



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



Trabajo Fin de Grado Enfermería

Título:

***Prevención y detección temprana de los
TCA en adolescentes, proyecto educativo
dirigido a las familias.***

Alumno: María Gómez Mota

Director: Raquel Rebollo Berlana

Madrid, abril de 2022

Contenido

1. Resumen	3
2. Presentación	5
3. Estado de la cuestión	6
3.1 Fundamentación.....	6
3.1.1 Introducción	6
3.1.2 Tipos de trastornos de conducta alimentaria.	7
3.1.3 Epidemiología	11
3.1.4 Etiología y factores de riesgo.	12
3.1.5 Complicaciones y Tratamiento multidisciplinario.....	14
3.1.6 Participación de la familia.....	16
3.1.7 Prevención primaria.	18
3.2 Justificación.....	22
4. Metodología.....	23
4.1 Población y captación	23
4.1.1. Población diana.	23
4.2 Objetivos.....	24
4.2.1 Objetivos generales	24
4.2.3 Objetivos educativos específicos.....	24
4.3 Contenidos	25
4.4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	25
4.1.1 planificación general.	25
4.1.2 Cronograma general.	26
4.1.3 Número de participantes	27
4.1.4 Docentes	27
4.1.5 Sesiones.....	27
4.5 Evaluación.....	32
5. Bibliografía.....	33
6. Anexos	35

1. Resumen

Introducción

Objetivo general: El objetivo que se pretende llevar a cabo mediante la intervención de enfermería del área de atención primaria y especializada es hacer una prevención y detección de posibles o futuros casos de los trastornos de alimentación. Será necesario informar suficiente y adecuadamente a las familias sobre los mismos ya que ellas tienen un papel fundamental tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz.

Metodología: Una vez se ha realizado una búsqueda bibliográfica, en la que se ha logrado obtener la información más reciente sobre los trastornos de la conducta alimentaria, se ha llevado a cabo un programa educativo enfocado a la prevención y detección de estos, dirigidos a padres y madres de adolescentes que se encuentren o puedan estar en riesgo para su desarrollo.

Implicación para la práctica de la enfermería: para conseguir una prevención y detección precoz, es necesaria la comunicación de los profesionales de enfermería del área de atención primaria con atención especializada en salud mental, desde dónde se realiza el abordaje de los TCA, mediante la instrucción de los núcleos familiares con adolescentes con riesgo potencial de desarrollar un problema de alimentación.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos, enfermería, programa salud, familia, adolescente, Detección precoz y Prevención.

ABSTRACT

Introduction: In our society we find various risk factors that favor and encourage the development of eating behavior disorders. There has been a high increase in cases in recent years in the adolescent population, being the most vulnerable individuals against this pathology.

General purpose: The objective that is intended to be carried out through the intervention of nursing in the area of primary and specialized care is to prevent and stop possible or future cases of eating disorders. It will be necessary to inform families sufficiently and adequately about them since they have a fundamental role in both prevention and early diagnosis.

Methodology: Once a bibliographic search has been carried out, in which the most recent information on eating behavior disorders has been obtained, an educational program focused on the prevention and arrest of these has been carried out, aimed at fathers and mothers of adolescents who are or may be at risk for their development.

Implication for nursing practice: In order to achieve prevention and early detection, it is necessary for nursing professionals in the primary care area to communicate with specialized mental health care, from where the approach to eating disorders is carried out, through the instruction of family nuclei with adolescents at risk potential for developing an eating problem.

Key words: eating disorders, nursing health program, family adolescent, early detection, prevention.

2. Presentación

La salud mental española es poco visible actualmente. Existe mucha gente con diversas patologías que aún no han sido diagnosticadas, debido al miedo y a la falta de información sobre las enfermedades mentales. Los problemas de la conducta alimentaria se han convertido en uno de los trastornos psicológicos más comunes entre los adolescentes. En España en este último año, se ha incrementado, debido al confinamiento que hemos sufrido como consecuencia de la pandemia vivida. Este trastorno altera las conductas que tienen que ver con la alimentación, dejando muchas consecuencias a nivel psicológico. Todos tienen en común la obsesión por el control del peso y de la imagen corporal. Su causa no es única sino multifactorial y predomina en la población femenina frente a la masculina. Entre los más comunes, encontramos la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón.

