cabo el programa, y se entregaría un consentimiento informado al departamento que deberían hacerlo llegar a los padres de forma directa.

2.4. Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Adolescentes que estén cursando 3º de la ESO y que se encuentren entre los 14-16 años de edad.
- Tanto mujeres como hombres.
- Padres de adolescentes que se encuentren cursando 3º de la ESO.
- Adolescentes que tengan el consentimiento de los padres para poder participar en el programa.

Exclusión:

- Adolescentes que estén cursando 1º y 2º de la Eso (la anorexia es menos frecuente)⁹.
- Adolescentes que estén cursando 4º de la Eso (no se puede llevar a cabo, porque la Ley LOMCE ha suprimido las horas de tutorías)¹⁰.
- Adolescentes que no se encuentren entre los 14-16 años.
- Adolescentes con algún TCA
- Adolescentes que no dispongan del consentimiento de los padres para poder participar en el programa.

2.5. Metodología:

Se utilizaría una metodología participativa, porque sería un instrumento eficaz en la modificación de actitudes y conductas. Se dividiría el grupo en pequeños subgrupos de 4-5 participantes a lo largo de las dinámicas. Se utilizarían técnicas de implicación, role playing, con contenidos de conocimiento y actitudinales sobre alimentación, imagen corporal, autoestima, etc.

El programa se llevaría a cabo en un aula amplia y para poder llevarlo a la práctica se necesitaría que el instituto tuviera un proyector, ordenador, folios, cartulinas, pegamentos, tijeras.

TABLA 1. RECURSOS MATERIALES NECESARIOS EN CADA SESION.

2.6. Estructura de las sesiones:

Las sesiones irían dirigidas a reforzar la autoestima, la autoimagen, la comunicación interpersonal, etc. Se decide trabajar sobre todos estos aspectos porque cuando una persona está afectada por algún tipo de TCA presenta niveles bajos de autoestima, tiene una mala autoimagen, las habilidades sociales también se encuentran afectadas, etc.

Todas las sesiones tendrían una hora de duración, durante la cual se trabajarían diversas actividades destinadas a conseguir los objetivos propuestos en el programa.

Semanas antes de iniciar el programa y de evaluar a los adolescentes, se enviaría una nota a los padres, donde se les informaría sobre el programa que se va a llevar a cabo, y junto a esta nota se adjuntaría un consentimiento informado que tendrían que rellenar y firmar si quisieran que sus hijos participasen en dicho programa.

A continuación se va a describir brevemente las sesiones:

Evaluación Pre-intervención.

Una semana antes de empezar el programa, se realizaría una evaluación mediante métodos cuantitativos para ver cómo están los adolescentes respecto a la autoestima, la percepción de la imagen corporal, etc. Esta evaluación tendría una duración de 20 minutos aproximadamente y los resultados nos servirían para realizar los subgrupos de manera equilibrada.

Sesión 1: Alimentación y nutrición.

El principal objetivo de esta sesión sería que los adolescentes adquirieran buenos hábitos alimentarios.

Se realizarían actividades dinámicas como la construcción de la pirámide mediterránea de alimentos que estaría dividida en trozos de cartulina y cada subgrupo debería construirla según ellos crean que es correcto, se llevaría a cabo una actividad sobre falsos mitos de la alimentación, al igual que se les informaría sobre el peligro de las dietas milagro, así como las graves consecuencias que podrían tener los malos hábitos alimentarios. Y para finalizar se les explicaría que es la anorexia y las gravísimas consecuencias en las que podría derivar.

Sesión 2: Imagen corporal.

El objetivo principal de esta sesión sería que los adolescentes conocieran lo que es la imagen corporal e intentaríamos aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.

Se explicaría de una forma dinámica y participativa lo que es la imagen corporal y seguidamente se llevarían a cabo actividades como el dibujo de la figura humana “ideal” que realizaría cada subgrupo, mediante varias fotos se trabajaría la diferencia entre la belleza irreal y estar sano, dos actividades de reflexión sobre qué valoro en los demás, como nos ven los demás, etc.

Sesión 3: Autoestima y autoconcepto.

El objetivo principal de la sesión sería intentar mejorar el autoconocimiento de los propios valores y cualidades, así como el de las personas que los rodean.

