

**INTERVENCIONES PARA REDUCIR  
EL ESTIGMA SOCIAL ASOCIADO A  
LOS TRASTORNOS DE LA  
CONDUCTA ALIMENTARIA.  
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

---

TRABAJO FIN DE GRADO

ENFERMERÍA

Autor: Claudia Junker García

Tutor: Laura Lorenzo Allegue

Curso: 2021/2022

## RESUMEN

**Introducción:** Los **trastornos de la conducta alimentaria** son un problema real para la sociedad en la que vivimos. La población más afectada por estos son los jóvenes entre 15 y 24 años. El problema más grave al que se enfrentan es la idea preconcebida que se tiene sobre ellos y que afecta al desarrollo de estos. Este comportamiento se denomina estigma social, el cual cada vez es mayor y aumenta cada vez más en la población que lo sufre.

**Objetivos:** Analizar cómo afectan las intervenciones sanitarias frente al estigma además de describir las consecuencias clínicas que este provoca hacia los pacientes que sufren de TCA.

**Metodología:** Se llevó a cabo una **revisión bibliográfica**. Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos oficiales: Cinhal, Enfeteca, Pysclnfo, Pubmed.

**Resultados:** En un principio se aportaron 148 resultados que, tras la lectura de los títulos, resumen y reelección, por cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, resultaron ser finalmente un total de 33 resultados. Tras la posterior lectura crítica con parrilla CASPe, se seleccionaron 18 artículos.

**Conclusiones:** Muestran que existe una disminución del estigma tras las intervenciones sanitarias. Se llegan a dos conclusiones: la importancia de realizar más intervenciones para la reducción de las consecuencias negativas que el estigma provoca y la necesidad de agruparlas para una mayor efectividad.

**PALABRAS CLAVE:** anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, tratamiento, intervención, estigma social, personal sanitario.

## ABSTRACT

**Introduction:** **Eating disorders** are a big problem for the society we live in. Young adults between 15 and 25 years are the most affected. The big problems about these disorders are the idea society has about them, those ideas affect directly in the development of the illness. That behavior is called social stigma, which apart from growing more and more in a negative way, people that suffer it perceive it worse than ever.

**Objectives:** Analyze the intervention effect in the decreasing of the stigma in the patients that perceive it. Furthermore, we summarize the literature present till today's date about those interventions and symptoms the stigma provoke.

**Method:** To carry out this systematic review we firstly did a research throughout different official databases: Cinhal, Eferteca, Pyscinfo, Pubmed.

**Results:** The total number of articles found where 148, after excluding those that didn't adjust to our criteria's and after the critical reading with CASPe, we did this study with 18 articles.

**Conclusions:** Show that sanitary interventions decrease the existent stigma. There are two clear conclusions: The importance of developing interventions for the reduction of the negative consequences the stigma provokes and the importance of carrying them out together.

**KEY WORDS:** anorexia nervosa, bulimia nervosa, treatment, intervention, social stigma, health personnel.

## ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS .....	5
1.1 INTRODUCCIÓN.....	5
1.2 OBJETIVOS.....	10
2. METODOLOGÍA.....	11
3. RESULTADOS.....	17
4. DISCUSIÓN.....	32
4.1 CONSECUENCIAS DEBIDO A LA ESTIGMATIZACIÓN.....	33
4.2 EFECTO DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS FRENTE AL ESTIGMA .....	36
5. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA .....	41
5.1 CONCLUSIONES .....	41
5.2 REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA.....	42
6. BIBLIOGRAFÍA.....	44
7. ANEXOS.....	48

# 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

## 1.1 INTRODUCCIÓN

Se conoce que los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son las enfermedades crónicas que cuentan con más prevalencia en la adolescencia. Hay un ratio de 1:3 casos de anorexia nerviosa y 1:5 casos de bulimia nerviosa en el mundo según los estudios revisados (Brelet,, Flaudias, Guillaume, Llorca, Boirie 2021). Acorde con lo leído se establece que la mayoría de los casos detectados de TCA son entre los 15 y los 24 años. Su prevalencia es mayor en mujeres que en hombres y abundan más en países desarrollados tales como Estados Unidos y países europeos. Además, hay un incremento mundial de pacientes que padecen estas enfermedades desde el año 2000 de un 12,7%. Por otro lado, se confirma que en países en vías de desarrollo también existe un aumento de los casos de pacientes con TCA del 10% desde el año 2000 al 2018 (Galmiche, Déchelotte, Lambert, & Tavalacci,2019).

Los pacientes con TCA tienen un porcentaje de mortalidad del doble con respecto al resto de personas que no los padecen. También son pacientes difíciles de diagnosticar. Es por ello por lo que a nivel sanitario supone un problema para el tratamiento de esta enfermedad (Jahrami, Sater, Abdulla, Faris & AlAnsari 2019). De ahí la importancia para empezar a realizar intervenciones y tratamientos para solventar este problema que existe y va en aumento.

Podemos definir el estigma como opinión negativa hacia un colectivo por una suma de prejuicios sociales. El estigma no es un término que por sí solo signifique algo, sino que se divide en tres términos para formar su significado, estos son: los estereotipos, el prejuicio y la discriminación.

- Los estereotipos son estructuras de conocimiento que la sociedad conoce indirectamente y son una forma sencilla de clasificar a grupos sociales diferentes.
- Los prejuicios definen más concretamente las actitudes de las personas para actuar de forma negativa o positiva, sin analizar el porqué de ese comportamiento. Por ejemplo: “todas las anoréxicas son delgadas”.
- A su vez el prejuicio negativo lleva de forma directa a la discriminación. En el caso de los TCA vemos un claro ejemplo de una enfermedad mental estigmatizada socialmente, ya que se clasifican en gran parte a todos los TCA de la misma manera, con la misma sintomatología y con las mismas repercusiones. Lo que implica gran falta de conocimiento social acerca de estos trastornos.

Este tipo de comportamientos hacia estas personas puede suponer llevarlas a un auto estigma. El auto estigma significa que todas las opiniones negativas prejuiciosas y estigmatizadoras se vuelven contra ellos mismos, pensando que la opinión pública es la verdadera (Baena & Navarro, 2018).

Este estigma negativo se debe a que en el pasado, generalmente, las enfermedades mentales han sido desaprobadas por la sociedad. Desde la prehistoria se dice que han existido las

restricciones de comida de forma intencionada. La bulimia nerviosa de forma purgativa se conoce desde la época de los romanos. Antiguamente, a estos individuos con patologías mentales se les encerraba en manicomios, torturaba y juntaba con todos los miembros de la sociedad excluidos como: prostitutas, pobres y delincuentes (Baena & Navarro,2018).

Cabe decir que la imagen de enfermo mental ha evolucionado a lo largo de los años. Hoy en día no se trata de forma tan extrema a las personas que sufren una enfermedad mental. En este caso, en cuanto a las personas con TCA, todavía nos podemos encontrar comentarios tales como, “las anoréxicas no comen porque no quieren”, denominarlas “pijas malcomidas” y escuchar comentarios tales como “you have to pull yourself together” que significa tienes que controlarte a ti mismo y tirar para adelante. Esto hace un llamamiento a que la culpa de la enfermedad la tiene la misma persona que la padece, incluso lleva a pensar en que son meras llamadas de atención o caprichos de los pacientes (Griffiths, Mond, Murray, Touyz, 2015). Aunque esta enfermedad nace principalmente por cuestiones sociales, a esto se suma el grado de estigmatización que perciben, aquellas personas vulnerables a estos TCA. Todo esto conlleva a un problema mayor, la recuperación de los pacientes con este tipo de trastornos. Esta estigmatización afecta de forma social, familiar hasta profesional y no solo no ayuda a su recuperación, sino que la empeora (Galmiche, Déchelotte, Lambert, & Tavoracci,2019).

Tales ideas sociales hacen que estos trastornos no solo empeoren, sino que el simple hecho de tenerlos introduzca a aquellos que los padecen en un “saco” social del que la gran mayoría no se sienten parte, derivando incluso en actitudes de auto estigmatización y aislamiento social que empeoran su condición (Griffiths, Mitchison, Murray, Mond & Bastian,2018). Estos aspectos sociales impiden incluso que se puedan plantear tratamientos individualizados, al imposibilitar el descubrimiento del núcleo del problema (Brown, 2020).

Existen diferentes tipos de estigmas sociales asociados a estos trastornos. Los principales son:

**Estigma por consenso social:** Se trata de un tipo de estigma basado en cómo se refleja la opinión generalizada sobre un determinado tema en el comportamiento de los individuos. Esto hace referencia a que somos “ovejas de un rebaño”, lo que provoca que las personas con este tipo de trastornos lleguen a creerse que lo convencionalmente aceptado es lo correcto. Lo que implica que todo lo que está socialmente aceptado y permitido influya en la forma de actuar de los individuos. Ahí juega un papel importante la era de las tecnologías, la moda y las redes sociales. Siendo víctima de estos comportamientos sociales los pacientes con TCA (Griffiths, Mitchison, Murray, Mond,& Bastian,2018).

**Estigma tradicional:** Hace referencia al hecho de clasificar a las personas con TCA como personas indeseables por considerarlas “diferentes” a los demás, lo cual proviene de los estereotipos negativos asociados a tener una enfermedad mental (Sebastian, Richards, & Bilgin, 2017).

Estigma volitional: Es un estigma que se centra en que tal patología se da por elección personal; es una forma de culpabilizar a un paciente por su condición. Se trata de un tipo de estigma muy raro que es único para los TCA, además es el estigma que más se percibe por una persona con TCA (Bannatyne, & Stapleton, 2015).

- Positivo: Se ve el trastorno como algo sumamente positivo, al individuo se le caracteriza por tener mucha fuerza de voluntad, se valora positivamente y se intenta fomentar (Sebastian, Richards, & Bilgin, 2017).
- Negativo: Al contrario que el anterior se trata de ver a tales personas como débiles y sin fuerza de voluntad, desde este tipo de estigma se dice que usan estos trastornos como vías de escape. Se les culpabiliza por no saber “solucionar sus problemas” de otra forma (Cassone, Rieger & Crisp, 2020).

Según Sebastian et al., (2017) el menos estigmatizador para los TCA en comparación con otras enfermedades de la salud mental es el tradicional, por lo tanto, la mayoría de los estudios lo excluyen a la hora de realizar intervenciones para mitigarlo. La estigmatización que presentan los otros tres, si es significativa, por lo tanto, sí que se analizan como varias intervenciones les afectan o disminuyen ese estigma (Sebastian, Richards, & Bilgin, 2017).

“Los trastornos alimentarios se caracterizan por una distribución persistente de la alimentación o el comportamiento que lleva a una alteración en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud, funcionamiento físico y psicosocial de los pacientes” según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (Edition, 2013), estando así la imagen del cuerpo distorsionada. Estos los vamos a dividir en tres, los más comunes, la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE).

Estos TCA se definen y clasifican principalmente en la American Psychiatric Association (APA). Además de tener ciertos criterios de inclusión.

La AN se define como trastorno caracterizado por una pérdida de peso excesiva inducida o mantenida por la propia paciente (Aguinaga, Fernández & Varo, 2000). Podemos diferenciar dos tipos:

- Tipo restrictivo: episodios durante los cuales no se embarcan regularmente en conductas purgativas ni de atracones.
- Tipo bulímico: durante los cuales ocurren episodios regulares de atracones y/u purgas.

(Crispo, Figueroa, & Guelar, 1997).

Para ser diagnosticadas con esta patología deben cumplir los siguientes requisitos:

**Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa**

A) Restricción de ingesta energética en cuanto a las necesidades corporales, conlleva a una disminución de músculo corporal importante (peso, trayectoria de desarrollo y salud física). El IMC (índice de masa corporal) suele estar por debajo de los mínimos (-18).
B) Miedo intenso a engordar, comportamientos persistentes para evitar el aumento de peso, a pesar de estar con pesos significativamente bajos.
C) Alteración de la percepción del cuerpo y peso. Exigencias exageradas en la autoevaluación. Negación del peligro que tiene el bajo peso corporal.
D) Presencia de amenorrea durante 3 meses consecutivos.

**Fuente: Elaboración propia.**

(Edition, 2013)

La BN se define como episodios repetidos de ingestas excesivas de comida y a su vez métodos compensatorios no naturales e inapropiados para evitar la ganancia de peso. Al igual que la AN tiene dos clasificaciones:

- Purgativo: La paciente realiza técnicas purgativas regularmente tras cada comida como: uso de laxantes o diuréticos excesivo o vómitos autoinducidos.
- No purgativo: La paciente usa métodos compensatorios inadecuados para lidiar sus excesos de ingesta como: ayunar por largos periodos o ejercicio excesivo.

