



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto educativo. Afrontamiento de la
Anorexia Nerviosa en familias con hijos
adolescentes.***

Alumno: Patricia Suárez García

Director: Raquel Rebollo Berlana

Madrid, mayo de 2021

Tabla de contenido

1. Resumen	1
2. Presentación	3
3. Estado de la cuestión.....	4
3.1 Trastornos de la conducta alimentaria.	4
3.1.1 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria	5
3.2 Anorexia Nerviosa	7
3.2.1 Tipos de anorexia nerviosa	7
3.2.2 Criterios diagnósticos.....	8
3.2.3 Epidemiología	9
3.2.4 Etiopatogenia.....	10
3.2.5 Abordajes terapéuticos	13
3.2.6 La familia y la anorexia nerviosa	15
3.3 Justificación.....	18
4. Metodología	19
4.1 Población y capacitación	19
4.1.1 Población diana	19
4.1.2 Captación.....	19
4.2 Objetivos	20
4.2.1 Objetivos generales	20
4.2.2 Objetivos específicos	20
4.3 Contenidos.....	21
4.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	21
4.4.1 Planificación general	21
4.4.2 Cronograma general	22
4.4.3 Número de participantes	24
4.4.4 Docentes.....	24
4.4.5 Sesiones.....	24
4.4.6 Lugar de celebración	29
4.5 Evaluación.....	29
4.5.1 Evaluación de la estructura y del proceso educativo	29
4.5.2 Evaluación de resultados educativos.	30
5. Bibliografía.....	32
6. Anexos.....	36

ANEXO 1. Tríptico informativo	36
ANEXO 2. Formulario de inscripción	37
ANEXO 3. Cuestionario de evaluación de cada sesión	38
ANEXO 4. Cuestionario PRE-POST de las sesiones	39
ANEXO 5. Hojas de respuestas test PRE-POST	41
ANEXO 6. Cuestionario final de satisfacción	42
ANEXO 7. Cuestionario a medio/largo plazo	44

1. Resumen

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías que se encuentran en aumento en la última década especialmente en la población adolescente, debido al incremento de las redes sociales y de la publicidad en los medios de comunicación, en concreto la anorexia nerviosa (AN), fundamentándose en la pérdida de peso de manera extrema acompañada de conductas que suponen riesgo para la salud.

La etiología de este trastorno es multifactorial, incluyéndose en esos factores a las familias, quienes sufren las consecuencias de esta patología como es ansiedad y estrés, desarrollando dificultades para afrontarla. **Objetivo general:** Ayudar a dichas familias a afrontar y adaptarse a las diferentes etapas de la enfermedad, adquiriendo conocimientos sobre ella y habilidades de afrontamiento para mejorar la estabilidad familiar. **Metodología:** Todo ello se llevará a cabo mediante la realización de un proyecto educativo dirigido a los padres o cuidadores del adolescente diagnosticado de anorexia nerviosa. Se realizarán diferentes sesiones en el Hospital Niño Jesús. **Implicaciones para la práctica enfermera:** reforzar el papel de la enfermería ofreciendo en la formación y acompañamiento a las familias, reduciendo los sentimientos negativos.

Palabras clave: trastornos de la alimentación, nutrición, anorexia, familia, adolescente.

Abstract

Introduction: Eating disorders are pathologies that are on the rise in the last decade especially in the adolescent population, due to the increase of social networks and advertising in the media, specifically anorexia nervosa (AN), based on extreme weight loss accompanied by behaviors that pose health risks.

The etiology of this disorder is multifactorial, including in these factors the families, who suffer the consequences of this pathology such as anxiety and stress, developing difficulties to cope with it. **General objective:** Help these families to face and adapt to the different stages of the disease, acquiring knowledge about it and coping skills to improve family stability.

Methodology: This will be carried out through an educational project aimed at parents or caregivers of adolescents diagnosed with anorexia nervosa. Different sessions will be held at Niño Jesús Hospital. **Implications for nursing practice:** Reinforcing the role of nursing by offering training and accompaniment to families, reducing negative feelings.

Key words: eating disorders, nutrition, impact, anorexia, family, adolescent.

2. Presentación

La alimentación es una de las necesidades básicas de la condición humana. Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías que se suelen ocultar y de los que no se habla de forma abierta, por lo que es interesante tener la oportunidad de indagar en el tema y poder conocer los síntomas, cuidados y como tratar a este tipo de pacientes, en concreto a los adolescentes, ya que son testigos y víctimas de los cambios en los patrones de belleza, admirando el tener esos cuerpos con los que se les referencia. Son los adolescentes quienes por su vulnerabilidad emocional tienen mayor predisposición a ser influenciados por la sociedad, en redes sociales, programas televisivos, etc. Estos cambios en la sociedad se traducen una insatisfacción permanente con su imagen corporal.

La educación que recibimos a través de la sociedad tiende a modelar nuestro cuerpo y mente intentando ajustarlo a las exigencias del entorno en el que vivimos.

En los últimos años estos trastornos han tenido una tendencia creciente de forma alarmante, por lo que considero importante desarrollar los diferentes trastornos y centrarme en la anorexia nerviosa ayudando a familias a sobrellevar el proceso de salud-enfermedad, ya que las familias afectadas requieren de un apoyo emocional para poder gestionar los diferentes procesos de la enfermedad.

Este aumento tan llamativo crea gran preocupación en los profesionales sanitarios y en la sociedad, y por tanto en las familias que padecen las consecuencias de la patología. Este grave problema de salud se justifica en un amplio despliegue de recursos y esfuerzos para desarrollar procedimientos terapéuticos y potenciar la prevención y promoción de la salud.

Las familias que padecen en su entorno patologías de estas características no tienen habilidades para afrontar el gran estigma social que se crea alrededor de estas enfermedades, por lo que parece útil centrar mi trabajo en crear un proyecto educativo hacia esas familias e intentar que el trance de la enfermedad sea más llevadero y se sientan integrados en el proceso de la enfermedad y la curación, conociendo los síntomas y las fases del trastorno por las que sus hijos pasan y conociendo los riesgos a los que se enfrentan.

3. Estado de la cuestión.

Para la elaboración del Trabajo de Fin de Grado he recurrido a diferentes bases de datos para obtener documentación bibliográfica, como son Pubmed, Dialinet, Ebsco, Elveiser, Scielo y Google Académico. Otras de las páginas web que he consultado son fuentes informáticas como la OMS, INE, Asociación Española de Pediatría, etc.

Al menos un 55% de los artículos tienen menos de cinco años de antigüedad, incluyéndose algún artículo que no cumple este requisito, pero es de importante relevancia. Se aplica el filtro de idioma (español/ingles). Se han empleado el booleano de “AND” en la búsqueda de información. (Tabla 1)

Términos DeCs	Anorexia/Anorexia Nerviosa	Bulimia/ Bulimia Nerviosa	Adolescencia Nutricional	Relaciones familiares	Fenómeno psicológico en la adolescencia	Psiquiatría del adolescente
Términos MesH	Anorexia/ Anorexia Nervous	Feeding Behaviour	Adolescent Nutricional	Family Relations	Adolescent Physiological Phenomena	Adolescent Psychiatry

Tabla 1. Listado de términos utilizados en la búsqueda. Elaboración propia a partir de (1)

Los temas a tratar en el estado de la cuestión son información relativa a las diferentes definiciones sobre los trastornos de la conducta alimentaria, centrándonos después en la anorexia nerviosa en la adolescencia, de esta se estudian los diferentes criterios diagnósticos de la patología, indecencia, hallazgos físicos acompañado del cuadro clínico y la etiología. El grosor del trabajo se centra en cómo afecta dicha patología a las familias y como los profesionales sanitarios deben guiar a estas familias en el proceso de salud-enfermedad.

3. 1 Trastornos de la conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psicológicas graves con causalidad múltiple.(2) Estas patologías se acompañan de una calidad de vida baja y mortalidad a edades tempranas. Los pacientes con estas patologías comparten síntomas como la distorsión de la imagen corporal, preocupación por la comida y padecen la fijación de intentar controlarse para reducir el peso, derivando en deterioro en el ámbito psicosocial.

