

2017/18

EFFECTIVITAT D'UN PROGRAMA DE PROMOCIÓ DE SALUT MENTAL EN TRASTORN DE CONDUCTA ALIMENTARIA

TREBALL DE FINAL DE GRAU
PROJECTE FINALITZAT



Estudiant: **Emi Rodríguez Camprubi**
Tutora: **Dra. Àlicia Baltasar Bagué**
Universitat de Girona – Facultat d'Infermeria

AGRAÏMENTS

En primer lloc voldria agrair a tots els professors que ens han acompanyat tot aquest temps a la facultat d'infermeria de la Universitat de Girona per ensenyar-nos, motivar-nos i acompanyar-nos en el camí del bon infermer, en especial a l'Àlícia Baltasar per haver-me guiat en l'últim repte que em separava de poder ser infermera.

En segon lloc m'agradaria donar les gràcies als centres on he realitzat la meva investigació, l'escola Escorial de Vic i l'institut Miquel Martí i Pol. Gràcies a la seva predisposició i col·laboració ha estat possible poder realitzar un treball que realment em motivava i poder-ho fer d'una forma tan còmode. També als alumnes que han col·laborat en el projecte contestant els qüestionaris i assistint a la intervenció.

Alhora, més que un agraïment una mostra d'afecte a tots els meus companys de promoció amb qui hem compartit tantes alegries i tants patiments. Sembla que arribem al final del camí però en realitat és un punt i coma. Segur que serem tots bons infermers i infermeres ja que ho hem aconseguit junts.

Finalment agraeixo a la meva família i amics per tot el que han fet tan al llarg dels 4 anys de grau com durant els mesos de dura feina de TFG. No solament m'han donat suport tot aquest temps sinó que m'han motivat, acompanyat i m'han mostrat les seves cares d'il·lusió al veure que podia complir els meus objectius, ha estat la major escalfor que podia esperar.

Moltes gràcies a tothom!

INDEX

GLOSSARI D'ABREVIATURES	4
1. RESUM	5
2. INTRODUCCIO	7
3. MARC TEORIC	8
3.1. PROMOCIO DE LA SALUT	8
3.2. PROMOCIO DE SALUT MENTAL	8
3.3. PROMOCIO DE SALUT MENTAL: ESCOLES	9
3.4. EPIDEMIOLOGIA DELS TCA	12
3.4.1. PREVALENCIA TCA A OSONA.....	13
3.4.2. COMORBIDITAT PSIQUIATRICA.....	15
3.5. TRASTORNS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	16
3.5.1. ETIOLOGIA DELS TCA.....	16
3.5.2. SIGNES D'ALARMA EN TCA.....	18
3.5.3. COMORBIDITAT EN TCA.....	19
3.6. PROGRAMES DE PROMOCIO DE SALUT EN TCA	20
4. HIPOTESIS I OBJECTIUS	23
5. MATERIAL I METODEDES	24
5.1. DISSENY D'ESTUDI	24
5.2. AMBIT D'ESTUDI	24
5.3. POBLACIO D'ESTUDI	24
5.4. CRITERIS D'INCLUSIO I EXCLUSIO	24
5.5. MOSTRA	25
5.6. VARIABLES	25
5.7. TECNICA D'OBTENCIO DE DADES I INSTRUMENTS DE MESURA	28
5.8. RECURSOS	28
5.9. CONSIDERACIONS ETIQUES	28
5.10. ANALISI DE DADES	28
5.11. CRONOGRAMA	29
6. RESULTATS	30
6.1. CONEIXEMENTS PREVIS SEGONS EL CURS I GENERE	30
6.2. COMPARATIVA CONEIXEMENTS Q1 I Q2	35
7. DISCUSSIO	45
7.1. LIMITACIONS	51

8. CONCLUSIONS	52
8.1. LINIES FUTURES:	53
BIBLIOGRAFIA	54
ANNEXOS	60
ANNEX 1: PROGRAMA PROMOCIO I PREVENCIO EN TRASTORNS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	61
ANNEX 2: QÜESTIONARI DE CONEIXEMENTS GENERALS EN TCA	70
ANNEX 3: MATERIAL FUNGIBLE ACTIVITATS BLOC 3	72

GLOSSARI D'ABREVIATURES

TCA: Trastorn de Conducta Alimentària

AN: Anorèxia Nerviosa

BN: Bulímia Nerviosa

TM: Trastorn Mental

TOC: Trastorn Obsessiu-Compulsiu

MTS: Malalties de Transmissió Sexual

PS: Promoció de la Salut

OMS: Organització Mundial de la Salut

Q1: Qüestionari Pre-Intervenció

Q2: Qüestionari Post-Intervenció

P1: Pregunta 1 del qüestionari

1. RESUM

Introducció: Els trastorns de conducta alimentària són l'alteració en l'alimentació, comportament o actitud relacionada amb l'acció d'alimentar-se que afecta sobretot a noies d'entre 12 i 20 anys. El diagnòstic de la patologia ha viscut un increment en les últimes dècades. La promoció de la salut és l'eina que permet a les persones obtenir major control de la pròpia salut tot i que, majoritàriament, s'han portat a la pràctica programes de prevenció de la salut sobre trastorns de conducta alimentària.

Objectiu: Avaluar el coneixement sobre trastorns de conducta alimentària, prevalença i factors de risc en adolescents i comprovar si aquests augmenten després d'aplicar una part d'un programa de promoció de salut mental en sobre aquests trastorns.

Material i mètodes: Es realitzà un estudi longitudinal prospectiu amb una mostra seleccionada de forma no probabilística per selecció intencionada. S'estudiaren variables sociodemogràfiques i de coneixement sobre trastorns de conducta alimentària (el diagnòstic, prevalença, factors de risc i manifestacions clíniques). Les dades s'analitzaren amb el programa SPSS 23.0 amb un anàlisi descriptiu i bivariant.

Resultats: 147 alumnes contestaren el qüestionari pre-intervenció i 147 contestaren el post-intervenció després d'assistir a la intervenció de promoció de salut mental en trastorns de conducta alimentària. Els coneixements dels participants abans de la intervenció es recollien en una puntuació final mitja de 11.54 punts sobre 26. Els estudiants de 3r d'educació secundària obligatòria eren els alumnes amb major coneixement dels trastorns de conducta alimentària i, segons el gènere, eren les noies. Després de la intervenció realitzada, la puntuació final mitja augmentà fins a 14.76 punts, passant de demostrar un coneixement baix dels participants a tenir un coneixement de nivell mig. Els grups que augmentaren més de coneixement són els alumnes del 2n curs i les noies. Totes les respostes demostraven haver millorat el nivell de coneixement de mitjana, excepte aquelles relacionades a trastorns mentals, prevalença segons classe social i factors de risc predisponents. L'error comès amb més freqüència al respondre el qüestionari va ser considerar l'obesitat mòrbida com a trastorn de conducta alimentària i, en canvi, no considerar-hi el trastorn per ruminació.

Conclusions: Els estudiants presenten un nivell de coneixement baix respecte els trastorns de conducta alimentària i, aquest, es veu augmentat fins a nivell mig gràcies a l'aplicació d'una part del programa de promoció de salut mental en trastorns de conducta alimentària planejat.

Paraules clau: Programa de Promoció de Salut, Salut Mental, Trastorn de Conducta Alimentària, Adolescent.

ABSTRACT

Introduction: Feeding behaviour disorders are an alteration in diet, behaviour or attitude related to feeding which affects mostly females between 12 and 20 years old. The diagnostic of this pathology has increased in the last decades. Health promotion is the tool that allows people to obtain larger control over one's health. Despite that, a greater effort has been paid in preventive programs on feeding behaviour disorders.

Objective: To evaluate teen's knowledge about feeding behaviour disorders, prevalence and risk factors. Also, to test if this knowledge is increased after applying part of a mental health promotion program about feeding behaviour disorders.

Methodology: A prospective longitudinal study was made with an intentioned, non-probabilistic sample selection. Both sociodemographic and feeding behaviour disorders knowledge related variables (diagnosis, prevalence, risk factors and clinical manifestations) were considered, and processed using a descriptive bivariate analysis with SPSS 23.0 software.

Results: 147 students answered the pre-intervention questionnaire and 147 answered the post-intervention one after attending the mental health promotion intervention about feeding behaviour disorders. Before the intervention, participants' knowledge scored an average of 11.54 points about 26 points. By age, students of 3rd course on high school were the most knowledgeable ones, as were females when dividing by sex. After the intervention, the average score raised to 14.76 points, shifting the student's level of knowledge from low to medium. The groups with the greatest increase were 2nd course of high school students and females. All answers show an improvement on knowledge level except those related to mental disorders, prevalence based on social class and underlying risk factors. The most frequent error made when answering the questionnaire was the consideration of morbid obesity as a feeding behaviour disorder and not considering ruminant disorder as one.

Conclusions: Students show a low level of knowledge about feeding behaviour disorders but they have it increased to a medium level after applying part of the mental health promotion program about feeding behaviour disorders suggested.

Key words: Health Promotion Program, Mental Health, Feeding Behaviour Disorder, Teenager.

2. INTRODUCCIO

La promoció de la salut ens possibilita obtenir un major control de la nostra salut a partir d'intervenir en els determinats que condicionen el propi estat de salut (1,2). Els programes de promoció de salut mental estan altament recomanats a ser realitzats en escoles gràcies a diversos estudis que han demostrat la capacitat per interferir en la salut mental positiva, en la reducció de factors de risc i de problemes emocionals i conductuals(2). Aquest fet és degut a que els primers anys de vida determinen la pròpia salut mental i, a més, l'escola té una influència significant en el comportament i desenvolupament d'infants i adolescents(3).

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) són definits pel DSM-V com alteracions en l'alimentació o en el comportament/actitud relacionada amb l'acció d'alimentar-se que condueix a l'alteració en el consum o en l'absorció d'aliments(4-6). Existeixen 8 TCA tot i que els més coneguts en la població són l'anorèxia nerviosa i la bulímia nerviosa.

A Osona, al llarg del 2015, el 3'3% dels atesos en el CSMIJ (Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil) eren infants o adolescents amb TCA, el 3r diagnòstic més freqüent en la comarca, amb una major prevalença per part del gènere femení(7). Segons Arrufat, en l'estudi realitzat el 2006, la major prevalença de diagnòstic era de TCANE (Trastorn de Conducta Alimentària No Especificat)(8).

Els TCA es relacionen habitualment amb altres trastorns psiquiàtrics, més freqüentment amb trastorns afectius (bàsicament amb depressions majors), TOC (Trastorn Obsessiu-Compulsiu), trastorns d'ansietat i trastorn per consum de substàncies (8).

Existeixen pocs estudis que elaborin programes de promoció de la salut, en la majoria de la bibliografia consultada es tracten programes de prevenció, tot i que sovint s'incorporen les dues estratègies en un mateix programa. A Catalunya es tracta la salut mental a les escoles, sobretot, a través del programa Salut i Escola(9).

3. MARC TEORIC

3.1. PROMOCIO DE LA SALUT

La primera vegada que es parla i s'estructura la idea de promoció de la salut és a través de la carta d'Ottawa per la promoció de la salut, on es proporcionen les bases per a l'estratègia de promoció i el marc general per un enfoc positiu (1).

La promoció de la salut és aquella activitat que possibilita a les persones obtenir un major control de la seva salut. Aquesta s'aconsegueix a través d'una gran varietat d'intervencions pedagògiques destinades a apoderar i millorar la qualitat de vida de les persones (1,10). L'OMS base la promoció de salut amb el model de determinants de salut (factors que milloren o amenacen l'estat de salut) com els de la taula 1 (2,1).

Taula 1: Determinants socials, ambientals i econòmics de la salut mental(2)

Factors de risc		Factors de Protecció
Accés a drogues i alcohol	Desplaçament	Fortalesa
Aïllament	Injustícia racial i discriminació	Integració de minories ètniques
Falta d'educació, transport i llar	Desavantatge social	Interaccions interpersonals positives
Desorganització del veïnat	Migració	Participació social
Rebuig dels companys	Violència i delinqüència	Serveis socials
Circumstàncies socials deficientes	Guerra	Responsabilitat social i tolerància
Nutrició deficient	Estrès laboral	Recolzament socials i xarxes comunitàries
Pobresa	Atur	

La promoció de la salut es base en un cercle de planificació, implementació i avaluació de programes per tal de desenvolupar el potencial de les persones i controlar la seva pròpia salut amb l'objectiu principal de protegir, promoure i mantenir el benestar emocional i social, creant condicions que permetin el desenvolupament psicològic i psicofisiològic òptim (2,1,11).

3.2. PROMOCIO DE SALUT MENTAL

Segons Nutbeam, la "salut pública és la ciència i l'art de promoure, prevenir les malalties i prolongar la vida [...] a través d'una combinació de canvis estructurals i accions de l'individu"(1). La salut mental és una part integral de la salut pública

i és definida per la OMS com un estat complet de benestar físic, mental i social, per tant, està relacionat amb la salut física i la conducta(3).

La salut mental s'ha inclòs en la política sanitària des de 1997 en diferents projectes i iniciatives específiques, però les accions comunitàries han de complementar les polítiques nacionals per la salut(3), per aquest motiu, l'OMS elabora el pla d'acció sobre salut mental per tal de fixar uns objectius comuns a nivell mundial, per treballar de forma equitativa i ressaltar la prevenció(12). Una conclusió, per aconseguir una millora en l'estat de salut mental cal que les polítiques de promoció de salut no siguin tan sols del sector d'atenció sanitària, sinó també en sectors econòmics, ambientals i socials, per aconseguir un impacte positiu en els determinants i millorar la salut i la igualtat(1).

La promoció de salut mental ha d'estar integrada en aquestes polítiques per tal d'identificar i facilitar acords d'acció entre diferents parts(1). La política educativa aborda la salut mental com a part de les seves accions fonamentals i a través de projectes(3). Les polítiques educatives nacionals en salut mental i els programes desenvolupats, en aquest cas en escoles, estan disponibles aproximadament a la meitat dels països europeus, des d'estratègies escolars holístiques, com a Bulgària, fins a l'exemple de Malta on els escolaritzats d'entre 11 i 15 anys tenen 1h a la setmana de desenvolupament social(11).

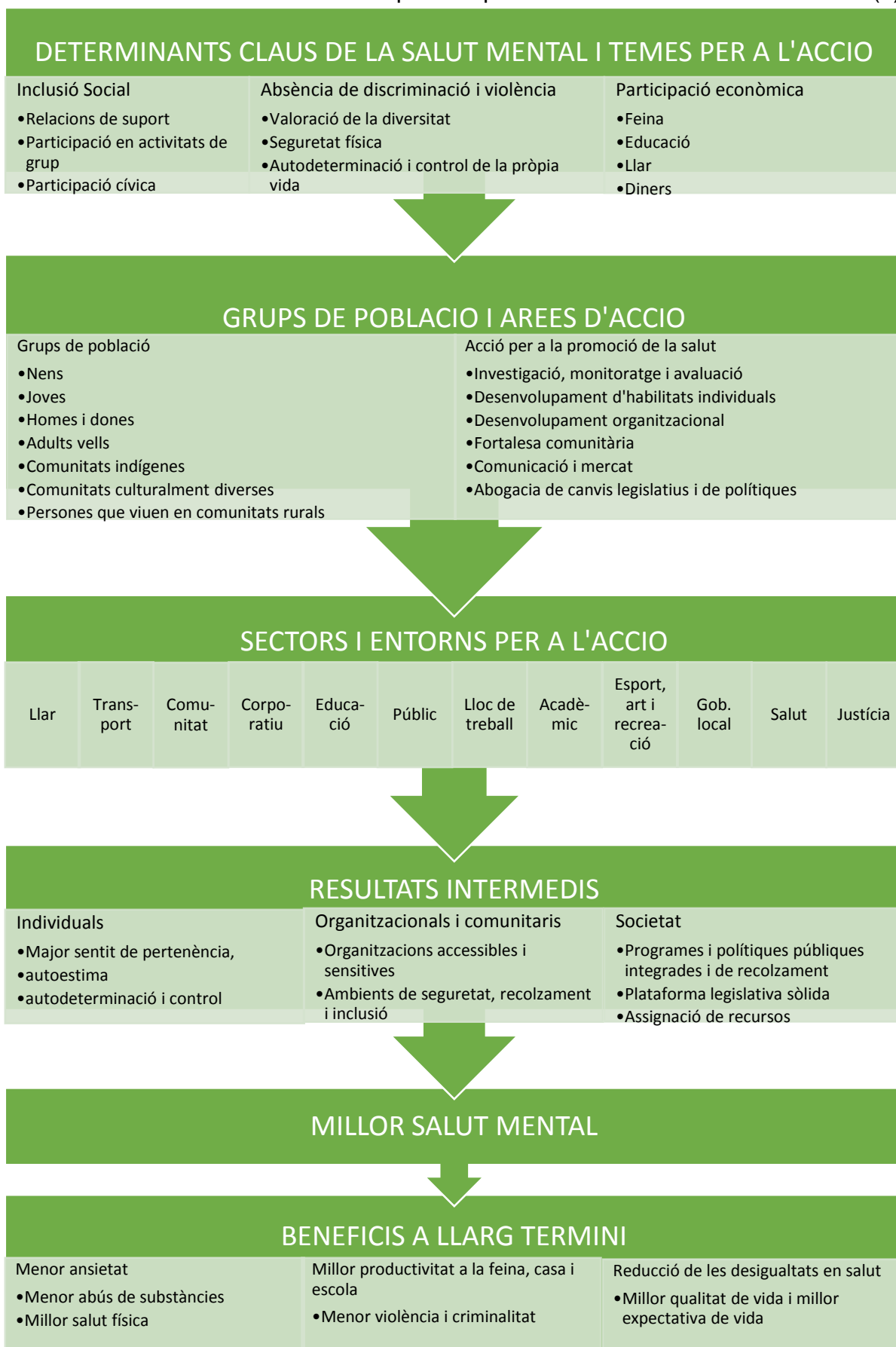
A Catalunya, la salut mental és un tema important en els diversos plans de salut, els quals plantegen intervencions amb l'objectiu de detectar, cuidar i rehabilitar les persones amb trastorns mentals, donant suport a les famílies i respectant els principals drets, a més d'integrar en aquestes intervencions la promoció de salut mental en la comunitat(13).