Al igual que la AN, para ser diagnosticado de BN se necesitan cumplir los siguientes requisitos.

**Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa**

A) Episodios recurrentes de atracones, estos consisten en: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 3 horas) en cantidades superiores a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</li> <li>b. Sensación de pérdida de control sobre toda la ingesta de alimento (p. ej., sensación de no poder controlar el tipo ni la cantidad de comida que se está ingiriendo)</li> </ul>
B) Comportamientos compensatorios inadecuados de manera repetida para evitar el aumento de peso (p.ej, provocación del vómito, uso excesivo de laxantes y diuréticos, ayunos extremos, ejercicio excesivo)
C) A y B (los atracones y las conductas compensatorias) ocurren al menos una vez a la semana durante 3 meses.
D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la forma corporal.

E) La alteración corporal no aparece exclusivamente en la AN.

**Fuente: Elaboración propia.**

(Edition, 2013)

Por último, los TCANE son aquellos que no cumplen los criterios de clasificación para los dos anteriores. Por ejemplo:

**Tabla 3. Clasificación para el diagnóstico de TCE**

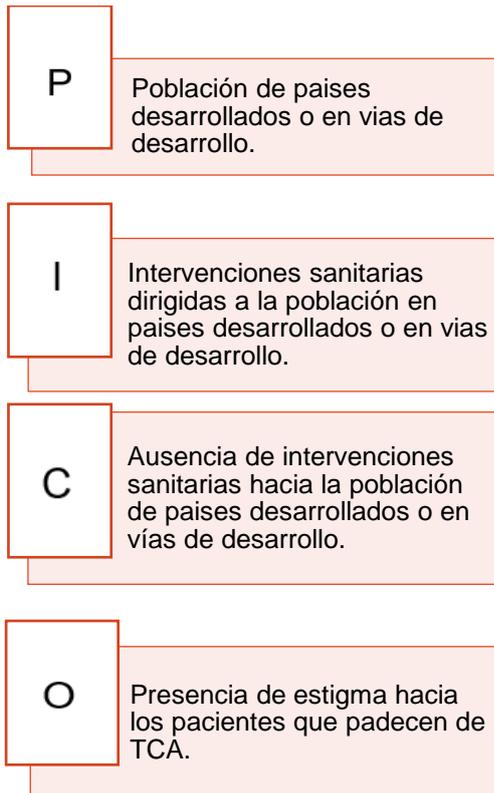
- |   |
|---|
| A) Anorexia nerviosa atípica: se cumplen todos los criterios de anorexia nerviosa, excepto el peso que a pesar de haber una bajada de peso significativa se mantiene en los límites de la normalidad en cuanto al IMC.                            |
| B) Bulimia nerviosa de baja frecuencia o duración limitada: Se cumplen todos los criterios de bulimia nerviosa, excepto que las conductas compensatorias y los atracones ocurren menos de 1 vez a la semana y con una frecuencia menor a 3 meses. |
| C) Trastorno por atracón de frecuencia baja y/o duración limitada: se cumplen todos los criterios de dicha enfermedad excepto los atracones que ocurren menos de 1 vez a la semana y con una frecuencia menor a 3 meses.                          |
| D) Trastorno de Purga: Comportamientos de purga recurrentes para disminuir el peso en ausencia de atracones.  |
| E) Síndrome de alimentación nocturna: episodios de alimentación nocturna que se manifiestan al comer después de la cena y producen vigilia durante la noche.  |

**Fuente: Elaboración propia.**

(Crispo, Figueroa, & Guelar, 1997).

Debido a todo lo anteriormente expuesto acerca de los problemas que supone tal estigmatización en los pacientes con TCA se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Podría una intervención enfermera disminuir la estigmatización que existe frente a los TCA en la población?



## 1.2 OBJETIVOS

### OBJETIVO PRINCIPAL:

Analizar la influencia de las intervenciones sanitarias sobre la estigmatización de los pacientes que sufren TCA.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las consecuencias que el estigma tiene sobre los pacientes que padecen de TCA.
- Describir las intervenciones sanitarias existentes que pueden disminuir el estigma de los TCA.

A través de estos objetivos se pretende recopilar la información existente acerca de si el estigma que hay asociado a estos trastornos realmente causa unas consecuencias específicas en aquellos que la padecen. Además, se indaga acerca de si puede ser causa de un empeoramiento de la enfermedad.

También se intentan recabar todas las intervenciones estudiadas para de este modo averiguar cuales podrían ser llevadas a cabo por las enfermeras para disminuir o erradicar tal estigma.

## 2. METODOLOGÍA

El trabajo de fin de grado que se presenta se trata de una revisión bibliográfica, estas son un análisis de documentos acerca de un tema específico. Presentan la información publicada sobre un tema y plantean una organización de ese material de acuerdo con un punto de vista. Se utiliza para recopilar y comentar la literatura publicada sobre un tema en concreto (Guirao-Goris, Olmedo Salas, & Ferrer Ferrandis, 2008).

Para ello se buscaron artículos de investigación originales con el fin de recabar la información existente acerca de la influencia de las intervenciones enfermeras en la estigmatización de los TCA. De esta forma podremos entender mejor la gravedad del estigma y la importancia de que éste sea mitigado.

Para llevarla a cabo se utilizaron las siguientes bases de datos como fuente de información principal: Cinahl, Enferteca, Pyscinfo y Pubmed. El periodo de búsqueda bibliográfica estuvo comprendido desde los meses de noviembre 2021 hasta abril 2022.

A su vez para iniciar la búsqueda en las bases de datos se delimitaron las palabras claves (key words) a través de descriptores de ciencias de la salud (DeCS). Al utilizar bases de datos y artículos en inglés también se buscaron descriptores en inglés a través de términos Mesh. Las palabras clave que se utilizaron para las ecuaciones de búsqueda en las bases de datos mencionadas se seleccionaron a través de los descriptores que se muestran en la tabla 4.

<b>Tabla 4: Descriptores</b>		
<b>Lenguaje natural</b>	<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>
<b>Castellano</b>	<b>Castellano</b>	<b>Inglés</b>
Anorexia Nerviosa	Anorexia Nerviosa	Anorexia Nervosa
Bulimia nerviosa	Bulimia nerviosa	Bulimia Nervosa
Trastornos de alimentación	Trastornos de la conducta alimentaria	Eating disorders
Intervención	Intervención	Intervention
Tratamiento	Tratamiento	Treatment
Terapia	Terapia	Therapy
Estigma	Estigma	Stigma
Estigma social	Estigma social	Social Stigma

**Fuente: elaboración propia**

Además, se hizo uso del operador booleano (AND) para la realización de búsquedas avanzadas. No se utilizaron otros operadores booleanos como (OR) o (NOT) ya que no había campos sobre este tema que se quisiesen complementar ni eludir.

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se establecieron los criterios de inclusión para las bases de datos utilizadas:

- Artículos publicados en los últimos 7 años (2016-2022). Se amplió la búsqueda de artículos con publicaciones desde hace 7 años debido a que no se encontraban resultados suficientes de artículos de hace 5 años.
- Estar publicados en inglés o español.
- Artículos disponibles con texto completo.
- Artículos originales.

Los criterios de exclusión que se utilizaron fueron:

- Artículos que la muestra superase los 29 años o fuese inferior a 14.
- Poblaciones de países que no se consideran desarrollados o en vías de desarrollo.

En la tabla número 5 que se encuentra a continuación se muestran las búsquedas por bases de datos y cantidad de artículos seleccionados en cada una de ellas para su posterior lectura crítica y selección. Se encuentran en orden de bases de datos.

<b>Tabla 5: Selección de artículos por bases de datos</b>						
<b>Base de datos</b>	<b>Descriptores</b>	<b>Operadores</b>	<b>Nº resultados totales</b>	<b>Nº resultados tras lectura de resumen</b>	<b>Nº resultados tras lectura crítica</b>	<b>Resultados seleccionados</b>
Cinahl	Social stigma (AND) eating disorders	(AND)	38	10	8	5
	Prevalence (AND) eating disorders	(AND)	3	2	1	1
	(AND)social stigma Interventions (AND) social stigma (AND)anorexia nervosa	(AND)	7	3	3	2
Enferteca	Prevención y trastornos de la conducta alimentaria	(AND)	6	3	1	1
	Prevalencia de TCA en el mundo	(AND)	4	3	2	1
	Intervenciones para reducir TCA		3	1	1	1
Pubmed	Eating disorders (AND) Social stigma	(AND)	7	3	2	2
	Prevalence (AND) anorexia (AND) bulimia	(AND)	3	1	1	1
Psycinfo	Interventions (AND) Social stigma (AND) eating disorder	(AND)	35	10	8	5
	Treatments (AND) Social stigma (AND) Bulimia nervosa	(AND)	13	5	3	3
	Treatments (AND) Social stigma (AND) Eating disorders	(AND)	29	4	3	2

**Fuente: Elaboración propia**

En las tablas que se presentan a continuación (tablas:6,7,8,9), se encuentran los diferentes artículos seleccionados para realizar esta revisión bibliográfica ordenados por bases de datos y años de publicación en orden ascendente. Se incluye en las tablas la estrategia utilizada para cada uno, incluyendo así los límites de cada artículo y el número de resultados encontrados en cada búsqueda.

<b>Tabla 6: Publicaciones seleccionadas de CINAHL</b>				
<b>Fecha</b>	<b>Operadores booleanos</b>	<b>Límites</b>	<b>Nº de Resultados</b>	<b>Resultados seleccionados</b>
2017	Interventions (AND) Social stigma (AND) anorexia nervosa	Texto completo Resumen disponible >2017 Inglés Artículos originales Población: 14-29	7	Education and contact strategies to reduce stigmatizing attitudes towards anorexia nervosa among university students. <a href="https://doi.org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1016/j.chb.2017.03.071">https://doi.org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1016/j.chb.2017.03.071</a>
2017	Social stigma (AND) eating disorders	Texto completo Resumen disponible >2017 Inglés Artículos originales Población: 14-29	38	Attitudes towards anorexia nervosa: volitional stigma differences in a sample of pre-clinical medicine and psychology students. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.3109/09638237.2016.1149801">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.3109/09638237.2016.1149801</a>
2017	Social stigma (AND) eating disorders	Texto completo Resumen disponible >2017 Inglés Artículos originales Población: 14-29	38	Reducing the stigma associated with anorexia nervosa: An evaluation of a social consensus intervention among Australian and Chinese young women. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22808">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22808</a>
2018	Social stigma (AND) eating disorders	Texto completo Resumen disponible >2017 Inglés Artículos originales Población: 14-29	38	How might eating disorders stigmatization worsen eating disorders symptom severity? Evaluation of a stigma internalization model. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22932">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22932</a>

2020	Interventions (AND) Social stigma (AND) anorexia nervosa	Texto completo Resúmen disponible >2017 Inglés Artículos originales Población: 14-29	7	Reducing anorexia nervosa stigma: an exploration of a social consensus intervention and the moderating effect of blameworthy attributions. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/09638237.2019.1581326">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/09638237.2019.1581326</a>
2021	Social stigma (AND) eating disorders	Texto completo Resúmen disponible >2017 Inglés Artículos originales Población: 14-29	38	A psychoeducational mental health promotion intervention in a comprehensive school: Recognizing problems and reducing stigma. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1177/0017896921994134">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1177/0017896921994134</a>

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 7: Publicaciones seleccionadas de Enferteca**

Fecha	Operadores booleanos	Límites	Nº de Resultados	Resultados seleccionados
2016	Prevención y trastornos de la conducta alimenticia	Revista. Últimos 6 años	6	Programa de prevención y detección de incidencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria
2021	Intervenciones para reducir TCA	Revista. Últimos 5 años	3	Estigma en personas con enfermedad mental desde el punto de vista de estudiantes de Grado de Enfermería y Fisioterapia. Doi:10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081496

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 8: Publicaciones seleccionadas de Pubmed**

Fecha	Operadores booleanos	Límites	Nº de Resultados	Resultados seleccionados
2020	Eating disorders (AND) social stigma	Texto completo + 5 años Inglés Artículos originales	7	Weight discrimination, anticipated weight stigma, and disordered eating <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1016/j.eatbeh.2020.101383">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1016/j.eatbeh.2020.101383</a>
2021	Prevalence (AND) anorexia (AND) bulimia	Texto completo + 5 años Inglés Artículos originales	3	Sequencing of symptom emergence in anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder and relations of prodromal symptoms to future onset of these disorders <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1037/abn0000666">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1037/abn0000666</a>