Estos trastornos tienen un complejo tratamiento y conllevan una predisposición a la desnutrición y la obesidad. (3)

Al ser patologías de larga duración, pueden conllevar consecuencias psiquiátricas que conducen en casos extremos a la muerte debido a complicaciones físicas. (3)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los TCA son las enfermedades mentales con más riesgo para la salud en niños y adolescentes. (4)

3.1.1 Tipos de trastornos de la conducta alimentaria

Según la Asociación Americana de Psiquiatría en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DMS V) los TCA se dividen en tres categorías: Bulimia Nerviosa (BN), TCA no especificados y Anorexia Nerviosa (AN). (5)

- Bulimia Nerviosa (BN):

Es un trastorno caracterizado por realizar atracones y comportamientos compensatorios para evitar la subida de peso. Los atracones consisten en ingerir alimentos de manera excesiva, superando las necesidades de la persona en un periodo de tiempo muy corto, para solventar estos atracones recurren a actitudes compensatorias, como son, el vómito autoprovocado, uso de laxantes, diuréticos y ejercicio físico extremo. (6,7)

En la BN se encuentran rasgos impulsivos y de inestabilidad emocional con constantes cambios en el estado de ánimo.

Los criterios diagnósticos de la BN según el DSM V son los siguientes (**Tabla 2**).

CRITERIO A: Presencia de atracones recurrentes. Siendo atracón: ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.
CRITERIO B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
CRITERIO C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
CRITERIO D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y silueta corporales.
CRITERIO E. La alteración no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Tabla 2. Criterios Diagnósticos de BN. Elaboración propia a partir de (5)

- **Trastorno No Específico (TCANE)**

Estos trastornos se consideran no específicos ya que son cuadros incompletos de los trastornos de BN y AN. Los síntomas son similares a los de estos trastornos, pero sin llegar a completar todos los criterios diagnósticos de alguna de estas patologías, no por ello se consideran menos graves. (8)

La incidencia de los TCANE es difícil de conocer, pero fuentes lo sitúan entre el 3-5 % de la población.(9)

Los TCANE más comunes son:

Vigorexia, trastorno que se conoce como obsesión por tener el cuerpo musculoso que afecta mayoritariamente a los hombres. Se manifiesta con la práctica obsesiva de ejercicio que tengan como meta el crecimiento de la masa muscular. La alimentación de los afectados se basa en suprimir las grasas de la alimentación y aumentar el consumo de proteínas e hidratos de carbono en exceso, teniendo consecuencias negativas en el organismo. (10)

Ortorexia, esta patología si se relaciona con los trastornos del comportamiento alimentario, se diferencia de la anorexia y bulimia en que en la ortorexia el trastorno se encuentra en cuanto a la calidad de los alimentos. (11) Es decir, es la obsesión patológica por consumir comida biológicamente pura, son pacientes con preocupación excesiva por la comida sana, llegando a tener un

comportamiento obsesivo-compulsivo. Algunos de los criterios diagnósticos de la ortorexia son: el pasar más de 3 horas diarias pensando en la dieta sana, padecer una obsesión desordenada por el consumo de alimentos sanos, excluyen de la alimentación las carnes y alimentos tratados, etc. (12)

- **Anorexia Nerviosa (AN):**

A modo de introducción, la AN es un trastorno caracterizado por la obsesión de adelgazar, restringiendo la ingesta de comida. Este tipo de trastorno se acompaña de una distorsión de la imagen corporal.

Esta patología se seguirá desarrollando a lo largo del trabajo de fin de grado.

3. 2 Anorexia Nerviosa

Se entiende por anorexia a la pérdida anormal del apetito acompañada de una distorsión de la imagen corporal. Es un trastorno de la conducta de la alimentación que lleva al paciente a rechazar ingerir comida por el miedo a engordar, realizando dietas severas, restricción drástica a comer en público, disminuyendo el consumo de hidratos de carbono y grasas, en algunos casos estas conductas se acompañan con la práctica de ejercicio cada vez más exigente. (13)

La anorexia nerviosa comienza en la mayoría de los casos en la niñez y adolescencia, pudiendo definirse entonces como, enfermedad multifactorial que es fruto de una interacción entre los factores psicológicos y familiares. (14)

En cuanto a la incidencia y prevalencia de este tipo de trastorno, los estudios concluyentes en España son escasos, ya que es muy difícil acceder a los datos concretos sobre cuantas personas luchan contra los TCA, pero si consta que hay un incremento de las consultas médicas por la AN. En España, por la dificultad de acceso a datos concluyentes los rangos de prevalencia de la AN oscilan entre el 12.8% y el 49%.(9,15)

3.2.1 Tipos de anorexia nerviosa

- **Restrictivo** que se caracteriza porque durante los últimos tres meses no se han tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (vómitos, uso de laxantes, diuréticos). La pérdida de peso se debe a la dieta, ayuno y/o ejercicio físico intenso. (16)

- **Purgativa** durante los últimos tres meses se han tenido episodios en los que se recurre a atracones o purgas. (16)

3.2.2 Criterios diagnósticos

El diagnóstico de la AN se puede establecer en base a dos fuentes de información: DSM V y CIE -10. Algunos de dichos criterios, han variado con el tiempo, siendo la menstruación en el pasado, uno de los criterios para tener en cuenta para el diagnóstico. (17,18)

A continuación, se adjunta una tabla, comparando las diferentes fuentes de información de diagnóstico (**Tabla 3**).

	CIE 10	DSM V
CRITERIO A	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida significativa de peso* (IMC <17.5) <p>*En la adolescencia pueden no experimentar la ganancia de peso propia del crecimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades • Peso corporal significativamente bajo* con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. <p>* Peso que es inferior al mínimo normal o en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado</p>
CRITERIO B	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación del consumo de “alimentos que engordan” • Uno o más síntomas de los siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo intenso a ganar peso o a engordar, comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
CRITERIO C	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsión de la imagen corporal. <p>El enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsión de la imagen corporal. • Falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.
CRITERIO D	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-gonadal: se manifiesta con amenorrea en la mujer y desinterés sexual en varones. • También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y del cortisol, alteraciones en la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina. 	

Tabla 3: Comparación de criterios diagnósticos del CIE 10- DMS V para anorexia nerviosa. Elaboración propia a partir de (16)

3.2.3 Epidemiología

En los últimos años se ha ido produciendo un aumento de la incidencia de AN en la población prepuberal y adolescente, alcanzando el 2-3%. La incidencia máxima se da entre los 15-25 años.(9)

Haciendo referencia a la anorexia, es la primera causa psiquiátrica y/o endocrina, muerte no traumática, que afecta a este grupo de edad. (4)

La AN no se caracteriza por tener un inicio brusco, sino que su sintomatología se va desarrollando entre los 14 y 18 años sobre todo en personas introvertidas, mujeres en su mayoría, y perfeccionista. (14)

Este trastorno es más prevalente en mujeres que en hombres con un promedio de 10:1 afectando a todas las clases sociales por igual. (19,20). En varones se acepta una proporción de entre el 10-20% llegando al 20% entre los 14-15 años y variando el cuadro clínico. (21)

AN en varones

Dentro de los varones, la anorexia nerviosa suele afectar en su mayoría a deportistas, quienes están expuestos a las exigencias familiares en cuanto al rendimiento deportivo esperado. Dichas expectativas pueden llegar a convertirse en objetivo difíciles o imposibles de alcanzar, lo que conlleva en muchos casos: frustración, intolerancia al fracaso que se relaciona con la realización obsesiva de ejercicio y la disminución de la ingesta. (22) El canon de belleza masculino es diferente al concebido por las niñas y mujeres, ya que no solo se reduce a la delgadez si no que va acompañado de la necesidad de tener un cuerpo tonificado y musculado. Al reducir la ingesta de comida no se desarrollan músculos por lo que la frustración sigue aumentando y el ejercicio se vuelve aún más excesivo siendo contraproducente con los resultados que se quieren obtener. (23)

Los pacientes varones con AN se diagnostican de forma más tardía ya que los estos son más exigentes a la hora de intentar mejorar su estado físico a través del deporte, mientras que en mujeres se basan en cumplir dietas más restrictivas. (24)

3.2.4 Etiopatogenia

Se conocen factores que asociados explican mejor este trastorno, se diferencian en factores predisponentes (socioculturales, familiares, biológicos y psicológicos); factores precipitantes y factores de mantenimiento (14) (**Tabla 5**):

A. Factores predisponentes

Son los que confieren la susceptibilidad de padecer los trastornos de la conducta alimentaria, en este caso, de la AN. (25) Dentro de ellos se encuentran:

- Factores socioculturales:

Como se comentaba en puntos anteriores, los TCA son trastornos asociados a la sociedad y a la cultura, la delgadez es percibida como una imagen aconsejable, que implica salud y atractivo, relacionándose por lo general con la delgadez a la modernidad, salud y bienestar, mientras que, en varones, como se referencia con anterioridad, el atractivo se centra en la tonificación de la musculatura. (22)

Tienen gran influencia en este sentido los medios de comunicación y redes sociales que tienen una gran repercusión en los adolescentes y que fomentan estereotipos en cuanto a los roles de género, como son las mujeres esbeltas y delgadas asociando la idea de la delgadez a la felicidad y al éxito. Esto hace que los jóvenes y adolescentes imiten estos comportamientos llegando a extremos que peligran su salud. (26)

Los datos aportan que la AN, suele estar más presente en países de occidente que en países en desarrollo. Aunque en la actualidad, esta patología ha pasado a convertirse en un fenómeno mundial. (14,27)

Además, la adolescencia es una época de cambios que se acompañan de variaciones físicas y emocionales, se adquieren nuevas capacidades, es un periodo de vulnerabilidad frente a las conductas de riesgo, entre ellas la AN. **(Tabla 4)**. En esta época todo aquello conocido, se comienza a cuestionar, comienza a aflorar una época de sensibilidad con la ropa que hay que llevar, figura corporal deseada, vulnerabilidad a comentarios de sus compañeros, todo esto puede alterar la autoimagen del adolescente, comenzar con sentimientos de baja autoestima, cambios en la calidad de vida, etc.

Adolescencia precoz 10 - 14 años	Caracterizada por la aparición de los caracteres reproductivos y las preocupaciones por la necesidad de relación social, imagen corporal, etc
Adolescencia segunda o media: 14 – 17 años	Se analizan las emociones, se resume en una etapa de confusión, buscando su propia identidad y la autonomía emocional respecto a los padres
Adolescencia tardía o juventud: 17-21 años	Buscan un referente en quien apoyar su conducta moral, buscan un aumento en la independencia y tomar decisiones

Tabla 4. Periodos de la adolescencia y características. Elaboración propia a partir de (14)

- Factores familiares:

Se ha visto que la sobreprotección, sobreexigencia y los propios hábitos alimentarios de la familia, pueden influir en los hijos, aumentando en ellos la posibilidad de padecer un TCA. (28)

- Factores biológicos:

Se describen alteraciones hipotalámicas que se relacionan con la predisposición a sufrir AN, como son alteraciones en los neurotransmisores de serotonina que interviene en la regulación del hambre y la saciedad, la disminución de noradrenalina y dopamina acompañado de una disminución del metabolismo basal y la leptina, también se encuentra involucrada en la regulación del apetito y el mantenimiento del peso. (28)

- Factores psicológicos:

En adolescentes se ha visto que las demandas sociales, sexuales, ganas de ser independientes pueden convertirse en factores que propicien el desarrollo de la enfermedad. Así como los problemas con la autonomía, la tendencia al perfeccionismo, el pensamiento selectivo y la poca flexibilidad en el carácter. (29,30)

B. Factores precipitantes

Son los que se pueden identificar al inicio de la AN, son factores que en pacientes susceptibles pueden causar el inicio de la patológica como son la pérdida de un ser querido o relaciones conflictivas. Si la patología se produce sin algún factor precipitante indica que la psicopatología que se presenta es más grave. (25)

La insatisfacción corporal es uno de los factores precipitantes de los TCA que conduce a los adolescentes a las diferentes búsquedas de información sobre dietas, modelos de alimentación saludable, tablas de ejercicio, etc en internet. Se encuentran páginas webs potencialmente perjudiciales para la salud en cuanto a la relación con la pérdida de peso e incitando a los TCA, como son pro-Ana y pro-Mia, hacen referencia a la proanorexia y probulimia. (31)

C. Factores mantenimiento

Los factores de mantenimiento son aquellos factores que contribuyen a mantener la enfermedad como son la propia malnutrición, los cambios en los neurotransmisores que controlan la ingesta, el retraso del vaciamiento gástrico, aislamiento social, cambios en la actividad física. Este tipo de pacientes generan una gran resistencia al tratamiento. (14)

FACTORES PREDISONENTES	FACTORES PRECIPITANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Factores genéticos. - Edad. - Sexo femenino. - Trastorno afectivo. - Introversión. - Obesidad. - Nivel social. - Familiares con trastorno afectivo/adicciones/trastornos de la ingesta. - Obesidad materna. - Valores estéticos dominantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios corporales. - Separaciones y pérdidas. - Contactos sexuales. - Incremento/descenso de peso. - Críticas respecto al cuerpo. - Enfermedad adelgazante. - Traumatismo desfigurador. - Incremento actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencia de la inanición. - Interacción familiar. - Aislamiento social. - Cogniciones anoréxicas. - Actividad Física excesiva e iatrogénica.

Tabla 5. Ejemplos de Factores Predisponentes, Precipitantes y de Mantenimiento en AN. Elaboración propia a partir de (14)

3.2.5 Abordajes terapéuticos

Los TCA tienen tratamiento complejo, ya que la persona no percibe la delgadez como patológica, si no como algo normal y como síntoma de buena salud. En los casos de la AN, son los padres quienes suelen solicitar la ayuda, por lo que la colaboración de las familias en la recuperación de los pacientes es imprescindible, como se hablará en el siguiente apartado hablando sobre la terapia sistémica familiar. (32)

El resto de los tratamientos son los siguientes:

Terapia nutricional: la clave de la recuperación es la normalización de la alimentación, volviendo a restablecer las disfunciones orgánicas y anímicas. Se basa en diseñar un plan de alimentación. El objetivo es alcanzar o mantener un peso adecuado para la edad y características constitucionales. (33)

Farmacoterapia: no existe evidencia de que la prescripción farmacológica cure por si misma o ayude a la recuperación nutricional, pero sí que hay un sustento farmacológico para ayudar a tratar los diferentes síntomas de la AN como son los síntomas ansiosos y depresivos. (34)

Psicoterapia: terapias conductuales dirigidas a realizar un cambio positivo en la calidad de vida del paciente. Evitando el mantenimiento de conductas purgativas y modificando el esquema corporal distorsionado. (35,36). Una de las terapias conductuales, que refiere mejores resultados es la denominada Terapia Breve Estratégica que trata de un modelo de intervención breve donde se define el problema a resolver entre el paciente y el psicólogo y que produce cambios en un número muy reducido de sesiones. Esta terapia es posible realizarla tanto en adultos como en adolescentes y niños. (37)

Otra de las terapias a destacar es la Terapia Sistémica, la cuál tiene especial relevancia e el abordaje familiar y en la incorporación de la familia en el tratamiento de los TCA. Dicha terapia, se detallará a continuación:

Terapias sistémicas

Las terapias sistémicas o contextuales son en las que se estudia a la familia en diferentes niveles, como son la estructura, jerarquía, comunicación, procesos relacionales y sus creencias. Valorando así si el funcionamiento familiar y si los síntomas de esta patología son el reflejo de dicho funcionamiento familiar. De esta manera, el paciente puede desarrollar síntomas como muestra de que el sistema no funciona de forma correcta, por lo que con esta terapia se pretende modificar lo que no funciona para mejorar las relaciones dentro de este sistema.(38)

Esta terapia, no solo se centra en la familia, sino también en el ámbito laboral y académico, amigos, aficiones, y entornos donde la persona se encuentra inmersa. (38)

En el caso de la AN, el paciente comienza a intentar controlar el peso y mejorar su

imagen corporal para sentir seguridad dentro de la inestabilidad familiar, con el paso del tiempo, deja de ser decisión de la persona como controlar la comida, sino que es la comida quien controla a la persona.