Con mi trabajo, pretendo desarrollar un proyecto educativo de prevención de TCA, dirigido a los padres de los adolescentes que puedan verse en riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en un futuro. Considero que es importante que los padres y las madres obtengan la suficiente información y los conocimientos necesarios para que sean capaces de ayudar a sus hijos. Pienso que los padres pueden ser los principales previsores de esta enfermedad, ya que son las personas con las que convive y son ellos quienes pueden observar los cambios en sus hijos, que se van produciendo a lo largo de la etapa de la adolescencia. Además, la educación, los hábitos y el ambiente en el hogar puede verse relacionado con la aparición de este trastorno.

El motivo que me ha llevado a elegir el tema de mi trabajo ha sido debido a mis vivencias personales que he experimentado muy de cerca. Los trastornos de alimentación son enfermedades mentales que afectan mucho a la vida social, personal y afectiva de la persona, llegando en muchas ocasiones a incapacitarlas. El aliciente que me lleva a investigar y ampliar mis conocimientos es poder dirigir y ayudar en un futuro a personas que puedan padecer este tipo de enfermedades, pero sobre todo contribuir a prevenirlas.

Esta enfermedad inicia sin que la persona sea consciente de ello, puede mantenerse muchos años y llegar a hacerse crónica, considero que los profesionales sanitarios de atención primaria y también de especializada deben tener más competencias para tratar esta problemática. Por ello siento la necesidad de incrementar las iniciativas desde los profesionales de enfermería para prevenir y detectar a tiempo este trastorno.

3. Estado de la cuestión

3.1 Fundamentación

3.1.1 Introducción

Los trastornos alimentarios (TCA), son patologías psiquiátricas que se caracteriza porque la persona tiene una obsesión con el peso y con la imagen corporal, debido a alteraciones de la conducta, a la actitud y la absorción e ingestión de alimentos. Es una enfermedad que cursa con un tratamiento complicado, que agravan la salud y la nutrición de las personas, pudiendo llevarlas al sobrepeso o al contrario a un peso muy bajo para su edad y talla. A la larga provoca un deterioro de la calidad de vida, afectando a la esfera psicológica y social, pudiendo llegar a producir una muerte en edad temprana (1).

Los trastornos de la alimentación acaban produciendo una distorsión de la imagen corporal y obsesión por el control del peso que afecta a los aspectos psicosociales de la persona y perjudica la estabilidad familiar lo que conduce a los pacientes en muchas ocasiones a tener ideas (2).

Esta patología se asocia con frecuencia a otros tipos de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias y el trastorno obsesivo compulsivo lo que conlleva un riesgo para la vida de los pacientes (2).

3.1.2 Tipos de trastornos de conducta alimentaria.

A continuación, se desarrollan los tres tipos de TCA más comunes que se definen según el DSM – 5, así como la sintomatología más prevalente de cada uno de ellos (3).

➤ **Anorexia nerviosa**

Para que cumpla como diagnóstico de Anorexia nerviosa (AN), se tienen que dar los tres casos:

- Disminuir la ingestión de alimentos muy por debajo a las necesidades nutricionales, llevando a tener un peso muy inferior a su edad, sexo y su bienestar.
- Miedo terrible a ganar kilos aun estando en un peso significativamente inferior a cómo debería ser.
- Distorsión en la percepción que se tiene de la imagen corporal, exagerando o negando el riesgo que puede conllevar el bajo peso corporal (4).

Hay dos subtipos: tipo restrictivo y de atracones o purgas (5).

- Restrictivo pierden el peso como consecuencia del deporte excesivo, la dieta y el ayuno.
- Los atracones o purgas se inducen el vómito, uso inadecuado de laxantes, enemas.

Síntomas y signos de la AN:

- Amenorrea.
- Dificultad para ir al baño.
- Sarcopenia.
- Dolor de cabeza
- Irascibilidad.
- Desmayos.
- Pérdida del pelo.
- Piel deshidratada.