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 9: Publicaciones seleccionadas de PYSCINFO**

Fecha	Operadores booleanos	Límites	Nº de Resultados	Resultados seleccionados
2015	Interventions (AND) Social stigma (AND) eating disorder	Texto completo Resumen disponible +2015 Inglés Artículos originales Población: 14-29 años	35	Stigma resistance in eating disorders. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s00127-014-0923-z">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s00127-014-0923-z</a>
2015	Interventions (AND) Social stigma (AND) eating disorder	Texto completo Resumen disponible +2015 Inglés Artículos originales	35	Educating medical students about anorexia nervosa: A potential method for reducing the volitional stigma associated with the disorder. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/10640266.2014.976102">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/10640266.2014.976102</a>
2016	Interventions (AND) Social stigma (AND) Anorexia nervosa	Texto completo Resumen disponible +2015 Inglés Artículos originales Población: 14-29 años	35	The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22353">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22353</a>
2018	Treatments (AND) Social stigma (AND) Eating disorders	Texto completo Resumen disponible +2015 Inglés Artículos originales Población: 14-29 años	29	Why do men stigmatize individuals with eating disorders more than women? Experimental evidence that sex differences in conformity to gender norms, not biological sex, drive eating disorders' stigmatization. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/10640266.2018.1499337">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/10640266.2018.1499337</a>
2018	Treatments (AND) Social stigma (AND) Eating disorders	Texto completo Resumen disponible +2015 Inglés Artículos originales Población: 14-29 años	29	Stigmatization and knowledge of anorexia nervosa. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s40519-019-00655-2">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s40519-019-00655-2</a>

2019	Interventions (AND) Social stigma (AND) eating disorders	Texto completo Resumen disponible +2015 Inglés Artículos originales Población: 14-29 años	35	The effectiveness of two potential mass media interventions on stigma: Video-recorded social contact and audio/visual simulations. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s10597-019-00503-8">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s10597-019-00503-8</a>
2020	Treatments (AND) Social stigma (AND) Bulimia nervosa	Texto completo Resumen disponible +2015 Inglés Artículos originales Población: 14-29 años	13	With age comes responsibility: Changes in stigma for boys/men with bulimia nervosa. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s40519-019-00786-6">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s40519-019-00786-6</a>
2021	Interventions (AND) Social stigma (AND) eating disorders	Texto completo Resumen disponible +2015 Inglés Artículos originales Población: 14-29 años	35	College student attitudes and strategies for intervention with a hypothetical peer exhibiting disordered eating. <a href="https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.23532">https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.23532</a>

Fuente: Elaboración propia.

### 3. RESULTADOS

Para llevar a cabo la selección de artículos se realizó una lectura crítica a través de las plantillas CASPe. Estas se usan para evaluar los artículos por nivel de rigor, credibilidad y relevancia, de esta forma sabemos cuáles son los artículos más adecuados para realizar una revisión bibliográfica con la mejor calidad.

En esta revisión se seleccionaron 18 artículos, tras desarrollar la lectura crítica utilizando las plantillas CASPe. Se realizó una clasificación de artículos revisando la metodología desarrollada por cada uno de ellos.

Los más abundantes fueron los estudios cualitativos, en los cuales se analizan los resultados de las intervenciones realizadas a través de encuestas y cuestionarios. Tales métodos valoraban de forma individual y subjetiva la forma que cada individuo percibía el estigma hacia los TCA y el efecto que estas intervenciones provocaban en el individuo.

También fueron destacables los estudios de casos y controles en los cuales también se desarrollaba una intervención para mitigar el estigma. En estos se analizaba su efecto de forma diferente, ya que este tipo de estudios constaba de dos grupos, a uno se le realizaba la intervención y al otro no. Tras la realización de ésta se efectuaron unas encuestas y se veía la diferencia del estigma en los grupos control y en los grupos caso.

Otro tipo de estudios destacables fueron los artículos analíticos de casos cohortes. Estos se diferenciaban de los previos mencionados por ser prospectivos, analizando así el efecto de las intervenciones a largo plazo.

La búsqueda de los artículos se focalizó en países en vías de desarrollo o desarrollados a nivel internacional. El país en el que más predominaron los estudios sobre esta temática fueron Australia seguidos por Reino Unido y Estados Unidos. También fueron encontrados artículos de los países europeos nórdicos, Finlandia y Suecia y en su minoría asimismo se encontraron artículos procedentes de China y Alemania.

En referencia a las fechas de publicación de los artículos apenas fueron encontrados entre el 2020 y 2022 por tanto hubo que ampliar la búsqueda a artículos entre el 2015 y el 2022. La mayoría de los estudios seleccionados estuvieron en la franja de entre 2017 y 2019. A pesar de todo no se destacó ningún año en concreto.

En la tabla 11 se muestra un diagrama de semáforo, donde quedan recogidos todos los artículos seleccionados tras la lectura crítica y el análisis con las plantillas CASPe previamente explicado. Cada artículo va seguido de una guía de colores, indicando el rojo artículos que no cumplen los criterios de uso para la revisión y verdes los que cumplen todos los criterios. El semáforo se clasificó en tres apartados, a, b y c. Cuando todas las respuestas eran “sí” y una “no se” se identificó ese apartado en verde. Cuando se respondieron 2 o más veces en un apartado “no sé” se clasificó ese apartado como amarillo. Por último, se clasificaron en rojo los apartados que

tenían más de tres “nosé” o más de un “no”. Para la eliminación de artículos los tres apartados debían estar en rojo o los tres apartados debían estar en amarillo. A pesar de ello la mayoría de los artículos obtuvieron verde en los tres aspectos, es decir máxima fiabilidad para desarrollar una revisión bibliográfica de calidad. Los cuatro artículos que adquirieron algún apartado en amarillo no se descartaron ya que los criterios para excluir a un artículo con un apartado en amarillo no lo indicaron. Pero sí se tuvo en cuenta a la hora de priorizar tales artículos en la discusión del trabajo.

Las plantillas utilizadas quedan recogidas en los anexos 1,2 y 3. Divididas por los tipos de estudios descritos previamente. Hay un ejemplo de cada plantilla resuelta de cada estudio que da lugar a un semáforo en verde.

**Tabla 10: Semáforo**

Base de datos	Autor, Año	Cuestionario seleccionado	Preguntas A	Preguntas B	Preguntas C
Cinhal	Sebastian, Joel; Richards, Deborah; Bilgin, Ayse, 2017	Estudio descriptivo cualitativo.	●	●	●
	Bannatyne, Amy Jean; Stapleton, Peta Berenice, 2017	Estudio descriptivo cualitativo.	●	●	●
	Yan, Yuwen; Rieger, Elizabeth; Shou, Yiyun, 2017	Estudio descriptivo cualitativo.	●	●	●
	Griffiths, Scott; Mitchison, Deborah; Murray, Stuart B.; Mond, Jonathan M.; Bastian, Brock B, 2018	Estudio descriptivo cualitativo.	●	●	●
	Cassone, Sarah; Rieger, Elizabeth; Crisp, Dimity A, 2018	Estudio descriptivo cualitativo	●	●	●
	Onnela, Anna; Hurtig, Tuula; Ebeling, Hanna, 2021	Estudio descriptivo cualitativo.	●	●	●
Enferoteca	David Sancho Cantus, Salvador Aberola Juan, 2016.	Estudio descriptivo cualitativo.	●	●	●
	Navea Martín, A., Visiers Jiménez, L., Peña Otero, D., & Recio Vivas, A. M. 2019.	Estudio de cohortes.	●	●	●
Pubmed	Hunger, Jeffery; Dood, Dorian; Smith, April, 2020.	Estudio descriptivo cualitativo	●	●	●
	Stice, Eric; Desjardins, Christopher Davis ; Rohde, Paul; Shaw, Heather, 2021.	Estudio de cohortes.	●	●	●
Psychinfo	Griffiths, Scott;Mond, Jonathan M; Murray, Stuart B;Touyz, Stephen, 2015.	Estudio casos y controles.	●	●	●
	Bannatyne, Amy; Stapleton, Peta, 2015.	Estudio de cohortes.	●	●	●
	Griffiths, Scott;Mond, Jonathan M; Murray, Stuart B;Touyz, Stephen, 2016.	Estudio descriptivo cualitativo	●	●	●
	Austen, Emma; Griffiths, Scott, 2018.	Estudio casos y controles.	●	●	●
	Varnado-Sullivan, Paula J; Parker, Christina C; Rohner, Ashley, 2018.	Estudio descriptivo cualitativo.	●	●	●

	Brown, Seth, 2019.	Estudio de cohortes.			
	Vaughn, Allison A; Lowe, Joshua D, 2020.	Estudio de cohortes.			
	Sangiorgio, Celeste; Blackstone, Sarah R; Herrmann, Lynn K, 2021.	Estudio cualitativo.			

**Fuente: Elaboración propia**

Por todo lo mencionado previamente se hizo un proceso de selección exhaustivo en el que se fueron descartando artículos de manera progresiva según los criterios de inclusión y los objetivos planteados.

En primer lugar, se hizo una preselección de 148 artículos relacionados con el tema de la revisión de los cuales se descartaron 103 tras la lectura del título y del resumen. A continuación, se procedió a una lectura completa de los artículos y se descartaron 12 por no ajustarse a los objetivos que el trabajo plantea. Tras obtener 33 resultados se realizó una lectura crítica de todos ellos con plantillas CASPe en la que se excluyeron 15 artículos por tener un semáforo en rojo. Tras todo el proceso se seleccionaron 18 artículos válidos para el desarrollo de la revisión bibliográfica.

Este proceso de selección previamente explicado se muestra en el diagrama de flujo de selección de artículos a continuación (figura 1).

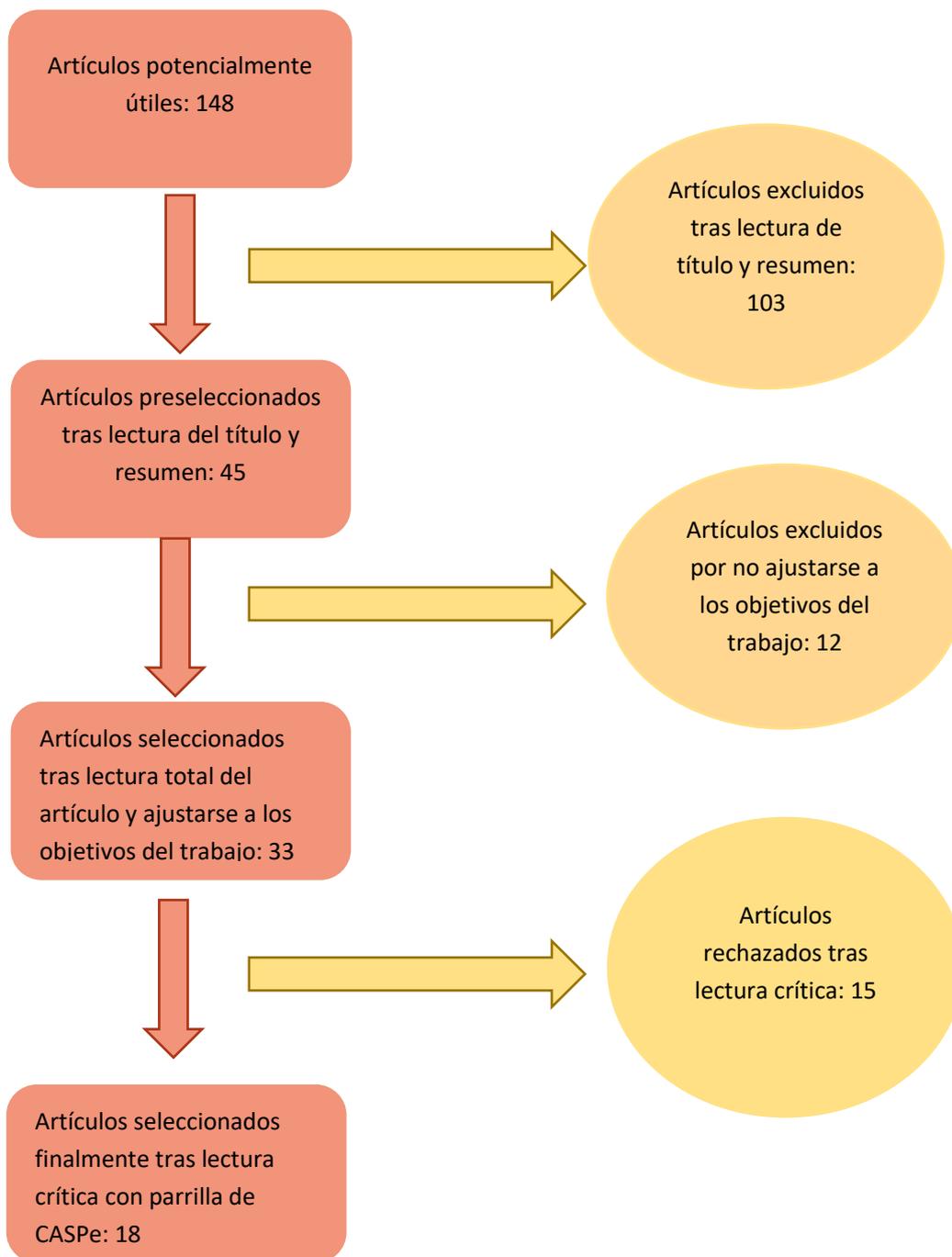


Figura 1: Diagrama de flujo selección de artículos.