Las Fases de la Terapia Familiar Sistémica (ITAD) son tres:

1. *Primera fase / Fase asintomática*: donde se dan directrices a la familia y entorno cercano para que el paciente recupere su estado de salud conservando una dieta adecuada.
2. *Segunda fase*: en la que el paciente comienza a tener más autonomía y comienza a afrontar los cambios de la enfermedad, en esta fase se pueden desarrollar recaídas como volver a restringir la comida o reiniciar las purgas.
3. *Fase de mantenimiento*: en la que ya no se encuentran síntomas anoréxicos y se centra en la búsqueda de la identidad y el crecimiento personal de la persona afectada.(35)

La Terapia Sistémica conlleva un seguimiento por parte de un equipo multidisciplinar con el fin de proporcionar un tratamiento integral, abordando desde la terapia individual y familiar, hasta la terapia grupal que facilita la adhesión al tratamiento y el seguimiento médico. (39)

3.2.6 La familia y la anorexia nerviosa

La familia es considerada como el sistema fundamental que provee la satisfacción de las necesidades básicas del hombre. Por lo que es la familia el centro de la supervivencia del individuo y de formar su personalidad.

Se define a la familia como grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. Pero el concepto tradicional de familia ha ido desarrollándose desde entenderse como un agrupamiento nuclear compuesto por un hombre y una mujer, unidos en matrimonio, más los hijos tenidos en común, todos bajo el mismo techo. Hasta como se entiende en la actualidad: unión no solo por vínculos consanguíneos, si no por vínculos constituidos y con reconocimiento legal. En la relación de parentesco se dan diferentes niveles, como son la nuclear, extensa, monoparentales, hogares unipersonales, homoparentales, etc. (40)

Repercusiones de la enfermedad en la familia del enfermo.

Cambios en la vida familiar

Cuando se inicia el cuadro de la AN, se comienzan a producir alteraciones en la vida familiar. Las primeras reacciones al diagnóstico son la negación de la enfermedad, acompañado de tristeza y ansiedad, seguidamente la familia comienza a realizar cambios en sus prioridades, siendo esta el paciente.

La hospitalización del hijo afecta a nivel familiar siendo este una gran fuente de estrés, conllevando una reorganización familiar, ajuste de horarios y cambios a niveles estructurales (cambio de domicilio, ciudad), económicos, sociales (descuido de las relaciones personales) y sobre todo emocionales, apareciendo sentimientos de culpabilidad y estigma, preocupación, soledad e inseguridad. (41)

Sentimientos de culpabilidad y estigma

Estas familias recaen en el estigma social y se comienzan a sentir culpables de la enfermedad de sus hijos, generando sentimientos de vergüenza y retracción social, junto con malestar psicológico. (42)

La culpabilidad es uno de los sentimientos principales en las familias que padecen esta enfermedad, esta culpabilidad se consigue sobrellevar hasta superarla gracias a la ayuda que deben de recibir por parte de los profesionales sanitarios durante el proceso de tratamiento. La familia no debe de sentirse culpable de la enfermedad por lo que apoyar y tratar a la familia es parte del tratamiento al enfermo, por ello el principal tratamiento que se da tanto al enfermo como a las familias es la terapia familiar sistémica. (39)

Sentimiento de soledad

Los padres solicitan de manera repetitiva información sobre la patología, siendo sus dudas y miedos más frecuentes el querer aprender el manejo concreto de situaciones complejas, mejorar el conocimiento de la enfermedad y recibir ayuda. Es decir, recibir la información necesaria por parte del equipo terapéutico, en donde se incluye la enfermería. (43)

Sobrecarga del rol cuidador

Por otra parte, diferentes estudios confirman que los padres con pacientes diagnosticados de AN, sufren en si mismos otros trastornos mentales producidos por

la constante supervisión y control de la enfermedad de su familiar. Los familiares pueden desarrollar depresión y ansiedad provocada por dicho control, produciendo un empeoramiento en el tratamiento del paciente con AN. (43)

Afrontamiento familiar

La hospitalización de un hijo enfermo se describe en diferentes fases por las que pasa la familia, una primera fase de crisis que comprende el periodo anterior al diagnóstico médico, en esta fase en la familia se crea un ambiente estresante y ansioso. La segunda fase o crónica, en la que ya se conoce el diagnóstico y la familia comienza a integrar la enfermedad en la familia, se caracteriza por el sentimiento de pánico, y por último, la fase terminal que se da en los peores casos cuando la familia debe de afrontar la muerte, o en otros casos la curación o mejora del estado de salud del hijo suponiendo el alta hospitalaria. (44)

Para que el afrontamiento de la enfermedad y de la hospitalización siga un proceso sano, se refieren aspectos propios que dependen de la familia como son: la vulnerabilidad de la familia y la capacidad de resiliencia, entendiéndose este término como la capacidad de un grupo o persona a movilizar recursos para sobreponerse a circunstancias de adversidad. Y otros aspectos que no dependen de la familia y que por lo tanto son modificables en cuanto al afrontamiento de la enfermedad. Estos aspectos modificables son los que suponen la ayuda al proceso de afrontamiento, son:

- Trato humanizado por parte de los sanitarios (implicación, sensibilidad y empatía)
- Recibir información comprensible del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- Participación familiar en los cuidados.

Las familias que no reciben apoyo en el ámbito hospitalario refieren un afrontamiento deficiente, provocando síntomas como ansiedad, estrés, problemas de sueño, etc. (41)

3.3 Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria están cada vez más a la orden del día por lo que se merecen darle la importancia que tienen, son patologías que se ocultan tanto por los enfermos como por las familias, sintiéndose ambas partes muy vulnerables, por lo que solicitan más información al respecto sobre estas enfermedades.

Los adolescentes son los más vulnerables frente a estas patologías, en este caso la anorexia nerviosa, esta vulnerabilidad se ve reflejada en la educación que se recibe a partir de las redes sociales y medios de comunicación, que influyen los hábitos alimentarios de los jóvenes y modifican los cánones de belleza. (31)

En cuanto a la importancia de la familia, es un pilar fundamental para la correcta superación de las enfermedades, en especial para quienes sufren AN, ya que uno de los factores que más influyen tanto en el diagnóstico como en la curación es el apoyo familiar. (45)

Tal es su importancia que ejercer el rol del cuidador principal de estos pacientes recae en las familias, desgraciadamente estos no saben cómo afrontar los obstáculos que dicha patología entraña, desde la dificultad para la comunicación con sus hijos, hasta falta de conocimientos y habilidades para crear las dietas necesarias que se adapten al tratamiento. La mayoría de los inconvenientes a los que se enfrentan estas familias son resultado de la falta de información acerca de la enfermedad, a lo que debemos añadirle la estigmatización social que rodea a esta. (44)

El acompañamiento terapéutico a estas familias es primordial y debe de ser continuado desde el debut de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación del proceso salud-enfermedad. Los profesionales sanitarios son los responsables de realizar este acompañamiento, guiando a las familias para la comunicación entre los miembros de esta, realizando actividades que irán encomendadas a dar recomendaciones para establecer procesos eficaces de comunicación entre ellos.

4. Metodología

4.1 Población y capacitación

4.1.1 Población diana

La población a la que va dirigida la actividad educativa desarrollada en este proyecto es tanto para padres y madres como para convivientes de los pacientes adolescentes que padecen trastornos de la conducta alimentaria, en concreto, anorexia nerviosa, ya que como se comenta a lo largo del trabajo, es una patología difícil de sobrellevar por la familia ya que se crean a su alrededor estigmas y miedos.

En este proyecto no se incluye a los propios hijos que padecen la enfermedad ya que las sesiones se plantean en el ámbito de la hospitalización de estos, por lo que se encuentran en una situación de inestabilidad y sería contraproducente que participasen en estas sesiones.

La capacidad para tres familias, es decir, los padres o convivientes, un total de seis personas por sesión, realizándose dos turnos, uno de mañana y otro de tarde, con un horario previamente establecido según la disponibilidad del personal sanitario que interviene en la formación.

4.1.2 Captación

La captación se realizará en los centros sanitarios tanto de hospitalización como de atención primaria a través de carteles divulgativos que serán colocados en las salas de espera y lugares de visibilidad; también a través del personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Hospitalización donde se realizarán las sesiones, Hospital Universitario Niño Jesús, se entregarán trípticos informativos (**Anexo 1**) para captar a los participantes. Así mismo, será el personal de enfermería quien se encargará de resolver las dudas sobre la actividad educativa.

Para poder inscribirse en el curso se deberá de rellenar un formulario de inscripción (**Anexo 2**) en el control de enfermería de dicha unidad, eligiendo el turno que prefieran dentro de los establecidos, ofreciendo cierta flexibilidad horaria con el objetivo de conseguir una mayor participación y continuidad. El proceso de inscripción ayudará a establecer un control de asistencia para así poder asegurar unas sesiones de calidad con los recursos óptimos. Así mismo, se informará que no es posible el cambio de grupo una vez realizada la inscripción ya que las sesiones están diseñadas para crear ambiente de confianza y colaboración, por lo que la mezcla de asistentes en diferentes sesiones no permitiría el desarrollo de los objetivos.

