

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



UNIVERSITAS
Miguel Hernández



Título Trabajo de Fin de Grado: Diseño de un Servicio de Terapia Ocupacional en una unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Autor/a: PEIRÓ TEODORESCU, LEIRE.

Tutor/a: PEREZ CERDA, IRENE.

Cotutor/a: RAMIRES GONZALEZ, GUADALUPE.

Departamento y Área: Patología y Cirugía. Radiología y medicina física.

Curso académico 2024-2025

Convocatoria de Mayo 2025.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	9
3. MARCOS TEÓRICOS Y MODELOS DE PRÁCTICA PARA LA INTERVENCIÓN DE TO.....	9
4. POBLACIÓN BENEFICIARIA.....	10
5. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO.....	11
6. NECESIDADES Y/O DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO DONDE SE UBICARÁ EL SERVICIO DE TO.....	14
7. PRESUPUESTO.....	15
8. POSIBLES AYUDAS.....	17
9. PLAN DE DIFUSIÓN DEL SERVICIO Y/O RESULTADOS.....	17
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
11. ANEXOS.....	20

RESUMEN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías complejas que afectan a la relación con la alimentación, generando altos niveles de ansiedad y rechazo a la comida. La adaptación al ingreso hospitalario en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario de San Juan de Alicante puede resultar complicada, especialmente en usuarias con patrones restrictivos y miedo a la ganancia de peso.

Para facilitar este proceso, se ha desarrollado el comedor terapéutico preingreso como un recurso intermedio dirigido a usuarias en lista de espera para ingresar, con el objetivo de mejorar su adaptación al tratamiento y reducir la ansiedad asociada a las comidas.

El servicio se ofrece de lunes a jueves, de 12:30 a 15:00, en grupos reducidos de hasta cuatro personas. La estructura consta de tres partes: recepción y relajación previa, comida supervisada y reposo con trabajo grupal sobre los objetivos. Además, los jueves se proporcionan pautas nutricionales a las familias para el manejo de la alimentación durante el fin de semana. La intervención trabaja aspectos nutricionales, emocionales y conductuales mediante técnicas cognitivo-conductuales y exposición gradual a los alimentos en un entorno terapéutico.

El comedor está supervisado por un equipo multidisciplinar formado por dos psicólogas, una terapeuta ocupacional y una nutricionista. Para evaluar su efectividad, se realiza una encuesta de satisfacción al finalizar la intervención, con el fin de conocer la experiencia de las usuarias y valorar si el comedor terapéutico les ha ayudado a adaptarse al ingreso y, en algunos casos, a evitarlo.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, comedor terapéutico, adaptación al ingreso y equipo multidisciplinar.

ABSTRACT

Eating disorders (ED) are complex conditions that affect the relationship with food, generating high levels of anxiety and food rejection. Adjusting to hospitalization in the Eating Disorders Unit (UTCA) of the San Juan University Hospital in Alicante can be difficult, especially for patients with restrictive eating habits and fear of weight gain.

To facilitate this process, the pre-admission therapeutic dining room has been developed as an intermediate resource for patients on the waiting list for admission, with the aim of improving their adaptation to treatment and reducing anxiety associated with meals.

The service is offered from Monday to Thursday, from 12:30 to 15:00, in small groups of up to four people. The structure consists of three parts: reception and relaxation beforehand, supervised lunch, and rest with group work on goals. In addition, on Thursdays, nutritional guidelines are provided to families for managing their eating habits over the weekend. The intervention addresses nutritional, emotional, and behavioral aspects through cognitive-behavioral techniques and gradual exposure to food in a therapeutic setting.

The dining room is supervised by a multidisciplinary team of two psychologists, an occupational therapist, and a nutritionist. To evaluate its effectiveness, a satisfaction survey is conducted at the end of the intervention. This survey aims to understand the user's experience and assess whether the therapeutic dining room has helped them adapt to hospitalization and, in some cases, avoid it.

Key words: eating disorders, therapeutic dining room, adaptation to admission and multidisciplinary team.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grave problema de salud mental que afecta a millones de personas presentando una seria morbilidad, así como una significativa mortalidad. Constituye un problema de salud pública, especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes, con una prevalencia del 0,14% al 0,9% para anorexia nerviosa, del 0,41% al 2,9% para bulimia nerviosa y del 2,76% al 5,3% en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). Se caracterizan por alteraciones en la conducta alimentaria y una percepción distorsionada hacia el peso y la imagen corporal, que producen un deterioro físico y psicosocial (1,2).

Los tipos de trastornos, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5a edición (DSM-5), son la pica, el síndrome de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de atracones (TA). Siendo los más comunes la AN, BN y TA (3), y el más frecuente la AN.

Según el DSM-5, los criterios para el diagnóstico de AN son:

A. “Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.”

B. “Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.”

C. “Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.”

Se distinguen dos tipos de Anorexia Nerviosa:

- Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

- Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Se diferencian dos Estadios de Remisión en la Anorexia Nerviosa:

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

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

Los principales factores de riesgo del TCA se dividen en individuales, sociales y familiares. A nivel individual, la predisposición genética, la baja autoestima, el perfeccionismo, la imagen corporal distorsionada y la adolescencia son aspectos clave. En lo

social, la presión por cumplir con los estándares de belleza actual de una imagen delgada o las críticas sobre el físico y ciertos deportes y profesiones relacionadas con la imagen, contribuyen al desarrollo del trastorno. Y por último, a nivel familiar, un ambiente desestructurado, pérdidas familiares, acontecimientos traumáticos, conflictos parentales y experiencias estresantes, pueden incrementar la vulnerabilidad al TCA. Además de su posible papel en el origen del trastorno, el núcleo familiar resulta esencial, ya que su implicación activa mejora la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos (4,5,6). Estos factores interactúan de manera compleja, aumentando la probabilidad de que una persona desarrolle un TCA, por lo que es necesario un enfoque integral para su prevención y tratamiento.