Para elaborar la tabla de resultados que se muestra a continuación (tabla 11) se realizó como explicado anteriormente una lectura completa y crítica de 33 artículos preseleccionados, de los cuales se eligieron 18 como los más aptos en concordancia con los objetivos del estudio. Al analizar los resultados y como queda reflejado en el apartado de metodología y en la tabla que precede (tabla 11), las bases de datos con más resultados útiles para este trabajo fueron: Pyscinfo con un 44,4% de resultados y Cinahl con un 33,3% de resultados. El resto de las bases de datos aportaron: Enferteca 11% y Pubmed 11% de los resultados útiles finales.

En esta se encuentra un breve resumen de cada uno de ellos para la realización de esta revisión bibliográfica. Se dividió por: bases de datos, título del artículo, autor, fecha de publicación, objetivos del estudio, población estudiada, método de estudio, resultados y conclusiones. Además, quedan ordenados por bases de datos y por antigüedad de más antiguo a menos.

**Tabla 11: Tabla de artículos finales seleccionados**

	Título	Autor	Año	Objetivos del estudio	Diseño del estudio	Ámbito/ Población de estudio	Método	Resultados	Conclusiones
Cinhal	Education and contact strategies to reduce stigmatising attitudes towards anorexia nervosa among university student	Sebastian, Joel; Richards, Deborah; Bilgin, Ayse	2017	Reducir las actitudes estigmatizantes acerca de la AN, consiguiendo así encontrar una estrategia para la identificación y tratamiento para las personas que padecen AN.	Descriptivo cualitativo.	122 estudiante, hombres y mujeres de una universidad de Australia.	Se realizaron encuestas cualitativas antes y después de las intervenciones.	Se demostró que desarrollar intervenciones hace que el estigma volitivo de los participantes disminuya. Tras la primera intervención de educación y de contacto hay mejores resultados de disminución del estigma. Sin embargo, los niveles de estigma tradicional no disminuyeron tan significativamente. Las intervenciones de contacto fueron más eficaces para reducir el estigma volitivo positivo. Además, hubo más efecto de las intervenciones en los hombres. Ambas intervenciones fueron efectivas para las mujeres.	Concluyen indicando que las intervenciones basadas en videos para cambiar tales actitudes estigmatizadoras son efectivas, demostraron que las intervenciones de educación junto con las de contacto reducen en mayor medida las actitudes estigmatizadoras.
	Attitudes towards anorexia nervosa: volitional stigma differences in a sample of pre-clinical medicine and psychology students	Bannatyne, Amy; Stapleton, Peta; Berenice	2017	Evaluar la estigmatización volitiva hacia la AN en futuros profesionales de la salud.	Descriptivo cualitativo.	126 participantes, 41 estudiantes de medicina y el resto estudiantes de psicología.	A través de 3 cuestionarios cualitativos.	Los hombres asociaron esta enfermedad a la debilidad y culpabilizaron a aquellos que la padecían. En comparación con los estudiantes de psicología, los estudiantes de medicina obtuvieron puntuación más alta en cuanto al egoísmo/vanidad con respuesta a la AN. Estos mismos consideraron que los factores socioculturales afectan "mucho" en el desarrollo y mantenimiento de la AN.	Se concluye diciendo que se necesitan desarrollar más intervenciones frente a este estigma, con el objetivo de incrementar el conocimiento en los servicios de urgencias, sobre todo para los hombres estudiantes de medicina.

<p>Reducing the stigma associated with anorexia nervosa: An evaluation of a social consensus intervention among Australian and Chinese young women.</p>	<p>Yan, Yuwen; Rieger, Elizabeth h; Shou, Yiyun</p>	<p>2017</p>	<p>Este estudio evaluó si una intervención de consenso social reduce el estigma hacia las personas con AN.</p>	<p>Descriptivo cualitativo.</p>	<p>El estudio examinó a 97 estudiantes femeninas de la universidad Nacional de Australia y 76 estudiantes femeninas de la universidad estatal de China.</p>	<p>Cuestionarios cualitativos</p>	<p>En general los participantes chinos mostraron mayores niveles de estigmatización inicialmente tras todas las medidas. El consenso social fue eficaz para reducir la mayoría de los tipos de estigma que afectan a las personas con AN.</p>	<p>Concluyen que un enfoque de consenso social tiene potencial como una estrategia adicional para reducir el estigma contra la AN, tiene beneficios en ambas culturas. Este tipo de intervenciones implicarían garantizar la disminución del estigma en grupos grandes de poblaciones internacionales.</p>
<p>How might eating disorders stigmatization worsen eating disorders symptom severity? Evaluation of a stigma internalization model.</p>	<p>Griffiths, Scott; Mitchison, Deborah; Murray, Stuart B.; Mond, Jonathan M.; Bastian, Brock B</p>	<p>2018</p>	<p>El objetivo es explicar como el estigma influye a los pacientes con TCA. Se tratan dos aspectos: la alienación y el aislamiento social.</p>	<p>Descriptivo cualitativo.</p>	<p>260 personas con trastornos de conducta alimentaria.</p>	<p>A través de entrevistas cualitativas para cuantificar la variabilidad de los resultados antes y después.</p>	<p>Se demostró que cuanto más estigmatización hay mayor gravedad de los síntomas y peores pronósticos para las personas con TCA.</p>	<p>Se concluye que la estigmatización afecta de manera negativa en los trastornos de la conducta alimentaria y provoca empeoramiento de la enfermedad en muchos casos.</p>

Reducing anorexia nervosa stigma: an exploration of a social consensus intervention and the moderating effect of blameworthy attributions.	Casson e, Sarah; Rieger, Elizabeth h; Crisp, Dimity A.	2020	El objetivo fue investigar sobre la eficacia de la disminución del estigma hacia la AN tras realizar la intervención de consenso social.	Descriptivo cualitativo.	126 mujeres universitarias que estigmatizan la AN.	A través de cuestionarios para analizar los grados de estigmatización, charlas educativas y videos como acciones para disminuir el estigma.	Las intervenciones de consenso social fueron efectivas a la hora de disminuir el estigma, pero las atribuciones de culpa en concreto no se vieron disminuidas significativamente.	Los resultados indican que una intervención de consenso social es efectiva para reducir el estigma pero que tal vez se necesitarían otro tipo de intervenciones para reducir la idea de "culpabilizar" a los pacientes de su propia enfermedad.
A psychoeducation al mental health promotion intervention in a comprehensive school: Recognizing problems and reducing stigma.	Onnela, Anna; Hurtig, Tuula; Ebeling, Hanna	2021	El objetivo se enfoca en ver el efecto de una intervención educativa para la disminución del estigma hacia los TCA y el reconocimiento de estos.	Descriptivo cualitativo.	160 estudiantes de dos colegios de segundo de la ESO en Finlandia.	Se dieron Charlas educativas sobre los distintos temas que constituyen la salud mental. Para analizar los resultados se rellenaron cuestionarios.	Los estudiantes sometidos a las intervenciones educativas reconocieron de mejor manera los síntomas de trastornos mentales. Las intervenciones hicieron que los niños tuviesen mejor habilidad para reconocer conductas relacionadas con las enfermedades mentales. Tras las intervenciones los alumnos aprendieron que las condiciones mentales son patológicas. Finalmente, los alumnos opinaron que estas intervenciones fueron beneficiosas para aprender y entender sobre la salud mental.	Las intervenciones de promoción de la salud mental tienen el objetivo de aumentar la capacidad de las personas para comprender los problemas de salud mental y participar en el autocuidado de la salud mental. Como conclusión terminan diciendo que desarrollar intervenciones de promoción de la salud mental a los jóvenes conlleva a un aumento del conocimiento acerca de su existencia y su sintomatología, de esta forma se predice que un futuro estos intervenidos podrían tener un estilo de vida más saludable.

Enfermería	<p>Programa de prevención y detección de incidencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria</p>	<p>David Sancho Cantus, Salvador Aberola Juan.</p>	<p>2016</p> <p>El objetivo mostró la incidencia en adolescentes que pueden llegar a padecer un TCA, realizando un programa para incidir en su prevención.</p>	<p>Descriptivo cualitativo.</p>	<p>Alumnos de un colegio español entre los 12 y los 14 años.</p>	<p>Se desarrollaron estrategias para modificar comportamientos negativos, dando sesiones sobre la imagen corporal, la autoestima y la afectación negativa de la publicidad. Al final se evaluó individualmente a cada alumno por un profesional sanitario.</p>	<p>Los resultados obtenidos recalcan que existe gran influencia en el modelo estético corporal, la apariencia y la conducta alimentaria. Este se llama estigma.</p>	<p>Concluyen afirmando que es necesario introducir programas de prevención de TCA para fomentar la salud y el bienestar de los adolescentes y evitar así una mayor prevalencia de estos.</p>
	<p>Estigma en personas con enfermedad mental desde el punto de vista de estudiantes de Grado de Enfermería y Fisioterapia</p>	<p>Navea Martín, A., Visiers Jiméne z, L., Peña Otero, D., &amp; Recio Vivas, A. M.</p>	<p>2019.</p> <p>El objetivo es describir como perciben los estudiantes de Ciencias a las personas con patologías del ámbito de salud mental además identificar su afectación hacia estos.</p>	<p>Estudio de cohortes.</p>	<p>262 estudiantes de enfermería y fisioterapia.</p>	<p>Se usó el cuestionario de Atribución AQ-27 para evaluar: la responsabilidad, ira, piedad, miedo coacción y evitación acerca de los pacientes que padecen TCA.</p>	<p>Los valores mas bajos recabados en las encuestas de ira y responsabilidad. Los valores estándar fueron los de coacción y piedad. Dando así a entender la existencia del estigma en estudiantes de enfermería y fisioterapia.</p>	<p>Las conclusiones indican que los estudiantes de ciencias de la salud se ven afectados por la formación en salud mental en su: miedo y evitación hacia los pacientes que padecen de salud mental.</p>

Pubmed

Weight discrimination, anticipated weight stigma, and disordered eating	Hunger, 2020 Jeffery ; Dood, Dorian; Smith, April.	El objetivo es reafirmar los que algunos estudios indican: el estigma sobre el peso puede llevar a la discriminación y los resultados de salud relacionados con TCA.	Estudio descriptivo o cualitativo.	297 adultos de estados unidos.	Se dieron clases educativas y cuestionarios online para evaluar los cambios en los resultados.	Los resultados sugieren que el estigma anticipado es relevante a la hora de asociar la discriminación por peso y mayores TCA.	Concluyen que el tema del estudio merece mayor atención, la propuesta sería usando enfoques metodológicos y clínicos para una mayor información sobre el tema y que así se puedan desarrollar más intervenciones para prevenir los problemas que vienen con tal estigmatización.
Sequencing of symptom emergence in anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder and relations of prodromal symptoms to future onset of these disorders	Stice, 2021 Eric; Desjardins, Christopher Davis ; Rohde, Paul; Shaw, Heather	El objetivo: analizar cuando aparecen síntomas prodrómicos de la AN BN y TCANE y evaluar el riesgo que estos suponen para la aparición de estas enfermedades. También se evaluaron los factores de riesgo que	Estudio de cohortes.	1952 mujeres de estados unidos.	Se llevaron a cabo cuestionarios diagnósticos anuales a todas las mujeres además de intervenciones educativas que se analizaron con cuestionarios. El estudio duró tres años.	Los resultados afirman que es probable que aparezcan comportamientos compensatorios para el control del peso, además de síntomas cognitivos frente a tales actitudes, lo que conlleva a diagnosticar y tratar precozmente tales enfermedades si tienes conocimiento acerca de los síntomas prodrómicos.	Concluyen diciendo que es un estudio innovador para la literatura sobre este tema ya que da información acerca de técnicas para llevar a cabo intervenciones, para prevenir y no directamente intervenir en los TCA.

