



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo de Fin de Grado**

# **Proyecto educativo dirigido a las personas que cuidan de adolescentes que sufren un Trastorno de la Conducta Alimentaria**

Alumna: Andrea Dones Martín

Directora: Alicia Hatshepsut Cunillera Llorente

Madrid, 28 de mayo de 2023



## Índice

1. Resumen .....	5
1.1. Abstract.....	6
2. Presentación.....	7
2.1. Agradecimientos.....	7
3. Estado de la cuestión .....	8
3.1. Fundamentación.....	8
3.2. Trastorno de la Conducta Alimentaria.....	8
3.3. Clasificación.....	9
3.4. Prevalencia y epidemiología.....	11
3.5. Factores de riesgo. Factores mantenedores de la enfermedad.....	11
3.6. Signos, síntomas y complicaciones asociadas.....	12
3.7. Prevención.....	14
3.8. Detección precoz.....	14
3.9. Tratamiento.....	15
3.10. Aproximación al concepto de persona que cuida.....	18
3.11. Procesos por los que transitan las personas que cuidan.....	18
3.12. Desarrollo del modelo de estrés y afrontamiento (Treasure 2007) .....	19
3.13. Abordaje terapéutico de la enfermería.....	22
4. Justificación .....	24
5. Población y captación.....	25
5.1. Población diana.....	25
5.2. Captación.....	25
6. Objetivos.....	26
6.1. Objetivos generales.....	26
6.2. Objetivos específicos.....	26
7. Contenidos .....	28
8. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	29
8.1. Cronograma.....	29

8.2.	Docentes.....	29
8.3.	Sesiones.....	30
9.	Evaluación.....	36
9.1.	Evaluación de la estructura y el proceso.....	36
9.2.	Evaluación de resultados.....	36
10.	Bibliografía.....	38
11.	Anexos.....	42
11.1.	Anexo 1. Folleto informativo.....	43
11.2.	Anexo 2. Cartel divulgativo.....	44
11.3.	Anexo 3. Frases incompletas.....	45
11.4.	Anexo 4. Cuestionario de valoración pre/post taller.....	46
11.5.	Anexo 5. Cuestionario “Carers Assessment of Need Measure” (CaNAM)..	52
11.6.	Anexo 6. Tormenta de ideas.....	57
11.7.	Anexo 7. Role-playing.....	58
11.8.	Anexo 8. Cuestionario de Zarit.....	59
11.9.	Anexo 9. Cuestionario final de satisfacción.....	60
11.10.	Anexo 10. Control de asistencia.....	61

## Glosario de Abreviaturas

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria

IMC: Índice de Masa Corporal

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ª edición

CIE 11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión

AN: Anorexia Nerviosa

BN: Bulimia Nerviosa

TA: Trastorno de Atracones

SM: Salud Mental

EAT-26: Eating Attitudes Test

SCOFF: Sick, Control, One, Fat, Food

UHB: Unidad de Hospitalización Breve

CaNAM: Carers Needs Assessment Measure

# 1. Resumen

**Introducción:** Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves potencialmente mortales. Engloban todos los comportamientos no adaptativos vinculados a una necesidad primaria como es la de la nutrición. Tras la pandemia por COVID-19 ha habido un incremento significativo tanto en la aparición de casos como en la reagudización de los síntomas, sobre todo en la etapa adolescente. El cuidado de personas adolescentes que sufren TCA suele residir en las madres (como cuidadoras principales) y en los padres (como cuidadores secundarios), afectando directamente al núcleo familiar y su dinámica. Las personas que cuidan a otras con TCA manifiestan alto nivel de malestar, sobrecarga y agotamiento tanto físico como emocional, además de referir carencia de información y recursos para ayudar a la persona enferma en su proceso de recuperación, lo que les crea mayor frustración y desesperanza.

**Objetivos generales:** Dotar de información y recursos a las personas que cuidan de adolescentes con TCA con el fin de prevenir efectos adversos derivados del rol de cuidadora, fomentar su calidad de vida, y ser capaces de participar satisfactoriamente en el proceso de rehabilitación de la persona enferma.

**Metodología:** Desarrollo de proyecto educativo dirigido a personas que cuidan de adolescentes con TCA.

**Implicaciones para la práctica de enfermería:** Ensalzar el papel de la enfermería en el ámbito de la Salud Mental (SM), su función y, su capacidad de docencia y promoción de la salud.

**Palabras clave:** Trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos, Atención de enfermería, Adolescente, Cuidadores.

## 1.1. Abstract

**Introduction:** Eating Disorders (ED) are serious mental illnesses which are potentially mortal. They include all the behaviours connected to a primary need such as nutrition. After pandemic COVID-19, there is a meaningful growth not only in the appearance of new cases but also in the exacerbation of some symptoms, moreover in the adolescence.

Teenagers care suffering eating disorders, is used to be in charged of their mothers (as primary helpers) and fathers (as secondary helpers), it affects to the whole family members and their routines. People who care others suffering of eating disorders, express a high level of discomfort, overloading and mental and physical exhaustion apart from not receiving enough information and resources for helping the patient during his/her recovering process, it produces a high degree of frustracion and also a lack of hope.

**General objectives:** Providing with more information and resources to people who care teenagers in their eating disorders as a way of preventing unfavourable effects derived from their role of helper, encouraging their quality of life and being able to participate in the recovering process of the patient in a satisfactory way.

**Methodology:** Development of an educational project aimed to carers of adolescents with ED.

**Implications in the practice of nursing:** Praising the nursing role to the skies in the Mental Health (MH) area and its function and teaching ability and health promotion.

**Keywords:** Eating and food intake disorders, Nursing care, Adolescent, Caregivers.

## 2. Presentación

Durante el confinamiento, las personas que lo requerían dejaron de tener acceso a los recursos sanitarios y, por lo tanto, se agravó su situación, retrasando tanto la detección como el tratamiento, complicándose así su pronóstico. Además, los meses de confinamiento junto con la incertidumbre y el miedo a enfermarse, fueron los tres principales factores que las personas con TCA identificaron como fuente principal de la descompensación de la enfermedad.

La pandemia afectó también a las personas que se encargaban de cuidar y velar por ellas, haciendo que sufriesen una profunda sobrecarga por la escasez de recursos tanto para las personas enfermas como para las personas que se dedicaban a cuidarlas.

En la actualidad, los recursos anteriores a 2020 están comenzando a recuperarse, pero tres años después de esta situación, se sigue estando muy lejos de alcanzar la cantidad y calidad de recursos en Salud Mental que la sociedad madrileña precisa.

Por todo esto, presento el siguiente proyecto educativo enfocado a las personas que cuidan de adolescentes entre 13 y 18 años, que sufren un TCA, con el único objetivo de cubrir las necesidades de información, recursos y atención que tanto se solicitan por su parte.

### 2.1. Agradecimientos

Como no podía ser de otra manera, a mi madre “Geles” y a mi padre “Paco”. Gracias por luchar por mí cuando yo no podía, por no separaros nunca de mi lado, por vuestro sacrificio y por no dejar de creer en mí. Mama, papa, Javi...lo conseguimos.

A la Andrea adolescente, porque no se rindió.

A la otra mitad de mi equipo, por darme alas.

A mi hermana de corazón “Ali”, que siempre está para llenarme el alma y empujar cuando hace falta.

Y, por último, a todas esas personas que como mi madre y mi padre han pasado por este proceso y han sentido el peor miedo de todos.



### 3. Estado de la cuestión

#### 3.1. Fundamentación

El presente proyecto se divide en dos grandes partes. La primera es el estado de la cuestión en el que se desarrolla el tema principal basado en la evidencia científica de la que se dispone en la actualidad. La segunda parte consiste en el desarrollo del proyecto educativo realizado a partir de la información recogida en el apartado anterior.

Para la realización de este proyecto educativo se ha accedido a diferentes bases de datos para la obtención de documentos científicos como PubMed, Dialnet, Scielo, Elsevier y CINHALL entre otras. Se han utilizado los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”. Los términos MESH y los DeCS que se han utilizado han sido los siguientes:

MESH	DeCS
Feeding and eating disorders	Trastorno de la alimentación y de la ingestión de alimentos
Nursing care	Atención de enfermería
Adolescent	Adolescente
Caregivers	Cuidadores

Tabla I. Clasificación de los términos MESH y DeCS utilizados. Elaboración propia.

La mayoría de los artículos se han publicado en los últimos cinco años. Existen artículos que no cumplen este requisito o bien porque no existe actualización posterior o bien porque se considera de una importante relevancia para el mejor desarrollo del proyecto.

#### 3.2. Trastorno de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos mentales graves potencialmente mortales cuyo estudio y seguimiento se encuentra en plena expansión debido al incremento de casos en los últimos tiempos (1). Los TCA engloban todos los comportamientos no adaptativos ligados a la alimentación que no son derivados de otra patología, no se ajustan al nivel de desarrollo de la persona ni son acordes a las normas culturales propias en la que se encuentra inmersa la persona que lo padece (2).

Es importante tener en cuenta que los TCA son enfermedades multifactoriales y que conforme se vaya recuperando el Índice de Masa Corporal (IMC) deseado, comenzarán a aparecer o a incrementarse sensaciones como la ansiedad, ya que los TCA son enfermedades que se manifiestan con patrones alimenticios alterados que están causados por enfermedades psiquiátricas (3).

Existen varios subtipos y varias maneras de clasificarlos. Para la realización de este proyecto se usarán las clasificaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE -11) (2,4). En la tabla II se recogen los diagnósticos según estos criterios de clasificación.

<b>Trastornos de la Conducta Alimentaria</b>	
<b>Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (DSM-5)</b>	<b>Trastornos del comportamiento alimentario (CIE-11)</b>
Anorexia nerviosa (AN)	6B80 Anorexia nerviosa
Bulimia nerviosa (BN)	6B81 Bulimia nerviosa
Trastorno de atracones (TA)	6B82 Trastorno por atracón
Trastorno de rumiación	6B83 Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria
Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos	6B84 Síndrome de pica
Otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- AN atípica</li> <li>- BN (frecuencia baja y/o duración limitada)</li> <li>- TA (frecuencia baja y/o duración limitada)</li> <li>- Trastorno por purgas</li> <li>- Síndrome de ingestión nocturna</li> </ul>	6B85 Trastorno por rumiación o regurgitación
Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado	

Tabla II. Clasificación de los TCA según el DSM-5 y el CIE 11. Elaboración propia a partir de (2,4).

