



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN
ADOLSCENTES Y PREADOLESCENTES RELACIONADO
CON DEPORTES DE RIESGO Y NO RIESGO**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
EN EDUCACIÓN PRIMARIA.
MENCIÓN EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

AUTORA: Cynthia Santamarta Requejo

En Valladolid , Junio-Julio de 2021

ÍNDICE

1. RESUMEN/ ABSTRACT	2
2. OBJETIVOS	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. DESARROLLO HISTÓRICO	5
5. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO	8
5.1- Clasificación.....	8
5.2- Síntomas.....	9
5.3- Criterios diagnósticos	10
5.4-Modelos principales y comorbilidad	16
6. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	21
7. CURSO DEL DESARROLLO	21
8. FACTORES ETIOLÓGICOS.....	22
9. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	24
9.1- Instrumentos de evaluación.....	26
10. PRONÓSTICO	29
11. TRATAMIENTO.....	30
11.1- Tipos de tratamiento	31
12. DESCRIPCIÓN CASOS TÍPICOS.....	36
12.1- Factores de riesgo en el ámbito deportivo ante los TCA.....	38
13. CASO REAL.....	40
14. FORMULARIOS.....	42
15. COMPARACIÓN DE RESULTADOS.....	47
16. CONCLUSIONES	72
17. ANEXOS.....	74
18. BIBLIOGRAFÍA	76

1- RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria son hoy en día una de las patologías más comunes entre preadolescentes y adolescentes, infravalorada por la sociedad quien mira hacia otro lado ante ella dejando así que el crecimiento de casos aumente en grandes cantidades en cortos periodos de tiempo.

Encontramos ante este problema diferentes factores de riesgo que fomentarán el desarrollo de estas y más hoy en día tras la actual pandemia mundial del Covid-19 que ha colaborado en que estos casos se disparen o los ya diagnosticados se agraven.

Uno de estos factores será la realización de deporte, ya que, en ocasiones, se pierde el concepto de una actividad física controlada y regular con efectos beneficiosos para la salud, y se lleva a cabo de manera obsesiva sin tener en cuenta los efectos saludables, la diversión o la forma de competición que nos lleva a trastornos como los TCA. En éste ámbito este tipo de trastornos han incrementado en los últimos años considerablemente y es por ello como surge el interés de este trabajo con el fin de conocer e investigar esta línea.

Por lo tanto este trabajo está basado en la recopilación de datos que necesitamos conocer sobre los TCA de forma genérica centrándome más adelante en los casos más comunes que serán la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. A partir de esto he realizado una investigación sobre los datos de estos trastornos en los deportes calificados como de riesgo y no riesgo.

Por último, he seleccionado distintas instituciones deportivas teniendo en cuenta: edades, nivel de competición, deportes de riesgo y no riesgo y ciudades, y he llevado a cabo una encuesta a través de ítems de varios tests y escalas estandarizadas de estos trastornos, aplicándolas al terreno deportivo y he hecho una comparativa de los resultados atendiendo a aspectos como: autoestima/autoconcepto, síntomas, clima familias, influencias interpersonales, imagen corporal y conocimiento nutricional.

ABSTRACT

Eating disorders are today one of the most common pathologies among preteens and teens, undervalued by the society that looks to the other way, thus allowing the growth of cases to increase in large quantities in short periods of time. We find before this problem different risk factors that will promote the development of these and more today after the current global pandemic of the Covid-19 that has collaborated in these cases are shot or those already diagnosed worsen.

One of these factors will be the performance of sport, since, sometimes, the concept of a controlled and regular physical activity with beneficial health effects is lost, and is carried out obsessively without taking into account the health effects, , fun or the form of competition that leads to disorders like TCA. In this area, this type of disorder has increased considerably in recent years and is why the interest of this work arises in order to know and investigate this line.

Therefore this work is based on the collection of data that we need to know about TCA in a generic way focusing later on the most common cases that will be Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. From this I have conducted research on the data of these disorders in sports classified as risk and not risk.

Finally, I have selected different sports institutions taking into account: ages, level of competition, risk and non-risk sports and cities

2- OBJETIVOS

- El primer objetivo será ampliar conocimientos sobre este tipo de trastornos en la actualidad.
- El segundo objetivo del trabajo será elaborar un instrumento de evaluación en el que pueda recoger distintos aspectos a tener en cuenta en los TCA y así detectar de una forma específica posibles casos en la muestra.
- El tercero se trata de comparar los resultados obtenidos teniendo en cuenta: edad, nivel de competición, deporte de riesgo y no riesgo y localización.
- El cuarto, tras esta comparación será detectar, atendiendo a los criterios citados, en qué casos existe mayor riesgo del desarrollo de una TCA.

3- INTRODUCCIÓN

Nos referimos a Trastorno de la Conducta o del Comportamiento Alimentario cuando hablamos de un grupo de trastornos caracterizados por distintas alteraciones fundamentalmente psicológicas aunque también en la conducta en relación con la comida y el peso.

Vásquez y cols lo definen como “grupo de síndromes cuyos rasgos psicopatológicos son la exagerada preocupación por el peso, la figura corporal y la convicción de que la autovaloración está fuertemente determinada por la apariencia física” (Vásquez R, Ángel LA, Morena N, García J, Calvo JM. Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. Actual Pediatr. 1998;8(1):7–14).

Otros autores como *Bernes y cols* confirman que *“se caracterizan por grandes alteraciones en la percepción de la imagen corporal, el peso, disturbios graves del comportamiento alimentario y sentimientos de baja autoestima” (Berner E, Piñero J, Valente S. Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. Arch.argent.pediatr. 2004)*

Nosotros atenderemos la descripción de este tipo de trastornos a partir del *DSM-IV-TR* y *DSM-V* para el desarrollo del trabajo, ya que será en estos donde estarán actualizadas las clasificaciones que debemos tener en cuenta hoy en día en este tipo de trastornos.

4- DESARROLLO HISTÓRICO

Desde la **Edad Media** y relacionado con actos ascéticos en el cristianismo tratamos el ayuno debido a la renuncia sexual. Durante el siglo V se volvió algo general la abstinencia alimentaria entre los cristianos al hacer secundario el cuerpo humano y la sexualidad y priorizando a su vez la voluntad y el espíritu.

Esto se prolongó hasta el siglo XVI surgiendo la incapacidad de tomar algún tipo de alimento que no fuera la hostia eucarística, llamándose a esto según *Bell*: “Anorexia Santa”.

Durante este periodo las llamadas “Santas anorexias” fueron castigadas por la Iglesia Católica como brujas siendo éstas juzgadas a la muerte en la estaca, ya que decían “La semejanza entre la auténtica religiosa y la poseída por el demonio era difícil de establecer, en primer lugar, porque ambas acreditaban poderes sobrenaturales y, sobre todo, compartían un lugar común: vivir casi sin alimentarse (...)”. Por lo tanto cinco años después cualquier persona que se rindiera ante el alimento sería pecadora traicionando así a Dios.

Durante los años (1347-1380) en **Época Medieval** surgió un popular caso de “*Anorexia Santa*” en Siena, Italia, que describió el autor *Toro (1999, pp. 16-27)*, relaciona la enfermedad con la vocación religiosa.

El caso de **Santa Catalina Benincasa**, según *Bell (1985)* y constatado por *Bynum (1987)*, siendo este último quien une el ayuno con la Eucaristía, nos dice que la niña con tan solo cinco años tuvo su primera aparición divina y se convirtió así en una virtuosa rindiéndose ante el alimento, sinónimo de pecado, traición de Dios. Su hermana era el ejemplo que debía seguir, ya que ayunaba a cambio de los malos comportamientos de su marido. Por lo tanto, Catalina únicamente ingería pan, verduras y agua, incluso llegando a vomitar cuando se obligaba a comer.

Ya en el **Siglo XVII (1586-1617)** nos encontramos con el caso de **Santa Rosa de Lima**, quien desde los once años comenzó con un ayuno de tres días, aumentando éste con el paso del tiempo alimentándose exclusivamente de pan y agua, ya que dedicaba su vida a la oración.

En el caso de **Elisabeth de Austria-Hungría, también conocida como “Sissi”** en el **Siglo XIX (1837-1898)**, nos encontramos con una obsesión por el deporte, implantando un gimnasio en su hogar, a la vez que una fijación con la figura de mujeres hermosas, hasta el punto de reducir su dieta a carne y frutas: *“Reduje aún más mis frugales comidas alimentándome sólo de jugo de carne y frutas, pues estaba a punto de sobrepasar los cincuenta kilogramos de peso, límite fatídico para mí”* (Elisabeth de Austria-Hungría. *Álbum privado*. Barcelona: Planeta; 1997).

En esta época, concretamente en 1873, **William Gull** crea el término **“Apepsia histérica”** al tratar a un paciente por pérdida de apetito debido a trastornos mentales y hereditarios para referirse a lo que después sería la **“Anorexia nerviosa”**, algo que el autor **Morton** ya en 1694 contemplaba como **“Consunción nerviosa”**. En los años 1816-1820, el autor **Charke Laségue** describirá este tipo de anorexia como una histeria. **Gull y Laségue** determinaron esto como una enfermedad que se producía generalmente en mujeres y su característica principal era la ausencia de apetito.

Un siglo después, en el año **1909**, **Simone Weil** contempla el acto de ayunar como una prueba de los límites de la vida y la muerte que debe afrontar, según ella decía: *“El ayuno constituye un conocimiento experimental del carácter irreductible de los alimentos y de la realidad del universo sensible”* (Murray M. Simone Weil: *Last things*. En: White G (ed.). *Simone Weil: Interpretations of a life*. Amherst: The University of Massachusetts Press; 1981; pp. 57-61.). Será aquí **Corrington** el que insinuará una nueva “postura anoréxica” basada en una protesta de Simone Weil hacia la “comestibilidad” de la mujer de forma simbólica. Weil enfermó en 1943 de tuberculosis debiendo concebir reposo y buena alimentación, pero su mente tenía más fortaleza que su cuerpo negándose a esto último y falleciendo pronto.

Ya entrados en el siglo actual (**1937-**) encontramos el caso de **Margaret C.** miembro de la Iglesia del Pacto, quien es diagnosticada de AN desde los 16 años pero defiende esta enfermedad como una construcción de su identidad. Margaret en la actualidad cumple todos los criterios que marca el **DSM-IV**, admitiendo que únicamente ingiere alimentos en la oscuridad y sola ya que: *“La oscuridad es Satán y la luz es Jesús”*, además de que los alimentos están en estado de putrefacción: *“La comida de ricos es de los no cristianos”*, afirmando que la relación entre el cuerpo y los alimentos es semejante al bien y el mal: *“No hay gordos en el cielo. Es un lugar donde los cuerpos flotan livianos”*.

Durante este siglo habrá muchos otros autores que intentarán difundir otras teorías que expliquen esta enfermedad, algunos de los más importantes fueron:

- **Charcot** , quien lo relaciona como un caso de histeria.
- **Freud** lo une con su teoría del psicoanálisis defendiendo que se produce una vuelta a la infancia en la que la mujer rechaza su propia tendencia.
- **Janet** dice que el origen está en el miedo a la obesidad creándose así una obsesión con el físico.
- **López Ibor** saca a la luz **la teoría de la anorexia** como una depresión, basada en **Lafora (1927)** quien narra la anorexia al miedo a engordar.
- **García Rodríguez (1993, p. 8)**, basa la anorexia en una enfermedad psicósomática fundamentada en **tres pilares**:
 - Dos psicológicos: Miedo a la obesidad y exaltación de la delgadez.
 - Uno somático: Problemáticas en los órganos que intervienen en el proceso de ingestión.

Por último, será de gran reconocimiento el autor Hilde Bruch, quien, en los últimos 40 años, nos habla de la Anorexia nerviosa tratándola como un Trastorno de la imagen corporal, una problemática en la visión de los estímulos corporales y una sensación de inoperatividad del individuo.

Tras este recorrido, todos los autores coincidirán en que la enfermedad tiene un origen psíquico en el que influyen factores somáticos y sociales como consecuencia de esta confusa imagen del cuerpo.

5- CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO

5.1- CLASIFICACIÓN:

Tras las II Guerra Mundial (1980) aparece, a partir de los estudios de *Rusell (1979)* y *Bruch (1973)*, la llamada “Anorexia Nerviosa” en la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III, APA 1980)*, contando la bulimia como un subtipo.

En el **DSM-III-TR (1987)**, la bulimia pasa a tener un origen psicológico, llamándose ahora “Bulimia nerviosa”, propuesta por el autor *Rusell (1979)* como criterio diagnóstico.

En **1994** con el **DSM-IV** surgen grandes cambios dividiéndose en dos los TCA: un grupo será considerado para la infancia y otros para el inicio de la adolescencia. Estos últimos a su vez serán divididos en Trastornos de la conducta alimentaria específicos, TCAE, (anorexia y bulimia nerviosa) y no específicos o también denominados TCANE, los cuales incluyen cuadros subclínicos y el llamado “*trastorno por atracón*”.

En la siguiente revisión, hablando ya del **DSM-IV-TR (2000)**, no existen cambios, pero volverán a producirse en **2013** con el **DSM-V**, siendo estos los siguientes (*Figura 1*):

- Serán eliminados los conceptos de: Trastornos de la infancia y de la adolescencia denominándose ahora: “*trastornos de pica, rumiación y de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez*”, además de continuar aquí: *la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno de atracones*.
- Cambia a su vez la definición dada sobre TCA incluyendo, además de las alteraciones en el comportamiento, la ingestión de los alimentos teniendo en cuenta grandes daños y ampliando el posible diagnóstico a cualquier edad. Siendo la definición en el DSM-V: “*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*”
- Debido a esto, se realizarán cambios en los llamados *trastornos de la conducta alimentaria no especificados*, llamándolos ahora “*trastorno de la conducta alimentaria o ingesta de alimentos especificado*”, al indicarse concretamente el criterio específico que falta para que se alcance el cuadro clínico en su totalidad.

Por otro lado se creará la categoría de “*Trastorno de la conducta alimentaria o ingesta de alimentos no especificado*”.

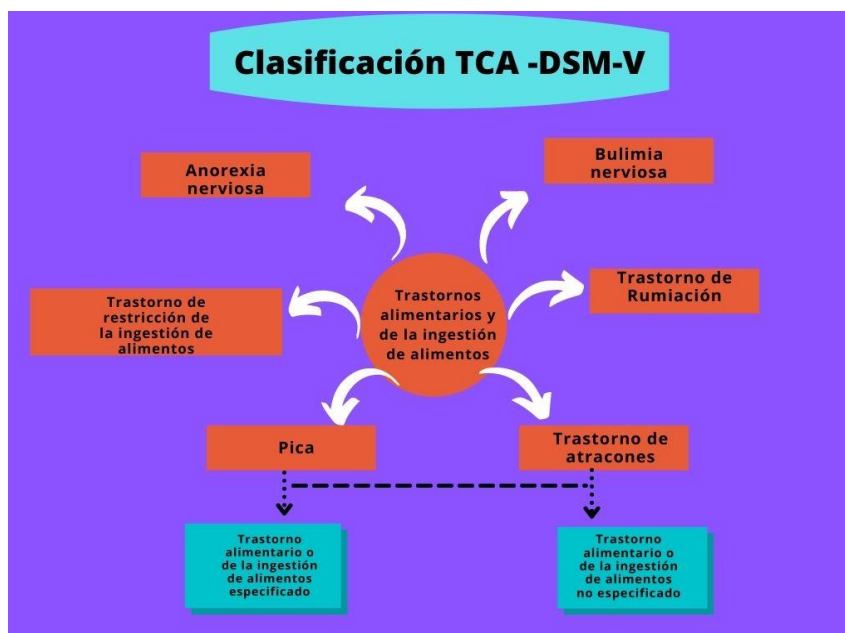


Figura 1: Clasificación de los Trastornos de la conducta alimentaria según el DSM-V.

5.2- SÍNTOMAS

De forma general podemos unir los criterios en las tres fases: detección, derivación y tratamiento mejorando la atención en los TCA. Vamos a reflejar aquí los **síntomas** que deben darse en cada una de las fases (Figura 2):

<p style="text-align: center;">SÍNTOMAS DETECCIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delimitación alimenticia sin control médico • Adelgazar • Alteraciones en hábitos alimenticios • Signos de malnutrición • Autoprovocación de vómitos • Uso de laxantes • Ejercicio extremo • Intranquilidad excesiva por la gordura • Irritabilidad, inestabilidad emocional 	<p style="text-align: center;">CRITERIOS INGRESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso grave: IMC <15 en mayores de 14 años, pérdida de peso <20-25% • Alteraciones hidroelectrolíticas: hipokaliemia < 3 mEq/L, hiponatremia < 125 mEq/L • Alteraciones hemodinámicas graves: bradicardia < 40 p.m., arritmias • Descontrol en la toma de laxantes o diuréticos • Descontrol en los atracones o vomitos • Problemáticas familiares graves, desorden en el comportamiento, gran conflictividad • Comorbilidad psiquiátrica grave: depresión, pensamientos suicidas, tóxicos, personalidad... • Fracaso continuo en el tratamiento específico
<p style="text-align: center;">SÍNTOMAS DERIVACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso con I.M.C.<16 Kg/m • Pérdida de más de 1 kg por semana • Comorbilidad psiquiátrica: ansiedad, depresión, obsesión o disritmia ventricular • Bajos niveles de: potasio, magnesio o fósforo • Deficiencia en albúmina (proteína animal) • Temperatura corporal inferior a 36° • Azotemia: Acumulación de desechos nitrogenados • Tratamiento médico durante 3 meses sin resultados positivos. 	

Figura 2: Síntomas TCA en las diferentes fases: detección derivación e ingreso.

Podemos comprobar así como para el diagnóstico de un TCA es recomendable que el sujeto tenga una edad mínima de 2 años para refutar la opción de que se lleve cosas a la boca como un hábito. Además debemos tener en cuenta que en los adultos se produce de una forma más frecuente en personas con discapacidad intelectual u otros trastornos psicológicos.

5.3- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

De una forma más concreta podemos ver los diferentes **criterios diagnósticos** que se deben cumplir **para cada trastorno** que forman los TCA según el DSM-V.

I. PICA (*Figura 3*)

En este caso se realizará un diagnóstico diferenciado teniendo en cuenta únicamente el factor de poseer un trastorno mental. Será, por lo tanto, el único trastorno que se diagnostica cuando existe ya un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Según *DSM-V* este trastorno sigue sin conocerse profundamente, por lo tanto la prevalencia no es precisa.

Es importante que se cumplan todos los criterios, además de especificar que no se han dado de forma continuada.

PICA - DSM-V (2014)

- A.** Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes
- B.** La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo
- C.** El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa
- D.** . Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

La **codificación** utilizada en PICA según el CIE-10 será:

- *F98.3 en niños*
- *F50.8 en adultos*

Figura 3: Criterios Diagnósticos de Pica según el DSM-V (2014)

II. TRASTORNO DE RUMIACIÓN_(Figura 4)

Según *Delaney et al. (2015)* serán los trastornos PICA y de rumiación dos tipos poco detectados por su poca exactitud de entendimiento al estar incompletos, teniendo por ejemplo problemas en la temporalización al ser de mínimo un mes cumpliendo los criterios diagnósticos, pero en los adultos no parece un tiempo suficiente.

Este segundo caso será según el DSM-V (2013) diagnosticable en todas las edades siendo más frecuente en las personas que presentan discapacidad intelectual, como con PICA.

Debemos tener en cuenta que existen también vómitos en el caso de la Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa, será en el Trastorno de Rumiación en el que por lo contrario a estos trastornos: No existe el miedo a engordar ni el caso se valora por su aspecto físico.

TRASTORNO DE RUMIACIÓN - DSM-V (2014)

- A.** Regurgitación repetida de alimentos durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- B.** La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p.ej., reflujo esofágico, estenosis pilórica).
- C.** El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
- D.** Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Figura 4: Criterios Diagnósticos del Trastorno de Rumiación según el DSM-V (2014)

III. TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS_(Figura 5)

Como su nombre indica la principal característica de este trastorno será la evitación de la ingesta de alimentos, siendo este el criterio A con cinco características de las cuales debe cumplir una.

Se debe valorar aquí que la falta de alimentación no sea por poca disposición de alimentos, algunas prácticas culturales o el comportamiento típico del desarrollo del ser humano.

Se diferencia de la Anorexia nerviosa ya que no se contempla el temor a engordar, es decir no se trata como un problema mental, además de lo que se contempla en el criterio C.

TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS- DSM-V (2014)

- A.** Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p.ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y /o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
- 1.** Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)
 - 2.** Deficiencia nutritiva significativa
 - 3.** Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p.ej., reflujo esofágico, estenosis pilórica).
 - 4.** Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial
- B.** El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C.** El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D.** El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica recurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Figura 5: Criterios Diagnósticos del Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta Alimentos según el DSM-V (2014)

IV. ANOREXIA NERVIOSA_(Figura 6)

Es el caso que más ha variado en cuanto criterios de DSM-IV a DSM-V, siendo más específico e incluso quitando criterios, como el criterio D. basado en la ausencia de la menstruación o amenorrea.

Respecto a estos nuevos criterios es necesario especificar que no se cumpla el criterio A durante un tiempo continuo pero se siga cumpliendo el B o el C, hablando así de una “*remisión parcial*”, o por otro lado que no haya cumplido ninguno en un tiempo continuado siendo así la “*remisión total*”.

Además se debe indicar la **gravedad** en la que se encuentra a partir del índice de masa corporal (IMC) a partir de unos límites que serán marcados por la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* para los adultos que serán los siguientes:

- **Leve:** $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- **Moderado:** $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$
- **Grave:** $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$
- **Extremo:** IMC

Será importante a su vez indicar el **subtipo** de Anorexia Nerviosa del que se trata:

- **Tipo restrictivo:** Caso que no haya tenido episodios de atracones o vómitos, laxantes, durante los últimos 3 meses.
- **Tipo con atracones/purgas:** Caso que recurra a atracones o vómitos/laxantes en los últimos 3 meses.

ANOREXIA NERVIOSA- DSM-V (2014)

- A.** Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños ~ y adolescentes, inferior al mínimo esperado. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- B.** Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C.** Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

La **codificación** utilizada en la **Anorexia nerviosa** según el CIE-10 será según los subtipos:

- *F50.01: Tipo restrictivo*
- *F50.02: Tipo con atracones/purgas*

Figura 6: Criterios Diagnósticos de la Anorexia Nerviosa según el DSM-V (2014)

V. BULIMIA NERVIOSA (Figura 7)

En la BN debemos concretar el estado de gravedad del paciente a partir de los llamados “comportamientos o conductas compensatorios” según Grilo, Ivezá y White (2015):

- **La gravedad mínima** se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.
- **Leve:** un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Moderado:** un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Grave:** un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- **Extremo:** un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

BULIMIA NERVIOSA- DSM-V (2014)
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <p>1.- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.</p> <p>2.- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere.</p> <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorio inapropiadas se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>

Figura 7: Criterios Diagnósticos de la Bulimia Nerviosa según el DSM-V (2014)

VI. TRASTORNO DE ATRACONES_(Figura 8)

De nuevo será importante especificar la gravedad del sujeto en este trastorno a partir de unos criterios que medirán la frecuencia con la que se producen los atracones:

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

TRASTORNO DE ATRACONES- DSM-V (2014)
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingestión, en periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían un periodo similar en circunstancias parecidas2. Sensación de pérdida de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej. sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere lo la cantidad de lo que se ingiere) <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Comer mucho más rápidamente de lo normal2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p> <p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.</p>

Figura 8: Criterios Diagnósticos del Trastorno de Atracones según el DSM-V (2014)

Por lo tanto por esto podemos hablar de un **conjunto de características** asociadas a los TCA según APA (2013) (American Psychological Association), las cuales son:

- Preocupación por la imagen corporal, la talla, el peso y la forma.
- Alteración de los hábitos alimentarios o en el control del peso.

Esto a su vez causará por consecuencia un deterioro significativo en la salud física y en la función psicosocial.

MODELOS PRINCIPALES Y COMORBILIDAD

1) MODELO BIOMÉDICO

Este modelo ha sido explicado bajo la perspectiva de diferentes autores con distintas perspectivas. Entre ellos encontramos:

- **Blundel (1984)**, asocia la **serotonina** con el **hambre** afirmando que el exceso de ésta es la que nos sacia, por lo tanto una intemperancia de la misma nos llevaría a una anorexia.
- **Pinel (2001)**, quien defiende que es la **comida la que produce el hambre**. Explica que podría darse una anticipación de lo que se va a ingerir y sus consecuencias produciendo así una TCA.
- **Halgin y Krauss (2004)** se centran en una **alteración endocrina** que afecta específicamente al *eje-hipotálamo-hipofisario-gonadal*, algo ya refutado a día de hoy.
- **Kortegaard (2001)** se basa en la **heredabilidad** hablando de unos índices de entre 0.48-0.61, defendiendo que el factor genético dispone de la mitad de los casos TCA.