				desencadenan a los TCA.					
Psychinfo	Stigma resistance in eating disorders.	Griffiths 2015 Scott; Mond, Jonathan M; Murray, Stuart B; Touyz, Stephen.	Este estudio investigó la resistencia al estigma que presentan las personas diagnosticadas de TCA o que han pasado una patología de TCA.	Estudio de casos y controles .	325 personas diagnosticadas de TCA y 127 personas que sufrieron de TCAs en Alemania.	Se realizaron intervenciones psicológicas y educativas analizando los resultados a través de cuestionarios oficiales.	La resistencia al estigma fue notablemente mayor en aquellos pacientes que se han recuperado de la patología que de aquellos que todavía la padecen.	La resistencia al estigma es un concepto complejo y merece ser estudiado para conocer más acerca de su afectación de cara a los pacientes, para mejorar tanto su diagnóstico como su recuperación. En el estudio concluyen diciendo que se deberían realizar intervenciones que promuevan la prevención del estigma para mejorar el tratamiento de estos pacientes.	
	Educating medical students about anorexia nervosa: A potential method for reducing the volitional stigma associated with the disorder.	Bannatyne, Amy; Stapleton, Peta.	Este estudio tuvo como objetivo desarrollar, evaluar y comparar la efectividad de dos modelos educativos y uno de consenso social para disminuir el estigma.	Estudio de cohortes.	Participaron 45 estudiantes de medicina en una universidad de Australia.	Se dividieron los 45 participantes en tres grupos y se sometieron a 3 intervenciones diferentes. Se midieron los resultados dejando 8 semanas desde las intervenciones y realizando otra vez el mismo cuestionario que al principio.	Los resultados obtenidos indicaron que el estigma volitivo disminuyó de forma significativa en los grupos caso tras las intervenciones.	En conclusión, este estudio evidencia que las intervenciones pueden ayudar a reducir los niveles de estigma volitivo hacia las AN.	

<p>The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders.</p>	<p>Griffiths 2016, Scott;Mond, Jonathon M; Murray, Stuart B;Touyz, Stephen.</p>	<p>Objetivos: examinar la prevalencia y correlación del estigma social hacia las personas que padecen de TCA.</p>	<p>Diseño cualitativo.</p>	<p>317 participantes entre ellos personas con AN, BN y TCANE en Australia y EEUU.</p>	<p>Se realizó una encuesta online evaluando la frecuencia y exposición a actitudes y creencias estigmatizantes de los TCA.</p>	<p>Los resultados indicaron que la mayoría los intervenidos creían que su enfermedad era por su propia culpa. Los hombres además opinaban que eran menos varoniles por padecer esta condición. Los altos niveles de estigmatización se relacionaron a su vez con autoestimas más bajas y duraciones más longevas del trastorno.</p>	<p>Se concluyó que es importante realizar intervenciones para disminuir el estigma asociado pero que además estas deben ser adaptadas para cada grupo intervenido. Los hombres requieren de intervenciones dirigidas disminuir la idea de que el trastorno es solo femenino y los pacientes que padecen de BN necesitan intervenciones dirigidas al autocontrol.</p>
<p>Why do men stigmatize individuals with eating disorders more than women? Experimental evidence that sex differences in conformity to gender norms, not biological sex, drive eating disorders' stigmatization</p>	<p>Austen, Emma; Griffiths, Scott</p>	<p>El objetivo de este estudio es confirmar y explicar la hipótesis sobre que los hombres estigmatizan de mayor manera los TCA.</p>	<p>Diseño casos y controles</p>	<p>Hubo 545 participantes de EEUU.</p>	<p>A través de un role-playing se identificaron conductas estigmatizantes de los participantes.</p>	<p>Los resultados demostraron que los índices de predicción de estigmatización eran mayores en los hombres y que la realidad del estigma se centra más en las normas preconcebidas de la sociedad, en la idea de lo femenino y masculino.</p>	<p>Se concluye diciendo que en la hipótesis del principio es incorrecta y que intrínsecamente los hombres no estigmatizan de mayor manera los TCA en comparación con las mujeres. Son otros factores los que hacen sentir a los hombres más estigmatizados cuando padecen esas patologías.</p>

Stigmatization and knowledge of anorexia nervosa.	Varnado- Sullivan, Paula J; Parker, Christina C; Rohner, Ashley.	2018	El objetivo comprueba si realmente existe estigma hacia los TCA y si hay gravedad en presencia de él.	Estudio descriptivo cualitativo.	867 estudiantes universitarios divididos entre mujeres y hombres.	Utilizaron un sistema de viñetas en el que los participantes leían las condiciones de una situación mostrada y determinaban la patología de cada viñeta: el reconocimiento de la condición, la gravedad percibida y la necesidad de tratamiento.	Muchos de los participantes no identificaron AN en las viñetas. Sin embargo, si salió como resultado una estigmatización de AN como una patología muy motivada y disciplinada.	Concluyen incidiendo en la importancia de la reducción del estigma hacia la AN para mejorar la prevalencia de ésta.
The effectiveness of two potential mass media interventions on stigma: Video-recorded social contact and audio/visual simulations.	Brown, Seth,	2019	El propósito del estudio fue evaluar dos intervenciones desarrolladas en medios de comunicación para la reducción del estigma hacia los trastornos de salud mental.	Estudio de cohortes.	Participaron 244 mujeres y hombres.	Realizaron 2 tipos de intervenciones: una de contacto social grabado en video, una simulación audiovisual. Analizaron el efecto de ellas a través de unos cuestionarios: antes de las intervenciones y 1 semana después de ellas.	Se observaron cambios significativos en el estigma tras la intervención de la grabación de video, pero no tras la simulación audiovisual.	Se llegó a la conclusión de que las intervenciones audiovisuales no muestran gran cambio en el estigma sin embargo grabación de video sí.

With age comes responsibility: Changes in stigma for boys/men with bulimia nervosa.	Vaughn , Allison A; Lowe, Joshua D.	2020	El objetivo del estudio fue investigar el estigma a lo largo de una trayectoria de desarrollo entre los 12 a los 24 años, para averiguar cuando comienza el estigma y si viene "heredado" por los padres.	Estudio de cohortes.	360 estudiantes universitarios.	Se asignaron aleatoriamente viñetas con casos clínicos que describían a un niño/hombre con BN y luego se hacía completar un cuestionario tanto a los niños como a los padres.	Como se planteó desde la hipótesis los más jóvenes fueron menos estigmatizantes que los padres. Contrariamente los padres no mostraron mayor nivel de estigma tras los años.	La conclusión resalta que a medida que pasa el tiempo los niños convertidos en adolescentes tienen un mayor grado de estigma, pero siempre menor al de sus padres. Sin embargo, los participantes padres no incrementaron su estigmatización con los años. Esto abre una vía para futuras intervenciones generalizadas en la población, sin tener que clasificar a los intervenidos por edades.
College student attitudes and strategies for intervention with a hypothetical peer exhibiting disordered eating.	Sangior gio, Celeste ;Blackstone, Sarah R; Herrmann, Lynn K.	2021	Estudia, las actitudes y estrategias de los universitarios tras ser intervenidos frente al estigma presente de los TCA.	Estudio cualitativo.	384 estudiantes universitarios	Los participantes leyeron casos clínicos en viñetas de pacientes con TCA y después su objetivo era identificar sus patologías.	La identificación de los TCA fue de casi un 50%, muchos afirmaban que estaban incomodos hablando con sus compañeros sobre los TCA. Las estrategias que propusieron los mismos universitarios fueron relacionadas con conductas, en el cuerpo y en las emociones.	Las conclusiones refieren que los estudiantes universitarios, en concreto las mujeres y aquellos con relación cercana a los TCA son más fáciles de intervenir. Sin embargo, a la hora de proponer intervenciones estas tienden a ser vagas o centradas en el cuerpo físico.

Fuente: Elaboración propia

## 4. DISCUSIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria se están convirtiendo en uno de los grandes problemas de nuestra sociedad (Sancho, Alberola, 2016). Es difícil comparar estas patologías con otras tales como el cáncer, la hipertensión arterial (HTA) o la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), debido a que los TCA pertenecen al ámbito de la salud mental. Precisamente por esto, los TCA son considerados más “peligrosos” que las otras patologías mencionadas; uno no es consciente de su gravedad hasta que no arrasan con la salud de las personas que los padece (Bannatyne, & Stapleton, 2017).

En la actualidad, la conversación en torno a la salud mental arrastra consigo una connotación negativa, como si cualquier problema relacionado con la misma fuese incurable o incluso banal (Bannatyne, & Stapleton, 2017) y (Varnado-Sullivan, Parker & Rohner, 2020). Esta visión, estrechamente vinculada al desconocimiento y la opinión socialmente preconcebida sobre la cuestión, dificulta la labor de los profesionales sanitarios a la hora de diagnosticar cualquier patología relacionada con la salud mental (Bannatyne & Stapleton, 2015). Cuando nos ponemos a hablar sobre tratar tal enfermedad nos encontramos con las barreras sociales. Estas barreras sociales, las cuales conocemos como “estigmas”, nos impiden tanto el diagnóstico como el tratamiento de aquellas personas que padecen trastornos de conducta alimentaria (Onnela, Hurtig, Ebeling, 2021).

## 4.1 CONSECUENCIAS DEBIDO A LA ESTIGMATIZACIÓN

¿Cuál es la gravedad de estigmatizar una enfermedad mental?, eso podría preguntarse la mayoría de la población. Las enfermedades mentales son patologías con difícil tratamiento. Solucionar un problema digestivo con un tratamiento medicamentoso o una cirugía, no resulta equivalente a solucionar un problema que ocurre en tu cerebro y es meramente psicológico. Los TCA requieren de muchos tratamientos psicológicos y psiquiátricos, no solo para la “cura” sino para su diagnóstico. Cabe notar que las enfermedades mentales no siguen el patrón usual de causa-consecuencia; pueden surgir a raíz de un espectro infinito de motivos. Cada cerebro funciona de una manera completamente diferente y cada persona actúa acorde con sus recuerdos, enseñanzas y traumas (Sancho, Alberola, 2016).

Focalizando nuestra atención en los TCA, en la presente revisión hemos podido evidenciar que existe el estigma hacia los trastornos de la conducta alimentaria (Griffiths, Mond, Murray, Thornton, & Touyz, 2015). Podemos encontrar muchos tipos de estigmas que afectan a estos trastornos, los más destacados por los textos escogidos son: estigma por consenso social, estigma tradicional y estigma volitivo. Este último se divide en dos diferentes tipos como ha sido explicado en la introducción, positivo y negativo. Es un tipo de estigma único para los trastornos de la conducta alimentaria, es extraño, ya que fomenta tanto aspectos positivos como negativos hacia las personas con TCA, por lo tanto, es el más difícil de tratar. Es el más común percibido por pacientes con AN, sobre todo el estigma volitivo positivo. (Sebastian, Richards, & Bilgin, 2017), (Cassone, Rieger & Crisp, 2020) y (Bannatyne, & Stapleton, 2015).

Tras la lectura de los artículos podemos percibir que las personas con estos trastornos tienen sintomatologías comunes entre sí, como pueden ser el bajo nivel de autoestima o la depresión, aunque no todos los pacientes que padecen de algún TCA tienen los mismos comportamientos ni la misma sintomatología. Muchos de ellos, debido al estigma asociado a estos trastornos, se ven obligados a ocultarlo, llegando así a la no aceptación de su condición. Estas actitudes acaban derivando en diagnósticos y tratamientos más tardíos y peores recuperaciones (Sebastian, Richards, & Bilgin, 2017). Además, dentro de los TCA, cada enfermedad tiene su propio estigma asociado. Se dice que cuanto más visible es el trastorno más estigma percibe la persona. Por lo tanto, una patología como la AN será mucho más estigmatizada que la BN, menos perceptible en sus etapas iniciales. Cabe señalar, en relación con esta segunda patología, la pérdida del autocontrol como estigma principal. Esto ocurre tanto en mujeres como en hombres; de hecho, estos últimos se perciben a sí mismos menos varoniles y, por ende, menos aceptados por la sociedad. Es por lo tanto se convierte en un nivel mayor de estigma que influye a la hora del empeoramiento de su patología (Griffiths, Mond, Murray & Touyz, 2015) y Navea, Visiers, Jiménez, Peña Otero, Recio Vivas, 2019).