### **3.3. Clasificación**

La Anorexia Nerviosa (AN) es el trastorno mental con mayor mortalidad en el mundo (5). Se caracteriza por la presencia de un IMC inferior a 18,5Kg/m<sup>2</sup> en adultos y en el caso de los niños y adolescentes, por debajo del percentil 5. Además, se añade un miedo fóbico al incremento del dato ponderal y puede acompañarse de conductas purgativas

(como la inducción del vómito o el consumo de laxantes), conductas orientadas a elevar el gasto energético (por ejemplo, el aumento excesivo del ejercicio físico) y la reducción del consumo de energía (inanición). La imagen corporal es el centro de la autoevaluación de las personas que lo padecen (2).

La Bulimia Nerviosa (BN) se caracteriza por la presencia de repetidos atracones (mínimo uno a la semana) durante al menos un mes, que son precedidos de conductas de compensación para evitar la ganancia de peso (por ejemplo, el ejercicio excesivo, el uso de enemas o la provocación del vómito). Un atracón se produce cuando existe un consumo elevado de alimentos en un periodo de tiempo no superior a dos horas, y durante el cual la persona experimenta una sensación subjetiva de falta de control sobre la cantidad y el tipo de alimentos que ingiere (2,4).

Los Trastornos por Atracón (TA) guardan una estrecha relación con la BN. Están presentes los episodios de atracones, pero no son precedidos de conductas compensatorias para evitar la elevación del dato ponderal. Existe un deterioro significativo en las áreas más importantes de la persona que lo padece (personal, familiar, social...) (2).

Los trastornos por rumiación consisten en la presencia de episodios de regurgitación y que no son asimilables a vómitos. Se diagnostica a partir de los 2 años.

El trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria, se produce cuando una persona realiza una restricción en cantidad o variedad de los alimentos y esto llega a producir una situación nutricional deficitaria. El objetivo de la restricción no es la pérdida de peso y no se debe a otra afección médica (2,4).

El síndrome de pica, solo contemplado en el CIE-11, consiste en el consumo de sustancias no nutritivas y al igual que en el trastorno por rumiación, se diagnostica a partir de los 2 años (2).

Por último, se les llama trastorno de la conducta alimentaria no especificado a las presentaciones incompletas de determinados TCA. Esta categoría solo se encuentra contemplada por el DSM-5 (4).

### **3.4. Prevalencia y epidemiología**

La prevalencia varía según los factores característicos propios de la población estudiada, como por ejemplo la edad, el género, la cultura... Existe mayor incidencia de TCA en mujeres que en hombres, y se asocia a efectos socioculturales, que están relacionados con la globalización de la idea de delgadez, insatisfacción con el propio cuerpo, los malos hábitos nutricionales (dietas, comer en exceso, comida rápida...) la Salud Mental (SM) y, son considerados potenciales predictores para la BN y TA (5).

En la actualidad, según los últimos estudios de prevalencia realizados en España a población de entre 12 y 21 años, los trastornos con mayor incidencia son los trastornos alimentarios no especificados, seguidos por la BN y precedidos por la AN (6). No se encuentra unanimidad en los porcentajes exactos.

La pandemia por COVID-19 ha supuesto para los trastornos de la conducta alimentaria un notable incremento tanto en la incidencia de aparición como en las reagudizaciones en enfermedades ya instauradas. Esto se relaciona con unos mayores niveles de ansiedad, la situación de aislamiento y al miedo a infectarse de una enfermedad contagiosa, que ha tenido como consecuencia una disminución en la capacidad para la adopción de estrategias de afrontamiento adaptativas (7,8). El grupo de edad más afectado por el COVID-19 ha sido la población adolescente, sufriendo una mayor incidencia en los síntomas compulsivos (como los restrictivos) y un aumento del riesgo de autolesión y suicidio (8).

### **3.5. Factores de riesgo. Factores mantenedores de la enfermedad.**

Existen dos clases de factores de riesgo, los modificables y los no modificables. Los factores de riesgo modificables con los factores sobre los que se puede intervenir para reducir la probabilidad de contraer la enfermedad, o pueden ser no modificables, son inherentes a la persona. Los factores no modificables son la edad (más frecuentes en personas adolescentes y en los primeros años de la adultez), el género o la herencia. Los factores de riesgo modificables son los que sí se pueden cambiar como la presencia de eventos traumáticos en la vida de las personas enfermas (abuso físico y/o sexual), la participación en deportes en los que sea importante la estética o la práctica de dietas estrictas (5). Con estos datos, se determina que la población con mayor riesgo de

padecer un TCA son las mujeres adolescentes y en los primeros años de la adultez, las que practican un deporte cuyos requisitos físicos asociados a dietas son muy estrictos, las mujeres en prisión, los niños con alergias alimentarias y la población obesa (9).

También existen los factores mantenedores, que influyen en la manifestación y la perduración de los síntomas. Hay varios conceptos importantes respecto a estos factores, estos son:

**Acomodación del síntoma:** Se refiere a la normalización de ciertas conductas no adaptativas que realiza la persona enferma y que son adoptadas por el resto de las personas convivientes como si de un estilo de vida se tratase, incorporándolas a las dinámicas familiares (ej.: Elegir productos bajos en grasa o libre de azúcares) o ejercer un exhaustivo conteo de calorías. Inicialmente la acomodación se realiza para facilitar la vida a la persona enferma, pero a medio-largo plazo, genera un malestar mayor en la persona cuidadora (10).

La emoción expresada es otro de los conceptos. Es la actitud que adoptan las personas que cuidan. Esta está caracterizada por una gran implicación emocional, criticismo y hostilidad. La emoción expresada es directamente proporcional a una mala respuesta al tratamiento por parte del paciente, a tasas más elevadas de recaída y a mayor duración del trastorno. Existe relación entre el estrés de los cuidadores familiares y la duración del trastorno (10).

El trastorno se convierte en el núcleo de la vida familiar (10).

### **3.6. Signos, síntomas y complicaciones asociadas**

Los signos y síntomas varían dependiendo del trastorno concreto y, por lo tanto, las complicaciones secundarias a estos también. Las más frecuentes se encuentran en la tabla III. Además, se asocian a comorbilidades de carácter psiquiátrico como el trastorno obsesivo compulsivo, el déficit de atención e hiperactividad, los ataques de pánico, abuso de sustancias, desorden bipolar y síndrome de estrés postraumático (11-13).

Características	
<b>Cardiovasculares</b>	Cambios estructurales: <b>Pérdida de masa miocárdica</b> → Insuficiencia cardiaca; reversibles al aumentar el peso
	Cambios funcionales: <b>Bradicardia, hipotensión</b> <b>Alteraciones electrolíticas</b> → alteración del electrocardiograma
<b>Endocrino- metabólicas</b>	Mujeres: <b>Amenorrea e infertilidad</b> (lo produce la pérdida de peso) Hombres: <b>Disminución de testosterona</b> → disfunción eréctil <b>Déficit de factor de crecimiento (IGF-1)</b> <b>Déficit de triyodotironina (T3)</b> <b>Aumento del cortisol.</b> Se produce por aumento del estrés Alteración en la secreción de hormona antidiurética Disminución de la oxitocina (su descenso es directamente proporcional a la severidad del cuadro) <b>Hipercolesterolemia</b>
	<b>Musculo- esqueléticas</b>
<b>Digestivas</b>	En conductas restrictivas → <b>Gastroparesia</b> En conductas purgativas → <b>Hipertrofia de glándulas parotídeas y/o reflujo gastro-esofágico.</b> <b>Elevación de las transaminasas</b> <b>Pancreatitis</b> → Activación de proteasas (en BN se asocia al consumo de alcohol) <b>Colon catártico</b>
	<b>Dermatológicas</b>
<b>Neurológicas</b>	AN: <b>Atrofia cerebral</b> (causa desconocida) <b>Encefalopatía de Wernicke</b>
<b>Renales y electrolíticas</b>	<b>Disminución del filtrado glomerular</b> <b>Alcalosis metabólica</b> <b>Hipomagnesemia y/o hipofosfatemia</b> <b>Litiasis por oxalatos</b>
<b>Hematológicas</b>	Las complicaciones hematológicas son indicadores de gravedad <b>Anemia normocítica normocrómica</b> → Leucopenia → Aumento de infecciones → Trombopenia (riesgo de hemorragia) <b>Pancitopenia</b>
<b>Respiratorias</b>	<b>Menor capacidad pulmonar</b> → riesgo de infecciones Mayor probabilidad de: <b>enfisema, neumotórax espontáneo.</b> <b>Neumomediastino</b> (por rotura de los alveolos) <b>Disfagia y/o reflujo gastroesofágico</b>
<b>Emocionales</b>	<b>Ansiedad y depresión</b> <b>Síntomas externalizantes</b> (agresividad, conductas delictivas...) <b>Trastorno depresivo mayor</b> (sobre todo en adolescentes)

Tabla III. Signos, síntomas y complicaciones generales de los TCA. Elaboración propia a partir de (12,14).

### **3.7. Prevención**

El objetivo principal de la prevención primaria es la evitación de la aparición de la enfermedad mediante la promoción de la salud a través del control de las causas y los factores de riesgo. Existen grupos con mayor riesgo de padecer la enfermedad. Estas divisiones se realizan según la edad (periodo adolescente), el género (mujeres) o por la participación en actividades de riesgo (actividades que exigen un control del dato ponderal estricto como el modelaje o competir como atleta) (15). Según la evidencia, para que la prevención primaria sea posible y efectiva, ha de realizarse a través de la promoción de la salud fundamentándose en las terapias motivacionales y de disonancia cognitiva (16).