3.3. PROMOCIO DE SALUT MENTAL: ESCOLES

La Fundació Victorian per a la Promoció de la Salut (VicHealth) elaborà un esquema per guiar les accions i els esforços de la promoció de la salut, concentrant 3 dels determinants de salut mental i identificant els grups prioritaris per a l'acció (Taula 2).

L'OMS recolza els programes de salut mental a les escoles degut als seus resultats positius(1) ja que poden influir en la salut mental positiva, reduir factors de

Taula 2: Marc traduït de VicHealth per a la promoció de salut mental i benestar (2)



risc i problemes emocionals i conductuals(2) tal com han demostrat els estudis de Domitrovich et al. o Greenberg et al.(1). Aquest fet és recolzat per l'evidència que els primers anys de vida són determinants per a la salut mental i, per tant, la promoció de salut en aquesta època és una inversió de futur(3), afegint-hi que l'escola té una influència significant en el comportament i el desenvolupament dels infants i adolescents(14).

Generalment, els programes realitzats a les escoles es concentren en la diversitat de factors genètics de risc i problemes de salut mental, amb resultats que demostren una millor capacitat individual i resiliència, així com una disminució de símptomes depressius(1) però, cal tenir present que un enfocament holístic de l'escola pot produir millors resultats tals com incrementar les competències socials, millorar la resiliència i reduir l'assetjament psicològic, ansietat i depressió(3,14), com en el programa "Vinculant els interessos de famílies i professors"(1).

Està demostrat que aquells programes de components múltiples, és a dir, d'interacció en diversos nivells, són més efectius, com el "Projecte Seattle de desenvolupament social de seqüències evolutives"(1,3). No obstant, degut als recursos, aquesta investigació es base en programes de conformació d'habilitats que interfereixen tan sols en la mostra d'estudiants de secundària(1).

Pel que fa a Catalunya, el programa més utilitzat en les escoles per tal de millorar la salut mental dels adolescents és el Programa Salut i Escola que implementa accions de promoció, prevenció de situacions de risc i la detecció precoç de problemes de salut mental i addiccions. Aquest programa és implementat per infermers/es de l'àmbit de primària en col·laboració amb els serveis municipals(13).

Al llarg del 2005 s'implementà a Girona un pla interdepartamental relatiu als trastorns de comportament alimentari (anorèxia i bulímia) per tal de millorar la promoció i les estratègies per fer una detecció precoç(13). Un altre programa implantat a les escoles catalanes per tal de promoure la salut és el "Fem Salut", un programa que promou entorns i conductes saludables a partir de la participació, consens i compromís de tots els membres de la comunitat educativa, tractant, entre ells, temes de salut mental i TCA(15).

3.4. EPIDEMIOLOGIA DELS TCA

S'estima que 1:4 europeus patirà, en algun moment de la seva vida, un trastorn mental que pot portar al suïcidi(2,1,3,11) estant presents, actualment, en aproximadament el 10% de població adulta a nivell mundial(2). El 80% dels adolescents menors d'edat pateixen un problema de desenvolupament, emocional o conductual i 1:8 té un trastorn mental(2,14).

Des de l'observatori del sistema de salut de Catalunya s'elaboren anualment els resultats estadístics en l'àmbit de salut mental. El publicat més recentment és el CdR amb les dades del 2015, en el qual es conclou que el 5'06% de la població menor de 18 anys assignada en algun CSMIJ es visita, amb una major presència del sexe masculí ja que el 63'1% de visites són de nens i nois menors d'edat(7).

Pel que fa als diagnòstics principals en les persones menors d'edat en són quatre. El diagnòstic més prevalent és el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) que representa el 22'6% de les persones ateses. En segon lloc com a més freqüent es troba el trastorn de l'espectre autista (TEA) que significa el 9'4% dels diagnòstics. En tercera posició el trastorn de comportament (TC), el qual té una prevalença del 6% en les persones ateses en el CSMIJ. Per últim, el quart diagnòstic més utilitzat en menors és el trastorn de la conducta alimentària (TCA) amb una prevalença del 2'3% de les persones ateses, molt més habitual en noies (5'3% de les menors ateses) que en nois (0'6% dels menors atesos)(1). En la bibliografia es considera que la relació dona:home en el diagnòstic de TCA és de 10:1, essent el grup de major risc dones d'entre 12 i 21 anys(8).

Taula 3: Principals indicadors segons diagnòstics seleccionats, modificat de Central de Resultat (10).

<i>DIAGNOSTIC</i>	Persones ateses (%)	Pacients en seguiment (%)
TDAH	22.6%	80.0%
TCA	2.3%	59.2%
TC	6.0%	69.3%
TEA	9.4%	86.8%

El diagnòstic de TCA ha viscut un increment en les últimes dècades. Els diagnòstics d'anorèxia nerviosa i de bulímia nerviosa es diagnostiquen menys

freqüentment que altres TCA, tot i així, tenen un impacte considerable en la salut pública per la comorbiditat psiquiàtrica, conseqüències altament nocives per la salut física i un elevat risc de mortalitat(16). El diagnòstic d'anorèxia nerviosa té una prevalença d'entre el 0'5 - 1% i la bulímia nerviosa entre 0'9 - 4'1% de totes les noies adolescents i adults joves, mentre que el 5-13% pateixen un síndrome parcial de TCA(2).

Al llarg de l'any 2015, a Catalunya, es cursaren 1844 altes hospitalària en la població de menors de 18 anys, l'11'7% són altes corresponents a trastorns de conducta alimentària(7). Això significa que aproximadament 216 menors de 18 anys van estar hospitalitzats degut a un trastorn de conducta alimentària.

No obstant, no tan sols a Catalunya és un diagnòstic molt prevalent en adolescents: tal i com es pot apreciar en diferents estudis mencionats per F. J. Arrufat en la seva tesi, existeixen estudis a Madrid, Saragossa, Navarra, València, entre d'altres, on la prevalença del diagnòstic en adolescents ocupa uns percentatges d'entre 2'91 i 4'69% entre els anys 1997 i 2005(8). Es pot evidenciar que actualment, a Catalunya, el percentatge és menor i s'ha reduït al llarg dels anys.

En els estudis mencionats anteriorment també s'evidencia que les dones presenten, en diferents percentatges, 3 tipus de diagnòstics en TCA: anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa i TCANE, mentre que els homes són més propensos a ser diagnosticats de trastorn de la conducta alimentària no especificats en comptes d'AN o BN(8).

3.4.1. PREVALENCIA TCA A OSONA

Pel que fa a una estadística més acurada a la població estudiada en aquest treball, en el CSMIJ d'Osona, al llarg del 2015, el 3'3% de persones ateses en el centre era degut a un trastorn de conducta alimentària, el 3r diagnòstic més freqüent entre els menors atesos(7). F. J. Arrufat realitza un estudi de prevalença de TCA a Osona arribant a la conclusió que la prevalença global de TCA era de 1'9% l'any 2006, amb unes probabilitats de 13'6 vegades més les dones que els homes de patir un trastorn de la conducta alimentària, tal com es mostra en la taula 4. També conclou que la població de risc de TCA entre els adolescents estudiats és del 9.2% sobre el total, una xifra superior a la trobada en altres estudis realitzats a Madrid o Sevilla (8).

Taula 4: Taula modificada de prevalença total i per gènere de trastorn de conducta alimentària segons diagnòstics DSM – IV – TR a Osona (11).

DIAGNOSTIC	NÚM. CASOS	PREVALENÇA (%)	IC DEL 95%
ANOREXIA			
HOMES	0	0.0	
DONES	4	0.35	0.09 – 0.92
TOTAL	4	0.17	0.04 – 0.44
BULIMIA			
HOMES	1	0.09	0.00 – 0.4
DONES	5	0.44	0.14 – 1.05
TOTAL	6	0.26	0.09 – 0.57
TCANE			
HOMES	2	0.18	0.02 – 0.63
DONES	31	2.7	1.9 – 3.9
TOTAL	33	1.4	0.99 – 2.02
TCA TOTAL			
HOMES	3	0.27	0.05 – 0.77
DONES	40	3.49	2.5 – 4.8
TOTAL	43	1.9	1.3 – 2.5

La taula 4 mostra que a Osona la major prevalença és de TCANE i la menor d'anorèxia. Segons l'estudi realitzat per Benjet C a Mèxic, també es dona un fet semblant on el diagnòstic menys prevalent és AN i el més freqüent el trastorn per afartament (classificat com a TCANE en l'estudi realitzat el 2006)(16).

Sembla ser que en un fet estan d'acord tots els estudis exposats en aquest apartat, i és que el diagnòstic de trastorn de conducta alimentària és més freqüent en dones que en homes: segons el CdR durant l'any 2015 el 5'3% de persones ateses eren dones amb TCA en comparació al 0'6% d'homes amb TCA. Tot i això, per l'estudi realitzat el 2012 a Mèxic sembla ser que no és estadísticament significatiu la diferència entre gèneres pel diagnòstic d'AN o BN, però sí ho és pel trastorn d'afartament(7,8,16).

En l'estudi de F. J. Arrufat també s'estudia la prevalença a partir de múltiples variables que podrien interferir en el diagnòstic, però en aquest punt és prescin-

dible aquesta informació. No obstant això, és important fer un incís en la comorbiditat amb altres diagnòstics psiquiàtrics que analitza en el seu estudi.

3.4.2. COMORBIDITAT PSIQUIATRICA

Entre la població de 134 adolescents estudiats que patien o tenien risc de patir un TCA, 46 osonencs presentaven algun tipus de trastorn mental el 2006, entre ells, els que presentaven major comorbiditat amb el TCA eren depressió major, trastorn negativista desafiament i TOC(8). També s'evidencia que les dones que pateixen un TCA tenen 4'60 vegades més probabilitats de patir un altra trastorn psiquiàtric que les adolescents que tan sols tenen risc de patir un TCA(8).

Pel que fa a la presència de trastorns d'ansietat en la població de risc es manifesta a partir de trastorns de pànic (0.7%), trastorns d'ansietat generalitzada (0.7%) i trastorns obsessius – compulsius (0.7%)(8). En altres estudis es reflecteix comorbiditat amb trastorns d'ansietat que afecten al TCA, no obstant, en l'estudi epidemiològic d'Arrufat no hi ha associació(8). R. Behar també afegeix que entre el 25% i 80% dels pacients amb TCA presenten una prevalença alta de depressió en l'escala de Hamilton i, tot i que assenyala que diferents estudis han obtingut resultats diversos, tots estan d'acord en l'alta prevalença de comorbiditat entre depressió i TCA(17).

Taula 5: Taules modificades de prevalença de depressió i ansietat social, segons severitat, en trastorns de conducta alimentària(17).

	SEVERITA T	NO TCA (%) N=54	TCA (%) N=54
DEPRESSIÓ (HDRS)			
0 – 7	Normal	66.7	16.7
8 – 17	Lleu	31.5	40.7
18 – 25	Moderada	1.8	24.1
≥ 26	Severa	0	18.5
ANSIETAT SOCIAL (LSAS)			
≤ 55	Normal	92.6	59.3
56 – 65	Moderada	3.7	14.8
66 – 80	Marcada	3.7	11.1
81 – 95	Severa	0	7.4
> 95	Molt severa	0	7.4

En la taula 5 es mostren els resultats de l'estudi de R. Behar que indiquen que les persones que pateixen un TCA tenen major probabilitat de patir depressió o ansietat vers les persones sense TCA, mesurat a partir de les escales HDRS i LSAS entre totes les persones que van ser participants de l'estudi(17).

C. Benjat et al. també fa relació a la comorbiditat de TCA amb altres trastorns psiquiàtrics, denotant que la majoria d'adolescents amb trastorn de conducta alimentària presenten comorbiditat amb altres trastorns, el més freqüent són els trastorns d'ansietat(16), però la OMS hi afegeix el trastorn per abús de substàncies i la depressió(2). Igualment, també mostra que el risc de suïcidi per ideació, pla o intent és major en persones amb TCA que en persones sense problemes de conducta alimentària, podent ser fins a 4 vegades més freqüent(16).

3.5. TRASTORNS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Els trastorns de la conducta alimentària i de la ingesta d'aliments són alteracions en l'alimentació, en el comportament o en l'actitud relacionada amb l'acció d'alimentar-se, que condueixen a l'alteració en el consum o en l'absorció d'aliments i causa un deteriorament físic i/o del funcionament psicosocial, degut a una etiologia multifactorial(4–6). Des de la segona meitat del segle XX han adquirit una gran rellevància per la seva gravetat i complexitat, a més del seu augment en la prevalença(8,5).

Al DSM-5 es descriuen 8 trastorns de la conducta alimentària (taula 6), no inclouent la obesitat ja que es considera com el resultat d'excés de consum d'energia en relació a l'energia gastada(4), pel qual no es considera trastorn mental. Tot i així, els trastorns més treballats en l'àmbit educatiu són l'AN i BN.

Aquests trastorns poden ser diagnosticats a través dels criteris descrits pel DSM-V, però també s'utilitzen diversos instruments de cribatge com enquestes i qüestionaris tals com SCOFF, EAT, ChEAT, EAT-26, BULIT o BITE (5).

3.5.1. ETIOLOGIA DELS TCA

L'etiologia dels trastorns de conducta alimentària pot ser diversa i influent o no, depenent del trastorn. Els factors causants són múltiples i amb una relació complexa entre ells(5,6). Els principals factors de risc pels trastorns de conducta alimentària es representen a la taula 7. Els trastorns alimentaris són trastorns multicausats, plurisintomàtics i resultats d'una interacció complexa entre factors psicològics, biològics i socioculturals (8).

Taula 6: Trastorns de Conducta Alimentària i les seves característiques (8,16,4-6,18)

DIAGNOSTIC	DESCRIPCIÓ	MAJOR PREVALENÇA	COMPLICACIONS	FACTORS DE RISC	COMORBIDITATS
Conducta Pica	Ingestió persistent de substàncies no nutritives	Persones amb discapacitat intel·lectual	Físiques		Discapacitat intel·lectual
Trastorn de ruminació	Regurgitació repetida dels aliments després d'haver estat empassats	Persones amb discapacitat intel·lectual	Retard de creixement Baix pes Conseqüències socials		Discapacitat intel·lectual
Trastorn per evitació/restricció de la ingesta alimentària	Evitació o restricció de la presa d'aliments		Pèrdua de pes Dependència nutricional o suplementos Conseqüències psicosocials	Psicològics Socioculturals Biològics	
Trastorn per afartament	Episodis recurrents d'afartaments per pèrdua de control	Qui busca tractament per perdre pes (homes = dones)	Problemes adaptació social Augment morbiditat i mortalitat Problemes adaptació social Augment de pes	Biològics	T. Bipolars T. Depressius T. Ansietat T. Consum substàncies
TCA especificat i no especificat	Síntomes de TCA però no compleixen els criteris diagnòstics				
Anorèxia nerviosa	Restricció d'ingesta manifestat amb un baix IMC, distorsió imatge corporal i por a guanyar pes.	Sexe femení Adolescència o inici edat adulta	Aïllament social Conseqüències psicopatològiques Conseqüències fisiològiques Augment risc suïcidi	Psicològics Socioculturals Biològics	T. Ansietat T. Depressius T. Bipolars T. Consum substàncies
Bulímia nerviosa	Episodis recurrents d'afartament per pèrdua de control, comportaments compensatoris i autoavaluació influïda pel pes.	Sexe femení Adolescència o inici edat adulta	Conseqüències psicopatològiques Conseqüències fisiològiques Augment risc suïcida	Psicològics Socioculturals Biològics	T. Ansietat T. depressius T. Bipolars

Taula 7: Factors de risc en els trastorns de conducta alimentària (2,8,5,6,19–21)

<p>FACTORS BIOLÒGICS</p>	<p><u>Genètica</u>: representen el 50-85% dels factors de risc.</p> <p><u>Pubertat</u>: les hormones tenen un paper important en les conductes alimentàries, ansietat i estructura del cos. Una pubertat precoç en noies o tardana en nois s'associa a sobrepès.</p> <p><u>Sobrepès i obesitat</u>: pot derivar a comportaments inadequats per perdre pes, ansietat, depressió, etc.</p>	
<p>FACTORS SOCIOCULTURALS</p>	<p><u>Models familiars</u>: sobreprotectors, rígids, exigents, conflictius, etc.</p> <p><u>Famílies desestructurades</u></p> <p><u>Antecedents familiars</u>: TOC, TCA, obesitat, alcoholisme, hàbits alimentaris poc regulars, valoració excessiva del pes.</p> <p><u>Influència mitjans comunicació</u>: es valora la figura prima i s'estigmatitza l'obesitat. Més risc pels adolescents que mirin més freqüentment els mitjans de comunicació.</p> <p><u>Influència relacions interpersonals</u>: influència de pares i companys.</p> <p><u>Aspectes transculturals</u>: en els diferents països o cultures la forma de pensar en l'adolescència és diferent, per tant, les conductes que condicionen el TCA també són diverses.</p>	
<p>FACTORS PSICOLÒGICS</p>	<p><u>Trastorns afectius</u></p> <p><u>Trastorns de la personalitat</u></p> <p><u>Trastorns obsessius-compulsius</u></p> <p><u>Trastorns de control d'impulsos</u></p> <p><u>Baixa autoestima</u></p> <p><u>Excessiva rigidesa</u></p> <p><u>Perfeccionisme</u></p> <p><u>Història personal de dificultats alimentàries</u></p> <p><u>Retraïment social</u></p>	<p><u>Preocupació pel cos</u></p> <p><u>Ideal de figura prima</u></p> <p><u>Relacions socials insatisfactòries</u></p> <p><u>Autoexigència</u></p> <p><u>Impulsivitat</u></p> <p><u>Intolerància a la frustració</u></p> <p><u>Necessitat d'aprovació</u></p> <p><u>Insatisfacció amb la imatge corporal</u></p>
<p>ESDEVENIMENTS VITALS POTENCIALMENT ESTRESSANTS</p>	<p><u>Abusos sexuals i/o físics en la infància</u></p> <p><u>Crítiques del propi físic</u></p> <p><u>Antecedents de crisis vitals</u></p>	

3.5.2. SIGNES D'ALARMA EN TCA

Cal no oblidar alguns dels signes d'alarma per detectar els trastorns alimentaris (8,22):

- Mala imatge corporal
- Constipació persistent

- Irritabilitat, tristesa i/o susceptibilitat persistents
- Pèrdua de pes i restricció alimentària
- Vòmits postpandrials reiterats
- Retraïment social progressiu
- Amenorrea
- Increment compulsiu de l'activitat física.