2) MODELOS PSICOANALÍTICOS: a nivel psicológico serán realizadas por:

- **Pierre Janet (1859-1947)** que presentaba la anorexia como una crisis basada en la histeria o melancolía.
- Tras **Janet** será **Sigmund Freud (1856-1939)** quien basa la Anorexia nerviosa en la “*Regresión psicosexual*”, es decir el rechazo a la sexualidad por no ser capaz de afrontar su madurez sexual. Respecto a la Bulimia nerviosa explica que el caso no será capaz de afrontar el apetito o atracón con el acto sexual.
- **Bruch (1975)** defiende el “*Conflicto del Yo y ansiedad reprimida*” en el caso de la Anorexia nerviosa se basa en una falta del propio sentido de la persona y del funcionamiento autosuficiente desde pequeño. Cuando se habla de la Bulimia nerviosa es el autor **French (1999)** quien lo achaca al “*Conflicto del yo con el ello*”, es decir problemas con la *sobreidentificación* con los valores femeninos clásicos generando frustración y culpabilidad.

3) “MODELO DE LA PERSONALIDAD PREMÓRBIDA”, basado en aspecto de la personalidad:

- El conjunto de **factores sociales y biológicos** unidos con las **particularidades** concretas de cada persona pueden ser detonante de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- Algunos de estos **factores** son:

Perfeccionismo	Dependencia	Escrupulosidad
Inseguridad	Obsesivos-compulsivos	

- En el caso contrario un Trastorno de Personalidad no tiene por qué tener problemas alimentarios.

4) MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Está basado en la relevancia de los **pensamientos**, las **conductas** y **habilidades** en relación con la alimentación y la imagen corporal, que podrían atrapar al sujeto en una conducta restrictiva por pensamientos equivocados.

- Los autores Fairburn (1995) y Matto (1997) defienden que serán esas distorsiones y las ideas disparatadas los factores que mantienen conductas de riesgo en casos TCA.
- Toro y Vilardell (1987) concretan que los pensamientos no tienen por qué ser patológicos pero pueden convertirse en ello cuando incrementan y presentan una ansiedad.
- Garner y Bermis (1982) exponen el “*esquema de distorsiones cognitivas*” como procedencia de un TCA. Parten de varias dimensiones: (*Figura 9*)

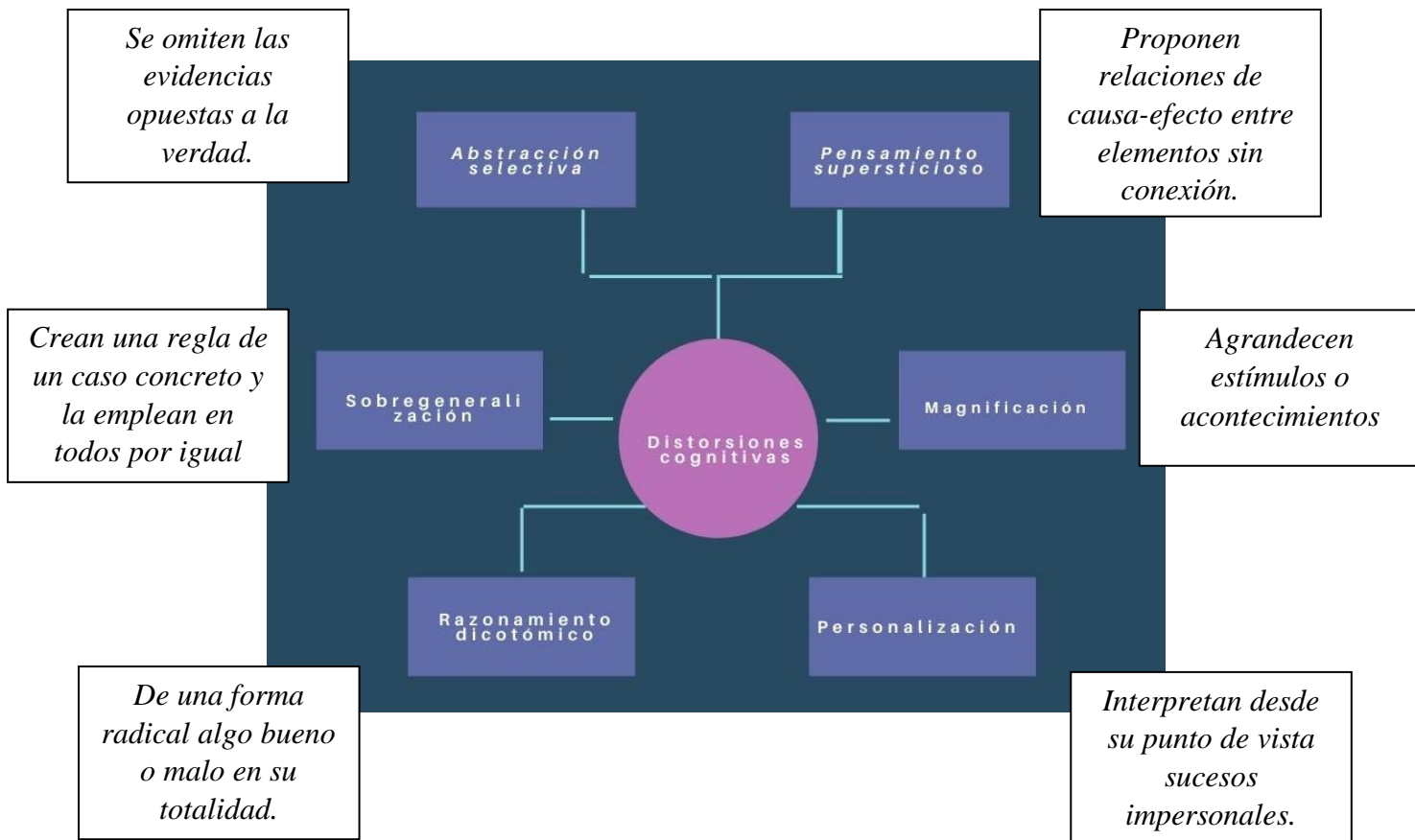


Figura 9: Modelo de Distorsiones Cognitivas Garner y Bermis (1982)

Dentro de este **Modelo Cognitivo-Conductual** se trata **también**:

- **La distorsión de la imagen corporal:**

Según Toro y Vilardell (1985), esta distorsión puede ser de dos maneras:

- Nivel perceptual: Grado de realismo que la persona tiene de su figura.
- Nivel afectivo o emocional: Actitud ante su cuerpo y por tanto grado de satisfacción con el mismo.

- **La falta de habilidades sociales y estrategias de resolución de problemas**

- Vicente Caballo (1993) y Behar (2006) nos cuentan que algunas de las dificultades en la anorexia o bulimia son: problemas en la expresión de emociones, admitir y responder a críticas, rechazar peticiones, aceptar fallos y aserividad.
- Toro y Vilardell (1985), también opinan en este aspecto que tienen falta de habilidades para afrontar el estrés y toma de decisiones.

- *Luigli y Vivas (2001)*, se centran en la problemática en el autocontrol de su comportamiento ya que suelen ser muy radicales en el control de lo que pueden: su peso.
- **El Aprendizaje vicario de conductas alimentarias y actitudes frente a la comida**
 - Aquí *Bandura (1983)* relaciona el aprendizaje vicario con la “*teoría del Incentivo Positivo*”, ya que lo que comemos depende de otros factores como: el sabor, los efectos, personas que nos rodean...
 - Por lo tanto *Pinel (2001)* asegura que la elección alimenticia es algo aprendido.

5) MODELO SOCIOCULTURAL (Figura 10)

Influirán en este modelo la presión por parte de familiares, iguales, la de uno mismo, medios de comunicación... que crean un cánón establecido a seguir.

- *Bruch (1973)* defiende que la mayor parte de las personas con TCA han pasado por **conflictos familiares**, en la que se destaca la sobreprotección y la presión hacia los hijos/as. Como consecuencia de esto *Minuchin (1978)* dice que el sujeto buscará su independencia adoptando a la vez un papel de responsabilidad sobre su familia achacando así su trastorno a la situación en cuestión.
- Uno de los principales factores serán los **canones de belleza en la extrema delgadez y la publicidad de productos adelgazantes como dice Vázquez (2000)**

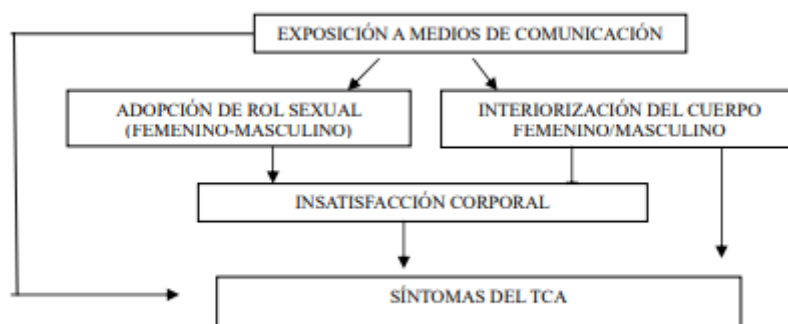


Figura 10: El desarrollo de TCA a consecuencia de los medios de comunicación (Stice et al, 1994)

LA COMORBILIDAD de dos o más trastornos junto al TCA se explica por dos razones (Toro y Ezpeleta, 2014)

- 1- La exposición a factores de riesgo diferentes pueden llevar a un resultado común.
- 2- Un factor de riesgo puede tener efectos distintos.

Esta comorbilidad se intenta explicar a través de modelos dimensionales:

6) MODELO DE INTERIORIZACIÓN Y EXTERIORIZACIÓN

Achenbach y Rescorla (2001) defienden este modelo basándose en dos dimensiones principalmente: (Figura 11)

Interiorización (INT)	Estado de ánimo que tiende a la negatividad y ansiedad expresado hacia sí mismo
	Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del estado de ánimo. • Trastornos de ansiedad. • Trastornos de quejas somáticas.
Exteriorización (EXT)	Conductas de desinhibición (consumo de sustancias o conductas antisociales) hacia los demás
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). • Trastorno negativista desafiante. • Trastorno de conducta. • Trastorno de personalidad antisocial. • Trastornos por consumo de sustancias

Figura 11: Dimensiones de interiorización y exteriorización (Cosgrove et al, 2011; Eaton et al., 2012)

6- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hoy en día los TCA tienen un gran impacto a nivel social, ya que ha aumentado gravemente la incidencia en preadolescentes, adolescentes y adultos en edad joven, pero siguen existiendo problemas a la hora de definir una prevalencia real al aumentar cada vez más los casos de TCANE.

Podemos comprobar a la vez como la incidencia ha crecido en países más desarrollados en los últimos 30 años, rondando esta entre un 0,8-0,14% dependiendo de los criterios que se utilicen. A su vez el aumento es progresivo en países en vías de desarrollo (China o Brasil). Es decir los TCA se producen en todos los niveles socioeconómicos de forma semejante.

Respecto a estudios por género, se comprueba cómo es más frecuente en mujeres que en varones, siendo la comparativa hombres/mujeres de 1/10. La prevalencia global del trastorno en mujeres en España es de un 4,7%, siendo este dato semejante al obtenido en el año 2000 en otro municipio alcanzando el 4,1%.

Si tenemos en cuenta el tipo de profesión comprobamos que hay mayor incidencia en: deportistas de alto rendimiento, bailarinas profesionales y modelos de pasarela (mujeres).

La comorbilidad con otras enfermedades también influye a la hora del desarrollo del trastorno, concretamente en casos de: diabetes mellitus, fibrosis quística del páncreas y la obsesión.

7- CURSO DEL DESARROLLO

Los TCA son enfermedades complejas con un curso variable ya que un pequeño porcentaje de casos se recuperan tras un episodio, pero de forma general el curso es crónico siguiendo un patrón de deterioro con el paso del tiempo.

Los casos de AN comienzan a darse de forma más frecuente en la etapa de la pubertad (13-14 años) teniendo gran incidencia a la edad de 15 y 20-22 años, con cada vez más frecuencia e incluso en edades inferiores. Algunos estudios indican que el 50% de los casos pueden evolucionar hasta la recuperación completa, el 30% serán crónicos, encontrando además un 10% de casos de mortalidad según APA (2014) por la propia enfermedad o suicidios.

Es común en estos casos comenzar con un diagnóstico de AN y después padecer BN (10-20%).

Por otro lado el **BN** comenzará con el fin de la adolescencia a principios de edad adulta, sobre los 18 años, aunque puede llegar a afectar a niñas de 11 años o mujeres de 40. En este podemos contemplar un curso de ingesta excesiva de alimentos denominada atracones que luego se compensarán con actitudes purgativas.

En éste último caso el curso durante los 5 años definitivos encontramos un 33% de casos que se recupera y otro 33% que recae y a los 6 años de sujetos con terapia encontramos un 60% de sujetos que remiten, un 30% con una recuperación parcial y un 10% con recaídas.

Por lo tanto podemos hablar de un trastorno con un curso cíclico con una duración mínima de 2 años, llegando generalmente hasta los 5 de media en los casos de BN, con un alto porcentaje en recaídas de forma general (30%).

8- FACTORES ETIOLÓGICOS

Los TCA son un conjunto de patologías con una **etiología multifactorial**, es decir encontramos aquí factores: **genéticos, biológicos, de personalidad y socioculturales** que afectan de una forma primordial a niñas y jóvenes. (*Figura 12*)

Dentro de cada uno de ellos encontramos:

BIOLÓGICOS	Genéticos
	Hormonales
	Sexo femenino
	Antecedentes personal
PSICOLÓGICOS	Perfeccionismo
	Baja autoestima
	Dificultad de comunicar emociones negativas
	Problemática en la resolución de problemas

Figura 12: Etiología multifactorial en niños y jóvenes de los TCA

Estos factores los vamos a agrupar en tres grupos: **Factores predisponentes**, **Factores desencadenantes** y **factores mantenedores**: (*Figura 13*)

FACTORES PREDISPONENTES	<u>INDIVIDUALES</u> - Impulsividad - Aumento de peso - Autoestima baja - Perfeccionismo - Obsesión	<u>FAMILIARES</u> - Preocupación estética - Genética TCA - Conflictos	<u>SOCIALES</u> - Entorno - Modelos - Deportes concretos - Algunas profesiones
FACTORES DESENCADENANTES	- Pubertad - Sexualidad - Dietas estrictas - Inseguridad	- Ejercicio excesivo - Vida estresante - Descontento físico - Temor a madurar	
FACTORES MANTENEDORES	- Respuesta inadecuada por parte de la familia - Sentimiento de autocontrol - Baja autoestima	- Dietas estrictas - Sensación de plenitud - Soledad/aislamiento - Refuerzo social	

Figura 13: Tipos de factores: Predisponentes, desencadenantes y mantenedores

Estos factores serán recogidos de la siguiente forma según el modelo biopsicosocial: (figura 14).

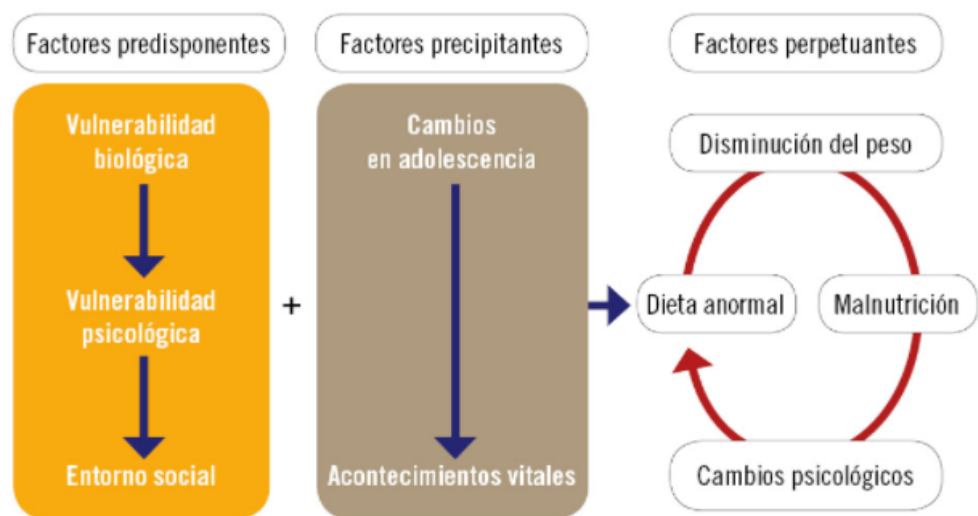


Figura 14: Factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes en las TCA

9- EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación de los TCA resulta complicada generalmente ya que el paciente suele tener una actitud negadora y poco colaboradora.

Será por este motivo por lo que se comienza con una **entrevista clínica** en la que el profesional debe ser empático, poco crítico, sin condicionar al paciente. Concretamente con los casos de bulimia nerviosa la actitud debe ser muy tranquila ya que suelen mostrar actitudes de excesiva ansiedad e intemperancia.

En esta **evaluación inicial** será importante llevar a cabo pruebas complementarias que nos indiquen el estado de desnutrición, de los hábitos utilizados en el autocontrol del peso o a sus complicaciones. Para ello se realiza una primer analítica que indicará la falta de los líquidos y electrolitos, una valoración del índice de masa corporal teniendo como referencia que la malnutrición será severa cuando sea este índice inferior a 13 kg/m^2 .

Tras esto serán seleccionados aquellos pacientes que tengan un riesgo nutricional y se les realizará un “*screening nutricional*” siendo esto pruebas más exactas sobre la alimentación, así podrán evaluar qué clase de alimentos consume y cuáles son sus restricciones, siendo esta parte complicada a la hora de evaluar a personas bulímicas nerviosas que no son objetivas a la hora de decir la cantidad de ingesta de alimentos durante los atracones.

En este planteamiento nutricional se tendrán en cuenta varios puntos:

1- Valoración de la energía requerida

- Valor de nutrientes y análisis
- Encuesta dietética

2- Información del sujeto

- Situación clínica
- Consecuencias de la malnutrición
- Características de la alimentación
- Pacto para lograr más peso semanalmente

3- Elaboración del plan nutricional

- Horario moderado para las comidas

- Alimentos que añadir a la dieta
- Frecuencia de ingesta recomendada
- Graduar las proporciones a tomar
- Reparto fraccionado
- Control de los atracones y conductas compensatorias

4- Seguimiento

- Evolución del peso
- Evolución en los hábitos nutricionales
- Incorporación de alimentos “autoprohibidos”
- Nuevos planteamientos periódicos por parte del equipo terapéutico y el sujeto

Por otro lado, se llevará a cabo un **examen físico** individualizado a cada paciente teniendo en cuenta el grado de desnutrición, en el que se evaluarán las siguientes características: *aspecto triste o demacrado; resaltos de los huesos marcados; piel seca, agrietada o pigmentada; extremidades frías y coloración azulada de la piel (cianóticas); palmas y plantas amarillas; vello corporal, axilar y púbico conservado; caída del pelo, involución de mamas; inflamación de parótidas; deformación dental; hinchazones; arritmias, hipotensión; palpitaciones en el abdomen.*

En la **valoración antropométrica** se estudiará de forma continuada diferentes medidas: *peso y talla* (que nos permitirá conocer el tanto por ciento del peso correcto y la pérdida de peso) *diámetros óseos, perímetros, circunferencias de brazos* (para conocer la cámara de grasas y proteínas corporales) y *pliegues adiposos,*

Para conocer el gasto de energía del sujeto en reposo se utiliza **“La calorimetría indirecta (CI)”**, esto será necesario ya que suelen ser hipometabólicos en general, y hay que tenerlo en cuenta para implantar un buen tratamiento nutricional.

Encontramos en esta evaluación un **diagnóstico diferencial** con otros trastornos que nos ayudará a distinguir enfermedades físicas o mentales con síntomas semejantes al Trastorno de la conducta Alimentaria:

- **Trastornos por ansiedad:** De forma opuesta a los TCA en estos debe ocurrir una **pérdida de apetito no riguroso o utilizar la comida con un efecto ansiolítico.** Esta patología será común en anorexia y bulimia.

- **Trastornos fóbicos:** Estos se asociaran con los TCA en el **miedo** que se podría tener a atragantarse surgiendo así un temor a morir en la fase de masticación y deglución, no a engordar.
- **Trastornos afectivos:** Muy comunes en TCA como el caso de la **depresión** con cambios anímicos a consecuencia de la ausencia de apetito o disfrute por actividades placenteras (*anhedonia*).
Además de la **manía** en la que no se produce una alteración de la imagen corporal, en este caso se produce una obsesión con comer o no comer por la falta de tiempo.
- **Trastorno dismórfico corporal:** Esta patología no tiene por qué llevar asociada un TCA pero es muy común que aparezca una gran obsesión por el físico en su conjunto o en partes concretas.
- **Trastorno Obsesivo-Compulsivo:** Es el un trastorno primario en la Anorexia nerviosa (AN), pero a diferencia no en todos los casos de TOC las manías son respecto a la alimentación.
- **Esquizofrenia:** Este trastorno está basado en la alteración tanto en el pensamiento como en la conducta, existiendo dos tipos: el catatónico (desconexión con el mundo exterior) y el delirante. Será este último el que más se dé en TCA, quienes pensarán que alguien los quiere envenenar o simplemente repelen el alimento por razones místicas. No existe en este caso unión con la imagen corporal.
- **Trastorno orgánico-cerebrales:** Algunas demencias o lesiones en el cerebro pueden repercutir en la cantidad o calidad de la alimentación, pero no tiene porqué ser un signo indispensable en los trastornos orgánico-cerebrales.

9.1- Instrumentos de evaluación

Los instrumentos de evaluación más importantes a la hora de la detección de un TCA serán:

- Eating Attitudes Test (EAT):*** Prueba de conductas alimentarias autoaplicada y más utilizada creada por Garner y Garfinkel en el año de 1979.
La finalidad de esta prueba será reconocer síntomas a partir de una prueba no clínica, principalmente en casos de AN y BN. *El EAT-40* contará con 40 ítems sobre: *conductas bulímicas, imagen corporal, uso de laxantes, restricción*

alimenticia, ingesta a escondidas y presión social, más adelante aparece el **EAT-26** en el cual serán suprimidos 14 ítems siendo así más breve.

Maloney y colaboradores (1988) crearán una versión para niños llamado **CHEAT-26**, en el que se simplifican los términos de las preguntas, los niños deberán estar al menos en un nivel de 5° de primaria para realizarlo.

- b. *Eating Disorder Inventory (EDI)*:** Esta prueba fue desarrollada por *Garner (1983)*, con la finalidad de valorar distintos campos cognitivos y conductuales de la anorexia y bulimia nerviosa como son *la actitud hacia la comida, peso, imagen corporal y características psicológicas* a partir de escalas de 6 puntos.
Esta escala será útil para discriminar entre casos TCA y no, pero no será muy fiable para distinguir entre tipos de TCA.
- c. *Bulimia Test (BULIT-R)*:** *Thelen y colaboradores en 1991* diseñaron esta prueba que nos ayudará a medir los síntomas para la Bulimia nerviosa atendiendo al DSM-IV, además de valorar el tratamiento de personas BN. Debe realizarse a personas con nivel de bachillerato, y nos ayudará a encontrar falsos positivos BN que descartaremos como TANE.
- d. *Bulimia Test of Edimburg (BITE)*:** De forma semejante *Henderson y Freeman (1987)* crean una prueba que nos ayudará a identificar a sujetos con síntomas de bulimia, siendo útil para una detección precoz y para evaluar la intensidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.
- e. *Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*:** *Spitzer y colaboradores (1992)* crean esta prueba para poder identificar a casos con trastorno por atracones recurrentes con pérdida de control y culpabilidad a través de preguntas sobre: *cantidad de comida ingerida durante el atracón, temporalización y sentimiento de culpabilidad en este caso, además de tipo de dieta y peso.*
- f. *Eating Disorder Examination-self-report questionnaire (EDE-Q)*:** Prueba autoaplicada realizada por *Feirburn y Beglin (1994)* basada en una entrevista semiestructurada (EDE), en la que podremos identificar casos con conductas de riesgo de TCA a partir de ítems sobre: *preocupación por el peso, la figura, la alimentación y la restricción nutricional.*

De una forma más concreta existen cuestionarios utilizados para el ámbito deportivo a través de unas medidas específicas debido a que es una población con unas cualidades, un estilo de vida y unos pensamientos concretos sobre la alimentación y el físico:

- g. Athletic Milieu Direct Questionnaire (AMDQ):** *Según Nagel, Black, Leverenz y Coster (2000)* deciden realizar esta evaluación ya que será mucho más específica para identificar deportistas con TCA que cualquier otro (EDI-2 o BULIT-R), pero este test únicamente es aplicado a deportistas femeninas.
- h. Exercise Orientation Questionnaire (EOQ):** Debido a la alta cantidad de falsos negativos en deportistas al querer aparentar su buena salud negando problemas alimentarios, *Yates y colaboradores (2001)*, deciden centrarse en ítems sobre actitudes atípicas en el ejercicio y la imagen corporal concretamente en: *Autocontrol, práctica de ejercicio, insatisfacción corporal y competición.*
- i. Bruin y colaboradores en 2008** deciden crear un cuestionario concreto para gimnastas basado en ítems de otras evaluaciones como serán: La escala de *Woertman (1994)* para valorar medidas de control de peso; *Unidimensional Body Image Questionnaire* y se añaden cuestiones sobre los entrenadores: *conductas ante las deportistas, sentimiento de éstas hacia sus críticas o ser juzgadas por su imagen, la presión sobre bajar el peso o culpar a la gimnasta como fracasada por su físico.*

Debido a que éstos y muchos más cuestionarios tienen ciertas limitaciones a la hora de utilizarse, se creará uno que tenga en cuenta con muestras semejante para hombres y mujeres, que practiquen éstos distintas modalidades con variedad de edades y niveles de competición:

- j. Cuestionario de Hábitos Alimentarios del Deportista (CHAD):** Se abordan aquí 34 ítems repartidos en 4 factores que enlazan síntomas TCA y el deporte, éstos serán los siguientes; *“Miedo a engordar en periodos de descanso y práctica de ejercicio físico como método de pérdida de peso”, “malestar psíquico asociado al peso y la figura ante comentarios significativos de otros, “preocupación obsesiva por los alimentos y el peso en relación a sus compañeros” y “cogniciones relativas a la satisfacción corporal y la autoimagen”*

10-PRONÓSTICO

El pronóstico en los TCA según *Carolina López y Janet Treasure (2011)* mejorará si el trastorno es detectado dentro de los tres primeros años de la enfermedad, es decir que una duración mayor del TCA, una detección tardía, en una edad avanzada o la comorbilidad con otros trastornos empeoraría el pronóstico.