La prevención secundaria tiene como objetivo la detección temprana de la enfermedad que ya está presente en la persona pero que aún no muestra manifestaciones clínicas. Se realiza principalmente desde atención primaria, pero se han detectado lagunas asistenciales. Las más importantes que afectan a SM se relacionan con el bajo índice de detección de la patología en atención primaria y su posterior derivación al servicio de SM. Estos factores se asocian a una formación inadecuada del personal, equívoca valoración del cuadro clínico, estigma social y errores en la valoración etiológica, lo que concluye en un inadecuado tratamiento (9).

Para su ejecución existen varias opciones. Los programas fundamentados en la disonancia cognitiva y los cognitivo-conductuales son los que mejores resultados muestran. El resto de las opciones, muestran resultados positivos, pero exponen carencias a falta de investigación (10).

### **3.8. Detección precoz**

Es habitual que la mayor parte de la detección y prevención esté dirigida a las presentaciones más frecuentes de los TCA que son la AN, BN, TA y los trastornos alimentarios no especificados, pero también hay que tener en cuenta las nuevas inclusiones. Realizar una detección precoz mejora el pronóstico y, por lo tanto, reduce la cronicidad (9).

Atención primaria es uno de los primeros recursos a los que las personas acuden, por eso es crucial que su personal este adecuadamente actualizado y formado en la detección y el manejo de estos casos. Es muy importante favorecer un entorno tranquilo

y privado para fomentar que el paciente manifieste sus miedos y su situación ante los profesionales (9).

Existen determinadas herramientas de cribado que ayudan a determinar la existencia o no de síntomas susceptibles de pertenecer a un cuadro patológico. Los más usados en atención primaria son la Prueba de Actitudes Alimentarias (EAT-26) o el cuestionario de SCOFF (9,17,18).

El cuestionario de SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food), consta de 5 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), con los que se valora el peso que tiene la comida en la vida diaria, la imagen corporal, la variación o no del dato ponderal, la preocupación por la comida y la consideración o no de enfermedad. Está dirigido para ser aplicado en la población de riesgo y determina la presencia o no de resultados compatibles con un TCA (9,17,19).

El EAT-26 es un cuestionario que recoge información acerca de varias características susceptibles de un cuadro de TCA. Se divide en tres partes. La primera parte recoge información para cuantificar el IMC. La segunda parte consta de 26 ítems que procuran valorar los ámbitos de restricción, conductas bulímicas y grado de autocontrol con referencia a la alimentación. El último apartado se relaciona con el comportamiento alimenticio en los últimos 6 meses y lo valora a través de 5 ítems (3,9,20).

### **3.9. Tratamiento**

Uno de los requisitos más importantes para poder comenzar un tratamiento eficaz es que la persona reconozca que su comportamiento con respecto a la comida le genera un problema de salud y es una conducta no adaptativa que debe modificarse (21).

El objetivo principal del tratamiento es restablecer el estado nutricional y que la persona instaure en su día a día un patrón de nutrición saludable a través de la educación nutricional, además de resolver los problemas psicológicos que han originado estas conductas (21).

La educación nutricional tiene como objetivo restablecer un patrón alimenticio deficitario a nivel nutricional y transformarlo en uno que cumpla todos los requerimientos nutricionales acordes con las características de la persona y sus circunstancias, teniendo como principal objetivo un estado anímico saludable. Este objetivo se alcanza



a través de la transmisión de conocimientos al respecto tanto al paciente como a su entorno más cercano (3).

La educación nutricional no está indicada en todos los pacientes ya que para que sea efectiva y tenga un impacto positivo en la vida del paciente, es necesario que este cumpla unos requisitos y realizarla en el momento más adecuado. Los requisitos son los siguientes: poseer un estado nutricional mínimo, tener intención y motivación para realizar un cambio y entender cuál es el fin de la educación nutricional y aceptar recibirla (3).

Esta educación debe ser impartida por una persona profesional especializada, como lo es un nutricionista (grado en Nutrición Humana y Dietética) y así es reconocido en la American Psychiatric Association. Es posible impartirla en cualquiera de las modalidades de tratamiento disponibles (hospitalización, hospital de día, hospitalización ambulatoria, clínica...) (3).

Existen varios modelos de tratamiento aplicables a los TCA con diferentes enfoques y todos deben adecuarse a las características concretas de cada paciente y cada caso, siendo posible también realizar una combinación entre varias modalidades dependiendo de las necesidades que se valoren en cada paciente (22).

El tratamiento basado en la familia dura aproximadamente un año y se divide en tres fases. Su aplicación, reconoce a la familia como pieza fundamental en el tratamiento y la dota de conocimientos y actitud para poder ser el motor principal del cambio y junto con la terapeuta y el paciente, llevar a cabo la recuperación de este (23, 24).

El objetivo de la persona terapeuta es enseñar, apoyar y ayudar a las madres y los padres a manejar la ansiedad de su hijo/a cuando ha de enfrentarse a la comida. La función de la familia es apoyar, guiar y ayudar a su hijo/a para seguir su tratamiento y facilitar la adhesión al mismo que, dado que es una intervención breve, tiene una buena aceptación por parte de los pacientes, lo que se materializa en buenos resultados (23, 24).

La terapia cognitivo-conductual tiene muy buenos resultados en AN y BN, siendo tratamiento de primera línea en adultos para esta última y de segunda para adolescentes con AN. Es un tratamiento estructurado en 4 etapas, que precisa un mínimo de 20 sesiones y un máximo situado en torno a 40. Esta clase de terapia disminuye significativamente las consecuencias de las TCA a través de la mejora de las habilidades

de afrontamiento de los pacientes repercutiendo de manera directa y positiva en la mejora de su calidad de vida (22).

Dentro de la Comunidad de Madrid, los TCA son tratados mediante la Red de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud. Esta red está formada por una serie de recursos para tratar a los pacientes de manera personalizada, dependiendo de las características de la enfermedad de cada persona. Estos recursos son los ilustrados en la tabla IV.

Servicio	Acceso	Modalidad	Características
Servicio de Salud Mental del Distrito	Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual</li> <li>Grupal</li> </ul>	Intervención ambulatoria a través de un equipo multidisciplinar
Clínicas Ambulatorias	Centro de Salud Mental del Distrito	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual</li> <li>Grupal</li> <li>Familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comedor terapéutico</li> <li>Tratamiento médico</li> </ul>
Hospital de Día	Centro de Salud Mental del Distrito	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual</li> <li>Grupal</li> </ul>	Tratamiento intensivo durante el horario diurno
Unidad de Hospitalización Breve (UHB)	Centro de Salud Mental del Distrito	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individual</li> </ul>	Pacientes descompensados que precisan tratamiento completo y continuado durante las 24h

Tabla IV. Recursos de atención a personas con TCA en la Comunidad de Madrid. Elaboración propia a partir de (21).

En cuanto al acceso a estos recursos, en la siguiente figura se muestra el sistema de derivación que se sigue para el acceso a cada uno de ellos.



Figura I. Circuito de atención de los TCA en la Comunidad de Madrid. Elaboración propia a partir de (21).

### **3.10. Aproximación al concepto de persona que cuida**

El cuidado de personas que padecen TCA es complicado, ya que son un grupo de enfermedades que afectan a todas las esferas de la persona (física, psicológica y social), lo que complica su abordaje. En la actualidad, no existe una definición única de la palabra “cuidadora”, pero en la mayoría de los textos se asume como la persona que dedica su tiempo y esfuerzo al cuidado de una segunda que sufre TCA. Sí que existe unanimidad para hablar de niveles de implicación de las personas que cuidan, entre las que destaca la figura de la cuidadora principal, la cuidadora secundaria y la cuidadora informal. La mayoría de las personas que cuidan o “cuidadoras” son las personas más cercanas a quien sufre el trastorno, que en el caso de los adolescentes son las madres y los padres. Generalmente son las madres las que adoptan el rol de cuidadoras principales, son las que más horas dedican al cuidado de la persona dependiente y las que mayor comorbilidad tienen derivada de la sobrecarga del cuidado. Los cuidadores secundarios son los padres. De esta manera, el trastorno no solo afecta a la persona que lo sufre, sino que hace graves estragos en el núcleo y la dinámica familiar. Cuando se hace referencia a una “cuidadora informal” tiene que ver con una persona del entorno, que tiene un vínculo afectivo con la persona cuidada y, que asume las labores de cuidado de manera voluntaria. Las cuidadoras informales generalmente son mujeres, sin otra ocupación laboral, con bajo nivel de estudios y que dedican la mayor parte de su tiempo a los cuidados (10,25-27).

Las personas que cuidan, y derivándose de este rol, sufren altos niveles de estrés y angustia, sobrecarga y agotamiento físico e irremediablemente crea alteraciones en la cohesión familiar. La carencia de información y de recursos para intentar ayudar a la enferma, los intentos fallidos y la dificultad en el proceso de recuperación, crean gran sentimiento de frustración y desesperanza en la familia (10).

### **3.11. Procesos por los que transitan las personas que cuidan**

Desde que la enfermedad debuta y la cuidadora asume su rol, pasa por diferentes fases que van desde la aceptación hasta la adaptación a la situación (25,28).

Los motivos por los que se asume este papel son muy variados al igual que las emociones que se experimentan. Generalmente, los motivos están vinculados a lo

emocional, pero en ocasiones también se asume por presión social o por rechazo a otras alternativas. El punto en común de todas las emociones es la preocupación por el estado de salud del familiar (25,28).

Las consecuencias del cuidado son tanto positivas como negativas. Las cuidadoras manifiestan una pérdida de independencia para la gestión voluntaria de su tiempo ya que en muchos casos carecen de tiempo libre o han de renunciar a sus puestos de trabajo remunerado. Por otro lado, también refieren sentir satisfacción al realizar las labores propias del cuidar (25,28).

Del desempeño de este rol también derivan necesidades como la de descanso, tiempo libre, apoyo emocional y reconocimiento (25,28).

Muchas de las personas que cuidan argumentan el desempeño de este rol como solución al problema que se ha establecido (25,28).

Es importante para este proceso que las personas tengan apoyos y sean capaces de buscar estrategias que les ayuden a afrontar y a llevar a cabo estas labores. Muchas encuentran soporte en su entorno más cercano, en profesionales que les ayudan a gestionar el proceso (terapia psicológica, por ejemplo) o en la espiritualidad (25,28).