La intervención de los TCA es compleja y requiere de un tratamiento interdisciplinar, en el que intervienen profesionales de diversas áreas como la psiquiatría, la psicología, la nutrición, la terapia ocupacional, entre otras (1,7). En la mayoría de casos, los usuarios necesitan hospitalización en unidades especializadas, donde se les ofrece un tratamiento integral que incluye terapia, supervisión y reeducación alimentaria. Sin embargo, la transición desde la vida cotidiana a la hospitalización puede ser un proceso difícil y estresante para ellos.

La presente propuesta se centra en la creación de un servicio de Terapia Ocupacional (TO) en la unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de San Juan de Alicante. En concreto, el proyecto plantea la implementación de un comedor terapéutico preingreso, cuyo objetivo es mejorar la adaptación de las usuarias a la alimentación supervisada antes de su ingreso hospitalario, ya que en los últimos años las profesionales de la unidad han observado en su práctica profesional un incremento notable de personas aquejadas con un TCA con niveles de desnutrición cada vez más graves y en edades más precoces. La institución en la que se plantea este proyecto es un complejo hospitalario público ubicado en San Juan de Alicante, en la provincia de Alicante, España. Se encuentra en un entorno urbano, lo que permite un fácil acceso para los residentes y poblaciones cercanas.

El hospital dispone de infraestructuras modernas y una unidad de salud mental especializada en el tratamiento de los TCA, que ofrece una asistencia de manera continuada durante el periodo de estancia de las personas con trastornos de la conducta alimentaria (8).

Tomando como referencia el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional, AOTA (9), se observa que las personas diagnosticadas de TCA suelen presentar alteraciones a nivel físico, social, laboral, ocupacional, en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las instrumentales (AIVD), afectando así a la calidad de vida. Las personas que lo padecen tienen alteradas las habilidades cognitivas, emocionales y sociales, suelen ser competentes y muy perfeccionistas y se aíslan de su vida disminuyendo su participación en actividades significativas. En base a estas características, el terapeuta ocupacional constituye un papel fundamental en la recuperación de este trastorno. La intervención del terapeuta ocupacional se plantea con el objetivo de analizar el desequilibrio existente en las distintas áreas del desempeño, para restablecer el equilibrio ocupacional en aquellas actividades significativas de su vida diaria. Además, se centra en trabajar la alimentación como una actividad ocupacional esencial, en diseñar estrategias de afrontamiento, favorecer la autonomía y la toma de decisiones, las habilidades sociales, la autoestima, entre otras (1,7,10).

En España existen varios comedores terapéuticos ubicados en hospitales, clínicas privadas y algunas asociaciones, especializadas en el tratamiento del TCA, así como la unidad IVATAC de Valencia (11). Estos recursos presentan dificultades para la accesibilidad, con largas listas de espera en el sistema público y costes elevados en el privado. Además, muchos de ellos se centran en el tratamiento post-ingreso y ambulatorio, dejando un vacío para aquellos que necesitan una atención previa al ingreso hospitalario. Por lo que, un comedor preingreso podría abordar esta necesidad, previniendo y disminuyendo el tiempo de ingreso y facilitando la transición entre el tratamiento ambulatorio y la hospitalización, evitando así la desestructuración que un ingreso supone para la vida de la usuaria.

Es por esto, que este trabajo se centra en describir y justificar la creación de un comedor terapéutico preingreso para que a las usuarias que estén en espera de ingresar a la unidad se les exponga de manera progresiva a la alimentación supervisada, en un entorno más flexible y seguro, trabajando estrategias de afrontamiento a las posibles situaciones que puedan desencadenar una recaída y normalizando comer en compañía. De esta manera, se espera que lleguen a la unidad con una mayor preparación y tolerancia al tratamiento, facilitando su adaptación y evolución, intentando contribuir a una reducción del tiempo de hospitalización.

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El objetivo general del presente servicio es crear un recurso intermedio para las personas que estén en lista de espera para el ingreso hospitalario en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria.

Del objetivo general previamente expuesto, se desprenden una serie de objetivos específicos. Mediante el comedor terapéutico se espera:

- Proporcionar soporte y contención a las personas que se encuentran en lista de espera.
- Proporcionar una estructura similar al ingreso en la toma del medio día, que le permita adquirir las pautas y hábitos alimentarios normalizados.
- Trabajar sobre las respuestas alteradas y conductas de la enfermedad llevadas a cabo durante esta toma.
- Servir de puente entre su medio natural de convivencia y el régimen hospitalario.
- Dotar de información a los familiares antes o tras la toma del medio día y posibilitar el aprendizaje y el manejo de las tomas para el ámbito domiciliario.

3. MARCOS TEÓRICOS Y MODELOS DE PRÁCTICA PARA LA INTERVENCIÓN DE TO.

Desde terapia ocupacional podemos hacer uso de distintos modelos para guiar y facilitar la intervención de los trastornos de la conducta alimentaria, entre ellos destacan el Modelo Canadiense y el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO).

El Modelo Canadiense se basa en una perspectiva centrada en el cliente y en el desempeño ocupacional, que destaca la importancia de establecer una buena relación terapéutica para trabajar conjuntamente para alcanzar los objetivos de su intervención. Es un enfoque que enfatiza la interacción entre la persona, su medio ambiente y la ocupación. Este modelo permite que las personas con TCA participen de manera activa en su tratamiento, teniendo en cuenta sus intereses y opiniones, y promueve la autonomía de ellos, reconociendo su capacidad para escoger y tomar decisiones en aquellas ocupaciones que sean significativas para ellos, buscando el protagonismo de la persona en su proceso de recuperación (10,12,13).