Concretando, dentro de los TCA más comunes, tendrá mejor pronóstico los casos de Bulimia Nerviosa que la Anorexia Nerviosa, siendo de una forma más concreta el peor pronóstico según *Gower (1999)* el de la Anorexia Nerviosa de tipo purgativo.

La mayor parte de los casos (85%) de AN comienzan antes de los 25 años siendo las edades más frecuentes entre los 14 y 18 años, son detectados únicamente un 50% además de recibir terapia específica 1 de cada 3 personas.

Estos trastornos tienen un curso episódico con frecuentes recaídas consiguiendo un 50% de los pacientes recuperarse en su totalidad, un 30% continúan con algún síntoma y el 20% tienen una evolución regresiva.

De forma más concreta vemos como en los casos de AN se curarán un 25%, frente a los de BN que serán de un 50%. La mortalidad en el caso de Anorexia nerviosa está entre un 2 y un 8% siendo de las enfermedades psiquiátricas más mortífera.

Se han desarrollado una serie de puntos de predicción un peor pronóstico:

- Conductas purgativas
- Ausencia de respuesta a la terapia
- Peso mínimo excesivamente bajo
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Comorbilidad con otros trastornos
- Relaciones familiares insanas

11-TRATAMIENTO

Ha habido un gran avance en la forma de tratar los TCA siendo estos antes de los años 70 de una forma individualizada, y ahora puede llevarse a cabo de manera grupal al ser más eficaz y económico.

Es un proceso lento, siendo hasta el momento más eficaces los tratamientos psicológicos frente a los médicos o farmacológicos.

A la hora de llevar a cabo un tratamiento hay que tener en cuenta las limitaciones que existen según *Saldaña (2001)*:

- Muchos estudios muestran que la eficacia del tratamiento es débil ya que la mortalidad en estos casos aumenta con el tiempo.
- En cuanto a las tasas de recuperación vemos como un 40% de anoréxicas se reponen, solo una quinta parte mantienen el trastorno crónico y un tercio tiene sintomatología.
- Los predictores utilizados para el éxito o el fracaso van cambiando según el estudio y el tiempo.
- Complejidad en el tratamiento debido a los cambios que se producen en los TCA (*AN a BN, BN a AN, AN a TCANE, BN a TCANE...*) Según *Faiburn y Harrison (2003)* estas son las fluctuaciones; (indicando con el grosor de las flechas la proporción y las flechas hacia fuera las recuperaciones)(*Figura 15*):

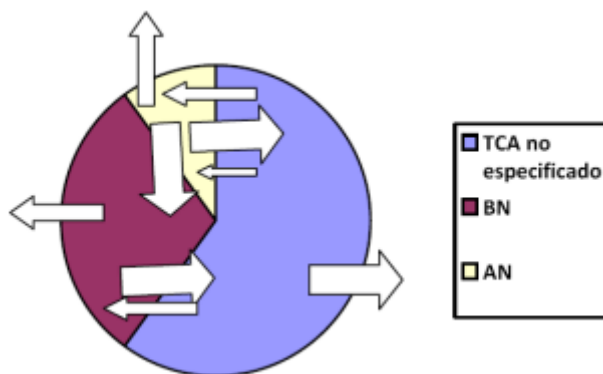


Figura 15: Representación de las fluctuaciones entre los TCA (Faiburn y Harrison, 2003)

Por lo tanto, los pasos a seguir en el tratamiento debe seguir los pasos que nos marca la Guía Práctica Clínica (2009), de una forma generalizada en los TCA:

- 1- Recuperar o estabilizar el peso.
- 2- Actuar en las complejidades físicas.
- 3- Dar una educación nutricional sana.
- 4- Cambiar los patrones adquiridos.
- 5- Tratar la comorbilidad.
- 6- Hacerse con el apoyo familiar.
- 7- Prevención de recaídas.
- 8- Tratamiento en casos crónicos.

Otros autores como **Bell (2000)** especifican en estos pasos para la Anorexia Nerviosa y la Bulimia nerviosa: (*Figura 16*)

Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
1. Recuperar o estabilizar el peso.	1. Disminuir o eliminar la fase atracón-purgación
2. Actuar en las complejidades físicas.	2. Cambiar los patrones adquiridos.
3. Motivación ante el tratamiento	3. Aumentar la diversidad de alimentos.
4. Dar una educación nutricional sana.	4. Añadir actividad física.
5. Cambiar los patrones adquiridos.	5. Tratar la comorbilidad.
6. Tratar la comorbilidad.	6. Prevención de recaídas
7. Hacerse con el apoyo familiar.	
8. Prevención de recaídas.	

Figura 16: Pasos en el tratamiento de AN y BN según Bell (2000)

11.1- TIPOS DE TRATAMIENTO:

1- Tratamiento farmacológico:

Esta solución está dirigida hacia algunos síntomas pero no es la solución del problema al tener en cuenta factores familiares, sociales... No es muy habitual su uso en la Anorexia Nerviosa.

- **Antipsicóticos:** Se usan en un primer momento para la ansiedad e impulsividad pero no son eficaces a largo plazo.

- **Antidepresivos y antipsicóticos:** Tienen algo de efecto en la BN según *Bell (2000)* para saciar los atracones, vómitos o estados de ánimo. En la AN se utiliza con el fin de solucionar la depresión sin ninguna mejora significativa.

Además todos estos fármacos provocarán efectos secundarios como aumento de peso, sedación o hipotensión que conllevan a abandonar el tratamiento, por lo tanto siempre será recomendable el uso de otros tratamientos o utilizar este junto a otros.

3- **Rehabilitación nutricional:**

Proceso adaptado a cada caso, prolongado en el tiempo y controlado medicamente, el objetivo es restaurar el peso, saciedad- hambre y eliminar los síntomas asociados.

4- **Terapia Conductual (TC)**

Es importante aplicar este tratamiento incorporando a su vez la parte cognitiva para que resulte más eficaz. Se contemplan diferentes componentes a modificar:

- **“Procedimientos operantes de manejo de contingencias”:** Se utiliza sobre todo en los casos AN a través de refuerzos positivos y negativos respecto al incremento de peso.
- **“Control estimular”:** Se darán unas pautas concretas a seguir para la alimentación intentando reducir los estímulos del ambiente que desfavorezcan al paciente.
- **“Exposición con prevención de respuesta”:** Terapia de choque en el que se pide al paciente que ingiera todos los alimentos de forma compulsiva teniendo que resistirse a comportamientos compensatorios (purgación). Esta técnica según *Jansen (1992)* será útil para que la ansiedad descienda frente a los “alimentos prohibidos”.
- **“Formación de la conciencia de apetito”:** Se les habla de niveles de hambre para que interioricen esto en vez de pensar en “cantidad de alimentos”.

5- **Terapia Cognitiva**

De nuevo este tratamiento no suele usarse de manera individual sino añadiendo terapia conductual.

Está basado en el **“Modelo para la depresión”** (*Beck y cols., 1983*), que afirma que los pensamientos distorsionados conllevan a otros síntomas, por ello se

actuará directamente en los pensamientos y actitudes respectivos a la forma y actitud del cuerpo.

6- Terapia Cognitiva Conductual (TCC)

Esta terapia será la más completa y a su vez se adaptará a cada trastorno teniendo unos objetivos específicos:

Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
<p>Los objetivos según <i>Garner (1985)</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalización del peso e ingesta - Mejora de autoestima - Mejora de autoconciencia y confianza personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparición de atracones y purgaciones - Desarrollo de pautas buenas de alimentación - Modificación de ideas difusas del peso e imagen corporal - Eliminación de síntomas asociados

Este tratamiento según el autor *Faiburn (1985)* debe partir desde la presión social hacia los cánones de delgadez en la sociedad, y establece así 20 sesiones que se dividen en 3 partes:

- 1) Modelo cognitivo de mantenimiento de la BN, técnicas conductuales (control estimular, autorregistros, conductas alternativas, etc.) con el objetivo de cambiar los atracones por hábitos alimentarios beneficiosos.
- 2) Mantener hábitos de alimentación saludable retirando la dieta. Incluye técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva para modificar las creencias relacionadas con los TCA)
- 3) Mantenimiento de los cambios y prevención de recaídas.

7- Terapia Interpersonal (TIP)

Tratamiento creado para la depresión a partir de las influencias psicoanalíticas por *Goltib (1992)* y será *Faiburn (1991)* quien lo aplica a casos TCA tratando aquí: las relaciones interpersonales y el estrés de cada uno.

Generalmente esta terapia es utilizada en caso de BN en el caso que exista un fracaso en la TCC, al ser menos eficaz en la mejora de los atracones (*Agras, 2000*) ni en las purgaciones (*Cooper, 1995*); y a su vez en los casos AN por la deficiencia en la restricción de alimentos (*McInstosh, 2005*).

Se tiene en cuenta:

Desde el punto de vista psicoanalítico:

- Experiencias negativas en la infancia (abuso, agresión, separación...)

Desde el punto de vista cognitivo conductual:

- El papel del paciente y de su entorno frente a la TCA

Además de los factores que los factores de vulnerabilidad:

- Intrapersonales (Ideas negativas o escasas habilidades de manejo del estrés o sociales)
- Interpersonales (ambiente familiar, entre iguales, resolución de problemas familiares...)

8- Terapia Familiar

Tratamiento largo frente a otros basado en dar pautas sobre los TCA y la motivación de implicación en el proceso de la familia frente al caso en concreto.

Los **objetivos** se basan en:

- Abordaje y vigilancia del trastorno.
- Cambio en la estructura de la familia a partir de barreras.
- Rescate del potencial de la evolución de la familia para lograr una separación e individualización del sujeto.

Hay **dos modelos** fundamentales:

- *Escuela de Filadelfia de Minuchin (1970)*: Afirma que la familia tiende a ser sobreprotectora, dura, con escasas habilidades de resolución de problemas e integran al caso en los conflictos familiares. La terapia aquí principalmente será las nuevas normas en la relación.
- *Escuela de Milán de Selvini (1974)*: Sostiene que la AN se produce frente a la adaptación del sujeto a una familia desestabilizada, donde hay una dureza, culpabilidad...

9- Ingreso hospitalario y ambulatorio (Figura 17)

Generalmente el tratamiento será de forma ambulatoria, pero en el caso de que la sintomatología sea severa se llevará a cabo una terapia de hospitalización.

Para esta elección debemos tener en cuenta según Faiburn (1993) una serie de factores:

Tratamiento ambulatorio	Tratamiento en hospitalización
Fases iniciales	Síntomas más severos
Menos síntomas	Motivación escasa
Más motivación	Inestabilidad mental
Colaboración familiar	Trastornos psiquiátricos asociados
	Menor colaboración familiar
	Pérdida de peso de entre un 25-30% que corresponda
	Fracaso en el tratamiento ambulatorio
	Complicaciones médicas
	Riesgo de aborto

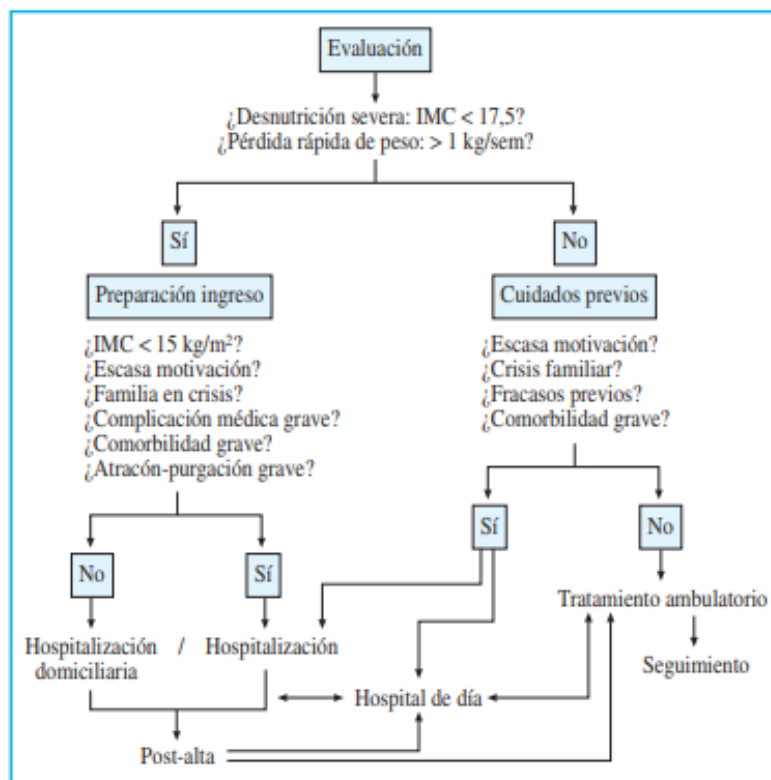


Figura 17: Tratamiento de los TCA (Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP)

12-DESCRIPCIÓN CASOS TÍPICOS

Basándonos en los estudios sobre la prevalencia, hemos podido comprobar como los casos más típicos están relacionados con el género femenino, cada vez más frecuente en niños y jóvenes y con un alto porcentaje en deportistas, por ello me basaré en este punto en la descripción de los casos con estas características.

Según el estudio realizado por *Rosen y cols (1986,1988)* y *Sundgot-Borgen (1994)* se concluye un 62% de mujeres que realizan deportes de forma profesional en la población padecen algún tipo de TCA.

El culto al cuerpo cada vez es más importante en la sociedad actual, al crear una sociedad que de forma positiva se preocupa por su salud, aumentando así su actividad deportiva y mejorando su alimentación para evitar el sobrepeso. Pero también encontramos una cara negativa al crear una excesiva obsesión con el cuerpo esclavizándonos a través del deporte y la salud, siendo este uno de los principales focos de inicio de las TCA.

En el ámbito del deporte, sobre todo competitivo, aumentan los requisitos físicos, buscando la “perfección”, dejando atrás al antiguo entrenador de “machaque” que buscaba mejora en el rendimiento e incorporando al entrenador “de calidad”, que busca más allá del rendimiento.

La importancia que tiene la alimentación en deportistas es algo evidente que dejamos pasar ya que generalmente reciben una mínima información nutricional desde el entorno deportivo, por lo tanto no siempre obtienen mensajes correctos ante el tema. *Dosil Días (2000)* lleva a cabo un estudio sobre “El grado de información nutricional de deportistas a lo largo de su vida” (*Figura 18*) :

DEPORTE	No recibieron información	Recibieron información en algún momento
Fútbol	58,7%	41,3%
Natación	69,2%	30,8%
Judo/Lucha	62,7%	32,8%
Aeróbic	59,1%	40,9%
Atletismo	72,5%	27,5%
Baloncesto	72,1%	27,9%
Gimnasia Rítmica	79,2%	20,8%
Culturismo	77,8%	22,2%
Remo/Piragüismo	50,0%	50,0%
TOTAL	66,8%	33,2%

Figura 18: *Encuesta sobre información nutricional a deportistas (Dosil Días , 2000).*

Muchos especialistas en Trastornos de la conducta alimentaria muestran como existe un gran aumento en continua progresión de los casos de este ámbito concreto denominándolo “epidemia silenciosa, incluso planteando algunos deportes como “Profesión de Riesgo” al existir la obligación a la delgadez.

Consideramos por lo tanto al deporte como un factor de riesgo, explicado según tres igualdades entre deporte y TCA:

- 1. Relación de Atracción:** En la que encontramos aspectos de deportes concretos que “ATRAEN” a sujetos propensos a padecer TCA con el fin de esconder este trastorno ejerciendo el deporte y agilizar así su adelgazamiento.
- 2. Relación de Causa:** Dividimos esto en dos teorías: “**Anorexia por Actividad**” (Figura 19) y **modelo de presión** basado en las excesivas restricciones que existen ante algunos deportistas en las dietas al marcarse metas por debajo de su peso.

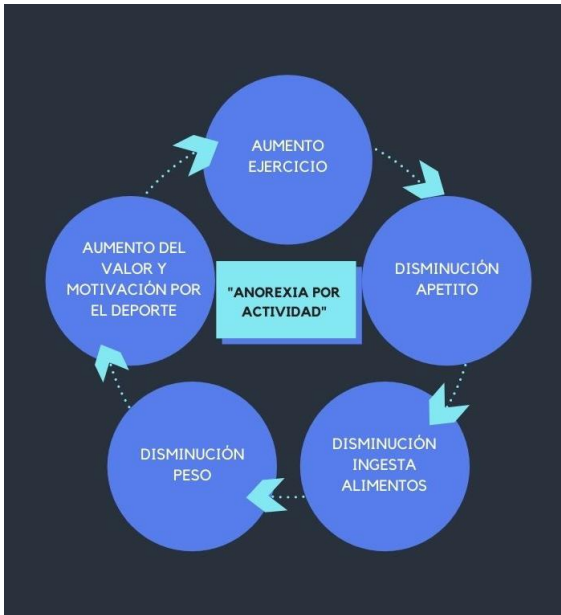


Figura 19: *Diagrama del ciclo de la “Anorexia por Actividad” propuesta por Epling y Pierce (1991)*

- 1- Relación de Precipitación:** Habla aquí de la “predisposición” que tienen ciertos sujetos por factores: familiares, socioculturales, ambientales, biológicos... para desarrollar TCA.

12.1- Factores de riesgo en el ámbito deportivo ante los TCA:

Según *Durán et al. (2006)* los principales serían:

- **La insatisfacción corporal debida a la presión a la que se somete en cuanto a la alimentación o al peso por rendimiento deportivo.**
 - Relación errónea de delgadez y rendimiento
 - Existencia de un “canon” estético para deportes concretos
- **Especialización desde edades muy tempranas**
- **Nivel de competición**
- **Aumento del volumen de actividad física con restricciones alimentarias**
- **Utilización de métodos poco saludables para la pérdida de peso**
- **Comentarios despectivos de alguien del entorno deportivo**
- **Personalidad del deportista**
- **Acontecimientos traumáticos**
- **Deportes de riesgo:**
 - Deportes de estética
 - Deportes de categoría
 - Deportes de gimnasio
 - Deportes de resistencia y de reclamo sexual

Ante este último factor de riesgo fue realizado un estudio por *Dosil y Rodríguez en 2001*, en el que se estudiaría cuál es el método adelgazante que utilizaban ciertos deportistas de un deporte de riesgo de cada tipo (*Figura 20*):

Método	Fútbol	Natación	Judo Lucha	Aeróbic	Atletismo	Baloncesto	Gimnasia	Culturismo
Ayuno	1,6%		11,6%		2,2%	5,7%	4,2%	
Comer menos	9,5%	30,8%	30,4%	50,0%	29,7%	40,0%	29,2%	16,7%
Restricción calórica	17,5%	30,8%	30,4%	18,2%	22,0%	21,4%	33,3%	50,0%
Más entreno	31,7%	30,8%	44,9%	54,5%	33,0%	42,9%	29,2%	44,4%
Retención Fluidos					1,1%	1,4%		
Laxantes			5,8%		2,2%			
Sauna	3,2%		13%	18,2%	1,1%	10,0%	4,2%	16,7%
Ropa plástico	6,3%		14,5%		2,2%	2,9%	12,5%	
Vómitos								
Pildoras								5,6%
Otros			1,4%		2,2%		12,5%	5,6%
Ninguno	53,2%	46,2%	27,5%	22,7%	51,6%	40,0%	41,7%	22,2%

Figura 20: Estudio realizado por Dosil y Rodríguez (2001)

Los principales papeles a tener en cuenta a la hora de desarrollar una TCA en deportistas son:

<p>El papel de la familia</p>	<p>Según <i>González Vázquez (2002)</i> los rasgos familiares ante el deportista para el desarrollo de la TCA serían:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La falta de comunicación con el entorno. - Problemas en la resolución de problemas. - La sobreprotección al hijo/a. - La poca comprensión ante nuevas situaciones. - Las altas expectativas que retransmiten al hijo/a. - Historial de depresión y alcoholismo. - Situaciones de abusos sexuales y/o físicos. <p>Será importante por lo tanto que la familia reciba una información de calidad sobre los hábitos saludables para poder prevenir este tipo de trastornos en sus hijos.</p>
<p>El papel del entrenador</p>	<p>El entrenador será primordial en la enseñanza de buenos hábitos alimenticios en sus deportistas, ya que será el principal referente. Además de esto, será la persona que presionará a los mismos pudiendo crear una obsesión si las pautas no son las correctas.</p> <p>En relación características entrenador-relación deportista encontramos dos tipos de entrenador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenador autoritario: Imposible de rebatir o discutir al tratar al deportista como un “elemento pasivo”. Será éste quien más peligro tiene frente a desarrollar este tipo de trastornos en el aprendiz. - Entrenador dialogante y democrático: es posible una comunicación compartida basada en los acuerdos. Comparten preocupaciones deportista-entrenador pudiendo así prevenir una posible TCA.
<p>El papel de los compañeros</p>	<p>A edades jóvenes es indudable la influencia que tienen el grupo de iguales sobre un compañero. Aquí tendremos que tener en cuenta si el deporte es: individual o en equipo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individual: Mayor responsabilidad y por lo tanto presión a la hora de competir, actuación más individualizada, menos ideas compartidas en

	<p>equipo, más propensos a no contar sus ideas siendo así una probable auto decisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En equipo: Responsabilidad común, menos presión individual, mayor comunicación con los iguales, problemática en las diferentes y erróneas respuestas recibidas o dadas.
--	--

13-CASO REAL

A través de una encuesta específica (*Anexo 1*) que atiende todos los ámbitos sintomatológicos describiré un caso real.

Caso de mujer de 18 años, nacida en el año 2003 diagnosticada de Trastorno de Conducta Alimentaria que comienza con conductas restrictivas desde el verano de 2018 a raíz de autoconvencerse de que debía adelgazar y que no tenía hambre al fijarse en “gimnastas muy buenas que estaban muy delgadas”, pensando así que si perdía peso mejoraría en su deporte. Estas conductas que fueron aumentando de forma regresiva hasta ingresar en enero de 2019 hasta febrero, para recibir tratamiento y seguimiento de Anorexia Nerviosa de tipo restrictivo. Deja la gimnasia rítmica y es a partir de aquí cuando ha cogido peso, continuando a día de hoy con tratamiento médico, ya que no ha sido dada de alta en todos los campos de los que recibía terapia.

La niña mostraba los siguientes síntomas: ansiedad, depresión conductas alimentarias alteradas, amenorrea, miedos irracionales como por ejemplo: comer ciertos alimentos “autoprohibidos” (pan, pasta...), con estado de ánimo muy variable, además de afirmar que no era consciente de haber tenido una distorsión de su imagen corporal clara.

<u>PERCEPCIÓN</u>	La niña muestra un aspecto físico cuidado, teniendo una conciencia plena sobre su enfermedad colaborando con los especialistas dejándose abordar.
<u>NUTRICIÓN</u>	Comienza la restricción del consumo de alimentos hace aproximadamente 3 años continuando hoy en día con tratamiento. La preocupa por las calorías de los alimentos y les clasifica en “alimentos autoprobidos” restringiéndolos de su dieta.