3.5.3. COMORBIDITAT EN TCA

Les associacions més habituals de TCA amb altres TM són les següents:

- **Trastorns relacionats amb substàncies:** l'ús i abús de substàncies il·legals és alt, especialment en la bulímia nerviosa, relacionat amb intents per reduir la gana i, més tard, relacionat amb la impulsivitat. Fins a un 40% de diagnosticats ho reconeixen(5).
- **Trastorns d'ansietat:** es solen presentar quadres fòbics específics, relacionats o no amb el TCA. La prevalença oscil·la entre el 10 i 40%, principalment en anorèxia(5). Les persones amb TCA tenen un risc 5'5 vegades superior a patir ansietat severa vers les persones no diagnosticades de TCA(17,20).
- **Trastorn obsessiu-compulsiu:** trets de personalitat com rigidesa, responsabilitat, ser constant, ordenat i poc tolerant. Prevalença d'un 40% en diagnosticats d'anorèxia nerviosa(5) ja que el TOC apareix amb una major incidència en persones amb diagnòstic d'AN(20).
- **Trastorns de personalitat:** en un 30% aproximadament de casos de TCA, especialment en bulímia nerviosa (trastorn límit, antisocial o histriònic)(5).
- **Trastorns afectius:** prevalença d'entre 40 i 80%(5). 1 de cada 4 pacients amb AN presenta un episodi depressiu abans o després del TCA, mentre que el 30% de pacients amb BN pateix simultàniament un trastorn depressiu(8). Les persones amb TCA tenen un risc 23'7 vegades major a patir una depressió que les persones sense TCA(17,20).

3.6. PROGRAMES DE PROMOCIO DE SALUT EN TCA

L'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) diferencia els programes de promoció de salut dels de prevenció descrivint la promoció de la salut com aquelles prestacions o serveis dirigits a fomentar la salut i l'equitat, a partir de treballar l'apoderament i la fomentació d'entorns saludables(23). És possible que en programes de prevenció s'utilitzin estratègies de promoció i viceversa, així doncs, poden estar presents tots dos dins el mateix programa, involucrant activitats similars però produint resultats diferents i complementaris(2).

El camp més estudiat fins el moment és el de programes de prevenció de la salut en TCA i, com es pot comprovar amb els exemples donats més endavant, els programes de promoció són pràcticament nuls o la promoció de la salut està inclosa dins del programa de prevenció. És per aquest motiu, que les dades que es poden referenciar en aquest apartat són principalment de programes de prevenció, però el programa que es portarà a terme serà un Programa de Promoció i Prevenció de la Salut a partir d'intervencions psicoeducatives tractant coneixements sobre els TCA.

En la guia de pràctica clínica dels TCA es diferencien 5 tipus d'intervencions: psicoeducatives, d'educació en el criticisme als medis de comunicació, tècniques d'inducció i dissonància i intervencions focalitzades a eliminar els factors de risc i enfortir el destinatari(5). En canvi, en un estudi realitzat per Pratt BM i Woolfenden SR distingeix 4 tipus d'intervencions: coneixements sobre els TCA, actituds i conductes alimentàries, criticisme als mitjans i intervencions relacionades amb l'autoestima(5).

Igualment, es poden diferenciar les mesures preventives d'estratègia poblacional o estratègia d'alt risc. La diferència és que les primeres van dirigides a tota la població per disminuir el risc i la segona és de caràcter individual dirigida a aquelles persones vulnerables o amb risc especial, en aquest cas, dones i adolescents(2,5).

Tot i l'evidència que es reflexa en la Guia de Pràctica Clínica sobre TCA que els programes per a noies adolescents de risc tenen resultats satisfactoris, s'especifiquen unes característiques que faciliten el correcte efecte del programa com: estratègies dirigides a població d'alt risc, exclusivament per dones, majors de 15

anys, impartits en format interactiu i per professionals entrenats durant múltiples sessions, tractant continguts com l'acceptació corporal o l'ús de tècniques d'inducció i dissonància avaluats i validats(5).

Tot i que des de 1995 ja hi ha programes preventius, avui dia hi ha un ventall més extens per diferenciar els tipus d'activitats que es poden realitzar segons el seu contingut i la població (1,21):

- **Primera generació:** centrats en proporcionar informació dels trastorns de conducta alimentària, més caire de promoció.
- **Segona generació:** de contingut didàctic però incloent referents a la resistència i afrontament de la pressió social (Promoció + Prevenció).
- **Tercera generació:** dirigits a persones de risc i centrat en el treball de factors de risc, bàsicament prevenció.

Actualment es poden incloure els programes multidimensionals que utilitzen una estratègia més àmplia obtenint millors resultats amb efectes preventius i internalització de sentiments i acceptació(2). No obstant, els estudis mencionats obtenen resultats confusos, sense conclusions sòlides de la seva efectivitat i és necessària una major investigació dels factors que diferencien un programa exitós del que no ho és, per tant, es pot concloure que els programes de prevenció tenen major efecte en millorar els coneixements que en reduir conductes o actituds incorrectes sobre l'alimentació o en prevenir aquests trastorns(2,5).

Per altra banda, hi ha estudis que afirmen que el 50% dels programes resulten exitosos per la reducció dels factors de risc(18). Així doncs, seria adequat afirmar que els programes de prevenció redueixen els factors de risc prevenint el desenvolupament de trastorns alimentaris, però no aconsegueixen al 100% l'objectiu ja que no sempre resulta.

Cal tenir en compte que de la mateixa forma que es pot evidenciar que els programes de prevenció de la TCA tenen resultats satisfactoris i, fins i tot, poden haver tingut efectes positius per a la obesitat, no hi ha prou evidència per determinar si poden ser contraproductes o tenir efectes adversos(5). Hi ha estudis que afirmen que els programes que difonen la dieta saludable poden augmentar els trastorns de conducta alimentària, no obstant Baranowski M. J.

conclou que els programes basats en la dieta saludable són tan efectius com els programes de prevenció de TCA pel que fa a evitar la restricció alimentària(24).

Els principals programes de promoció i prevenció de la literatura consultada són els següents(18):

- BODY PROJECT: el seguiment en 1 any demostra una millora en el funcionament psicosocial i menor utilització dels serveis de salut mental.
- PESO SALUDABLE: dirigit a ensenyar com aconseguir i mantenir un pes saludable mitjançant petits canvis graduals.
- GIRL TALK: centrat en promoure la crítica dels missatges publicitaris, acceptació corporal, conductes de control de pes i eines per manejar l'estrès.
- STUDENT BODIES: facilita informació del TCA i nutrició saludable.
- WEIGHT TO EAT: dirigit a canviar idees, actituds i conductes de nutrició i autoimatge.

En el nostre entorn, s'han creat diversos programes de prevenció dels trastorns de conducta alimentària, els quals tracten tot de temes molt similars deixant a un costat la informació sobre el TCA i essent més incisius en el treball de factors de risc(18,25–27). En altres programes, també de prevenció realitzats a Catalunya, com el Salut i Escola o el Programa Fem Salut, tracten més a fons la informació sobre TCA(15,9), però impressionen estar més dirigits al professorat i no tant a l'alumnat.

Finalment, es conclou que la gran majoria d'estudis analitzats estan encaminats en la prevenció dels trastorns de conducta alimentària reduint els factors de risc i, en pocs casos, observem programes de promoció on es divulgui informació sobre què són els TCA i quins són els seus factors predisponents.

Per aquest motiu es dissenya un programa propi a partir d'activitats i intervencions realitzades en altres programes, semblants entre elles, per tal de realitzar un programa de 2a generació amb les següents característiques:

- Programa de conformació d'habilitats
- Intervencions psicoeducatives
- Estratègia poblacional dirigida a disminuir el risc

4. HIPOTESIS I OBJECTIUS

L'aplicació d'un programa de Promoció de la Salut Mental en Trastorns de Conducta Alimentària és útil per augmentar l'apoderament dels adolescents.

- El trastorn de conducta alimentària és un tema poc conegut pels adolescents.
- Els estudiants de secundària cometen errors en identificar trastorns de conducta alimentària o classifiquen trastorns alimentaris com a TCA.
- Els adolescents desconeixen els factors de risc d'una persona a patir un trastorn de conducta alimentària.

4.1. OBJECTIUS

- Avaluar el coneixement sobre trastorns de conducta alimentària, prevalença i factors de risc dels adolescents de 2n d'ESO de l'Escolial (Vic) i 3r d'ESO de l'INS Miquel Martí i Pol (Roda de Ter) segons curs acadèmic i gènere.
- Identificar si els coneixements avaluats prèviament han augmentat després de la intervenció de promoció de la salut.
- Especificar quins són els errors més freqüents en identificar trastorns de conducta alimentària i factors de risc entre els adolescents de 2n d'ESO de l'Escolial i 3r d'ESO de l'INS Miquel Martí i Pol.

5. MATERIAL I METODEDES

5.1. DISSENY D'ESTUDI

Es plantejà un estudi longitudinal prospectiu, amb anàlisi en 2 moments diferents: desembre del 2017 i febrer del 2018.

5.2. AMBIT D'ESTUDI

L'àmbit d'estudi fou específic en 2 dels 24 municipis de la comarca d'Osona, a la Catalunya Central, província de Barcelona. El primer municipi on es portà a terme és a Roda de Ter amb una extensió de 2'18km² i una població de 6.125 habitants el 2017, dels quals 599 eren joves d'entre 10 i 19 anys d'edat (28).

El segon municipi on es realitzà és a la capital de la comarca d'Osona, Vic, amb una extensió de 30'58 km² i 43.964 habitants el 2017. A la ciutat hi habitaven 4661 joves d'entre 10 i 19 anys (29).

L'estudi es realitzà entre els mesos de desembre de l'any 2017 i març de l'any 2018.

5.3. POBLACIO D'ESTUDI

La població d'estudi estava composta pels estudiants de 2 instituts de les poblacions mencionades anteriorment: Institut Miquel Martí i Pol de Roda de Ter i l'escola Escorial de Vic. Cal mencionar que en aquests instituts no tan sols hi assistien persones del municipi, sinó també d'altres poblacions de la comarca d'Osona tals com l'Esquirol, Cantonigròs, Tavertet, Tavèrnoles, Rupit, Taradell, entre d'altres.

5.4. CRITERIS D'INCLUSIO I EXCLUSIO

S'incloueren els adolescents d'entre 12 i 16 anys que cursaven el 2n curs d'Educació Secundària Obligatòria a l'Escorial i els que cursaven el 3r curs d'Educació Secundària Obligatòria a l'INS Miquel Martí i Pol, d'ambdós sexes.

En l'anàlisi de dades s'incloueren els estudiants que participaren de la totalitat de l'estudi, és a dir, contestaren el qüestionari al desembre i al febrer i també assistiren en la intervenció realitzada el mes de gener de 2018; també s'incloueren aquells que tan sols contestaren el qüestionari previ a la intervenció i

aquells que participaren a la intervenció i contestaren l'enquesta post-intervenció.

Es van excloure tots els adolescents de la mostra que no complien els criteris d'inclusió.

5.5. MOSTRA

La mostra es seleccionà de forma no probabilística per selecció intencionada. Fou escollida pels propis centres educatius entre tots els grups d'ESO segons els seus criteris de major necessitat per ser aplicat un programa de promoció de salut mental en TCA.

La totalitat dels alumnes matriculats en els cursos mencionats era de 171, no obstant el valor final de la mostra varià al llarg de l'estudi. Solament 147 alumnes contestaren el qüestionari previ a la intervenció, 155 alumnes assistiren a la intervenció i 154 contestaren el qüestionari posterior a la intervenció, tot i que se'n descartaren 7 per no complir els criteris d'inclusió. Es realitzà una selecció del total dels alumnes segons els criteris d'inclusió i la mostra final en la post-intervenció fou de 147 alumnes tot i que no es pogué garantir que fossin els mateixos alumnes els que contestaren el qüestionari pre-intervenció i de post-intervenció.

5.6. VARIABLES

Les variables estudiades han estat:

- Dades sociodemogràfiques:

- **Edat**
- **Curs acadèmic**
- **Sexe**

- Trastorn mental

Es pretenia saber si la població coneixia la diferència entre una malaltia comuna i un trastorn mental a partir d'escollir quins són trastorns mentals entre 8 opcions. Es valorà si sabien reconèixer que BN i AN són trastorns mentals i els diversos percentatges de persones que van contestar entre 1 i 4 respostes correctes.

- Trastorns de Conducta Alimentària

Es valorà havent d'escollir d'entre 8 opcions quines són TCA i quines no, podent-se valorar quines són aquelles patologies que més s'inclouen dins dels TCA segons els coneixements de la mostra i quin percentatge de participants respongueren entre 1 i 4 respostes correctament.

- Prevalença de TCA

Per valorar-ho es dividí la prevalença en 3 variables:

- **Edat:** els participants havien de triar entre 4 opcions quina era la resposta correcte referent a la major prevalença d'edat. Es valorà quin és el percentatge de participants que respongueren correctament la pregunta.
- **Sexe:** els estudiants havien d'indicar quina era la resposta correcte respecte la major prevalença de TCA segons el gènere. Es valorà quin és el percentatge de participants que respongueren correctament la pregunta.
- **Classe social:** calia indicar si els TCA tenen major prevalença en classes socials baixes, mitges o si no està relacionat i es valorà quin fou el percentatge de respostes correctes.

- Factors de risc

Separat en 2 ítems per la seva valoració:

- **Factors predisponents:** els estudiants escolliren entre 6 opcions quins factors eren predisponents. Es valorà el percentatge de respostes d'alumnes que respongueren entre 1 i 4 respostes correctes i les respostes més escollides.
- **Factors precipitants:** els estudiants escolliren entre 6 opcions quins factors eren precipitants. Es valorà el percentatge de participants que respongueren entre 1 i 4 respostes correctes i les respostes més escollides

Les preguntes que avaluaven aquesta variable tenien unes respostes confuses i sense un acord entre experts i articles, així que l'anàlisi del percen-

tatge de respostes correctes quedà de tall anecdòtic i passà a ser més rellevant el tipus de respostes escollides.

- Manifestacions clíniques dels TCA

Valorat a partir de 2 preguntes obertes on s'havia d'explicar amb les pròpies paraules 2 frases que són la descripció de 2 TCA. Per l'anàlisi s'agruparen les diverses descripcions en diferents ítems generalitzats:

- **Anorèxia Nerviosa:** es diferencià entre si havien escrit el nom del trastorn, si havien descrit el trastorn sense especificar el nom o si havien escrit quelcom no relacionat amb el trastorn.
- **Trastorn per Afartament:** es diferencià en si havien escrit el nom del trastorn o de bulímia nerviosa (trastorn similar però no l'específic en la pregunta), si havien descrit trastorn per afartament o BN o si havien descrit quelcom no relacionat amb cap dels dos trastorns.

- Signes d'alarma

Valorat a través d'una pregunta oberta on havien d'escriure 4 signes d'alarma del TCA. Valorat en funció de quants signes d'alarma anotats eren correctes.

- Puntuació final

Variable determinada a partir de fixar una puntuació per cada pregunta en funció de les respostes correctes, és a dir, cada pregunta pot valdre tants punts com respostes correctes siguin possibles, assumint una puntuació final màxima de 26 punts. Es valorà la puntuació final mitja en els 2 moments d'estudi.

De totes les variables estudiades es tingueren en compte les preguntes no respostes.

5.7. TECNICA D'OBTENCIO DE DADES I INSTRUMENTS DE MESURA

S'utilitzà un qüestionari estructurat en preguntes obertes i tancades extret d'un estudi de Sánchez V, et al.(30) modificat. El qüestionari utilitzat es pot trobar en l'annex 2. La correcció de l'instrument de mesura ha estat revisat per experts i valorat a través d'articles(5,31).