Por otra parte, el MOHO, explica cómo las ocupaciones están motivadas, cómo se adoptan los patrones de ejecución y como finalmente se llevan a cabo. Este modelo considera al ser humano como un sistema dinámico en el que interactúan tres componentes fundamentales: la volición, la habituación y la capacidad de desempeño. Estos componentes se vinculan con los factores ambientales, los cuales pueden facilitar o restringir la participación en ocupaciones. El MOHO es un enfoque orientado a la práctica, centrado en la persona y basado en la ocupación, lo que lo convierte en una herramienta útil para abordar el desequilibrio ocupacional, como en el caso de las usuarias con TCA. También, permite crear y conocer los roles, hábitos y habilidades del desempeño que favorezcan la participación activa en la vida diaria, y así, personalizar la intervención de cada usuario, para mantener su motivación (12,14).

4. POBLACIÓN BENEFICIARIA

El programa que se detalla en el siguiente apartado va dirigido a las personas que estén en lista de espera para el ingreso hospitalario en la unidad y presenten trastornos de la conducta alimentaria.

El inicio del proyecto está previsto para cuatro personas, que serán supervisadas por dos profesionales del equipo multidisciplinar de la unidad (psicología clínica y terapia ocupacional).

Los criterios de inclusión establecidos para poder participar en el programa de intervención son:

- Estar en lista de espera para ingreso hospitalario en UTCA.
- Presentar motivación al cambio (en estadios de ambivalencia y acción).
- Residir cerca del centro.
- Contar con disponibilidad para acudir en el horario del comedor terapéutico.

Los criterios de exclusión son:

- Tener diagnosticado un trastorno psiquiátrico grave (trastorno delirante y gestos autolesivos).
- Manifestar un consumo activo de sustancias.

5. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El servicio que se describe en este trabajo se encuentra en el Hospital Universitario de San Juan de Alicante, dentro de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA).

La UTCA de San Juan es el único recurso de tercer nivel para ingreso hospitalario en la provincia de Alicante, contando con seis camas para personas de cualquier edad y género. Es por ello que los ingresos en la unidad son de forma programada tras un periodo de lista de espera que dependerá del estado de las usuarias que se encuentren ingresadas en ese momento.

Concretamente en la unidad, las seis usuarias que actualmente se encuentran en ingreso hospitalario han tenido una espera media para poder ingresar de 28,5 días, siendo el tiempo mínimo de espera de 9 días y el tiempo máximo de 98 días.

Antes del ingreso, las personas acuden a la Unidad de Salud Mental donde son valorados y tratados por el psiquiatra, que realiza un informe de valoración para el posible ingreso a la unidad. Una vez valorado se contacta con ellas para realizar la primera entrevista en la cual se decidirá la pertinencia o no del ingreso, pudiendo ser este voluntario o involuntario.

Para poder ingresar en la unidad se deben cumplir unos ciertos criterios de inclusión, que son los siguientes: las personas tienen que ser diagnosticados por anorexia nerviosa restrictiva, bulimia nerviosa o trastornos alimentarios no especificados. Otros criterios de inclusión son un Índice de Masa Corporal (IMC) por debajo de 14, con una pérdida de peso del 25-30% del peso adecuado, además de ciclos incoercibles de atracón/vómitos, alteraciones electrolíticas graves, un grave conflicto familiar por el TCA y un fracaso al tratamiento continuado. El ingreso tiene una duración aproximada de seis u ocho semanas, este depende del avance en la recuperación de cada caso.

En la unidad, existen 5 fases de tratamiento en las que se pretende que consigan estrategias de autocontrol para poder generalizar lo aprendido en la unidad y ponerlo en práctica en su contexto habitual. Las diferentes fases se caracterizan por la duración de cada una y por el aumento de refuerzos positivos que incluyen salidas, llamadas telefónicas, salidas a su domicilio el fin de semana, entre otros. El cambio se valora, cuando se realizan las tomas de manera correcta, cumple con las normas y mantiene un buen comportamiento (ver ANEXO 1).

Por otra parte, cuenta con 4 tipos de dietas, controladas por la nutricionista, en las que la usuaria se va exponiendo gradualmente a alimentos autoprohibidos y manejando la ansiedad y conductas negativas que debe modificar, estas se llaman UTAS, que cambian al mantener el peso con la dieta actual. La diferencia de las dietas es el aumento de verduras y carbohidratos.

La UTCA se compone de un equipo multidisciplinar sanitario especializado en el abordaje de los trastornos alimentarios, compuesto por un psiquiatra, dos psicólogas, una nutricionista, una terapeuta ocupacional, varias enfermeras y auxiliares de enfermería y una pedagoga.

Todos estos aspectos se trabajan en las sesiones grupales e individuales con las usuarias, pero donde más dificultades presentan y más conductas evitativas tienen es durante la alimentación supervisada y en grupo durante las tomas, lo que les genera altos niveles de ansiedad y rechazo a la comida. Muchas de ellas llegan al ingreso con una mala relación con la comida, patrones restrictivos y un miedo exagerado a ganar peso, lo que dificulta su adaptación al tratamiento. La ausencia de una preparación previa a las normas y conductas del comedor hace que la transición sea brusca y afecte a la intervención.

Aunque se mantiene un seguimiento psicológico semanal desde consultas externas, se manifestó la necesidad de crear un recurso intermedio con el objetivo de intervenir sobre la parte conductual y nutricional de la enfermedad.

El programa de tratamiento será de lunes a jueves de 12:30 a 15:00. El viernes se dedicarán a informar de manera individual a las personas ingresadas de los posibles cambios en su tratamiento y reportar vía telefónica a los familiares la evolución semanal, resolver dudas y proporcionar indicaciones para el manejo.

Por lo tanto, la estructura del servicio consta de tres partes, de 12:30 a 13:15 se lleva a cabo la recepción de las usuarias, la entrega de los registros alimentarios y una breve sesión de relajación para facilitar el afrontamiento de la toma. De 13:30 a 14:10 se realiza la toma de la comida según las indicaciones de nutrición en el comedor terapéutico supervisado y siguiendo las normas para el control de conductas alteradas. Por último, de 14:15 a 15:00 hacen reposo y un grupo de objetivos concretos y específicos, que comentan entre todas, para afrontar las dificultades en las siguientes tomas. Los jueves se darán indicaciones a los familiares con las pautas nutricionales y el manejo de conductas durante el fin de semana (ver ANEXO 2).