	<p>Comía de todo y empieza a restringir ciertas comidas, comenzando por el pan, la pasta... hasta solo comer verdura, huevos y yogures sin lactosa y 0% grasa.</p> <p>No conoce su IMC, pero asegura que por su constitución siempre lo ha tenido más bajo de lo normal.</p> <p>Reconoce que conocía su peso habitualmente ya que la pesaban en su club de gimnasia rítmica de forma semanal.</p>
<p><u>ELIMINACIÓN</u></p> <p><u>o</u></p> <p><u>INTERCAMBI</u></p> <p><u>O</u></p>	<p>Niega llevar o haber llevado a cabo ninguna práctica purgativa ni de atracón.</p> <p>Nunca ha utilizado laxantes ni ningún método semejante de forma forzada.</p>
<p><u>ACTIVIDAD/</u></p> <p><u>EJERCICIO</u></p>	<p>Utiliza como medida compensatoria la realización de ejercicio físico incluso aumentándolo para gastar energía y por lo tanto eliminar mayor grasa corporal conscientemente. La niña ejerce gimnasia rítmica habiendo formado parte de la selección española, siendo esto un detonante hacia el trastorno, por el canon impuesto y la elevada presión en esos niveles.</p> <p>En los momentos de descanso: “<i>estar sentada/tumbada...</i>”, la niña se planteaba la idea de hacer posturas forzadas o tensión de músculos con la idea de seguir ejercitando y quemando grasa.</p>
<p><u>SUEÑO/</u></p> <p><u>DESCANSO</u></p>	<p>La niña admite que su sueño era generalmente bueno, pero antes de ello seguía una rutina que consistía en analizar los alimentos que ingería durante el día, estudiar los comportamientos con su entorno, y plantarse cómo debía actuar al día siguiente para compensar los errores estudiados.</p>
<p><u>COGNITIVO</u></p>	<p>Consciente de su trastorno, de sus fases, progresos y declines, pudiendo así abordarla desde el primer momento mostrando colaboración con los profesionales y su entorno.</p> <p>No es muy consciente pero cree haber cambiado su actitud a raíz del trastorno.</p>
<p><u>AUTOPERCEP</u></p> <p><u>CIÓN/AUTO</u></p> <p><u>CO</u></p> <p><u>NCEPTO</u></p>	<p>Su ánimo es muy variable, va oscilando continuamente.</p> <p>Respecto a la distorsión de su imagen corporal responde que ella diría que no, pero es posible que en algún momento sí que pudiera ser así, no es consciente de ello.</p> <p>En alguna ocasión ha tenido ideas autolíticas o de muerte.</p>

<u>ROL/ RELACIONES</u>	<p>Convive con su familia, familia numerosa en su domicilio familiar.</p> <p>Desde su punto de vista sí que piensa que recibe apoyo y ayuda por parte de ellos, pero añade “es muy complejo de llevar”.</p> <p>Estaba cursando 2º de Bachillerato que ha terminado tras realizar la EBAU, asegura que nunca han variado sus calificaciones durante el trastorno ya que es demasiado exigente en los estudios.</p> <p>Sus relaciones sociales han variado, no para mejor ni para peor, asegura que la cuestan ya que no piensa que encaja.</p>
<u>REPRODUCCI ÓN</u>	Ausencia de la menstruación
<u>TOLERANCIA AL ESTRÉS</u>	<p>La niña siente ansiedad en su día a día pudiendo esta incrementar dependiendo del menú de alimentos que vaya a ingerir en cada momento.</p> <p>Utiliza el deporte para saciar esta ansiedad y calmarse.</p>
<u>CONCLUSIÓN FINAL DE EL CASO</u>	<p>Respecto a la pregunta de: “ ¿Que te gustaría que cambiar del deporte para que no se produjesen tantos casos de TCA?” dice:</p> <p><i>“El cambio creo que no debería producirse concretamente en el deporte, si no en la sociedad, en la educación desde pequeños, tratando de educar y concienciar en base a la idea de la diversidad, la inexistencia de un cuerpo perfecto, etc”</i></p>

14-FORMULARIOS

TOTAL MUESTRA	N= 58
SEXO	58 mujeres
EDAD	11-23 años
CATEGORÍA	Infantil-Cadete: 17 Junior-Senior: 41
ÁMBITO DE COMPETICIÓN	Autonómico: 32 Nacional: 11 Internacional: 1 No competición: 14
NIVEL	Amateur: 9

	Semiprofesionales: 34 Profesionales: 15
TIPOS DE DEPORTE	Deportes de Riesgo <ul style="list-style-type: none"> - Gimnasia Rítmica: 24 <ul style="list-style-type: none"> • Alevín-Cadete: 8 • Junior-Senior: 15 - Danza Conservatorio: 14 Deportes de no riesgo <ul style="list-style-type: none"> - Balonmano : 20 <ul style="list-style-type: none"> • Alevín-Cadete: 9 • Junior-Senior:11

Para la elección de los deportistas de la muestra he decidido tener en cuenta

- Distintas modalidades deportivas, teniendo en cuenta deportes de riesgo y de no riesgo de TCA.
- Distintas franjas de edades, teniendo así diferentes categorías.
- Un caso real
- Y distintos ámbitos de competición teniendo desde deportistas profesionales hasta practicantes de forma recreativa.

Por lo tanto la muestra está compuesta por 58 sujetos con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años, siendo la media de edad de 14,5. Por lo tanto he realizado agrupaciones por edades teniendo en cuenta el inicio y final de cada categoría, siendo estas: 11-14 años (alevín e infantil) 29,31 % y 15-23 (cadete y junior) 70,69%.

Esta comparativa será a partir de datos únicamente de mujeres, teniendo más en cuenta la igualdad en las edades como ya hemos comentado, y la influencia de los distintos deportes en ellas al seleccionar deportes de riesgo: gimnasia rítmica 41,37%, conservatorio de danza 24,14% , y deportes de no riesgo: balonmano: 34,48%. Se podrá ver aquí también una discriminación entre los deportes practicados siempre de forma conjunta y los que se realizan individualizados la mayor parte del tiempo.

Los deportes de riesgo seleccionados nos ayudarán a hacer un estudio valido, aunque podamos encontrar muchos resultados distintos en deportes sin riesgo. Todos los clubes

seleccionados son de la provincia de Valladolid, excepto el caso real que es de la provincia de León y dos casos del conservatorio de danza de Madrid. Por lo tanto podremos ver también cual es la comparativa en el caso de las distintas ciudades.

Además poder contar con personas que compiten a diferentes niveles nos podrá dar gran variedad de datos que serán vulnerables en el desarrollo de un TCA. Por último, poder contar con un caso real diagnosticado de un deporte de riesgo nos podrá hacer una comparativa muy realista con el resto sean o no de riesgo.

El cuestionario por lo tanto contará con un total de 33 ítems de los cuales 19 serán contestados marcando una de las respuestas que se ofrecen, 13 son a partir de una escala del 1-5 y uno de ellos una respuesta corta.

Las temáticas que recoge el cuestionario están basadas en preguntas y afirmaciones de distintos cuestionarios, inventarios y escalas utilizadas en la actualidad para evaluar aspectos específicos de los trastornos de la conducta alimentaria, estarán aplicados algunos de ellos al deporte.

Algunas de las **escalas utilizadas** han sido:

Eating Disorder Inventory- 2 (EDI-2) de Gardner (1991) en el que podemos evaluar el deseo de la delgadez, síntomas de bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza en sí mismo, temor a la madurez, impulsividad e inseguridad social.

Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor y Fairburn (1987) con el cual evaluamos la ansiedad que tiene el sujeto hacia su propio cuerpo.

Body Appreciation Scale (BAS) (The Spanish Journal of Psychology) (2011) se evalúa aquí los aspectos positivos de la imagen corporal.

Questionnaire of Influences on Body Shape Model (CIMEC-V), en este cuestionario se evaluarán aspectos sobre la imagen corporal como: *Actitudes hacia la pérdida de peso, ansiedad relacionada con el cuerpo, influencias interpersonales, influencia de modelos corporales ideales, influencias familiares, influencia del grupo de amigos, influencia de la publicidad, preocupación relacionada con la gordura, preocupación por ser delgado, influencia de los modelos sociales.*

Thought-Shape Fusion Questionnaire (TSF-Q) de Jáuregui I., Santed M.A., Shafran R., Santiado M.J., Estébanez s., (2011), basado en medir la unión entre lo que piensa de los alimentos y la imagen corporal.

Parental Bonding Instrument (PBI) de Parker, Tuplin y Brown (1979), adaptada al castellano por C.Ballús-Creus (1991) nos ayuda a evaluar la apreciación que tiene el sujeto sobre el vínculo con su familia concretamente en el cuidado y sobreprotección.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger (1970) utilizada para medir la ansiedad como estado y como rasgo.

Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ): En este cuestionario evaluamos el nivel de estrés de la persona usualmente y a la hora de realizar el test.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (1979): Esta escala medirá el nivel de autoestima, es decir cuánto más puntos la autoestima será mayor.

Cuestionario de Síntomas (SCL-90-R) de Deogatis (1977): Como su nombre indica se evaluarán algunos síntomas, concretamente: somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo.

Irrational Food Believes Scale- Escala de creencias irracionales acerca de los alimentos: Escala nutricional en la que pondremos a prueba los conocimientos sobre la nutrición del sujeto a partir de pensamientos racionales e irracionales.

Ítems del formulario:

1. Mi peso ha variado o se mantiene desde que hago este deporte	CHAD
2. He pensado en ponerme a dieta a raíz de practicar deporte	CHAD
3. He dejado de comer ciertos alimentos desde que hago deporte	CHAD
4. ¿Te ha preocupado alguna vez tu físico?	Imagen corporal
5. ¿Aceptas tu cuerpo tal y cómo es?	Imagen corporal
6. ¿Cada cuánto te pesas?	Obsesión

7. <i>"El hecho de que piense en comer alimentos prohibidos o comida que engorda significa que..."</i>	TSF-Q Imagen corporal y pensamiento sobre alimentos (Escala interpretativa)
8. <i>¿Te fijas habitualmente en prototipos de otras personas y deseas su cuerpo?</i>	Influencias interpersonales
9. <i>Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?</i>	CIMEC-V- Influencias interpersonales
10. <i>¿Te angustia ver prendas de ropa que se te han quedado pequeñas?</i>	CIMEC-V- Influencias interpersonales
11. <i>¿Has comido alguna vez más de lo normal para aumentar el peso o el volumen de tu cuerpo?</i>	CIMEC-V- Influencias interpersonales
12. <i>"Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme"</i>	EDI-2
13. <i>"Pienso en vomitar para perder peso"</i>	EDI-2
14. <i>"Como o bebo a escondidas"</i>	EDI-2
15. <i>¿Te preocupa que tu cuerpo no este lo suficientemente firme?</i>	BSQ (Imagen corporal)
16. <i>"Mi físico me condiciona en mi felicidad"</i>	Autoestima/autopercepción
17. <i>"A pesar de los defectos, acepto mi cuerpo tal y como es"</i>	BAS (Imagen corporal)
18. <i>"Mi familia me deja vestir de acuerdo a mis gustos"</i>	PBI – Clima familiar
19. <i>" A mi familia le gusta que yo tome mis propias decisiones"</i>	PBI – Clima familiar
20. <i>"Mi familia no parece entender qué es lo que necesito o quiero"</i>	PBI – Clima familiar
21. <i>"Tengo hábitos sanos para cuidar mi cuerpo"</i>	BAS (Imagen corporal)
22. <i>"Actualmente me siento bien conmigo mismo/a"</i>	STAI- Nivel de ansiedad
23. <i>"Me preocupa ahora posibles desgracias futuras"</i>	STAI- Nivel de ansiedad
24. <i>"Normalmente me siento solo o aislado"</i>	PSQ - Estrés
25. <i>"Creo que tengo varias cualidades buenas"</i>	RSES- Autoestima
26. <i>"Desearía valorarme más"</i>	RSES- Autoestima
27. <i>"A veces me siento verdaderamente inútil"</i>	RSES- Autoestima

28. <i>Debido al deporte he notado nerviosismo o agitación interior</i>	SCL-90-R – Adaptada (Síntomas)
29. <i>Debido al deporte he notado falta de apetito</i>	SCL-90-R – Adaptada (Síntomas)
30. <i>El deporte me ha hecho sentirme demasiado sensible o herido con facilidad</i>	SCL-90-R – Adaptada (Síntomas)
31. <i>"La comida es un sustituto del placer"</i>	Escala de creencias irracionales acerca de los alimentos (Conocimiento sobre la alimentación)
32. <i>"No como sano porque lleva más tiempo que hacerlo de forma insana"</i>	Escala de creencias irracionales acerca de los alimentos (Conocimiento sobre la alimentación)
33. <i>¿Qué tipo de alimentos suelen estar incluidos en tu dieta habitualmente? Señala cinco.</i>	Pregunta nutricional

15-COMPARACIÓN DE RESULTADOS

(Anexo 2)

Por lo tanto podemos comprobar tras el anterior punto que los **temas que abordaremos en la comparación** serán: La imagen corporal, conocimiento nutricional, autoestima, entorno familiar, estrés, ansiedad, influencias y otros síntomas, que será realizada confrontando los diferentes deportes, edades, niveles y ámbitos de competición.

Realizaré una comparación por grupos de cada ítem a través de gráficas que muestran las diferencias juntándolos por temáticas.

Atendiendo a ciertas preguntadas adaptadas a partir de las que nos hacen en el **CHAD** hemos obtenido los siguientes resultados. Con estos ítems podremos evaluar el miedo a engordar y la preocupación por la figura y alimentación en deportistas.

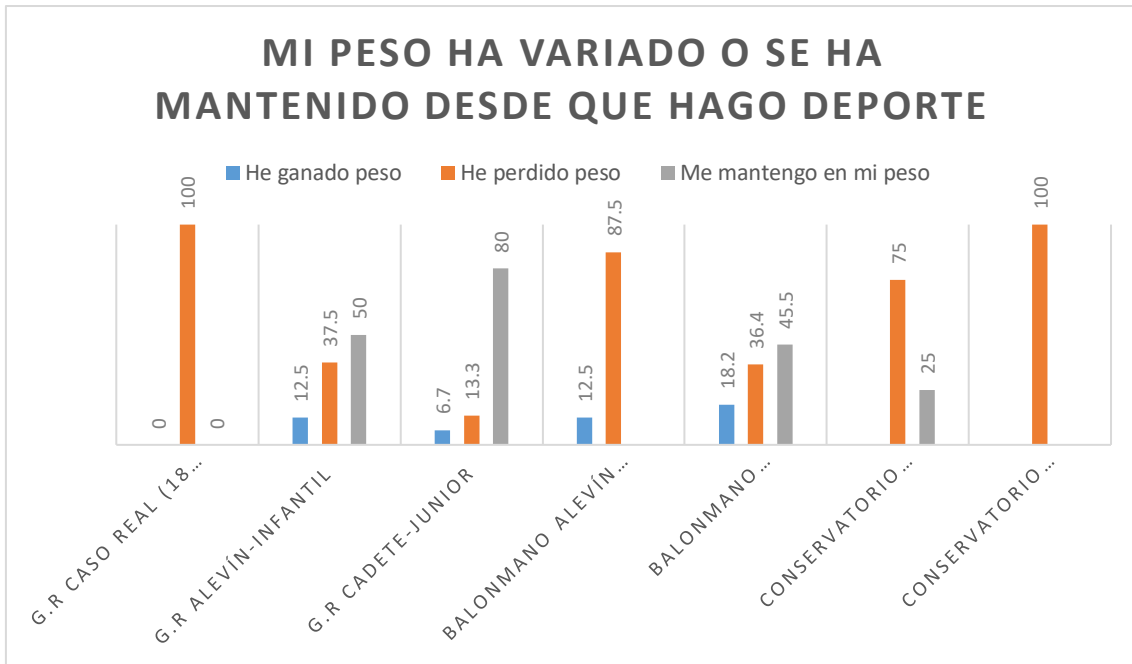


Figura 21: Ítem 1 del CHAD (adaptado)

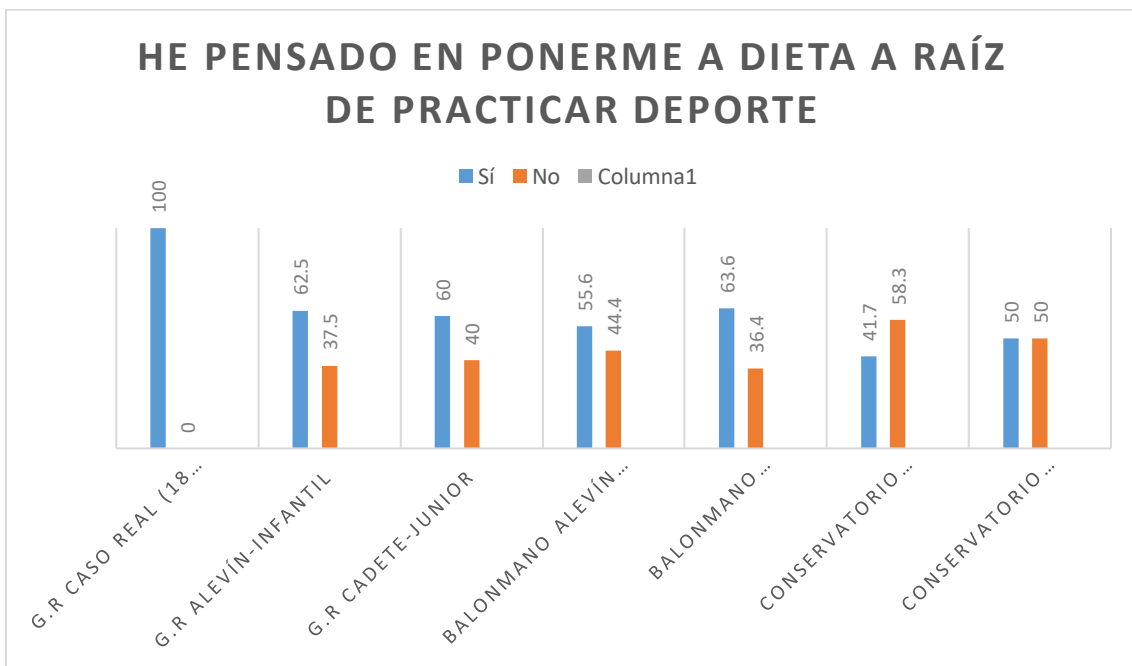


Figura 22: Ítem 2 del CHAD (adaptado)

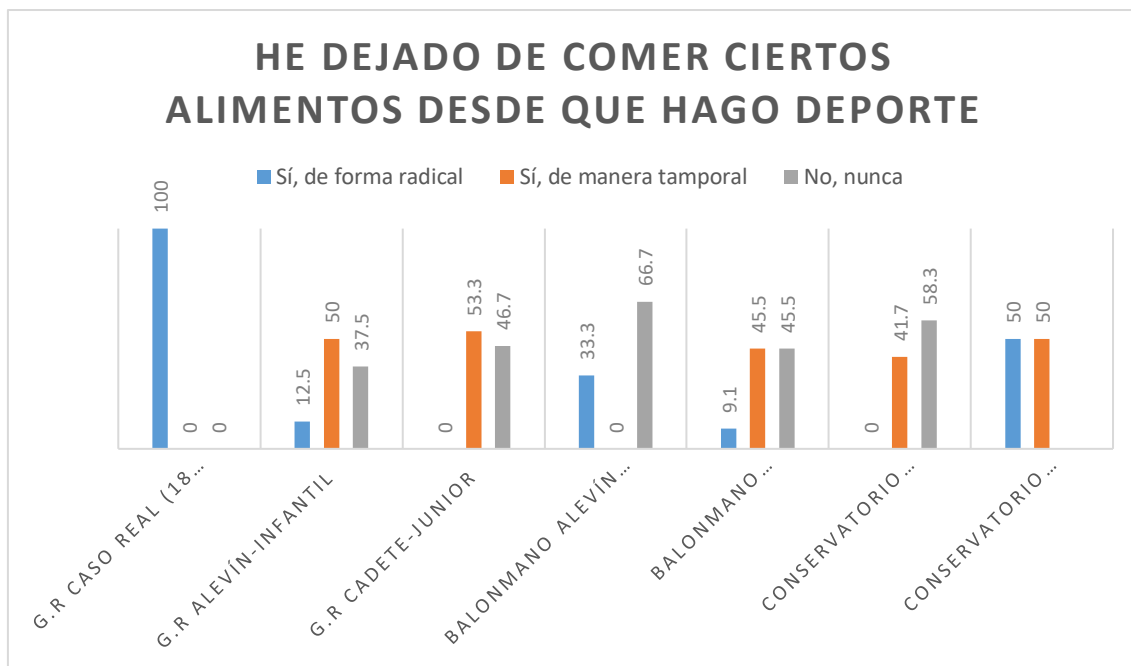


Figura 23: Ítem 3 del CHAD (adaptado)

Según la edad podemos comprobar como el número de casos que bajan de peso aumenta en deportistas adolescentes y preadolescentes siendo en este caso el rango de edades que contemplamos en la muestra, por lo tanto en general en todos los deportes y edades se contempla una disminución del peso al ejercer ese tipo de deportes. Debemos tener en cuenta que en otros estudios realizados con hombres que practican deportes de riesgo y no riesgo la mayor parte de las respuestas es que se ha producido un aumento de peso. Destacar en este caso que el aumento de peso más radical será en el caso real diagnosticado de Anorexia Nerviosa Restrictiva (100%), los dos casos del conservatorio de Madrid (100%) y Valladolid (75%) (Figura 21), todas ellas de 18 años; y el caso de las niñas alevines e infantiles de balonmano que rondan los 11-15 años (87,5%), dejando atrás a las gimnastas alevines-junior de nivel autonómico ya que la mayoría mantiene su peso (50%-80%) con un porcentaje de disminución de 37%-33,3%.