Per dur a terme el qüestionari s'optà per posar-se en contacte amb els coordinadors d'estudis secundaris obligatoris dels 2 instituts de la mostra, així s'encarregaven de repartir els qüestionaris als cursos escollits 1 mes abans de la intervenció i 1 mes després d'aquesta.

5.8. RECURSOS

Els recursos detallats són específics solament per a la part del programa realitzada en aquest estudi:

- Material:
 - Power-point.
 - Material fungible per a les activitats (annex 3)
- Personal:
 - Infermera/estudiant d'infermeria
- Institucionals:
 - 2 centres d'educació secundària

5.9. CONSIDERACIONS ETIQUES

En la capçalera de l'entrevista i en la introducció de la intervenció portada a terme s'informava del procediment i de l'objectiu del treball. S'exposava i es garantia l'anonimat de les persones que han format part de la mostra.

5.10. ANALISI DE DADES

Les dades s'analitzaren amb el programa estadístic SPSS versió 23.0 per IBM a partir d'un anàlisi descriptiu i bivariant. Les variables qualitatives es descriueren amb les freqüències absolutes i relatives per cada categoria i les variables quantitatives amb la mitjana i percentils. L'estudi d'associació entre varia-

bles qualitatives es portà a terme amb la prova de Pearson i la comparació entre dues mitjanes es realitzà mitjançant la t d'Student. En tots els casos es realitzà un nivell de significació de $p < 0.05$ i un interval de confiança al 95% (IC 95%).

Degut a l'anonimat de les enquestes no es pogué realitzar un estudi aparellat i es tractà amb mostres independents.

5.11. CRONOGRAMA

El projecte s'inicià l'octubre del 2017. Les tasques de recerca bibliogràfica van durar fins el desembre de 2017 per redactar el marc teòric. Durant el mateix mes de desembre de 2017 s'enviaren els qüestionaris als instituts perquè fossin contestats entre el 04/12/2017 i el 19/12/2017.

Entre finals de desembre del 2017 i principis de gener del 2018 es dissenyà el Programa de Promoció i Prevenció de Salut Mental en Trastorns de Conducta Alimentària a partir de 4 Programes en TCA: "Taller de Prevenció de los Trastornos de la Conducta Alimentaria", "Conducta Alimentaria en adolescentes: una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria", "Programa de Promoción de la Salud y Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria" i "Programa de promoción de la salud mental dirigido a la población adolescente en la escuela"(18,26,27,32). El disseny final del programa es troba en l'annex 1.

Al llarg del mes de gener es portà a terme el bloc 1 i una part del bloc 3 del programa dissenyat en els dos instituts escollits. Únicament es pogueren portar a terme aquests apartats degut al temps del que es disposava per realitzar l'activitat als instituts (1 hora).

El cronograma específic de l'obtenció de dades es resumeix en la taula 8.

Taula 8: Cronograma de l'estudi

	DESEMBRE'17	GENER'18	FEBRER'18	MARÇ'18
<i>Contestar Q1</i>	X			
<i>Intervencions als centres</i>		X		
<i>Contestar Q2</i>			X	
<i>Anàlisi de dades</i>				X

6. RESULTATS

147 alumnes de la mostra contestaren els qüestionaris abans de realitzar la intervenció, 82 participants eren homes (55.8%) i 65 dones (44.2%), repartits entre els cursos de 2n d'ESO (51.7%) i 3r d'ESO (48.3%). 154 persones contestaren el qüestionari després de la intervenció, tot i que tan sols s'inclogueren en l'estudi post-intervenció 147 qüestionaris seguint els criteris d'inclusió proposats, amb una participació masculina d'un 55.1% (81) i 44.9% (66) de dones, repartits també entre els cursos de 2n d'ESO (57.8%) i 3r d'ESO (42.2%). S'inclogueren adolescents d'entre 12 i 16 anys amb una mitjana d'edat de 13.52 anys en el Q1 i de 13.66 anys al Q2.

6.1. CONEIXEMENTS PREVIS SEGONS EL CURS I GÈNERE

En la mostra de 147 persones que participaren en el Q1, les noies foren les que aconseguiren, en mitjana, una millor puntuació final. El 5% de les participants tenia una puntuació superior a 18 punts amb un màxim de 20 punts. La mitjana de les noies fou de 11.80 punts en vers els 11.34 punts dels nois. El 5% dels nois tenia puntuacions superiors a 17 punts i un màxim de 21 punts.

Els alumnes que cursaven 3r d'ESO demostraren ser els més coneixedors en matèria de trastorns de conducta alimentària, ja que la seva puntuació final mitja estava en 12.99 punts sobre 26, una puntuació més alta que la mitjana dels alumnes de 2n d'ESO que es quedava en 10.20 punts. El 5% dels alumnes del 2n curs van obtenir puntuacions iguals o superiors a 17 punts amb un màxim de 21 punts, mentre que el 5% dels alumnes de 3r obtenien puntuacions iguals o superiors a 18 punts amb una puntuació final màxima de 20 punts.

A continuació, es desglossen els coneixements segons les variables estudiades:

- TRASTORN MENTAL

143 alumnes dels 147 participants contestaren la pregunta, 17.5% dels quals contestaren marcant les 4 opcions correctes, el 72% eren alumnes de 3r d'ESO. Al comparar-ho segons el sexe, es distingeix que el 60% de les persones que contestaren totes les opcions correctes eren nois. No obstant, la majoria d'estudiants encertaren 3 de les 4 opcions correctes (45.5% del total). Els resultats es plasmen en la taula 9.

Taula 9: Taula de contingència de nombre de respostes correctes a la pregunta 2 en relació el curs i el gènere. Elaboració pròpia amb SPSS.

		4	3	2	1	0	TOTAL
Total CURS	2N	4.9%	23.1%	20.3%	2.1%	0.7%	51.0%
	3R	12.6%	22.4%	12.6%	1.4%	0.0%	49.0%
Total SEXE	HOME	10.5%	23.8%	19.6%	2.8%	0.7%	57.3%
	DONA	7.0%	21.7%	13.3%	0.7%	0.0%	42.7%
TOTAL		17.5%	45.5%	32.9%	3.5%	0.7%	100.0%

- TRASTONS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Solament 143 alumnes contestaren la pregunta número 1. Aquesta variable semblava ser menys coneguda per la mostra estudiada ja que cap estudiant va ser capaç de marcar les 4 respostes que eren correctes. Es tornà a distingir que els alumnes amb més quantitat de respostes correctes eren els del 3r curs de l'INS Miquel Martí i Pol, degut a que van representar el 67.7% del 21.7% participants que contestaren 3 respostes certes. En relació al gènere, es denotà que el sexe masculí fou el que encertà més respostes. Es remarca en la taula 10 que gairebé la majoria dels estudiants encertaren 2 opcions correctes de les 4 correctes. Segons la prova de Pearson, hi hagué relació entre el gènere de la persona i les respostes que contestaren, tenint en compte un p-valor=0.048 (<0.05).

Taula 10: Taula de contingència de nombre de respostes correctes a la pregunta 1 en relació el curs i el gènere. Elaboració pròpia amb SPSS.

		3	2	1	0	TOTAL
Total CURS	2N	7.0%	23.1%	17.5%	2.8%	50.3%
	3R	14.7%	21.7%	10.5%	2.8%	49.7%
Total SEXE	HOME	14.7%	22.4%	18.9%	1.4%	57.3%
	DONA	7.0%	22.4%	9.1%	4.2%	42.7%
TOTAL		21.7%	44.8%	28.0%	5.6%	100.0%

- PREVALENÇA TCA

La variable es dividí en tres ítems on el més conegut per la població estudiada fou la prevalença segons l'edat i el que presentà un coneixement més baix va ser la prevalença segons la classe social.

- PREVALENÇA SEGONS EDAT: el 80.7% de les 145 persones que contestaren la pregunta va encertar la resposta. Segons el curs, els alumnes de 2n d'ESO encertaren amb major prevalença la pregunta, un 50.4%, segons el gènere els homes contestaren amb més freqüència correctament, un 57.3% de les respostes correctes.
- PREVALENÇA SEGONS SEXE: el 54.5% de les 145 persones que contestaren la pregunta respongueren que el gènere més prevalent era el femení, la major part de respostes correctes foren dels alumnes de 2n d'ESO representant el 53.2% de respostes correctes segons el curs, segons el gènere el 53.2% de respostes correctes eren del sexe femení. La prova de Pearson va concloure que la resposta correcte o incorrecte d'aquesta pregunta podia dependre del sexe de la persona (p -valor = 0.017).
- PREVALENÇA SEGONS CLASSE SOCIAL: es tracta de l'ítem amb menys participació ja que 7 persones no contestaren la pregunta. Solament el 44.3% dels que respongueren ho feu correctament, amb majoria d'encerts per part dels alumnes de 3r d'ESO (53.2%) i del gènere masculí (54.8%).

- FACTORS DE RISC

- FACTORS PREDISPONENTS: el 12.2% dels participants no respongué la pregunta, així que tan sols es treballà amb 129 respostes, per primer cop, amb major participació dels alumnes de 3r d'ESO. El 5.4% contestà correctament les 4 opcions, amb major nombre d'encerts per part dels alumnes de 3r d'ESO (85.7%) i per

part del sexe masculí (57.1%). En la taula 11 es mostra el nombre d'encerts segons el curs acadèmic i gènere.

Taula 11: Taula de contingència de nombre de respostes correctes a la pregunta 6 en relació el curs i el gènere. Elaboració pròpia amb SPSS.

		4	3	2	1	0	TOTAL
Total CURS	2N	0.8%	13.2%	15.5%	15.5%	3.1%	48.1%
	3R	4.7%	20.9%	16.3%	8.5%	1.6%	51.9%
Total SEXE	HOME	3.1%	21.7%	18.6%	8.5%	4.7%	56.6%
	DONA	2.3%	12.4%	13.2%	15.5%	0.0%	43.4%
TOTAL		5.4%	34.1%	31.8%	24.0%	4.7%	100.0%

Segons la prova de Pearson, la quantitat de respostes correctes presentà una diferència significativa depenent del gènere ja que en resultà un p-valor = 0.025.

- **FACTORS PREDISPONENTS:** el 15.6% de participants no responstejà la pregunta, majoritàriament alumnes de 2n d'ESO. Solament el 4.8% de les 124 respostes marcaven les 4 opcions correctes per a la pregunta, amb una quantitat majoritària d'encerts per part dels alumnes de 3r (66.7%) i dels nois (66.7%). En la taula 12 es mostra la relació entre encerts i curs/sexe.

Taula 12: Taula de contingència de nombre de respostes correctes a la pregunta 7 en relació el curs i el gènere. Elaboració pròpia amb SPSS.

		4	3	2	1	0	TOTAL
Total CURS	2N	1.6%	8.9%	21.0%	10.5%	4.0%	46.0%
	3R	3.2%	19.4%	15.3%	12.1%	4.0%	54.0%
Total SEXE	HOME	3.2%	12.1%	24.2%	12.1%	5.6%	57.3%
	DONA	1.6%	16.1%	12.1%	10.5%	2.4%	42.7%
TOTAL		4.8%	28.3%	36.3%	22.6%	8.0%	100.0%

- MANIFESTACIONS CLINIQUEES DELS TCA

La valoració d'aquesta variable es realitzava a través de preguntes obertes, fet que podria haver facilitat que es respongués amb menor freqüència.

- ANOREXIA NERVIOSA: el 29.3% dels participants no contestà. El 19.2% de les respostes corresponien a haver escrit "Anorèxia Nerviosa" al referir-se a la frase proposada, el 55% dels quals eren alumnes de 2n d'ESO segons el curs i, segons el gènere, el 60% eren noies; el 26.9% dels contestans descrigué l'AN. En la taula 13 es pot veure la relació de les diverses respostes en relació a les variables socials. Segons la prova de Pearson, les respostes escrites en aquesta pregunta foren l'únic coneixement base que depèn del curs acadèmic, tenint en p-valor = 0.017.

Taula 13: Taula de contingència de respostes en la pregunta 8 en relació el curs i el gènere . Elaboració pròpia amb SPSS.

		AN	Descripció AN	Descripció no relacionada	TOTAL
Total CURS	2N	10.6%	15.4%	15.4%	41.3%
	3R	8.7%	11.5%	38.5%	58.7%
Total SEXE	HOME	7.7%	15.4%	28.8%	57.3%
	DONA	11.5%	11.5%	25.0%	42.7%
TOTAL		19.2%	26.9%	53.8%	100.0%

- TRASTORN PER AFARTAMENT: el 32.7% dels participants no contestaren la pregunta, tenint solament 99 respostes. La frase proposada tenia múltiples descripcions possibles, però solament 2 eren completament certes. El 3.0% de les respostes afirmaven que la frase es referia a un trastorn per afartament i un 17.2% descrivia amb les seves paraules el trastorn per afartament. En la taula 14 es pot veure la relació de respostes segons el curs i gènere. S'observà que els alumnes de 2n d'ESO identificaren més el nom del trastorn i els alumnes de 3r foren més hàbils en descriure el

trastorn, al diferenciar aquest comportament segons el sexe es de-
notà que succeïa el mateix fet.

Taula 14: Taula de contingència de nombre de respostes correctes a la pregunta 9 en relació el curs i el gènere. Elaboració pròpia amb SPSS.

		<i>T.</i> <i>afartament</i>	<i>BN</i>	<i>Descripció T.</i> <i>Afartament</i>	<i>Descripció</i> <i>BN</i>	<i>Descripció</i> <i>no</i> <i>relacionada</i>	<i>TOTAL</i>
<i>Total</i> <i>CURS</i>	2N	2.0%	2.0%	6.1%	0.0%	32.3%	42.4%
	3R	1.0%	1.0%	11.1%	1.0%	43.4%	57.6%
<i>Total</i> <i>SEXE</i>	HOME	2.0%	1.0%	8.1%	0.0%	40.4%	51.5%
	DONA	1.0%	2.0%	9.1%	1.0%	35.4%	48.5%
TOTAL		3.0%	3.0%	17.2%	1.0%	75.8%	100%

- IDENTIFICACIO DE SIGNES D'ALARMA

El 29.9% dels participants no respongueren, obtenint solament 103 respostes. L'11.7% contestava 4 signes d'alarma correctes, tenint majoria en respostes correctes els alumnes de 3r d'ESO (58.3%) i el gènere femení (75%). La taula 15 mostra la relació.

Taula 15: Taula de contingència de nombre de respostes correctes a la pregunta 10 en relació el curs i el gènere . Elaboració pròpia amb SPSS.

		4	3	2	1	0	TOTAL
<i>Total</i> <i>CURS</i>	2N	4.9%	4.9%	11.7%	13.6%	7.8%	42.7%
	3R	6.8%	6.8%	19.4%	12.6%	11.7%	54.0%
<i>Total</i> <i>SEXE</i>	HOME	2.9%	4.9%	15.5%	16.5%	13.6%	53.4%
	DONA	8.7%	6.8%	15.5%	9.7%	5.8%	46.6%
TOTAL		11.7%	11.7%	31.1%	26.2%	19.4%	100.0%

6.2. COMPARATIVA CONEIXEMENTS Q1 I Q2

Després de l'aplicació del programa, els estudiants contestaren novament el mateix qüestionari presentant una variació dels resultants. La puntuació final mitja abans de la intervenció era de 11.54 punts, mentre que la mitjana a febrer de

2018 fou de 14.76, amb una puntuació màxima de 23 punts. El 5% dels alumnes va obtenir puntuacions superiors a 20 punts en comparació als 18 punts d'abans de la intervenció.

Indiferentment si s'assumien variàncies iguals o no, el p-valor entre la puntuació final del Q1 i Q2 resultà <0.05 per tant, hi hagué una diferència significativa entre les mitjanes de puntuació final depenent del moment que es respongueren els qüestionaris. L'interval de confiança al 95% indicà que la diferència entre les dues mitjanes era un valor comprès entre 2.367 i 4.055.

Referent al curs acadèmic, el curs que augmentà més la seva puntuació mitjana va estar el de 2n d'ESO, el qual després de la intervenció obtingué 14.62 punts de mitjana i també la màxima puntuació (23 punts). El curs de 3r d'ESO també augmentà la seva puntuació mitja en 1.95 punts tenint una puntuació de 14.94 punts, així que seguí essent el que tenia una puntuació mitjana més elevada. S'observà que la puntuació final depenia del curs en el Q1, però la diferència de puntuacions segons el curs en el Q2 no presenten diferències significatives.

Segons el gènere de la persona, les noies van aconseguir una puntuació final mitja superior amb 15.44 punts, també va estar el gènere que augmentà amb més punts la puntuació final mitja (3.64 punts) i el que obtingué la màxima puntuació. El sexe masculí va obtenir una puntuació final mitja de 14.2 punts. Es distingeix que la puntuació final abans de la intervenció no depenia del gènere, però l'augment de coneixement després de l'aplicació del programa presenta una diferència significativa segons el sexe.

En la taula 16 es converteixen les puntuacions finals calculades sobre 26 punts en notes calculades sobre 10 punts i es mostren els resultats de la comparació de mitjanes.

- TRASTORN MENTAL

El 16.6% de les persones que contestaren la pregunta encerclaren les 4 opcions correctes, no obstant, observem que hi ha més persones que contestaren correctament la pregunta abans de la intervenció (52.1%) que després.

Taula 16: Nota final segons el gènere i curs acadèmic dependent de qüestionaris pre-intervenció o post-intervenció i comparació de mitjanes segons t-student. Elaboració pròpia.

