

Trabajo Fin de Grado

ESTUDIO DE APROXIMACIÓN A LA REALIDAD SOCIAL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SUS FAMILIARES EN ZARAGOZA

An approximation approach to the study of patients with Eating Disorders and
their relatives in Zaragoza

Autor/es

María Jiménez Clemente
Andrea Marín Baquero

Director

Esteban Jesús Vaquerizo García

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Septiembre 2020

Resumen:

El Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) es un trastorno mental que se caracteriza por una alteración de la alimentación y/o del comportamiento relacionado con esta, este tipo de enfermedad causa un deterioro de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Es en este último aspecto donde el Trabajo Social puede actuar y abordar la problemática en pacientes y su entorno. En el presente trabajo se realiza una investigación para conocer una primera aproximación de la realidad social del TCA en Zaragoza a través de una revisión bibliográfica y análisis de datos recabados mediante cuestionarios a familiares de pacientes de TCA y a profesionales. Se ha indagado en el papel del Trabajo Social en este ámbito y una vez encontradas las principales carencias en la prevención, tratamiento y seguimiento de esta enfermedad, se ha realizado una propuesta de intervención para cubrir estas carencias encontradas.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Planteamiento y diseño de la investigación.....	1
2.1. Objetivos generales y específicos.....	2
3. Metodología de la investigación.....	2
4. Fundamentación teórica.....	7
4.1. Marco teórico.....	7
4.1.1. 'TCA'.....	7
4.1.1.1 Evolución del término.....	8
4.1.1.2 Clasificación y diagnóstico.....	9
4.1.2 Adolescencia.....	12
4.1.2.1. Desarrollo en el ciclo vital.....	12
4.1.2.2. Factores de riesgo.....	14
4.1.3. Familiares de pacientes adolescentes con TCA.....	16
4.1.4. Tratamiento del TCA. Perspectiva desde el Trabajo Social.....	17
4.2. Marco legislativo.....	19
4.3. Necesidades sociales.....	22
4.4. Análisis del contexto.....	24
4.4.1. Recursos.....	24
4.4.2. Ámbito.....	25
4.4.3. Actores.....	25
5. Análisis e interpretación de los datos.....	26
5.1. Discusiones y conclusiones.....	37
6. Propuesta de intervención.....	41
6.1. Introducción.....	41
6.2. Identificación del proyecto (Diagnóstico/ análisis de la realidad).....	42
6.2.1. Análisis de la participación.....	42
6.2.2. Análisis de los problemas.....	44
6.2.3. Análisis de los objetivos.....	44
6.2.4. Análisis de las alternativas.....	44
6.3. Formulación del proceso.....	45
6.3.1. Objetivos.....	45

6.3.2. Metodología.....	46
6.3.3. Temporalización	47
6.3.4. Recursos.....	47
6.4. Ejecución/ Seguimiento del proyecto.....	48
6.5. Evaluación.....	48
7. Conclusión	48
8. Bibliografía	50
9. Anexos	53
ANEXO I: Entrevista a familiares	53
ANEXO II: Entrevista a profesionales.....	57
ANEXO III: Sesión 1	59
ANEXO IV: Sesión 2.....	60
ANEXO V: Sesión 3	61
ANEXO VI: Sesión 4.....	62

Índice de Gráficos

Gráfico 0. Metodología.....	7
Gráfico 1: Conocimiento antes del diagnóstico	27
Gráfico 2: Lugar donde recibió información	28
Gráfico 3: Charla, taller o información recibida en el colegio	28
Gráfico 4: Posibilidad de hacer prevención	29
Gráfico 5: Papel importante en la prevención.....	30
Gráfico 6: Comportamientos diferentes antes del diagnóstico	30
Gráfico 7: Asociación al TCA	31
Gráfico 8: Forma de conocer el diagnóstico	32
Gráfico 9: Necesidades cubiertas.....	32
Gráfico 10: Ingreso hospitalario	33
Gráfico 11: Recursos conocidos para familiares	34
Gráfico 12: Uso de los recursos para familiares	34
Gráfico 13: Importancia dada al papel de los familiares	36
Gráfico 14: Seguimiento posterior de los profesionales	36
Gráfico 15: Lugar donde ha encontrado apoyo y recursos	37

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa.....	10
Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa.....	11
Tabla 3	35
Tabla 4. Análisis participantes.....	43

1. Introducción

El presente trabajo investiga la situación actual del Trastorno de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA), tanto en pacientes como en familiares.

La motivación principal por este tema es la inquietud de ambas por conocer este campo y el papel del trabajador social en el mismo. Consideramos que es un tema poco visibilizado en la sociedad pero que está muy presente, sobre todo en la población adolescente. Por nuestra experiencia personal y de prácticas, y por la de nuestros conocidos, tenemos razones suficientes para pensar que no existen recursos suficientes para tratar los TCA ni su prevención. En caso de encontrar estas carencias, se realizará una propuesta de intervención.

Además, consideramos que en el Grado de Trabajo Social no se aborda este ámbito, ni en general los Trastornos Mentales y creemos que el papel del Trabajador Social es fundamental por sus conocimientos sobre investigación, prevención, intervención, evaluación y acompañamiento.

2. Planteamiento y diseño de la investigación

La realización de este trabajo se basa en una investigación y posible propuesta de intervención. Todo ello se llevará a cabo tras estudiar la realidad social de los y las pacientes adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria en Zaragoza, entrando en ella todo su entorno. En un principio, trabajaríamos de la mano de la asociación APATAZ. Esta asociación se creó para cubrir la falta de recursos en la provincia de Zaragoza, por tanto, consideramos que iba a aportar mucha información a nuestro trabajo. Sin embargo, debido a la crisis socio sanitaria que se está viviendo en Zaragoza y en España desde marzo de 2020, no hemos podido mantener el contacto previsto con esta asociación. Como resultado, hemos llevado a cabo un trabajo más desarrollado en la investigación y en la búsqueda de revisión bibliográfica. Además, al no poder realizar entrevistas presenciales con familiares y profesionales, todo debe ser telemáticamente y esto nos ha dificultado en gran medida la comunicación. Finalmente, hemos optado por crear cuestionarios vía telemática y enviarlos a las distintas asociaciones de Aragón (ARBADA, Prisma, TCA Aragón, Fundación APE y APATAZ).

2.1. Objetivos generales y específicos.

Para la realización de este trabajo, se establecen una serie de objetivos, tanto de carácter general como de carácter específico.

A. Conocer la realidad social entorno al TCA en Zaragoza.

A.1. Detectar los Factores de Riesgo y de Incidencia en la aparición del TCA en pacientes y familias.

A.2. Analizar los recursos públicos, tanto de prevención como de atención post-diagnóstico, de atención al TCA para pacientes y familias en Zaragoza.

A.3. Analizar los recursos privados, tanto de prevención como de atención post-diagnóstico, de atención al TCA para pacientes y familias en Zaragoza.

3. Metodología de la investigación

Según la Real Academia Española, investigar consiste en “Realizar actividades intelectuales y experimentales de modo sistemático con el propósito de aumentar los conocimientos sobre una determinada materia. Es decir, indagar para descubrir algo”. Así, dichos actos se dirigen a obtener y aplicar nuevos conocimientos, explicar una realidad determinada o a obtener maneras de resolver cuestiones y situaciones de interés.

Hay varios tipos y clasificaciones de metodología en una investigación. Esta clasificación se divide según el objetivo de dicha investigación, según el nivel de profundización en el objeto de estudio, según el tipo de datos tomados, según el grado de manipulación de las variables, según el tipo de inferencia y según el periodo temporal en el que se realiza (Castillero, 2019).

En este caso, se lleva a cabo una investigación que según su finalidad, es aplicada, puesto que la investigación se centra en los mecanismos para la consecución de un objetivo. Según los objetivos, se trata de una investigación exploratoria, ya que se plantea una investigación de dimensiones reducidas y que se plantea como estudio para delimitar mejor los conceptos teóricos recurriendo a tres métodos: revisión de la literatura especializada, entrevistas con investigadores o expertos especializados en el tema a investigar y análisis de casos únicos (Tomás, 2016).

Según los datos que se van a investigar, será una investigación cualitativa y cuantitativa, es decir, se trabaja con datos que en ocasiones son medibles o no medibles, como pueden ser las perspectivas, los valores o los prejuicios. Además se puede considerar no experimental, ya que no se van a alterar las variables con el fin de ver cómo afecta al objeto de investigación (Tomás, 2016).

El método que se va a utilizar para este proyecto será el inductivo, partiendo de lo macro a lo micro, ya que en primer lugar nos centramos en la realidad social general del TCA y después, mediante cuestionarios abordamos la realidad local con los cuestionarios. Los objetivos buscan indagar en las perspectivas sobre TCA y las personas con las que viven (Tomás, 2016).

Además, según el alcance temporal, se considerará transversal. Esta se caracteriza por limitar o circunscribir la recogida de información a un único momento en el tiempo y la recogida de información se lleva a cabo de una sola vez (Tomás, 2016).

Por último, según las fuentes de investigación, se considera mixta ya que se utiliza investigación primaria, donde analizaremos información obtenida por nosotras mismas, y secundaria, ya que se analizan datos recabados por otros investigadores (Tomás, 2016)

Respecto a las técnicas de investigación, se definen como procedimientos metodológicos y sistemáticos que se encargan de hacer efectivos e implementar los métodos de investigación y que tienen la facilidad de recoger información de manera inmediata (Castillero, 2019).

Las técnicas a utilizar en esta investigación serán llevadas a cabo por un cuestionario de preguntas cualitativas, entrevistas y mediante una revisión sistemática.

Los cuestionarios son un tipo de técnicas de recogida de información, tienen la particularidad en la mayoría de los casos del anonimato, pero sirven para recabar información a través de una serie de preguntas o valoraciones.

Esta investigación será llevada a cabo a lo largo de distintas fases en las que se pueden diferenciar distintos métodos y técnicas:

- En la primera fase se recabará información sobre el marco teórico en el que se hará un análisis de documentos y fuentes.

Para realizarla se han hecho búsquedas desde el 11/02/2020 hasta el 24/06/2020 en las Bases de Datos de Dialnet, en la Biblioteca de la UZ, y una primera aproximación en Google Academic para orientarnos en las palabras clave a utilizar de forma más eficiente. Tras la realización de las búsquedas, se prioriza la elección de artículos que permiten su descarga disponible del texto completo. Después, se busca en la Biblioteca de UZ libros y manuales que nos sean útiles. Para todas las búsquedas se ponen los límites de búsqueda de artículos y ensayos publicados en los 15 últimos años, con texto completo de libre acceso. Si algún texto es más antiguo pero es útil y aporta información importante a nuestra investigación, se citará.

Se han utilizado como palabras clave el 11/02/2020: “trastornos, conducta, alimentaria, Zaragoza” para una primera búsqueda de artículos publicados en los últimos 15 años, y que se encontrará su texto completo de libre acceso. Se encontraron nueve citas de posible interés, así como los sitios web de las Asociaciones de Aragón de TCA. Fundamentándose en los criterios de inclusión y exclusión, solo tres textos entran en el periodo de los 15 años de antigüedad. Sin embargo, a pesar de ser antigua (Grupo Zarima, 1999) la *Guía Práctica: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria* nos ha resultado útil a la hora de conocer los factores de riesgo a la hora de padecer TCA en la adolescencia complementándolo con otros textos más recientes. Además, se trata de la única Guía sobre TCA que hemos encontrado de Aragón. Por lo tanto, en esta búsqueda nos han sido útiles cinco textos y las páginas web de las distintas asociaciones.

Otra segunda búsqueda con palabras clave “metodología, investigación”, de publicaciones de revisiones, también de libre acceso en los últimos 15 años. Esta búsqueda se realizó el 20/02/2020 y se encontraron tres referencias bibliográficas. Una de ellas (Corbetta, 2003) no entra dentro de los criterios de inclusión debido a su antigüedad, sin embargo, nos resultó un texto muy útil y respecto a metodología es uno de los autores más nombrados en Trabajo Social.

Se realizó una tercera búsqueda de publicaciones que incluyeran en su título y metodología utilizada, las palabras clave “Trabajo Social, TCA, trastorno, conducta”. Se realizó el 28/02/2020 y el resultado fueron dos textos incluidos dentro del periodo fijado en los criterios.

En la cuarta búsqueda, realizada el 10/03/2020, se utilizaron como palabras clave “anorexia” y “bulimia”. Se encontraron cinco textos que cumplen el criterio de inclusión (realizados a partir de 2005).

La siguiente búsqueda se realizó el 21/04/2020 y las palabras clave fueron “adolescencia, adolescentes, TCA, familia”. El resultado de esta búsqueda fueron seis textos poco antiguos y con mucha información que aportar en nuestro trabajo. Además, se encontró la página Web de una asociación que entra dentro de los criterios de inclusión.

La última búsqueda se realizó el 24/06/2020 para investigar sobre el marco legislativo del TCA. En esta búsqueda se usaron como palabras clave “legislación, TCA” y el resultado fueron cinco textos completos. La Constitución Española. (1978) y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, no cumplen con los requisitos de inclusión de los 15 años de antigüedad, sin embargo, consideramos que son de gran importancia a la hora de referenciar el marco legislativo del TCA.

Se identificaron un total de 31 referencias de posible interés. Tras la lectura de los artículos elegidos para su selección definitiva, se encuentran cuatro trabajos de especial relevancia que, por su rigor y extensión, se valora como clave para la tarea que nos ocupa, estos son:

-Mora, F (2017). *Factores psicosociales en la adolescencia y riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral. Madrid.

-Raich, R (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide: Madrid.