Las complicaciones de la AN se manifiestan en todos los sistemas del organismo, es por ello por lo que, si se abordan correctamente con ingreso hospitalario, será posible conseguir el control y aumento del peso de manera progresiva (5).

El perfil de las personas anoréxicas se relaciona con una baja autoestima, un nivel alto de auto exigencia y de perfeccionismo (5).

➤ **Bulimia nerviosa**

La bulimia nerviosa (BN), se caracteriza porque se producen atracones frecuentemente y conductas incorrectas para compensar ese exceso descontrolado de la ingesta, para evitar el aumento de peso.

Para que sea diagnóstico de BN:

- los atracones tienen que darse una vez a la semana y se tienen que mantener de tres meses en adelante.
- El atracón se manifiesta cuando la persona ingiere alimentos en un intervalo de dos horas superando las cantidades a las que una persona en condiciones normales podría ingerir
- Pierde totalmente el control de lo que está comiendo y de la cantidad produciéndole una sensación de no poder parar (6).

Tras el atracón, la persona para compensar y así evitar el aumento del peso, se va a inducir el vómito, va a recurrir a laxantes haciendo un uso inadecuado, va a utilizar diuréticos, practica de deporte excesiva o realización de ayuno.

La gravedad de la BN se establece en función de cuantas veces la persona realiza conductas compensatorias:

- Leve cuando se produce de 1 a 3 veces a la semana.
- Grave cuando se produce 14 veces a la semana.

El perfil suele ser una persona con un peso normal o con exceso. También puede darse en personas con obesidad. Cuando se produce el atracón, los alimentos que suele elegir son con pocas calorías.

Como consecuencias pueden aparecer alteraciones menstruales, debido a los cambios del peso, a las carencias de nutrientes y a la desesperación afectiva. Por otro lado, puede conllevar un desequilibrio electrolítico provocado por la purga, en los casos más graves problemas esofágicos y cardiacos (6).

➤ **Trastorno por atracón**

La persona que padece trastorno por atracón (TA), realiza atracones de manera frecuentes y cada episodio se caracteriza por lo siguiente (6).

- Ingerir cantidades superiores de alimentos y en un tiempo de dos horas a lo que una persona en circunstancias similares podría ingerir.
- La persona pierde el control de lo que come y de la cantidad, teniendo la sensación de no poder pararlo.

Los atracones se relacionan con 3 o más de los siguientes hechos:

- Comer a gran velocidad.
- No parar de comer hasta sentir malestar por estar lleno.
- Comer alimentos en gran cantidad cuando no existe hambre real.
- Intentar comer sin compañía por la vergüenza al realizar el acto.
- Tras el atracón la persona se siente triste o ruborizado.
- La persona siente muy mal con los atracones.
- Se dan con una frecuencia relativa a una vez a la semana y durante un periodo de 3 meses.
- Posterior al atracón no se produce una compensación como ocurría en la bulimia o la anorexia nerviosa.

La gravedad de los atracones viene definida por la frecuencia de estos, siendo leve cuando se producen de 1 a 3 atracones por semana pudiendo llegar al caso más extremo cuando se llegan a los 14 episodios a la semana.

El perfil de las personas con este trastorno se relaciona con sobrepeso y con la obesidad, pero se debe diferenciar del trastorno de obesidad ya que las personas obesas no realizan atracones (6).

A continuación, en la tabla1, se determinan las características más comunes de los trastornos de la alimentación primordiales (7), recogidos en la 5ª revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (3).