Cada día deben traer el registro alimentario sobre las tomas diarias, donde especifican los alimentos que toman en cada comida y si han conseguido, o no, realizar todas las tomas de manera correcta (ver ANEXO 3). De esta forma, los profesionales valoran si se están cumpliendo las pautas correctas de la dieta con las proporciones correspondientes y si hay que hacer modificaciones en la dieta.

Se realiza la intervención para promover una relación saludable con la alimentación y su cuerpo, recuperar y mantener sus relaciones sociales y prevenir las conductas alimentarias negativas. Se trabajará de manera grupal, aunque en ocasiones, debido a la disponibilidad o

situación clínica, podrá realizarse individualmente. No obstante, lo más adecuado sería hacer el comedor de manera grupal, ya que permite a las usuarias enfrentarse a una dinámica similar a la que tendrán durante el ingreso. El comedor además de contar con psicología y terapia ocupacional, cuenta con el servicio de nutrición y dietética que trabaja en la UTCA que elabora dietas personalizadas dependiendo de las necesidades nutricionales de ellas. Respecto a la duración, es indeterminada, ya que están a la espera de una cama libre para ingreso hospitalario en la unidad o de un seguimiento ambulatorio desde consultas externas.

Previo al inicio del programa se les facilita información sobre el funcionamiento del servicio, de por qué se realiza, cuál es el objetivo y cómo se va a realizar (ver ANEXO 4). Una vez leída la información se les proporcionará un consentimiento informado que deberán aportar para poder participar (ver ANEXO 5). Además, se les entrega una serie de normas del funcionamiento del comedor y de las comidas, que las usuarias deberán de cumplir para no darlas de baja y poder seguir en el recurso (ver ANEXO 6).

6. NECESIDADES Y/O DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO DONDE SE UBICARÁ EL SERVICIO DE TO.

El comedor terapéutico debe ser un entorno seguro y acogedor para las personas. Dado que se encuentra dentro de una unidad de salud mental, es fundamental que su diseño y distribución promueva la accesibilidad, el confort y la reducción de riesgos. Actualmente, el servicio se encuentra en la primera planta del hospital, en una sala polivalente que habilitaron para realizar el comedor terapéutico, que cuenta únicamente con una mesa de comedor, seis sillas, el microondas y una pizarra blanca con rotuladores.

Para optimizar este espacio, se propone su organización en diferentes zonas funcionales. En primer lugar, una zona comedor, con mesas y sillas ergonómicas, una iluminación suave y

un ordenador para anotar los registros y seguimiento de cada usuario. En segundo lugar, una zona de preparación de alimentos, equipada con microondas y utensilios de cocina ergonómicos. También, una área de almacenamiento con estantes, neveras y congeladores para la correcta conservación de alimentos y productos. Asimismo, una zona de lavado con fregaderos.

Por último, se integraría una área de terapia, donde las usuarias puedan realizar actividades antes y después de las tomas. Esta área contaría con materiales terapéuticos, como juegos de mesa, material para ejercicios de relajación, material lúdico y de estimulación cognitiva.

Para conseguir que el comedor terapéutico sea un espacio más cálido y estimulante, es fundamental añadir elementos decorativos que lo humanicen y ayuden a crear un ambiente más relajante y personalizado para ellas. Ya que, actualmente las paredes son blancas y crean un ambiente frío, añadiría plantas, murales con estampados y un laminado de madera donde las personas puedan hacer dibujos y exhibirlos. También se añadirían pósters con mensajes inspiradores y normas con un enfoque cercano y visual.

Además, se podría plantear la idea de trasladar el comedor terapéutico a otra sala más amplia, que disponga de ventanas y luz natural, lo que contribuiría significativamente a generar un ambiente más agradable. En los entornos terapéuticos es muy importante la luz natural, ya que influye en el estado de ánimo y reduce los niveles de ansiedad (15).

7. PRESUPUESTO.

El presupuesto total estimado para la creación del comedor terapéutico preingreso, con todo el equipamiento, decoración y materiales necesarios, es de 2.210 €. Este presupuesto no incluye el gasto de personal, puesto que los profesionales encargados del servicio ya están contratados por el hospital en la planta hospitalaria y serán los mismos que asumirán las funciones en el comedor terapéutico. Este presupuesto incluye:

CONCEPTO	UNIDADES	COSTE
Equipamiento del Comedor		
Mesa ergonómica	1 unidad para 4-6 personas	200 €
Sillas ergonómicas	6 unidades	400 €
Ordenador de bajo coste	1 unidad	400 €
Total		1.000 €
Zona de Preparación de Alimentos		
Utensilios de cocina ergonómicos	Varios	150 €
Microondas	1 unidad	100 €
Estantes de almacenamiento	2 unidades	50 €
Nevera pequeña	1 unidad	200 €

Congelador pequeño	1 unidad	150 €
Total		650 €
Zona Lavado		
Fregadero	1 unidad	150 €
Total		150 €
Zona Terapéutica		
Material Terapéutico	Varios	200 €
Total		200 €
Decoración		
Plantas Artificiales	4 unidades	50 €
Murales con estampados	1 unidad	50 €
Laminado de madera	1 unidad	25 €
Pósters con mensajes	3 unidades	35 €
Material de oficina	Varios	50 €
Total		210 €
TOTAL Presupuesto		2.210 €

8. POSIBLES AYUDAS.

El Hospital Universitario de San Juan de Alicante depende de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana, y dado que la financiación proviene de la partida presupuestaria asignada a cada servicio (en este caso, el servicio de psiquiatría), no existe una ayuda externa específica que se pueda solicitar de manera directa para sufragar el total de los gastos. Sin embargo, sí que contamos con la ayuda de la partida presupuestaria del hospital dentro del plan de necesidades anual que se presenta antes de verano, por lo que se manda la lista de gastos previstos y ya el hospital, con la partida presupuestaria que tiene, decide si acepta o no parte de los gastos destinado a ese servicio.