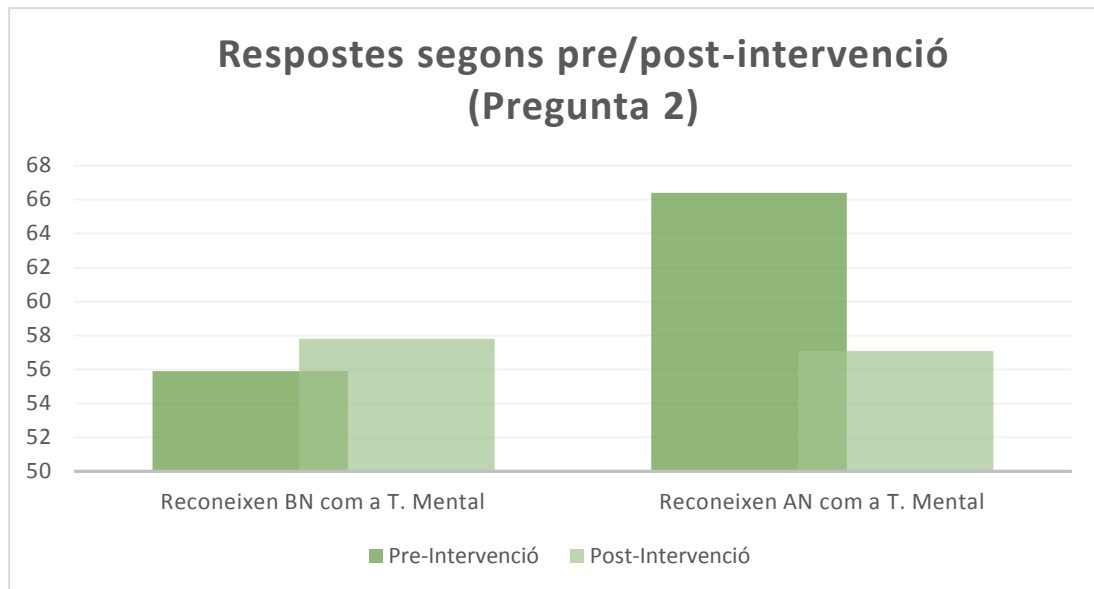
VARIABLE DEPENDENT	NOTA FINAL (sobre 10)	COMPARACIO DE MITJANES (t-student)
CURS ACADEMIC		
<u>PRE – INTERVENCIO</u>		
2n	3.92	p = 0.000
3r	4.99	
<u>POST – INTERVENCIO</u>		
2n	5.62	p = 0.585
3r	5.74	
SEXE		
<u>PRE – INTERVENCIO</u>		
Home	4.36	p = 0.499
Dona	4.53	
<u>POST – INTERVENCIO</u>		
Home	5.46	p = 0.026
Dona	5.93	
MOSTRA TOTAL		
<u>PRE – INTERVENCIO</u>	4.43	p = 0.000
<u>POST – INTERVENCIO</u>	5.67	

Taula 17: Taula de contingència entre pre/post-intervenció i nombre de respostes correctes a la pregunta 2. Elaboració pròpia amb SPSS.

	4	3	2	1	0	TOTAL
Q1	8.6%	22.4%	16.2%	1.7%	0.3%	49.3%
Q2	7.9%	22.4%	20.0%	0.3%	0.0%	50.7%
TOTAL	16.6%	44.8%	36.2%	2.1%	0.3%	100.0%

S'observà en les respostes marcades que el 56.9% dels participants van reconèixer que la bulímia nerviosa és un trastorn mental, havent augmentat aquest reconeixement després de la intervenció (51.5% en Q2). El reconeixement de l'AN com a trastorn mental suposà un 61.7% de les respostes, tot i que en aquesta ocasió hi havia més gent capaç de reconèixer l'AN com a trastorn mental abans de la intervenció (53.1% de les respostes correctes) que després. En el gràfic 1 es representen les persones que reconeixien l'AN o la BN com a trastorns mentals en relació a Q1 i Q2 augmentant aquest reconeixement després de la intervenció (51.5% en Q2).

Gràfic 1: Percentatge de respostes marcades en la pregunta 2 segons pre/post-intervenció. Elaboració pròpia amb SPSS.



- TRASTORN DE CONDUCTA ALIMENTARIA

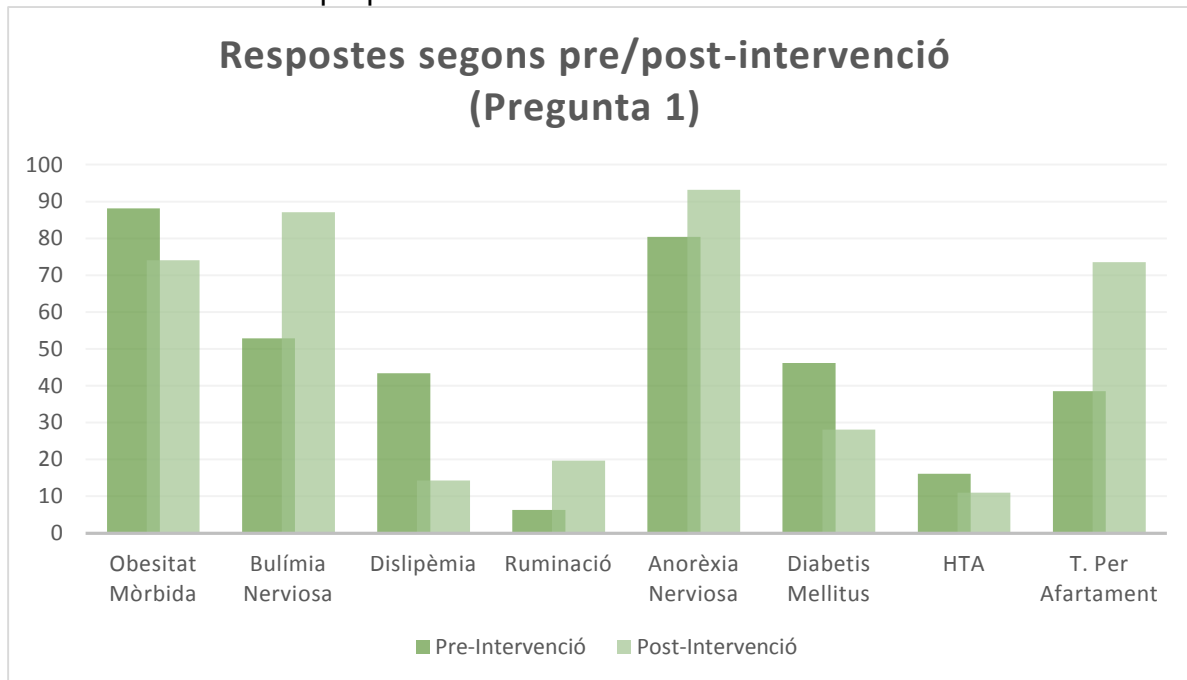
En 5 qüestionaris no es contestà aquesta primera pregunta per tant, es treballà amb 289 respostes. El 4.8% dels participants aconseguí contestar les 4 respostes correctes, totes contestades en el Q2. Tal i com s'observa en la taula 18 al Q2 hi hagué major quantitat de 4 o 3 respostes correctes a la pregunta, mentre que en el Q1 hi havia més persones que encerten 2 o 1 respostes correctes.

Taula 18: Taula de contingència entre pre/post-intervenció i nombre de respostes correctes a la pregunta 1. Elaboració pròpia amb SPSS.

	4	3	2	1	0	TOTAL
Q1	0.0%	10.7%	22.1%	13.8%	2.8%	49.5%
Q2	4.8%	30.1%	11.8%	3.8%	0.0%	50.5%
TOTAL	4.8%	40.8%	33.9%	17.6%	2.8%	100.0%

Segons la prova de Pearson (p -valor = 0.000) hi hagué una relació entre el moment en que es contestà el qüestionari i la quantitat de respostes correctes marcades. Igualment, segons la mateixa prova, hi havia una diferència significativa en les respostes que es marcaren en el Q1 i Q2, excepte la resposta H (indica que l'HTA és un TCA) que no presentà diferència significativa entre el Q1 i Q2.

Gràfic 2: Percentatge de respostes marcades en la pregunta 1 segons pre/post-intervenció. Elaboració pròpia amb SPSS



Tal i com s'observa en el gràfic 2, en el qüestionari post-intervenció augmentà el percentatge de selecció d'aquelles respostes que eren correctes i disminuï les que no ho eren. No obstant, hi ha dos trastorns que no s'assimilaren correctament. En el cas de la obesitat mòrbida, tot i que el percentatge de resposta disminuï, en el 74.1% dels qüestionaris post-intervenció encara es marcà que és un trastorn de conducta alimentària. S'observà un efecte semblant en el cas de la ruminació ja que després de la intervenció augmentà notablement el percentatge de resposta, no obstant, tan sols el 19.7% de participants en el Q2 contestaren que la ruminació és un trastorn de conducta alimentària.

- PREVALENÇA TCA

- PREVALENÇA SEGONS EDAT: el 80.8% dels 291 qüestionaris contestats indicava que l'edat més prevalent pel TCA és d'entre 12 – 20 anys. Les respostes correctes augmentaren en el Q2 representant un 50.2% de tots els encerts.
- PREVALENÇA SEGONS SEXE: 202 participants de 291 contestaren correctament la pregunta (69.4%), augmentant nota-

blement la quantitat de respostes correctes després de la intervenció (60.9% del total de correctes). Es trobà una diferència significativa segons la prova de Pearson (p -valor = 0.000) entre la quantitat de respostes correctes abans de la intervenció i després, podent haver interferit aquesta en l'elecció de la resposta.

- PREVALENÇA SEGONS CLASSE SOCIAL: el 5.1% dels participants no respongué la pregunta. No obstant, el més important a destacar fou que el 60.9% de la mostra que va contestar marcà erròniament la pregunta, havent augmentat aquests errors després de la intervenció (54.1% dels errors foren en el Q2). Cal tenir en compte que en la intervenció realitzada no es tractà la prevalença segons la classe social.

- FACTORS DE RISC

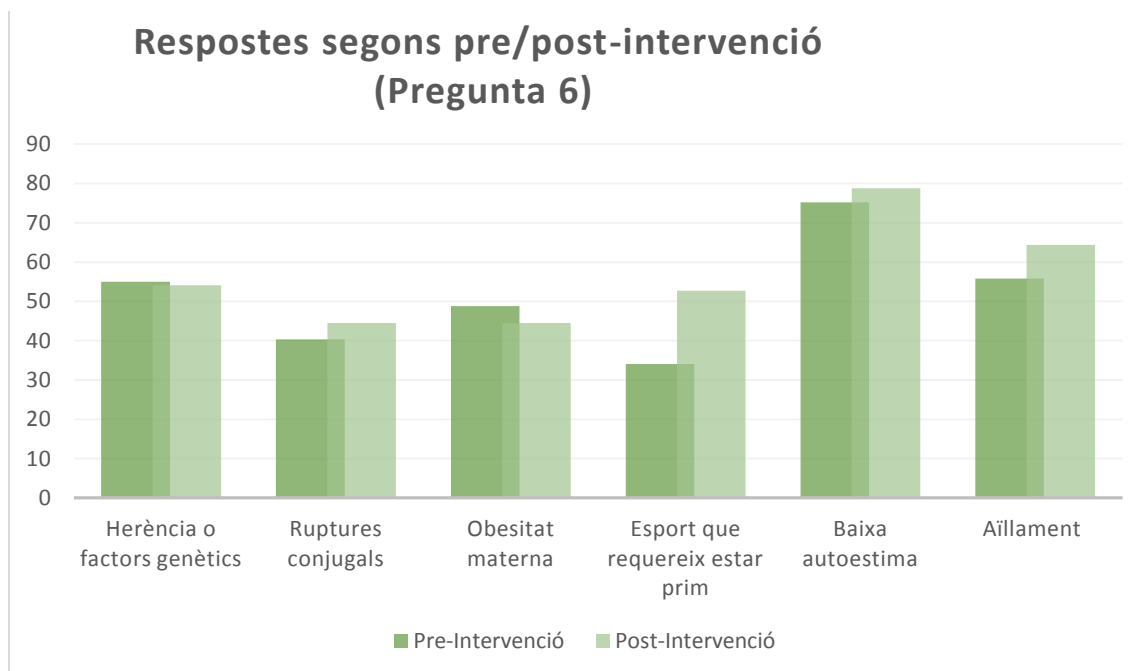
En aquestes variables no es donà tanta atenció a les respostes correctes com a la tipologia de resposta que es contestaren ja que hi ha poc consens entre quines són les respostes correctes.

- FACTORS PREDISPONENTS: el 6.8% dels participants no va contestar aquesta pregunta. Amb major quantitat les persones que van respondre el qüestionari marcaren solament 2 respostes correctes (38.0%). La quantitat de 4 encerts disminuí en el Q2, però augmentà la quantitat de 3 encerts. Segons la prova de Pearson (p -valor=0.045) hi hagué una relació entre la quantitat d'encerts i el moment en que es contestà el qüestionari, igualment també hi hagué relació entre la quantitat de persones que va marcar la resposta D (Pràctica d'un esport que requereix estar prim) i el moment de contestar-la segons un p -valor = 0.002.

Tal i com s'observa en el Gràfic 3 pràcticament tots els percentatges de respostes augmentaren degut, també, a un augment de resposta de la pregunta (percentatge de resposta en Q1=87.8%, en Q2=98.6%). Segons la tipologia de resposta

observada, els adolescents participants consideraren que els 4 factors predisponents correctes eren “Baixa autoestima”, “Aïllament social i dificultat per relacionar-se amb un col·lectiu”, “Herència o factors genètics” i “Pràctica d’un esport que requereix estar prim”, en comparació que abans de la intervenció eren els mateixos però canviant la resposta D per la C (Obesitat materna). No obstant, segons els experts i articles, l’únic que no presenta dubtes en si és factor predisponent o no és la ruptura conjugal dels pares, quedant clar que és un factor precipitant.

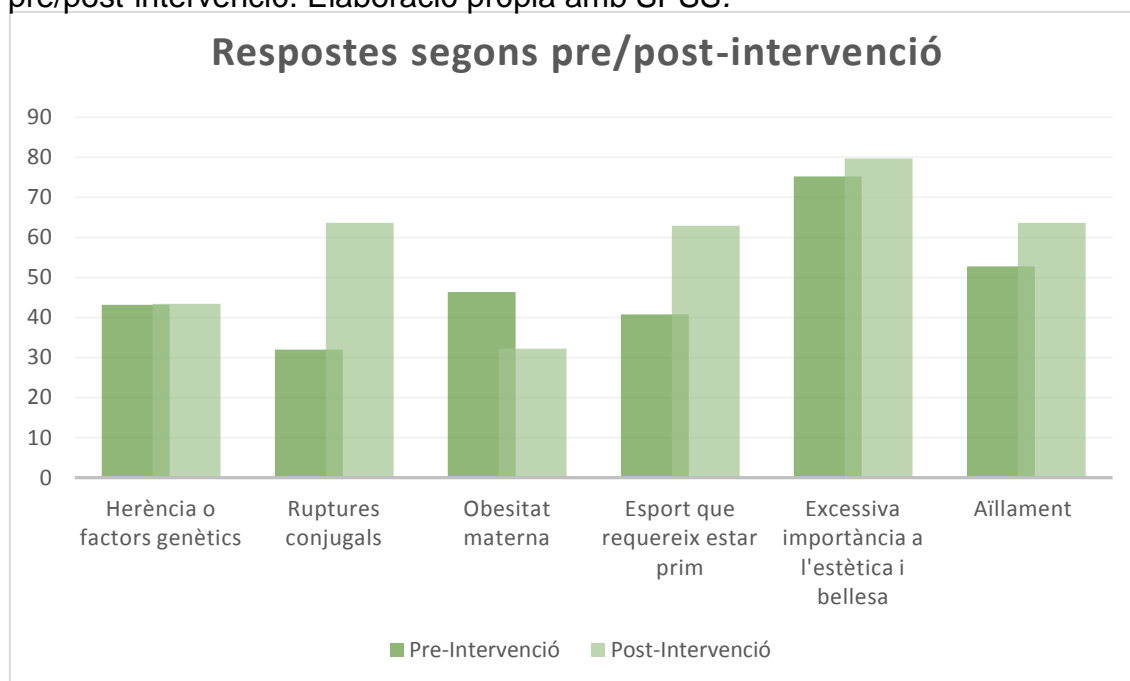
Gràfic 3: Segons percentatge de respostes marcades en la pregunta 6 segons pre/post-intervenció. Elaboració pròpia amb SPSS.



- **FACTORS PRECIPITANTS:** el 9.9% de participants no contestà la pregunta. Majoritàriament, les persones que contestaren van marcar 3 respostes correctes (34.3%) no obstant, la quantitat de respostes marcant les 4 opcions certes augmentà ja que el 82.9% de persones que va contestar correctament foren respostes del Q2. Cal afegir, que la prova de Pearson, on p-valor = 0.000, indicà que hi havia relació entre el moment en que es contestà el qüestionari i la quantitat de respostes encertades, observant que aquesta quantitat augmentà després de la intervenció. També es manifestà

una diferència significativa segons Pearson en la quantitat de persones que va contestar les respostes B, C i D abans i després de la intervenció.

Gràfic 4: Segons percentatge de respostes marcades en la pregunta 7 segons pre/post-intervenció. Elaboració pròpia amb SPSS.