	Anorexia nerviosa	Bulimia Nerviosa	Trastorno por atracón	Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos
Alimentación	Restricción severa	Irregularidad, saltarse comidas comunes y restricciones.	Irregular, pero sin restricción extrema	Restricción severa de todos los alimentos seleccionados.
Peso	Bajo peso	Normal o por encima de los normal	Normal o por encima de lo normal.	Bajo peso y/o con deficiencia nutricional
Imagen Corporal	Sobrevaloración con o sin miedo a la gordura	Sobrevaloración	Sobrevaloración, pero no obligatoria	Sin sobrevaloración
Atracones	Puede ocurrir	Regular y con compensación	Regular sin compensación	No se producen
Conductas compensatorias	suelen darse varios comportamientos para compensar	Se producen de manera regular	Se dan de manera irregular	No se dan ninguna

Tabla 1. (Características clave diagnósticas de los principales problemas alimentarios). Elaboración propia a partir de la fuente (7).

3.1.3 Epidemiología

Los trastornos de la conducta alimentaria, aparecen mayormente en la adolescencia, debido a la multitud de los cambios fisiológicos, psíquicos y sociales producidos en este periodo, esto se está agravando debido a un canon de belleza caracterizado por la delgadez, lo que conlleva a una distorsión con la imagen corporal que predomina en el sexo femenino, impuesto en nuestra cultura y que cada vez tiene mayor presión en la población joven (1). Es por ello por lo que prevalece el número de casos en los adolescentes. Se ha producido un aumento en los países de desarrollo (8).

La anorexia nerviosa, es la enfermedad psiquiátrica más común en mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica, tras la obesidad y el asma en adolescentes (4). Donde mayor riesgo se considera que puede aparecer la AN es durante la adolescencia media y tardía en la franja de edad entre 15 y 19 años, pudiendo en ocasiones aparecer en niños muy pequeños. Por otro lado, la bulimia nerviosa, presenta más riesgo en la franja de edad comprendida entre los 10 y 19 años con mayor incidencia en el sexo femenino (1).

Otra casusa que ha hecho que los TCA se hayan incrementado en la población joven y adolescente en los países desarrollados es debido a la pandemia por SARS Cov2. El estudio llevado a cabo durante la pandemia indica un aumento de los síntomas de gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes (9).

Según un estudio llevado en España se ha observado un aumento de la incidencia en la población pediátrica y siete años en adelante, las cuales el 85% eran mujeres con una edad media de 13.5 años y que el diagnóstico mayoritario fue anorexia nerviosa de tipo restrictivo frente al resto (10).

Este trastorno tiene una alta repercusión a nivel familiar y social empeorando su calidad de vida. La curación total tanto para la anorexia nerviosa como para los casos de bulimia no supera el 60%, llegando hacerse crónico el 20 – 30%. Por otro lado, el trastorno por atracón, un 70% llegar a remitir de manera total. Estas pacientes tienen una morbimortalidad de alto riesgo, siendo la mortalidad de 10 a 12 mayor que el resto de la población, aumentando más el riesgo durante el proceso de enfermedad (11).

3.1.4 Etiología y factores de riesgo.

Los factores de riesgo existentes que están asociados a los trastornos de la conducta alimentaria abarcan múltiples dimensiones como son los biológicos, socioculturales y psicológicos (12).

Factores biológicos

- La genética: se han desarrollado diversas hipótesis sobre la influencia de los genes en los TCA relacionadas con diferentes variables como pueden ser las ambientales, psicológicas y por la pubertad. La evidencia sugiere que el tipo de riesgo genético para los atracones puede ser mediado por el género y las estimaciones de la heredabilidad de los síntomas de TCA son compartidos en una pequeña proporción por ambos géneros.
- El papel de la pubertad: la maduración sexual, la actividad de las hormonas esteroideas y la ansiedad que se producen en esta etapa se oponen al canon de belleza ideal produciendo una obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal.
- El sobrepeso y obesidad: en adolescentes supone gran riesgo para desarrollar TCA (1).

Factores socio – culturales

- Influencia de los medios de comunicación: son responsables de los mensajes contradictorios que ofrecen a la sociedad adolescente, por un lado, muestran un ideal de belleza delgado y por otro bombardean con publicidad de alimentación no saludable lo que provoca un efecto contraproducente en la imagen corporal (1). Una revisión sistemática llevada a cabo recientemente, indica que la plataforma de Instagram es un riesgo para para este tipo de trastorno pudiendo afectar también el área emocional, y puede conllevar a problemas a nivel mental y físico. Esta plataforma muestra gran presión sociocultural donde lo ideal es estar delgada lo que provoca que los usuarios se comparen y se frustren por no adquirir ese modelo basado en el aspecto físico a lo que se ha llamado “fitspiration” (13).