-Garcés, E. (2010). *El Trabajo Social en Salud Mental*. Cuadernos de Trabajo Social, 333-352.

-Cremades, P (2018). *Tratamiento jurídico de una enfermedad social. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)*. Actualidad Jurídica Iberoamericana Nº 9, ISSN: 2386-4567, pp. 44-85.

- En la segunda fase, se llevarán a cabo encuestas y entrevistas con el fin de recabar información.

Para desarrollar esta fase hemos elaborado dos cuestionarios, uno dirigido a familiares de pacientes con TCA y otro para profesionales. Estos cuestionarios se han generado en documentos de *Google Forms* para mayor facilidad. El enlace ha sido enviado a las asociaciones de Aragón (ARBADA, Prisma, TCA Aragón, Psicología Clínica Aragón y

Fundación APE) y a profesionales de las distintas asociaciones. Se adjunta a continuación el enlace de las encuestas:

Para familiares:

- https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfhfbmq1a1jqZUG2s0l5LzwaI5SETezgh728KXuti6QedOPVQ/viewform?usp=sf_link¹

Para profesionales:

- https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNDoZ7HICOEMJ-3FEZOWYRiP7Zl4HmMC_Y6AA0w602BKDP1A/viewform?usp=sf_link²
- En la tercera, se realizará un análisis de los resultados que, tras su discusión, servirá de material necesario para establecer las conclusiones.

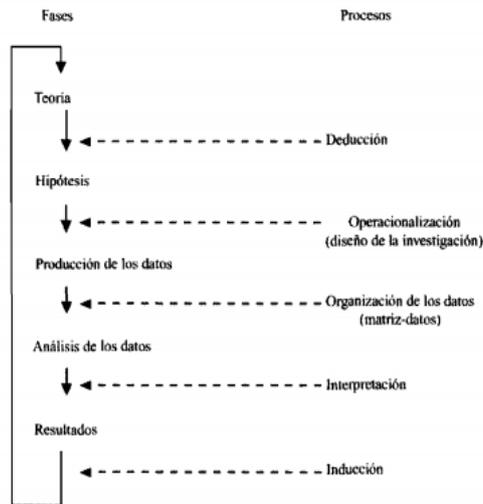
Con este proyecto se trata de conocer la realidad social y objetiva de los pacientes de TCA y sus familias.

Según Corbetta (2003), autor citado en varias ocasiones en la asignatura Métodos y Técnicas de investigación, el proceso que sigue el investigador social para la realización de una investigación consiste en un recorrido cíclico que parte de la teoría, pasa por las fases de recopilación y análisis de los datos, y vuelve de nuevo a la teoría. Este proceso se describe de manera más o menos similar en todos los manuales de investigación empírica.

¹ Este cuestionario se encuentra en el Anexo I

² Este cuestionario se encuentra en el Anexo II

Gráfico 0. Metodología



Fuente: Corbetta 2003

Por último, cabe destacar que el trabajo se iba a desarrollar como se ha explicado anteriormente, sin embargo, debido a la crisis socio sanitaria que se está viviendo en España por la Covid-19, no ha sido posible. Debido a esta situación de crisis, la baja respuesta/participación de profesionales y familias nos ha llevado a modificar la investigación a un estudio de casos.

4. Fundamentación teórica

4.1. Marco teórico

4.1.1. 'TCA'

Los trastornos de conducta alimentaria están descritos tanto en la American Psychiatric Association (APA) como en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (2013): “Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial.”

Este Manual es una clasificación de trastornos mentales con criterios asociados que se diseñó para facilitar un diagnóstico más fiable de estos trastornos.

Esto nos lleva a definir los Trastornos de la Conducta Alimentaria como un trastorno mental, ya que nos señalan que cada trastorno que aparece en este manual debe cumplir con la definición de trastorno mental.

Por lo que cabe añadir la definición de éste, según la American Psychiatric Association (2013):

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.”

Los principales TCA son: la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Específico (TCANE) (Ochoa de Alda, 2009).

4.1.1.1 Evolución del término

Basándonos en distintos estudios como los de Quesada (2014) y Mora (2017), no podemos decir que los TCA son enfermedades nuevas. Sin embargo, esta conceptualización clínica se utiliza desde estos últimos años, ya que es cuando más se han estudiado.

Los avances realizados en el diagnóstico han conseguido que hoy en día la detección de estos casos sea más fácil. Durante la Edad Media, se describen los primeros casos de lo que hoy se conocería como un TCA. Un gran número de casos se fueron sucediendo durante siglos, en un contexto estrictamente religioso, pero de una gravedad indiscutible.

La anorexia es un concepto que se conoce desde la historia, ya que se podía hablar de pasar hambre de forma intencionada desde tiempos pasados pero es en el siglo XVII cuando aparece el término de anorexia nerviosa. Durante siglos, la característica clínica fundamental de este patrón alterado de alimentación fue la restricción de los alimentos, bien por motivos religiosos o bien por otro tipo de motivos. Pero no fue hasta el siglo XIX cuando se introduce el miedo a engordar como característica primaria del trastorno. Es entonces, a partir de aquí cuando se fueron produciendo cambios en los conceptos y se comienza a describir el trastorno en términos médicos y psíquicos. En 1874, Gull la clasifica por primera vez como anorexia

nerviosa. Y ya actualmente, podemos encontrar la anorexia nerviosa clasificada como trastorno en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (Raich, 2011).

Por otro lado, tenemos la bulimia nerviosa. Este término puede hallarse en épocas remotas, ya que en la antigua Roma se podían ver personas que se provocaban el vómito. A lo largo del tiempo han ido apareciendo casos de bulimia pero no estaba definida, y es en 1979 cuando el médico norteamericano Rusell la definió como tal (Raich, 2011) (Mora, 2017).

4.1.1.2 Clasificación y diagnóstico

Como se ha dicho anteriormente los principales TCA son: la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Específico (Ochoa de Alda, 2009).

- Anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa es el trastorno de la conducta alimentaria más conocido y se puede definir como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por la propia paciente (Aguinaga, Fernández & Varo, 2000).

Al hablar de la anorexia nerviosa podemos hablar de dos tipos (Tabárez, 2017):

- Tipo restrictivo: limitación de consumo de alimentos.
- Tipo compulsivo/purgativo: en donde se constatan episodios de descontrol alimentario (atracones) y/o métodos compensatorios purgativos para evitar aumentar de peso.

Los expertos no siempre han estado de acuerdo en el diagnóstico de la Anorexia pero los criterios de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana son los más usados:

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal

D. En las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. Elaboración propia.

- Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa es un trastorno caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y métodos compensatorios inapropiados para evitar ganar peso (Fernández, 2004).

Al hablar de la bulimia nerviosa podemos distinguir dos tipos (Tabárez, 2017):

- Tipo purgativo: incluyen métodos compensatorios; vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, abuso de diuréticos, abuso de enemas, abuso de medicación para descender de peso.
- Tipo no purgativo: los pacientes recurren exclusivamente al exceso de actividad física y/o ayunos prolongados.

Los criterios de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana de la bulimia nerviosa son los más usados:

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. Elaboración propia.

- Trastorno de la Conducta Alimentaria No Específico

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no específica se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ninguno de los dos anteriores.

Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa

4.1.2 Adolescencia

Como se ha visto reflejado anteriormente, los trastornos de la conducta alimentaria son trastornos mentales; es decir, una enfermedad.

Estos trastornos afectan mayoritariamente a la población adolescente femenina. Más de un 90% de las personas afectadas son mujeres. La prevalencia media es de 1/100.000 en población general y de 1 por 200 en adolescentes de raza blanca occidentales (Zarima, 1999).

Un estudio comunitario en Zaragoza, en población adolescente de 12 a 18 años escolarizada en 61 centros públicos y privados, en una muestra representativa de 2193 mujeres y 1854 varones, se halla un 16,32% de mujeres y un 3,3% de los varones que se consideran población con riesgo (Zarima, 1999).

4.1.2.1. Desarrollo en el ciclo vital

Basado en la tesis de Mora (2017), el término adolescencia deriva del latín “adolescere”, que significa “crecer hacia la adultez”. Esta etapa vital dura alrededor de 8 años y se encuentra entre la niñez y la adultez. Es una etapa de un claro proceso de maduración física, psicológica y social. En este periodo se engloban una serie de características que deben abordarse desde el ámbito clínico.

La adolescencia, según Mora (2017) se divide en tres etapas. En primer lugar, la primera adolescencia, que comprende desde los doce a los catorce años. En esta etapa es donde se producen la mayoría de cambios físicos y biológicos. En segundo lugar, la adolescencia media, de los quince a los diecisiete años. En esta etapa se intensifican los estados de ánimo y emocionales y también es relevante el distanciamiento del adolescente con las figuras de referencia en el núcleo familiar. Por último, la adolescencia tardía, de los dieciocho a los veinte, donde se incrementa la implicación en conductas de riesgo.

En esta etapa del ciclo vital existen tanto cambios fisiológicos como psicológicos. Es una época de importantes cambios y los adolescentes se enfrentan al desarrollo de su identidad, al incremento de su autonomía y a la integración en la sociedad. Esto no siempre es sencillo para la persona y pueden surgir dificultades (Mora, 2017).

Mora (2017) divide el desarrollo de la adolescencia en dos: el desarrollo físico y el psicológico.

En el desarrollo físico destacan los cambios hormonales. Estos cambios fisiológicos pueden producir cambios psicológicos como pueden ser: agresividad, inestabilidad emocional, aumento del deseo sexual e irritabilidad. Cuando los adolescentes perciben su cambio físico también puede desencadenar en ansiedad, confusión o vergüenza. Aunque estos cambios son igual para chicos que para chicas adolescentes, las chicas parecen reflejar mayor afectación. Varios estudios señalan que el género femenino presenta mayor irritabilidad y un mayor rechazo al propio cuerpo al ver los cambios producidos ya que hay un aumento de la grasa corporal, algo que choca con el actual canon de belleza de la mujer. En esta etapa de la adolescencia hay que considerar como un importante factor la comparación que establecen con sus iguales.

Respecto al desarrollo psicológico, estos cambios se encuentran ligados, como hemos dicho anteriormente, a los procesos físicos y fisiológicos. En primer lugar, el desarrollo cognitivo, es el desarrollo del pensamiento formal. Esto permite que el adolescente se distancie de la realidad, piense de forma abstracta y se plantee hipótesis. Esto conlleva que las relaciones sociales sean más complejas e importantes desajustes en el individuo.

En segundo lugar, el desarrollo psicológico y la imagen corporal. La imagen corporal es un concepto que hace referencia a pensamientos, creencias, percepciones y actitudes sobre el propio cuerpo.

Los aspectos físicos y psicológicos de la persona, así como la aceptación por el grupo de iguales se relaciona con la configuración de la autoestima.

Por todos los cambios comentados con anterioridad y la gran cantidad de experiencias nuevas que vive este grupo social, se considera al colectivo adolescente extremadamente vulnerable.

En la adolescencia se vive en un contexto de alteración, variación y sobre-estimulación y esto puede afectar a su autoestima (mediante distintos problemas o crisis, tanto emocionales como psicológicas). Además, los adolescentes en ocasiones tienen un comportamiento llamado hipersensibilidad a su apariencia corporal, es decir, a su imagen externa. Estos buscan una constante aprobación y opinión de sus iguales (Abad & Castellà, 2016).

En conclusión, no hay que olvidar que es una de las etapas más duras de superar.

4.1.2.2. Factores de riesgo

Según la Guía de Anorexia de Aragón (1999), la causa de los TCA es claramente biopsicosocial, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, parecen ser multicausales ya que aparecen también factores familiares, culturales, medioambientales e interpersonales. En la adolescencia existen factores que aumentan el riesgo de sufrir un TCA.

Por un lado, en los factores individuales se encuentran los factores biológicos y psicológicos. Respecto a los factores biológicos, se han hecho varios estudios que revelan que la interacción de diferentes genes con otras variables medioambientales, favorecen la aparición de los TCA. Según Mora (2017) estas variaciones genéticas implican entre un 50% y 85% de la aparición de los trastornos. Las variaciones genéticas también son responsables de la forma corporal y, por tanto, de la preocupación por el peso. Según Raich (2011), el 28-55% y el 83-88% del riesgo de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa respectivamente está determinado por factores genéticos y, añade, que los factores genéticos aditivos pesan más que los ambientales.

Entre los factores biológicos estudiados también se encuentran las diferencias de género. Las mujeres, según disposición cultural, están más orientadas interpersonalmente que los hombres a considerar más relevante preocuparse por el bienestar y los sentimientos de los demás. Las mujeres tienen más probabilidad de desarrollar TCA (Mora, 2017).

En estos factores también se añade el factor del desarrollo del ciclo vital, es decir, que afecta además la pubertad.

En los factores psicológicos encontramos los rasgos de la personalidad. Aquí entran en juego variables como la rigidez, la meticulosidad, el perfeccionismo y la dependencia, así como la dificultad de expresar emociones. (Mora, 2017) Por otro lado, la imagen corporal que tenga cada persona sobre sí misma es la representación mental que tenemos sobre nuestro cuerpo. Esto puede afectar positiva o negativamente a la autoestima (Abad & Castellà, 2016).

La persona afectada puede presentar sentimientos de incompetencia, baja autoestima, falta de autonomía y dificultad para manejar los sentimientos (Mora, 2017).

Dependiendo de la imagen corporal que la persona tenga de sí misma, si afecta negativamente a su autoestima, la persona puede manifestar la necesidad de realizar dietas restrictivas o ejercicio físico compulsivo.