S'observa en el gràfic 4 que novament totes les respostes augmentaren el percentatge de resposta, excepte la resposta de "obesitat materna". En el Q1 s'observà que els adolescents participants consideraren factors precipitants per patir un TCA "Excessiva importància a l'estètica i bellesa per part de la família", "Aïllament social i dificultat per relacionar-se amb un col·lectiu", "obesitat materna" i "herència o factors genètics". Després de la intervenció, la mostra considerava que els factors precipitants són "Excessiva importància a l'estètica i bellesa per part de la família", "Aïllament social i dificultat per relacionar-se amb un col·lectiu", "Ruptura conjugal dels pares" i "Pràctica d'un esport que requereix estar prim".

- MANIFESTACIONS CLINIQUES DELS TCA

- ANOREXIA NERVIOSA: el 24.8% dels participants no contestaren la pregunta. Treballant amb les 221 respostes es denotà que les

persones que van identificar la frase proposada com a “Anorèxia Nerviosa” disminuï (37.5%), però augmentà el nombre de persones capaç de descriure l’AN al llegir la frase (69.2% Q2 de les 91 descripcions en total).

La prova de Pearson obtingué un p-valor = 0.000, per tant, hi hagué una diferència significativa entre les respostes contestades abans de la intervenció i després de la intervenció.

Taula 19: Taula de contingència entre pre/post-intervenció i nombre de respostes correctes a la pregunta 8. Elaboració pròpia amb SPSS.

	AN	Descripció AN	Descripció no relacionada	TOTAL
Q1	9.0%	12.7%	25.3%	47.1%
Q2	5.4%	28.5%	19.0%	52.9%
TOTAL	14.5%	41.2%	44.3%	100.0%

- TRASTORN PER AFARTAMENT: el 25.9% dels participants no contestà la pregunta. Les 218 respostes mostraren que la majoria de persones va respondre quelcom no relacionat amb la frase, però en segon terme es mostrà que el 22.5% dels que contestaren identificà el trastorn o el descrigueren correctament. Solament el 2.8% del total de les respostes identificava el trastorn per afartament, mentre que el 19.7% descrivia el trastorn. Els resultats es mostren en la taula 20.

Taula 20: Taula de contingència entre pre/post-intervenció i nombre de respostes correctes a la pregunta 9. Elaboració pròpia amb SPSS.

	T. Afartament	BN	Descripció T. Afartament	Descripció BN	Descripció no relacionada	TOTAL
Q1	1.4%	1.4%	7.8%	0.5%	34.4%	45.4%
Q2	1.4%	2.8%	11.9%	1.4%	37.2%	54.6%
TOTAL	2.8%	4.1%	19.7%	1.8%	71.6%	100.0 %

- IDENTIFICACIO DELS SIGNES D'ALARMA

Tan sols el 74.8% de la mostra total responstejà la pregunta. S'observà que majoritàriament els participants anotaren 2 signes d'alarma correctament (33.6%), però l'11.8% de les respostes escrivien 4 signes d'alarma correctament. És necessari ressaltar que en la intervenció no es tractaren els signes d'alarma directament. En la taula 21 es representen les respostes segons la quantitat d'encerts.

Taula 21: Taula de contingència entre pre/post-intervenció i nombre de respostes correctes a la pregunta 10. Elaboració pròpia amb SPSS.

	4	3	2	1	0	TOTAL
Q1	5.5%	5.5%	14.5%	12.3%	9.1%	46.8%
Q2	6.4%	10.5%	19.1%	10.5%	6.8%	53.2%
TOTAL	11.8%	15.9%	33.6%	22.7%	15.9%	100.0%

7. DISCUSSIO

El present estudi mostra un coneixement baix en matèria de TCA en els estudiants de secundària que millora notablement després d'una curta intervenció on se'n divulga informació. Els resultats exposen que abans de l'activitat els alumnes de 3r d'ESO eren els participants més coneixedors en el tema; pel que fa al gènere, les més coneixedores eren les noies. En altres estudis referents a TCA o MTS també es denota que els coneixements previs són més elevats en el gènere femení que en el masculí(30,33,34), tot i que Silva Brêtas remarca que és important que el coneixement sigui per part de tots dos sexes.

Tot i que en estudis d'altres temàtiques també predomina la major informació per part del gènere femení, n'hi ha d'altres que mostren una major informació bàsica per part dels homes, com és el cas de coneixements de la sexualitat en adolescents(35), tot i així, aquest estudi destaca que aquest coneixement té un origen molt més divers gràcies a la difusió massiva del tema.

En la mostra estudiada la puntuació final en el Q1 és major per el sexe femení, mes el gènere masculí és el que ha aconseguit una major puntuació en més preguntes: de la P1 – P7 en excepció de la pregunta 4 referent al gènere predominant dels TCA. Això ens indica que tot i que els homes han aconseguit majors puntuacions, en les preguntes de resposta múltiple s'han posicionat en els extrems, deixant que el sexe femení sigui el que acabi acumulant una major puntuació final. Per aquest motiu en el Q1 la nota final no està relacionada amb el gènere, però si la resposta d'algunes preguntes com la P1, 4 i 6.

Pel que fa al nivell acadèmic, tot i que les edats de la mostra de Sánchez i el nivell d'estudi són més elevats que els de la mostra del present estudi, també s'observa que les persones amb nivell acadèmic més elevat són les que presenten un nivell de coneixements de base major(30,33). No obstant això, els estudiants de ciències de la salut demostraren uns coneixements inicials de nivell mig, mentre que els estudiants de secundària dels centres avaluats presenten un nivell baix. Es recalca que el qüestionari utilitzat s'ha dissenyat a partir del programa d'estudis d'assignatures universitàries de nutrició(30) i, per tant, és lògic que el coneixement inicial sigui menor en estudiants de secundària.

Al fixar-nos en l'edat en comparació amb altres estudis, es contempla que possiblement no és influent, ja que en l'estudi realitzat a pares d'adolescents, el coneixement inicial de TCA és baix en el 73.02% de la mostra(36).

Hi ha una diferència significativa en els coneixements previs segons el curs acadèmic que s'està cursant com indica la prova de Pearson, tant en el present treball com en els estudis realitzats a Manresa(33). Igualment, també es coincideix amb l'estudi de la UVic en que les preguntes que presenten un nivell de coneixement més baix en el Q1 són de la P6 – P10. Es recorda però, que aquestes preguntes també han estat les que han presentat un menor percentatge de resposta en la pre-intervenció (entre el 67.3% - 87.8% de la mostra).

Abans de la intervenció, la pregunta més ben contestada pel que fa a la variable de prevalença fou la que es refereix a l'edat, on un 80.7% dels participants marcà que la major prevalença és entre 12 i 20 anys, igualment que els manresans, els quals el 90% de la mostra assenyalà aquesta edat com la correcta(33). No obstant, en comparació amb la mostra de Sánchez que tenia clar que la dona era el gènere més vulnerable per presentar una major preocupació pel pes, solament el 54.5% de la nostra mostra ha marcat el sexe femení com a major prevalent en el Q1.

Es coincideix amb el primer estudi de Sánchez que les preguntes més ben contestades han estat les de "Característiques demogràfiques"(30), possiblement pel fet que tan sols s'havia de marcar 1 resposta correcta a diferència de les altres 4 preguntes test.

La pregunta que ha demostrat un menor coneixement en el Q1 és la primera pregunta referent a Trastorns de Conducta Alimentària, la qual ha estat la única pregunta que cap participant ha aconseguit respondre completament correcta, és a dir, cap participant marcà les 4 opcions que eren TCA. Un fet similar també passa en l'estudi de la UVic on el 63.63% dels participants és incapaç de identificar correctament els TCA(33), comparable a la nostra mostra ja que els estudiants de secundària parteixen d'un coneixement inferior.

En l'estudi de referència es considera que la resposta més adequada per la P9 és relacionar la frase "Episodis compulsius de consum d'aliments" amb la Bulímia Nerviosa. En el present estudi s'ha realitzat una major diferenciació, considerant

més adequat relacionar la frase amb un Trastorn per Afartament ja que la Bulímia Nerviosa va acompanyada de conductes compensatòries. Les persones que han relacionat la frase amb BN en el Q1 representen el 3%, el mateix percentatge de persones que ho ha relacionat amb T. per afartament, un percentatge menor que el 10.4% que ho relaciona amb BN en l'estudi de Sánchez Socarrás(33), però que indica que la mostra d'estudis secundaris presenta coneixement sobre la similitud entre els dos trastorns. Aquesta diferència de correcció és degut a que en l'article d'on s'ha extret el qüestionari no especifica la fórmula d'avaluació de l'instrument.

L'escola esdevé un context social adequat per intervenir i estimular l'adopció de comportaments saludables degut a l'augment de casos en edats primerenques d'aquests trastorns(33,37). Aquest fet s'exposa en els resultats mostrats en l'apartat anterior, on es demostra clarament que els coneixements han augmentat després de la intervenció, comprovat a partir de l'augment de la puntuació final mitja.

Mentre que la nota mitjana es situava en un coneixement baix abans de la intervenció, després d'aquesta ha augmentat situant-se en un coneixement mig. Cal remarcar, que aquest augment de puntuació final pot estar directament relacionat a un augment de resposta en el Q2, sobretot en les preguntes 6, 7, 9 i 10, que han augmentat notablement el percentatge de resposta, contràriament a la pregunta 5 que s'ha vist lleugerament disminuït.

No és una novetat que les intervencions augmentin el coneixement de les persones participants ja que, al comparar aquest fet amb altres estudis es comprova que els qüestionaris contestats presenten una millor puntuació després de participar en la intervenció(33,37–39). Estudis que utilitzen un model de transmetre coneixements depenent de les preferències del participant demostren que els resultats obtinguts són millors(37), però la prova de t-student marca una diferència significativa en les puntuacions finals de Q1 i Q2 del nostre estudi, apuntant a que la intervenció realitzada ha estat efectiva.

Tot i que els coneixements es veuen augmentats, si aquests modifiquen o no el comportament ha d'avaluar-se a llarg termini com en els altres estudis(33). Cal tenir en compte però, que un major coneixement pot interferir en una detecció

més precoç i una intervenció directe que pot disminuir les conseqüències de la patologia, tal i com mencionen en l'estudi realitzat a pares d'adolescents(36).

En el Q2 els participants que augmentaren amb un valor major la nota mitja han estat els estudiants de 2n d'ESO i el gènere femení, tot i que els alumnes de 3r d'ESO són els que mantenen una puntuació final mitja superior. La mostra estudiada presenta una diferència significativa en la puntuació final segons el gènere, tot i que en altres estudis s'observa que aquesta diferència no existeix i que, contràriament, el gènere que augmenta més el seu coneixement és el masculí, que partia d'un coneixement inferior(33).

Es podria relacionar que el gènere femení sigui el que ha augmentat més el coneixement amb el fet que aquesta patologia afecta amb major prevalença a les noies i que, aquestes prestessin més atenció per tenir més coneixement del trastorn, igualment com es justifica que les noies solen presentar més preocupació per la nutrició i la imatge corporal i, per això, demostren major coneixement del tema(33).

En alguns estudis s'observa que la nota final mitjana ha augmentat, passat de considerar-se nivell baix en al Q1 a nivell alt de coneixement en el Q2, com és el cas de l'estudi realitzat en pares(36). La diferència principal que es pot comparar en aquest treball de final de grau per justificar que no s'hagi augmentat tant el coneixement és que s'ha limitat molt el temps per portar a terme la intervenció: mentre tan sols es disposava de 1h per realitzar la intervenció en la comarca d'Osona, en l'estudi realitzat a Lima es portà a terme un programa de 3h de duració(36).

La majoria de variables han vist augmentat el seu coneixement, a excepció de 3 preguntes que el coneixement ha estat major en el Q1. El reconeixement de quines patologies són trastorns mentals presenta uns millors resultats en la pre-intervenció, remarcant però, que s'aconsegueix que més persones reconeguin la BN com a TM en el Q2 tot i que el reconeixement de l'AN es veu disminuït; la variable de prevalença segons classe social també queda amb un coneixement inferior en el Q2, però també amb un percentatge de resposta menor; la variable de factors predisponents també resulta ser de les úniques que no augmenta el coneixement després de la intervenció degut a errors típics que es cometien. En

l'estudi de la UVic es mostra que la pregunta en la post-intervenció amb una qualificació menor és en la P6 (factors predisponents)(30,33).

Cinc preguntes del qüestionari obtenen unes respostes amb diferència significativa segons si s'han contestat abans de la intervenció o després. Aquestes preguntes són la P1, 4, 7 i 8, són les que presenten un major augment de coneixement després de la intervenció, per tant, són les variables que més s'han consolidat gràcies al programa.

La pregunta 6 també té una relació segons si s'ha contestat abans o després de la intervenció, però en aquest cas és degut a que després de la intervenció ha estat contestada pitjor. Aquesta pregunta és la que presenta major controvèrsia entre les opinions d'experts en salut mental ja que no hi ha una resposta clara en quins quatre dels sis factors predisponents proposats són els més correctes(31,40).

Aquests fets ens recalquen que cal que en la intervenció proposada es millorin les parts que tracten les variables trastorns mentals i factors predisponents, s'inclougui la prevalença segons classe social i s'obtingui una major investigació en factors de risc predisponents. També es podria incloure en el programa els signes d'alarma per detectar TCA ja que és l'única part preguntada en el qüestionari que no s'ha inclòs en la intervenció.

S'observa, sobretot en el Q2, que la mostra denota tenir més coneixement sobre un trastorn en concret, segons la P1 i P8, que és l'anorèxia nerviosa. Aquest fet també passa en altres àmbits, com en les MTS, tal i com es demostra en l'estudi de Silva Brêtas on la mostra sembla ser més coneixedor de la infecció per VIH que d'altres MTS (34).

No s'han detectat molts errors amb una gran prevalença però sí que aquests es podrien considerar típics. En la primera pregunta del qüestionari respost es pot observar que hi ha alguns errors en la identificació de quines patologies són realment TCA, l'error més destacable és considerar que la Obesitat Mòrbida és un TCA i, tot i que aquesta creença ha disminuït després de realitzar la intervenció, encara un 74'1% dels participants ho considera.

En altres estudis també es detecta que la mostra considera que la Obesitat Mòrbida està catalogada com a TCA, i és que si es creu que aquesta és deguda únicament per un desig incontrolable de menjar és fàcil caure en l'error. En l'estudi realitzat a la UVic també hi havia un gran percentatge de persones que considerava la Obesitat com a TCA (90.3% en la pre-intervenció) i, en segon lloc, també s'hi considerava la dislipèmia(33). En la mostra estudiada s'observa que una gran quantitat de persones considera abans de la intervenció que la Diabetis Mellitus és un TCA, i tot i que disminueix després en el Q2, més del 25% de la mostra ho segueix creient així. Possiblement, aquesta diferència respecte l'estudi de Sánchez és el desconeixement de la patologia "Dislipèmia" en els estudiants de 2n i 3r d'ESO.

Els estudiants de la comarca d'Osona reconeixen en un percentatge molt petit que la Ruminació és un TCA i tot i que augmenta un 13'4% les persones que reconeixen la Ruminació com a TCA en el Q2, no arriba ni a representar ¼ de la mostra.

Pel que fa als factors de risc, els participants demostren tenir més coneixement dels factors precipitants ja que han obtingut la majoria de respostes correctes, contràriament a factors predisponents on els adolescents han considerat que l'aïllament social és un possible factor predisponent més important que la obesitat materna. En aquesta mateixa pregunta s'observa que un error molt freqüent és que els participants indiquen que una ruptura conjugal és un factor predisponent a patir un TCA, quan sempre s'ha considerat únicament un factor precipitant.

No obstant, cal recordar que entre articles i experts hi ha diferències d'opinió en la resposta correcta de les preguntes 6 i 7 (factors de risc). En alguns casos s'opina que practicar un esport que requereix estar prim es pot considerar factor predisponent i precipitant, mentre que en altres es considera que la pràctica d'aquest esport no és un factor predisponent i que la resposta correcta és l'aïllament social i dificultat per relacionar-se(31,40). Tampoc hi ha consens en determinar si l'herència genètica es considera factor precipitant o solament factor predisponent(31,40).

7.1. LIMITACIONS

Aquest estudi ha patit algunes limitacions que han afectat en la recopilació d'informació i en la part pràctica de l'estudi. La primera limitació, i la més important, és la falta d'estudis amb rigor científic que tractin la Promoció de la Salut Mental sense la Prevenció. Com s'exposava en el marc teòric, la línia que separa una activitat de promoció i una de prevenció és molt fina i, per tant, en moltes ocasions es treballa amb les dues tècniques per aconseguir un objectiu comú.

L'existència d'activitats pràctiques únicament dirigides a fer promoció de TCA és molt limitada i majoritàriament compartida amb la prevenció. És per aquest motiu que en el treball s'han hagut de portar a terme dues accions no previstes prèviament: s'ha planejat una activitat pròpia a partir d'altres intervencions ja redactades i s'han afegit, en aquest programa, activitats de prevenció degut a la falta d'activitats de promoció en la recerca bibliogràfica.

La última limitació que presenta el programa és que la mostra estudiada és molt concreta. S'ha estudiat amb adolescents d'entre 12 i 16 anys, per tant, en l'edat de major risc, però ha estat una mostra molt concreta en dos cursos de dos instituts d'una mateixa comarca. Els resultats trobats en aquest estudi no són universals, únicament es poden interpretar per a la mostra estudiada.

8. CONCLUSIONS

Segons l'estudi realitzat es conclou que les hipòtesis plantejades són certes ja que l'aplicació de la intervenció realitzada ha aconseguit augmentar el coneixement de la mostra de nivell baix a mig i, per tant, el seu apoderament ja que tenen més informació sobre els TCA i poden decidir les seves accions a partir d'una base més sòlida.