- Las influencias de las relaciones interpersonales: las relaciones próximas como pueden ser los padres y los amigos tienen gran importancia y pueden incidir sobre la insatisfacción corporal. se ha visto que existe gran influencia de padres a hijos especialmente de la madre a la hija de aspectos relacionados con la comida, el cuerpo (14).
- Los trastornos de la conducta alimentaria no se producen de la misma manera en las en todas las culturas. Se puede decir que esta enfermedad no se limita a occidentales ya que se han demostrado resultados similares en las tasas en las zonas caucásicas. Se ha visto que la enfermedad se manifiesta de manera diferente como ocurre en China donde la preocupación no se centra en la imagen corporal, pero sí en la belleza facial (1).

Factores psicológicos:

- Tener pánico a engordar.
- Canon de belleza ideal.
- No estar satisfecho con la propia imagen corporal siendo un factor de riesgo causal de los comportamientos y actitudes alimentarias negativas y están relacionada con la obesidad, la baja autoestima y síntomas de depresión (1).
- Conductas inadecuadas para bajar el peso como hacer dieta, tipo restrictiva, hacer ayunos.
- La autoestima baja influye de forma negativa a la propia imagen corporal.
- El perfeccionismo.
- La depresión, la ansiedad y la distorsión de la imagen que conlleva este trastorno afecta de manera negativa en muchas mujeres a su sexualidad (15).

Un estudio analizó cuales eran los factores de riesgo que llevaban a iniciar la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Afirma que las pacientes con trastornos alimentarios, antes de padecer la enfermedad se exponían a multitud factores de riesgos. Las hipótesis, informaron que el perfeccionismo era una característica común de las personas que padecían la anorexia nerviosa, mientras que las pacientes que sufren trastorno por atracón están más expuestas a los problemas de conducta, adicciones, obesidad infantil severa y una alimentación sobrepasada. También se demostró que la bulimia nerviosa comparte los riesgos de ambos trastornos. Se llegó a la conclusión, de que haber sufrido abuso sexual en la infancia o haber iniciado una dieta estricta en edades tempranas, son factores de riesgo compartidos con otros trastornos psiquiátricos (16).

3.1.5 Complicaciones y Tratamiento multidisciplinario

Los TCA se asocian a una significativa morbimortalidad, comprometiendo severamente la calidad de la de vida. Siendo el pronóstico más favorable en adolescentes (8). Esta enfermedad puede afectar a todos los sistemas de organismo, dificultando el crecimiento y la maduración. A continuación, en la siguiente tabla 2, se muestran las complicaciones médicas de los TCA.

Generales	<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación • Hipocalcemia. • Hipomagnesemia. • Amenorrea / otras alteraciones. • DMO baja/osteoporosis.
Relacionadas a la restricción calórica y pérdida de peso.	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de mantener Temperatura corporal. • Atrofia miocárdica. • Aumento de dispersión del intervalo QT. • Arritmias. • Prolapso de la válvula mitral. • Derrame pericárdico • Retardo del vaciamiento gástrico y alteración de la motilidad gastrointestinal (distensión abdominal/plenitud posprandial/constipación) • Hipoglicemia, hipercolesterolemia, • Anemia • Retardo de crecimiento. • Atrofia cerebral
Relacionadas a los atracones	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación aguda y ruptura gástrica (rara). • Esofagitis, reflujo gastroesofágico, erosiones dentales. • Síndrome de Mallory- Weiss. • Ruptura gástrica o esofágica (rara). • Neumonía aspirativa.
Relacionadas al abuso de laxantes	<ul style="list-style-type: none"> • Acidosis metabólica hiperclorémica. • Hiperuricemia. • Hipocalcemia. • Retención hídrica post suspensión de laxantes.