Se comenzaría la sesión con una breve explicación dinámica sobre que es la autoestima y el autoconcepto, donde todos los adolescentes participarían explicando lo que es para ellos. Se realizaría una actividad donde cada adolescente escribiría una cosa positiva de cada uno de sus compañeros, finalmente cada alumno tendría una hoja con su nombre y una lista llena de cosas positivas sobre él/ella. La última actividad a realizar sería el árbol de los logros, que les

permitiría reflexionar sobre sus logros y cualidades positivas. Y para finalizar se realizaría un pequeño debate. (Figura 1. Ejemplo actividad sesión n°3: El árbol de los logros).

Sesión 4: Asertividad y habilidades sociales.

Esta sesión tendría varios objetivos entre los que destacan que los adolescentes adquirieran seguridad en sí mismos, que aprendieran a ser más asertivos y que aprendieran a relacionarse de forma más hábil y rápida con los demás.

La sesión comenzaría con una breve explicación dinámica y participativa sobre que es la asertividad y las habilidades sociales y para qué sirven. Seguidamente mediante un role playing se escenificaría una escena con varios personajes que utilizarían distintas conductas (agresiva, pasiva, asertiva), y los diferentes subgrupos tendrían que explicar que conducta han utilizado en la escenificación y si es correcto utilizar esa conducta o no. La siguiente actividad tendría el objetivo de que los chicos se conocieran un poco más entre ellos, por lo que tendrían que poner en un papelito alguna afición, cualidad, gustos... y los meterían en una cajita, seguidamente uno a uno iría sacando un papelito y tendrían que adivinar de quien se trata.

Sesión informativa voluntaria para padres y profesores.

El objetivo de la sesión sería aportar a los padres la información necesaria para poder detectar un posible caso de TCA y ofrecerles información nutricional.

La sesión comenzaría con una charla donde se hablaría acerca de los TCA y sus causas. Seguidamente nos centraríamos en la Anorexia y se hablaría sobre cómo prevenirla en familia, indicadores de riesgo, pautas para su detección precoz. Se les explicaría en que ha consistido la intervención realizada con los adolescentes y por último se les hablaría sobre nutrición.

Hay que indicar que esta sesión sería voluntaria y se realizaría a partir de las 8 de la tarde para que los padres que se encuentren en el trabajo y tuvieran interés en venir pudieran hacerlo sin problemas.

Evaluación Post-intervención.

Se realizaría en la sesión número 4, en los últimos 20 minutos de la sesión. Se utilizarían los mismos métodos cuantitativos que en la evaluación pre-intervención. Esta evaluación se realizaría para ver el impacto y los resultados que se hubieran producido después de haberse llevado a cabo el programa. En el apartado de evaluación del programa se explicara brevemente en qué consiste cada evaluación.

Evaluación Post-intervención a los 3 meses.

Tres meses después de haber llevado a cabo el programa se volvería a realizar una evaluación, se utilizarían las mismas evaluaciones que al principio y final de la intervención. Esta evaluación serviría para ver si el posible impacto y resultados que causaron el programa se mantendrían en el tiempo. Es decir para ver si el programa ha sido eficaz y efectivo.

Los adolescentes que volviesen a obtener en la evaluación resultados bajos tendrían la opción de volver a realizar algunas de las actividades que se realizaron en el programa, dichas actividades serían de refuerzo para los adolescentes y se realizarían de forma voluntaria.

TABLA 2.OBJETIVOS Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LAS SESIONES.

2.7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Se realizaría una evaluación mediante métodos cuantitativos y se realizaría una medición pre-intervención 1 semana antes de empezar el programa, una medición post-intervención al final de la cuarta sesión y una evaluación post-intervención a los tres meses de haber finalizado el programa. Serán evaluaciones sobre autoestima, imagen corporal, etc. y serán autoaplicadas.

Adaptación escala de autoestima de Rosenberg y Cuestionario de evaluación de la autoestima para alumnos de enseñanza secundaria¹¹.

Se trata de una escala autoaplicada y sirve para medir la autoestima. Está compuesta por 8 ítems positivos y negativos. (Figura 2. Adaptación escala Rosenberg y cuestionario de autoestima).

Adaptación escala Eating Attitudes Test (EAT-40)¹².

Se trata de un cuestionario autoaplicado cuyo objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en adolescentes. Al ser muy corto el tiempo de evaluación (20 minutos) esta escala ha sido adaptada, eligiendo solo 20 de los 40 ítems que la compone. (Figura 3. Evaluación EAT-40 adaptada).

Adaptación Body Shape Questionnaire (BSQ)¹².