9. PLAN DE DIFUSIÓN DEL SERVICIO Y/O RESULTADOS.

El plan de difusión del servicio y/o resultados es esencial para asegurar que los profesionales, usuarios, familiares, y la comunidad conozcan la creación del comedor terapéutico preingreso y sus beneficios. Los objetivos del plan de difusión serán informar sobre la existencia y las características del comedor terapéutico, promoviendo su utilidad y difundiendo los resultados y beneficios.

Respecto a la evaluación y los resultados obtenidos del servicio, se implementarán dos tipos de encuestas de satisfacción (ver ANEXO 7). La primera estará dirigida a las usuarias que hayan pasado por el comedor antes del ingreso, y la segunda encuesta será para aquellas que cumplieran con los criterios de ingreso, pero qué gracias al comedor terapéutico han logrado regular su conducta y evitar el ingreso hospitalario.

Además de una encuesta para el personal de la unidad, para recabar información sobre el funcionamiento, la calidad del servicio y la evolución de las usuarias, para así poder

realizar una evaluación continua del recurso y su efectividad y ver si el comedor ha tenido el impacto esperado dentro de un periodo de tiempo (ver ANEXO 8).

Los resultados esperados se han estructurado en cuantitativos y cualitativos. Respecto a los resultados cuantitativos, se espera que las usuarias que hayan participado en el comedor terapéutico requieran menos tiempo de ingreso o incluso lo eviten, actuando como recurso preventivo. Se prevé una estabilización nutricional y emocional más temprana, observable mediante indicadores como el IMC, menor evitación alimentaria y recuperación de rutinas básicas de alimentación. Las personas que han pasado por el comedor podrían integrarse de forma más rápida en las actividades terapéuticas de la unidad. Por otro lado, los resultados cualitativos, se espera que el comedor actúe como un primer paso hacia la implicación activa de la usuaria, mejorando su motivación y participación y reduciendo la ansiedad ante el ingreso. También se espera una valoración positiva por parte del personal sanitario implicado, al facilitar el abordaje clínico y mejorar la continuidad asistencial.

Para garantizar una adecuada difusión de los resultados y beneficios derivados de la implementación del comedor terapéutico preingreso, se contempla una estrategia de comunicación y divulgación multidimensional. En primer lugar, se explorará la participación en congresos, jornadas científicas y encuentros con profesionales vinculados a la salud mental y la Terapia Ocupacional, con el objetivo de aumentar su visibilidad en otros contextos y llegar a las personas que más lo necesiten. Asimismo, este Trabajo de Fin de Grado también tiene como finalidad contribuir en la difusión del recurso.

A nivel institucional, se organizarán reuniones informativas dirigidas al personal del hospital para explicar el funcionamiento y la importancia del comedor. Paralelamente, se propondrá la creación de una sección dentro de la página web del hospital dedicada a los

servicios de salud mental, incluyendo información sobre el comedor terapéutico, sus propósitos, acceso y horarios.

Se pueden plantear visitas guiadas al comedor terapéutico para los profesionales interesados, y visitas por parte del personal de la unidad a otros dispositivos sanitarios similares, para establecer una coordinación e intercambio de información, con el fin de compartir ideas y mejorar el servicio.

No olvidemos que estas intervenciones deben ir acompañadas de programas preventivos dirigidos al entorno escolar y familiar, ya que son clave para abordar los factores de riesgo de forma temprana y reforzar la continuidad terapéutica. En el ámbito escolar, se pueden realizar charlas de sensibilización y educación nutricional, y una formación al profesorado sobre las pautas de actuación ante la detección de posibles casos. Mientras que en el familiar, se propondría realizar formaciones para dotarlos de herramientas que les ayuden a comprender y manejar adecuadamente los trastornos de la conducta alimentaria (6,16,17,18).

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG [Revista en Internet]. 2012;9(15):1-21. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>
2. Disotuar YD, Hurtado MM, Morell BR, Murjani Bharwani HS, Sosa y. AJ. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge [Internet]. Isciii.es. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n5/26originalpediatria05.pdf>
3. American Psychiatric Association. DSM-5- TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2022.
4. Carolina M-CÁ-MJJ-F. Factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. Edu.co. 2012. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3119/264>

5. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm F-A, et al. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014;220(1–2):500–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
6. Prieto JF, Herrero-Martín G, Montes-Martínez M, Jáuregui-Lobera I. Family food habits: influence on development and maintenance of eating disorders [Internet]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n10/2529-850X-jonnpr-5-10-1221.pdf>
7. Mack RA, Stanton CE, Carney MR. The importance of including occupational therapists as part of the multidisciplinary team in the management of eating disorders: a narrative review incorporating lived experience. *J Eat Disord* [Internet]. 2023;11(1):37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-023-00763-6>
8. La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de Sant Joan mejora la calidad asistencial y la accesibilidad de pacientes [Internet]. Departamento de Salud Alicante - Sant Joan D'Alacant. Disponible en: <https://sanjuan.san.gva.es/la-unidad-de-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-del->

[hospital-de-sant-joan-mejora-la-calidad-asistencial-y-la-accesibilidad-de-paciente](#)
[s/](#)

9. American Occupational Therapy Association. Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 4ª Edición. Concepción, Región del Biobío, Chile; 2020.
10. Berrueta Maetzu LM, Bellido Mainar JR, Sanz Valer P, Rubio Ortega C. Terapia Ocupacional en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. TOG (A Coruña). 2009. Vol. 6, Supl 5: p 216-231. Disponible en: <https://www.revistatog.com/suple/num5/tca.pdf>
11. Comedor Terapéutico [Internet]. Unidad Especializada en Trastornos Alimentarios. 2024. Disponible en: <https://ivatac-tca.com/comedor-terapeutico/>
12. Kielhofner G. Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.