Tabla 2. Complicaciones médicas de los trastornos de la conducta alimentaria. Elaboración propia partir de Fuente (8).

Tratamiento multidisciplinario

El reconocimiento temprano, como el manejo adecuado de los TCA son cruciales para un pronóstico favorable. Se aborda el manejo nutricional, psicológico, uso de psicofármacos cuando este indicado, las complicaciones médicas y comorbilidades psiquiátricas (17).

El manejo de la nutrición se enfoca en corregir los problemas nutricionales, para poder controlar el peso no saludable de la paciente y establecer una alimentación optima y flexible y así evitar la ansiedad proporcionando la mayor saciedad (6). Es necesario un dietista que realice educación nutricional tanto a las pacientes como a sus familias (14).

El tratamiento psicológico trata de fomentar la adherencia al tratamiento multidisciplinario e indicaciones nutricionales (17). Con ello se pretende conseguir lo siguiente:

- Aumentar la motivación a mantener un peso saludable.
- Frenar las conductas del TCA.
- Comprensión de los problemas que derivan de los problemas alimentarios.
- Ayudar al paciente a que retome su etapa de la adolescencia con normalidad.
- Prevenir las posibles recaídas.

Hay diversas intervenciones psicológicas útiles como son:

- La terapia conductual familiar (reeducación familiar).
- Terapia cognitiva conductual.
- Terapia interpersonal.
- Terapia conductual – dialéctica.
- Terapia focalizada en la adolescencia.

La terapia conductual familiar es la única que posee suficiente evidencia de efectividad en adolescentes con anorexia nerviosa, por lo que se plantea como tratamiento de primera línea para estos casos.

Respecto al tratamiento con los psicofármacos existe muy poca evidencia de su efectividad en los adolescentes. En el caso de AN, cuando la paciente este extremadamente agitada y con resistencia a la realimentación se sugiere el uso de antipsicóticos con efecto de sedativo como la olanzapina. En pacientes con BN un estudio clínico ha demostrado que la fluoxetina a dosis similar al adulto unido a la psicoterapia disminuye los atracones y purgas (17).

Se debe enfatizar la importancia de la unión terapéutica, dar más atención a los procesos familiares y sociales y sobre todo centrarse más en los esquemas emocionales que sustentan las actitudes, las cogniciones y las conductas de las pacientes.

Se propone que el tratamiento más eficaz para la anorexia y la bulimia nerviosas es la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico (18).

Otros aspectos importantes en los tratamientos de los TCA en adolescentes:

- Incluir a los padres son parte central del tratamiento para sus hijos/as.
- Las pacientes deben ser evaluadas regularmente por los trastornos que llevan asociados.
- En varios niveles (ambulatorio, ambulatorio intensivo, hospitalización parcial/ diurna, hospitalización completa. Siendo el ambulatorio el nivel más óptimo en adolescentes, solo se recurre a otros niveles cuando la situación sea más compleja y de riesgo para el paciente (17).

Es por ello, por lo que el tratamiento ha de ser integral al considerarse una patología que afecta a los aspectos biopsicosociales de la persona.

Es importante que se lleve a cabo por un equipo multidisciplinario que este especializado en TCA y en adolescentes.

3.1.6 Participación de la familia.

El impacto en las familias de pacientes con TCA se percibe de manera más negativa en comparación con otras familias de pacientes con adicciones o sin patología, debido a la angustia, a una peor salud física y por una mayor sensación de sobrecarga. Diversos estudios han identificado la necesidad de proporcionar más información sobre el trastorno y más ayudas personales para que las familias puedan ayudar a sus hijos en el tratamiento.

Una revisión sistemática realizada recientemente, señala que la ayuda se inicia en atención primaria y en los colegios, pero algunas familias consideran que es más útil acceder a la información que procede de internet, libros de autoayuda o en los recursos sanitarios privados (19).

Desde el 2004, la National Institute for Clinical Excellence, 2017, recomendaba que la familia se incluyese en el tratamiento de los trastornos alimentarios principalmente en adolescentes y niños. El objetivo de ello es hacer llegar la información a la familia sobre la enfermedad, la gravedad, el pronóstico, los consejos, el manejo de la conducta y como establecer la comunicación con el paciente.