### **3.12. Desarrollo del modelo de estrés y afrontamiento (Treasure 2007)**

El modelo Treasure es un modelo teórico enfocado al estrés y las maneras de afrontarlo en las cuidadoras de pacientes que sufren TCA. El modelo explica como estas cuidadoras pueden desarrollar estrés, ansiedad o depresión y lo hace ensalzando unos factores entre los cuales hay algunos sobre los que se puede incidir (modificables) reduciendo el malestar secundario a ellos y otros que no pueden modificarse (no modificables) (29). En la tabla V se agrupan estos factores.

<b>Afrontamiento del rol de cuidadora</b>	
<b>Factores modificables</b>	<b>Factores no modificables</b>
Estigma	Problemas derivados del trastorno
Consciencia de enfermedad. Percepción de síntomas	Resistencia para aceptar la enfermedad, el tratamiento y/o negación de los síntomas
Tiempo de contacto entre cuidadora y persona enferma	
Presión asociada al rol de cuidadora	
Relaciones interpersonales	
Necesidades insatisfechas	
<b>Ansiedad, depresión y estrés</b>	

Tabla V. Modelo de Estrés y Afrontamiento (Treasure 2007). Elaboración propia a partir de (29).

A continuación, se describe cada uno de los factores que representa el modelo.

- Resistencia para aceptar la enfermedad el tratamiento y/o negación de los síntomas

Se establece como uno de los factores sobre los que las cuidadoras no pueden tener ningún control porque está relacionado con la propia naturaleza de la enfermedad y sus síntomas, pero sí se puede intentar trabajar con la persona enferma para motivar el cambio de conducta, ya que este hecho influirá positivamente en su estado y su pronóstico (29,30).

- Problemas derivados del trastorno

No se puede cambiar directamente, por lo que se trabaja de manera indirecta mediante la implicación en la rehabilitación y recuperación de la persona enferma (29).

- Consciencia de enfermedad. Percepción de los síntomas

La percepción de la enfermedad hace referencia a lo que entiende la persona afectada que es su enfermedad. En esa percepción influyen varios factores externos como el contexto en el que se desarrolla la persona enferma, las estrategias de afrontamiento con las que cuenta previamente, y la evaluación que hace de lo que le está sucediendo (29).

- Tiempo de contacto entre cuidadora y persona enferma

El aumento de malestar de la cuidadora es directamente proporcional al número de horas que pasa junto a la persona enferma y a la percepción negativa de su calidad de vida.

Es frecuente la creencia de que el aumento del número de horas que se pasa con la persona enferma es favorable y alivia sus síntomas, sin embargo, puede llegar a ser contraproducente. El modelo de Treasure recomienda a las cuidadoras realizar una adecuada gestión del tiempo, tanto el que se pasa con la persona enferma como el que se dedican a sí mismas y a otras labores, ya que una adecuada administración del tiempo le facilitará nuevas perspectivas, reflexión y descanso, muy necesarias para desarrollar de manera adecuada el rol que adoptan (29).

- Presiones asociadas al rol de cuidadora

Aparece la sensación de tener una “carga” causada por las situaciones adversas que derivan de la persona enferma y que afectan negativamente a la vida de la cuidadora de manera física, emocional y social (29).

- Relaciones interpersonales

La evidencia científica determina que las relaciones familiares influyen en el curso y mantenimiento de las enfermedades (29).

- Necesidades insatisfechas

Es habitual que las familias en las que una persona sufre TCA manifiesten falta de información y de recursos, hecho que genera mayor sentimiento de incertidumbre, vulnerabilidad y desasosiego (31).

Hay tres aspectos en los que las cuidadoras han manifestado la necesidad de tener más información, y estos han sido respecto al conocimiento de los signos que se manifiestan en momentos tempranos de la enfermedad, información acerca del tratamiento y asesoramiento respecto a las conductas alimenticias (29).

- Estigma

El estigma hace referencia a un conjunto de características que posee la persona enferma que hace que socialmente se le incluya en una categoría hacia la que existe un alto número de prejuicios como son las enfermedades dentro del área de la salud mental, por lo que estas personas sufren discriminación, minusvaloración y marginación. En el caso de los TCA, además sufren un segundo estigma y es la falsa creencia de que no es una enfermedad sino un conjunto de malas conductas dirigidas hacia la comida que se realizan de manera voluntaria, por lo que se culpabiliza a la persona enferma de su conducta, hecho nada favorable para su recuperación (29,32).

### 3.13. Abordaje terapéutico de la enfermería

La figura de enfermería está integrada en el proceso de atención de los TCA tanto en la atención primaria como en la atención especializada incorporada dentro del equipo multidisciplinar (33).

La labor de la enfermería en atención primaria es fundamental ya que su objetivo principal es la detección y valoración precoz del caso, hecho del que depende la adecuación del tratamiento y el inicio de este lo antes posible, mejorando de esta manera su pronóstico. Desde la atención primaria existen dos opciones, aplicar el tratamiento desde este mismo nivel asistencial o derivarlo a atención especializada. Esta decisión depende de las características propias de cada paciente (34).

A continuación, la tabla VI muestra las diferentes competencias que tienen los equipos asistenciales dependiendo del nivel de asistencias.

Atención Primaria	Atención Especializada
Detección y diagnóstico precoz	Valoración y establecimiento del diagnóstico (completar la historia con la información de atención primaria)
Decidir modalidad de abordaje (atención primaria o derivación a especializada)	Definición del problema
Iniciar rehabilitación nutricional	Formulación de los objetivos terapéuticos
Supervisión y seguimiento del tratamiento	Aplicación del tratamiento
Aportar y aclarar información tanto al paciente como a la familia	Plazos para la evaluación de la evolución
Intervención con las familias	Aportar y aclarar información tanto al paciente como a la familia
Control de complicaciones físicas	

Tabla VI. Competencias sanitarias de la atención primaria y de la atención especializada con respecto a los TCA. Elaboración propia a partir de (34).

Dentro de las competencias de la enfermería en salud mental están las funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación (33). La tabla VII desarrolla este punto.

<b>Competencias de la enfermería en salud mental</b>	
<b>C. Asistenciales</b>	Creación de una adecuada relación terapéutica como instrumento para el tratamiento
	Formular juicios clínicos
	Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería
	Participar en la elaboración del plan integral aportando planes de cuidados específicos
	Elaboración del informe de continuidad de cuidados de enfermería
	Elaborar, aplicar y evaluar guías clínicas de cuidados de enfermería
	Manejar e indicar el uso de fármacos
	Programar y desarrollar planes de cuidado en la comunidad
	Gestionar los casos que requieren continuidad de cuidados
	Asesoramiento a otros profesionales
<b>C. Docentes</b>	Educar en salud mental a personas, familias, grupos y comunidades
	Formar en salud mental a futuros profesionales, especialistas, así como colaborar en la formación de otros profesionales.
<b>C. Investigadoras</b>	Generar conocimiento científico en su ámbito
	Participar en proyectos de investigación
<b>C. Gestión</b>	Participar en las funciones de gestión dentro de los servicios de salud mental
	Participar en la fijación de objetivos y estrategias en salud mental
	Gestión de recursos humanos

Tabla VII. Competencias de la enfermería en Salud Mental. Elaboración propia a partir de (33).



## 4. Justificación

Una vez se conoce el gran incremento de casos y reagudizaciones de los TCA debido a las situaciones vividas durante la pandemia de falta de acceso a recursos sanitarios o de confinamiento domiciliario y sus consecuencias y, además, se reconoce como un problema de salud mental grave potencialmente mortal cuya mayor incidencia se produce en personas en edades en torno a la adolescencia (entre 13 y 18 años), y por lo tanto, con un alto número de personas enfermas que aún conviven con sus madres y sus padres y dependen de ellos, son estos los que se encargan de su cuidado cuando enferman, convirtiéndose en cuidadores principales y secundarios. Analizadas las necesidades de estos cuidadores y valorado el impacto que esta situación produce en los núcleos familiares, se cree oportuno trabajar desde la enfermería, en concreto desde la enfermería especialista en salud mental, ejerciendo su función de docencia a través de la realización de actividades educativas encaminadas a la promoción de la salud en la comunidad y a la prevención de riesgos asociados a estos, en un proyecto educativo que fomente la adquisición principalmente de información y de habilidades en las personas que cuidan de adolescentes que sufren TCA, cubriendo de esta manera las demandas más importantes que estas personas realizan a los profesionales sanitarios.

## 5. Población y captación

### 5.1. Población diana

El proyecto educativo está dirigido a las personas que cuidan de adolescentes que sufren TCA en un rango de edad entre los 13 y los 18 años y que están en seguimiento por el Centro de Salud Mental perteneciente al Hospital Universitario del Tajo (Aranjuez). En este centro, según los últimos datos estadísticos del año 2021, se atendieron un total de 12.045 pacientes en el servicio de Salud Mental (35).

### 5.2. Captación

La captación para la realización del presente proyecto educativo se llevará a cabo desde el hospital. Principalmente, la captación se realizará desde el Centro de Salud Mental incorporado en el mismo hospital, a través de los siguientes medios:

- Profesionales sanitarios: Los profesionales sanitarios que trabajen en esta área serán informados y equipados con unos folletos informativos (*Anexo 1*) que deberán repartir a las personas que cuidan de los pacientes que sufren TCA y que cumplen los requisitos del proyecto.
- Carteles informativos: Se publicarán carteles (*Anexo 2*) en zonas estratégicas del hospital como el área de endocrinología, las entradas al mismo, el área de urgencias o el área de extracciones, con el objetivo de hacerlo llegar a la mayor cantidad de gente posible. También se colgarán los carteles en los corchos informativos.
- Redes sociales: Se publicará el cartel en los diferentes perfiles de redes sociales de los que disponga el hospital.

El objetivo de la captación es atraer al mayor número de asistentes posibles para acudir a las sesiones educativas que se impartirán en un aula de formación dentro del mismo hospital.

## 6. Objetivos

### 6.1. Objetivos generales

Existen dos objetivos generales:

- Aportar información, educación y recursos a las personas que cuidan del adolescente con TCA, con el fin de prevenir complicaciones derivadas de este rol en su estado de salud.
- Favorecer la rehabilitación de la persona enferma a través de una adecuada participación y manejo de la situación por parte de las personas que les cuidan.