Según el estudio “How might eating disorders stigmatization worsen eating disorders symptom severity? Evaluation of a stigma internalization model” con el que estudian a través de 260 participantes si el estigma afecta directamente a las personas con tal patología, se puede afirmar

que sí. Este estigma hace que los individuos se aislen de la sociedad por miedo a lo que puedan decir de ellos, a su vez reciben comentarios de que sus conductas son “inútiles” y son “comportamientos infantiles” o “llamadas de atención” (Griffiths, Mitchison, Murray, Mond, & Bastian, 2018). Otros de los comentarios típicos percibidos por los pacientes con TCA son “only have themselves to blame” que significa que solo se les puede culpar a ellos mismos y “they should pull themselves together” que se refiere a que esas personas deben de centrarse y dejar de hacer “tonterías” (Griffiths, Mond, Murray & Touyz, 2015). Estos comentarios provocan el querer ocultar su patología para no ser juzgados y es por eso que es mucho más difícil reconocer su sintomatología hasta que la patología está muy avanzada (Griffiths, Mitchison, Murray, Mond, & Bastian, 2018). Este sentimiento es el de la culpabilización de la propia enfermedad como indica Cassone et al., (2020), sentirte culpable de tu propia enfermedad solo hace verte más vulnerable hacia ella. Estos pacientes incluso se encuentran con sentimientos de frustración e impotencia al no saber el por qué no pueden solucionar su patología por sí mismos, al tener tan interiorizado que es su propia culpa la que les hace partícipes de la enfermedad que padecen (Cassone, Rieger, & Crisp, 2020). Así indica también Griffiths et al., (2015) incluyendo que las personas con este tipo de diagnósticos internalizan hasta tal medida las actitudes, comentarios y pensamientos sobre los TCA que produce una reducción de autoestima lo que fomenta las actitudes de la patología en si empeorando su sintomatología (Griffiths, Mond, Murray, Thornton & Touyz, 2015).

La mayoría de las personas que padecen TCA en algún momento de su enfermedad se han visto afectados por este estigma lo que les ha complicado su recuperación. Según un estudio realizado a nivel mundial llamado “Stigma resistance in eating disorders” estudian la resistencia al estigma presente en personas que han pasado ya la enfermedad o están en fases avanzadas de recuperación. En las conclusiones de este estudio se ve reflejado que tales pacientes con síntomas menores, mayor autoestima y menores síntomas de depresión tienen una resistencia al estigma mayor frente a las personas que siguen padeciendo la enfermedad o que están sin tratamiento, incluso en fases iniciales del mismo. Por lo cual, se puede afirmar que parte del tratamiento para erradicar la enfermedad trata de eliminar el estigma asociado a los trastornos para la mejora de estos pacientes, haciendo así que uno de los grandes factores que hacen que la patología siga estando se vea eliminado o por lo menos disminuido (Griffiths, Mond, Murray, Thornton & Touyz, 2015)

Por todo lo mencionado, el problema principal que afecta a estos pacientes es el del estigma, el propagador de la enfermedad. Al ser esta una enfermedad alimentada de forma social, esta misma opinión del entorno, produce una despersonalización del individuo que conlleva a no ver aceptación desde ningún medio, incluso cuando estas enfermo. Para el individuo que lo padece significa tener los problemas que le causan la enfermedad, más sentirse culpable, vulnerable y débil por tenerla siendo éste el desencadenante de los síntomas previamente mencionados, la depresión y el agravamiento de la baja autoestima (Cassone, Rieger, & Crisp, 2020). Todo ello como mencionado en la mayoría de los estudios conlleva al diagnóstico tardío que como en

cualquier enfermedad causa un tratamiento más severo y ralentizado (Sebastian, Richards, & Bilgin, 2017). En otros muchos casos el problema del estigma es el contrario ya que al ver positivo el trastorno se fomenta de tal forma que la gravedad de la patología incrementa con rapidez (Varnado-Sullivan, Parker, & Rohner, 2020).

Por consiguiente, se puede reafirmar que el estigma forma una parte del problema en este tipo de trastornos de ahí su importancia (Bannatyne, & Stapleton, 2015). Como a su vez dicen en el estudio redactado por Griffiths et al., (2018) cuanto mayor sientan el estigma los pacientes más tarde recurrirán a una institución sanitaria y mayor riesgo correrán, mientras que si es al contrario el proceso de tratamiento se da mucho más rápido y suelen ser casos que se pueden zanjar desde la raíz con menos probabilidades de recaída en un futuro (Griffiths, Mitchison, Murray, Mond, & Bastian, 2018).

## 4.2 EFECTO DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS FRENTE AL ESTIGMA

Para reducir el estigma que hay asociado a estas patologías, se realizan varios tipos de intervenciones:

**Intervenciones de consenso social:** Estas intervenciones tratan de hacer comprender a la población como “rebaño” que los TCA son patologías como cualquier otra, con su diagnóstico, su sintomatología y su tratamiento. Se desarrolla a través de charlas para convencer al mayor número de gente posible, así el efecto “rebaño” hace su función (Cassone, Rieger & Crisp, 2020).

**Intervenciones de contacto:** Con estas intervenciones se intenta facilitar el contacto de personas que no tienen esta patología o no la conocen con gente que la padece, para así favorecer la empatía y la comprensión en aquellas personas que viven con desconocimiento sobre estas situaciones (Sebastian, Richards, & Bilgin, 2017). Dentro de esta intervención de contacto podemos diferenciar:

- Intervenciones de contacto directo: Suponen a un trato presencial con una persona con esta patología.
- Intervenciones de contacto no directo: Enfocadas en un trato través de una plataforma digital, un video o una videollamada.

**Intervenciones educativas:** Su objetivo es reducir el estigma proporcionando información basada en evidencia sobre cómo tratar a pacientes con estas enfermedades mostrar la sintomatología del trastorno para lograr una mayor identificación del problema y educar sobre su seriedad. Existen muchas variantes de su realización, pero las más usuales son charlas educativas, propuestas de casos clínicos a través de viñetas y análisis de los propios conocimientos que llevan a debates justificados con evidencias por el interlocutor de la intervención.

- Educación causal: Este tipo de intervención educativa va más enfocada a esclarecer el porqué de la enfermedad a través de explicaciones causales biológicas y socioculturales (Sebastian, Richards, & Bilgin, 2017).
- Psicoeducación: Educación con el objetivo de identificar la sintomatología y los problemas que pueden llegar a causar los TCA (Onnela, Hurtig, Ebeling, 2021).

Analizando las intervenciones previamente mencionadas podemos comenzar describiendo que en el estudio de Sebastian et al., (2017) se utilizó una intervención educativa que consiste en explicar qué son los TCA, sus causas biológicas y socioculturales. También se llevó a cabo una intervención de contacto en la que los intervenidos hablaban con personas que habían padecido de los TCA. En las conclusiones se menciona que para mitigar el estigma volitional la intervención de contacto fue más efectiva, aunque cabe anotar que la acción conjunta de ambas medidas dejó ver un efecto llamativo en la disminución de la estigmatización (Sebastian, Richards, & Bilgin, 2017). A su vez en el estudio de Yan et al., (2018) también hace uso de las intervenciones

educativas, viendo un efecto en la disminución del estigma. En este estudio también emplean la intervención de consenso social, los resultados afirman que esta intervención disminuye el estigma, pero que cuando las dos intervenciones se llevan a cabo, tanto la de educación y la de consenso social es cuando los efectos de las intervenciones perduran más en el tiempo (Yan, Rieger, & Shou, 2018).

En el estudio de Cassone et al., (2020) utilizan la intervención de consenso social para disminuir la estigmatización a través de 126 mujeres divididas en dos grupos, uno en el que realizan la intervención y otro que actúa como grupo control. La intervención consiste en una charla emitida por una persona que padeció de AN sobre de qué trata la enfermedad. Evaluando así a través de unos cuestionarios sobre las diferencias en la estigmatización de ambos grupos. Los resultados indican que esta intervención fue útil, ya que el grupo al que se le realizó la intervención mostró un gran cambio en relación con su estigma hacia los pacientes con AN (Cassone, Rieger & Crisp, 2020).

Otro aspecto por tratar es, según Cassone et al., (2020), que a pesar de que la intervención de consenso social traiga resultados positivos frente al estigma, puede que estos resultados sean insuficientes para reducir ciertas conductas de la población hacia el estigma, como el deseo de tener contacto social cercano con el individuo (Cassone, Rieger & Crisp, 2020).

Acorde con las intervenciones educativas llevadas a cabo se descubrió que cuantos más conocimientos tienes sobre la BN menor estigma tienes interiorizado y mejor actitud mantienes hacia tales pacientes, de ahí la importancia de las intervenciones educativas. Por esa razón se puede asegurar que mayor conocimiento sobre los TCA menor estigmatización hacia ellos (Vaughn, & Lowe, 2020).

En otro estudio, dirigido por Onnela et al., (2021) y llevado a cabo en dos colegios finlandeses, se experimentó sobre el grado de estigmatización antes y después de una intervención psicoeducativa. La intervención trató de enseñar a identificar las enfermedades mentales, así como disminuir las ideas de culpabilización y evitar pensamientos de timidez para evitar contar el trastorno a familiares, tal objetivo se trató de conseguir a través de unas viñetas. En las viñetas se cotaba la “historia” de un caso sobre un paciente, en ellas los participantes debían identificar el trastorno del personaje. Los resultados indicaron que hubo un efecto positivo significativo en cuanto al cambio del estigma, ambos grupos dejaron de estigmatizar estas enfermedades imaginándoselas como culpa del propio individuo o como signos de debilidad. Sin embargo, la intervención no hizo efecto con respecto a la percepción de la existencia del estigma. Esta intervención sirvió para que los alumnos de ambos colegios entendiesen la existencia de las patologías mentales y aprendiesen tanto a identificarlas como a des estigmatizarlas de culpa y debilidad (Onnela, Hurtig, Ebeling, 2021).

La intervención educativa también se llevo a cabo en una universidad de Australia en el estudio de Bannatyne et al., (2015). Este se centró en detectar el estigma en estudiantes de psicología, medicina y enfermería para luego llevar a cabo una intervención de educación causal en la que

se explicaron las causas biogenéticas de la enfermedad en profundidad a través de charlas por profesionales del tema. Se dividieron en dos grupos y los resultados afirmaron las hipótesis iniciales. Estas eran que los grupos que obtuvieron intervención educativa desestigmatizaron los TCA, comprendiendo que estas enfermedades son reales y no dependen del individuo ya que no son culpa del propio paciente. Al contrario que el otro grupo control que en las escalas de análisis de estigma seguían saliendo niveles altos de estigmatización con ideas sobre que las personas que padecen de TCA “no están realmente enfermos” (Bannatyne, & Stapleton, 2015).

A su misma vez en el estudio redactado por Varnado-Sullivan et al., (2020) también se realizó una intervención educativa a través de viñetas. El objetivo era que los participantes tal y como en el estudio por Onnela et al., (2021) averiguasen la patología de cada persona que apareciese en las viñetas, las cuales mostraban casos clínicos expresados a través de dibujos con frases cortas. Tras el análisis de las respuestas a dichos casos clínicos (las viñetas), se analizó la cantidad de gente que identificó a estos personajes con las patologías correspondientes. En el estudio participaron 867 estudiantes universitarios matriculados en el grado de psicología. Los resultados recalcaron que más del 50% tuvieron problemas averiguando las patologías de los personajes en las viñetas. Además, tras las viñetas se realizaron charlas educativas exploratorias sobre la enfermedad, lo que se conoce como educación causal. Al finalizar el estudio se demostró que al contrario que en el de Onnela et al., (2021) las viñetas no eran el método más adecuado para identificar el estigma, ya que la reducción del estigma no perduró en el tiempo; concretamente las 8 semanas post intervención. El estudio concluye indicando que las futuras intervenciones frente a la reducción del estigma no deben solo centrarse en esa reducción sino en la educación previa de identificación de comienzo con los TCA (Varnado-Sullivan, Parker, & Rohner, 2020).

En el estudio de Yan et al., (2018) se afirma que para disminuir el estigma las intervenciones no deberán centrarse en ofrecer contenido educacional o realizar intervenciones de consenso social, sino que la clave reside en quién da la información. Cuanta más relación tenga el interlocutor con el tema más será escuchado y más interiorizarán la información las personas a las que se le esté dando la intervención. A su vez, en el estudio de Cassone et al., (2020) se reafirma lo previamente mencionado, enfatizando la importancia de quién realiza la intervención ya que forma un componente afectivo conductual importante hacia los intervenidos. Ambos estudios se centran en que las intervenciones deben basarse en eliminar el estigma de cero para disminuir los sentimientos de culpabilización de los pacientes (Cassone, Rieger & Crisp, 2020) y (Yan, Rieger, & Shou, 2018).