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivos generales

- Mejorar el conocimiento y afrontamiento familiar sobre la anorexia nerviosa en adolescentes

4.2.2 Objetivos específicos

ÁREA COGNITIVA. Los objetivos de conocimiento están relacionados con el saber, conocer y la comprensión de la información.

Los participantes serán capaces de:

- Conocer y analizar datos objetivos sobre los TCA y en concreto sobre la anorexia nerviosa.
- Conocer las fases de la enfermedad y la adaptación de sus hijos a las mismas.
- Analizar y comprender la información que se les trasmite para posteriormente solucionar las preguntas que sus hijos les formulen.
- Identificar las necesidades de sus hijos, pudiendo solucionar esas necesidades con información.

ÁREA DE HABILIDADES: Estos objetivos están relacionados con el saber hacer:

Los participantes serán capaces de:

- Demostrar habilidades de afrontamiento eficaces.
- Adquirir habilidades de resolución de conflictos para mejorar el clima familiar.
- Conocer la influencia de la dinámica familiar en el mantenimiento de la anorexia nerviosa.

ÁREA AFECTIVA. Los objetivos de esta área están relacionados con el saber ser y saber estar, con la disposición, actitud, interés y aceptación de la nueva información para integrarlos en su vida cotidiana.

Los participantes serán capaces de:

- Compartir sus dudas y preocupaciones con el resto.
- Compartir sus propias experiencias y escuchar las del resto de los participantes.

- Verbalizar los problemas que encuentran a la hora de relacionarse con sus hijos.
- Expresar sentimientos que les preocupen, como la culpabilidad.

4.3 Contenidos

En las sesiones se impartirá desde conocimientos teóricos, prácticos donde desarrollar habilidades y una parte donde se trabaja el área afectiva.

En la parte de conocimientos, o área cognitiva, que se trabajará en la primera, segunda y tercera sesión se dará a conocer información sobre el diagnóstico, pronóstico y fases del tratamiento de la patología; se impartirán conocimientos en cuanto a mitos sobre la salud mental, incidiendo en los TCA y por último en la tercera sesión sobre las diferentes técnicas de afrontamiento. Todos estos conocimientos se llevarán a cabo mediante técnicas de lección expositiva, charla, discusión y con recursos como powerpoint.

En cuanto al área de habilidades se desarrollarán dinámicas grupales en las que se practican diversas técnicas de afrontamiento, y por último en cuanto al área afectiva, se expresarán sentimientos y experiencias vividas con la enfermedad, como el estigma que han vivido desde que conocen el diagnóstico, miedos, etc, esto se realizará con técnicas de investigación en el aula y frases incompletas.

Para acabar las sesiones se realizarán diferentes evaluaciones para conocer si se cumplen los objetivos previstos y que modificarían los participantes de dichas sesiones.

4.4 Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

4.4.1 Planificación general

Se deben distinguir las siguientes fases en la planificación general del proyecto educativo:

- Formulación y redacción de los objetivos generales que expresen la finalidad del proyecto, junto con los diferentes objetivos específicos de actitudes, habilidades y conocimientos a alcanzar durante el desarrollo de las sesiones.
- Selección de los contenidos que se abordarán en las diferentes sesiones educativas y de los medios, recursos e instrumentos de evaluación.
- Captación de los asistentes, inscripción y asignación de los grupos.
- Realización de las sesiones
- Evaluación durante las sesiones a corto, medio y largo plazo.

- Finalización de las sesiones educativas con las conclusiones sobre el proyecto educativo.

4.4.2 Cronograma general

El presente Proyecto estará formado por un total de cuatro sesiones de una duración de una hora y treinta minutos. Las sesiones se dividen en:

Cronograma general de las sesiones

	NOMBRE	PERIODICIDAD	CONTENIDOS	DURACIÓN	EVALUACIÓN
1	Aproximación a la anorexia nerviosa	06/09/2021 (12:00-13:30h) 07/09/2021 (17:00- 18:30h)	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación. • Expectativas. • introducción a la AN. • Causas de la AN. • Epidemiología. 	90 minutos	<p>Cuestionarios pre-post (10 minutos).</p> <p><u>Cuestionario de evaluación</u> de la sesión (10 minutos).</p>
2	Mitos y realidades sobre el diagnóstico	08/09/2021 (12:00-13:30h) 09/09/2021 (17:00-18:30h)	<ul style="list-style-type: none"> • Mitos de la salud mental, TCA y AN. • Puesta en común de experiencias • Consecuencias del diagnóstico y estigma. 	90 minutos	<p><u>Cuestionario final de evaluación</u> de la sesión (10 minutos).</p>
3	¿Cómo afronto la enfermedad de mi hijo?	10/09/2021 (12:00-13:30h) 11/09/2021 (17:00-18:30h)	<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento 	90 minutos	<p><u>Cuestionario de evaluación de las actividades realizadas</u> por los asistentes. (5')</p> <p><u>Cuestionario de evaluación de la sesión</u> (5').</p>
4	Conclusiones y cierre	12/09/2021 (12:00-13:30h) 13/09/2021 (17:00-18:30h)	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades de lo aprendido. • Cierre. 	90 minutos	<p><u>Cuestionario de evaluación de las actividades realizadas</u> por los asistentes.</p> <p><u>Cuestionario de evaluación de la sesión</u> (5').</p>

Los turnos de las sesiones como se mencionaba en puntos anteriores se habilitarán tanto de mañana como de tarde para que las familias puedan acudir al taller que mejor les venga según su disponibilidad, preferencias y necesidades.

Las sesiones educativas comenzarán a realizarse la segunda semana de septiembre, 6 de septiembre de 2021, una vez realizadas las fases de captación e inscripción propuesta semanas antes. Las sesiones se llevarán a cabo días alternos durante dos semanas siendo lunes y miércoles el turno de mañana de 12:00 a 13:30 horas y martes y jueves turno de tarde de 17:00 a 18:30 horas. El cronograma quedaría organizado de la siguiente manera:

	GRUPO DE MAÑANA	GRUPO DE TARDE
1ª SESIÓN	6/09/2021	7/09/2021
2ª SESIÓN	8/09/2021	9/09/2021
3ª SESIÓN	13/09/2021	14/09/2021
4ª SESIÓN	15/09/2021	16/09/2021

4.4.3 Número de participantes

El proyecto educativo está dirigido inicialmente a un máximo de seis personas, considerando que puedan acudir los dos miembros de la familia, estaría dirigido a tres familias en cada turno.

4.4.4 Docentes

Cada sesión estará dirigida por un Graduado o Diplomado Universitario de Enfermería Especialista en Salud Mental, que trabaje en la Unidad en la que se lleva a cabo el Proyecto y que conozca de cerca a los enfermos y por lo tanto a sus familias (los asistentes). En la tercera sesión dedicada a las habilidades se contactará con miembros de otras familias que hayan pasado por la misma situación de enfermedad de sus hijos, por motivos del Sars-Cov2, el contacto será vía Skype.

4.4.5 Sesiones

En las siguientes tablas se detallan las características de cada sesión, sus contenidos y objetivos, junto con la duración y técnicas utilizadas, así como los recursos materiales y humanos necesarios para desarrollar cada dinámica

PRIMERA SESIÓN: Aproximación a la anorexia nerviosa				
CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO	DURACIÓN	RECURSOS
Presentación	Crear una atmosfera de confianza entre ellos para favorecer una comunicación fluida.	Técnica del Ovillo: cada familia que reciba el ovillo se presentará y dirá lo que le gustaría obtener con la asistencia a estas sesiones	25 minutos	Recursos humanos: profesional de enfermería que desarrollará la dinámica
Expectativas	Expresaran las expectativas de la realización de las sesiones.	Técnica de investigación en el aula: frases incompletas: se presentarán frases incompletas que deben rellenar con las expectativas que presentan del taller.		Recursos materiales: sala de reuniones, ovillo de lana, folios y bolígrafos.
CUESTIONARIO PRE-SESIÓN. Test de 10 minutos				
Conceptos básicos	Los asistentes aumentaran los conocimientos sobre la anorexia nerviosa en adolescentes.	Técnica expositiva: lección con discusión	40 minutos	Recursos humanos: profesional de enfermería que aportará la información de forma expositiva.
Posibles causas, incidencia y epidemiología	Tomaran conciencia sobre la situación actual de la enfermedad.			Recursos materiales: sala de reuniones, ordenador y proyector, se entregará la información en formato papel.
CUESTIONARIO POST-SESIÓN Y DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN. Total de 20 minutos.				