Por otro lado, en los factores grupales se encuentran los familiares, los interpersonales y los socioculturales. Respecto a los factores familiares, cabe destacar el concepto de transmisión cultural en las familias cuando se habla de apariencia física. Si los padres de una familia dan importancia extrema al físico, o los hijos están expuestos a dietas restrictivas y constantes preocupaciones por la apariencia, tienen mayor riesgo de desarrollar un TCA. Por otro lado, cuando en una familia existe un familiar con TCA, se observa una mayor frecuencia en los otros familiares convivientes en padecer estos tipos de trastornos (Abad & Castellà, 2016).

Los factores interpersonales incluyen las relaciones con los pares, sobre todo en el caso de los adolescentes, ya que marcan mucho a la persona debido a la vulnerabilidad y a la gran capacidad de influencia que poseen (Abad & Castellà, 2016).

En la adolescencia, los amigos y las relaciones con sus iguales empiezan a tener mucha influencia sobre la persona dando como resultado un alejamiento familiar gradual. Estas relaciones con sus iguales toman más fuerza y se caracterizan por ser más inestables. La adolescencia se caracteriza por ser el momento de relacionarse, formar nuevos ideales y sentirse integrado y aceptado por el grupo, dejándose llevar por sus creencias, gustos y actitudes. Sus relaciones se marcan por un gran contenido de comparación con su alrededor, es por ello por lo que se debe tener especial atención en adolescentes con autoestima baja e insatisfacción personal y física, ya que puedan verse influenciados por la presión del grupo hacia un ideal de belleza inalcanzable (Abad & Castellà, 2016).

Desde un enfoque sociocultural, los factores de riesgo de los TCA se relacionan con las diferentes fuentes del entorno social y cultural de los individuos, tanto en sus interacciones personales como en sus expectativas e influencia de los medios de comunicación (Mora, 2017).

Las redes sociales son otra plataforma donde se manifiesta el culto a la delgadez, prima el exceso de belleza y la imagen, asegurando que la delgadez es sinónimo de éxito y aceptación social, lo que conlleva a que adolescentes a disgusto con su forma corporal les faciliten la decisión de comenzar a perder peso, disminuyendo la autoestima y la confianza en uno mismo.

Los ideales de belleza siempre han estado asociados al cuerpo de la mujer y es por esto que la publicidad de este tipo siempre afecta más al público femenino (Abad & Castellà, 2016).

4.1.3. Familiares de pacientes adolescentes con TCA

Según Raich (2011), la intervención de los familiares en el proceso de los trastornos alimentarios será mayor o menor dependiendo de la edad de la persona que lo sufre. Al ser el mayor número de afectados personas adolescentes, la involucración de los padres u otros familiares es mayor. Tal y como cita esta autora, la participación y el compromiso de los padres es esencial, y que existen cuatro niveles de intervención terapéutica con ellos. La intervención debe darse también con ellos ya que sufren la angustia del proceso, a menudo se sienten culpabilizados, son los que tienen que tener la iniciativa de buscar ayuda terapéutica y en general ven su vida familiar y personal muy afectada.

El nivel más básico de terapia se trata de informar sobre el trastorno y los comportamientos que se deben seguir con la persona afectada. El segundo nivel es la terapia familiar. El tercer nivel coincide cuando además se detectan problemas de pareja. El último nivel es terapia individual al familiar que lo necesite.

En el primer momento de la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria, los familiares niegan su existencia o minimizan su importancia. Y una vez reconocido el problema, muchas veces los familiares se niegan a acudir a terapia porque piensan que ellos no tienen ningún problema o se sienten humillados (Raich, 2011).

Sin embargo, es muy beneficioso e importante para el proceso de recuperación la participación de los familiares. Es esencial no solo para mejorar el estado de la persona con trastorno sino para mantenerlo en el futuro.

Las familias pasan por varias etapas (negación, miedo, peleas, aceptación de la evidencia, dudas) y después de superar estas intentan buscar soluciones, aparentemente más reflexivas (Raich, 2011).

En conclusión, podemos decir que el papel de la familia es muy importante en todos los tratamientos y, especialmente en los TCA. El objetivo de estos tratamientos es conseguir la colaboración de todos los miembros de la familia, facilitando la comunicación, provocando cambios conductuales y proporcionando información. La familia será un elemento clave para minimizar el desgaste emocional y físico del paciente (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, 2020).

4.1.4. Tratamiento del TCA. Perspectiva desde el Trabajo Social

La salud mental es una parte importante de la salud integral de las personas y tiene relación con las condiciones de vida, con el desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. El equipo de profesionales pertenecientes a salud mental, trabaja en rehabilitación y reinserción social tratando también la promoción y prevención de la salud (Garcés, 2010).

El tratamiento de los TCA es largo y complejo, pero alrededor del 70% de las personas lo superan. No hay un tratamiento único y estándar, sino que se adapta a las características de cada persona (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, 2020).

El trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales (psiquiatras, psicólogos, médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales...) procurando la integración de las diferentes disciplinas, es decir, forman un equipo interdisciplinar. Estos profesionales trabajan con un objetivo común, proporcionando cada uno sus aportaciones, pero se diferencian en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y además, organizan sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema (Garcés, 2010).

Estos equipos multidisciplinares tendrán unos objetivos comunes para paliar esta problemática (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, 2020):

- Restaurar y/o normalizar el peso y el estado nutricional. Conseguir una alimentación saludable y normalizada.
- Tratar las complicaciones físicas derivadas de una alimentación inapropiada.
- Proporcionar educación sobre un hábito alimentario saludable.
- Modificar / mejorar el malestar psicológico del TCA.
- Favorecer el apoyo familiar y proporcionar asesoramiento y terapia a la familia cuando sea necesario
- Prevenir recaídas

La metodología de la Salud Mental combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales. Se trata de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social de la persona. El Trabajo Social Clínico, por consiguiente, puede implicar intervenciones tanto en la situación social como en la situación de la persona. Los tres fundamentos principales por los que el Trabajo Social Clínico produce el cambio son: 1. Por medio de la relación interpersonal. 2. Por medio de cambios en la situación social. 3. Por medio de cambios en las relaciones con personas significativas en el espacio vital de los individuos (Garcés, 2010).

Concretamente, la función principal del Trabajo Social en Salud Mental es prestar atención a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud. El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia. Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye un análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares, una valoración socio-familiar, un diagnóstico social y una planificación de la intervención social. Como funciones más concretas destacamos: acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización, realizar entrevistas con el usuario dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas, informar y orientar sobre las alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre, realizar un seguimiento y evaluación del proceso de intervención, realizar visitas a domicilio para valoración e intervención, apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio, informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales y por último, tener conexión y derivación del usuario a recursos adecuados (Garcés, 2010).

En definitiva, en casos de TCA, el trabajador social debe de intervenir dirigiendo tanto intervenciones individuales, grupales, familiares, como comunitarias, movilizandoy desarrollando las capacidades y recursos que las personas afectadas tengan y también hacer uso de la red social de la persona o grupo de personas. Se trata de una valoración socio-familiar de la situación a través de una intervención social. Se intenta favorecer siempre la socialización del paciente para que asimile de forma más sencilla el proceso de cambio que debe afrontar para superar su enfermedad. Sin olvidar, que el trabajador social conecta y deriva al paciente a los recursos que en cada momento necesite para que la adecuación al medio social y familiar sea lo más beneficioso posible (Quesada, 2014).

Como se ha comentado durante todo el apartado, la intervención con familias es primordial para un tratamiento eficaz ya que mejora el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, constituye el pilar fundamental para disminuir el desajuste y/o desgaste que la enfermedad produce en la dinámica familiar, optimiza la implicación de la familia en el proceso terapéutico y facilita estrategias para afrontar las dificultades de la vida diaria. Los padres toman un papel central en el apoyo y el acompañamiento de la persona que sufre un TCA. La familia debe recuperar los antiguos patrones de vida y acompañar a la persona afectada en la restitución de su salud física y psicológica (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, 2020).

4.2. Marco legislativo

Las personas afectadas por TCA han aumentado en los últimos años por lo que es fundamental crear medidas en el ámbito jurídico y no solo en aspectos médicos o sociales. Así, la lucha contra esta enfermedad requiere también de medidas de carácter legal, que impidan que la misma siga avanzando (Cremades, 2018).

Aunque nuestro trabajo se centre en Zaragoza, creemos conveniente hacer un primer estudio sobre el marco legislativo nacional.

En 1999 el Gobierno ya era consciente de esta problemática y, desde entonces, se ha trabajado este aspecto como culminación de diversas iniciativas parlamentarias relativas a los trastornos de la alimentación. El Pleno del Senado instó a la Comisión de Educación y Cultura a crear una Ponencia en su seno, destinada a estudiar los condicionantes extra sanitarios que concurren en el incremento de la incidencia de la anorexia y de la bulimia y a proponer las medidas políticas y legislativas oportunas. El Informe de la Ponencia encargada

de dicho estudio, se aprobó por la Comisión de Educación y Cultura del Senado (Cremades, 2018).

El último trabajo fue el 12 de diciembre de 2017 cuando se aprobó por la comisión de derechos de la Infancia y Adolescencia del Congreso de los Diputados, la Proposición no de Ley sobre la detección temprana de los trastornos de alimentación en los menores de edad. El contenido de la misma gira en torno a la realización de protocolos de actuación, con perspectiva de género, para detección de trastornos de actuación en las aulas, así como la promoción de campañas de prevención, sensibilización y concienciación social, promoviendo estudios sobre la incidencia, prevalencia y evolución de los trastornos de la conducta alimentaria en España, haciendo una mención expresa a la vigilancia de las páginas web que promueven los trastornos de la alimentación en la infancia, adolescencia y juventud, y llevando a cabo las actuaciones judiciales para clausurarlas, cuando proceda (Cremades, 2018).

Además de normativas específicas sobre los TCA, encontramos en la Constitución Española (CE) y en el Código Civil (CC) varios artículos que podemos relacionar con esta problemática.

El art. 43 de la CE, enmarcado dentro de los Deberes y Derechos Fundamentales y de los principios rectores de la política social y económica, reconoce el derecho a la protección de la salud, atribuyendo a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, además los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria (CE, 1978).

En este artículo se observa cómo los poderes públicos serán los encargados de promocionar y proteger un estilo de vida saludable, entrando dentro de este estilo vida saludable la lucha contra los trastornos de la conducta alimentaria.

Relativo al artículo anterior, en mayo de 2017 la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó con modificaciones la Proposición no de Ley relativa a la Educación para la Salud. El Gobierno debe seguir impulsando la Educación para la Salud desde el ámbito sanitario, para proporcionar información adecuada sobre conductas o factores de riesgo y sobre estilos de vida saludables, y en el ámbito educativo se insta a promover programas específicos de Educación para la Salud (Cremades, 2018). Dentro de esta promoción de un estilo de vida saludable se espera que los trastornos de la conducta alimentaria entren en los planes sanitarios y educativos.

Toda la promoción de vida saludable relacionada con la alimentación suele ir ligada únicamente a combatir la obesidad pero es muy importante que se tengan en cuenta a los TCA por lo que la Orden ECD/2475/2015 por la que se crea el distintivo de calidad de centros docentes ‘Sello Vida Saludable’ habla de ellos. Entre las finalidades que puede pretender el centro docente, para la consecución del referido sello, se encuentra un artículo donde hace referencia a esta problemática, el art. 2.1. f) dice: ‘Conocer y detectar las situaciones de riesgo para la salud, relacionadas especialmente con el consumo de sustancias con potencial adictivo, tanto de comercio legal como ilegal, así como con la ejecución de determinadas actividades que puedan generar comportamientos adictivos, con especial atención a la anorexia y a la bulimia, contrastando sus efectos nocivos y proponiendo medidas de prevención y control’ (Orden ECD/2475, 2015).

El art. 15 de la CE reconoce que ‘todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.’ (CE, 1978)

El derecho a la integridad física y moral, tendría una doble dimensión, puesto que protegería a su titular frente a ataques dirigidos contra su cuerpo tanto física como psíquicamente y por otro lado proscibiría toda intervención que careciese de su consentimiento (Cremades, 2018).

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su Exposición de Motivos, establece que “la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la CE, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad” (Ley N° 41, 2002).

Con dicha Ley se manifiesta la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y de otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud (Cremades, 2018).

La Ley de autonomía del paciente también habla sobre la posibilidad de negarse al tratamiento, tal y como dice en su artículo 2.4. “Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”. Sólo cabe la restricción de dicha elección cuando exista riesgo para la salud pública o cuando exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente (Ley N° 41, 2002). De esta forma y para el caso de concurrencia de TCA, debe existir un riesgo inminente y grave para su integridad, la dificultad se encuentra en determinar cuándo existe este riesgo (Cremades, 2018).

Se hace preciso en este sentido determinar el margen de libertad que posee la persona para decidir sobre su propia salud. En pacientes de TCA es habitual que se niegue la propia enfermedad y que mantengan intactas sus facultades de discernimiento, enmascarando de esta forma que muchas o la mayoría de decisiones que adoptan, giran en torno precisamente a la dolencia padecida (Cremades, 2018).

No se puede imponer a un individuo un comportamiento saludable, tratamientos o intervenciones médicas que preserven su salud si la negativa a seguir un tratamiento reúne todas las condiciones de ser legítimamente considerada. No existiendo riesgo y urgencia para su integridad, ni consentimiento por parte de familiares para el seguimiento del tratamiento previsto en ausencia de inminente peligro para su salud, no le quedará al profesional más que asegurar la exención de su responsabilidad ante las consecuencias indeseables que puede conllevar la situación (Cremades, 2018).