Por otro lado, cabe destacar que a pesar de que la población en general disminuya su estigma hacia tales pacientes sigue siendo un problema que los culpabilicen a los pacientes por padecer algo que ellos no controlan, como señalan en (Cassone, Rieger, & Crisp, 2020) y en (Griffiths, Mitchison, Murray, Mond, & Bastian, 2018). A pesar de las intervenciones realizadas de consenso social, educativas causales con personas que han padecido la enfermedad tanto (Yan, Rieger, & Shou, 2018) como los estudios mencionados con anterioridad, concluyen que la disminución

---

de culpabilización a tales pacientes es inferior a lo esperado. Se piensa que si se continuasen haciendo intervenciones a tales participantes los niveles de culpabilización disminuirían en gran medida, ya que la culpabilización es una parte primordial de la estigmatización (Cassone, Rieger, & Crisp, 2020).

Se ha demostrado que las tres intervenciones estudiadas son efectivas a la hora de reducir el estigma. En cuanto a la intervención de consenso social es útil pero no hace efecto si se realiza de manera individual ya que no puedes convencer a un grupo de gente sobre algo sin demostrar por qué o mostrar el otro argumento, ahí es donde entraría la intervención educativa. Es decir, la intervención de consenso social no se debe utilizar individualmente porque los resultados obtenidos son mínimos por si sola (Bannatyne, & Stapleton, 2015). Asimismo, las intervenciones por contacto han demostrado gran número de efectividad ya que un componente muy importante para que haya efecto en los intervenidos es la empatía, el sentirse identificados y comprendidos. Es por ello por lo que llegamos a la conclusión de que el contacto directo se asocia con una mayor interiorización de la información transmitida por el interlocutor, exponiendo de este modo que la intervención de contacto no directo suele dar peores resultados en cuanto a la disminución de estigma (Sebastian, Richards & Bilgin, 2017).

Pero, así como las intervenciones de consenso social por sí solas no dan resultados importantes, queda demostrado que las intervenciones de contacto directo sí, aunque deben darse con otro tipo de intervención para que sus resultados perduren en el tiempo (Yan, Rieger & Shou, 2018)..

Del mismo modo ocurre con la tercera intervención la cual se puede dar de muchas formas, pero la "ideal" estudiada sería sumando una intervención de contacto directo además de una intervención por consenso social. En el caso de las intervenciones de educativas son las únicas que funcionan de forma individual, aunque sus resultados ascienden positivamente cuando hay participación del resto de intervenciones. Por esto se deduce que a pesar de haber muchas intervenciones no solo importa el tipo de intervención importa más la cantidad de intervenciones que se le realicen a la misma población (Bannatyne & Stapleton, 2015).

Desde las diferencias de género también observamos un problema en el estigma. En el estudio de Austen et al., (2019) se dice que la información recabada indica que los hombres estigmatizan de mayor manera los TCA que las mujeres. Tras realizar un estudio de contacto a través de viñetas a 270 alumnos de psicología, se recaba una información diferente. Los resultados refieren que no es que los hombres estigmaticen de mayor manera estos trastornos, sino que a los hombres se les estigmatiza de mayor manera. Es decir, hoy en día la sociedad sigue considerando a un hombre como fuerte y a una mujer como débil y por eso asocia un trastorno que se considera "ser débil" con las mujeres y en el momento que un hombre lo padece se ve mucho mas estigmatizado. Es más, esto afecta hasta tal punto que el sentimiento de culpa por tener la enfermedad se agrava al pensar que esa enfermedad no es "apta" para ellos, lo que les hace empeorar a gran escala su sintomatología. Según este estudio, más del 55% de los pacientes masculinos tienen peor pronóstico que las mujeres, por avergonzarse de tenerla

---

además de padecer todos los síntomas estigmatizantes que ya de por sí padecen el resto de las mujeres que tienen esos TCA. Por consiguiente, el problema no surge de que los hombres estigmaticen más los TCA, sino que la sociedad, debido al estigma asociado a estos trastornos, lo relacione únicamente con el género femenino (Austen & Griffiths, 2019).

Además de todas las intervenciones, podemos afirmar que los profesionales sanitarios también son una parte muy importante del tratamiento para estos pacientes. Estos son los más implicados a la hora de tratar a personas con grados severos de la enfermedad, y según el estudio redactado por Bannatyne et al., (2017), la gran mayoría de los sanitarios mantienen el mismo nivel de estigma que el resto de la sociedad. Esto implica un problema en la sanidad para los pacientes con TCA ya que no hay diferencia del “trato” que puedan obtener fuera o dentro de un hospital o de una atención sanitaria. Según el estudio mencionado previamente y “Educating medical students about anorexia nervosa: A potential method for reducing the volitional stigma associated with the disorder” son los estudiantes de medicina los que más estigma tienen hacia tales trastornos, lo que se traduce en frustración y enfado a la hora de tratarlos. También se demuestra en ambos estudios que los profesionales psiquiátricos y enfermeros experimentan mayor afecto negativo hacia tales pacientes, con sentimientos de hostilidad. Es por ello por lo que ambos estudios concluyen indicando que se necesitan más intervenciones para la población en general para disminuir el estigma existente, pero que en concreto se necesitan más intervenciones para los profesionales sanitarios ya que estos son los que deberían acudir en primer plano sin estigmas para poder dar el mejor tratamiento posible a los pacientes que padecen de TCAs. Son los propios pacientes los que perciben estos estigmas negativos incitan a otros a no acudir a centros sanitarios por estos mismos motivos (Bannatyne, & Stapleton, 2017) y (Bannatyne, & Stapleton, 2015).

No obstante, parece importante recalcar que las intervenciones no deben ser el único foco principal del estudio ya que para conseguir el objetivo se deben favorecer otros aspectos como el grupo al que se le realiza la intervención, el contenido que se va a transmitir y la persona o personas que lo vayan a llevar a cabo. De los tres aspectos mencionados el más importante en base a la evidencia es el último. El grupo de personas que transmita “el mensaje” debe ser alguien con conocimiento, sin estigma y preferiblemente alguien que haya padecido o haya estado en primera fila de actuación frente a los TCA (Cassone, Rieger & Crisp, 2020).

# 5. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

## 5.1 CONCLUSIONES

Respondiendo al objetivo general de la revisión se puede afirmar que existe un efecto de las intervenciones sanitarias hacia la población, este es la disminución del estigma existente hacia los pacientes que padecen de TCA.

Se identifican claras consecuencias negativas de cara a pacientes que padecen de TCA, que vienen desencadenadas por el estigma social existente, estas son: culpabilización por el trastorno, empeoramiento de autoestima, depresión, mayor vulnerabilidad de cara a otras patologías de salud mental y sentimiento de poca virilidad. A su vez estas provocan diagnósticos tardíos y tratamientos más agresivos.

Las intervenciones que facilitan la disminución del estigma son: intervenciones de consenso social, intervenciones por contacto directo y no directo y diversos tipos de intervenciones educativas. Obteniendo mejores resultados cuando se realizan de manera simultánea y por un experto en la materia.

## 5.2 REFLEXIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

Desde un punto de vista enfermero es fundamental destacar que al ser estos los profesionales en primera línea de actuación deberían también ser estos los primeros en estar informados. No solo conocer tales enfermedades y saber su desencadenante social y biológico sino también, tener los recursos apropiados para conocer los planes de actuación hacia la población, para la mitigación del estigma del que hemos hablado. Estas actuaciones funcionantes con resultados positivos deberían en primer lugar llevarse a cabo para los profesionales de la salud y en concreto las enfermeras. Este proceso solo acarrearía consecuencias positivas tanto hacia los pacientes tratados por sanitarios, como hacia los que no han sido diagnosticados, al ver una disminución del estigma y por ende un descenso de las consecuencias que este provoca.

A pesar de todo cabe decir que este proceso es complejo ya que expandir las intervenciones a nivel internacional debería ser estudiado por instituciones gubernamentales. Por ello cabe destacar la importancia de seguir estudiando tanto el estigma que afecta a los TCA como los síntomas que van apareciendo por este. Es importante recalcar que la incidencia de él ha aumentado mucho en estos últimos 20 años, por ello supone una patología en crecimiento sin plan de actuación. Solo a través del análisis de los trastornos y del comportamiento de quienes lo padecen se podrá comenzar con un plan de actuación individualizado a los TCA y los factores externos que los afectan. No solo se requiere de más estudio acerca del tema sino de un plan de formación sobre ellos hacia los sanitarios y la población en general.

De cara a más estudios acerca del tema es importante centrar la población de estudio ya que cuanto mayor sea, resultados más reales se obtendrán y una población mayor será intervenida. Consecuentemente también incidir en la importancia de que las intervenciones las realicen aquellos que hayan estado en contacto directo con la patología o en primera línea de actuación.

Por consiguiente, recalcar que la falta de prevención de tales enfermedades es real y es igual de importante llevar a cabo una prevención de los TCA como conocer el método de diagnóstico y tratamiento. Por ello, es necesario motivar el desarrollo de nuevos estudios sobre medidas de prevención de los TCA.

A lo largo de este trabajo ha quedado expuesta la gran cantidad de personas que, debido a la influencia social colectiva, padecen estos trastornos. Esta influencia no es llamativa por las propias personas que la ejercen. Es por ello que más investigación sobre los orígenes de tales trastornos supondrían un aumento del conocimiento de estos y por ende al ser estos orígenes sociales, se podría hacer una campaña para incidir en la población y sus conductas estigmatizantes.

Cerrando esta revisión puedo reafirmar que el objetivo de una enfermera es cuidar y promover la salud de los ciudadanos, por todo lo mencionado en el trabajo y siguiendo la regla número uno de la enfermería, debemos saber que la sociedad no es estática, cambia con los años en modas, enfermedades y cuidados.

Finalizando, que es de vital importancia que los profesionales de la salud, sobre todo los que estamos más en contacto con los pacientes, nos adaptemos a la época en la que estamos, nos informemos de las patologías cambiantes fomentando así cuidados novedosos hacia las nuevas enfermedades alarmantes en esta.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Austen, E., & Griffiths, S. (2019). Why do men stigmatize individuals with eating disorders more than women? Experimental evidence that sex differences in conformity to gender norms, not biological sex, drive eating disorders' stigmatization. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 27(3), 267–290. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/10640266.2018.1499337>.
- Baena, B. G., & Navarro, J. I. V. (2018). Percepción social y estigma de la enfermedad mental. Implicaciones en su atención. Biblioteca Lascasas. <http://ciberindex.com/plc/e12153>.
- Bannatyne, A. J., & Stapleton, P. B. (2017). Attitudes towards anorexia nervosa: volitional stigma differences in a sample of pre-clinical medicine and psychology students. *Journal of Mental Health*, 26(5), 442-448. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.3109/09638237.2016.1149801>.
- Bannatyne, A., & Stapleton, P. (2015). Educating medical students about anorexia nervosa: A potential method for reducing the volitional stigma associated with the disorder. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 23(2), 115–133. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/10640266.2014.976102>.
- Brelet, L., Flaudias, V., Désert, M., Guillaume, S., Llorca, P. M., & Boirie, Y. (2021). Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review. *Nutrients*, 13(8), 2834. <https://doi.org/10.3390/nu13082834> .
- Brown, S. (2020). The effectiveness of two potential mass media interventions on stigma: Video-recorded social contact and audio/visual simulations. *Community Mental Health Journal*, 56(3), 471–477. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s10597-019-00503-8>.
- Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-19 y 23-27.
- Cantus, D. S., & Juan, S. A. (2016). Programa de prevención y detección de incidencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdEC*, 9(2), 31-42. <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1533/RIdEC-v9-n2-dic2016-may2017%20-%20Originales%203.pdf> .
- Cassone, S., Rieger, E., & Crisp, D. A. (2020). Reducing anorexia nervosa stigma: an exploration of a social consensus intervention and the moderating effect of blameworthy attributions. *Journal of Mental Health*, 29(5), 506–512. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1080/09638237.2019.1581326>.