### 6.2. Objetivos específicos

Hacen referencia a las 3 áreas de aprendizaje. Estas son:

- Área cognitiva:
  - La persona cuidadora será capaz de identificar sus falsas creencias sobre la enfermedad y sustituirlas por información veraz y objetiva.
  - La cuidadora identificará los signos y síntomas de la enfermedad, así como los signos y síntomas de descompensación de esta.
  - La cuidadora será capaz de reproducir las indicaciones de los profesionales, relacionadas con el tratamiento, en el domicilio.
  - La cuidadora será capaz de identificar los recursos disponibles para el tratamiento de la persona enferma.
- Área emocional:
  - La persona cuidadora será capaz de expresar su experiencia en un grupo de iguales.
  - La cuidadora verbalizará un grado óptimo de comprensión de lo expuesto durante las sesiones.
  - La cuidadora participará de forma activa en las actividades propuestas en las sesiones.
  - La cuidadora comunicará sus deseos de adquirir nuevos conocimientos y habilidades.
  - La cuidadora será capaz de expresar sus miedos y dudas.

- Área de habilidades:
  - La persona cuidadora desarrollará habilidades adaptativas de afrontamiento de la situación.
  - La cuidadora demostrará haber adquirido nuevos conocimientos respecto a la enfermedad a la finalización de las sesiones.
  - La cuidadora demostrará niveles más bajos de ansiedad que al inicio de las sesiones.
  - La cuidadora será capaz de realizar las acciones propuestas en las sesiones de manera veraz y fehaciente.

## 7. Contenidos

Los contenidos que se desarrollarán en las sesiones se distribuirán de la siguiente manera:

### **Sesión 1. Introducción a los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

- Valoración de los conocimientos del grupo respecto a los TCA
- Introducción a los TCA, prevalencia y clasificación
- Valoración de las necesidades del grupo en concreto a través del cuestionario de medida de evaluación de las necesidades de las personas que cuidan (CaNAM) (36).
- Valoración de la integración de los conocimientos y habilidades adquiridas

### **Sesión 2. Detección y manejo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

- Signos, síntomas y complicaciones
- Factores de riesgo y mantenedores de la enfermedad
- Prevención y tratamiento
- Valoración de la integración de los conocimientos y habilidades adquiridas

### **Sesión 3. Las personas que les cuidan y sus necesidades I**

- Aproximación al concepto de persona que cuida
- Procesos que siguen las cuidadoras y estrategias a seguir
- Puesta en práctica
- Valoración de la integración de los conocimientos y habilidades adquiridas

### **Sesión 4. Las personas que les cuidan y sus necesidades II**

- Recursos disponibles en la zona sur de la Comunidad de Madrid
- Valoración de la sobrecarga en la persona que cuida
- Resumen y conclusión de las sesiones teóricas
- Valoración de la integración de los conocimientos y habilidades adquiridas

### **Sesión 4. Testimonio y cierre de proyecto**

- Testimonio de una persona que haya pasado por la misma situación
- Puesta en común de sensaciones y emociones a lo largo del proyecto
- Cuestionario final de satisfacción global

## 8. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

### 8.1. Cronograma

El proyecto educativo se realizará en un aula del Centro de Salud Mental del Hospital Universitario del Tajo. Se celebrarán 5 sesiones con una duración máxima aproximadamente de 90 minutos cada una. Se realizarán una vez por semana durante el mes de mayo. El número máximo de asistentes será de 12 personas y el mínimo de 4. Tanto esta información como la distribución de las sesiones en el calendario será facilitada a los asistentes antes del comienzo de esta.

La celebración de las sesiones se ofertará tanto en turno de mañana como en turno de tarde. Las sesiones quedarán distribuidas de la siguiente manera:

Turno de mañana	
<b>Sesión 1</b>	Lunes 1/05/2023 (09:00- 10:30)
<b>Sesión 2</b>	Lunes 8/05/2023 (09:00-10:30)
<b>Sesión 3</b>	Lunes 15/05/2023 (09:00-10:30)
<b>Sesión 4</b>	Lunes 22/05/2023 (09:00-10:30)
<b>Sesión 5</b>	Lunes 29/05/2023 (9:00-10:30)

Turno de tarde	
<b>Sesión 1</b>	Lunes 1/05/2023 (16:00- 17:30)
<b>Sesión 2</b>	Lunes 8/05/2023 (16:00-17:30)
<b>Sesión 3</b>	Lunes 15/05/2023 (16:00-17:30)
<b>Sesión 4</b>	Lunes 22/05/2023 (16:00-17:30)
<b>Sesión 5</b>	Lunes 29/05/2023 (16:00-17:30)

### 8.2. Docentes

Todas las sesiones estarán impartidas por un profesional de enfermería que esté en posesión del correspondiente graduado y, además, sea especialista en el ámbito de la Salud Mental. También, se contará con el apoyo de una persona que haya sido cuidadora de un adolescente que haya padecido TCA y en la actualidad esté recuperado. Para ello, se contará con el apoyo de asociaciones de familiares y/o pacientes que serán invitadas a participar. Además, también será preciso el apoyo de las diferentes figuras que trabajan en el Centro de Salud Mental para la difusión en las consultas y la impartición de las sesiones.

### **8.3. Sesiones**

En las siguientes tablas se describen de manera detallada las sesiones, los objetivos educativos, los contenidos, la metodología, el tiempo empleado en cada contenido y los recursos tanto humanos como materiales, necesarios para el desarrollo del proyecto.

**Sesión 1. Introducción a los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

<b>Objetivos</b>	<b>Contenido</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>
Exposición del proyecto, de la persona que lo imparte y los asistentes	<b>Presentación del proyecto, docentes y asistentes</b>	Técnica expositiva: A través del discurso Técnica de presentación: Ovillo de lana (se determina el turno de presentación mediante el pase aleatorio de un ovillo de lana entre las personas que asisten)	20 minutos	R. Materiales: Ovillo de lana R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Valorar los conocimientos previos del grupo para poder evaluar posteriormente la progresión	<b>Valoración de los conocimientos colectivos respecto al tema principal</b>	Técnica de investigación en el aula: Frases incompletas (Se completan frases que la persona que imparte el taller ha comenzado con anterioridad) ( <i>Anexo 3</i> )	10 minutos	R. Materiales: Ordenador, presentación y proyector R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
		Cuestionario pre- sesiones	10 minutos	R. Materiales: Cuestionario en papel y bolígrafo ( <i>Anexo 4</i> ) R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Que los asistentes conozcan de manera objetiva los TCA, su prevalencia y su clasificación	<b>Introducción a los TCA, prevalencia y clasificación</b>	Técnica expositiva: Exposición oral apoyada en presentación	30 minutos	R. Materiales: Ordenador, presentación y proyector R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Conocer las necesidades de cada persona en su rol de cuidadora	<b>Valoración de las necesidades como cuidadores de las personas asistentes</b>	Cuestionario CaNAM ( <i>Anexo 5</i> )	10 minutos	R. Material: Cuestionario en papel y bolígrafo R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Valorar los conocimientos y las habilidades adquiridas en la sesión	<b>Valoración de la integración de conocimientos y habilidades nuevas</b>	Técnica de investigación en el aula: Tormenta de ideas	10 minutos	R. Materiales: Pizarra y rotulador ( <i>Anexo 6</i> ) R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental



**Sesión 2. Detección y manejo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria**

<b>Objetivos</b>	<b>Contenido</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>
Transmitir conocimientos veraces sobre signos, síntomas y complicaciones	<b>Exposición de signos, síntomas y complicaciones de los TCA</b>	Técnica expositiva: Lección con discusión (La profesional impartirá la lección y se realizará un debate posterior)	25 minutos	R. Materiales: Ordenador, presentación y proyector R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Transmitir conocimientos veraces sobre factores de riesgo y factores mantenedores	<b>Exposición de factores de riesgo y factores mantenedores de la enfermedad</b>	Técnica expositiva: Lección con discusión	25 minutos	R. Materiales: Ordenador, presentación y proyector R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Transmitir conocimientos veraces sobre prevención y tratamiento	<b>Explicación de la prevención y el tratamiento de los TCA</b>	Técnica expositiva: Lección con discusión	30 minutos	R. Materiales: Ordenador, presentación y proyector R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Valorar los conocimientos y las habilidades adquiridas en la sesión	<b>Valoración de la integración de conocimientos y habilidades nuevas</b>	Técnica de investigación en el aula: Tormenta de ideas	10 minutos	R. Materiales: Pizarra y rotulador ( <i>Anexo 6</i> ) R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental

### Sesión 3. Las personas que cuidan y sus necesidades I

Objetivos	Contenido	Metodología	Tiempo	Recursos
Que los asistentes conozcan las características de las personas que cuidan	<b>Aproximación al concepto de la persona que cuida</b>	Técnica expositiva: Lección con discusión	30 minutos	R. Materiales: Ordenador, presentación y proyector R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Transmitir conocimientos acerca de los procesos y las estrategias a seguir durante el proceso de cuidar	<b>Procesos por los que pasan las personas cuidadoras y estrategias a seguir durante el mismo</b>	Técnica expositiva: Lección con discusión	25 minutos	R. Materiales: Ordenador, presentación y proyector R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Ejemplificar de una manera representativa alguna de las estrategias	<b>Práctica de estrategias</b>	Role- playing en el que varias personas representen una situación real	25 minutos	R. Materiales: Cuestionario de valoración y bolígrafo ( <i>Anexo 7</i> ) R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Valorar los conocimientos y las habilidades adquiridas en la sesión	<b>Valoración de la integración de conocimientos y habilidades nuevas</b>	Técnica de investigación en el aula: Tormenta de ideas	10 minutos	R. Materiales: Pizarra y rotulador ( <i>Anexo 6</i> ) R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental

**Sesión 4. Las personas que cuidan y sus necesidades II**

<b>Objetivos</b>	<b>Contenido</b>	<b>Metodología</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Recursos</b>
Que los asistentes conozcan los recursos que tienen a su alcance	<b>Recursos disponibles para la zona sur de la Comunidad de Madrid</b>	Técnica expositiva: Lección con discusión	30 minutos	R. Materiales: Ordenador, presentación y proyector R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Conocer el grado de sobrecarga de cada una de las personas	<b>Valoración de la sobrecarga en la persona que cuida</b>	Cuestionario de Zarit ( <i>Anexo 8</i> ) (37)	10 minutos	R. Materiales: Cuestionario en papel R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Puesta en común de pensamientos y emociones	<b>Intercambio de resultados con el grupo</b>	Coloquio grupal	10 minutos	R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Conocer el grado de integración de nuevos conocimientos y fijación de conceptos clave	<b>Análisis y resumen de las sesiones</b>	Técnica expositiva: Lección con discusión	30 minutos	R. Materiales: Ordenador, presentación y proyector R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Valorar los conocimientos y las habilidades adquiridas en la sesión	<b>Valoración de la integración de conocimientos y habilidades nuevas</b>	Técnica de investigación en el aula: Tormenta de ideas	10 minutos	R. Materiales: Pizarra y rotulador ( <i>Anexo 6</i> ). R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental

**Sesión 5. Testimonio y cierre de proyecto**

Objetivos	Contenido	Metodología	Tiempo	Recursos
Aportar una experiencia esperanzadora	<b>Testimonio de una persona que haya pasado por una situación similar</b>	Técnica expositiva: Charla-coloquio (La persona invitada realiza una exposición durante la cual se interactúa con las asistentes)	50 minutos	R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental y la persona que expone su testimonio
Intercambiar experiencias con el grupo	<b>Intercambio de sensaciones y emociones experimentadas a lo largo del proyecto</b>	Coloquio grupal	30 minutos	R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental
Conocer el grado de satisfacción de las personas asistentes a las sesiones	<b>Cuestionario final de satisfacción</b>	Cuestionario en papel ( <i>Anexo 9</i> )	10 minutos	R. Materiales: Cuestionario en papel y bolígrafo R. Humanos: Enfermera especialista en Salud Mental

## 9. Evaluación

Tiene como objetivo la valoración de la calidad de todos los procesos llevados a cabo dentro del presente proyecto educativo.

### 9.1. Evaluación de la estructura y el proceso

Esta primera evaluación valora la planificación y la programación de las sesiones, así como la organización del contenido que se imparte en cada una de ellas. Al final de la 5ª sesión, se facilitará a las personas asistentes un cuestionario (*Anexo 9*) relativo al grado de satisfacción global y que contendrá ítems referentes a las fechas y horarios, el número de sesiones, los contenidos, las técnicas educativas o los recursos utilizados, entre otros.

Resulta necesario para evaluar el resultado del proceso de captación, llevar un control del número de personas que han asistido a las sesiones (*Anexo 10*). Para ello, se solicitará a las asistentes que firmen junto a su nombre en una hoja que se le facilitará al inicio de cada sesión.

### 9.2. Evaluación de resultados

Esta evaluación busca valorar el impacto del proyecto educativo en las personas asistentes, tanto a corto como a largo plazo, y valorar la consecución de los objetivos ligados a las tres áreas de aprendizaje.

#### Evaluación a corto plazo

- Área cognitiva:  
Se aborda a lo largo de las cuatro primeras sesiones y se valora a través de las tormentas de ideas que se llevan a cabo al final de cada sesión por la enfermera que imparta el taller (*Anexo 6*), al igual que en los coloquios y las discusiones.
- Área de habilidades:  
Se valora a través de las actividades propuestas durante las sesiones. Principalmente, se realiza esta valoración a través del análisis del role- playing

que se lleva a cabo en la 3ª sesión (*Anexo 7*). Esta valoración será realizada por la enfermera que imparta la sesión. Es importante tener en cuenta el resto de las actividades propuestas durante el resto de las sesiones, como por ejemplo los coloquios y las discusiones referentes al contenido impartido llevadas a cabo durante todo el proyecto.

- **Área afectiva:**

Se trabaja principalmente en la 5ª sesión a través del intercambio de sensaciones, emociones y experiencias y, de manera simultánea durante el testimonio. La evaluación la lleva a cabo la profesional a través de la valoración de lo expuesto por las personas asistentes.

#### Evaluación a largo plazo

A los 30 días de la finalización de la última sesión impartida del proyecto, se contactará con las personas que hayan asistido mediante correo electrónico y se adjuntará al mismo un cuestionario de conocimientos post- sesiones. Se valorará el nivel de impacto sobre las asistentes comparando estos resultados con los resultados del cuestionario pre- sesiones que se llevó a cabo en la primera sesión del proyecto (*Anexo 4*).

## 10. Bibliografía

1. Gómez-Candela C, Palma Mila 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. *Nutr Hosp* 2018;35:489-494
2. Organización Mundial de la Salud. Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11) 2020
3. Loria Kohen V, Campos del Portillo R, Valero Pérez M, Mories Álvarez MT, Castro Alija MJ, Matía Martín MP et al. Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencia. *Nutr Hosp* 2021;38(4):857-870.
4. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
5. Iturbe I, Maiz E. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria desde las diferentes perspectivas psicológicas. *Nutr Hosp* 2022;39(2):68-80
6. Acab.org, Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Barcelona: Acab.org; 2022[ acceso 23 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/>
7. Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud; 2022
8. Samatán-Ruiz EM, Ruiz-Lázaro PM. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Rev. Psiquiatr. Infanto-Juv* 2021;38(1):40-52
9. Imaz Roncero C, Ruiz Lázaro PM, Pérez Hornero J. Enfoques utilizados en la prevención secundaria de los trastornos de la conducta alimentaria: revisión de la evidencia y la efectividad. *Nutr Hosp* 2022;39(2):97-111

10. Sepúlveda AR, Moreno A, Beltrán L. Actualización de las intervenciones dirigidas al contexto familiar en los trastornos del comportamiento alimentario: El rol de los padres. *Rev.Psicoter* 2020;31(115):49
11. Ayuzo-del Valle NC, Covarrubias-Esquer JD. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. Mex.pediatr.* 2020;86(2):80-86
12. Peña VM. Complicaciones médicas de los pacientes con trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. *Rev psicoter* 2020;31(115):115-128
13. Arija Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez Martín A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp* 2022;39(2):8-15
14. Osorio Acuña LC, Franco Zuluaga A. Behavioural and Emotional Symptoms of Adolescents Consulting a Specialised Eating Disorders Programme. *Rec.colomb.psiquiatr.* 2022;51(4):318-325.
15. Ruiz-Lázaro PM, Díaz-Plaza MdD, Belmonte-Cortés S. Prevención trastornos de la conducta alimentaria en la comunidad. *Nutr Hosp* 2022;39(2):93-96
16. Gómez Candela C, Pérez Rodrigo C, Campos Del Portillo R. Executive summary of the consensus document for the prevention of the eating disorders SENPE-SENC-SEPEAP-SEMERGEN. *Nutr Hosp* 2022;39(2): 3-7.
17. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *West J Med* 2000;172(3):164-165
18. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12(4):871-878
19. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliot PM, Franciulli A, Fedorowski A et al. Guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y el tratamiento del síncope. *Rev Esp Cardiol* 2018; 71(10):837
20. Papini NM, Jung M, Cook A, Lopez NV, Ptomey LT, Herrmann SD, et al. Psychometric properties of the 26-item eating attitudes test (EAT-26): an application of rasch análisis. *J Eat Disord* 2022;10(1):62



21. Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2017 [actualizada 10 de abril de 2017; acceso 14 de febrero de 2023]. Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/trastornos-conducta-alimentaria>
22. Imaz-Roncero C, Ruiz-Lázaro PM, Pérez-Hornero J. Calidad de vida relacionada con la salud en jóvenes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria que reciben terapia cognitivo conductual. *Nutr Hosp* 2022;39(2):97-111.
23. Lock J, Le Grange D, Nicholls D, Couturier J. Editorial: Innovations in Research and Practice of Family Based Treatment for Eating Disorders. *Front Psychiatry* 2021;11
24. Mysliwiec R. Neuroscience of adolescent Anorexia Nervosa: Implications for Family-Saced Treatment (FBT). *Front Psychiatry* 2020;11:418
25. Cantillo-Medina CP, Perdomo-Romero AY, Ramírez-Perdomo CA. Characteristics and experiences of family caregivers in the mental health setting. *Rv Peru Med Exp Salud Pública* 2022 Apr;39(2):185-192.
26. Grov EK, Eklund ML. Reactions of primary caregivers of frail older people and people with cancer in the palliative phase living at home. *J Adv Nurs* 2008; 63(6):576-585
27. Martínez Pizarro S. Síndrome del cuidador quemado. *Rev Clin Med Fam* 2020;13(1)
28. Moral-Fernández L, Frías-Osuna A, Moreno-Cámara S, Palomino-Moral PA, del-Pino-Casado R. Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Aten Primaria* 2018;50(5):282-290.
29. Treasure J, Smith G, Crane A. *Skills-based Caring for a Loved One with an Eating Disorder*. London: Routledge; 2017
30. Agüera Z, Riesco N, Valenciano-Mendoza E, Granero R, Sánchez I, Andreu A, et al. Illness perception in patients with eating disorders: clinical, personality, and food addiction correlates. *Eat Weight Disord* 2021; 26(7):2287-2300.
31. Cribben H, Macdonald P, Treasure J, Cini E, Nicholls D, Batcherlor R, et al. The experiential perspectives of parents caring for a loved one with a restrictive eating disorder in the UK. *BJPsych Open* 2021;7(6):192

32. Brelet L, Flaudias V, Désert M, Guillaume S, Llorca PM, Boirie Y. Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review. *Nutrients* 2021;13(8):2834.
33. Caminero Luna P, Miguel Villalba Borrueal AM, Luna Navarro AL, Morán Rogrigo M, Peña Granfer M, Orgaz Morales R, et al. *Manual de Procedimientos de Enfermería en Salud Mental*. 2ª ed. Madrid: Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería; 2021
34. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Reversa Mèdiques de Catalunya; 2009
35. Comunidad de Madrid. *Memoria Hospital Universitario del Tajo 2021*. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio Madrileño de Salud; 2021.
36. Haigh R, Treasure J. Investigating the Needs of Carers in the Area of Eating Disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *Eur Eat Disorders Rev* 2002;18(11):125-141
37. Tartaglino MF, Feldberg C, Hermida PD, Heisecke SL, Dillon C, Ofman SD, et al. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: Análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurol Arg* 2020;12(1):27-35.