4.3. Necesidades sociales

Durante el tratamiento se persiguen una serie de objetivos en los que se debe interactuar de forma adecuada con los factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales. Debido a que las necesidades que el paciente debe ver cubiertas son la normalización biológica, la recuperación ponderal, el abordaje psicológico y familiar. Para llevar a cabo el proceso y atender las necesidades sociales del paciente se necesita la colaboración de un equipo multidisciplinar que realice diferentes niveles de atención y recursos (Quesada, 2014).

Los principales objetivos que tiene el tratamiento de los TCA son: normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable, tratar las complicaciones físicas de una forma correcta, aportar unas instrucciones e indicaciones y educar sobre alimentación y nutrición sanas es de gran importancia, indicando los beneficios que tienen las dietas equilibradas,

variadas y con frecuencia de todo tipo de alimentos. Por otro lado, modificar y mejorar las disfunciones previas o adquiridas como pensamientos, actitudes, etc. (Raich, 2011).

Para acabar con estas disfunciones se dispone de terapias psicológicas, tratamientos farmacológicos o la combinación de ambas. También se deben tratar trastornos asociados a la enfermedad que hayan podido surgir (físicos o psíquicos). Respecto a la familia, aportar la ayuda necesaria para conseguir el apoyo entre la familia del paciente a través de terapias y asesorarles. Por último, evitar las recaídas. Para ello se deben evitar situaciones que puedan dar pie a volver a caer y se deben crear estrategias para hacer frente a las mismas (Quesada, 2014).

La Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia (2020), define los objetivos en tres partes. En primer lugar, los objetivos iniciales son incrementar la motivación para el tratamiento, reconocer la enfermedad, es decir, que el paciente tenga conciencia de esta y por último, establecer una buena relación con el psicólogo y equipo terapéutico.

Los objetivos posteriores son disminuir/eliminar la ansiedad frente al peso y la comida, normalizar la ingesta y los hábitos alimentarios, modificar las distorsiones cognitivas en relación con la comida y al peso, disminuir las alteraciones de la imagen corporal, generando un incremento de la autoestima y del estado de ánimo, mejorar las habilidades y relaciones sociales y eliminar conductas compensatorias (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, 2020).

Los objetivos finales son eliminar otras conductas patológicas e intervenir en cualquier problema personal y psicopatología asociada (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, 2020).

Esta asociación destaca un factor importante a tener en cuenta respecto al tratamiento: la falta de conciencia de la sociedad respecto al TCA. Esta falta de conciencia puede conllevar que la persona afectada no sea capaz de reconocer la eficacia del tratamiento sobre la enfermedad. En estos casos, la familia tiene un papel importante para ayudar a la persona afectada a tomar conciencia de la enfermedad y aceptar la ayuda de los profesionales. La mejor estrategia es comunicarse con la persona desde la vertiente emocional, cómo se siente, qué le preocupa, etc. (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, 2020).

Según la Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia las asociaciones tienen un papel fundamental tanto en la labor de concienciación social como en la de apoyo e información a

las personas afectadas y en las familias. El tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria incluye cada vez más, y en la medida que resulte posible, la implicación de la familia en el proceso terapéutico dado que se han visto reflejados los buenos resultados de estas intervenciones (Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, 2020).

4.4. Análisis del contexto

4.4.1. Recursos

En Aragón existen dos unidades especializadas en el tratamiento de trastornos alimentarios en la sanidad pública y una en la sanidad privada, todos estos recursos situados en Zaragoza capital.

- Sanidad pública:

En primer lugar, hay que acudir a atención primaria para que haga una valoración y pueda estimar el problema facilitando, si fuera necesario, la derivación a un especialista como el psicólogo o el psiquiatra. El especialista valorará la situación y según su criterio pautará tratamiento o derivará a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Clínico Universitario (si es menor de edad) o al Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia (si es mayor de 18 años), ambos en Zaragoza, dónde se determinará la modalidad de tratamiento necesaria: intervención individual y/o grupal, Hospital de día o Ingreso hospitalario.

- Sanidad privada

Por la vía privada nos encontramos con la Unidad Tratamiento TCA – ITA Prisma. Esta ofrece un tratamiento especializado en salud mental. Cuenta con la Unidad de Ingreso en San Juan y la Unidad Ambulatoria en el centro de la ciudad de Zaragoza.

Además de contar con estos tres centros de tratamiento también existen diferentes asociaciones que ayudan en la sensibilización y visibilización de la enfermedad, ofrecen terapias familiares y luchan por la calidad de vida de las personas que sufren un TCA, estas se encuentran también en Zaragoza capital: ARBADA, TCA Aragón, Fundación APE y APATAZ.

4.4.2. Ámbito

En España, 400.000 personas sufren un Trastorno de la Conducta Alimentaria, 300.000 de las 400.000 personas afectadas por estos trastornos son jóvenes de entre 11 a 24 años.

Aunque estos trastornos son conocidos por ser enfermedades sufridas, en su mayoría, por población femenina, (el 90% de los casos son mujeres) los especialistas alertan de que entre los hombres estas conductas han aumentado (2 de cada 10); también afirman que les cuesta más pedir ayuda.

El 70% de los adolescentes no se sienten a gusto con su cuerpo, y 6 de cada 10 chicas, creen que serían más felices si tuvieran otro cuerpo (ITA | Especialistas en salud mental, 2019).

4.4.3. Actores

Los profesionales que participan en la intervención y en el tratamiento de las personas afectadas por un TCA son abundantes y todos ellos dentro del ámbito sanitario y social, forman equipos multidisciplinares para una intervención de mayor calidad. En estos tratamientos no solo tratan con la paciente, sino que también intervienen con la familia.

Los profesionales pueden dividirse en tres áreas:

- Área Psiquiátrica - Psicológica:

En esta área se realizan intervenciones psiquiátricas, psicológicas y de enfermería.

En la intervención psiquiátrica participan psiquiatras donde realizan diagnósticos, tratamiento psicofarmacológico, control y seguimiento del estado psicopatológico del paciente y psicoeducación en aspectos biológicos de la enfermedad y el tratamiento.

La intervención psicológica va a cargo de psicólogos, en ella evalúan al paciente, hacen terapias individuales, asesoran a las familias y realizan terapias con ellas y con grupos multifamiliares y también hacen terapias de grupo y talleres psicoterapéuticos.

En la intervención de enfermería, los enfermeros intervienen en esta área sobre factores de riesgo en salud mental educando en hábitos saludables y en higiene del sueño, abordan y previenen el consumo de tóxicos y preparan y administran la medicación.

- Área Médica - Dietética:

En esta área se realizan intervenciones médicas, dietéticas-nutricionales y de enfermería.

La intervención médica la realizan los médicos y diagnostican la comorbilidad somática, tratan patologías médicas asociadas, controlan y hacen un seguimiento analítico y prescriben exploraciones complementarias.

La intervención dietética-nutricional la llevan a cabo los nutricionistas. Estos valoran el estado nutricional y las intolerancias alimentarias, elaboran dietas personalizadas, controlan el peso/talla de cada paciente y hacen un seguimiento nutricional.

En esta área, la intervención de enfermería realiza controles constantes, extrae analíticas y prepara y administra medicación.

- Área de rehabilitación psicosocial:

En esta área se realizan intervenciones psicopedagógicas, socioeducativas y del trabajador social.

La intervención psicopedagógica la realizan los psicopedagogos y los profesores. Aquí el psicopedagogo evalúa y orienta el itinerario educativo, se coordina con centros educativos, facilita la reincorporación a la escuela y mejora los hábitos de estudio. El profesor imparte contenidos, evalúa el aprendizaje y dinamiza el aula.

La intervención socioeducativa la realiza el educador social, este organiza tutorías individuales, acompaña en medio abierto, promociona el ocio saludable y dinamiza talleres. Por último, la intervención del trabajador social se basa en la promoción personal y social, trabaja en la inserción laboral, realiza trámites administrativos y ayudas económicas y se coordina con otras entidades sociales.

Estas áreas e intervenciones son un prototipo que sigue la asociación “Ita/Profesionales en salud mental (Prisma)”, cada entidad cuenta con unos perfiles profesionales diferentes.

5. Análisis e interpretación de los datos

En la investigación hemos realizado el análisis de 12 cuestionarios cumplimentados, todas las respuestas son válidas ya que al inicio del cuestionario todos los participantes aceptaron el Consentimiento Informado del mismo.

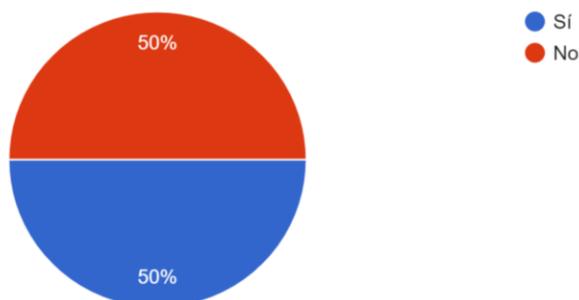
Los resultados, igual que el cuestionario, va a estar dividido en tres secciones:

- La primera sección va dirigida a conocer la situación antes del diagnóstico; es decir, si existe prevención
- La segunda sección trata de averiguar qué pasos siguen los familiares que sospechan que su familiar adolescente tiene TCA y si conocen qué tienen que hacer o donde acudir.
- La tercera sección va destinada a conocer el proceso una vez diagnosticado el TCA, los recursos existentes y los profesionales que intervienen.

Sección 1: ¿Existe prevención?

Pregunta 1: ¿Usted conocía que era el TCA antes de que se lo diagnosticaran a su familiar?

Gráfico 1: Conocimiento antes del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia

La mitad de las personas (6) contestaron que no sabían y no conocían los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Con estas respuestas aparecen indicios de que sigue siendo una enfermedad poco visible y poco interiorizada en la sociedad a pesar de estar muy presente en esta.

Pregunta 2: Si la respuesta anterior es sí, usted como familiar, ¿dónde recibió información?

Gráfico 2: Lugar donde recibió información



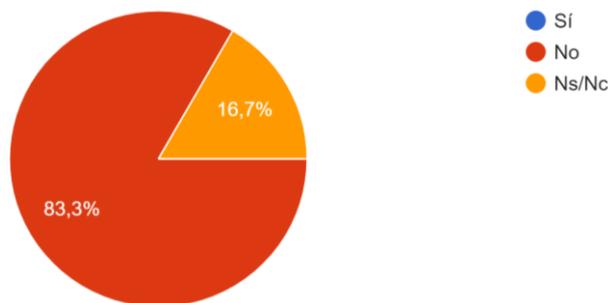
Fuente: Elaboración propia

Esta pregunta ha sido contestada por 7 personas, una de estas respuestas ha sido invalidada ya que solo debían contestar las mismas personas que en la anterior contestaron 'sí'. La respuesta que no era válida ha sido descartada, por lo que las respuestas se quedan en 6. Cada uno de los participantes obtuvo la información de un sitio diferente. Dos de ellos a través de su formación y otros dos a través de medios de comunicación.

Igual que en el Gráfico 1, la poca visibilidad que tiene esta enfermedad, siendo una de las enfermedades más problemáticas en la adolescencia.

Pregunta 3: Su familiar adolescente había recibido alguna charla, taller o información individualizada sobre el TCA en el colegio?

Gráfico 3: Charla, taller o información recibida en el colegio



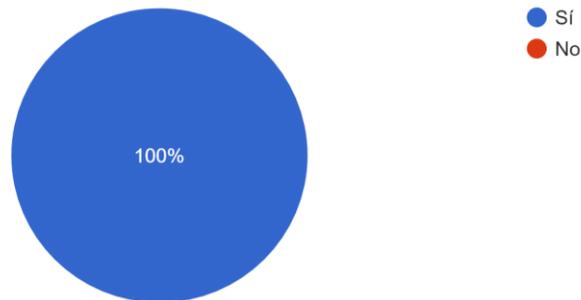
Fuente: Elaboración propia

Esta pregunta fue contestada por todos los participantes y un 83,3% (10 personas) respondieron que sus hijos nunca habían recibido ningún tipo de información (talleres, charlas, actividades...) en el colegio.

Aparecen indicios de una carencia con respecto a la prevención de esta enfermedad en el ámbito educativo. En esta etapa de la vida, los adolescentes empiezan a tener unas relaciones sociales más amplias y pasan muchas horas de su tiempo en la escuela, esta debería ser una de las responsables de una educación en hábitos saludables y del bienestar del adolescente.

Pregunta 4: ¿Cree que es posible hacer prevención de esta enfermedad?

Gráfico 4: Posibilidad de hacer prevención

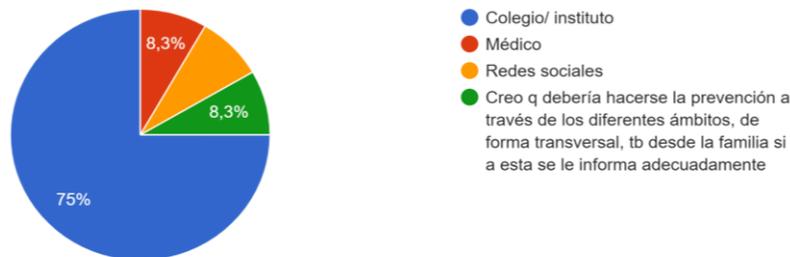


Fuente: Elaboración propia

El 100% de los familiares está de acuerdo con que es posible una prevención de calidad de esta enfermedad. Personas que han vivido y han estado en contacto con el TCA consideran que sí es posible la prevención de estos trastornos. Esto refleja que además de no existir o no funcionar dicha prevención, las familias que han estado o están en proceso de recuperación del TCA, sabiendo lo que esto conlleva, consideran que sí es posible.