- Confederación Salud Mental España. (2015) ¿Qué es el trastorno mental?. Salud mental España y los problemas de salud mental. Disponible en: <https://consaludmental.org/informate/>.
- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1997). Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. Gedisa. <http://www.angelesblancos.org/assets/bulimia-y-anorexia.pdf>.
- Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc, 21. [http://repository.poltekkeskaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20\\_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf](http://repository.poltekkeskaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf).
- Espinoza, F. H. R., & Cervantes, R. E. (2021). Revisión Bibliográfica: La Metodología del Aprendizaje basado en la Investigación. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 5(1), 1079-1093. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i1.312](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.312)
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. American Journal of Clinical Nutrition, 109(5), 1402–1413. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1093/ajcn/nqy342>.
- Griffiths, S., Mitchison, D., Murray, S. B., Mond, J. M., & Bastian, B. B. (2018). How might eating disorders stigmatization worsen eating disorders symptom severity? Evaluation of a stigma internalization model. International Journal of Eating Disorders, 51(8), 1010–1014. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22932>.
- Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B., Thornton, C., & Touyz, S. (2015). Stigma resistance in eating disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 50(2), 279–287. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s00127-014-0923-z>.
- Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B., & Touyz, S. (2015). The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 48(6), 767–774. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22353>.
- Guirao-Goris, J. A., Olmedo Salas, Á., & Ferrer Ferrandis, E. (2008). El artículo de revisión. Revista iberoamericana de enfermería comunitaria, 1(1), 1-25. [https://www.uv.es/joguigo/castellano/castellano/Investigacion\\_files/el\\_articulo\\_de\\_revision.pdf](https://www.uv.es/joguigo/castellano/castellano/Investigacion_files/el_articulo_de_revision.pdf).
- Hernando, B. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Inf Ter Sist Nac Salud, 24, 44-50. <https://www.sanidad.gob.es/fr/biblioPublic/publicaciones/docs/anorexia.pdf>.
- Hunger, J. M., Dodd, D. R., & Smith, A. R. (2020). Weight discrimination, anticipated weight stigma, and disordered eating. Eating behaviors, 37, 101383. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1016/j.eatbeh.2020.101383>.

- Jahrami, H., Sater, M., Abdulla, A., Faris, M. E. A. I., & AlAnsari, A. (2019). Eating disorders risk among medical students: a global systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(3), 397-410. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-018-0516-z>.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
- Mond, J. M., Robertson-Smith, G., & Vetere, A. (2006). Stigma and eating disorders: is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community?. *Journal of Mental Health*, 15(5), 519-532.
- M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tivolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1177/0017896917724181>.
- Mora Mínguez, F. (2018). Factores psicosociales en la adolescencia y riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/50253/1/T40681.pdf>.
- Muñoz, A. A., & Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 49-59.: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>.
- Navea Martín, A., Visiers Jiménez, L., Peña Otero, D., & Recio Vivas, A. M. (2019). Estigma en personas con enfermedad mental desde el punto de vista de estudiantes de Grado de Enfermería y Fisioterapia. *Metas enferm*, 16-26.10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081496.
- O'Connor, C., McNamara, N., O'Hara, L., McNicholas, M., & McNicholas, F. (2021). How do people with eating disorders experience the stigma associated with their condition? A mixed-methods systematic review. *Journal of Mental Health*, 30(4), 454-469. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1685081>.
- Onnela, A., Hurtig, T., & Ebeling, H. (2021). A psychoeducational mental health promotion intervention in a comprehensive schools: Recognising problems and reducing stigma. *Health Education Journal*, 80(5), 554–566. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1177/0017896921994134>.
- Sangiorgio, C., Blackstone, S. R., & Herrmann, L. K. (2021). College student attitudes and strategies for intervention with a hypothetical peer exhibiting disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1486-1492. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.23532>.
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., ... & Zipfel, S. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 313-315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X).

- 
- Sebastian, J., Richards, D., & Bilgin, A. (2017). Education and contact strategies to reduce stigmatising attitudes towards anorexia nervosa among university students. *Health Education Journal*, 76(8), 906–922. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1177/0017896917724181>.
- Stice, E., Desjardins, C. D., Rohde, P., & Shaw, H. (2021). Sequencing of symptom emergence in anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and purging disorder and relations of prodromal symptoms to future onset of these disorders. *Journal of abnormal psychology*, 130(4), 377–387. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1037/abn0000666>.
- Varnado-Sullivan, P. J., Parker, C. C., & Rohner, A. (2020). Stigmatization and knowledge of anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 25(3), 601–608. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s40519-019-00655-2>.
- Vaughn, A. A., & Lowe, J. D. (2020). With age comes responsibility: Changes in stigma for boys/men with bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 25(6), 1525–1532. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1007/s40519-019-00786-6>.
- Ward, Z. J., Rodriguez, P., Wright, D. R., Austin, S. B., & Long, M. W. (2019). Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort. *JAMA network open*, 2(10), e1912925-e1912925.
- Yan, Y., Rieger, E., & Shou, Y. (2018). Reducing the stigma associated with anorexia nervosa: An evaluation of a social consensus intervention among Australian and Chinese young women. *International Journal of Eating Disorders*, 51(1), 62-70. <https://doi-org.ezproxy.universidadeuropea.es/10.1002/eat.22808>.

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1: Estudio cualitativo

Ejemplo del estudio redactado por: Sebastian, Joel; Richards, Deborah; Bilgin, Ayse.

Título: Education and contact strategies to reduce stigmatizing attitudes towards anorexia nervosa among university students.

#### 10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo

##### Comentarios generales

- Esta herramienta ha sido creada para aquellos que no estén familiarizados con la investigación cualitativa ni sus perspectivas teóricas. Presenta varias preguntas que tratan, en líneas generales, algunos de los principios o supuestos que caracterizan la investigación cualitativa. No es una guía *categorica* y se recomienda una lectura más exhaustiva.
- Se consideran tres aspectos generales para la valoración de la calidad de un estudio cualitativo:
  - Rigor: hace referencia a la congruencia de la metodología utilizada para responder la pregunta de investigación.
  - Credibilidad: hace referencia a la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes.
  - Relevancia: hace referencia a la utilidad de los hallazgos en la práctica (evidencia cualitativa).
- Las dos primeras preguntas se pueden responder rápidamente y son preguntas "de eliminación". Sólo si la respuesta es "sí" en ambas preguntas, merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- En *itálica* y debajo de las preguntas, encontrarás una serie de pistas para contestar las mismas. Estas indicaciones están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. Anota la justificación de tu respuesta en el espacio indicado. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B. Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9032-447-2)

## A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

### Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?</b></p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación?</li> <li>- ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación?</li> <li>- ¿Se justifica la relevancia de los mismos?</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><b>2 ¿Es congruente la metodología cualitativa?</b></p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio.</li> <li>- ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><b>3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?</b></p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.).</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

**Preguntas "de detalle"**

	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><b>4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes.</li> <li>- Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio.</li> <li>- El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio.</li> </ul>			
<p><b>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-El ámbito de estudio está justificado.</li> <li>-Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.).</li> <li>-Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación).</li> <li>- Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué?</li> <li>- Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.)</li> <li>- Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello.</li> </ul>			

<p><b>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</b></p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <p>-Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la formulación de la pregunta de investigación.</li> <li>- En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio.</li> </ul> <p>- Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.).</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO SÉ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> </div>
<p><b>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</b></p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <p>- Si el investigador ha detallado aspectos relacionadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El consentimiento informado.</li> <li>- La confidencialidad de los datos.</li> <li>- El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia).</li> </ul> <p>- Si se ha solicitado aprobación de un comité ético.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO SÉ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> </div>

## B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p><b>8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</b></p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso.</li> <li>- Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos.</li> <li>- Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.)</li> <li>- Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos).</li> <li>- Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis.</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO SÉ</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<p><b>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los resultados corresponden a la pregunta de investigación.</li> <li>- Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible.</li> <li>- Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas.</li> <li>- Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.)</li> <li>- Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio.</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO SÉ</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>

## C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica.</li> <li>- Se identifican líneas futuras de investigación.</li> <li>-El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.</li> </ul>			

## ANEXO 2: Ejemplo de estudio de Casos y controles. Cuantitativos

Estudio redactado por: Griffiths, Scott; Mond, Jonathan M; Murray, Stuart B; Touyz, Stephen.

Título: Stigma resistance in eating disorders

### A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

#### Preguntas de eliminación

<p><b>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</b></p> <p><i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población estudiada.</li> <li>- Los factores de riesgo estudiados.</li> <li>- Si el estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial.</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>2 ¿Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta?</b></p> <p><i>PISTA: Considerar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Es el estudio de Casos y Controles una forma adecuada para contestar la pregunta en estas circunstancias? (¿Es el resultado a estudio raro o perjudicial?).</li> <li>- ¿El estudio está dirigido a contestar la pregunta?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

**Preguntas de detalle**

**3 ¿Los casos se reclutaron/incluyeron de una forma aceptable?**

*PISTA: Se trata de buscar sesgo de selección que pueda comprometer la validez de los hallazgos*

- ¿Los casos se han definido de forma precisa?
- ¿Los casos son representativos de una población definida (geográfica y/o temporalmente)?
- ¿Se estableció un sistema fiable para la selección de todos los casos?
- ¿Son incidencia o prevalencia?
- ¿Hay algo "especial" que afecta a los casos?
- ¿El marco temporal del estudio es relevante en relación a la enfermedad/exposición?
- ¿Se seleccionó un número suficiente de casos?
- ¿Tiene potencia estadística?

SÍ

NO SÉ

NO

**4 ¿Los controles se seleccionaron de una manera aceptable?**

*PISTA: Se trata de buscar sesgo de selección que pueda comprometer la generalizabilidad de los hallazgos.*

- ¿Los controles son representativos de una población definida (geográfica y/o temporalmente)?
- ¿Hay algo "especial" que afecta a los controles?
- ¿Hay muchos no respondedores? ¿Podrían ser los no respondedores de alguna manera diferentes al resto?
- ¿Han sido seleccionados de forma aleatorizada, basados en una población?
- ¿Se seleccionó un número suficiente de controles?

SÍ

NO SÉ

NO

<p><b>5 ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</b></p> <p><i>PISTA: Estamos buscando sesgos de medida, retirada o de clasificación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se definió la exposición claramente y se midió ésta de forma precisa?</li> <li>- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?</li> <li>- ¿Las variables reflejan de forma adecuada aquello que se suponen que tiene que medir? (han sido validadas).</li> <li>- ¿Los métodos de medida fueron similares tanto en los casos como en los controles?</li> <li>- ¿Cuando fue posible, se utilizó en el estudio cegamiento?</li> <li>- ¿La relación temporal es correcta (la exposición de interés precede al resultado/variable de medida)?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>6</b></p> <p><b>A. ¿Qué factores de confusión han tenido en cuenta los autores?</b></p> <p><i>Haz una lista de los factores que piensas que son importantes y que los autores han omitido (genéticos, ambientales, socioeconómicos).</i></p> <p><b>B. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial de los factores de confusión en el diseño y/o análisis?</b></p> <p><i>PISTA: Busca restricciones en el diseño y técnica, por ejemplo, análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad para corregir, controlar o ajustar los factores de confusión.</i></p>	<p><b>Lista:</b></p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

<p><b>9 ¿Te crees los resultados?</b></p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</li> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> <li>- Considera los criterios de Bradford Hills (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
--	--

**C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?**

<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?</b></p> <p>PISTA: <i>Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
---	--

<p><b>11 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p> <p>PISTA:</p> <p><i>Considera toda la evidencia disponible: Ensayos Clínicos aleatorizados, Revisiones Sistemáticas, Estudios de Cohorte y Estudios de Casos y Controles, así como su consistencia.</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
---	--

## ANEXO 3: Ejemplo de estudio de cohortes. Cuantitativo.

Estudio redactado por: Brown, Seth.

Título: The effectiveness of two potential mass media interventions on stigma: Video-recorded social contact and audio/visual simulations.

### 11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes

#### ***Comentarios generales***

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace lectura crítica de un estudio de Cohortes:

*¿Son válidos los resultados del estudio?*

*¿Cuáles son los resultados?*

*¿Pueden aplicarse a tu medio?*

Las 11 preguntas contenidas en las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos temas.

- Las dos primeras preguntas son “de eliminación” y pueden contestarse rápidamente. Sólo si la respuesta a estas dos preguntas es afirmativa, merece la pena continuar con las restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

**Preguntas de eliminación**

**1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de*

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

**2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.*

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

**Preguntas de detalle**

<p><b>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</b></p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?</li> <li>- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?</li> <li>- ¿Se ha establecido un sistema fiable</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
---	--

<p><b>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</li> <li>- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</li> <li>- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</li> </ul>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
---	--

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los resultados netos?</li> <li>- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</li> <li>- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</li> </ul>	
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</b></p>	

## C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p><b>8</b> ¿Te parecen creíbles los resultados?</p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>9</b> ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10</b> ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las pacientes cubiertas por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de las de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input checked="" type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11</b> ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</p>	