Es un cuestionario autoaplicado que sirve para evaluar la insatisfacción corporal, el miedo a engordar. Es una evaluación muy fácil de aplicar y se ha adaptado reduciéndola a 16 ítems, por el poco tiempo disponible para evaluar. (Figura 4. Evaluación BSQ Adaptada (Body Shape Questionnaire))

Evaluación insatisfacción corporal mediante siluetas.

Se trata de una escala gráfica autoadministrable que consta de 9 siluetas masculinas para los hombres y 9 siluetas femeninas para las mujeres. Evalúa el grado de satisfacción que se tiene con la imagen corporal. Debajo de las siluetas se encuentra una escala que va del 1 (más delgado) al 9 (más peso), la persona tendrá que rodear el número de la silueta con el que se identifique. (Figura 5. Evaluación insatisfacción corporal mediante siluetas).

3. DISCUSION

La anorexia nerviosa es uno de los TCA cuyo número de personas afectadas va en aumento en los últimos años, afectando sobre todo a los adolescentes. La persona que presenta este trastorno se niega a mantener su peso mínimo dentro de la normalidad, no acepta su cuerpo tal y como es, etc. La excesiva pérdida de peso no es saludable, teniendo consecuencias físicas, psicológicas y sociales muy negativas, incluso llegando a una consecuencia negativa irreversible: la muerte.

Este tipo de enfermedades son también un problema social, ya que suponen un elevado coste económico, pudiendo ser prevenidas desde la adolescencia o incluso desde la infancia. Si la prevención empezara desde edades tan tempranas, se podrían evitar futuros gastos sanitarios, ya que desde pequeños se les estaría dando información sobre prevención y la población crecería más sana.

Prevenir la anorexia en la adolescencia es más fácil que en otras etapas de la vida, ya que durante el periodo de los 12-18 años es el momento en el que los chicos/as se encuentran en constante cambio tanto físico como psicológico, por lo que son más flexibles y nos resultara más fácil dirigirlos hacia una conducta más sana, evitando así las graves consecuencias en las que puede derivar la anorexia nerviosa.

El papel del terapeuta ocupacional es imprescindible en los TCA, ya que las personas que padecen estos trastornos sufren un gran declive ocupacional. Son los terapeutas quienes deben trabajar los déficits que provoca tal declive, ya que mediante el uso de las actividades significativas y de la ocupación con una finalidad, ayudan a estas personas a que sigan luchando por sus metas realistas y saludables³.

A la hora de llevar a cabo el programa, el terapeuta ocupacional será el que realice las sesiones, y tanto el profesor como el psicólogo serán colaboradores. El profesor es el que conoce a todos los alumnos y sabe cómo funcionan en grupo, va a ser un gran apoyo para el terapeuta ocupacional a la hora de que este reparta a los alumnos en pequeños grupos y el

psicólogo será otro apoyo para el terapeuta ocupacional, ya que si se detecta algún caso de AN, será él el que se ponga en contacto con los padres del alumno/a afectado/a.

Por este motivo el terapeuta ocupacional es la persona más adecuada para implementar el programa para prevenir este trastorno alimentario, ya que estamos preparados para realizar evaluaciones, cuidados e intervenciones que mejoren la calidad de vida de estas personas y les ayude a recuperar las áreas ocupacionales perdidas.



4. ANEXOS

FIGURA 1. EJEMPLO ACTIVIDAD SESIÓN N°3: El árbol de los logros.



FIGURA 2. ADAPTACIÓN ESCALA ROSENBERG Y CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA.

Después de leer cada frase, indica con la letra que exprese mejor tu grado de acuerdo con lo que en cada frase se dice.

A= Muy de acuerdo. B= Algo de acuerdo. C= Algo en desacuerdo. D= Muy en desacuerdo.

1. Hago muchas cosas mal.	
2. Creo que tengo algunas cualidades buenas.	
3. A veces pienso que no sirvo para nada.	
4. Creo que tengo un buen tipo.	
5. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	
6. Me gusta toda la gente que conozco.	
7. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	
8. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.	

FIGURA 3. EVALUACIÓN EAT-40 ADAPTADA.

Después de leer cada frase, indique con la letra que exprese mejor su grado de acuerdo con lo que dice en cada frase.

A= Nunca. B= Casi nunca. C= Algunas veces. D= Bastantes veces. E= Casi siempre.

F= Siempre.