Pregunta 5: Si la anterior respuesta es afirmativa, ¿quién cree que tendría un papel importante ofrecer esta prevención?

Gráfico 5: Papel importante en la prevención



Fuente: Elaboración propia

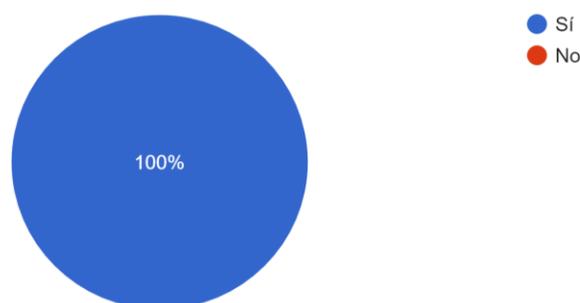
La mayoría de los participantes (75%) coinciden en que el colegio tendría que ser uno de los principales sitios donde se realizará esta prevención.

Además, en el espacio abierto para poder desarrollar respuestas nos hemos encontrado con uno muy interesante: “Creo que debería hacerse la prevención a través de los diferentes ámbitos, de forma transversal, también desde la familia si a esta se le informa adecuadamente”.

Sección 2: Previo al diagnóstico

Pregunta 6: ¿Usted notó comportamientos diferentes en su familiar?

Gráfico 6: Comportamientos diferentes antes del diagnóstico

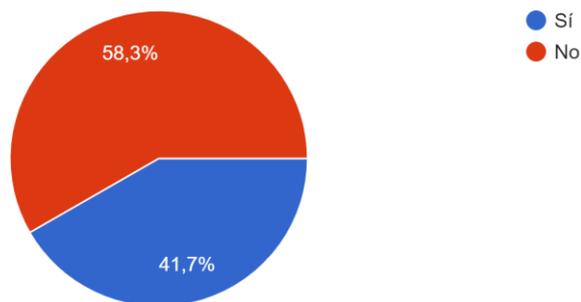


Fuente: Elaboración propia

El 100% de los participantes notó comportamientos diferentes en su familiar antes del diagnóstico del TCA. Esto significa que no solo es una enfermedad nutricional relacionada con el peso, sino que también conlleva comportamientos que no son habituales y su estilo de vida cambia.

Pregunta 7: Si la respuesta anterior es afirmativa, cuando usted comenzó a observar comportamientos diferentes en el familiar, ¿lo asoció al TCA?

Gráfico 7: Asociación al TCA



Fuente: Elaboración propia

Solo 5 personas (41,7%) asociaron esos comportamientos al TCA. Esto nos aproxima a que existe poca información acerca de esta enfermedad ya que la mayor parte de las familias no lo asociaron siendo uno de los trastornos más comunes entre la población adolescente.

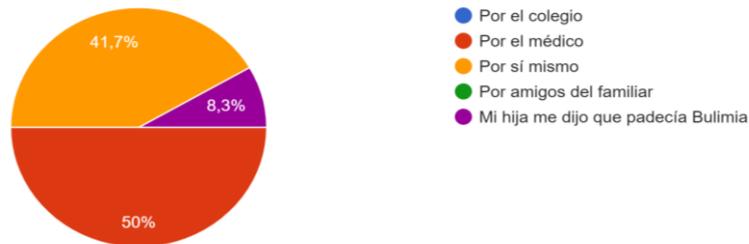
Pregunta 8: Cuando se enteró que su familiar podía tener algún problema que le impidiese llevar un ritmo de vida adecuado para su edad, ¿dónde acudió?

Todas las respuestas están encaminadas al ámbito sanitario, todos ellos acudieron o al médico (urgencias, médico de cabecera, endocrino) o al psicólogo/psiquiatra y los que no fueron al psicólogo directamente, comentan que les derivaron a este para el tratamiento.

Hay una respuesta que nos ha llamado la atención: “Tuve que buscar ayuda por mi cuenta, primero psicóloga particular y después Centro privado especializado”. Podemos intuir falta de atención y recursos en el ámbito público, dato que analizaremos más tarde.

Pregunta 9: ¿Cómo se enteró usted de que su familiar podía padecer TCA?

Gráfico 8: Forma de conocer el diagnóstico



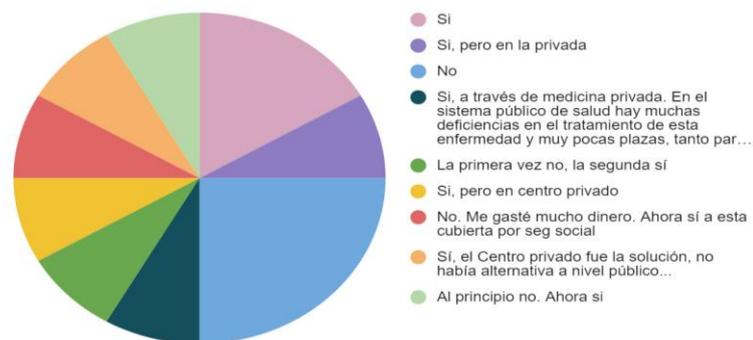
Fuente: Elaboración propia

La mitad de los participantes (50%) conoció la situación de su familiar a través del médico y casi la otra mitad por cuenta propia (41,7%).

Sección 3: Diagnóstico y tratamiento

Pregunta 10: Una vez recibido el diagnóstico, ¿han visto cubiertas sus necesidades?

Gráfico 9: Necesidades cubiertas



Fuente: Elaboración propia

El 25% de los familiares no han visto sus necesidades cubiertas, un 24,9% ha reflejado que en un primer momento no cubrió sus necesidades pero posteriormente sí.

Un dato que nos ha llamado mucho la atención es la crítica hacia la sanidad pública, casi todos coinciden que no hay suficientes recursos y han optado por centros privados.

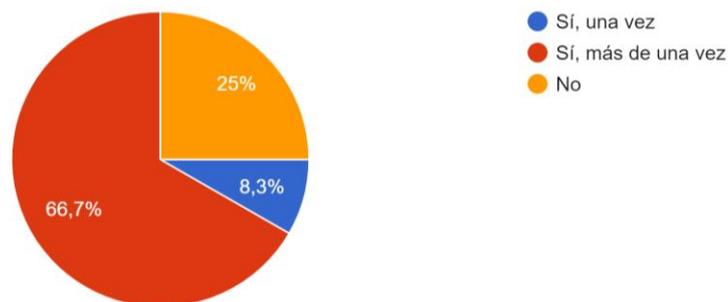
Pregunta 11: ¿Qué profesionales han intervenido en el proceso de tratamiento del TCA de su familiar?

Todas las respuestas hablan de los psicólogos y los 12 participantes han coincidido en eso. También, hablan del papel de los psiquiatras como profesional importante en el proceso del tratamiento y algunos contestan que los médicos y las enfermeras también han estado presentes.

Se dan dos respuestas en las que hablan sobre las trabajadoras sociales, una de ellas dice que ha participado en el tratamiento y otra comenta que ha echado en falta su participación en la intervención: “Eché de menos la presencia de T.S., sobre todo en atención al ámbito familiar. Pienso que, si se especializa, un T.S. puede ejercer perfectamente también como terapeuta.”

Pregunta 12: ¿Su familiar ha estado ingresado a causa del TCA?

Gráfico 10: Ingreso hospitalario



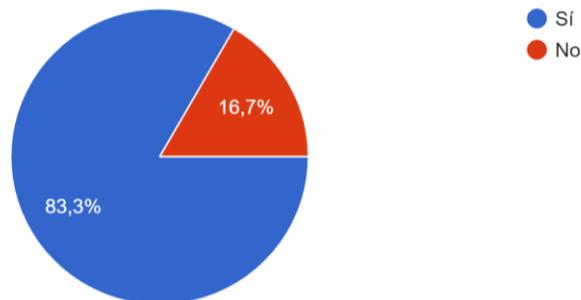
Fuente: Elaboración propia

El 66,7% de los familiares han estado ingresados más de una vez en el hospital y el 8,3% solo una vez. Es decir, el 75% de los encuestados ha tenido alguna vez a un familiar ingresado.

Con estas respuestas podemos observar que la enfermedad aunque sea mayoritariamente tratada por psicólogos, también los médicos y enfermeras toman un papel muy importante en estos ingresos.

Pregunta 13: ¿Conoce algún recurso para ayudar a los familiares durante el tratamiento?

Gráfico 11: Recursos conocidos para familiares

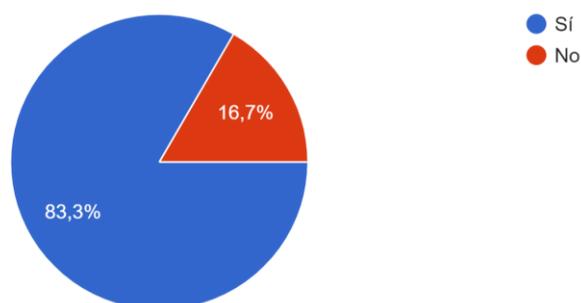


Fuente: Elaboración propia

Solo el 16,7% de los encuestados no conoce ningún recurso para ayudar a los familiares durante el tratamiento. Esto nos hace pensar que la labor de las asociaciones está siendo buena respecto a la visibilización y publicidad para llegar a las familias afectadas.

Pregunta 14: En todo el tratamiento del TCA, ¿usted, como familiar, ha utilizado recursos para familiares?

Gráfico 12: Uso de los recursos para familiares



Fuente: Elaboración propia

Las respuestas de esta pregunta coinciden con la pregunta anterior, 16,7% no ha utilizado recursos para familiares durante el tratamiento. Aun así, no son las mismas personas que han contestado que ‘no’ en la anterior y en esta:

Tabla 3. Comparación Gráfico 11 y 12

¿Conoce algún recurso para ayudar a los familiares durante el tratamiento?	En todo el tratamiento del TCA, ¿usted, como familiar, ha utilizado recursos para familiares?
No	No
No	Sí
Sí	No

Fuente: Elaboración propia

Pregunta 15: Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Quién le ha ofrecido esos recursos?

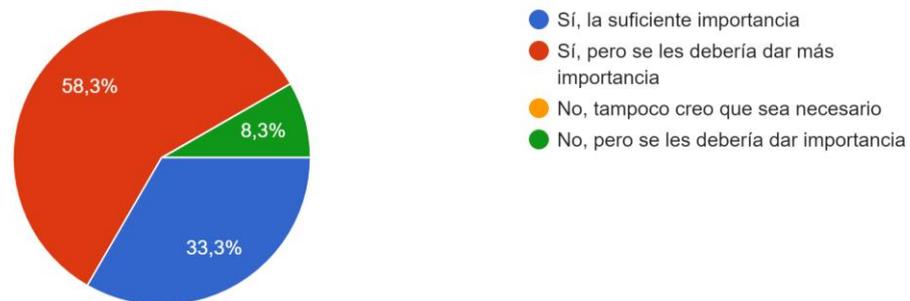
Todos los participantes han contestado que los recursos utilizados han sido a través de asociaciones; es decir, recursos privados. Solo uno de ellos ha reflejado que a parte de la asociación TCA ha recibido ayuda del hospital donde su hija fue ingresada.

Pregunta 16: Con respecto a la pregunta anterior, ¿qué tipo de recursos han sido (grupos de apoyo, apoyo psicológico, etc.)?

Todas las respuestas hablan de grupos de apoyo y autoayuda. También se nombra mucho a las charlas informativas y formativas. Todo esto impartido por psicólogos.

Pregunta 17: ¿Cree que se le da importancia al papel de los familiares durante el proceso de tratamiento?

Gráfico 13: Importancia dada al papel de los familiares

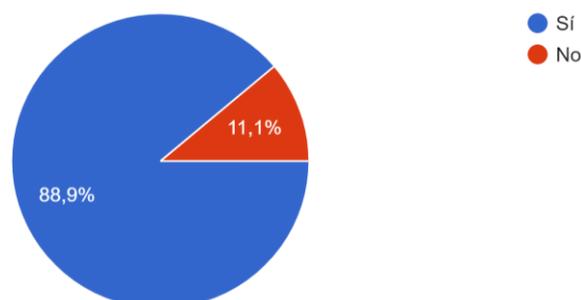


Fuente: Elaboración propia

Ninguno de los encuestados ha reflejado que no sea necesario el papel de los familiares, aun así un 33% dice que se le da la suficiente importancia. Un 58,3% comenta que se le debería dar más importancia que la actual y un 8,3% habla de que no se le da importancia, pero debería dársele.

Pregunta 18: Si estuvo hospitalizado, ¿existe seguimiento por parte de los profesionales una vez dado/a de alta?

Gráfico 14: Seguimiento posterior de los profesionales



Fuente: Elaboración propia

Del 75% de los que han tenido a un familiar ingresado, un 88,9% de ellos coincide en que sí existe un seguimiento después del alta.

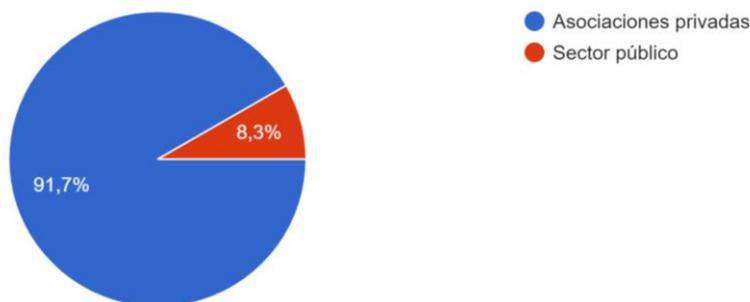
Pregunta 19: Si no estuvo hospitalizado, ¿cuál fue el seguimiento por parte los profesionales que le trataron?