Atendiendo al tipo de deporte: de riesgo o no riesgo, vemos respuestas muy semejantes entre ellos en el resto de ítems, a excepción del caso real de rítmica en el que podemos ver una gran radicalidad de respuesta cumpliendo todos los ítems, junto a uno de los dos casos del conservatorio de Madrid coincidiendo ambos casos en la misma edad y un nivel semejante en cuanto presión, al haber sido una gimnasta que competía a nivel Europeo, y una bailarina profesional. Debemos tener en cuenta también aquí que el resto de casos estarán en niveles semejantes (autonómico) por lo tanto cabe la posibilidad de que todos

contemplan una coacción similar que les haga tener una concepción parecida ante el físico y alimentos-deporte. (Figura 22 y 23)

Atenderemos ahora los resultados de las preguntas pertenecientes a: **la imagen corporal:**

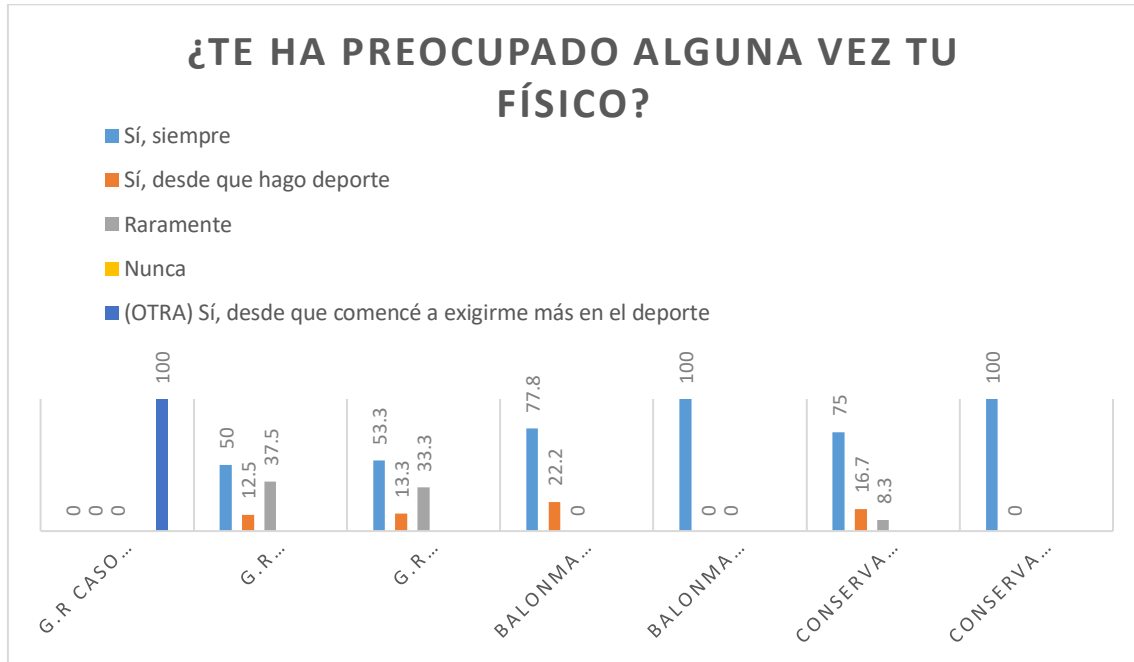


Figura 24: Ítem 1 del BAT

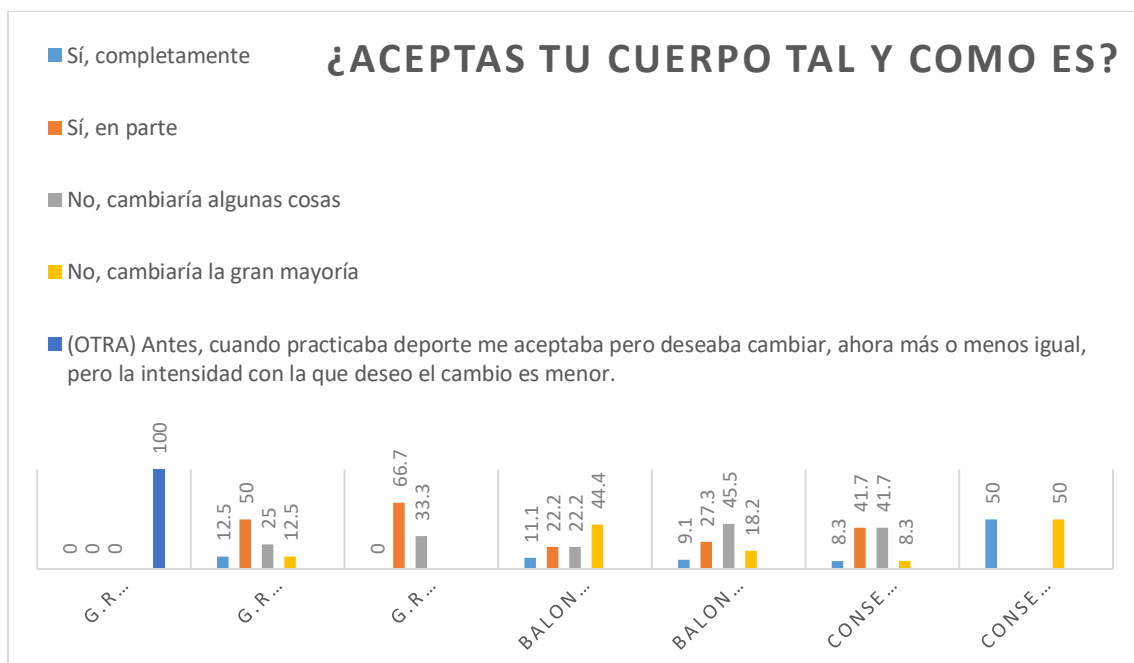


Figura 25: Ítem 2 del BAT

A partir del test BAT podremos analizar estos ítems al poder medir el grado de satisfacción que se tiene hacia la propia imagen corporal y la actitud frente a la misma. Estos datos nos muestran como existe una preocupación e insatisfacción por la imagen (Figura 24) en las categorías de edades superiores (cadete-junior), y concretamente más en deportes de equipo como es el balonmano (100%-77,8%) en el que la presión social y la comparativa puede llevarles a una TCA a partir de una obsesión de seguir el modelo ideal del equipo o cualquier otro marcado por la sociedad. Dejamos en último lugar las gimnastas autonómicas de infantil a junior de las cuales solo un 12,5% acepta su cuerpo en la totalidad, pero el resto no estarán satisfechas al fijarse de nuevo en cánones por ejemplo de gimnastas olímpicas basadas en la delgadez y firmeza.

Volvemos a encontrarnos aquí el caso radical del conservatorio de Madrid que no acepta en absoluto nada de su cuerpo, pudiendo contemplar aquí otro síntoma en cuanto la imagen corporal, que nos muestra como en el ámbito profesional la presión, los requisitos o lo “establecido” ante esto puede ser demasiado. Lo vemos a su vez en el caso real, quien decide concretar que a partir de las exigencias marcadas en el deporte comenzó su problema y además que tenía una gran problemática de aceptación del cuerpo que hoy en día va solventando poco a poco. (Figura 25)

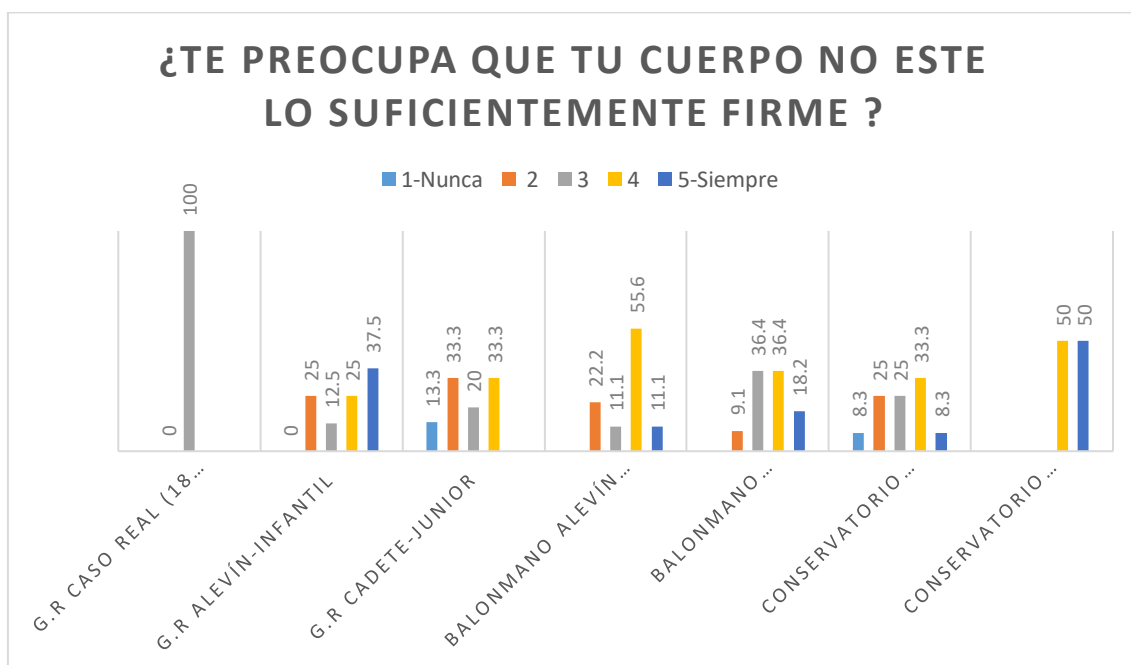


Figura 26: Ítem 1 del BSQ

Según este ítem del BSQ (Body Shape Questionnaire) se medirá la ansiedad que cada uno posee ante su propio cuerpo, cuanto más se exceda su puntuación mayor es la distorsión que sufre sobre su figura corporal según Cooper (1987). Podemos ver mayor ansiedad a partir de la suma de las puntuaciones 4-5 en los sujetos del Conservatorio de Madrid en el que el mismo caso que presenta todos los síntomas vuelve de nuevo a contestar con radicalidad (5-Siempre), siguiendo con el grupo de balonmano alevín-infantil (66,7%) y continuando con el grupo alevín-infantil de gimnasia rítmica (62,5%). Contemplamos aquí como afecta más a edades más tempranas (alevín-infantil) que en más mayores (cadete-junior), además existe a partir de esto, más ansiedad en los deportes estéticos (gimnasia rítmica y danza en el conservatorio) que en deportes de no riesgo como el balonmano. Es probable que los cánones estéticos sean los que influyen en que la dureza, fortaleza, firmeza hacen a la mujer más bonita en estos deportes y el no conseguirlo es lo que produce la dicha ansiedad. (Figura 26)

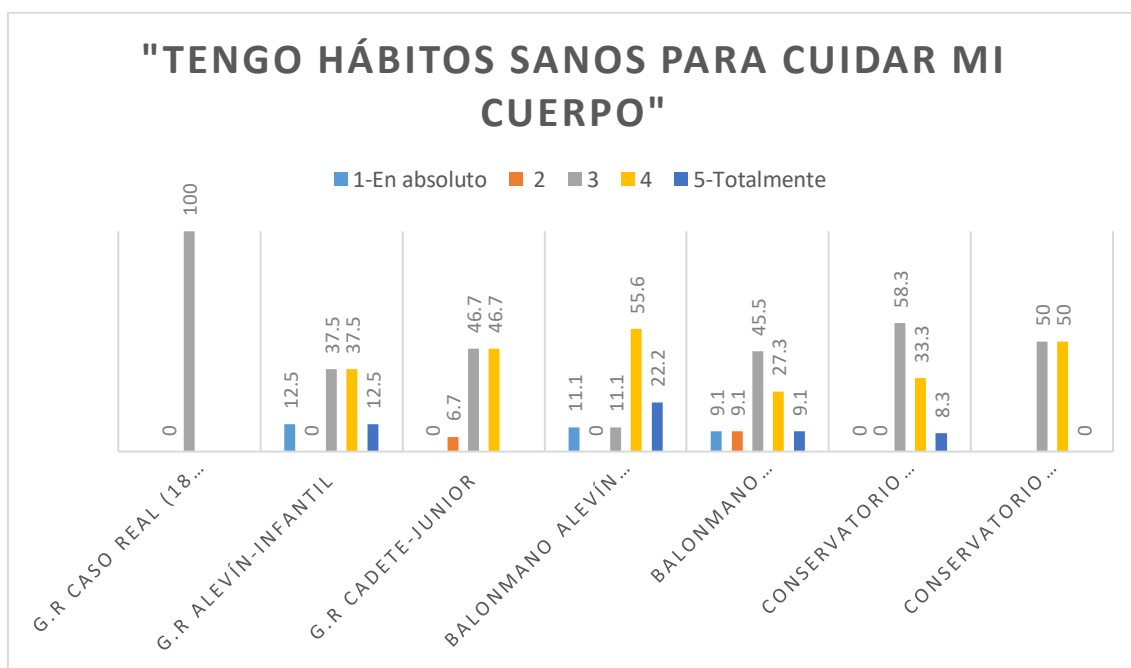


Figura 27: Ítem 1 del BAS

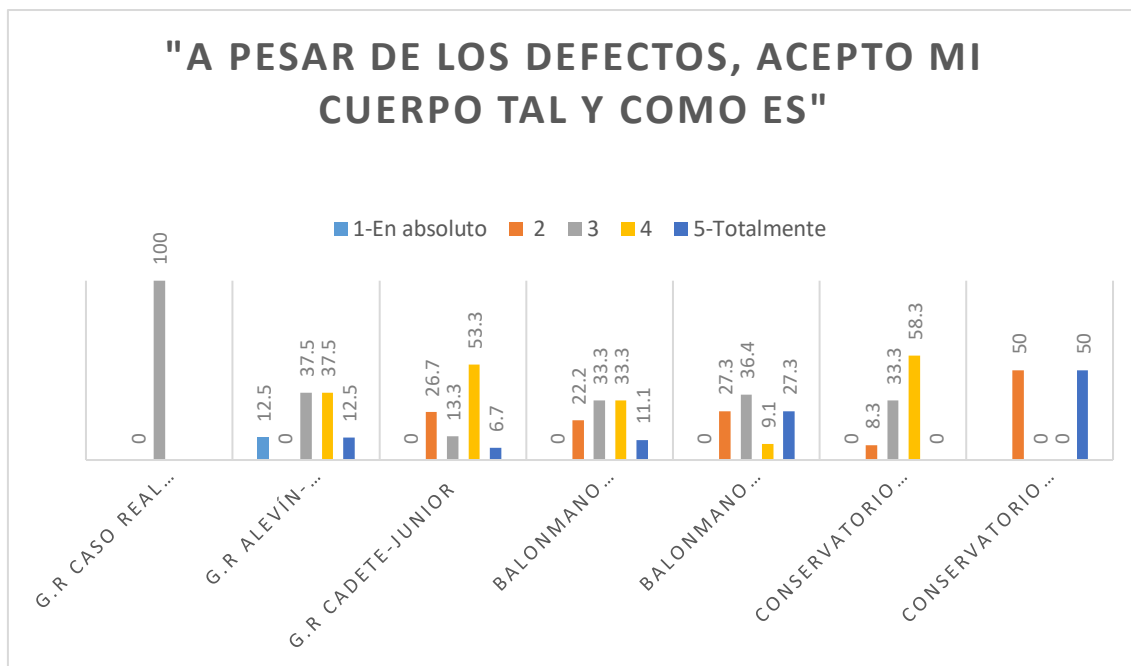


Figura 28: Ítem 2 del BAS

Será en estos dos últimos casos respecto a la escala BAS como analizaremos los aspectos positivos de la imagen, en el que podemos comprobar resultados mayormente favorables en todos los deportes, ya que tienen en cuenta sus defectos pero lo aceptan y se cuidan de una forma parcial sin crear una obsesión. Vemos peores datos en el caso de las gimnastas y jugadoras de balonmano cadetes y junior que tendrán más problemas en la aceptación de la imagen a la vez de seguir unos buenos hábitos, además del caso concreto del conservatorio de Madrid, siendo todas ellas de una mismo rango de edad, por lo tanto la afectación será mayor en una imagen positiva cuanto mayor sea el sujeto. En el caso real podemos seguir afirmando que recibe tratamiento y avances en este sentido ya que está en un nivel intermedio de aceptación. (Figura 27 y 28)

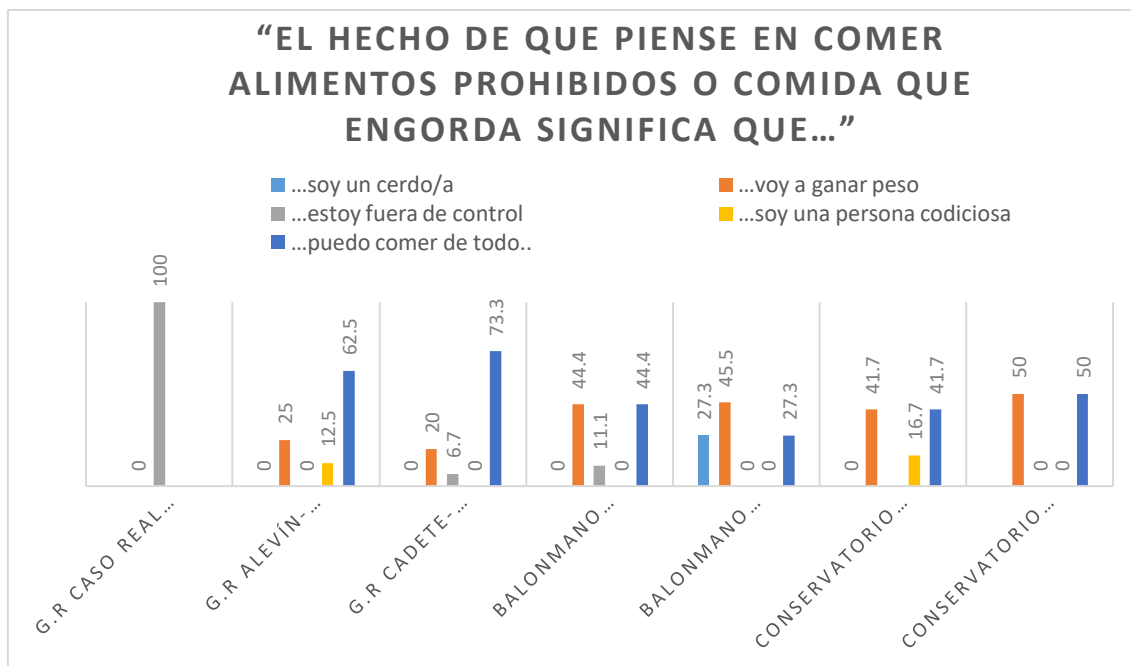


Figura 29: Ítem 1 del TSF-Q

En este último ítem y a partir del test TSF-Q podemos medir la unión entre los pensamientos sobre los alimentos y la imagen corporal en el que vemos como la gran mayoría de las respuestas está dentro del rango normal al contestar “puedo comer de todo” no restringiéndose de ciertos alimentos y denominándolos prohibidos. Vemos mayores problemas en los pensamientos de nuevo del caso del conservatorio de Madrid (50%), seguido de los casos de su misma edad de balonmano cadete y junior (45,5%), balonmano alevín-infantil (44,4%) y conservatorio de Valladolid (41,7%) quien la mitad en cada caso o incluso más piensan que ese tipo de alimentos las harán ganar peso. Y debemos destacar el caso real quien contesta que “está fuera de control” sin lugar a duda, junto a un 6,7% de casos de gimnasia rítmica cadete-juvenil y un 11,1% de casos de balonmano alevín y cadete. En estos últimos casos contemplamos el cumplimiento de uno de los síntomas quien acepta que en su dieta existen alimentos autoprobibidos que solo consumen en caso de perder el control, es decir posibles “atracones” con los que luego no se sentirán bien y probablemente deban realizar ciertas conductas compensatorias. (Figura 29)

Influencias interpersonales

En esta parte del estudio nos basamos en los ítems del CIMEC-V que nos ayuda a valorar: Actitudes hacia la pérdida de peso, ansiedad respecto al cuerpo, influencias interpersonales, influencias de modelos ideales, de la publicidad, familia o iguales y preocupación por la gordura o delgadez.

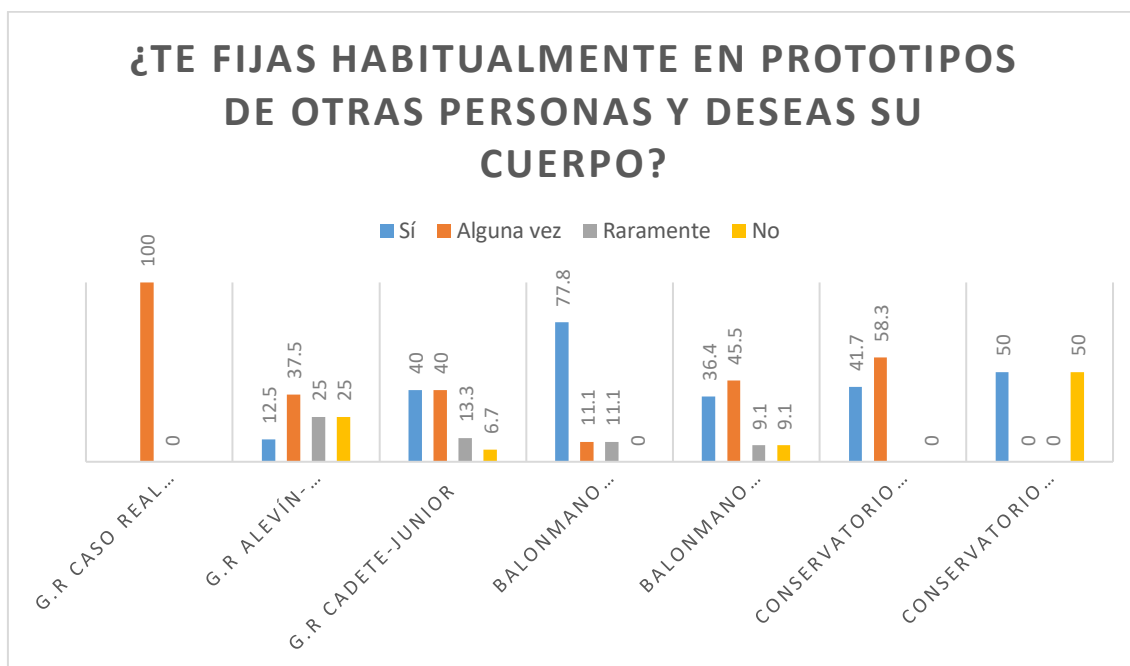


Figura 30: Ítem 1 del CIMEC-V

Vemos en este caso (Figura 30) como la presión en el deporte será un factor antecedente y mediador en los TCA al requerir ciertas características como el perfeccionismo y altas expectativas hasta llegar a un ideal marcado que es la delgadez como éxito. A medida que el nivel competitivo aumente la presión ascenderá y es así como vemos mayores casos en profesionales como el caso real y conservatorios, rondando edades semejantes. Además confirmamos que la práctica de deportes en equipo supone una mayor preocupación por no llegar a este estereotipo que generará estrés y llevará a este tipo de trastornos, vemos en el balonmano los mayores porcentajes de llegar al ideal marcado con un 36,4% en cadetes y junior, y un 77,8% en alevines-infantiles. En gimnasia rítmica los modelos serán más seguidos por edades superiores (40%) que en más jóvenes (12,5%).

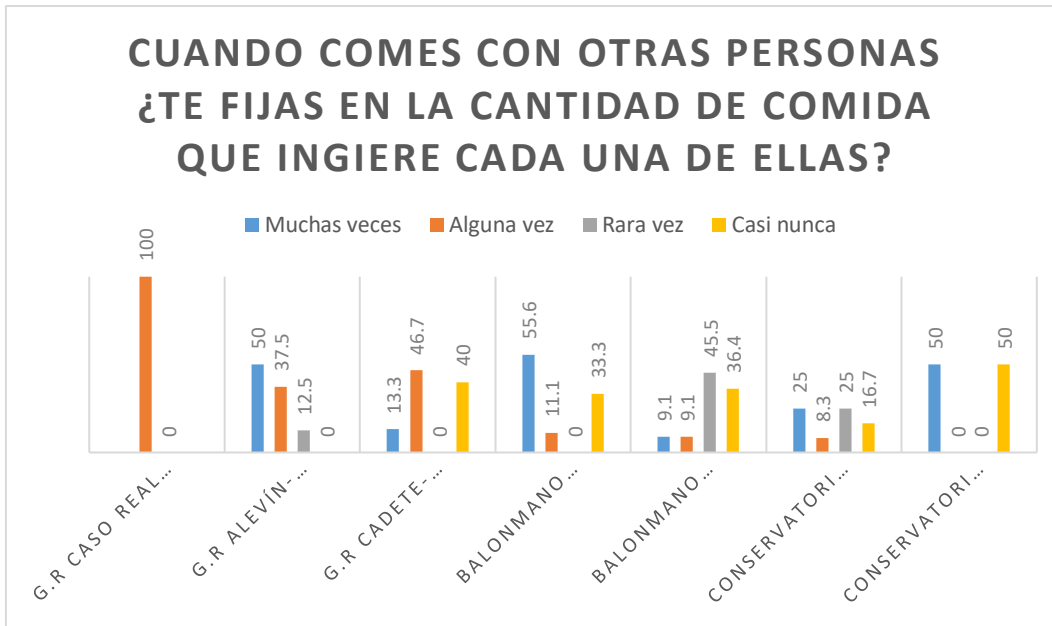


Figura 31: Ítem 2 del CIMEC-V

Este seguimiento hará en ocasiones que los sujetos lleguen a la obsesión que les generará un seguimiento de su modelo. De una manera sencilla vemos como en este caso serán las personas más jóvenes y por lo tanto más influenciables quienes más se fijen en cantidades de comida que ingiere este prototipo para igualarlo, además vemos que se incrementará esta obsesión en deportes de equipo (balonmano alevín-infantil) al ser un equipo en el que nadie puede ser “el suplente” y será así como intentará ser el mejor, con el canon la delgadez es el éxito, es decir racionando su comida como su igual a seguir. (Figura 31)

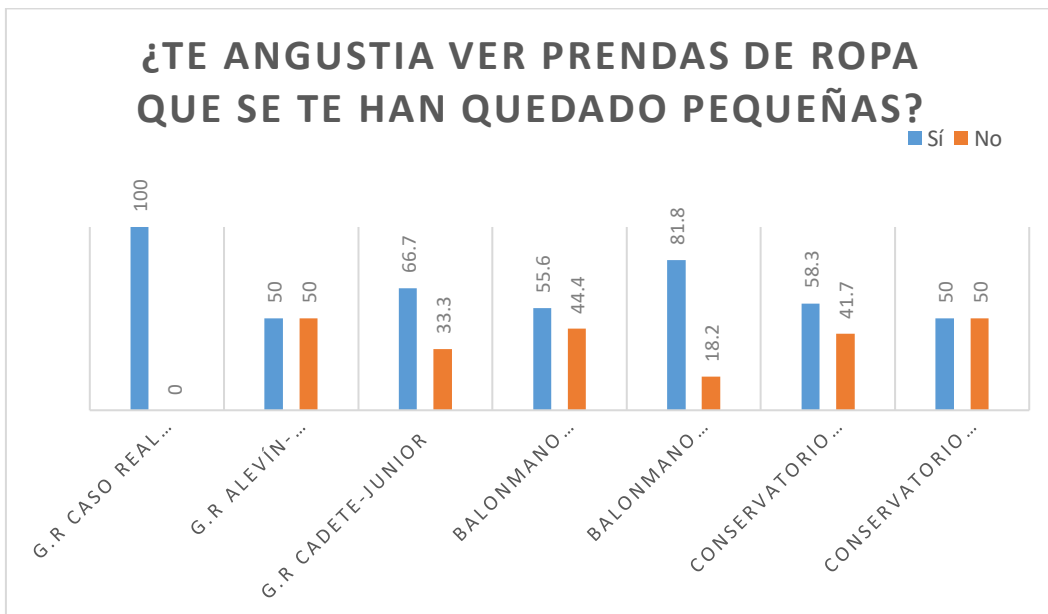


Figura 32: Ítem 3 del CIMEC-V

La angustia por aumentar de peso irá aumentando con los años, ya que el cambio de cuerpo durante estas edades será diferente según la constitución e influirá el tipo y cantidad de deporte. Será así como el nivel de cadetes y junior verán cambios físicos que no habían contemplado antes y realizarán mayores comparaciones con sus iguales, como vemos con las gimnastas, caso real, conservatorios y jugadoras de balonmano con un 66,7%, 100%, 50% y 81,8% de nivel de angustia al ver que su ropa no les cabe (*Figura 32*). Entra aquí también el factor publicidad en el que nos imponen entre otras cosas tallas por edad, es decir en cada momento seas como seas debes entrar en la talla correspondiente, si necesitas una mayor tu peso será excesivo.