Segons els objectius marcats, les conclusions són les següents:

- El coneixement bàsic mitjà dels estudiants de 2n d'ESO de l'Escolial i 3r d'ESO de l'INS Miquel Martí i Pol és baix.
- Els alumnes de 3r d'ESO són els més informats sobre els trastorns de conducta alimentària i, aquest coneixement depèn del curs. Segons el gènere, les noies són les que tenen major coneixement sobre TCA.
- La mostra estudiada té major coneixement sobre característiques demogràfiques de les persones que pateixen TCA, sobretot l'edat. La variable que demostren menor coneixement és la identificació de TCA.
- Una minoria dels participants coneix que existeixen dos trastorns molt semblants entre ells: Bulímia Nerviosa i Trastorn per Afartament.
- La intervenció realitzada permet augmentar el nivell mitjà de coneixement dels participants de baix a nivell mig.
- La intervenció realitzada ha estat més eficaç per a les noies, segons el gènere, i pels alumnes de 2n d'ESO, segons el curs, tot i que els alumnes de 3r d'ESO segueixen essent els que obtenen millors resultats.
- El bloc 1 del programa plantejat és útil per augmentar els coneixements referents a la identificació de TCA, característiques demogràfiques segons gènere i factors de risc precipitants.

- S'ha de millorar en el programa plantejat la manera de treballar la informació referent a trastorns mentals, característiques demogràfiques segons classe social i factors de risc predisponents.
- Els errors més típics en la identificació de TCA són no considerar el trastorn per ruminació com a TCA i, en canvi, considerar-hi l'obesitat mòrbida.
- Els errors més típics en reconèixer factors de risc són considerar la ruptura conjugal com a factor predisponent i, contràriament, no considerar-hi la obesitat materna.

8.1. LINIES FUTURES:

L'estudi deixa algunes portes obertes per seguir la investigació i poder extreure més conclusions a partir de tot el treball que s'ha realitzat. Primer de tot s'hauria de portar a terme tot el programa plantejat per poder comprovar si aquest és eficaç per als participants i, alhora, comprovar si el coneixement pateix un augment major gràcies a augmentar les hores de treball.

Fora bo realitzar la intervenció amb una mostra més extensa que permetés afirmar si el programa pot obtenir resultats que es puguin universalitzar. La mostra del programa ha estat molt concreta i solament permet afirmar que el programa és efectiu per a aquesta mostra.

Com a última línia de treball, la investigació sobre la determinació de factors de risc predisponents i precipitants hauria de fer-se extensiva per diferenciar-los correctament, així millorar la intervenció planejada i alhora, concretar quins són els factors de risc reals que fa a les persones vulnerables a patir un TCA.

BIBLIOGRAFIA

1. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [citad 15 novembre 2017]. Disponible a: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
2. Hoasman C, Jane-Llopis E, Saxena S. Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones Políticas [Internet]. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Oxford: Oxford University Press; 2005. Disponible a: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
3. Comisión de las comunidades europeas. Libro verde: mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Union Europea en materia de salud mental [Internet]. Brussel-les: COM; 2005. Disponible a: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
4. B. Timothy Walsh M. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. En: American Psychiatric Association, editor. DSM - 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2014. p. 329-54.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Madrid: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Disponible a: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_(4_jun).pdf)
6. Portela de Santana M, da Costa Ribeiro Junior H, Moral Giral M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentaris en la adolescencia; una revisión. Nutr Hosp [Internet]. 2012 [citad 15 novembre 2017];27(2):391-401. Disponible a: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
7. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit de salut mental. Dades 2015. [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2016. 118 p. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/os_sc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/CdR_Salut_mental_dades_2015.pdf

8. Arrufat FJ. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona: Tesi [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2008. Disponible a: <http://www.tdx.cat/handle/10803/2704>
9. Corominas P, Prats R, Coll M. Programa salut i escola: Guia d'implantació [Internet]. Barcelona: Departament de Salut: Departament de Salut; 2008. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/per_perfiles/centres_educatius/programa_salut_i_escola/documents/arxius/salutescola.pdf
10. WHO: Organització Mundial de la Salut [Internet]. WHO. ¿Qué es la promoción de la salud? Ginebra: World Health Organization; 2016 [citad 23 novembre 2017]. p. 1. Disponible a: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
11. Jané-Llopis E, Van Alst S, Anderson P. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES: UNA VISIÓN GENERAL DE EUROPA. En: Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories [Internet]. 2a ed. Luxemburg: European Commission; 2006 [citad 28 novembre 2017]. Disponible a: http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/pdf/coun_stories_cap1.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. 54 p. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
13. Colom J, Segura L, Gual A. Spain, Catalonia. En: Jane-Lopis E, Anderson P, editors. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories [Internet]. 2a ed. Luxemburg: European Commission; 2006. p. 151-6. Disponible a: http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11714/country_stories.pdf
14. Jane-Lopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe [Internet]. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005. Disponible a: http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11711/a_policy_for_europe.pdf
15. Ramos P, Pasarín I. Fem Salut: Guia de promoció de la salut a l'escola [Internet]. Barcelona: Servei de Salut Comunitària, Agència de Salut Pública de Barcelona; 2010 [citad 28 novembre 2017]. Disponible a: <http://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/09/Guia-Fem-salut.pdf>
16. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora M. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. Salud Ment [Internet]. 2012 [citad 15 novembre

- 2017];35:483-90. Disponible a:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n6/v35n6a5.pdf>
17. Behar R, Barahona M, Iglesias B, Casanova D. Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* [Internet]. 2007 [citad 15 novembre 2017];45(3):211-20. Disponible a:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v45n3/art05.pdf>
 18. Navarro Alarcón M. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: « Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria » TFM [Internet]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2016. Disponible a:
<http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/56164/7/mnavarroalaTFM0716memoria.pdf>
 19. Zevallos-Delzo C, Catacora-Villasante M. Influencia de los factores socioculturales en el Trastorno de Conducta Alimentaria. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2014 [citad 15 novembre 2017];52(4):308-9. Disponible a: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v52n4/art10.pdf>
 20. Behar R. Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 2010 [citad 15 novembre 2017];48(2):135-46. Disponible a:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v48n2/art06.pdf>
 21. Casado Morales M, Helguera Fuentes M. Prevención de trastornos de alimentación . Un primer programa de prevención en dos fases. *Clin y salud* [Internet]. 2008 [citad 15 novembre 2017];19(1):5-26. Disponible a:
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a01.pdf>
 22. Generalitat de Catalunya. Salut mental infanojuvenil. En: Direcció General de Salut Pública, editor. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica [Internet]. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2008. p. 127-48. Disponible a:
http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3663/protocol_salut_edat_pediàtrica.pdf
 23. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) [Internet]. Promoció i Prevenció. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT); [citad 23 novembre 2017]. p. 1. Disponible a:
http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/
 24. Baranowski M, Hetherington M. Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2001 [citad 15 novembre 2017];29:119-24. Disponible a:
[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X\(200103\)29:2%3C119::AID-EAT1001%3E3.0.CO;2-U/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license=LICENSE_DENIED](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1098-108X(200103)29:2%3C119::AID-EAT1001%3E3.0.CO;2-U/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)

25. Gómez del Barrio J, Gaité Pindado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herrero Castanedo S, Vázquez-Barquero J. Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso [Internet]. Santander: Gobierno de Cantabria; 2008. 131 p. Disponible a: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/GuiaPrevencionTrastornosConductaAlimentaria-2012.pdf>
26. Rojo Moreno L, Hernández Blanco R, Ruiz Rojo E, Cava Lázaro G, Livianos Aldana L. Programa de Promoción de la Salud y Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2003. Disponible a: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/ProgramaDitca.pdf>
27. Fundación Gaudium. Taller de prevención de los Trastornos de la conducta alimentaria: cuaderno el alumnado [Internet]. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla La Mancha; 2011. Disponible a: <https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/castilla-la-mancha-tca-cuaderno-alumno.pdf>
28. Idescat: Institut d'Estadística de Catalunya [Internet]. El municipi en xifres. Roda de Ter. Barcelona: Idescat; 2016 [citad 3 gener 2018]. p. 2. Disponible a: <https://www.idescat.cat/emex/?id=081831>
29. Idescat: Insitut d'Estadística de Catalunya [Internet]. El municipi en xifres. Vic. Barcelona: Idescat; 2016 [citad 3 gener 2018]. p. 2. Disponible a: <https://www.idescat.cat/emex/?id=082981>
30. Sánchez Socarrás V, Aguilar Martínez A, Vaqué Crusellas C, Milá Villarroel R, González Rivas F. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos generales en trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de ciencias de la salud. Atención Primaria [Internet]. 2016 [citad 15 novembre 2017];48(7):468-78. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-diseno-validacion-un-cuestionario-evaluar-S0212656715003376>
31. Martín Murcia FM. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Canagas A, Maldonado L, López M, editors. Manual de Psicología clínica y general [Internet]. Granada: Alborán; 2003 [citad 13 febrer 2018]. p. 320-36. Disponible a: [http://www.cop.es/colegiados/GR02024/Trastornos de la conducta alimentaria.pdf](http://www.cop.es/colegiados/GR02024/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf)
32. Del Pozo Para E. Programa de promoción de la salud mental dirigido a la población adolescente en la escuela [Internet]. Vol. 2. Barcelona: Biblioteca Lascasas; 2006. Disponible a: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0180.php>

33. Sanchez-Socarrás V, Fornons Fontdevila D, Aguilar Martínez A, Vaqué Crusellas C, Milà Villarroel R. Evolución de los conocimientos acerca de los trastornos del comportamiento alimentario a través de una intervención educativa en estudiantes de enseñanza post-obligatoria. *Nutr clínica y dietética Hosp* [Internet]. 2015 [citad 15 novembre 2017];35(1):32-41. Disponible a:
<http://revista.nutricion.org/PDF/151114-EVOLUCION-CONOCIMIENTOS.pdf>
34. da Silva Brêtas J, da Silva Ohara CV, Pereira Jardim D, de Lima Muroya R. Knowledge of STD/Aids among adolescent students. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [citad 8 març 2018];43(3):550-6. Disponible a:
www.ee.usp.br/reeusp/
35. Hernández Machín LE, Martínez Malo Gutiérrez NH, Cruz Hernández Y, Cabrera Sánchez Y, Míreles Hernández OM. Evaluación del nivel de conocimientos de jóvenes adolescentes sobre sexualidad. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2014 [citad 8 març 2018];18(1):33-44. Disponible a:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n1/rpr05114.pdf>
36. Hernández Carrizales P del P, Ramos Ñiquen LP, Yancaya Hernández XM. Influencia de una intervención educativa de enfermería en el nivel de conocimiento sobre anorexia nerviosa en padres de alumnos de secundaria en una institución educativa TFG [Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia: Facultad de enfermería; 2016 [citad 1 març 2018]. Disponible a:
<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/334/Influencia%2520de%2520una%2520intervenci%25c3%25b3n%2520educativa%2520de%2520enfermer%25c3%25ada%2520en%2520el%2520nivel%2520de%2520conocimiento%2520sobre%2520anorexia%2520nerviosa%2520en%2520padres>
37. Sánchez Socarrás V. Evaluación de tres intervenciones educativas colectivas para transmitir conocimientos nutricionales. *Rev Cuba Investig Biomed* [Internet]. 2016 [citad 1 març 2018];35(2):127-35. Disponible a:
<http://scielo.sld.cu>
38. Calcedo Giraldo JG. Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria en Cantabria Tesis [Internet]. Santander: Universidad de Cantabria: Departamento de medicina y psiquiatría; 2016 [citad 1 març 2018]. Disponible a:
[https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8422/Tesis JGCG.pdf?sequence=1](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8422/Tesis%20JGCG.pdf?sequence=1)
39. Sánchez-Socarrás V, Blanco M, Bosch C, Vaqué C. Conocimientos sobre las bebidas energéticas: una experiencia educativa con estudiantes de secundaria básica de Barcelona, España. *Rev Esp Nutr Hum Diet* [Internet]. 2016 [citad 8 març 2018];20(4):263-72. Disponible a:
<http://scielo.isciii.es/pdf/renhyd/v20n4/original1.pdf>

40. Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales [Internet]. 7a ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 2007. Disponible a:
<http://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-evaluación-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-ebook.pdf>
41. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.

ANNEXOS

ANNEX 1: PROGRAMA PROMOCIO I PREVENCIO EN TRASTORNS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

BLOC 1 – TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (27)

OBJECTIUS

- Informar als participants del programa sobre el Trastorn de Conducta Alimentària.
- Situar als participats en el tema dels TCA

El 1r bloc es base en la promoció de la salut mental i en la divulgació d'informació sobre el trastorn protagonista del programa. Es realitza en forma d'exposició seguint el següent guió:

– **Explicació de 2 casos REALS amb TCA**

- Iris: presenta un TCNE degut a una fòbia a vomitar que té des de petita. El seu major problema és l'ansietat que li provoca i que només pensa en “si menja vomitarà”, que el menjar està en mal estat i que se sent tot el dia plena. Presenta comorbiditat amb Trastorn de la Personalitat. El TCA és desenvolupat degut a un trastorn d'ansietat (fòbia a vomitar).
- Erola: presenta un TCA amb restricció d'alimentació. Ha desenvolupat aquest trastorn des de la seva entrada a la secundària. Ella sempre ha estat molt preocupada per les seves notes i sempre ha volgut que els seus esforços es recompensin amb excel·lents. Tot i així, veu que a secundària els exàmens són més complicats i la matèria augmenta. Aquest problema li genera ansietat i no sap com afrontar-ho, per això ha deixat de menjar, igual que ha deixat de quedar amb les seves amigues, per poder estudiar més i treure la millor nota possible.

– **Informació sobre els TCA**

– Què són els TCA i quins s'identifiquen

Els TCA són alteracions en l'alimentació, el comportament o l'actitud relacionada amb l'alimentació que provoquen una alteració en el consum o en l'absorció d'aliments causant deteriorament físic i/o psico-social. Breument es poden identificar els següents:

- **Trastorn Pica**: persones que mengen aliments no nutritius com pedres o colilles de cigarret. Molt comú en DI.
- **Trastorn per Ruminació**: persones que tornen a mastegar l'aliment que ja havien empassat (molt semblant al mecanisme de les vaques). També molt comú en DI.

- **Restricció/evitació ingesta:** evitar menjar, però no implica que sigui motiu de voler-se aprimar.
- **Trastorn per afartament:** persones que no poden controlar l'impuls d'afartar-se, molt comú en persones que busquen mètodes per aprimar-se. No obstant, no prenen mesures per revertir els efectes de l'afartament.
- **Anorèxia nerviosa:** restricció de la ingesta per por a guanyar pes i distorsió de la imatge corporal.
- **Bulímia nerviosa:** episodis recurrents d'afartament per falta de control amb comportaments compensatoris afegits i preocupació pel pes.
- **TCAE i TCANE:** persones que tenen un TCA però no compleixen tots els criteris per diagnosticar-lo. Per exemple, ni la Iris ni l'Erola volien aprimar-se, ni tenien una distorsió de la imatge corporal, però tot i així tenien un TCA. Elles pateixen Trastorns de la Conducta Alimentària Especificats o No especificats (depenent dels símptomes).

– Prevalença TCA

El trastorn de conducta alimentària és el 4t diagnòstic més utilitzat en salut mental a Catalunya per a joves menors de 18 anys. Com s'ha vist, hi ha diversos tipus de TCA i els diagnòstics més comuns no són precisament l'anorèxia nerviosa o la bulímia nerviosa, sinó el TCANE (5-13% dels joves de Catalunya).

No només a Catalunya és un diagnòstic principal, sinó que també ho és a altres comunitats espanyoles on la prevalença del diagnòstic ocupa entre 2'91 i 4'64% dels menors de 18 anys.

El TCA és més comú en dones que en homes. Hi ha estudis que afirmen que per cada 10 noies que pateixen TCA hi ha 1 home diagnosticat. Pel que fa a l'edat, la prevalença és notablement major entre els 13 i 20 anys d'edat. Finalment, hi ha estudis que afirmen que el diagnòstic de TCA és més comú en classes socials mitges o altes que en classes baixes.

– Factors de risc

Existeixen 3 tipus de factors de risc depenent de la seva funció:

- Factors predisponents: fa a la persona més vulnerable.
- Factors precipitants: condueix a la persona a patir un TCA.
- Factors de manteniment: perpetua el trastorn.