De los participantes, solo 3 no habían tenido ningún familiar ingresado y estas han sido las respuestas de los mismos:

Estamos todavía en proceso de recuperación
Terapia 2 días a la semana
El tratamiento y seguimiento fue muy intensivo. Hospital de día, 2-3 días a la semana

Pregunta 20: ¿Dónde ha encontrado más apoyo y recursos?

Gráfico 15: Lugar donde ha encontrado apoyo y recursos



Fuente: Elaboración propia

La gran mayoría (91,7%) está de acuerdo con que las asociaciones privadas ofrecen más apoyos y recursos que el sector público.

5.1. Discusiones y conclusiones

Con el análisis de los datos obtenidos mediante los cuestionarios en nuestra aproximación del estudio de la realidad, hemos podido observar en la sección 1 que la prevención del TCA

es casi inexistente en los casos estudiados en Zaragoza. Los centros educativos de las personas encuestadas no se encargan de informar ni visibilizar esta enfermedad ni a los familiares ni a los estudiantes. En el ámbito sanitario tampoco existe una prevención eficaz, los pediatras o médicos de cabecera no son actores principales en dicha tarea.

Como hemos dicho antes, la mitad de las personas no conocían nada de la enfermedad antes del diagnóstico y los que sí que la conocían ha sido por cuenta propia, solo en un caso el médico fue el encargado de dar a conocer el TCA.

Debemos recordar que los trastornos de la conducta alimentaria son causados por diversos factores y estos factores pueden aparecer en cualquier ambiente, como la escuela, la familia, los amigos o los medios de comunicación y redes sociales (López y Sallés, 2005).

La prevención primaria tiene como objetivo reducir o eliminar los factores que favorecen que se produzca un trastorno. Es necesaria una acción preventiva en las escuelas y a través de los medios de comunicación (López y Sallés, 2005).

Es muy importante realizar una prevención adecuada porque en el caso contrario podría ser peligroso ya que pueden convertirse en ‘enfermedades de moda’ y hacerse atractivo para los jóvenes (Martínez-González y De Irala, 2003). La prevención tendría que ser positiva sin mucho énfasis en los aspectos negativos y de enfermedad (López y Sallés, 2005).

Además, resulta llamativa la carencia de evaluaciones rigurosas sobre la prevención de los TCA. Existen pocos programas de prevención y muchos menos que hayan sido adecuadamente ensayados y evaluados (Martínez-González y De Irala, 2003).

Respecto a la sección 2, como hemos explicado anteriormente, existen factores de riesgo que desencadenan los TCA. Conocer dichos factores y acompañar al adolescente en su proceso de cambio y desarrollo puede reducir el riesgo de padecer TCA. Según Raich (2011), se han dado muchos casos de pacientes que manifiestan que han sufrido burlas por parte de familiares o amigos y de que esto fue el desencadenante de su TCA. Los comentarios críticos de la familia sobre la apariencia física del adolescente pueden tener un gran impacto en él. Raich destaca que estos comentarios casi nunca son malintencionados pero que pueden tener efectos negativos en la persona y unido (o no) a otros factores de riesgo, influyen en el adolescente y pueden contribuir en la aparición del TCA. Además, existen unos factores precipitantes del trastorno tales como acontecimientos vitales estresantes, abuso sexual,

físico y emocional en la infancia, así como la maduración temprana. Estos factores demandan una capacidad de respuesta que a menudo los adolescentes no disponen (Raich, 2011).

Si los familiares de los pacientes conocen el TCA y cuáles son los aspectos que influyen en su aparición, y los tuvieran en cuenta para conocer los comportamientos y cambios del adolescente, quizás se prevendrían muchos de los casos.

Disponer del conocimiento preciso para diferenciar los comportamientos de la hija/hijo posibilita el diagnóstico precoz. Los padres y las personas encargadas de la educación de la niña/o o adolescentes deberían adquirir conocimientos mínimos acerca de los trastornos de la conducta alimentaria (como de otros) y también aprender a actuar.

Marcar la línea entre normalidad y patología en los comienzos del trastorno es muy difícil, aun así existen algunas diferencias que facilitan la percepción temprana (Calvo, 2002).

Una vez detectado el problema hay que elegir el tratamiento adecuado y las asociaciones de padres suelen ser muy útiles para dar toda la información necesaria (Calvo, 2002).

En la sección 3, podemos destacar que, al tratarse de adolescentes, el papel de la familia es fundamental en el proceso de recuperación del paciente. Su participación y compromiso son aspectos clave para un para mejorar el estado del paciente, pero también para mantenerlo en un futuro. (Raich, 2011)

Como hemos visto anteriormente, según Raich (2011), existen cuatro niveles de intervención con familiares, el primero es aportar información sobre el TCA y guiar con los comportamientos a seguir. Este es el nivel básico, pero también nos interesa el nivel de los grupos terapéuticos, es decir, grupos de ayuda mutua.

La mayor parte de los participantes en el cuestionario han señalado que no se le da suficiente importancia a los familiares del paciente con TCA y que se le debería dar una mayor. También la mayor parte indica que ha recibido ayuda de algún recurso y mayormente por parte de asociaciones. Es decir, existen más recursos privados que públicos para cubrir las necesidades de los familiares, ya que como hemos observado, la mayor parte necesita o hacen uso de dichos recursos. Cabe destacar el gran porcentaje (25%) de las personas encuestadas que indica no haber visto cubiertas sus necesidades. Otra gran mayoría destaca que sí las han visto cubiertas pero en el ámbito privado.

En conclusión a las respuestas analizadas en la sección tres, aparecen indicios de que el sector público es precario e insuficiente para hacer frente a esta problemática. Este sector, y específicamente la Atención Primaria (AP), tendría que actuar en la prevención y detección

precoz de los TCA. La detección precoz de los TCA es baja debido a diversas causas: la poca información y conocimiento de estos trastornos que generalmente posee el profesional de AP, la falta de tiempo real para poder realizar actividades preventivas en la consulta, la escasa frecuentación de los adolescentes a las consultas de AP y su resistencia a reconocer estos problemas. En definitiva, el papel de la salud pública ha de estar encaminado a la prevención, a la detección precoz, a un tratamiento de calidad y a evitar las recaídas (Gil et al, 2003). Estas reflexiones fundamentan los datos analizados de las encuestas, donde la intervención pública es escasa.

Todo esto nos lleva a recalcar la gran importancia de la salud pública ya que hay estudios que demuestran que 5 años antes del diagnóstico de TCA estos pacientes acudieron a su médico de cabecera por diversos síntomas y quizá la evolución natural del trastorno hubiera podido ser diferente si se hubiera identificado antes (Gil et al, 2003). Es necesaria una formación de calidad en todos los ámbitos, incluido en el sector público.

Por otro lado, cabe destacar las dos respuestas de la *Pregunta 11* sobre el Trabajo Social. Dos de los participantes en el cuestionario destacan que echa en falta el papel del Trabajador Social en este ámbito y, especialmente, en el ámbito familiar. Según Quesada (2014), se trata de una enfermedad muy afectada por el entorno social, donde la sociedad influye directamente en los pacientes de TCA y sus familiares y es aquí donde el Trabajador Social puede proporcionar sus herramientas y recursos y ayudar a este grupo social. Sin embargo, existe una falta de información sobre el papel que tiene el trabajador social con los TCA (Quesada, 2014).

Después de llevar a cabo la investigación acerca del Trabajo Social y TCA, hemos observado que se cuenta con poca bibliografía sobre esto y por tanto, nos encontramos con muchos vacíos sobre cómo abordar esta problemática dentro del Trabajo Social.

Para concluir este apartado queremos hablar sobre la intervención con familiares de personas con TCA. Como se ha visto anteriormente, existen diversos tratamientos para esta enfermedad y que el papel de la familia es muy importante pero, ¿las familias reciben un tratamiento? La respuesta es sí, pero la mayoría son impartidas por asociaciones privadas y muchos de los encuestados piensan que no se les da tanta importancia como deberían (gráfico 13).

El objetivo principal de estas estrategias es mejorar el funcionamiento del núcleo familiar y reducir la sobrecarga de los cuidadores directos. Por ejemplo, en el abordaje de grupo familiar

múltiple de Buchkremer se logra un incremento en las actitudes cálidas hacia los pacientes, una reducción de la hostilidad hacia los mismos y se mejora el conocimiento de la enfermedad. Las familias necesitan la ayuda profesional para conocer el modo de realizar los cuidados y ayudar los momentos más duros de la terapia, además necesitan apoyo emocional para sus necesidades y así mantener la cohesión familiar (Jauregui, 2005).

En la *Pregunta 17* preguntamos sobre los tipos de recursos que han utilizados y los más usados eran los grupos de apoyo y de autoayuda.

Los grupos de autoayuda son grupos formados por personas que comparten unas circunstancias comunes y así apoyarse mutuamente, se comparten vivencias, se intercambian recursos y aprenden de la experiencia de cada uno de ellos. Es muy importante tener en cuenta que estos grupos tienen que ser un complemento a la atención profesional y no tiene que reemplazar a la terapia formal, estos ofrecen un acercamiento alternativo a los de los servicios sociales y de salud existentes, aunque en ocasiones las soluciones por parte del ámbito público son insuficientes y estos grupos toman la iniciativa de la terapia (Jauregui, 2005).

Por último, hemos realizado una aproximación donde se intuye una gran carencia de acciones de prevención sobre el TCA en Zaragoza; por lo que en el siguiente apartado hemos diseñado una propuesta de intervención destinada a la prevención del TCA en los colegios de Zaragoza dirigida a los padres y profesionales de los centros educativos.

6. Propuesta de intervención

6.1. Introducción

Tras haber investigado qué es el TCA, la población más afectada, los factores de riesgo, y otros aspectos de vital importancia para conocer este ámbito, y, por otro lado, tras haber analizado las respuestas de los cuestionarios para familiares de pacientes de TCA, hemos observado una evidente falta de prevención y de conocimiento de esta enfermedad. Es por esta razón por la que vamos a redactar una propuesta de intervención con lo que para nosotras es el principal problema, la prevención. Pese a que las respuestas de los cuestionarios se tratan de familiares de pacientes que ya tienen diagnóstico de TCA, estas familias reflejan que previo a conocer la enfermedad y el diagnóstico, nunca habían recibido información sobre ella y, además, destacan que es posible una prevención. Es por esto que hemos diseñado la propuesta para toda la población y no para familias que presentan factores de riesgo. La

propuesta está diseñada para la provincia de Zaragoza, ya que es el ámbito que hemos estudiado.

El Trabajo Social, lucha por la prevención de estos problemas, esto es un trabajo esencial para evitar el vacío que nos encontramos cuando falta prevención. El trabajador social trabaja con las familias, el entorno, la sociedad, los estilos de vida del paciente, la propia persona y los hábitos de salud que tenga el paciente. Lo fundamental es prestar atención al medio social que le rodea porque es aquí donde es necesaria la intervención de la figura del trabajador social para aportar todas sus dotes profesionales a los enfermos de TCA (Quesada, 2014).

En muchas ocasiones, y como hemos podido observar en varias respuestas del cuestionario, la labor del trabajador social se olvida en este tipo de problemática. Sin embargo, es de gran importancia estudiar el entorno y el medio social en el que vive el paciente para conseguir resultados eficaces y de buena calidad durante todo el proceso, desde la prevención de estas enfermedades, pasando por la detección y el tratamiento de las mismas y acabando con la recuperación de la enfermedad y por supuesto con la vuelta a la normalidad de todos los pacientes de TCA (Quesada, 2014).

6.2. Identificación del proyecto (Diagnóstico/ análisis de la realidad)

6.2.1. Análisis de la participación

La participación es un elemento esencial para alcanzar éxito o fracaso en el proyecto. Favorece la implicación de todos los sujetos vinculados al proyecto.

Nos encontramos con tres grupos de participantes dentro del proyecto. Dos de ellos serán participantes directos (familiares y profesorado) y el otro grupo de participantes serán los adolescentes del centro. El siguiente proyecto se realizará con los participantes directos pero los beneficios influirán a los indirectos también.

Tabla 4. Análisis participantes

INDIVIDUOS Y GRUPOS	¿Cómo van a influir en el proyecto?	¿Qué puede hacer el proyecto por ellos?	¿Qué pueden hacer ellos en el proyecto?	¿Importancia relativa en el proyecto?
Jóvenes	En segundo plano ya que este proyecto se centra en los familiares	Prevenir los TCA y mejorar su calidad de vida fomentando los hábitos de vida saludables	Ser partícipes del mismo dando a conocer las mejores técnicas de entendimiento de éste (Dejarse guiar y escuchar a sus educadores)	Son el principal beneficiario de este proyecto ya que les ayudará a prevenir futuros TCA.
Familias	De forma participativa	Ayudar a gestionar y educar con la información adquirida.	Ser partícipes del mismo	La familia suele ser la red de apoyo más cercana de las y los jóvenes por lo que es fundamental que las familias tengan conciencia de ello.
Institución (colegio/instituto)	Nos ofrecerán sus aulas para poder dar talleres o charlas sobre el tema.	<p>Crecer y aprender más cómo hablar del tema y cómo hacerlo de una manera didáctica para aprender de la mejor manera.</p> <p>Ayudar en el aumento del conocimiento, <u>dotándolos</u> de recursos</p>	<p>Dotar de conocimiento a los jóvenes en el futuro.</p> <p>Informar a las familias sobre las charlas a los jóvenes</p>	<p>Serán de gran importancia ya que son los que ayudarán en el conocimiento de los jóvenes.</p> <p>Nos servirán de vínculo entre los jóvenes y sus familias</p>

INDIVIDUOS Y GRUPOS	INTERÉS EN PROPUESTA	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Jóvenes (indirectos)	Aumento del conocimiento e información.	Edad de aprender y dirigir sus vidas hacia buenos hábitos.	Amplio alcance de redes sociales e internet que propagan una información muy accesible y nociva.	Poder influenciar en sus grupos de iguales sobre los TCA.	Cánones de belleza impuestos por la sociedad
Familias	Garantizar un conocimiento seguro a sus hijos para una correcta educación.	Convivir con los jóvenes y ser la principal fuente de educación para ellos. Principales detectores de comportamientos diferentes	Negación de la realidad ya que no relacionan a sus hijos con ninguna enfermedad.	Conocer los comportamientos habituales de sus hijos/as	Desinformación que se tiene respecto al tema
Institución (colegio/instituto)	Ayudar en el conocimiento a los jóvenes	Capacidad para poder dar talleres a familiares y contactar con ellos	Poco tiempo invertido en las charlas al conocimiento de los TCA	Visibilizar el TCA desde edades tempranas para fomentar su prevención	Ausencia de interés por parte del instituto para facilitarnos dar las charlas o talleres.