En este caso vuelve a suceder lo mismo en los deportes de equipo, una unión de iguales que no deben diferenciarse entre ellos, por lo tanto un cambio de talla les resultará una gran angustia y ansiedad (Balonmano cadete-junior).

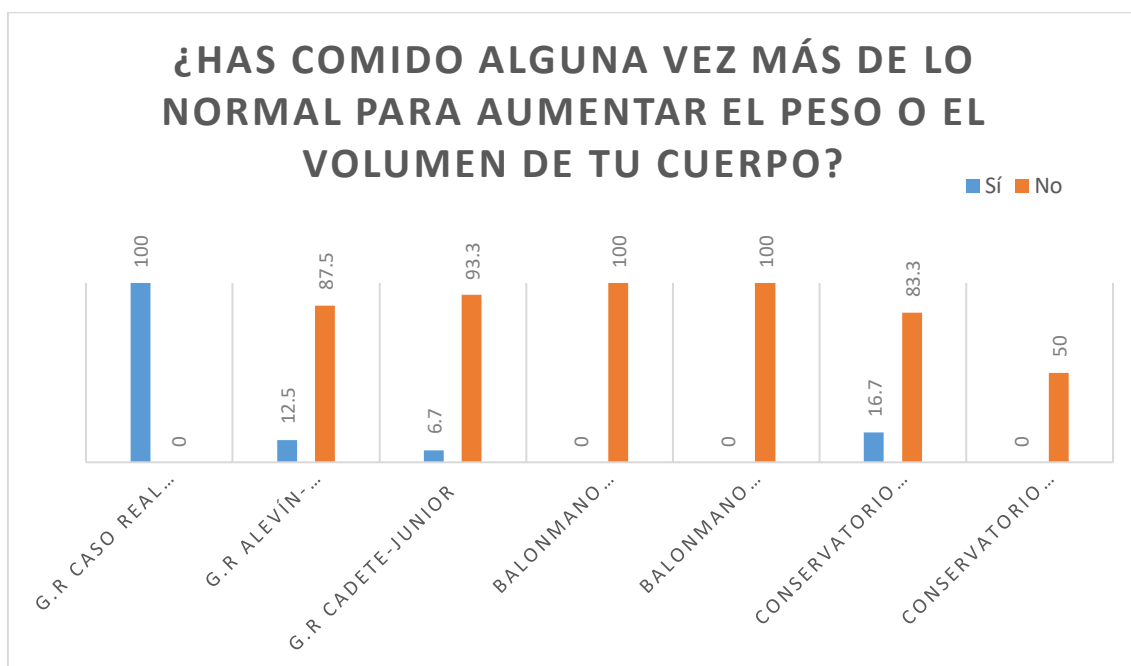


Figura 33: Ítem 4 del CIMEC-V

En este último apartado (*Figura 33*) corroboramos como en la gran mayoría estas deportistas nunca han decidido voluntariamente comer con la finalidad de ganar peso, podemos basarnos aquí de nuevo en el canon impuesto el cual no implica una ganancia de masa corporal, será por lo contrario el caso real quien a partir de tratamientos quien decidió voluntariamente y por salud comer más de lo habitual para recuperar peso.

Clima familiar

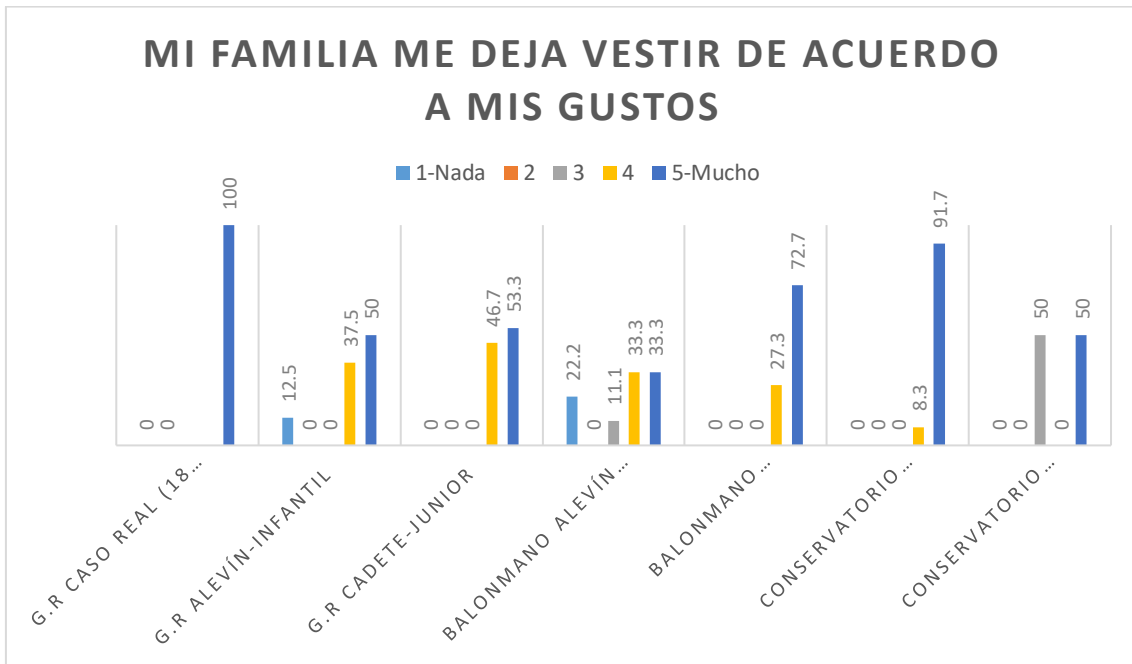


Figura 34: Ítem 1 del PBI

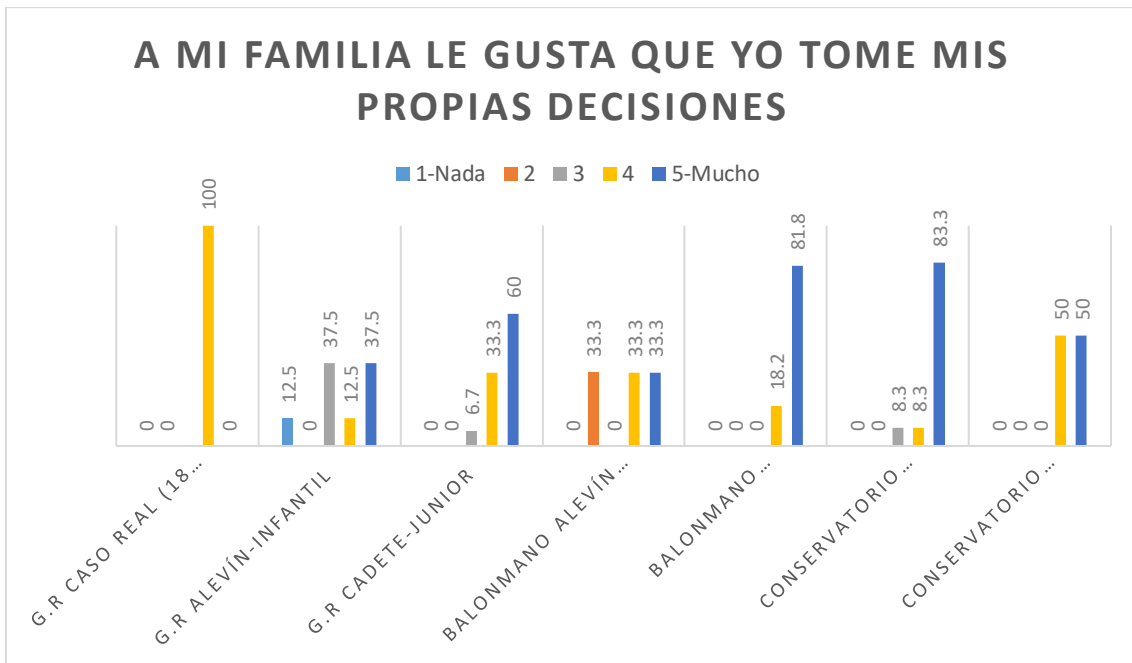


Figura 35: Ítem 2 del PBI

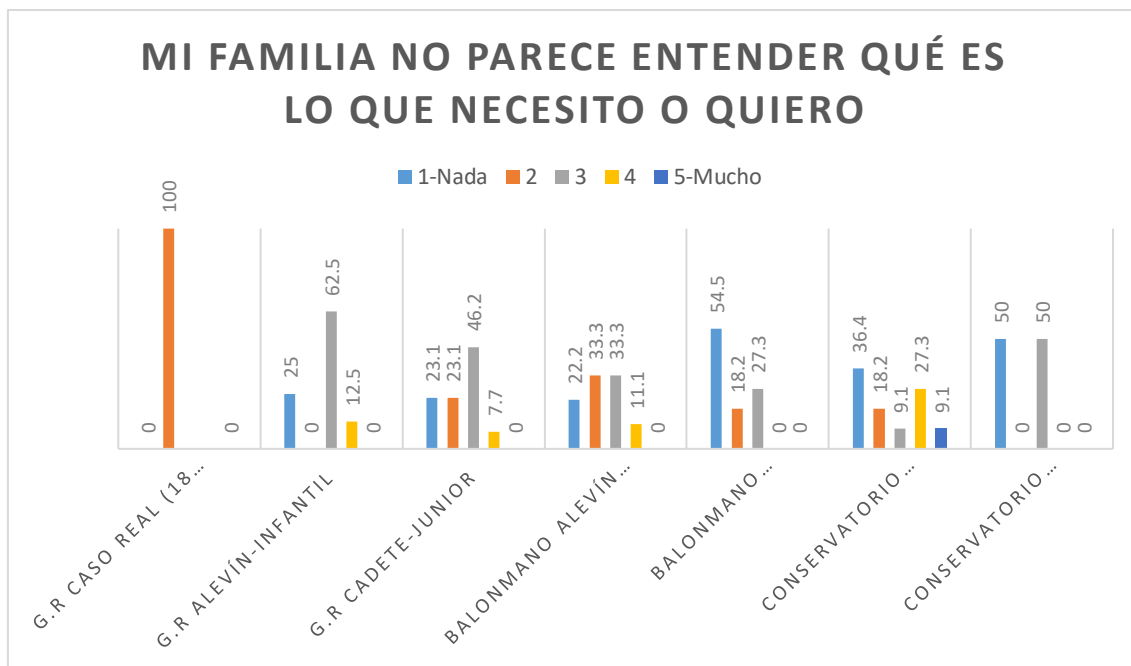


Figura 36: Ítem 3 del PBI

La actitud de la familia es uno de los factores de riesgos que pueden desencadenar una TCA en los hijos/as, quienes serán susceptibles a seguir a estos referentes que generalmente quieren un/a hijo/a modelo a través de la exigencia, el control y la sobreprotección. A partir de los dos primeros gráficos (*Figura 34 y 35*) podemos ver como en este caso serán las edades más jóvenes de gimnasia rítmica y balonmano (alevín-infantil) quienes tendrán un mayor control de sus familiares y una sobreprotección que las condiciona a la hora de decidir en diferentes aspectos sin estar de acuerdo, además vemos resultados más radicales en las gimnastas con casos de incomprensión total (12,5%), lo que nos hace concluir que la familia realmente es un factor de riesgo al exceder esta sobreprotección en niñas de deportes “estéticos” que se relacionan con palabras como: “bonitas”, “delicadas”, “talentosas”... que sus padres y sus entrenadores deben conseguir moldeándolas sobre todo en sus años más jóvenes.

A la hora de la comprensión familiar (*Figura 36*) en las necesidades o apetencias serán las edades superiores quienes se vean más vulnerables al adquirir unos nuevos y cambiantes gustos que a sus progenitores en estas edades les cuesta asumir, normalizar y aceptar.

En el caso real y en el caso del conservatorio de Madrid comprobamos como vuelve a existir este factor de riesgo por parte del clima familiar que les condicionará a su vez retroalimentando el resto de síntomas.

Estrés, ansiedad y obsesión

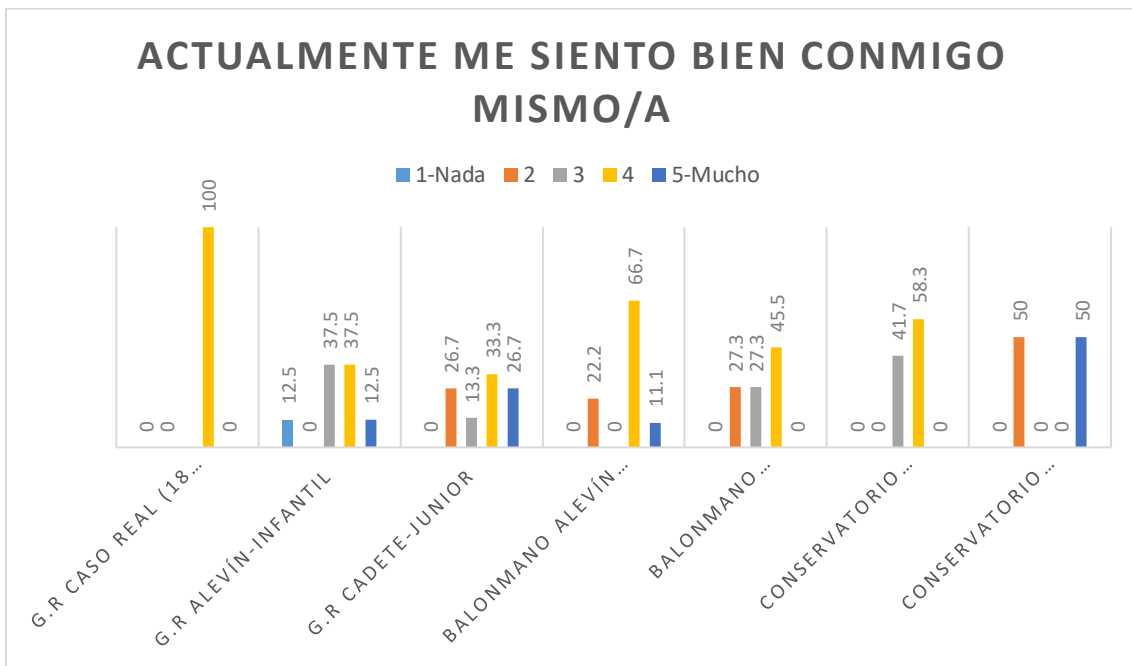


Figura 37: Ítem 1 del STAI

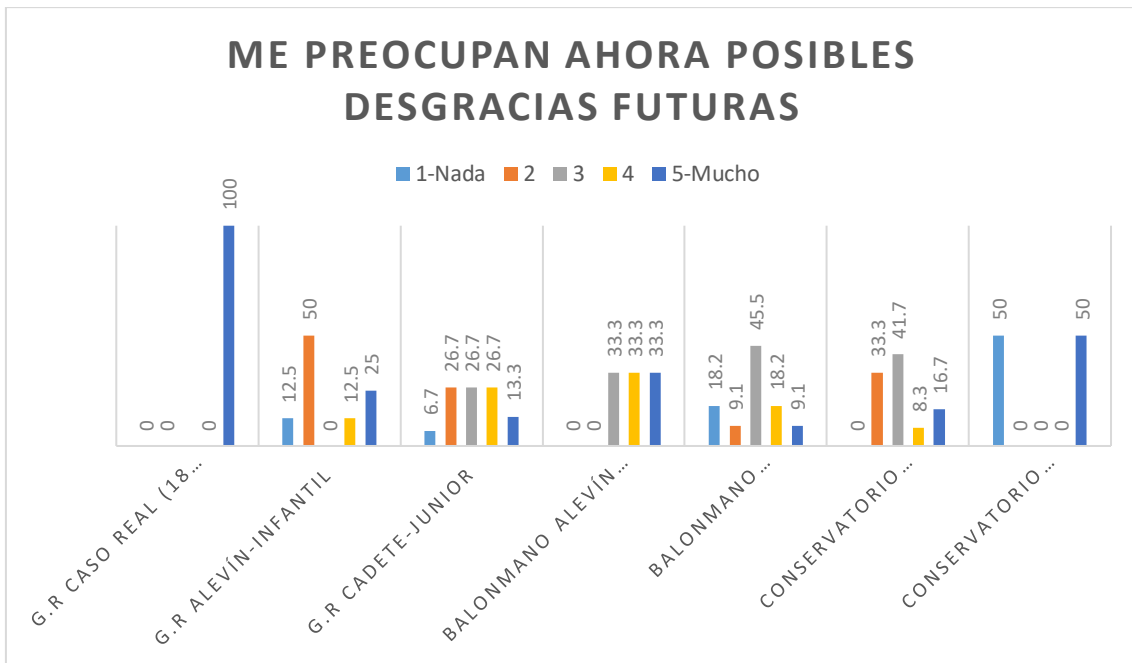


Figura 38: Ítem 2 del STAI

A partir de la escala STAI de Charles Spielberger, R.L Gorsuch y R.E Lushene podremos medir los niveles de ansiedad y si es algo momentáneo o característico, es decir el estrés como rasgo o como estado.

Será en el primer gráfico (*Figura 37*) donde veremos la preocupación que sientes por su imagen corporal que les podrá provocar este tipo de ansiedad si es negativa, o incluso si alguien habla de sus complejos físicos puede desencadenar estos malos sentimientos. De forma general, en la actualidad sienten tranquilidad consigo mismas, pero vemos los casos más preocupantes en todas las edades de gimnasia rítmica, aunque de una forma más concreta con las alevines-infantiles en la que un 12,5% de los sujetos no están nada bien consigo misma, siguiéndoles las edades superiores de rítmica y balonmano (cadetes-juniors) con 26,7% y 27,3% de insatisfacción, podríamos hablar en estos casos de una ansiedad característica, es decir la persona tiene ya una predisposición a tener este estado aunque no exista un peligro. En el caso del caso real vemos grandes progresos en la terapia aceptándose cada vez más al ir consiguiendo logros, y en el caso concreto del conservatorio de Madrid volvemos a encontrar problemas de ansiedad característica al estar sometida a altas presiones del entorno convirtiéndose en “autopresión”.

En el segundo gráfico (*Figura 38*), contemplamos quien puede tener miedos o situaciones marcadas que les generará esta ansiedad en el momento que sucedan estando en tensión en su día a día, es decir de nuevo con una ansiedad-estado. Vuelven a tener las mayores preocupaciones los casos de alevines-infantiles tanto de gimnasia como de balonmano, debemos tener en cuenta aquí los factores de riesgo que les rodean conociendo ya que concretamente en estos casos existe el factor mantenedor del clima familiar, que podría generar esta ansiedad continuada. Por otro lado contemplamos de nuevo de forma semejante el caso real que continua con temores que la produce este estado anómalo probablemente por las posibles recaídas del trastorno, y a su vez vemos como el caso del conservatorio de Madrid continúa con el cumplimiento de la sintomatología.

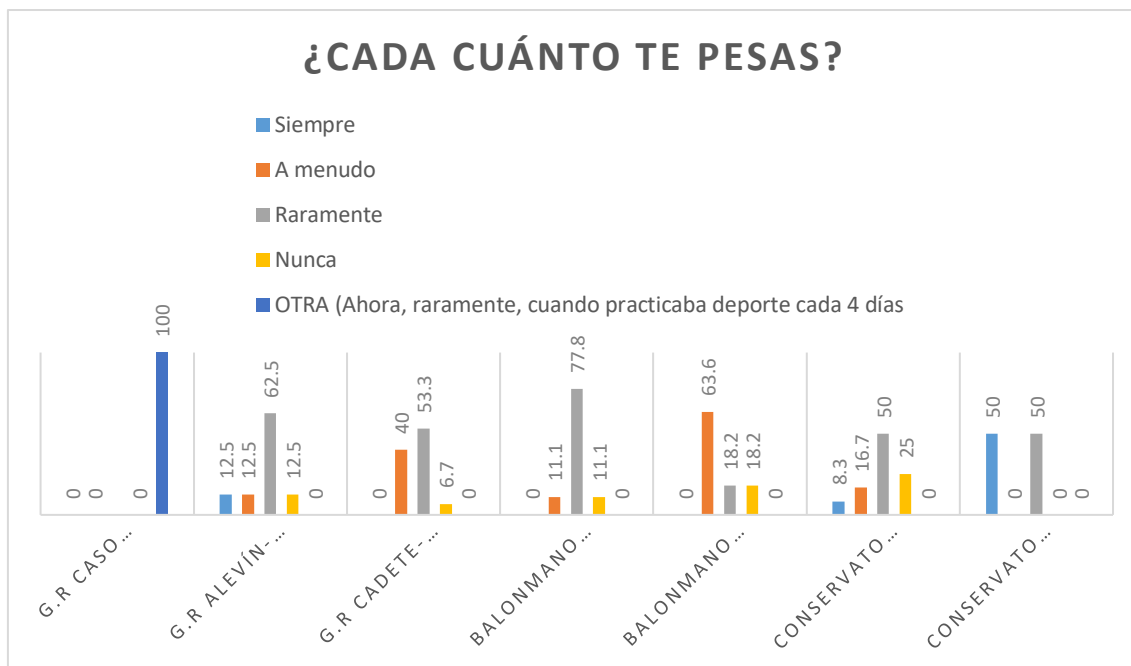


Figura 39: Ítem 1 sobre TOC

Con estos últimos datos (*Figura 39*) vemos el nivel de obsesión por el peso y su control en el que serán las edades superiores (cadete-junior) quien lleve mayor control tanto en rítmica como en balonmano y conservatorios (40%; 63,6%;16,7%; 50%), es decir con el aumento de nivel y con el cambio de cuerpo la presión por el mantenimiento de peso cada vez es mayor. Los resultados son más radicales según la profesionalidad como el caso del Conservatorio de Madrid por la y por los deportes de equipo en el caso de balonmano cadete-juvenil.

A su vez comprobamos con el caso real como los propios clubes querrán buscar estos ideales ya comentados llevando un control continuo del peso, ya que en un nivel federado-profesional deben conseguir modelos idénticos que no pueden salir de los cánones.

Autoestima/autoconcepto

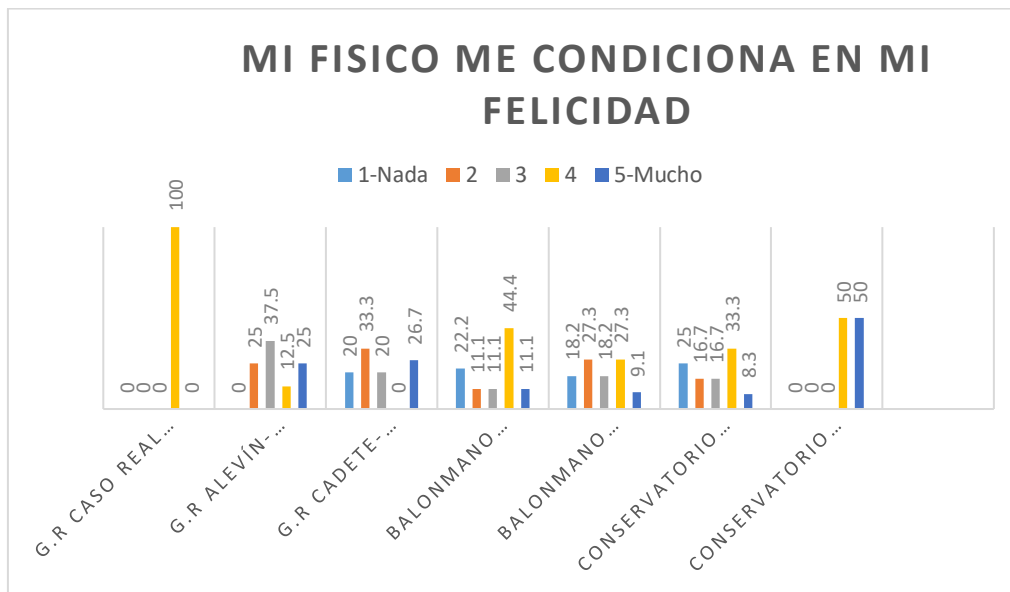


Figura 40: Ítem 1 del RSES

Según Coakley (1992) la formación de altas expectativas en el deportista y la alta presión por conseguir el éxito afectan gravemente a su autoestima. Vemos así como el condición de la felicidad (Figura 40) de las gimnastas respecto a su físico es mucho mayor que en balonmano votando la gran mayoría las mayores puntuaciones con un 5: 100%; 25%;26,7%, frente a las jugadoras de balonmano: 11,1%; 8,3%. Volvemos a ver en este caso como este deporte de estética y la presión por “ser bonitas” afecta a la autoestima.