## **11. Anexos**

## 11.1. Anexo 1. Folleto informativo

# TALLER DIRIGIDO A PERSONAS QUE CUIDAN DE ADOLESCENTES CON TCA

### INSCRIPCIÓN

El taller es totalmente gratuito y está dirigido a personas que dedican su tiempo al cuidado de un adolescente (13-18 años) que sufre un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). Si estás en esta situación o conoces a alguien que pueda beneficiarse del taller, no dudes en acudir al Centro de Salud Mental del Hospital Universitario del Tajo para formalizar la matrícula.

### ¿CUÁNDO SERÁ?

Para poder adaptarnos a todos los horarios, el taller tendrá tanto turno de mañana (9-10:30h) como turno de tarde (16-17:30h). Constará de 5 sesiones y se realizarán durante todos los lunes del próximo mes de mayo.



TLF: 91 801 43 80  
E- mail: CSM@hospitaldeltajo.com

## CONTENIDO:

### SESIÓN 1

- Conceptos relacionados con los TCA
- Prevalencia
- Clasificación
- Valoración de las necesidades de las personas que asisten

### SESIÓN 2

- Signos, síntomas y complicaciones de los TCA
- Factores de riesgo y mantenedores de la enfermedad
- Prevención y opciones de tratamiento

### SESIÓN 3

- Aproximación al concepto de persona que cuida
- Procesos que siguen las cuidadoras y estrategias a seguir

### SESIÓN 4

- Recursos disponibles en la zona sur de la Comunidad de Madrid
- Valoración de la sobrecarga de la persona que cuida

### SESIÓN 5

- Testimonio de una persona que cuidó a un adolescente que hoy en día está recuperado

## 11.2. Anexo 2. Cartel divulgativo

**Lugar:** Centro de Salud Mental Aranjuez  
(Hospital Universitario del Tajo)

**Fecha:** Todos los lunes de mayo de 2023

**Horario:** Sesión de mañana: 9:00 a 10:30h  
Sesión de tarde: 16:00 a 17:30h

\*Para más información acudan al Centro de Salud Mental del Hospital

**TALLER PARA PERSONAS QUE CUIDAN DE ADOLESCENTES CON TCA**

TLF: 91 801 43 80  
E- mail: [CSM@hospitaldeltajo.com](mailto:CSM@hospitaldeltajo.com)

Hospital Universitario del Tajo

### 11.3. Anexo 3. Frases incompletas

#### FRASES INCOMPLETAS

Para realizar esta actividad será preciso el uso de un proyector y una presentación con la siguiente tabla. La actividad se llevará a cabo de manera grupal, consiste en instar a las personas asistentes a que completen en voz alta las siguientes frases:

Frases Incompletas
Las características de una persona con TCA son...
Existen varios tipos de TCA, esto son...
Un atracón es...
La anorexia y la bulimia se diferencian en...
Los recursos que existen en mi zona para atender al adolescente que cuida son...

## 11.4. Anexo 4. Cuestionario de valoración pre/post taller

### CUESTIONARIO PRE/POST TALLER

#### Instrucciones:

- Deberá cumplimentar el cuestionario en su totalidad con el fin de participar en la valoración del proceso de transmisión de conocimientos y habilidades del presente proyecto.
- Dispondrá de 10 minutos para realizarlo. El cuestionario consta de 10 preguntas con 3 posibles respuestas cada una, siendo solo 1 la acertada. Marque la respuesta correcta con una "X" en el espacio correspondiente.
- Recuerde, no es un examen, nadie aprueba o suspende y, los resultados solo serán compartidos con el grupo en caso de que usted así lo desee. Simplemente, vamos a valorar el punto de partida de cada asistente así que, respire, concéntrese y... ¡adelante!

#### 1. No se considera trastorno de la conducta alimentaria...

a. Síndrome de pica	
b. Trastorno por atracón	
c. Trastorno por hambre	

#### 2. Señale la respuesta correcta

a. Los TCA son enfermedades que solo sufren las mujeres	
b. Las mujeres y los hombres sufren TCA en igual proporción	
c. Los TCA son enfermedades que solo sufren los hombres	

#### 3. Respecto a los factores de riesgo...

a. El principal factor de riesgo es la genética	
b. No se puede influir sobre los factores de riesgo, ya que la genética no puede modificarse	
c. Existen factores de riesgo modificables y otros no modificables	

**4. Son síntomas de TCA...**

a. Amenorrea, miopatías, uñas y pelo frágil	
b. Delgadez, dolor de espalda y presencia de diarreas	
c. Uso excesivo de infusiones y bebidas con cafeína	

**5. Selecciona la respuesta correcta**

a. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden surgir entre la niñez y la adolescencia, no en la adultez	
b. Los trastornos de la conducta alimentaria no tienen cura, pero sí pueden mejorar con medicación	
c. Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales graves	

**6. La Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) se diferencian en...**

a. Las personas que sufren AN no vomitan	
b. Las personas que vomitan después de las comidas no tienen un trastorno alimenticio	
c. La principal diferencia es la presencia de atracones en la BN y ausencia en la AN	

**7. ¿Cuál de los siguientes aspectos es un factor de riesgo modificable?**

a. Edad	
b. Evento traumático	
c. Género	

**8. Si detecto una conducta susceptible de ser compatible con un TCA, busco ayuda en...**

a. Pido cita con medicina únicamente, aunque mis hijos/as tengan más confianza con su enfermera	
b. La enfermera no puede ayudarme con esto	
c. En enfermería o medicina indistintamente	



**9. Indique la respuesta correcta respecto a las personas que cuidan.**

a. Un adolescente con TCA en casa es como un adolescente con gripe, no tiene por qué alterar el funcionamiento de la dinámica familiar	
b. Es frecuente que las personas que cuidan de un adolescente con TCA se sientan indefensas, frustradas, depresivas y desbordadas	
c. Cuidar a un hijo/a enfermo/a es tu deber como madre o padre, si te sientes agotado/a y frustrado/a, algo estarás haciendo mal	

**10. El tratamiento de los TCA...**

a. El objetivo del tratamiento es restablecer el estado nutricional a través de un patrón nutricional saludable	
b. No existe tratamiento efectivo	
c. El tratamiento se realiza a través de la medicación en exclusiva, el resto son técnicas empíricas	

## CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO PRE/POST TALLER

### 1. No se considera trastorno de la conducta alimentaria...

a. Síndrome de pica	
b. Trastorno por atracón	
c. Trastorno por hambre	X

### 2. Señale la respuesta correcta

a. Los TCA son enfermedades que solo sufren las mujeres	
b. Las mujeres y los hombres sufren TCA en igual proporción	
c. Los TCA son enfermedades con mayor incidencia en las mujeres	X

### 3. Respecto a los factores de riesgo...

a. El principal factor de riesgo es la genética	
b. No se puede influir sobre los factores de riesgo, ya que la genética no puede modificarse	
c. Existen factores de riesgo modificables y otros no modificables	X

### 4. Son síntomas de TCA...

a. Amenorrea, miopatías, uñas y pelo frágil	X
b. Delgadez, dolor de espalda y presencia de diarreas	
c. Uso excesivo de infusiones y bebidas con cafeína	

### 5. Selecciona la respuesta correcta

a. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden surgir entre la niñez y la adolescencia, no en la adultez	
b. Los trastornos de la conducta alimentaria no tienen cura, pero sí pueden mejorar con medicación	
c. Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales graves	X

**6. La Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) se diferencian en...**

a. Las personas que sufren AN no vomitan	
b. Las personas que vomitan después de las comidas no tienen un trastorno alimenticio	
c. La principal diferencia es la presencia de atracones en la BN y ausencia en la AN	X

**7. ¿Cuál de los siguientes aspectos es un factor de riesgo modificable?**

a. Edad	
b. Evento traumático	X
c. Género	

**8. Si detecto una conducta susceptible de ser compatible con un TCA, busco ayuda en...**

a. Pido cita con medicina únicamente, aunque mis hijos/as tengan más confianza con su enfermera	
b. La enfermera no puede ayudarme con esto	
c. En enfermería o medicina indistintamente, ambos ámbitos pueden ayudarme.	X

**9. Indique la respuesta correcta respecto a las personas cuidadoras.**

a. Un adolescente con TCA en casa es como un adolescente con gripe, no tiene por qué alterar el funcionamiento de la dinámica familiar.	
b. Es frecuente que las personas que cuidan de un adolescente con TCA se sientan indefensas, frustradas, depresivas y desbordadas.	X
c. Cuidar a un hijo/a enfermo/a es tu deber como madre o padre, si te sientes agotado/a y frustrado/a, algo estarás haciendo mal.	