13. Simó Algado S. El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional I. TOG [Revista en Internet]. 2006;5. Disponible en: <https://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>
14. Kielhofner G. Terapia Ocupacional: modelo de ocupación humana, teoría y aplicación. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.
15. Beute F, de Kort YAW. Salutogenic effects of the environment: review of health protective effects of nature and daylight: Health protective effects of nature and daylight. Appl Psychol Health Well Being [Internet]. 2014;6(1):67–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/aphw.12019>
16. Prieto EV. Pautas para los centros educativos cuando hay un caso de TCA [Internet]. Salud Mental 360. SOM Salud Mental 360; 2022 [citado el 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://tca.som360.org/es/blog/pautas-centros-educativos-cuando-hay-caso-tca>
17. Arija Val V, Canals J. Prevention of eating disorders in primary education. Nutr Hosp [Internet]. 2022;39(Spec2):81–5. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v39nspe2/0212-1611-nh-39-nspe2-81.pdf>

18. Loria Kohen V, Campos Del Portillo R, Valero Pérez M, Mories Álvarez MT, Castro Alija MJ, Matía-Martín MP, et al. Nutritional education protocol in the treatment of eating disorders in the clinical and care settings. *Nutr Hosp* [Internet]. 2021 [citado el 16 de abril de 2025];38(4):857–70. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000400857



11. ANEXOS

ANEXO 1: Tabla explicativa de las 5 fases, con las duraciones, refuerzos y privilegios que le corresponde a cada una.

	DURACIÓN	REFUERZOS PRIMARIOS	REFUERZOS DEMORADOS	PRIVILEGIOS
FASE 0	3 días.	Ninguno, permanece en la habitación 24 horas.	No	No
FASE 1	1 semana.	Recibirá 2 tras realizar las tomas correctamente.	No	No
FASE 2	5 días completos y evolución de peso adecuada.	Igual que en la FASE 1.	Se reciben tras 1 día completo de tomas correctas.	No
FASE 3	7 días completos y evolución de peso.	Igual que en la FASE 1.	Tras 3 días completos.	Visitas diarias.
FASE 4	Tras 2 semanas completas incluidos fines de semana.	Libre acceso.	Acceso al fin de semana fuera de la unidad tras cuatro días completos.	Visitas y salidas a merendar diarias.

ANEXO 2 : Cronograma.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
12:30-13:15	Recepción, entrega de registros alimentarios y sesión de relajación.			
13:30-14:10	Toma de comida supervisada.			
14:15-15:00	Reposo y grupo de objetivos.			
LOS JUEVES	Proporcionan pautas nutricionales a las familias y el manejo de conductas durante el fin de semana.			



ANEXO 3: Registros alimentarios semanales, que deben aportar las usuarias en el comedor.



UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN
Ctra. Nnal. 332 – Alicante-Valencia s/n.
03550 SAN JUAN (Alicante)

DESAYUNO		
COMIDA		
MERIENDA		
CENA		
RESOPON/ALMUERZO		

ANEXO 4: Hoja de información para el usuario.



HOJA DE INFORMACIÓN A EL/LA PARTICIPANTE

Código provisional COIR:	250201040204
Código de autorización COIR: *Puede verificar la autorización ética del presente proyecto de investigación en el código QR superior	
Título del TFG/TFM:	Diseño de un Servicio de Terapia Ocupacional en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Tutor/a:	IRENE PEREZ CERDA
Estudiante:	LEIRE PEIRÓ TEODORESCU

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en un proyecto de investigación. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética e Integridad en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández. El proyecto se llevará a cabo de acuerdo a la normativa vigente y a los principios éticos internacionales aplicables.

Con el fin de que pueda decidir si desea participar en este proyecto, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo

se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. En este documento podrá encontrar información detallada sobre el proyecto. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, así mismo, abandonarlo en cualquier momento. En el caso en que decida suspender su participación, ello no va a suponer ningún tipo de penalización ni pérdida o perjuicio en sus derechos y/o relación con los investigadores.

El proyecto se llevará a cabo en el Hospital Universitario de San Juan de Alicante.

¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE PROYECTO?

El proceso de adaptación al ingreso hospitalario puede ser complicado y se estima que una preparación previa al ingreso puede favorecer la adherencia y la evolución clínica de cada usuario. Pero no se conocen estudios que demuestran que un comedor terapéutico preingreso pueda ayudar en facilitar la adaptación y mejorar la relación con la alimentación antes de la hospitalización. En este estudio pretendemos describir y poner en marcha un servicio de comedor terapéutico preingreso, en el que las usuarias que estén en lista de espera para ingresar a la unidad se les exponga a la alimentación estructurada, para que lleguen con una mayor preparación a la unidad e intentar que se reduzca el tiempo de ingreso en el hospital o evitar el propio ingreso.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL PROYECTO?

El objetivo general es crear un recurso intermedio para las usuarias que estén en lista de espera para el ingreso hospitalario, en el que se intervenga sobre la parte conductual y nutricional de la enfermedad.

¿CÓMO SE VA A REALIZAR EL ESTUDIO?

La duración del estudio es indefinida, ya que se va a continuar realizando.

¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO OBTENER POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Usted recibirá el mismo trato participe o no en el proyecto. En consecuencia, no obtendrá ningún beneficio directo con su participación. No obstante, la información que nos facilite, así como la que se obtenga de los análisis que se realicen, pueden ser de gran utilidad para mejorar el conocimiento que tenemos hoy día sobre los trastornos de la conducta alimentaria y ello permitirá idear formas de prevención, manejo y tratamiento mejores que las que poseemos en la actualidad. Por su participación en el estudio no obtendrá compensación económica.

¿QUÉ RIESGOS PUEDO SUFRIR POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

Ninguno.