1. Me gusta comer con otras personas.	
2. Me da mucho miedo pesar demasiado.	
3. Procuro no comer aunque tenga hambre.	
4. Me preocupo mucho por la comida.	
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	
7. Evito comer alimentos con muchos hidratos de carbono.	
8. Me siento lleno/a después de las comidas	
9. Me siento muy culpable después de comer.	
10. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	
11. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	
12. Me gusta que la ropa me quede ajustada.	
13. Disfruto comiendo carne.	
14. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	
15. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	
16. Tardo en comer más que las otras personas.	
17. Procuro no comer alimentos con azúcar.	
18. Me controlo en las comidas.	
19. Me siento incómodo/a después de comer dulces.	
20. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	

FIGURA 4. EVALUCIÓN BSQ ADAPTADA (BODY SHAPE QUESTIONNAIRE)

Valora cada ítem respecto a la siguiente escala:

1= Nunca 2=Raramente 3= Alguna vez 4=A menudo 5=Muy a menudo 6= Siempre

1. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	
2. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?	
3. ¿Has tenido miedo a engordar?	
4. Sentirte lleno/a después de una gran comida, ¿te ha hecho sentirte gorda?	
5. Estar con chicos/as delgados/as, ¿Te ha hecho fijarte en tu figura?	
6. Al fijarte en la figura de otros chicos/as, ¿lo has comparado con la tuya desfavorablemente?	
7. Estar desnudo/a (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gordo/a?	
8. ¿Has evitado llevar ropa ajustada que marque tu figura?	
9. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	
10. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a?	
11. ¿Te has sentido acomplejado con tu cuerpo?	
12. Preocuparte por tu figura, ¿Te ha hecho ponerte a dieta?	
13. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?	
14. ¿Has pensado que no es justo que otros chicos/as sean más delgados/as que tú?	
15. Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?	
16. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?	

FIGURA 5. EVALUACIÓN INSATISFACCIÓN CORPORAL MEDIANTE SILUETAS.