## 10. El tratamiento de los TCA...

a. El objetivo del tratamiento es restablecer el estado nutricional a través de un patrón nutricional saludable	X
b. No existe tratamiento efectivo	
c. El tratamiento se realiza a través de la medicación en exclusiva, el resto son técnicas empíricas	

## 11.5. Anexo 5. Cuestionario “Carers Assessment of Need Measure” (CaNAM)

Medida de Evaluación de Necesidades de Atención			
<b>Datos personales</b>			
<b>Nombre y Apellidos:</b>			
<b>Fecha:</b>			
<b>Turno:    TM    TT</b>			
<b><u>INSTRUCCIONES:</u></b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realice el siguiente cuestionario de manera autónoma expresando libremente su experiencia como persona que cuida.</li> <li>• Los datos recogidos en el cuestionario serán absolutamente confidenciales y solo Ud. podrá decidir si compartirlos o no con el resto del grupo.</li> <li>• Responda a las preguntas pertinentes con una x siendo:                               0 = No he recibido suficiente información y me gustaría recibir más                               1= No requiero información sobre esta área                               2= Sí he recibido suficiente información             </li> </ul>			
<b>Información sobre los TCA</b>			
<b>1. ¿Has recibido suficiente información sobre las siguientes áreas?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
a. Trastornos de la conducta alimentaria en general			
b. Grupos de apoyo individuales/familiares			
c. Líneas de ayuda			
d. Lugares donde obtener ayuda y/o asesoramiento			
e. Oportunidades de asesoramiento/psicoterapias disponibles para Ud.			
f. Estrategias de afrontamiento			
g. “Historias de éxito” es decir, personas que cuidaban de un adolescente que ha superado la enfermedad			
h. Diferentes opciones de tratamiento			
i. Plan de tratamiento actual			
j. Plan de tratamiento de futuro			
k. Pronóstico de la persona que cuida			
l. Cómo conocer a otras personas que se encuentren en la misma situación que Ud.			
m. Qué hacer o con quién contactar en caso de recaída			
Por favor, proporcione detalles de cualquier otro tipo de información que desearía recibir			

En cuanto a la transmisión de información a las personas que cuidan, ¿Cree que las siguientes son útiles?			
	Sí	No	
Grupos de apoyo para personas que cuidan			
Conferencias de personas que cuidan			
Líneas de ayuda			
Folletos			
Boletines			
Otras conferencias relacionadas			
¿De qué otras formas considera que podría transmitirse la información a las personas que cuidan?			
<b>2. Apoyo de otras personas u organizaciones</b>			
<b>¿Has recibido una cantidad suficiente de apoyo de las siguientes personas/asociaciones?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
a. Compañeros/as o amigos/as próximos			
b. Familia cercana			
c. Familia lejana			
d. Amigos/as			
e. Jefe/a			
f. Compañeros/as de trabajo			
g. Medico/a de cabecera			
h. Otros profesionales de la salud			
i. Trabajador/a social			
j. Grupo de autoayuda			
k. Otros grupos de apoyo			
l. Asociación de Trastornos de la Conducta Alimentaria			
m. Línea de ayuda			
¿Ha recibido apoyo valioso de alguien que no figure en los ítems anteriores? (Responda SI/NO). En caso de respuesta afirmativa, ¿De quién más ha recibido apoyo?			
Proporcione detalles de cualquier otra persona u organización que le gustaría recibir apoyo			

¿Hay alguna forma en la que el equipo profesional pueda ayudar a las personas que cuidan para que reciban más apoyo o una respuesta más comprensiva de sus jefes/as?

¿Hay alguna forma en la que el equipo profesional pueda ayudar a las personas que cuidan para que reciban más apoyo o una respuesta más comprensiva de sus compañeros/as de trabajo?

¿Hay algún otro comentario que le gustaría hacer sobre el apoyo?

### 3. Apoyo para la persona que cuida

¿Ha sido capaz de...?	0	1	2
a. Buscar apoyo profesional para Ud.			
b. Verbalizar frente a la persona que cuida que Ud. necesita apoyo			
c. Ponerse en contacto con otra persona en su misma situación para ofrecerse apoyo mutuo			
d. Conocer a cualquier persona que se haya recuperado de un TCA			
e. Buscar apoyo/asesoramiento con las comidas			
<b>Problemas relacionados con el soporte</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
a. ¿Cree que buscar apoyo para Ud. es una brecha de confianza?			
b. ¿Le hubiera gustado que el equipo profesional le explicase a la persona que está cuidando que Ud. necesita apoyo?			
c. ¿La persona que está cuidando está de acuerdo con el apoyo que está recibiendo?			

¿Hay algo que el equipo profesional podría haber hecho para ayudarle con este problema? En caso afirmativo, indíquelo

<b>4. Tratamiento</b>			
Ud. piensa que...	Sí	No	
a. El tratamiento de la persona que cuida empezó lo suficientemente temprano (si la respuesta es negativa, explique los detalles en el siguiente recuadro)			
b. ¿Se ha sentido suficientemente informada del tratamiento de la persona que está cuidando? (si la respuesta es negativa, explique los detalles en el siguiente recuadro)			
c. ¿Cree que hay suficiente seguimiento del tratamiento por parte del equipo de profesionales para la persona que sufre el trastorno de la conducta alimentaria? Si la respuesta es negativa, ¿Qué seguimiento adicional cree que debería instaurarse?, ¿Se lo han ofrecido? (Responda en el recuadro inferior)			
Utilice el siguiente recuadro para dar detalles de cualquier problema que haya surgido a raíz del tratamiento y que considere importante para Ud. como persona que cuida			
<b>5. Información que tiene el departamento de medicina sobre los TCA</b>			
¿Cree que su médico/a de cabecera le ha dado suficiente información sobre las siguientes áreas?	0	1	2
a. Los TCA en general			
b. Signos y síntomas			
c. Opciones de tratamiento disponibles			
d. Organizaciones de contacto para obtener ayuda			
e. Derivaciones a especialistas			



<b>6. Formación que recibe el departamento de medicina sobre los TCA</b>					
¿Cree que su médico/a de cabecera ha recibido la suficiente formación en las siguientes áreas?			<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
a.	Realización de diagnósticos de TCA				
b.	Cómo responder a una persona que presenta un TCA				
c.	Importancia de una remisión rápida				
d.	Dónde recibir a alguien que sufre un TCA				
<b>7. Educación de la sociedad</b>					
Piensas que...			<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
a.	La sociedad en general recibe suficiente información sobre los TCA				
<b>Utilice el reverso de la hoja para comentar cualquier aspecto que no se haya tratado anteriormente</b>					

Elaboración propia a partir de (36).

## 11.6. Anexo 6. Tormenta de ideas

### DOCUMENTO DE COTEJO PARA LA VALORACIÓN DE TORMENTAS DE IDEAS

#### Instrucciones:

- Marque la casilla que más se asemeje al resultado y añada un comentario en el apartado de “observaciones” en caso de que lo considerase necesario.
- Las respuestas se relacionan con la totalidad del grupo y no con cada asistente a excepción de las preguntas que así lo reflejen.

	Sí	No	Observaciones
1. Todas las personas asistentes intervienen al menos una vez de manera espontánea			
2. Los contenidos que se aportan son adecuados para el contexto y resultan significativos			
3. Se respeta la opinión del grupo			
4. El grupo realiza escucha activa			
5. El grupo usa un lenguaje adecuado			
6. El grupo aporta experiencias personales			
7. El grupo es capaz de sintetizar las ideas clave			
8. El grupo muestra interés por los temas tratados			
9. Surgen opiniones opuestas que enriquecen el proceso			
10. El grupo muestra interés por la actividad (marque del 1 al 10 y justifique la baremación)			

## 11.7. Anexo 7. Role- playing

### DOCUMENTO DE VALORACIÓN DE ROLE- PLAYING

Instrucciones:

- Marque con una X la opción de respuesta más adecuada y añada un comentario si es preciso en la casilla de “observaciones”.

	Adecuada	No adecuada	Observaciones
1. Comunicación verbal			
2. Comunicación no verbal			
3. Se adapta a la situación			
4. Muestra empatía			
5. Emplea recursos adaptativos			
6. Aplica conocimientos tratados en sesiones anteriores			
7. Resulta útil para el resto del grupo			
8. Las personas que participan lo hacen de manera espontánea			
9. Las personas que participan verbalizan la utilidad de la dramatización			
10. Las personas que observan verbalizan la utilidad de la dramatización			

## 11.8. Anexo 8. Cuestionario de Zarit

### Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

#### INSTRUCCIONES:

- Responda a las siguientes cuestiones de manera libre, los resultados solo los podrá compartir Ud. con el resto del grupo en el caso de que así lo decida.
- Los ítems deben responderse del 0 al 4 siendo:
  - 0 = Nunca
  - 1 = Casi nunca
  - 2 = A veces
  - 3 = Bastantes veces
  - 4 = Casi siempre
- Una vez respondido a todos los ítems se sumarán los resultados

N.º	Ítem	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para Ud.?	
3	¿Se siente tenso/a cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado/a por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado/a cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de Ud.?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar a amigos a casa a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que Ud. le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general, ¿Se siente muy sobrecargado/a por tener que cuidar de su familiar?	
<b>Total</b>		

#### RESULTADOS:

- < 0 = 46: Ausencia de sobrecarga
- 47-55: Sobrecarga
- > 0 = 56: Sobrecarga intensa

Elaboración propia a partir de (37).

## 11.9. Anexo 9. Cuestionario final de satisfacción

CUESTIONARIO FINAL DE SATISFACCIÓN GLOBAL DEL TALLER DIRIGIDO A PERSONAS CUIDADORAS DE ADOLESCENTES CON TCA	
<b>Datos personales</b>	
Nombre y Apellidos:	
Fecha:	
Turno:    TM    TT	
Instrucciones:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Responda a todos los ítems con una cifra del 0 al 10 siendo: 0= Nada, 10= Todo</li> </ul>	
<b>Contenidos</b>	
He aprendido información nueva	
La información recibida me resulta útil	
El volumen de contenidos ha sido adecuado	
Las actividades propuestas me han resultado interesantes	
<b>Observaciones</b>	
<b>Organización</b>	
He podido ajustar mi horario al propuesto sin dificultad	
La duración de las sesiones ha sido adecuada	
Las fechas han sido adecuadas	
La cantidad de sesiones es coherente	
<b>Observaciones</b>	
<b>Docentes</b>	
Explicaciones claras	
Nivel de conocimientos sobre el tema a tratar	
Capacidad de dirigir las actividades	
Respeto hacia el grupo	
Disponibilidad	
<b>Observaciones</b>	
<b>Valoración global</b>	
La información recibida me resulta útil para aplicarla en mi vida diaria	
Las actividades propuestas me han resultado útiles para el aprendizaje y la fijación de conocimientos y habilidades	
Le ha resultado útil la sesión del testimonio	
Grado de satisfacción del taller en general	
<b>Observaciones</b>	

## 11.10. Anexo 10. Control de asistencia

### Control de asistencia "TALLER DIRIGIDO A PERSONAS QUE CUIDAN DE ADOLESCENTES CON TCA"

Fecha:

N.º de Sesión:

Turno: TM TT

N.º	Nombre y apellidos	Firma	DNI
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