SEGUNDA SESIÓN: Mitos y realidades sobre el diagnóstico

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO	DURACIÓN	RECURSOS
Mitos de la salud mental, TCA y AN	Informar los diferentes mitos sobre la salud mental en concreto de la Anorexia Nerviosa.	Técnica expositiva: lección con discusión	25 minutos	Recursos humanos: profesional de enfermería que desarrollará la dinámica
Puesta en común de experiencias	Relatarán diferentes experiencias de estigma que han sufrido al conocer el diagnóstico.	Técnica de investigación en el aula: Se mezclarán en grupos de 3 y deben exponer sus experiencias en cuanto a mitos y estigma, se nombrará un portavoz que se encargará de poner en común lo dicho.		Recursos materiales: sala de reuniones, ovillo de lana, folios y bolígrafos.
Descanso (10 minutos)				
Consecuencias del diagnóstico	Explicar sobre las diferentes reacciones tras el diagnóstico.	Técnica expositiva: lección con discusión	40 minutos	Recursos humanos: profesional de enfermería que aportará la información de forma expositiva.
Estigma: tipos y círculo del estigma	Identificar situaciones de estigma social.			Recursos materiales: sala de reuniones, ordenador y proyector, se entregará la información en formato papel.
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN (10 minutos)				

TERCERA SESIÓN: ¿Cómo afronto la enfermedad de mi hijo?

CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO	DURACIÓN	RECURSOS
Presentaciones técnicas de afrontamiento	Conocerán las diferentes técnicas de afrontamiento	Técnica expositiva: lección con discusión	30 minutos	Recursos humanos: profesional de enfermería que desarrollará la dinámica
				Recursos materiales: sala de reuniones, ordenador y proyector, se entregará la información en formpaper.
Afrontamiento junto con la escucha activa	Conocerán y practicarán diferentes métodos de escucha activa	Técnica de desarrollo de habilidades: dinámica por parejas en la que se cuentan diferentes experiencias y el otro deberá escuchar de forma activa y mostrando empatía. El enfermero deberá evaluar si se escucha activa efectiva.	20 minutos	Recursos humanos: profesional de enfermería que aportará la información de forma expositiva.
				Recursos materiales: sala de reuniones, ordenador y proyector, se entregará la información en formato papel.
Visualización de videos con contenidos sobre afrontamiento	Identificarán y analizarán estrategias de afrontamiento eficaces	Técnica expositiva: videos con discusión.	20 minutos	Recursos humanos: profesional de enfermería que aportará la información de forma expositiva.
				Recursos materiales: sala de reuniones, ordenador y proyector.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN (10 minutos)

CUARTA SESIÓN: Cierre				
CONTENIDOS	OBJETIVOS	MÉTODO	DURACIÓN	RECURSOS
Afrontamiento y estigma	Practicar situaciones de afrontamiento positivo.	Desarrollo de habilidades: role-playing. Presentación de una situación de estigma y por familias recrear como afrontarían dicha situación. El moderador evaluará cada recreación.	35 minutos	Recursos humanos: profesional de enfermería que desarrollará la dinámica
				Recursos materiales: sala de reuniones, ordenador y proyector, se entregará la información en formato papel.
Descanso (10 minutos)				
Cierre del taller	Verbalizar sensaciones, emociones y perspectivas tras la asistencia al taller	Método o técnicas de investigación en el aula: frases incompletas. Los padres deberán rellenar las frases incompletas definiendo lo que han conseguido en las sesiones. Finalmente, se cerrará la sesión con el último cuestionario y agradeciendo la asistencia	30 minutos	Recursos humanos: profesional de enfermería que aportará la información de forma expositiva.
				Recursos materiales: sala de reuniones, ordenador y proyector.
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN (10 minutos)				

4.4.6 Lugar de celebración

Las sesiones serán llevadas a cabo en la Unidad de Hospitalización Infantil Psiquiátrica del Hospital Niño Jesús de Madrid en la sala de consultas externas.

4.5 Evaluación

Para poder determinar si las sesiones educativas están siendo útiles en cuanto a la adquisición de conocimientos, habilidades y desarrollo de aptitudes, se deberá llevar a cabo una evaluación para valorar los objetivos establecidos, y así en siguientes proyectos mejorarlos si fuese necesario.

4.5.1 Evaluación de la estructura y del proceso educativo

La evaluación de la estructura, el proceso y los resultados del proyecto educativo permite identificar la utilidad y contribución de cada uno de los recursos empleados en el desarrollo del programa. La evaluación se puede llevar a cabo a través de un conjunto de ítems para obtener unos resultados de evaluación cualitativa y cuantitativa con resultados fiables acerca del funcionamiento de las sesiones.

Las evaluaciones cuantitativas son las que se cumplimentarán en los últimos minutos de cada sesión (**Anexo 3**), y se evaluarán del 1 al 5, siendo el 1 la puntuación más baja y 5 la más alta. Estas evaluaciones permitirán valorar las diferentes sesiones, planificación y el uso de los recursos y técnicas utilizadas.

Durante las sesiones, en las que se requiera de realización de dinámicas, role-playing etc, el moderador realizará evaluaciones internas a las familias con la finalidad de llevar un seguimiento de las habilidades adquiridas durante las sesiones.

Por último, se realizará una evaluación de satisfacción (**Anexo 4**) en la última sesión con la finalidad de conocer el grado de satisfacción de los participantes con preguntas abiertas donde puedan aportar cualquier tipo de sugerencia.

4.5.2 Evaluación de resultados educativos.

La evaluación de los resultados del proyecto educativo consiste en medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar con el fin de contribuir en la toma de decisiones sobre el programa y mejorarlo en el futuro. La evaluación debe de ser periódica, es decir, conocer los resultados a corto plazo, medio y/o largo plazo.

A corto plazo se evalúan las áreas que se tratan en el proyecto:

- Área cognitiva: permitirá valorar la efectividad de las técnicas expositivas que se realizan en las primeras sesiones, y así de los conocimientos que los participantes han adquirido en ellas. Para ello, se realizarán las encuestas de dichas sesiones que se compararán.

Estos objetivos se evaluarán en las sesiones mediante las encuestas de evaluación de la sesión y cuestionarios cualitativos pre y post en las sesiones 1 y 2 (**Anexos 3 y 4**)

- Área afectiva: Se busca evaluar la efectividad de las dinámicas con el objetivo de poner en común los miedos de las familias, con la tormenta de ideas de la segunda sesión y la colaboración de los asistentes virtuales que participan en esta sesión. Tras esta sesión también se realizará una encuesta de evaluación sobre lo que les han aportado los testimonios de los invitados.

Estos objetivos se evaluarán en las sesiones mediante evaluaciones realizadas por el moderador en las sesiones 2 y 3.

- Área habilidades: Permitirá valorar si se han adquirido las capacidades necesarias en la comunicación y adquirido habilidades para solventar las necesidades de sus hijos. En la tercera sesión se recurre a los juegos de rol, sirviendo de aprendizaje para todos los asistentes ya que ayudan a reforzar los aspectos positivos y negativos. Se realizará una evaluación cualitativa al final de la sesión.

Estos objetivos se evaluarán en las sesiones mediante evaluaciones realizadas por el moderador en las sesiones 3 y 4.

A medio/largo plazo se contactará con los asistentes por correo electrónico

enviando un cuestionario de evaluación tanto al primer mes como a los seis meses tras la finalización del taller, para su cumplimentación y reenvío. **(Anexo 7)**

El objetivo será determinar la efectividad de los conocimientos, habilidades y actitudes que se han implementado en su vida cotidiana y si los objetivos fijados se han cumplido con el paso del tiempo.