¿QUÉ DATOS SE VAN A RECOGER?

Sexo, Edad

¿CÓMO SE TRATARÁN MIS DATOS PERSONALES Y CÓMO SE PRESERVARÁ LA CONFIDENCIALIDAD?

La UMH, como Responsable del tratamiento de sus datos personales, le informa que

estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD)

El acceso a su información personal quedará restringido a GUADALUPE RAMIRES GONZALEZ, cuando se precise, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El Investigador/a, cuando procese y trate sus datos tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados.

* **Responsable del tratamiento:** Universidad Miguel Hernández de Elche

* **Finalidad:** Realizar el tratamiento de sus datos personales para poder participar en este proyecto de investigación

* **Legitimación:** Consentimiento

* **Cesiones/Transferencias internacionales:** No existe

* **Derechos:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

* **Procedencia de los datos:** 2. De otras personas físicas distintas al interesado

* **Información adicional:** A través del código QR que se encuentra en el encabezado puede acceder a una tabla de actividades autorizadas donde encontrará información sobre este proyecto, incluyendo más información sobre la política de protección de datos.

¿CON QUIÉN PUEDO CONTACTAR EN CASO DE DUDA?

Si usted precisa mayor información sobre el estudio puede contactar con Leire Peiró, Teléfono: 675863159; Correo electrónico: leire.peiro@goumh.umh.es

ANEXO 5: Consentimiento informado que se les proporciona.



CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

Código provisional COIR:	250201040204
Código de autorización COIR: *Puede verificar la autorización ética del presente proyecto de investigación en el código QR superior	
Título del TFG/TFM:	Diseño de un Servicio de Terapia Ocupacional en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Tutor/a:	IRENE PEREZ CERDA
Estudiante:	LEIRE PEIRÓ TEODORESCU

Yo.....

(Nombre y apellidos manuscritos por el participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que: mi participación / la participación de mi hijo/a o persona a mi cargo es voluntaria.

Comprendo: que puedo retirarme del estudio / que mi hijo/a o persona a mi cargo puede retirarse del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente*:

Doy No doy

Mi consentimiento para mi participación / la participación de mi hijo/a o persona a mi cargo en el presente proyecto de investigación.

Respecto al tratamiento de mis datos personales / los datos personales de de mi hijo/a o persona a mi cargo, declaro que mi decisión es la siguiente*:

Doy No doy

Mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales / los datos personales de mi hijo/a o persona a mi cargo.

Nota*: No es posible participar en el estudio si no se consiente en ambas cuestiones.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL	FIRMA DE LA MADRE/TUTOR LEGAL	FIRMA DEL TUTOR/A DEL TFG/TFM

NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:	FECHA:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ revoco el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo continuar participando en el estudio “Diseño de un Servicio de Terapia Ocupacional en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.”.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL	FIRMA DE LA MADRE/TUTOR LEGAL	FIRMA DEL TUTOR/A DEL TFG/TFM
NOMBRE:	NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:	FECHA:

Nota: Para la revocación del consentimiento será suficiente con la firma de uno de los progenitores/tutores legales.



CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTOS

Código provisional COIR:	250201040204
Código de autorización COIR: *Puede verificar la autorización ética del presente proyecto de investigación en el código QR superior	
Título del TFG/TFM:	Diseño de un Servicio de Terapia Ocupacional en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
Tutor/a:	IRENE PEREZ CERDA
Estudiante:	LEIRE PEIRÓ TEODORESCU

Yo.....

(Nombre y apellidos manuscritos por el participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi

decisión es la siguiente*:

Doy No doy

Mi consentimiento para la participación en el presente proyecto de investigación,

Respecto al tratamiento de mis datos personales, declaro que mi decisión es la siguiente*:

Doy No doy

Mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales en el presente proyecto de investigación.

Nota*: No es posible participar en el estudio si no se consiente en ambas cuestiones

FIRMA DEL/DE LA PARTICIPANTE	FIRMA DEL TUTOR/A DEL TFG/TFM
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ revoco el consentimiento prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio "Diseño de un Servicio de Terapia Ocupacional en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria."

FIRMA DEL/DE LA PARTICIPANTE	FIRMA DEL TUTOR/A DEL TFG/TFM
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:

ANEXO 6: Normas de funcionamiento del comedor terapéutico, los motivos de baja y normas de comedor, proporcionadas a las usuarias por la unidad .

NORMAS DE FUNCIONAMIENTO COMEDOR TERAPÉUTICO

- Durante las tomas se deberán cumplir las normas de comedor.
- Se debe comer adecuadamente:
 1. Comer toda la comida que se le pasa.
 2. En el espacio de tiempo previsto.
 3. Estilo alimentario adecuado.
 4. Realizar el reposo de forma adecuada.
 5. No vomitar o realizar conducta compensatoria tras la comida.
- No se puede traer comida o bebida.
- No se puede hablar de comida, menús, cantidades, pesos y tratamiento con otras usuarias.
- El protocolo de tratamiento es adaptable a las dificultades que presentes para normalizar tu alimentación y peso.
- Se deberán traer cada día los registros alimentarios.
- La usuaria se compromete a cumplir el horario del comedor terapéutico (de 12:30 a 14:45).
- Las faltas de asistencia tendrán que ser justificadas.

SE PROCEDERÁ A BAJA EN COMEDOR TERAPÉUTICO:

- No cumplir las normas de funcionamiento del Comedor terapéutico.
- Faltas de respeto a compañeras o equipo terapéutico.
- Conductas auto o hetero agresivas.