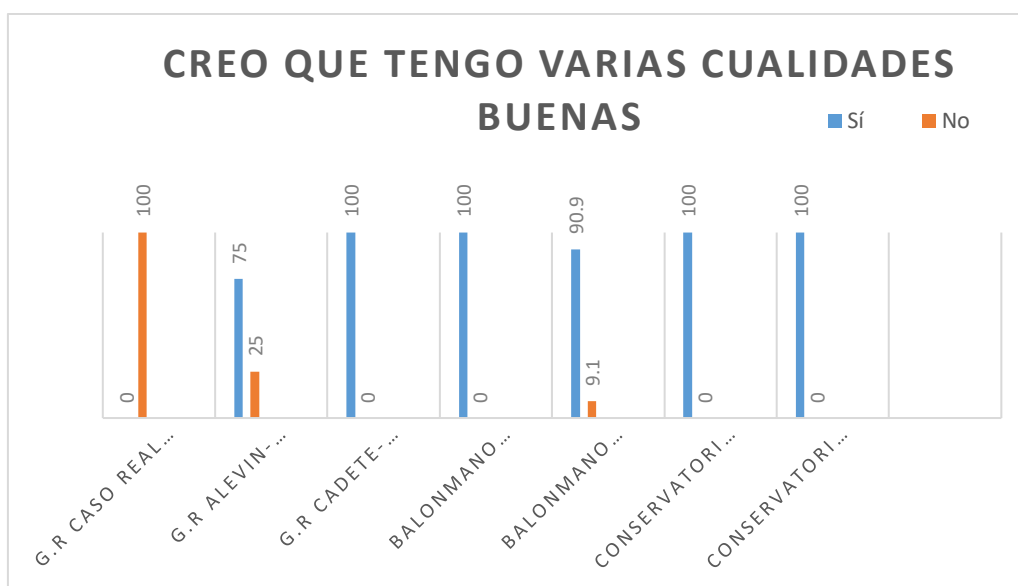


Figura 41: Ítem 2 del RSES

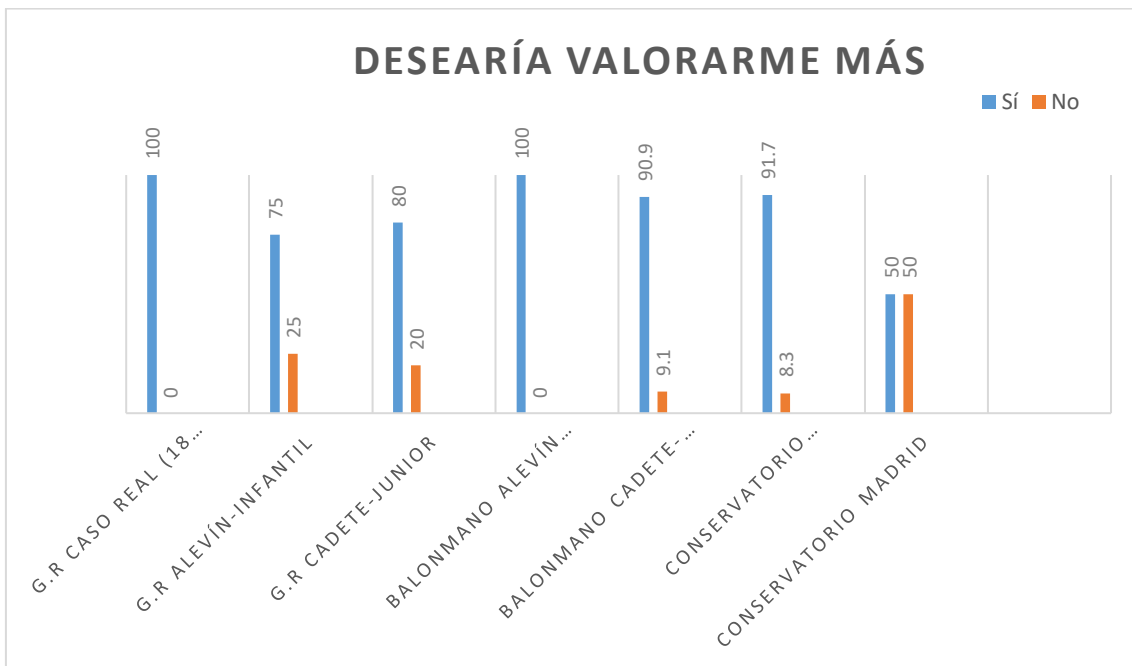


Figura 42: Ítem 3 del RSES

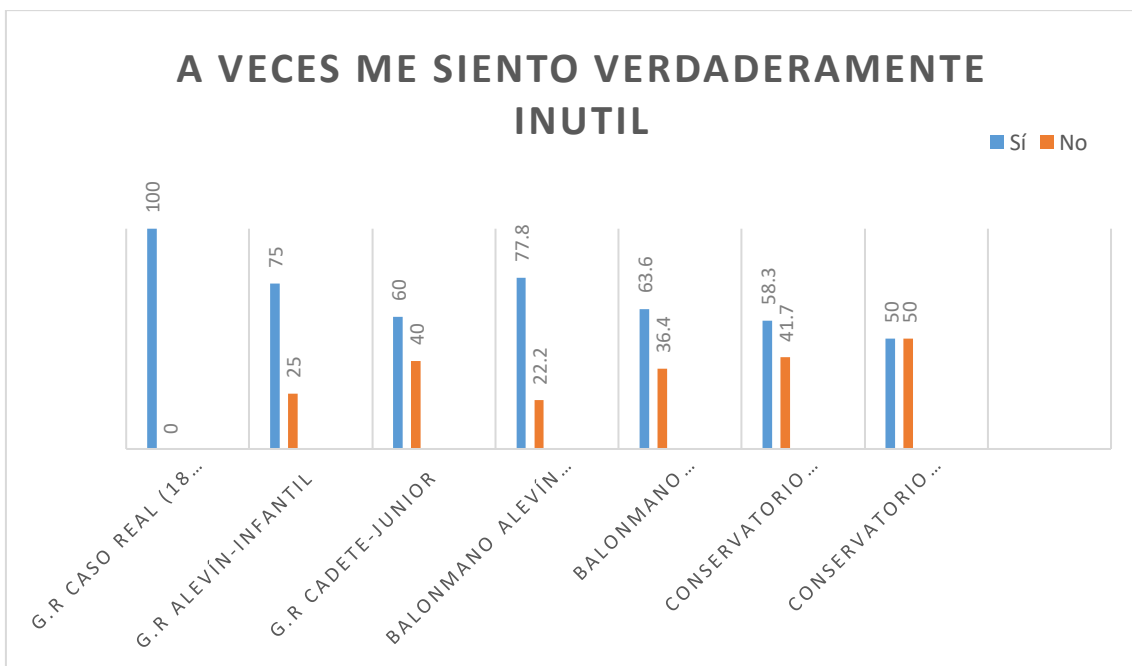


Figura 43: Ítem 4 del RSES

En estos tres últimos gráficos podemos contemplar como la autoestima de estos deportistas también va a depender de sus éxitos o fracasos, es decir de los resultados, que generarán en ellos sentimientos positivos o negativos según Whipple (2009).

Por lo tanto vemos como en su mayoría todos los deportistas aceptan tener varias cualidades buenas a excepción del caso real de AN que a día de hoy convive con una autoestima y un autoconcepto nulo, admitiendo que siente no encajar en la sociedad en general, sin encontrar apenas virtudes, ni valor en sí misma, algo en lo que actualmente sigue recibiendo tratamiento. En los demás casos contemplamos menores porcentajes en el valor propio en el caso de balonmano en ambas edades, siendo incluso mayor en las edades más jóvenes (90,9%-100%), les sigue con un porcentaje semejante el caso del conservatorio de Valladolid quienes coinciden con la edad del grupo cadete-junior de balonmano y también el porcentaje es semejante (91,7%). Por último destacamos de nuevo el caso opuesto del conservatorio de Madrid que cumple también con el patrón de baja autoestima teniendo resultados semejantes al caso real diagnosticado.

Por lo tanto comprobamos como la autoestima/autoconcepto es menor en edades más tempranas, y debemos destacar que lo es también en deportes de grupo (de forma continuada): balonmano. Respecto a esto último podemos basarnos en la continua comparación que se lleva a cabo entre jugadores en un mismo equipo de manera continua, estando así en un “ranking” constante siendo seleccionados como jugadores activos o jugadores de reserva., En el resto de casos existe principalmente un trabajo individual y en ocasiones grupal, en el que la presión recae más en sí mismo sin comparación con su propio equipo.

Conocimiento nutricional

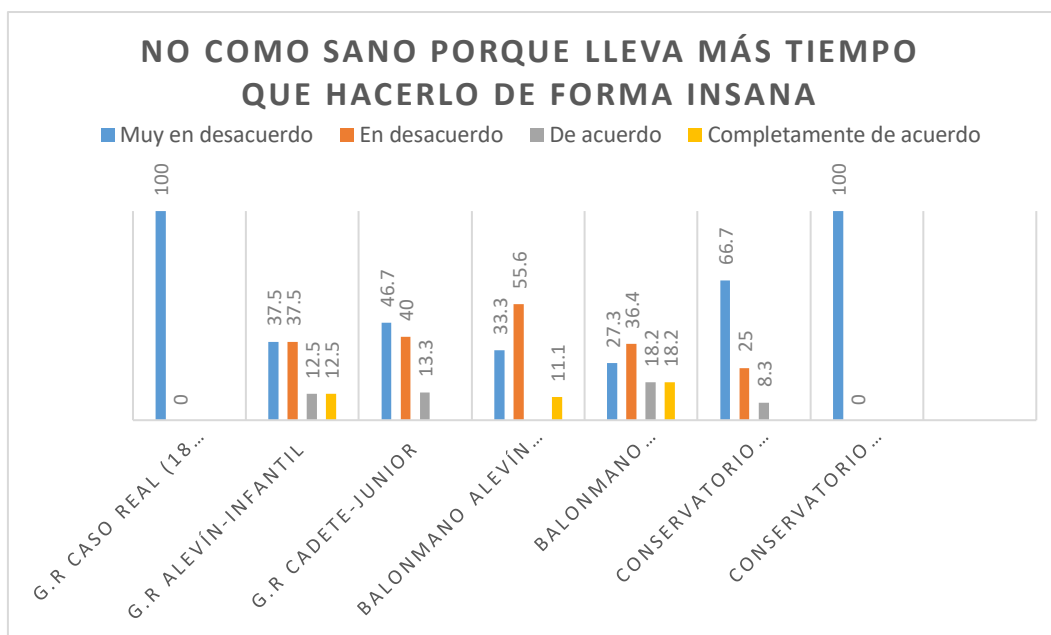


Figura 44: Ítem 1 de la Escala de creencias irracionales

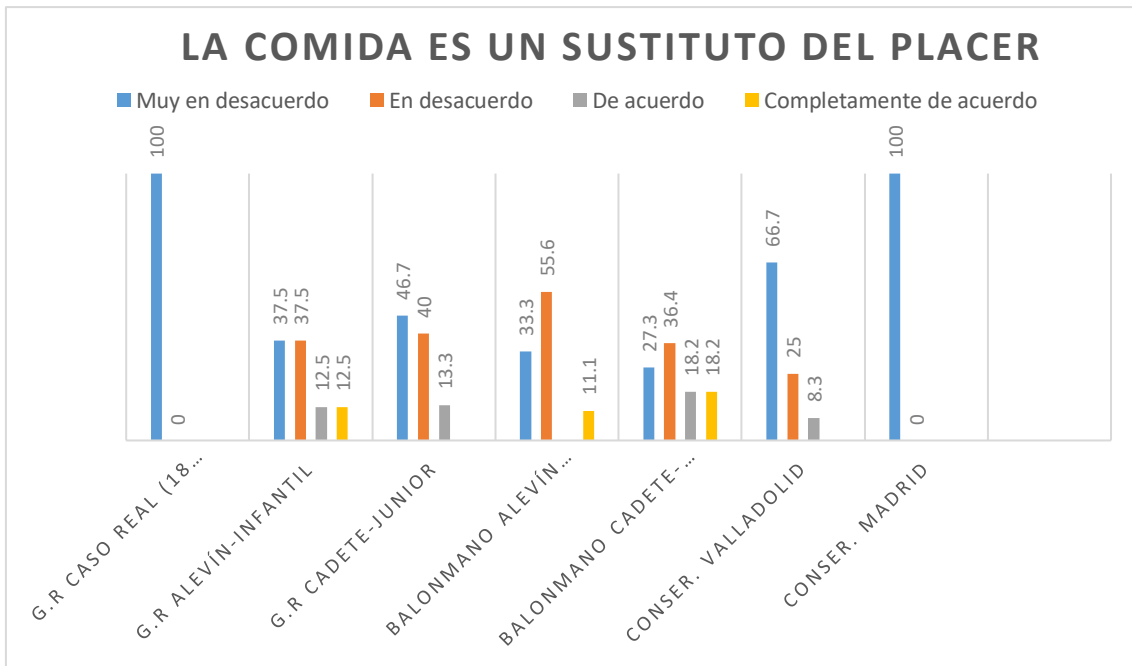


Figura 45: Ítem 2 de la Escala de creencias irracionales

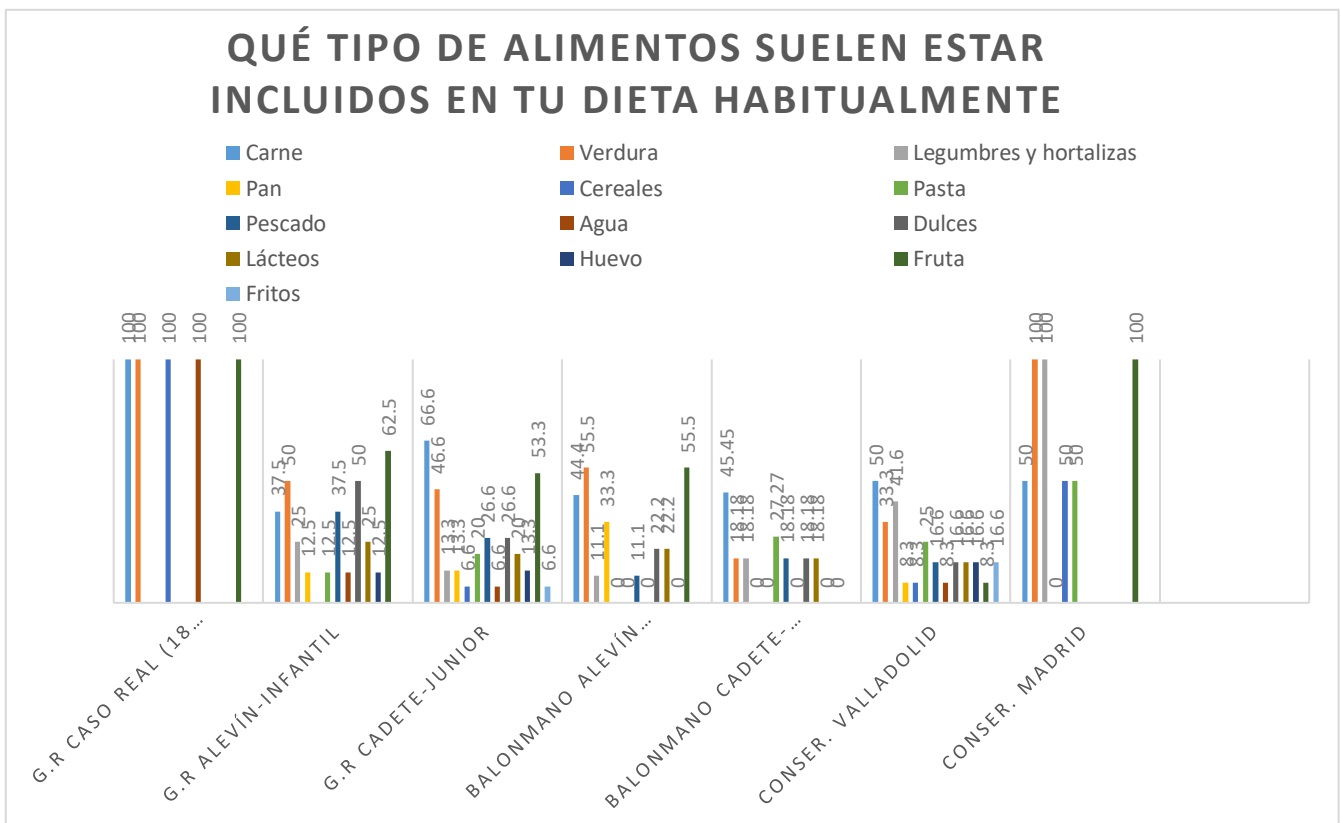


Figura 46: Ítem 3 de la Escala de creencias irracionales

A través de la Escala de creencias irracionales evaluaremos los conocimientos de los sujetos acerca de la alimentación a través de pensamientos racionales e irracionales.

Conocemos datos de cada grupo de sujetos desde sus entrenadores-profesores respecto a la educación nutricional que nos da paso a poder evaluar de mejor manera. Únicamente han recibido diferentes formaciones en los conservatorios de Valladolid y Madrid, en los clubes de gimnasia rítmica y balonmano nunca se habrá impartido ningún conocimiento de hábitos alimenticios a los deportistas.

Podemos ver así como en las tres gráficas (*Figuras 44,45 y 46*) serán los casos del conservatorio quien mejores puntuaciones tienen respecto a la hora de la preparación de comidas saludables, el control nutricional y la variedad de alimentos a ingerir dejando, teniendo en cuenta la poca ingesta de comida basura y otras que podrían en efecto contrario convertirse en comidas “autoprohibidas”.

En el caso real cabe señalar que gracias al tratamiento tiene mucha información nutricional que ayudará a mejorar su salud y que ha aprendido, aun así continua con una gran cantidad de alimentos prohibidos ciñéndose a los señalados en su caso: Carne, verdura, cereales integrales, lácteos y fruta, es decir es capaz de comer variado pero aún tiene problemas en las cantidades, y el control de las grasas que ingiere.

Síntomas (adaptado)

Podemos continuar evaluando algunos síntomas a partir del SCL-90_R de L.Derogatis quien contempla: Somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

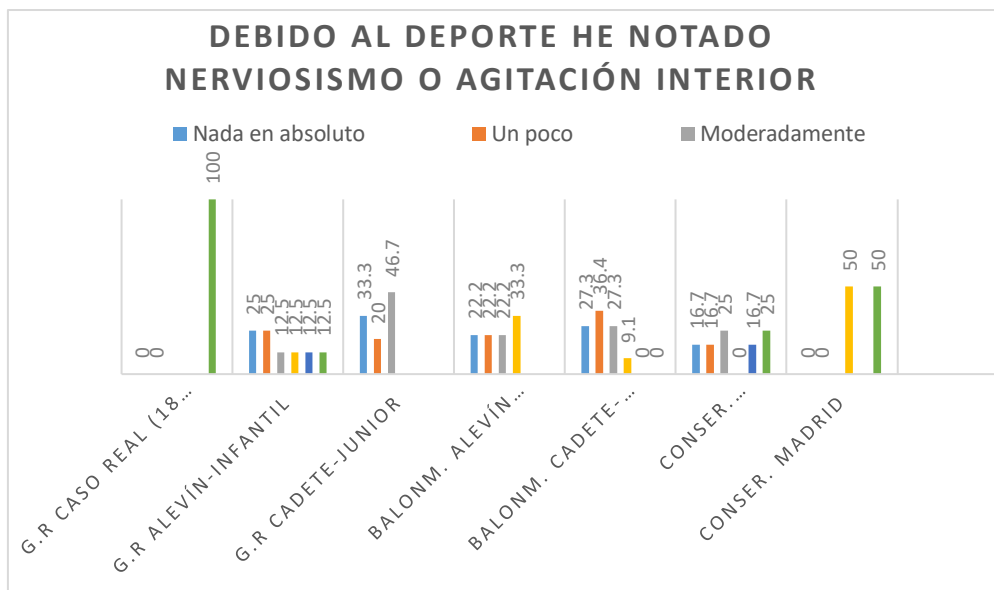


Figura 47: Ítem 1 adaptado del SCL-90-R (Ansiedad)

En esta figura (Figura 47) y según el test evaluaremos el nivel de ansiedad sentido aplicándolo al deporte. Vemos claros resultados en los niveles superiores: federado-profesional como es en el caso real que sentía una ansiedad extrema al practicar su modalidad, junto a los dos conservatorios con un 25% y 50%, evaluando así que la presión al aumentar el nivel es un factor de riesgo pudiendo hablar aquí de entrenadores autoritarios que podrán ser un riesgo a la hora del desarrollo de una TCA al crear deportistas “pasivos” que acaten normas para alcanzar el éxito. Comprobamos a su vez que con el aumento de la edad esta ansiedad aumenta por las mismas circunstancias, la exigencia será mayor.

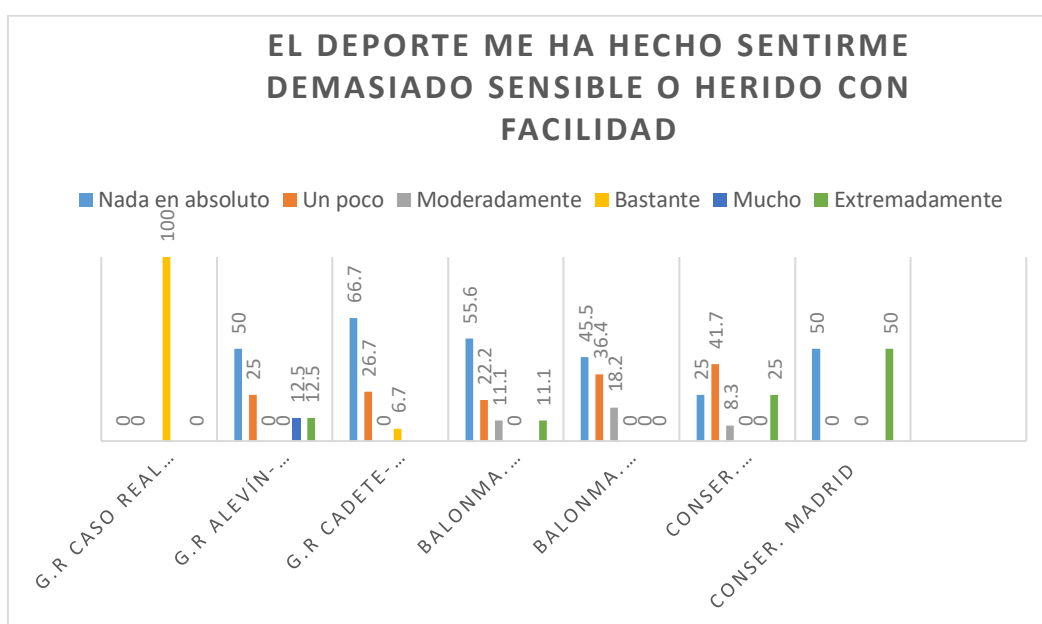


Figura 48: Ítem 2 adaptado del SCL-90-R (Sensitividad interpersonal)

A partir de estos datos consideraremos la situación o emociones que tenían los deportistas hacia el deporte. En edades de alevín-infantil se sitúan los datos más extremos frente a estos sentimientos negativos en el deporte, tanto en gimnasia como en balonmano al ser personas vulnerables que no saben gestionar una situación de derrota junto a las consecuencias por parte del club y el trabajo llevado a cabo, es así como los grupos de cadete-junior tienen altos porcentajes en “nada en absoluto” al haber adquirido mayor “fortaleza” ante estas situaciones. Respecto al nivel, en el conservatorio de Madrid uno de los casos vuelve a cumplir el ítem de forma extrema al no haber aprendido a tramitar estos sentimientos ante la frustración o presión requerida.