5. Bibliografía

- (1) DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. Decs.bvsalud.org. [cited 25 April 2021]. Available from: <https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
- (2) Carolina LG, Janet T. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Rev Med Clin Condes 2011 /01/01;22(1):85-97.
- (3) Cuadro E, Baile JI. Binge eating disorder: analysis and treatment. Revista Mexicana de trastornos alimentarios 2015 Jul;6(2):97-107.
- (4) Salud mental del adolescente. 2020; Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- (5) Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral M, Raich RM^a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. Nutrición Hospitalaria 2012 04;27(2):391-401.
- (6) Gómez-Candela C, Palma-Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez-Ortega P, Matía-Martín P, Loria-Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. Nutrición Hospitalaria 2018 04;35(2):489-494.
- (7) Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. Adolesc Health Med Ther 2018;9:11-16.
- (8) Trastornos alimentarios no especificados (TANE) | SETCA [Internet]. Setcabarcelona.com. 2015 [cited 25 April 2021]. Available from: <http://www.setcabarcelona.com/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-2/que-tratamos/trastornos-alimentarios-no-especificados/>
- (9) Alejandra Larrañaga Vidal. Incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en Galicia. Evolución y respuesta al tratamiento de los pacientes con TCA Universidad de Vigo; 2011.
- (10) Latorre-Román PÁ, Garrido-Ruiz A, García-Pinillos F. Versión española del cuestionario del complejo de Adonis: un cuestionario para el análisis del dimorfismo muscular o vigorexia. Nutrición Hospitalaria 2015 03;31(3):1246-1253.
- (11) Håman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren E. Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. Int J Qual Stud Health Well-being 2015;10:26799.
- (12) Aranceta Bartrina J. Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 2007 12;57(4):313-315.
- (13) Olesti Baiges M, Piñol Moreso JL, Martín Vergara N, de la Fuente García, M., Riera Solé A, Bofarull Bosch, J. M. ^a, et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. An Pediatr (Barc) 2008 /01/01;68(1):18-23.
- (14) Lenoir M, Silber T. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad [Internet]. 2006 [cited 15 March 2021]. Available from: [http://Anorexia nerviosa en niños y adolescentes \(Parte 1\) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad](http://Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad)

- (15) Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol* 2017 -04-30;51:205-218.
- (16) Trastornos del comportamiento alimentario - Tabla IV: Criterios diagnósticos para la AN: DSM IV. Available at: <https://www.riojasalud.es/profesionales/psiquiatria/754-trastornos-del-comportamiento-alimentario?start=3>. Accessed Jan 28, 2021.
- (17) Trastornos del comportamiento alimentario - Tabla V: Criterios diagnósticos para la AN: CIE 10. Available at: <https://www.riojasalud.es/profesionales/psiquiatria/754-trastornos-del-comportamiento-alimentario?start=4>. Accessed Jan 28, 2021.
- (18) Aliaga-Tinoco S, Cruzado L. Anorexia nervosa con desenlace fatal: a propósito de un caso. *Revista de neuro-psiquiatría* 2020 Apr 11;;83(1):57-65.
- (19) Staudt M, Rojo Albero N, Ojeda G. Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica. [Internet]. Corrientes, Argentina; 2006 [cited 16 March 2021]. Available from: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista156/6_156.pdf
- (20) Prevalencia e incidencia de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa - Gabinet Psicològic Mataró [Internet]. Gabinet Psicològic Mataró. 2016 [cited 25 April 2021]. Available from: <https://gabinetpsicologicmataro.com/prevalencia-e-incidencia-de-la-anorexia-y-la-bulimia-nerviosa/>
- (21) Factores biológicos y psicosociales relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria en varones. Available at: https://psiquiatria.com/trastornos_de_alimentacion/factores-biologicos-y-psicosociales-relacionados-con-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-en-varones/. Accessed Jan 28, 2021.
- (22) Gorrell S, Murray SB. Eating Disorders in Males. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2019 -10;28(4):641-651.
- (23) Anorexia in Men and Boys: Treatment and Statistics. Available at: <https://americanaddictioncenters.org/male-eating-disorders/anorexia>. Accessed Mar 11, 2021.
- (24) Timko CA, DeFilipp L, Dakanalis A. Sex Differences in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa: Beyond the Signs and Symptoms. *Curr Psychiatry Rep* 2019 -01-12;21.
- (25) Luciatrigo A. Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la Anorexia Nerviosa. 2017 -02-22T13:00:31+00:00.
- (26) Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2017 -06;22(2):277-284.
- (27) Resumen de Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios - Dialnet. Available at: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5405203&info=resumen&idioma=SPA>. Accessed Feb 23, 2021.

- (28) Ibarzábal-Ávila MEA, Hernández-Martínez JA, Luna-Domínguez D, Vélez-Escalante JE, Delgado-Díaz M, Manassero-Baeza V, et al. Anorexia nervosa: revisión de las consideraciones generales. *Med Sur* 2016 /08/11;22(3):112-117.
- (29) Trastornos del comportamiento alimentario - Tabla IV: Criterios diagnósticos para la AN: DSM IV. Available at: <https://www.riojasalud.es/profesionales/psiquiatria/754-trastornos-del-comportamiento-alimentario?start=3>. Accessed Jan 28, 2021.
- (30) Horndasch S, Roesch J, Forster C, Dörfler A, Lindsiepe S, Heinrich H, et al. Neural processing of food and emotional stimuli in adolescent and adult anorexia nervosa patients. *PLoS One* 2018;13(3):e0191059.
- (31) Lladó G, González-Soltero R, Blanco MJ, Lladó G, González-Soltero R, Blanco MJ. Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria* 2017 06;/34(3):693-701.
- (32) Zeeck A, Herpertz-Dahlmann B, Friederich H, Brockmeyer T, Resmark G, Hagenah U, et al. Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Front Psychiatry* 2018;9:158.
- (33) Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. Children in Need-Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. *Nutrients* 2019 -08-16;11(8).
- (34) Los tratamientos del TCA - Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. 2021 [cited 25 April 2021]. Available from: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/los-tratamientos-del-tca/>
- (35) Pablos M. Anorexia Nerviosa desde la Terapia Familiar Sistémica. 2019; Available at: <https://itadsistemica.com/trastornos-conducta-alimentaria/anorexia-nerviosa-terapia-familiar-sistemica/>. Accessed Mar 7, 2021.
- (36) Zeeck A, Herpertz-Dahlmann B, Friederich H, Brockmeyer T, Resmark G, Hagenah U, et al. Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Front Psychiatry* 2018;9.
- (37) Chandler E. El abordaje psicoterapéutico de la anorexia nerviosa: técnica y artesanía. Argentina; 2005.
- (38) Los tratamientos del TCA - Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. 2021 [cited 25 April 2021]. Available from: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/los-tratamientos-del-tca/>.
- (39) Sanchez JG. La dinámica familiar en la anorexia nerviosa : un enfoque sistémico. 2015.
- (40) Eisler I, Simic M, Hodsoll J, Asen E, Berelowitz M, Connan F, et al. A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 2016 -11-24;16(1):422.
- (41) Jonas MF, Torquato IMB, Collet N, Pinto MB, Santos, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito, Moraes, Gilvânia Smith da Nóbrega. The disease and the childish hospitalization: understanding the impact on family dynamics. *Revista de Enfermagem UFPE on line* 2012 /09/10;6(11):2641-2648.

(42) JÁUREGUI LOBERA I. ANOREXIA NERVIOSA. EL TRABAJO CON LA FAMILIA [Internet]. Sevilla; 2004 [cited 25 April 2021]. Available from: <https://psiquiatriainfantil.org/numero5/3.pdf>

(43) Ruíz Martínez AO, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz JM, Viladrich i Segués C, Halley Castillo ME. Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. Revista Mexicana de trastornos alimentarios 2013 Jun 1,;4(1):45-57.

(44) Grau C, Fernández Hawrylak M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. Anales del sistema sanitario de Navarra 2010 Aug 1,;33(2):203-212.

(45) Ruíz Martínez AO, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz JM, Viladrich i Segués C, Halley Castillo ME. Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. Revista Mexicana de trastornos alimentarios 2013 Jun 1,;4(1):45-57.

6. Anexos

ANEXO 1. Tríptico informativo

” INSCRIPCIÓN

PARA LA INSCRIPCIÓN ÚNICAMENTE TIENE QUE RELLENAR EL FORMULARIO QUE PODRÁ SOLICITAR AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD. INDISPENSABLE INDICAR EL NÚMERO DE ASISTENTES, MÁXIMO DOS Y EL GRUPO EN EL QUE DESEA ASISTIR.