6.2.2. Análisis de los problemas

En base a la información obtenida de la revisión bibliográfica y de las encuestas, hemos analizado la situación e identificado los mayores problemas:

- Poca visibilización y concienciación del TCA en la sociedad.
- Falta de prevención del TCA.
- Escaso conocimiento del TCA por parte de familiares de adolescentes.
- Falta de implicación en el ámbito público.

6.2.3. Análisis de los objetivos

Este paso implica la transformación de los problemas identificados en objetivos, es decir, se formulan los problemas transformándolos en afirmaciones positivas, o estados deseables.

- Visibilizar y concienciar a la población sobre el TCA.
- Hacer prevención del TCA.
- Proporcionar conocimientos sobre TCA a los familiares de adolescentes.
- Aumento de implicación en el ámbito público.

6.2.4. Análisis de las alternativas

Este es el último de los pasos que se llevan a cabo en la primera etapa de identificación del proyecto. Tiene como finalidad identificar posibles opciones (alternativas), y valorar las posibilidades de ser llevadas a la práctica y acordar una estrategia de proyecto.

- Visibilizar y concienciar a la población sobre el TCA -> Realizar jornadas sobre TCA en Zaragoza y contactar con medios de comunicación para su visibilización.
- Hacer prevención del TCA y proporcionar conocimientos sobre TCA a los familiares de adolescentes -> Charlas y talleres dirigidos a familiares en los colegios e institutos de Zaragoza.
- Aumento de implicación en el ámbito público -> Sensibilizar y formar a los profesionales de la sanidad de Zaragoza respecto al TCA.

Una vez que hemos definido las alternativas hacemos una valoración de las mismas y elegimos la más idónea que constituye la base del diseño de la propuesta.

Criterios	Alternativa 1: Realizar jornadas sobre TCA en Zaragoza y contactar con medios de comunicación para su visibilización	Alternativa 2: Charlas y talleres dirigidos a familiares en los colegios e institutos de Zaragoza.	Alternativa 3: Sensibilizar y formar a los profesionales de la sanidad de Zaragoza respecto al TCA.
Impacto sociedad	Alto	Medio	Alto
Impacto colectivo al que va dirigido	Medio	Alto	Bajo
Tiempo	Bajo	Bajo	Alto
Accesibilidad	Medio	Alto	Bajo

La alternativa elegida es la realización de charlas y talleres dirigidos a familiares en los colegios e institutos de Zaragoza. Esta será nuestra propuesta de intervención.

6.3. Formulación del proceso

6.3.1. Objetivos

Generales:

- Conocer, sensibilizar, informar y prevenir sobre TCA a los familiares de adolescentes.

Específicos:

- Proporcionar herramientas para familiares y centros educativos sobre cómo identificar y tratar el TCA.
- Eliminar prejuicios sobre el colectivo.
- Intensificar el vínculo familiar mediante la involucración.
- Tratar de reducir los casos de TCA en adolescentes e incrementar el número de diagnósticos precoces.
- Conocer la perspectiva de los familiares sobre factores de riesgo del TCA que afectan a la población adolescente.

6.3.2. Metodología

Se trata de una **metodología participativa**, ya que se quiere hacer a la población incluyente en el proyecto. Además, será una metodología integradora, donde las personas se comprometan y se sientan protagonistas del proyecto para lograr una mejor satisfacción en la consecución del mismo.

- Método:

Este proyecto va dirigido a prevenir el TCA educando a los familiares y centros educativos para que sean ellos quienes promuevan y eduquen a los adolescentes, ya que son los que más tiempo pasan con ellos. Para su realización se van a llevar a cabo una serie de talleres, charlas, y actividades formativas dirigidas a familiares de jóvenes que estén desde 1º ESO a 4º ESO y al profesorado del centro.

- Proceso:

Los grupos se dividirán según el curso donde se encuentre el familiar. Así, los grupos tendrán un menor número de participantes para que la dinámica del grupo sea más efectiva.

Las sesiones en grupo se desarrollarán durante un día lectivo por la tarde. No obstante, se podrán realizar modificaciones en función de las necesidades demandadas.

- Estrategia:

La intervención se desarrollará de manera grupal, el abordaje de ésta se centra en la realización de actividades para dotar a las familias y centros de conocimientos y herramientas acerca del TCA y cómo tratar con el adolescente en caso de sospecha, con la finalidad de que sepan identificar los factores de riesgo del TCA, y eliminar prejuicios hacia el resto de personas. También, queremos formarles para que sean ellos mismos los que realicen una prevención con su familiar adolescente.

Además, cabe destacar que si aparece, o algún familiar detecta algún indicio o sospecha de algún posible caso de TCA, se proporcionará al familiar o familiares una orientación sobre cómo y dónde acudir.

- Técnica:

- Técnicas de información y asesoramiento.
- Técnicas grupales.
- Técnicas educativas. (Charlas, talleres...)

- Actividad:

Se van a realizar cuatro sesiones (talleres y charlas) sobre el TCA en los centros educativos. Estas actividades serán:

- Sesión 1: El objetivo de esta sesión será dar a conocer el TCA.
 - Actividad: *¿Qué es TCA?*³
- Sesión 2: En esta sesión se conocerán los factores de riesgo que pueden encaminar a un TCA
 - Actividad: *Factores de riesgo*⁴
- Sesión 3: El objetivo será desmentir los mitos que existen alrededor del TCA
 - Actividad: *Mitos*⁵
- Sesión 4: Se darán herramientas sobre cómo deben prevenir el TCA en casa (los familiares) y en el colegio (los profesionales). También, qué hacer cuando ocurre.
 - Actividad: *Cómo prevenir o darse cuenta de un posible caso de TCA*⁶

6.3.3. Temporalización

Las sesiones se realizarán un día a la semana por la tarde durante cuatro semanas. Se realizará un día con cada curso. Es decir, los lunes acudirán los padres y/o madres de primero de la ESO, los martes los de segundo de la ESO, los miércoles los de tercero de la ESO y los jueves los de cuarto de la ESO. Si existiesen problemas de conciliación, como que algún padre o madre no pudiera acudir por trabajo, se le ofrecería información tanto en entrevista privada como por escrito.

6.3.4. Recursos

Los principales recursos que se necesitarán serán los recursos humanos. En este caso, nosotras seremos las encargadas del proyecto y seremos las que lo llevarán a cabo, también la orientadora del centro participará de manera directa y será la encargada de seguir con la formación cuando el proyecto acabe.

³ Esta actividad se encuentra en el Anexo III

⁴ Esta actividad se encuentra en el Anexo IV

⁵ Esta actividad se encuentra en el Anexo V

⁶ Esta actividad se encuentra en el Anexo VI

6.4. Ejecución/ Seguimiento del proyecto

Con el seguimiento del proyecto se quiere conocer el estado en que se encuentra la ejecución y conocer en qué medida se están realizando las actividades. Es decir, si se han alcanzado los resultados y objetivos previstos.

Para ello, se pasará un listado de asistencia y se organizará una reunión semanal con la orientadora del centro para evaluar las sesiones y contrastar la consecución de los objetivos.

6.5. Evaluación

Para la evaluación del proyecto se utilizará un cuestionario final donde los participantes expongan lo aprendido. Además, se pasará una encuesta de satisfacción y se atenderán las acciones correctivas que se consideren oportunas.

Como hemos comentado anteriormente, la orientadora seguirá supervisando a los alumnos y trabajando con los padres que puedan tener algún caso en la familia. Al cabo de un año, esta nos pasará un informe sobre los casos o la prevalencia del TCA del centro.

7. Conclusión

Antes de empezar con la conclusión de este trabajo queremos destacar las dificultades generadas a causa de la crisis sociosanitaria mundial de 2020. La Covid-19 no nos ha permitido realizar una investigación como esperábamos (hacer entrevistas presenciales, conocer de forma directa el funcionamiento de los recursos y realizar una observación no participativa) ya que muchos centros han estado cerrados al público, los hospitales colapsados y la población española confinada en sus casas.

Por eso hemos redirigido nuestra investigación, centrándonos en una revisión bibliográfica y en cuestionarios online. Por un lado, la búsqueda de bibliografía nos ha resultado más complicada de lo esperado ya que la mayor parte de la información encontrada sobre TCA era muy antigua, no hay casi estudios sobre la prevalencia actual de la enfermedad, y con respecto al ámbito geográfico, Zaragoza, la documentación hallada ha sido escasa. Por otro lado, los cuestionarios online han estado dirigidos a familiares de pacientes con TCA y a profesionales. Debido a lo comentado anteriormente sobre la Covid- 19, a través de TCA Aragón el cuestionario de familiares ha sido enviado y difundido permitiendo así que las familias pudiesen contestar; sin embargo, el número de respuestas ha sido bajo. Respecto a los profesionales, se envió el cuestionario a las distintas asociaciones de Aragón (ARBADA,

Prisma, Psicología Clínica Aragón y Fundación APE) y profesionales particulares sin recibir respuesta. Hemos resuelto estas dificultades reorientando el trabajo hacia la realización de un estudio de casos que nos permita una aproximación suficiente a la realidad del TCA en Zaragoza.

De esta manera, hemos podido detectar a través de las encuestas a familiares que el papel de las asociaciones privadas de Zaragoza es muy importante en el tratamiento y que son las que, mayoritariamente, prestan servicios a familiares. Es muy importante que los familiares de los pacientes participen en el proceso de prevención y/o recuperación, además de poder realizar una detección precoz, y que tengan la posibilidad de acceder a recursos para aprender a llevar la situación y disfrutar de un apoyo psicológico de calidad.

Ligado a la falta de recursos públicos para familiares también queremos reflejar que nuestra investigación nos acerca a que el ámbito público es incapaz de abordar todos los casos existentes y, además, su intervención es mayormente paliativa. Esta escasez de medios en la sanidad pública, que mayor parte de pacientes y familiares encuentran en la sanidad privada, nos acerca a que exista una discriminación de una buena atención sanitaria a personas sin recursos o con pocos recursos, haciendo que solo puedan ser tratados aquellos que se lo puedan permitir, invisibilizando el TCA en personas vulnerables.

Gracias a todo este trabajo consideramos que el TCA es una enfermedad mucho más común de lo que piensa la sociedad y no vemos ninguna campaña de sensibilización al respecto. Creemos que la prevención de esta, o de cualquier enfermedad, es muy importante y vital para evitar que la enfermedad se desarrolle. Por eso, hemos desarrollado un proyecto de prevención para el ámbito educativo de Zaragoza e instamos a las autoridades a proponer políticas efectivas para la prevención y la promoción de la salud, no olvidándose de fomentar campañas publicitarias y luchando con anuncios dañinos y perjudiciales.

Por último, destacar que el papel del Trabajador Social en el ámbito sanitario es muy importante, y más en salud mental. Sin embargo, hemos observado mediante la revisión bibliográfica y el análisis de los cuestionarios, que no existe visibilidad en el trabajo que desarrollan estos profesionales en el ámbito del TCA.

Con este trabajo queremos realizar nuestra aportación al cuerpo de conocimiento del Trabajo Social, señalando la necesidad de realizar más estudios que profundicen la investigación en este campo.

8. Bibliografía

- Abad, C & Castellà, L. (2016). *Proyecto de prevención en trastornos de la conducta alimentaria para jóvenes adolescentes*. Trabajo de Fin de Grado. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo: Zaragoza
- Aguinaga, M., Fernández, L., & Varo, J. (2000). *Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización*. Anales Del Sistema Sanitario De Navarra, 23(2), 279-292.
- Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia, (2020). *Los Tratamientos Del TCA*. Recuperado de:
<https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/los-tratamientos-del-tca/>
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia*. [Barcelona]: Planeta.
- Castellero, O. (2019) *Psicología y mente: Los 15 tipos de investigación (y características)*. Recuperado de:
<https://psicologiaymente.com/miscelanea/tipos-de-investigacion>
- Constitución Española. (1978) Congreso de los diputados. Boletín Oficial del Estado.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. (pp.68-81).
- Cremades, P (2018). *Tratamientos jurídico de una enfermedad social. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)*. Actualidad Jurídica Iberoamericana Nº 9, ISSN: 2386-4567, pp. 44-85.
- Fernández, L. (2004). *Anorexia y bulimia*. Madrid: Eneida.
- Garcés, E. (2010). *El Trabajo Social en Salud Mental*. Cuadernos de Trabajo Social, 333-352.
- Gil , M., Candela, J. & Cecilia, M. (2003). *Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I)*. Atención Primaria, 31(3), pp.178-180.
- Grupo Zarima (1999). *Guía Práctica: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria*. Grupo Zarima- Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del

Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Consejo Nacional de la Juventud de Aragón.