La evidencia clarifica que la familia es un recurso terapéutico imprescindible del tratamiento, teniendo en cuenta esta recomendación se generaron programas psicoeducativos y programas dirigidos a habilidades de afrontamiento o de comunicación (19).

Programas dirigidos a habilidades de afrontamiento o de comunicación:

Varios estudios demuestran que con la terapia familiar se pueden lograr mejores resultados que con la intervención individual (19). A continuación, señalan las características principales de algunas de las intervenciones con tal fin.

- a) **Tratamiento basado en la familia:** en esta fase se pretenden que los familiares sean quienes controlen la alimentación de los jóvenes que tienen un TCA. Se produce en tres fases:
 1. Normalización de la alimentación: se entrena a dichos padres para que sean capaces de tener un control durante las comidas.
 2. El rol del control de la alimentación del hijo se detiene de manera paulatina para que sean ellos mismos quienes asuman la responsabilidad de su propia alimentación.
 3. Ayuda para que se mantenga la alimentación saludable.

- b) **Programa de cuidados colaborativos del Maudsley:** el objetivo es fomentar la comunicación y la disponibilidad para que se produzca el cambio, usando la entrevista motivacional.

3.1.7 Prevención primaria.

Debido al aumento producido de los TCA en los últimos años, se hace necesario desarrollar un plan estratégico desde la sanidad pública, que incluya la visión de los propios afectados. Existe una elevada investigación de los TCA, de su etiología, prevención, y tratamiento, pero hay muy pocos estudios que tengan en cuenta a los afectados por el propio problema como a los diversos profesionales que se dedican a su prevención y tratamiento ya que siendo así se conseguiría un resultado terapéutico efectivo.

Prevención primaria

La prevención primaria de los TCA se centra en eliminar o disminuir los factores que puedan precipitar la enfermedad y también los factores predisponentes. Es importante que los profesionales de enfermería se comuniquen con los adolescentes y sus familias ayudándolos con recomendaciones que les protejan de padecer esta enfermedad. El profesional de atención primaria es el pilar fundamental, desde donde se puede identificar a las personas de riesgo y así rectificar los comportamientos que puedan hacer desarrollar este trastorno, como puede ser el comienzo de dietas para mejorar el estado físico. Como la mayoría de los casos de anorexia son producidos entre los 12-25 años, es importante que la prevención se centre en el grupo de adolescentes (20).

La prevención primaria abarca y centra su prioridad en dar estrategias que ayuden a los adolescentes y a sus familias, a adquirir comportamientos saludables, evitando y minimizando que los factores de riesgo asociados se produzcan. Busca como objetivo principal disminuir la incidencia de esta enfermedad. Por lo tanto, actúa antes de que se desarrolle la patología y su principal herramienta es la educación basándose en lo siguiente:

- Transmitir información a la población y en especial a la que está en riesgo.
- Detectar las personas de riesgo.
- Ayudar a cambiar actitudes que benefician a su desarrollo.
- Actuar ante los cambios producidos que determinan nuestra sociedad movida por un canon de belleza ideal, la delgadez y los estereotipos.

Resulta ser más eficaces si las medidas que ofrece la prevención primaria se conjugan con la prevención secundaria que se enfocan al diagnóstico y tratamiento precoz. Esta puede

enfocarse en dos aspectos, el primero en la detención de la enfermedad por el inicio de los signos y síntomas y el segundo dado por los factores personales inherentes en propio individuo.

Los programas de prevención pueden ir dirigidos a los adolescentes, a la población general, y la que esta está en riesgo. Siendo más eficaz en aquellos individuos que se encuentra en situación de riesgo porque sienten mayor compromiso con los programas al sentirse identificados con el mismo y combinados con la psicoeducación (20).

Los programas pueden dirigirse a la población adolescente donde se tratan los factores de riesgo que se pueden desencadenar en esta etapa. Siendo importante trabajar la parte emocional, la autoestima, las destrezas sociales. Y también se pueden enfocar hacia los padres para ayudarles a resolver posibles conflictos que puedan desencadenar la enfermedad. Dándoles las herramientas para ser comprensivos facilitando la comunicación con ellos y así poder detectar comportamientos de riesgo.