CRONOGRAMA GENERAL

LAS SESIONES SE REALIZARÁN DÍAS ALTERNOS DURANTE DOS SEMANAS, LUNES Y MIÉRCOLES EN HORARIO DE **MAÑANA** DE 12:00 A 13:30 HORAS; Y MARTES Y JUEVES EN HORARIO DE **TARDE** DE 17: 00 A 18: 30 HORAS.

	GRUPO DE MAÑANA	GRUPO DE TARDE
1ª SESIÓN	6/09/2021	7/09/2021
2ª SESIÓN	8/09/2021	9/09/2021
3ª SESIÓN	13/09/2021	14/09/2021
4ª SESIÓN	15/09/2021	16/09/2021



Hospital Infantil Universitario Niño Jesús
SaludMadrid Comunidad de Madrid



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Escuela de Enfermería y Fisioterapia



ACOMPañAMIENTO FAMILIAR

Taller educativo dirigido a familias con hijos que sufren anorexia nerviosa en Unidad de Psiquiatría de Adolescentes

SEPTIEMBRE 2021.



OBJETIVOS

Garantizar las necesidades informativas sobre la anorexia nerviosa para mejorar el afrontamiento para conseguir una estabilidad familiar y así que sean el apoyo principal para el paciente.



CONTENIDOS

Aproximación a la anorexia nerviosa:

- Información teórica sobre los TCA: datos básicos y generales sobre la AN.

Mitos y realidades sobre el diagnóstico:

- Mitos sobre la salud mental, TCA, AN.
- Consecuencias del diagnóstico
- Estigma

¿Cómo afronto la enfermedad de mi hijo?

- Técnicas de afrontamiento
- Escucha activa

Conclusiones y cierre:

- Análisis y profundización de lo aprendido en resto de sesiones.
- Intercambio de opiniones/ sensaciones tras las sesiones

ANEXO 2. Formulario de inscripción

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES – ASISTENTE nº1

Nombre y Apellidos		DNI
Dirección		Código Postal
Teléfono de contacto	Correo electrónico	

DATOS PERSONALES – ASISTENTE nº2

Nombre y Apellidos		DNI
Dirección		Código Postal
Teléfono de contacto	Correo electrónico	

En el siguiente apartado, debe señalar en que horario desea asistir al taller, los horarios son los siguientes:

- Horario de mañana: lunes y miércoles, de 12 a 13:30h
- Horario de tarde: martes y jueves, de 17 a 18:30h

GRUPO (Marcar con una X)	Grupo de mañana	Grupo de tarde

Madrid, a ___ de _____ del _____

FIRMA ASISTENTE Nº1: _____

FIRMA ASISTENTE Nº2: _____

ANEXO 3. Cuestionario de evaluación de cada sesión

Cuestionario de evaluación de cada sesión del taller

- Sesión número:
- Fecha:
- Grupo:

En cada una de las siguientes cuestiones, debe marcar con una X la casilla que más coincida con su opinión sobre el taller, siendo 1 la puntuación menos favorable y 5 la más favorable.

<u>SOBRE LA ESTRUCTURA Y PROCESO DE LA SESIÓN</u>	1	2	3	4	5
1. Contenidos abordados					
2. Recursos, materiales y medios de apoyo utilizados					
3. Metodología empleada					
4. Duración de la sesión					

<u>SOBRE EL PERSONAL DOCENTE</u>	1	2	3	4	5
1. Conocimiento y dominio de la materia.					
2. Claridad en las explicaciones.					
3. Aclaración de dudas.					
4. Disposición y actitud hacia los participantes.					
5. Evaluación global sobre el personal					

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

ANEXO 4. Cuestionario PRE-POST de las sesiones

Cuestionario PRE-POST de las sesiones

Deberá cumplimentar el siguiente cuestionario al principio de la primera sesión y al finalizar al completo las sesiones, con el objetivo de valorar la efectividad de los conocimientos impartidos sobre el moderador.

El cuestionario consta de 7 preguntas con 3 opciones de respuesta, siendo únicamente una de ellas correcta, la respuesta escogida debe de señalarla en la siguiente hoja de respuestas con una X.

1. La prevalencia de la AN es mayor entre los individuos de clase social:
 - a. Baja
 - b. Media
 - c. No está relacionado con la clase social
2. Los medios de comunicación tienen relación con el aumento de la enfermedad
 - a. Si
 - b. No
 - c. En ocasiones
3. Edad a la que suelen aparecer los TCA:
 - a. Menores de 12 años
 - b. Entre 12-20 años
 - c. En la tercera edad
4. La AN predomina en sexo:
 - a. Masculino
 - b. Femenino
 - c. No predomina ningún sexo.
5. Las enfermedades de salud mental sufren discriminación a nivel social, a esta discriminación se la denomina:
 - a. Inclusión
 - b. Estigma
 - c. Igualdad
6. El afrontamiento y adaptación de las familias a la enfermedad, se ve íntimamente afectada por:
 - a. Falta de información sobre la enfermedad

- b. Falta de apoyo en el ámbito sanitario
 - c. Ambas son correctas
7. ¿Cuál de todos estos tratamientos es indicado para la anorexia nerviosa?
- a. Terapia nutricional
 - b. Farmacoterapia
 - c. Ambas son correctas

Nº de pregunta	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

ANEXO 5. Hojas de respuestas test PRE-POST

Nº de pregunta	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
1			X
2	X		
3		X	
4		X	
5		X	
6			X
7			X

ANEXO 6. Cuestionario final de satisfacción

Cuestionario FINAL de satisfacción del taller

Con el fin de conocer sus sensaciones tras el taller y así poder escuchar las sugerencias que pueda aportar para mejorar en sesiones futuras, le agradeceríamos su colaboración cumplimentando este cuestionario. Deberá marcar con una X la casilla que más se ajuste a su opinión, siendo el 1 la puntuación más baja, y el 5 la más alta:

<u>ORGANIZACIÓN</u>	1	2	3	4	5
1. La estructura y programación general de cada sesión					
2. El tiempo empleado en cada dinámica y duración global del taller cubren las necesidades					
3. La existencia de grupos de mañana y tarde ha facilitado la asistencia al taller					

<u>ACTIVIDAD EDUCATIVA</u>	1	2	3	4	5
1. Contenido claro y le permitido adquirir nuevos conocimientos y habilidades					
2. La metodología ha favorecido la concesión de los objetivos					
3. Los contenidos favorecen la adquisición de los objetivos planteados					
4. Los recursos han sido adecuados					

<u>PERSONAL DOCENTE</u>	1	2	3	4	5
1. Conoce y domina la materia					
2. Claridad en las explicaciones					
3. Resolución de dudas					

<u>VALORACIÓN GLOBAL</u>	1	2	3	4	5
1. El contenido teórico ha permitido desarrollar las habilidades prácticas					
2. Considera que las habilidades puestas en práctica le permitirán hacer frente a situaciones familiares complejas					
3. Le ha aportado de forma favorable escuchar otros testimonios					
4. Lo aprendido en este taller serán de utilidad en su vida diaria con la relación familiar					
5. Las expectativas han sido cubiertas					

Espacio para aportar comentarios, sugerencias y aspectos a mejorar:

ANEXO 7. Cuestionario a medio/largo plazo



Cuestionario a medio/largo plazo "Acompañamiento familiar"

Con el objetivo de conocer si el taller les ha sido útil. Cumplimentar el cuestionario y reenvío.

***Obligatorio**

Nombre *

Tu respuesta

Correo electrónico *

Tu respuesta

¿Considera de utilidad la participación en los talleres dirigidos a padres con hijos hospitalizados con TCA? *

Tu respuesta

¿Considera de utilidad la participación en los talleres dirigidos a padres con hijos hospitalizados con TCA? *

Tu respuesta

¿Considera que los contenidos tanto teóricos como prácticos le han sido útiles para conocer la enfermedad de su hijo? *

Tu respuesta

¿Considera que las habilidades prácticas que se han desarrollado en los talleres han sido útiles para mejorar el afrontamiento familiar? *

Tu respuesta

¿Ha puesto en práctica lo aprendido en los talleres en relación al afrontamiento? *

Sí

No

¿Cambiaría la distribución de las sesiones, cambio de grupos, etc? En caso de que sí, descríbalos a continuación:

Tu respuesta

Enviar