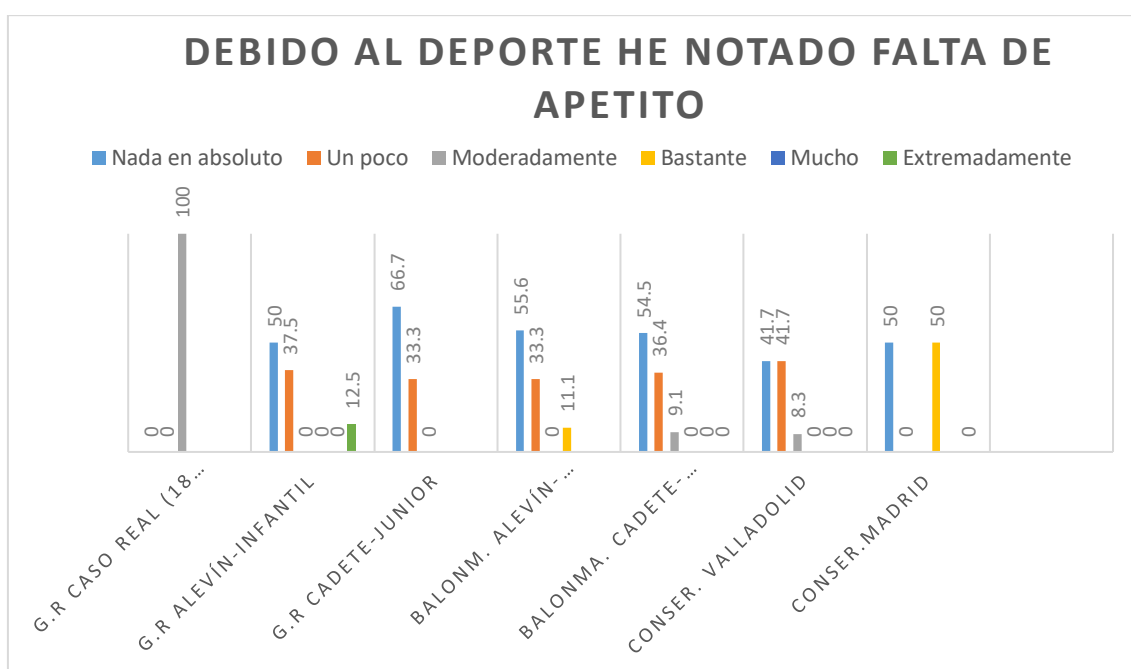


Figura 49: Ítem 3 adaptado del SCL-90-R (Adicional: Poco apetito)

Este será un ítem adicional que se incorpora en el SCL-90-R ya que es algo relevante clínicamente. En este caso (Figura 49) vemos reflejado como el deporte no influye en el apetito de estos casos, a excepción de un pequeño pero extremo porcentaje en niñas de gimnasia rítmica alevines-infantiles (12,5%), además de los casos del conservatorio de Madrid y las cadetes-juniors de balonmano con un 50% y 18,1% de “bastante” pérdida de apetito. En el caso real comprobamos como su concepción de este ítem ha sido siempre “moderadamente” es decir no achaca dejar de comer con la pérdida de apetito.

Aspectos psicológicos y conductuales sobre los desórdenes alimentarios (EDI)

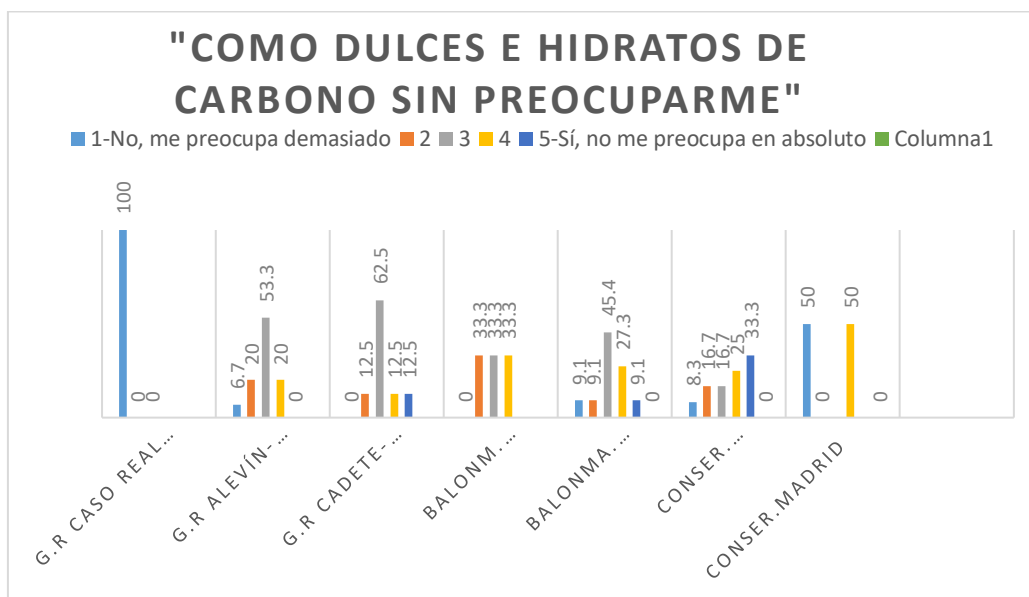


Figura 50: Ítem 1 del EDI

Volvemos a confirmar a partir de estos datos (Figura 50) como influyen los conocimientos nutricionales en los distintos deportistas teniendo de forma general una alta preocupación por la ingesta de estos alimentos “prohibidos” a excepción de los casos del conservatorio quienes han recibido sucesivas charlas nutricionales y aceptando en su justa medida este tipo de alimentos sin generarles ansiedad. Los casos más radicales de nuevo son el sujeto del conservatorio de Madrid y el caso real quienes tienen una alta preocupación incluso en el caso real un sentimiento de ansiedad en el momento que ve este tipo de alimentos en su dieta.

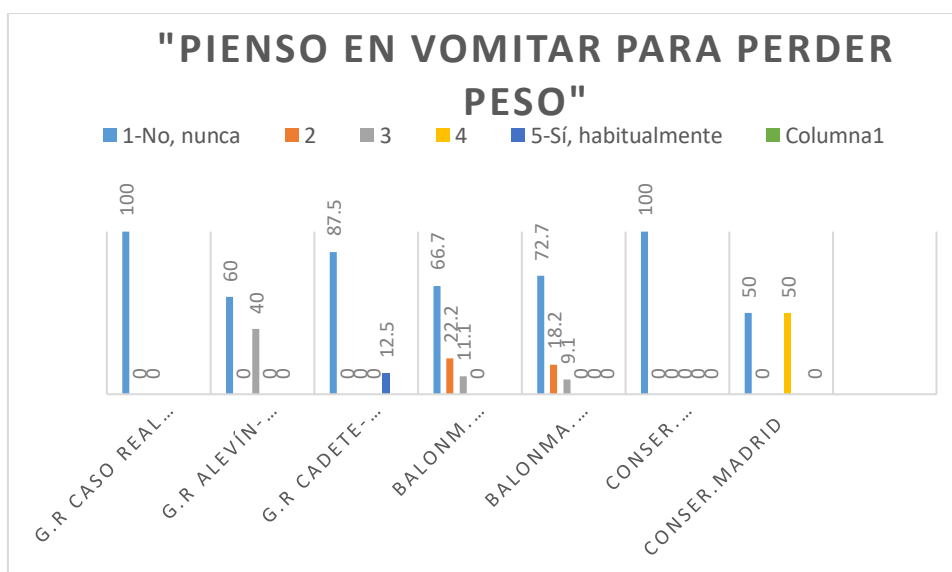


Figura 51: Ítem 2 del EDI

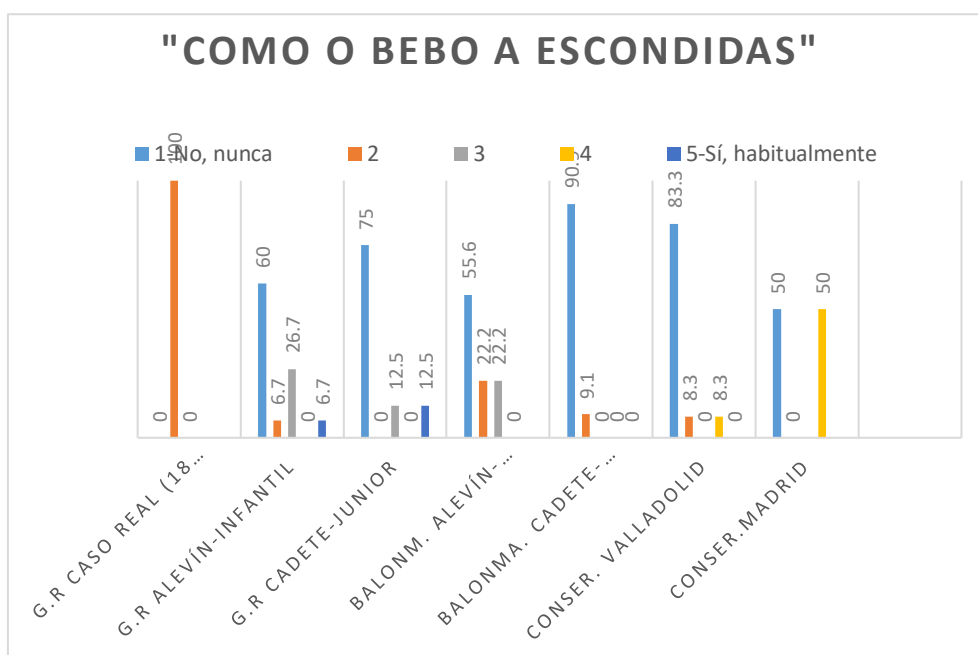


Figura 52: Ítem 3 del EDI

Por último, en estas dos últimas gráficas (Figura 51 y 52) podemos evaluar actos purgativos como compensatorios tras atracones. En el atracón los sujetos suelen esconderse al tener la idea de que es algo negativo en el que su entorno podría juzgarlo, en este caso vemos resultados muy radicales concretamente en un sujeto de gimnasia rítmica cadete junior quien habitualmente comete este tipo de actos (Figura 52) y que como comprobamos en la figura 51 también responde con radicalidad a que de la misma intensidad piensa en vomitar como un acto compensatorio. Vemos los mismos resultados en el caso del conservatorio de Madrid que termina el cuestionario con resultados que nos dan a entender un TCA cumpliendo la inmensa mayoría de los síntomas de una manera contraria a su compañera del mismo nivel, deporte, ciudad y edad.

16-CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos y la comparación realizada podemos sacar distintas conclusiones de una forma genérica basándonos en los deportes seleccionados, el rango de edades, los niveles y los ámbitos de competición.

Para ello utilizaremos varias afirmaciones realizadas en otros estudios:

Respecto a la edad: Los adolescentes tienden a tener peores resultados en este tipo de tests y escalas, será en el CHAD donde apenas encontramos diferencia al ser una muestra completa en edades de riesgo teniendo altos porcentajes de manera general, es decir podemos confirmar que la influencia del deporte en todas ellas es un condicionante en su alimentación y peso.

Respecto a la edad también hemos podido comprobar como de una forma general serán las edades más jóvenes, del nivel alevín-infantil quien ha tenido peores resultados en general en los ámbitos de: la ansiedad en cuanto a su imagen corporal, a nivel de las influencias interpersonales y clima familiar (CIMEC-V y BAS), autoestima y conocimiento nutricional. Nos encontramos con unas edades de continuos cambios, comparaciones, creación de la personalidad y gran influenciada, por lo tanto todo cuanto las rodea: familia, amigos, entrenadores, deporte, equipo... condicionarán a estos sujetos llevándoles hacia el canon instaurado en la sociedad, y será en el momento en el que no

En cuanto algunos rasgos de la sintomatología destacando el estrés, la obsesión o la ansiedad muchos estudios afirman que la presión ejercida por el entrenador o los compañeros del equipo, además del papel de la familia influye gravemente siendo un factor de riesgo en el desarrollo de TCA al intentar crear modelos perfectos y competitivos que hacen vulnerable a la persona según Días (2008) Dosil y González-Oya (2012) Es así como las personas ya comentadas como influenciables serán las edades más jóvenes teniendo gran afectación de forma general en el clima familiar.

De forma contraria confirmamos como la imagen corporal tendrá mayor afectación en edades superiores debido a los cambios que se presentan en dichas edades, la poca aceptación de los mismos y la necesidad de alcanzar la impuesta perfección social.

Respecto al nivel de competición también confirmamos como tendrán peores resultados las deportistas internacionales o profesionales en aspectos como la autoestima o

autoconcepto, la imagen corporal y la ansiedad ante esto y las influencias. Vemos aquí un aumento de la preocupación por tener el cuerpo adecuado debido al excesivo control que se tiene sobre todo desde los clubes o escuelas deportivas siendo entrenadores y profesores autoritarios con la obligación de crear iguales y “lo mejor” presionando así a las deportistas de una manera radical.

En la comparación de deportes de riesgo y no riesgo los estudios dicen que tendrán peores resultados los deportes de riesgo, en este caso: gimnasia rítmica y danza en el conservatorio. Confirmamos que existen peores resultados de nuevo en la autoestima al ser deportes “estéticos” en el que la gimnasta o bailaora además de llevar a cabo su función debe ser “bonita”, “fina”, “delicada”, que en el momento que no cumpla será rechazada dejando así de lado el deporte saludable que afecta en su ansiedad, estrés incluso depresión por no llegar al nivel establecido.

Será también en los deportes de equipo en los que encontramos más casos en los ámbitos de: la imagen corporal, influencias, autoestima y conocimiento nutricional. Estos sujetos conviven día a día con un conjunto de iguales siendo comparados y clasificados, es por ello como existe una competitividad y una necesidad de ser “el jugador” y no el suplente, es el papel del entrenador el que influye en estos pensamientos ensalzando a unos y rechazando a otros, y serán entonces estos últimos los que tendrán el riesgo de desarrollar un trastorno de este estilo.

Por último desde la nutrición vemos carencias a la hora de la impartición de hábitos alimenticios concretamente en los clubes y es por ello como sus conocimientos son nulos a unas edades importantes y como deportistas. En los conservatorios de danza imparten nociones sobre el tema y es así como hemos comprobado mejores resultados respecto al “temor” a ciertos alimentos, la dieta, la variedad alimentaria...

Es por todo esto que creo que sería realmente importante que se llevaran a cabo de una forma continuada programas de prevención con familias, clubes, escuelas deportivas, colegios o institutos en los que se hablara abiertamente de este tipo de trastornos, se llevara un control en la población de una forma más severa, llevando a cabo charlas sobre hábitos alimenticios...

17-ANEXOS

Anexo 1: Encuesta realizada al caso real de gimnasia rítmica de la selección española (18 años)

- 1- ¿Qué tipo de TCA estás diagnosticada?
“Anorexia Nerviosa Restrictiva”
- 2- ¿Qué síntomas presentabas/presentas?
“Ansiedad, Conductas alimentarias alteradas, Miedos irracionales, por ejemplo a comer ciertos alimentos “auto-prohibidos”: pan, pasta...”
- 3- ¿Cuándo fue el inicio del trastorno y cuál fue el motivo principal?
“En torno al verano de 2018 comencé con conductas restrictivas, progresivamente fueron aumentando hasta verle ingresada en enero de 2019”
- 4- ¿Cuál es tu edad, peso y altura actual?
“Soy del 2003, considero que la altura y el peso, no son datos necesarios.”
- 5- ¿Conoces tu índice de masa corporal (IMC)?
Lo desconozco, aunque si es cierto, que desde pequeña me he encontrado por debajo, independientemente de la enfermedad, simplemente por naturaleza.(eso me han comentado los médicos)”
- 6- ¿Ingieres muchos líquidos?
Si, lo que me pide el cuerpo.
- 7- ¿Tienes en momentos concretos atracones o por lo contrario ganas de vomitar de forma forzada?
No habitualmente, nunca he llevado a cabo la práctica purgativa, ni de atracón hasta el momento.
- 8- ¿Alguna vez has utilizado laxantes de forma forzada?
Nunca.
- 9- ¿Alguna vez has aumentado tu actividad física porque implica más gasto de energía y por lo tanto de grasas?
Sí...
- 10- ¿Cuándo estás en reposo (sentada, tumbada) sueles hacer posturas forzadas o de tensión muscular?
No suelo, aunque sí lo he llegado a pensar.
- 11- A la hora de dormir, ¿Descansabas bien?, ¿Te era fácil conciliar el sueño?, ¿te perturbaba alguna idea que no te dejaba dormir?, ¿tenías pesadillas?
“Solía dormir bien, aunque sí es cierto que seguía una rutina previa, que consistía en analizar los alimentos que había ingerido durante el día, mis comportamientos con los demás, para planear como debía de actuar al día siguiente para compensar mis errores cometidos.”
- 12- ¿Tu TCA ha cambiado tu actitud? ¿Ha repercutido esto en tu entorno familiar?
“Tal vez sí.”
- 13- Respecto a tu autoestima y autopercepción: ¿Qué nivel de autoestima tienes (alto, medio,bajo)?
“Depende del momento, pero siempre se mantiene más o menos bajo.”
- 14- ¿Cómo ha cambiado tu ánimo (Bajado o Aumentado)?

- “Oscila entre bajadas y subidas, como la mayoría creo”
- 15- **¿Tienes una imagen distorsionada de tu cuerpo?**
Yo diría que no, aunque sí es cierto que pudo haber momentos en los que sí.
- 16- **¿Alguna vez has tenido ideas de "quitarte del medio"?**
“Quizás...”
- 17- **¿Con quién convives (padre/madre/hermanos...)?, ¿Te apoya tu familia?**
“Somos familia numerosa, yo creo que sí tratan de apoyarme, pero es muy complejo de llevar.”
- 18- **¿Qué nivel de estudios estás cursando?** “He acabado la EBAU, hace una semana” **¿Han variado tus calificaciones?** “No, tuve suerte, ya que siempre me ha gustado y ayudado estudiar” **¿Eres exigente en tus estudios?** “Sí, tal vez demasiado.”
- 19- **¿Han variado tus relaciones sociales? Si la respuesta es sí, ¿para mejor o para peor?**
“Sí, no para mejor, ni para peor, simplemente siento que no encajo, y me cuesta relacionarme.”
- 20- **¿Has notado ausencia de menstruación?** “Así es.”
- 21- **¿Sientes ansiedad en tu día a día?, “Sí” ¿Aumenta esta ansiedad (en el caso que exista) a la hora de las comidas?, “Depende del menú” ¿Realizas deporte para saciar esta ansiedad o te provoca lo contrario?**
“Si, suelo practicar deporte para tranquilizarme.”
- 22- **¿En qué se basa el tratamiento que estás llevando a cabo?**
Tratamiento psicológico y psiquiátrico.
- 23- **¿Recuerdas que test tuviste que pasar para tu diagnóstico?**
No recuerdo con precisión, fueron pruebas diversas.
- 24- **¿Generalmente os pesaban en el club donde entrenas?, ¿y tú en casa?**
“Sí, en el club solíamos tener control semanal del peso, en cambio en mi casa ya no era necesario.”
- 25- **¿Qué comentarios recuerdas por parte de tus entrenadoras que te afectaran a nivel de alimentación? *El sujeto prefiere no contestar**
- 26- **Respecto a tu entorno en el club y del deporte de gimnasia rítmica, ¿conoces más casos? *El sujeto prefiere no contestar**
- 27- **¿Que te gustaría que cambiar del deporte para que no se produjesen tantos casos de TCA?**
“El cambio creo que no debería producirse concretamente en el deporte, si no en la sociedad, en la educación desde pequeños, tratando de educar y concienciar en base a la idea de la diversidad, la inexistencia de un cuerpo perfecto, etc”

Anexo 2: Formulario llevado a cabo con los diferentes clubes y escuelas deportivas.

- https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfJZBK_Pk68VejiS70UQ99kBAkENsXoom36Cf1oE-pQtJrpXw/viewform.

18- BIBLIOGRAFÍA

- AEP Asociación Española de Pediatría. (2008). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA). *Protocolos de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP (En revisión)*, 1º, 188–195. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastornos_alimentarios.pdf.
- Alfonso Urzúa, M., Sandy Castro, R., America Lillo, O., & Carolina Leal, P. (2009, marzo). *EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL TEST EDI-2 EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS(AS) DE 13 A 18 AÑOS* (N.º 4). <https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v36n4/art02.pdf>.
- Alonso Alfonseca, J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. (4.ª ed., pp. 368–385).
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Texto revisado, cuarta edición. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Baldó Vela, D., & Bonfantil, N. (2019). Evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en jugadores semiprofesionales de deportes de equipo. *ARÁN*, 1699–5198. <https://doi.org/10.20960/nh.02630>.
- Behar, R., & Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud mental*, 38(3), 225–232. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.031>
- Bolaños Ríos, P. (2017). CUESTIONARIOS USADOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. 26, 2810–2821.
- Casas Rivero, J., & Salmerón Ruiz, M. A. (2012). *Trastornos del comportamiento alimentario*. *Pediatría Integral*. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2012-12/trastornos-del-comportamiento-alimentario/>.
- Casullo, M. M. (1999–2004). *EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis*. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>.
- Dosil Díaz, J., Díaz Ceballos, I., Viñolas Ramisa, A., & Díaz Fernández, O. (2012). Prevención y detección de los trastornos de alimentación en deportistas

- de alto rendimiento (CAR, CEARE y CTD). *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(1), 163–166. <https://doi.org/10.4321/s1578-84232012000100019>.
- Dosil, J., & Díaz, I. (2012). *Trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento*. Consejo Superior de Deportes, Servicio de Documentación y Publicaciones.

<https://deporteparatodos.es/imagenes/documentacion/ficheros/02B9F50B.pdf>.
 - Fernández Rojo, S., Grande Linares, T., Banzo Arguis, C., & Félix-Alcántara, M. P. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5119–5166. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215002322>.
 - Iñarritu PMC, Cruz LV, Morán ÁIC. Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Salud Publica Nutr*. 2004; 5 (2) :.
 - LOSADA, Analia Verónica e LUPIS, Bernardita Lioy. Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Psicol. Am. Lat.* [online]. 2018, n.30, pp. 26-43. ISSN 1870-350X.
 - Madruga Acerete, D., Leis Trabazo, R., & Lambruschini Ferri, N. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*.

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf.
 - Menéndez Osorio, F., & Pedreira Massa, J. L. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 19(69), 7–22.
 - Monterrosa Castro, A., Boneu Yépez, D. J., Muñoz Méndez, J. T., & Almanza Obredor, P. E. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista ciencias biomédicas*, 99–111.

<https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3173/2700>.
 - Moreno Encinas, A., Moraleda Merino, J., Graell-Berna, M., Villa-Asensi, J. R., Álvarez, T., Lacruz-Gascón, T., & Sepúlveda García, A. R. (2021). Modelo de

- interiorización y exteriorización para explicar el inicio de la psicopatología de los trastornos alimentarios en la adolescencia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 29(1), 52–72. <https://doi.org/10.51668/bp.8321103s>.
- Nebot Ibáñez, S. (2017). *Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria que buscan ayuda y su remisión a diferentes dispositivos sanitarios*. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/405337/2017_Tesis_Nebot%20Ibanez_Sara.pdf;jsessionid=32B81EC186FA31B77BEEA4938C90EF23?sequence=1.
 - Nieto Serrano, A. M. ^a, Torres Sancho, G., & Casas Rivero, J. (2020, 4 junio). *Tema 7. Trastorno del comportamiento alimentario*. I Curso de psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras. <https://www.cursopsiquiatriasema.com/tema-7-trastorno-del-comportamiento-alimentario/>.
 - Picabea Fernández, M., Bravo Santo Tomás, L., & Guillermo Sala, A. (2017). Caso clínico: Trastorno de Conducta Alimentaria – TCA. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. Published. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/caso-clinico-trastorno-conducta-alimentaria-tca/>.
 - PORTELA DE SANTANA, M. L.; DA COSTA RIBEIRO JUNIOR, H.; MORA GIRAL, M. y RAICH, R. M.^a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutr. Hosp.* [online]. 2012, vol.27, n.2 [citado 2021-07-01], pp.391-401. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1699-5198.
 - Rubio, N. M. (2021, 27 mayo). *Escala de Ansiedad Estado-Rasgo: qué es y cómo se usa*. *Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/psicologia/escala-ansiedad-estado-rasgo>.
 - de Santana, M. P. L. (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión*. SciELO.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008.

- URZUA M, Alfonso; CASTRO R, Sandy; LILLO O, America y LEAL P, Carolina. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL TEST EDI-2 EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS(AS) DE 13 A 18 AÑOS. *Rev. chil. nutr.* [online]. 2009, vol.36, n.4 [citado 2021-07-01], pp.1063-1073. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000400002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7518. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000400002>.

- Vargas Baldares, M. J. (2013). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 475(607), 475–482. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>.

- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108–120. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/2007-1523-rmta-6-02-00108.pdf>.

- Zagalaz, M. L., Romero, S., & Contreras, O. R. (2002). La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de la prevención desde la educación física escolar en la Provincia de Jaén. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-22. <https://rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>.

“Una alimentación sana no sirve de nada si no se lleva una forma de vida acorde a ella” (Konopka, 1988)”