NORMAS DE COMEDOR

COMER POR ORDEN

1



2



3



NO SE PERMITE

- MANIPULAR
- ESCURRIR
- TROCEAR

UTILIZA LOS CUBIERTOS DE FORMA
ADECUADA



EL RITMO NO DEBE SER NI MUY LENTO NI
MUY RÁPIDO

TIEMPO: 40 MINUTOS



SE PERMITEN CONVERSACIONES
NO RELACIONADAS CON LA COMIDA

LA COMIDA SE ACOMPAÑARÁ DE:



SI NO CUMPLES ALGUNA DE ESTAS NORMAS SE TE INDICARÁ A FIN DE QUE MODIFIQUES TU CONDUCTA. SI NO OCURRIERA ESTO TRAS EL TERCER AVISO SE CERRARÁ TU BANDEJA, AUNQUE NO HAYAS TERMINADO Y SE PROCEDERÁ A EQUIVALENCIAS CON SUPLEMENTO ALIMENTARIO.

ANEXO 7: Cuestionario de satisfacción dirigido a las personas que, antes de ingresar en la unidad, hayan pasado por el comedor terapéutico. Y para aquellos que gracias al comedor terapéutico han logrado regular su conducta y evitar el ingreso hospitalario.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN: COMEDOR TERAPÉUTICO PREINGRESO

¿Cuánto tiempo asistes al comedor?:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. ¿Cómo afecta la enfermedad a tu vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
2. ¿Te sentiste acompañada y comprendida por el equipo terapéutico?	☐	☐	☐	☐	☐
3. ¿Consideras que el comedor te ayudó a afrontar mejor la comida en un entorno estructurado?	☐	☐	☐	☐	☐
4. ¿El comedor te ayudó a afrontar las comidas con menos ansiedad?	☐	☐	☐	☐	☐
5. ¿Crees que asistir al comedor facilitó tu adaptación a la UTCA?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Comparando tu experiencia antes y después del ingreso, ¿notaste mejoras en tu relación con la comida gracias al comedor ?	☐	☐	☐	☐	☐
7. ¿Te resultó útil compartir la experiencia con otras personas en una situación similar?	☐	☐	☐	☐	☐
8. ¿Crees que el comedor influyó en tu disposición a seguir las pautas alimentarias dentro de la unidad?	☐	☐	☐	☐	☐

¿Cómo valorarías el ambiente en el comedor terapéutico?

¿Qué mejorarías en el comedor para ayudar a futuras usuarias?

Observaciones:

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN: COMEDOR TERAPÉUTICO

¿Cuánto tiempo asistes al comedor?:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. ¿Cómo afecta la enfermedad a tu vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
2. ¿Te sentiste acompañada y comprendida por el equipo terapéutico?	☐	☐	☐	☐	☐
3. ¿Consideras que el comedor te ayudó a afrontar mejor la comida en un entorno estructurado?	☐	☐	☐	☐	☐
4. ¿El comedor te ayudó a afrontar las comidas con menos ansiedad?	☐	☐	☐	☐	☐
5. ¿El comedor te proporcionó herramientas que aplicaste en tu día a día fuera del centro?	☐	☐	☐	☐	☐
6. ¿Sientes que el comedor te preparó bien para afrontar las comidas en tu entorno habitual?	☐	☐	☐	☐	☐
7. ¿Te resultó útil compartir la experiencia con otras personas en una situación similar?	☐	☐	☐	☐	☐
8. ¿Crees que asistir al comedor evitó que necesitaras ingresar en la unidad?	☐	☐	☐	☐	☐

¿Que momento dentro del comedor te hizo sentir que estabas avanzando en tu recuperación?

¿Qué mejorarías en el comedor para ayudar mejor a futuras usuarias?

¿Cómo describirías tu relación actual con la comida en comparación con antes de asistir al comedor? (Ha mejorado/no ha mejorado).

Observaciones:

ANEXO 8: Cuestionario de evaluación por parte del profesional sanitario de la unidad.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL COMEDOR TERAPÉUTICO

Objetivo: Este cuestionario tiene como finalidad evaluar el impacto a largo plazo del comedor terapéutico preingreso en la unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Se utilizará para comparar los resultados actuales con los datos previos, facilitando la identificación de mejoras y áreas que requieran ajustes.

Instrucciones: Marque la opción que mejor describa su experiencia, del 1 al 5, siendo 1 poco y 5 mucho, y con SI o NO cuando se le indique.

Datos del Paciente

1. Fecha ingreso hospitalario:
 2. Fecha de inicio del comedor terapéutico preingreso:
 3. Duración de la estancia en el comedor terapéutico:
 4. Fecha de alta o resolución del ingreso:
-

Evaluación de la intervención

1. Comparando con el inicio del comedor terapéutico, ¿en qué medida considera que la adaptación del paciente a la alimentación supervisada ha mejorado? (Del 1-5)
 2. ¿La ansiedad o el estrés del paciente ha disminuido en mayor medida en los últimos años debido al comedor terapéutico? (Del 1-5)
 3. En comparación con hace dos años, ¿considera que el comedor ha tenido un mayor impacto en la reducción de los días de ingreso hospitalario en los pacientes? (Si /No)
 4. Comparando con el pasado, ¿los pacientes actualmente muestran más aceptación hacia la alimentación supervisada después de participar en el comedor terapéutico? (Del 1-5)
-

Evaluación profesional

1. En términos de efectividad, ¿considera que el comedor terapéutico ha tenido un mayor impacto en el abordaje de los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde su implementación?
 2. ¿La coordinación entre los profesionales de la unidad ha mejorado desde la implementación del comedor terapéutico?
 3. ¿El comedor terapéutico sigue siendo considerado como una herramienta útil para el equipo médico y terapéutico en el tratamiento de los pacientes?
 4. ¿Ha mejorado la recepción general del servicio por parte de los pacientes en los últimos dos años?
 5. En comparación con el pasado, ¿considera que la expansión o mejora del comedor terapéutico ha favorecido la integración del servicio en el sistema hospitalario?
-

Sugerencias y comentarios

1. ¿Cuáles considera que han sido los mayores avances en el comedor terapéutico en los últimos dos años?
1. ¿Qué aspectos deberían mejorarse o cambiarse para optimizar el impacto del comedor terapéutico en los próximos dos años?