Tot i així, generalment es tracten tots els grups de factors de risc junts dividint-los en una classificació diferent depenent de l'origen:

Taula 22: Factors de risc en els trastorns de conducta alimentària (2,8,5,6,19–21)

<p>FACTORS BIOLÒGICS</p>	<p><u>Genètica</u>: representen el 50-85% dels factors de risc.</p> <p><u>Pubertat</u>: les hormones tenen un paper important en les conductes alimentàries, ansietat i estructura del cos. Una pubertat precoç en noies o tardana en nois s'associa a sobrepès.</p> <p><u>Sobrepès i obesitat</u>: pot derivar a comportaments inadequats per perdre pes, ansietat, depressió, etc.</p>	
<p>FACTORS SOCIOCULTURALS</p>	<p><u>Models familiars</u>: sobreprotectors, rígids, exigents, conflictius, etc.</p> <p><u>Famílies desestructurades</u></p> <p><u>Antecedents familiars</u>: TOC, TCA, obesitat, alcoholisme, hàbits alimentaris poc regulars, valoració excessiva del pes.</p> <p><u>Influència mitjans comunicació</u>: es valora la figura prima i s'estigmatitza l'obesitat. Més risc pels adolescents que miren més freqüentment els mitjans de comunicació.</p> <p><u>Influència relacions interpersonals</u>: influència de pares i companys.</p> <p><u>Aspectes transculturals</u>: en els diferents països o cultures la forma de pensar en l'adolescència és diferent, per tant, les conductes que condicionen el TCA també són diverses.</p>	
<p>FACTORS PSICOLÒGICS</p>	<p><u>Trastorns afectius</u></p> <p><u>Trastorns de la personalitat</u></p> <p><u>Trastorns obsessius-compulsius</u></p> <p><u>Trastorns de control d'impulsos</u></p> <p><u>Baixa autoestima</u></p> <p><u>Excessiva rigidesa</u></p> <p><u>Perfeccionisme</u></p> <p><u>Història personal de dificultats alimentàries</u></p> <p><u>Retraïment social</u></p>	<p><u>Preocupació pel cos</u></p> <p><u>Ideal de figura prima</u></p> <p><u>Relacions socials insatisfactòries</u></p> <p><u>Autoexigència</u></p> <p><u>Impulsivitat</u></p> <p><u>Intolerància a la frustració</u></p> <p><u>Necessitat d'aprovació</u></p> <p><u>Insatisfacció amb la imatge corporal</u></p>
<p>ESDEVENIMENTS VITALS POTENCIALMENT ESTRESSANTS</p>	<p><u>Abusos sexuals i/o físics en la infància</u></p> <p><u>Crítiques del propi físic</u></p> <p><u>Antecedents de crisis vitals</u></p>	

– Comorbiditat amb altres trastorns

Els TCA poden tenir relació amb altres trastorns mentals ja sigui perquè pateixes un trastorn pel qual desenvolupes TCA, perquè en desenvolupis algun degut al TCA o perquè pateixis un altra trastorn un cop superat el TCA. Els més comuns són els següents:

- **Trastorn bipolar d'episodis depressius:** es tracta d'un trastorn que es manifesta per estat d'ànim deprimit o pèrdues d'interès. És possible que per aquest trastorn hi hagi una disminució de pes que acabi portant a un diagnòstic de TCA, o que la dificultat de superar el trastorn de conducta alimentària condueixi a un trastorn depressiu, entre moltes altres causes i relacions.
- **Trastorn d'ansietat:** trastorn pel qual es presenten nivells alts d'ansietat durant molt de temps. Pot estar manifestat per estrès o fòbies, entre d'altres. En els exemples de l'inici les dues noies patien un TCA degut a ansietat, ja sigui estrès pels exàmens o fòbia a vomitar.
- **Trastorn per abús de substàncies:** es tracta d'un trastorn de consum de substàncies que comporta un deteriorament o malestar clínic. És molt possible que la dependència a les drogues condueixi a un TCA, però també és probable que degut al TCA iniciis el consum de substàncies nocives.

L'eficàcia d'aquesta activitat s'avalua a través d'un qüestionari de coneixements generals en trastorns de conducta alimentària(30).

BLOC 2 – IMATGE CORPORAL (18,26,27)

OBJECTIUS:

- Proporcionar un model estètic corporal saludable.
- Conscienciar de la necessitat de ser crítics davant la publicitat i les influències socioculturals.

La imatge corporal és la representació mental del nostre cos ja sigui del cos com a unitat o de cada una de les seves parts. A través dels sentits formem una imatge mental de les característiques físiques pròpies. Aquesta imatge mental formada juntament amb com creiem que la veuen els altres forma una part important de la pròpia autoestima.

La idea que tenim del nostre cos es correspon amb la realitat? Els altres ens veuen de la mateixa manera que ens veiem nosaltres?

Es realitzen 2 activitats diverses per treballar la nostra imatge corporal:

- **Dibuix ideal de bellesa**
Cada un dibuixa en un full el que és per a ell l'ideal de bellesa amb una figura del seu propi sexe. Un cop dibuixat, es recullen i es reparteixen per tal que cada un tingui un dibuix diferent.
Es separa als participants en grups de 5-8 persones per debatre entre ells les diferències dels dibuixos. Finalment, es fa una posada en comú de les reflexions extrets.

- **Imatges de publicitat i cànons de bellesa**

S'inicia l'activitat ensenyant cànons de bellesa d'altres èpoques. Es procedeix a repartir revistes entre els alumnes, que estan dividits en grups de 5-8 persones, per tal que escollin alguns anuncis publicitaris per veure la diferència en els cànons de bellesa, intentant iniciar un debat sobre què representen i com han evolucionat.

Aquest apartat s'avalua amb l'Escala de Satisfacció Corporal (18).

BLOC 3 – AUTOIMATGE/AUTOESTIMA (18,26,27)

OBJECTIUS:

- Millorar l'autoconcepte i l'autovaloració dels participants.
- Aprendre a reconèixer les pròpies qualitats a través de la reflexió i dels missatges dels altres.
- Prendre consciència de les qualitats i els èxits propis.

L'autoimatge es conforma al llarg de la vida per diferents aspectes. No tan sols hi intervé el que un pensa de sí mateix, sinó també el que creu que pensen els altres d'ell. La imatge que tenim d'un mateix està composta per la imatge corporal, imatge de personalitat i la imatge d'aptituds.

L'autoimatge és especialment important per a la creació de l'autoestima, tenir una pròpia imatge amb qualitats i aspectes positius signifiquen tenir un bon nivell d'autoestima.

Si l'autoestima és baixa significa que es dona atenció especial als teus defectes i es prescindeix de les qualitats, fent que hi hagi més possibilitats de sentir-se malament i que els comportaments resultin negatius.

- **Arbre de l'autoestima**

Es reparteix el dibuix d'un arbre (annex 3) a cada alumne. L'arbre està dividit en 3 parts on han d'escriure paraules relacionades amb ells mateixos:

- Fruits: s'ha d'escriure els seus èxits.
- Branques: s'ha d'escriure aquelles coses que cada un sap fer bé.
- Arrels: s'ha d'escriure les qualitats que hom té.

Un cop acabat, cadascú es queda el seu arbre per poder-lo integrar i prendre valor del que significa el seu "Arbre de l'autoestima".

- **Com em veig i com em veuen**

Es reparteix a cada alumne un paper on per un costat hi ha escrit "Com em veig" i a l'altra "Com em veuen" (annex 3). Primer de tot els alumnes han d'escriure el seu nom i 3 adjectius que els defineixin. Un cop escrits retornen els papers que es barregen i tornen a repartir per tal que un altre alumne pugui escriure en la part "com em veuen".

Quan les targetes estan plenes és el moment de retornar-la al propietari i que pugui llegir el que han escrit. Es deixa el torn de paraula obert el temps sobrant per aquells que vulguin comentar què pensa del que han escrit (com l'ha fet sentir?, hi està d'acord?, etc.).

- **Importància pensaments positius i conseqüència dels negatius**

Reflexió en comú sobre com s'han sentit durant els exercicis d'autoestima i sobre els canvis que s'han pogut ocasionar a partir de les següents preguntes:

- Canviaries en algun aspecte el que has contestat quan t'has preguntat "com em veig?" després de llegir el que han escrit els teus companys?
- Creus que aconseguiries alguna cosa repetint-te missatges negatius sobre tu mateix?
- Com ens sentim quan pensen negativament sobre nosaltres?
- Quins són els pensaments que podem tenir sobre nosaltres mateixos, que s'ajustin a la realitat i que ens siguin útils?
- Què podem fer perquè els pensaments negatius es converteixin en positius?

Aquest apartat s'avalua a través de l'escala de valoració de l'autoestima de Rosenberg(41).

BLOC 4 – HABILITATS SOCIALS I EMOCIONALS(18,32)

OBJECTIUS:

- Posseir habilitats socials que els permeti integrar-se als grups propis de l'adolescència a l'escola i a la comunitat de forma positiva.
- Aprendre a relacionar-se de forma més hàbil i eficaç amb els altres.
- Desenvolupar estratègies personals per afavorir l'assertivitat.
- Treballar l'expressió d'emocions.

Les habilitats socials són definides per V. Caballo com un conjunt de conductes realitzades en un context interpersonal que expressen sentiments, actituds, desitjos, opinions i drets de l'individu de forma adequada a la situació i que, generalment, resolen els problemes immediats a les situacions minimitzant la probabilitat de futurs problemes. Per tant, serien comportaments eficaços en relacions interpersonals.

Les habilitats socials i emocionals ajuden a reconèixer i exterioritzar sentiments, emocions, autocontrol i l'afrontament de l'estrès i l'ansietat, considerats elements importants en la prevenció dels TCA. Es realitzen 2 activitats per adoptar aquestes habilitats socials i emocionals.

- **Joc de rols**

Es divideix als participants en 5 grups per representar diferents situacions que presentaran entre 2 persones del grup. El responsable del programa

haurà de corregir, posteriorment, la representació explicant les tècniques assertives. Un cop corregides, es tornen a representar però amb les modificacions realitzades a partir de les tècniques indicades. Les situacions seran les següents:

- Expressió de desacord i sentiments negatius: *un amic expressa una opinió amb la que no estic d'acord i al dir-ho m'insulta per no compartir la manera de pensar.*
- Iniciar interaccions amb l'altre sexe: *dir-li a un noi/a que t'agrada.*
- Autoafirmació davant d'estranyos i defensa de drets: *al sortir de la botiga descobreixo que m'han donat malament el canvi.*
- Autoafirmació davant de propers:
 - *No m'agrada deixar els meus CDs i un company me'ls demana constantment.*
 - *Enfrontament a un error i a les crítiques derivades com el fet de no portar el treball que s'havia d'entregar.*

Tècniques assertives:

- Asserció negativa: *"no hauria d'haver fet això"*
 - Autorrevelació: *"jo penso que..."*
 - Banc de boira: *"segurament tens raó, però..."*
 - Compromís viable: intentar arribar a un acord
 - Disc ratllat: *"entenc el que dius però..."*
 - Interrogació negativa: *"Què té de dolent...?"*
- **Expressió d'emocions**
- Es divideix als participants en grups de 5 persones i es col·loca al front de cadascú un post-it amb una emoció de manera que els altres puguin veure-la, però ell mateix no. La resta del grup ha de dir situacions que provoquen aquesta emoció per tal que el participant auto-descobreixi l'emoció.
- S'acaba amb un debat sobre si hi ha hagut consens en dir situacions per cada emoció, si hi ha hagut discrepàncies i sobre la importància de la expressió i canalització de sentiments.

Aquest apartat s'avalua amb l'escala multidimensional d'expressió social (EMES-M i EMES-C) (32,40).

BLOC 5 – ALIMENTACIO I NUTRICIO (18,26,27) → Impartit per una nutricionista

OBJECTIUS:

- Reflexionar en grup sobre els hàbits alimentaris
- Proporcionar coneixements sobre nutrició, alimentació i exercici saludables.
- Aprendre els hàbits alimentaris correctes.

Els requeriments nutricionals durant l'adolescència són molt elevats, per això és fonamental una nutrició adequada sense carències ni excessos. Igualment, aquesta edat és la última per promocionar consells de salut i bons hàbits alimentaris ja que en molts casos els adquirits són els definitius.

És per aquests motius, principalment, que cal realitzar una educació adequada en alimentació i nutrició. És preferible que aquest apartat sigui impartit per a una nutricionista ja que és qui domina millor el tema i pot aconsellar millor als participants del programa.

Seguidament, hi ha un petit esquema dels apartats que hauria de tenir l'activitat, modificables per qui acabés realitzant aquesta intervenció.

- **Nutrició, alimentació i exercici saludable**
 - o Piràmide alimentació i exercici
- **Veritats i mentides sobre l'alimentació**
- **Elaboració del pla setmanal d'esmorzar i berenar**

Realitzat individualment a partir de les pautes donades anteriorment i amb l'ajuda del professional per assessorar i resoldre dubtes.

Aquest activitat s'avalua a partir del Qüestionari de coneixements de nutrició i l'escala EAT-26 (18)

CRONOGRAMA PROGRAMA

S'ha distribuït en el temps el programa tal i com s'hagués realitzat en aquest treball en cas d'haver estat possible. En les enquestes pre-intervenció i post-intervenció se realitzarien tots els qüestionaris mencionats anteriorment per tal de poder avaluar l'eficàcia de les activitats proposades.

	DESEMBRE'17	GENER'18	FEBRER'18	MARÇ'18	ABRIL'18
<i>Enquestes pre-intervenció</i>	X				
<i>Desenvolupament del programa</i>		X	X	X	
<i>Enquestes post-intervenció</i>					X

A continuació es presenta el cronograma de temps necessari per a cada activitat a realitzar.

ACTIVITATS	GENER	FEBRER	MARÇ
<u>BLOC 1 – TCA</u> – Breu explicació sobre els TCA + casos	30min		
<u>BLOC 2 – IMATGE CORPORAL</u> – dibuix ideal de bellesa	30min		
<u>BLOC 2 – IMATGE CORPORAL</u> – publicitat i cànons	1h		
<u>BLOC 3 – AUTOIMATGE/AUTOESTIMA</u> – Arbre de l'autoestima	30min		
<u>BLOC 3 – AUTOIMATGE/AUTOESTIMA</u> – Com em veig com em veuen	1h		
<u>BLOC 3 – AUTOIMATGE/AUTOESTIMA</u> – Importància pensaments positius	30min		
<u>BLOC 4 – HABILITATS SOCIALS</u> – Joc de rol		45min	
<u>BLOC 4 – HABILITATS SOCIALS</u> – Expressió d'emocions		45min	
<u>BLOC 5 – ALIMENTACIÓ I NUTRICIÓ</u> – Nutrició, alimentació i exercici saludable			1h
<u>BLOC 5 – ALIMENTACIÓ I NUTRICIÓ</u> – Veritats i mentides sobre l'alimentació			30min
<u>BLOC 5 – ALIMENTACIÓ I NUTRICIÓ</u> – Elaboració del pla setmanal d'esmorzar i berenar			30min
TOTAL = 8h	4h	2h	2h

ANNEX 2: QÜESTIONARI DE CONEIXEMENTS GENERALS EN TCA

El meu nom és Emi Rodríguez Camprubi i sóc estudiant de 4t curs d'Infermeria de la Universitat de Girona. El següent qüestionari té la missió d'obtenir dades sobre els coneixements generals en TCA que tenen les persones que el contesten per tal de poder valorar la hipòtesi plantejada pel meu Treball de Final de Grau.

Les dades obtingues s'utilitzaran única i exclusivament per comparar els resultats i comprovar la hipòtesis. Es garanteix l'anonimat de totes les persones que participen de l'estudi.

DADES PERSONALS

1. Edat: _____
2. Curs Acadèmic: _____
3. Centre Acadèmic: _____
4. Sexe:

<input type="checkbox"/>	Home
<input type="checkbox"/>	Dona

En relació amb els Trastorns de Conducta Alimentària, respon a les següents preguntes:

1. Quines de les següents alteracions es poden considerar TCA? Selecciona 4 opcions que consideris correctes:
 - a) Obesitat mòrbida
 - b) Bulímia Nerviosa
 - c) Dislipèmia (colesterol o triglicèrids elevats)
 - d) Ruminació
 - e) Anorèxia nerviosa
 - f) Diabetis Mellitus
 - g) Hipertensió arterial
 - h) Trastorn per afartament
2. De les alteracions que es relacionen a continuació, quines estan considerades trastorns mentals? Selecciona les 4 opcions que consideris correctes.
 - a) Bulímia nerviosa
 - b) Obesitat mòrbida
 - c) Fòbies socials
 - d) Neuropatia
 - e) Anorèxia nerviosa
 - f) Diabetis Mellitus
 - g) Hipertensió Arterial
 - h) Estrès Posttraumàtic
3. En quina edat solen aparèixer els TCA? Selecciona la opció que consideris correcta.
 - a) < 12 anys
 - b) Entre els 13 i 20 anys
 - c) Adults >20 anys
 - d) Durant la 3a edat (>65anys)

4. En quin sexe predomina el TCA? Selecciona la opció que consideris correcta
 a) Homes b) Dones c) No està relacionat amb cap sexe
5. La prevalença (hi ha més casos) dels TCA, és major entre els individus de classe social _____. Selecciona la opció que consideris correcta.
 a) Baixa b) Mitja c) No està relacionat amb cap classe social

Els TCA posseeixen una etiologia (causa) múltiple, que involucre diversos factors, alguns es relacionen en les preguntes 6 i 7. Selecciona 4 opcions que consideris correctes.

6. Quins dels factors següents podrien predisposar a patir un TCA?
 a) Herència o factors genètics d) Pràctica d'un esport que requereix estar prim
 b) Ruptures conjugals dels pares e) Sentiments d'inferioritat o baixa autoestima
 c) Obesitat materna f) Aïllament social o dificultat per relacionar-se amb un col·lectiu
7. Quins dels factors següents podrien precipitar l'aparició d'un TCA?
 a) Herència o factors genètics d) Pràctica d'un esport que requereix estar prim
 b) Ruptures conjugals dels pares e) Excessiva importància a l'estètica i bellesa per part de la família.
 c) Obesitat materna f) Aïllament social o dificultat per relacionar-se amb un col·lectiu

Explica amb les teves paraules el significat que tenen per tu les següents frases:

8. "Por a engreixar-se per percepció distorsionada de la pròpia imatge corporal"
9. "Episodis compulsius de consum d'aliments"
10. Anomena 4 conductes que et farien sospitar de la presència d'un TCA en una persona del teu entorn.

ANNEX 3: MATERIAL FUNGIBLE ACTIVITATS BLOC 3



COM EM VEIG?

- 1.
- 2.
- 3.

COM EM VEIG?

- 1.
- 2.
- 3.