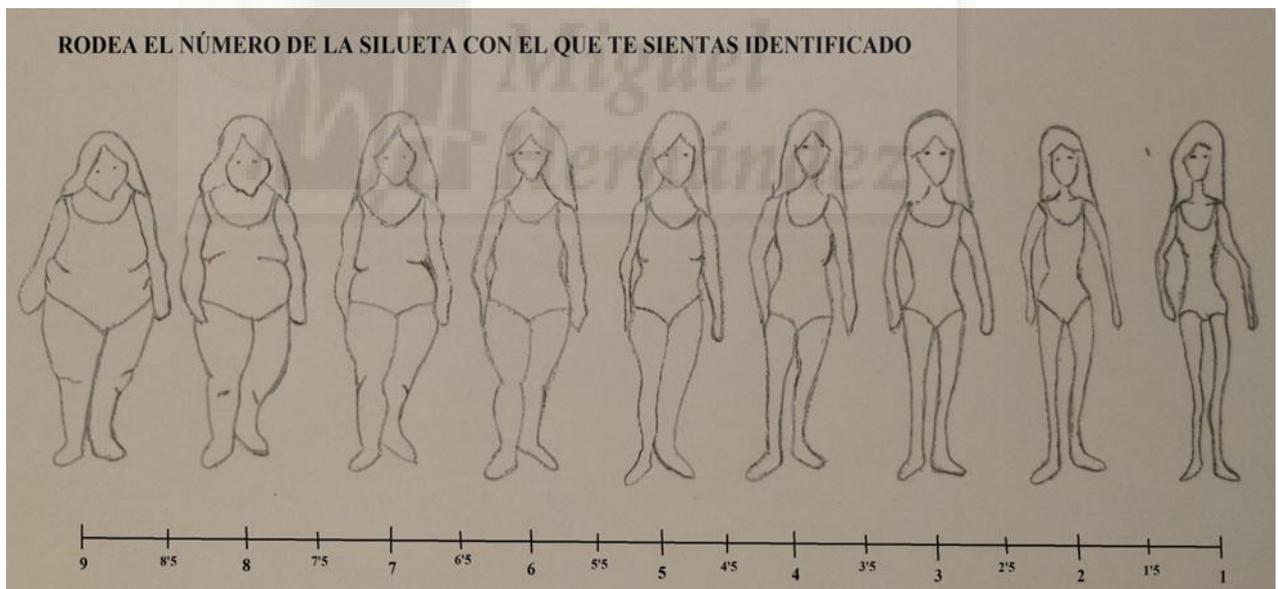
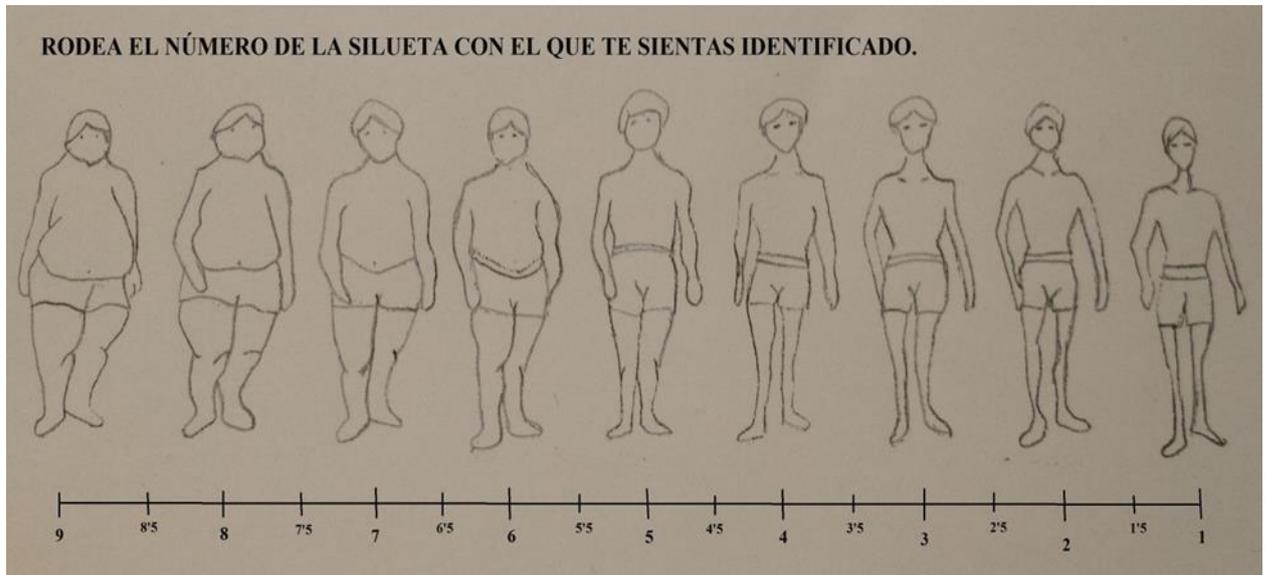


TABLA 1. RECURSOS MATERIALES NECESARIOS EN CADA SESION.

SESIONES	MATERIAL NECESARIO
1. Alimentación y nutrición.	-Pirámide mediterránea de alimentos desordenada en diferentes partes. -Cartulina -Pegamento -Ficha de verdadero y falso sobre falsos mitos. -Ordenador, proyector y power point. -Folios y bolígrafos.
2. Imagen corporal.	-Fotos de revistas sobre modelos muy delgadas y modelos con apariencia sana. -Folios, lapiceros, gomas de borrar. -Ficha ¿Qué valoro en los demás? -Ficha ¿Cómo nos vemos nosotros? ¿Cómo nos ven los demás? -Ordenador, proyector y power point.
3. Autoestima y autoconcepto.	-Folios y bolígrafos. -Ficha “me gusta de ti...” “me gusta de mi...” -Ficha el árbol de los logros. -Ordenador, proyector y power point.
4. Asertividad y habilidades sociales.	-Folios y bolígrafos. -Cajita pequeña. -Ordenador, proyector y power point.
Sesión informativa para padres y profesores.	-Ordenador, proyector, power point.

TABLA 2. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LAS SESIONES.

SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES Y DURACIÓN
1. Alimentación y Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> -Aprender hábitos alimentarios. -Proporcionar información sobre nutrición y alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pirámide mediterránea de alimentos¹³. (15 minutos) -Falsos mitos. (15 minutos) -Informar sobre el peligro de ciertas dietas (dietas milagro). (15 minutos) -Hablar sobre anorexia nerviosa y consecuencias. (15 minutos)
2. Imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer que es la imagen corporal. -Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal 	<ul style="list-style-type: none"> -Explicación dinámica sobre que es la imagen corporal. (15 minutos) -Descripción mediante 6 adjetivos del hombre y mujer “ideal”¹³. (15 minutos) -Aprender entre estar sano y la belleza irreal. (mediante fotos) (15 minutos) -¿Qué valoro en los demás? ¿Cómo nos vemos nosotros? ¿Cómo nos ven los demás?¹⁴(15 minutos)
3. Autoestima y autoconcepto.	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer que es la autoestima y el autoconcepto. -Mejorar el autoconocimiento de los propios valores y cualidades y el de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> -Explicación dinámica sobre que es la autoestima y el autoconcepto y la relación entre ambas. (15 minutos) -Actividad sobre aspectos positivos de los compañeros. (15 minutos) -El árbol de los logros¹³ (20 minutos) -Pequeño debate sobre la sesión. (10 minutos)
4. Asertividad y habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> -Conocer que es la asertividad y las habilidades sociales. -Adquirir seguridad en sí mismo. -Aprender a ser más asertivo. -Aprender a relacionarse de forma más hábil y eficaz con los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> -Explicación dinámica sobre que es la asertividad y que son las habilidades sociales. (10 minutos) -Role playing (representación de una escena), tienen que utilizar la conducta que se le indique (asertiva, agresiva, pasiva) y el resto de compañeros averiguar que conducta se está utilizando¹³. (20 minutos) -Actividad para conocerse mejor entre ellos. (10 minutos) -Evaluación post-intervención. (20 minutos)
Sesión informativa para padres y profesores (voluntaria).	<ul style="list-style-type: none"> -Disponer de la información necesaria para poder detectar un posible caso de anorexia. -Ofrecer información nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Breve explicación sobre la intervención realizada con los adolescentes. (10 minutos) -Charla informativa acerca de los TCA y sus causas. (15 minutos) -Charla informativa sobre AN, prevención y detección precoz. (20 minutos) -Charla sobre nutrición. (10 minutos) -Dudas y preguntas. (5 minutos)

ABREVIATURAS USADAS EN EL TRABAJO

TCA= Trastorno Conducta Alimentaria.

OMS= Organización Mundial de la Salud.

AN= Anorexia Nerviosa.

BN= Bulimia nerviosa.

TACNE= Trastorno Conducta Alimentaria No Especificado.

LOMCE= Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa.

ESO= Educación Secundaria Obligatoria.



5. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Turón Gil VJ, Turón Viñas L. Asociación Española para el estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. http://www.aetca.com/descargas/Manual_TCA.pdf (último acceso 26 Abril 2016).
- ² Vargas Baldares MJ. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2013; LXX (607): 475-482.
- ³ Berrueta Maeztu LM, Bellido Mainar JR, Sanz Valer P, Rubio Ortega C. Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [29/04/2016]; Vol 6, Supl. 5: o 216-231. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/tca.pdf>
- ⁴ Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia Ocupacional y Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria: Situación actual en España. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2012 [16/02/2016]; 9(15): [21 p.]. Disponible en <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>
- ⁵ Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_(4_jun).pdf) ISBN: 978-84-393-8010-8
- ⁶ American Psychiatric Association (1994): DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. ISBN 84-458-0408-1
- ⁷ American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. 5ª Edición. Madrid: Panamerica; 2014. ISBN 978-84-9835-809-4
- ⁸ Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. Nutr Hosp. 2012; 27(2): 391-401.
- ⁹ Rodríguez Santos L, Antolin Gutiérrez M, Vaz Leal FJ, García Herraiz M^aA. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Documento de apoyo a las actividades de educación para la salud 2. Mérida: Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Consumo. D. Gral de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2006.
- ¹⁰ Ley Orgánica 8/2013 de 9 de Diciembre, para la mejora de la calidad educativa. Boletín Oficial del Estado, 10 de Diciembre de 2013. 295: 15-18. <http://boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12886-consolidado.pdf>
- ¹¹ Psicoactiva. Test de Rosenberg. <http://www.p psicoactiva.com/tests/test-rosenberg.htm> (último acceso 12 de Abril de 2016)

¹² Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. http://www.pendientedeinmigración.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm. (último acceso 6 de Abril de 2016)

¹³ Gómez del Barrio JA, Gaíte Pindado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herrero Castanedo S, Vázquez-Barquero JL. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cantabria, 2008.

¹⁴ Rojo Moreno L. Hernández Blanco R. Ruíz Rojo E. Cava Lázaro G, Livianos Aldana L. Programa de Promoción de la Salud y Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2002.