- ITA | Especialistas en salud mental, (2019). *En España 400.000 Personas Sufren Un Trastorno De La Conducta Alimentaria*. Recuperado de: <https://itasaludmental.com/noticias/notas-de-prensa/en-espana-400-000-personas-sufren-un-trastorno/88>
- Jauregui, I. (2005). *Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. Trastornos de la Conducta Alimentaria 2. Sevilla. pp: 158-198
- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274, Madrid, España, 14 de noviembre de 2002.
- López, J. & Sallés, N. (2005). *Prevención de la Anorexia y la bulimia*. Valencia: Nau Llibres.
- Martínez-González, M.A y De Irala, J. (2003). *Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?.* Gaceta Sanitaria 17, nº5.
- Mora, F (2017). *Factores psicosociales en la adolescencia y riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral. Madrid.
- Ochoa de Alda, I. (2009). *La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria*. Revista de estudios de juventud, 86, 106-124.
- Orden ECD/2475/2015 por la que se crea el distintivo de calidad de centros docentes Sello Vida Saludable. BOE núm. 281, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Madrid, España, 19 de noviembre de 2015.
- Proposición no de Ley sobre la detección temprana de los trastornos de alimentación en los menores de edad (2017). Comisión de derechos de la Infancia y Adolescencia del Congreso de los Diputados.

- Quesada, S (2014). *El papel del Trabajo Social en el ámbito de los trastornos de la conducta alimentaria*. Trabajo Fin de Grado. Jaén.
- Raich, R (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide: Madrid.
- Tabárez, V. (2017). *Trastornos alimentarios. Qué son, cómo tratarlos y prevenirlos*. Revista Casmu.
- Tomás, E. (2016) *Tipos de investigación. Métodos y Técnicas de Investigación en Trabajo Social. Elaborado por Prof. Eva Tomás*. Facultad Ciencias Sociales y del Trabajo, Universidad de Zaragoza.

9. Anexos

ANEXO I: Entrevista a familiares

Para qué vamos a usar esta información:

Esta información la vamos a utilizar para conocer las necesidades sociales de la población de Zaragoza que está o ha estado involucrada en el TCA. Más específicamente, las necesidades sociales de los familiares de adolescentes y de ellos mismos.

Además, esta información también nos va a ser útil a la hora de analizar el contexto (recursos, ámbito y actores).

Objetivos:

A- Conocer las necesidades sociales de adolescentes de Zgz con TCA y de sus familias

A1- Conocer el proceso una vez detectado el TCA

A2- Conocer si las familias saben los pasos a seguir, donde acudir, etc.

A3- Conocer las necesidades y la demanda

B- Analizar el contexto del TCA en Zgz: Recursos, ámbito, actores.

B1- Conocer si existe prevención para el TCA

B2- Conocer si existen suficientes recursos tanto para pacientes como para familiares

B3- Distinguir entre recursos privados y recursos públicos

Hipótesis:

- Las familias no están informadas antes del diagnóstico y no conocen los recursos existentes ni los pasos a seguir.
- Las familias no conocen el proceso de la enfermedad ni los profesionales que lo llevan a cabo.
- No existe una prevención eficaz para disminuir los riesgos de padecer TCA en la adolescencia.

Explicación del cuestionario:

El cuestionario va a estar dividido en tres secciones:

- La primera sección va dirigida a conocer la situación antes del diagnóstico; es decir, si existe prevención
- La segunda sección trata de averiguar qué pasos siguen los familiares que sospechan que su familiar adolescente tiene TCA y si conocen qué tienen que hacer o donde acudir.
- La tercera sección va destinada a conocer el proceso una vez diagnosticado el TCA, los recursos existentes y los profesionales que intervienen.

CUESTIONARIO

Hola, somos Andrea y María. Somos estudiantes de 4º de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza.

Estamos llevando a cabo en nuestro Trabajo de Fin de Grado una investigación sobre la realidad social del Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en Zaragoza, tanto de pacientes como de sus familiares.

Teníamos previsto realizar entrevistas, sin embargo, dada la situación actual, nos vemos obligadas a adaptar nuestra estrategia. Por eso, hemos creado este breve cuestionario para que nos conteste según su experiencia con el TCA, de la forma más honesta posible.

Es un cuestionario muy corto. Queremos decir también, garantizamos su anonimato y el uso restringido a los fines exclusivamente académicos de los datos.

Muchas gracias por participar y cualquier duda puede ponerse en contacto enviando un correo a: mariajicle@hotmail.com

SECCIÓN 1: PREVENCIÓN

-¿Usted conocía que era el TCA antes de que se lo diagnosticaran a su familiar?

- Sí
- No

-Si la respuesta anterior es sí, usted como familiar, ¿dónde recibió información?

- En colegio/instituto
- En el médico
- En otros (señale donde):

-Su familiar adolescente había recibido alguna charla, taller o información individualizada sobre el TCA en el colegio?

- Sí
- No
- Ns/Nc

-¿Cree que es posible hacer prevención de esta enfermedad?

- Sí
- No

-Si la anterior respuesta es afirmativa, ¿quién cree que tendría un papel importante ofrecer esta prevención?

- Colegio/instituto
- Médico
- ¿Cuáles?

SECCIÓN 2: PREVIO AL DIAGNÓSTICO

-¿Usted notó comportamientos diferentes en su familiar?

- Sí
- No

-Si la respuesta anterior es afirmativa, cuando usted comenzó a observar comportamientos diferentes en el familiar, ¿lo asoció al TCA?

- Sí
- No
- Otro...

-Cuando se enteró que su familiar podía tener algún problema que le impidiese llevar un ritmo de vida adecuado para su edad, ¿dónde acudió?

-¿Cómo se enteró usted de que su familiar podía padecer TCA?

- Por el colegio
- Por el médico
- Por si mismo
- Por amigos del familiar
- Otro:

SECCIÓN 3: DIAGNÓSTICO Y PROCESO

-Una vez recibido el diagnóstico, ¿han visto cubiertas sus necesidades?

-¿Qué profesionales han intervenido en el proceso de tratamiento del TCA de su familiar?

-¿Su familiar ha estado ingresado a causa del TCA?

- Sí, una vez
- Sí, más de una vez
- No

-¿Conoce algún recurso para ayudar a los familiares durante el tratamiento?

- Sí
- No

-En todo el tratamiento del TCA, ¿usted, como familiar, ha utilizado recursos para familiares?

- Sí
- No

-Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Quién le ha ofrecido esos recursos?

-Con respecto a la pregunta anterior, ¿qué tipo de recursos han sido (grupos de apoyo, apoyo psicológico, etc)?

-¿Cree que se le da importancia al papel de los familiares durante el proceso de tratamiento?

- Sí, la suficiente importancia
- Sí, pero se les debería dar más importancia
- No, tampoco creo que sea necesario
- No, pero se les debería dar importancia

-Si estuvo hospitalizado, ¿existe seguimiento por parte de los profesionales una vez dado/a de alta?

- Sí
- No

-Si no estuvo hospitalizado, ¿cuál fue el seguimiento por parte de los profesionales que le trataron?

-¿Dónde ha encontrado más apoyo y recursos?

- Asociaciones privadas
- Sector público

ANEXO II: Entrevista a profesionales

Hola,

somos Andrea Marín y María Jiménez, alumnas de cuarto curso del Grado de Trabajo Social, en la Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo, de la Universidad de Zaragoza.

Estamos realizando como Trabajo de Final de Grado (TFG) un estudio sobre la realidad social de las personas con algún tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA) en Zaragoza, tanto de pacientes como de sus familiares.

Estaba previsto realizar entrevistas, sin embargo, debido a las circunstancias actuales de confinamiento, nos vemos obligadas a adaptar nuestra estrategia. Hemos transformado la entrevista en un breve cuestionario para rellenar de forma telemática, y sólo le llevará unos pocos minutos.

Su participación es muy valiosa para poder realizar este trabajo. Agradecemos de antemano su disposición y garantizamos su anonimato y el uso restringido a los fines exclusivamente académicos de los datos recogidos con el cuestionario que encontrará en el enlace.

Para cualquier consulta o verificación respecto a este trabajo, nuestro supervisor del TFG en la Facultad es el profesor asociado Dr. Esteban Jesús Vaquerizo García (estebanjaquerizo@unizar.es).

Agradecemos mucho el tiempo que nos dedica para esta investigación y en ayudarnos a completar los objetivos de la mejor forma posible.

Un cordial saludo

Andrea Marín y María Jiménez

Tenemos interés en conocer el contexto del TCA en Zaragoza. Hemos encontrado pocas referencias en la revisión bibliográfica que hemos realizado y, con nuestras vivencias, pensamos que en Zaragoza existe un gran desconocimiento de la enfermedad y que no hay suficiente prevención. Nos resultará de gran ayuda su conocimiento del TCA en Zaragoza. Muchas gracias.

Antes de empezar, nos gustaría conocer cuál es su profesión (médico/a, psicólogo/a, trabajador/a social...) y en qué sector trabaja (público o privado).

Gracias por contestar a los siguientes apartados que hemos destacado del TCA en Zaragoza

- Necesidades sociales de los adolescentes:
- Recursos existentes para familiares en Zaragoza (privados, públicos, ambos):
- Perfiles profesionales que atienden TCA:
- Recursos para su prevención en Zaragoza:
- Beneficios y funciones de su profesión al trabajar con TCA:
- Observaciones:

ANEXO III: Sesión 1

Nombre de sesión: <i>¿Qué es TCA?</i>	
Fecha: xx/xx/xxxx	Lugar: Aula del colegio/ instituto
Duración: 2 horas	Materiales: Sillas, mesas, proyector, pantalla, pizarra, tizas, folios y bolígrafos
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información sobre qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria - Visibilizar y normalizar la enfermedad 	
Desarrollo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación: Al comienzo se hará una breve presentación de quienes somos y qué vamos a trabajar durante todo el mes. 2. Dinámica de presentación: Una vez que nos hayamos presentado nosotras haremos una dinámica de presentación para que todos los familiares se conozcan y se rompa el hielo. Es un tema delicado y cuanto más agradable y cómodo sea el ambiente en las sesiones, serán más efectivas. 3. Parte principal: En este momento se empezará con la exposición. En esta primera sesión trataremos de explicar con claridad qué son los TCA, su prevalencia, cómo afecta a nuestros hijos/as y la comorbilidad que pueden llevar asociada los TCA. Además, se dejará un espacio para dudas, preguntas o sugerencias. <p>*Se realizará un descanso a la mitad de la sesión de 10 minutos</p>	Duración: 5-10 minutos 30 minutos 1.15 minutos

ANEXO V: Sesión 3

Nombre de sesión: <i>Mitos</i>	
Fecha: xx/xx/xxxx	Lugar: Aula del colegio/ instituto
Duración: 2 horas	Materiales: Sillas, mesas, proyector, pantalla, pizarra, tizas, folios y bolígrafos
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Conocer los prejuicios o estereotipos respecto al TCA- Conocer la percepción de los familiares respecto al TCA- Proporcionar información verídica sobre los mitos que existen del TCA	
Desarrollo: <ol style="list-style-type: none">1. Se hará un breve repaso a lo aprendido en las sesiones anteriores y se explicará el tema de trabajo de hoy.2. Parte principal: La sesión de hoy va dirigida a desmontar los mitos que existen con respecto al TCA. En la pizarra se expondrán una serie de afirmaciones sobre el tema y los participantes expondrán si es verdadera o falsa y justificarán su respuesta. Posteriormente, nosotras desmentiremos o verificaremos dichos mitos con información contrastada. Además, se dejará un espacio para dudas, preguntas o sugerencias. <p>*Se realizará un descanso de 15 minutos a mitad de la sesión</p>	Duración: 20 minutos 1.40 minutos

ANEXO VI: Sesión 4

Nombre de sesión: <i>Cómo prevenir o darse cuenta de un posible caso de TCA</i>	
Fecha: xx/xx/xxxx	Lugar: Aula del colegio/ instituto
Duración: 2 horas	Materiales: Sillas, mesas, proyector, pantalla, pizarra, tizas, folios y bolígrafos
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar estrategias que usar ante una sospecha o preocupación de su hijo/a. - Proporcionar herramientas sobre cómo prevenir, identificar y tratar el TCA. - Proporcionar información sobre los recursos existentes en Zaragoza, tanto públicos como privados. 	
Desarrollo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se hará un breve repaso a lo aprendido en las sesiones anteriores y se explicará el tema de trabajo de hoy. 2. Parte principal: En esta sesión daremos unas pautas generales sobre qué hacer y qué no hacer para prevenir el TCA en casa y en la escuela. También explicaremos los pasos a seguir si se tiene alguna sospecha de la enfermedad y proporcionaremos un listado a cada familiar y profesor sobre los recursos públicos y privados que existen en Zaragoza. Además, se dejará un espacio para dudas, preguntas o sugerencias. 3. Al finalizar la sesión se entregará un cuestionario para evaluar los contenidos aprendidos y poder contrastar si parte de los objetivos de nuestro proyecto se han cumplido. También, se entregará una encuesta de satisfacción, valorando la teoría impartida, los materiales usados y a las profesionales. <p>*Se realizará un descanso de 10 minutos a mitad de la sesión</p>	Duración: 25 minutos 1hora 15 minutos