Actuación sobre adolescentes

- Mostrarles que hay que aceptar que todos los cuerpos no son iguales.
- Dirigirles para que adquieran intereses y destrezas en las que la imagen corporal no sea el centro.
- Enseñar a comer de manera saludable, que comprendan el error de saltarse comidas, que alguna de ellas sea acompañada de su familia.
- Resaltar que las dietas y el ejercicio en exceso puede tener efectos negativos.
- Ayudar a que no se vean influidos por su entorno para hacer dietas o bromas que puedan ir hacia su imagen corporal.
- Dar formación sobre la maduración corporal y la sexualidad que ocurre durante la etapa de la adolescencia para evitar así el temor que se produce.
- Ayudarles a que fomente su autoestima, mostrarles técnicas de comunicación, para que puedan desenvolverse en la sociedad y controlar estrés que todo ello supone.

Hay que tener en cuenta que en esta etapa los adolescentes suelen imitar los comportamientos de quienes tienen a su alrededor, por ello no debemos considerar que la AN es una patología de moda ya que esto podría ser atrayente para el adolescente.

Estas son algunas de las recomendaciones para los padres

Debemos educar a los padres de como anticiparse a posibles comportamientos de riesgo:

- No deben ser autoritarios con la alimentación para facilitar la conexión con sus hijos.
- Que las comidas sean de agrado para todos los miembros de la unidad familiar dando importancia a la comunicación entre ellos.
- Ser comprensibles con sus hijos, escucharlos y meditar juntos las decisiones que favorezcan a ambas partes.
- Debe haber un clima tolerable donde se respeten ambas partes tanto los padres como los hijos donde entra en juego la autonomía de cada uno y que siempre debe existir.
- Mostrar empatía con su hijo, hacer actividades de ocio con ellos para que noten esa cercanía.
- Escuchar, no criticar, comprender y tampoco solucionar sus problemas eso proporcionara confianza y refuerzo que le ayudara a verse así mismo de manera más positiva.
- Si existen problemas es bueno que los compartan con sus hijos y que les confirmen que cometen errores y que por ser padres no todo se hace siempre bien, no falsear con que todo es perfecto.
- Los gustos, las actividades, la moda, el vocabulario en la adolescencia suelen ser únicos de esta etapa es por ello por lo que no se les debe criticar, hay que permitirles mostrarse tal y como ellos quieren, siempre y cuando las conductas que lleven a cabo puedan ser beneficiosas y ningún caso perjudicarlo.
- Evitar una educación autoritaria en la que mande la fuerza. Emplear el dialogo y establecer unos límites siempre dentro del respeto eso ayudara a establecer una relación buena con el hijo y siempre educando con el ejemplo.
- Muestras de cariño son esenciales, aunque en esta etapa lo suelen evitar, pero en el fondo lo necesitan y es necesario.
- Deben aprender y ser responsable por sus actos y dejarle que cometa errores y no intervenir, siempre y cuando no exista un peligro. Deben asumir las consecuencias de sus decisiones porque será así como verdaderamente aprenderán.
- Debe existir un equilibrio tolerable de las reglas y los privilegios que le son impuestos en casa.
- Llegar a una negociación con su hijo, eso dará al adolescente un rol de pertenencia familiar, que le proporcionará reforzando su confianza.

- Cuando los hijos se encuentran de mal humor, no quieren hablar en ocasiones es mejor dejarles tranquilos y acatar su privacidad.
- En los momentos de enfados cuando los adolescentes en ocasiones hablan mal a sus padres, estos les deben dar ejemplo y no competir con gritos... se les debe hacer comprender es y con la mayor serenidad que la conducta que tiene no es la correcta.
- Ayudar que tengan iniciativa, valorando su creatividad (20).

La Academia para los trastornos de la conducta alimentaria (EE. UU), considera que para la detección de precoz de TCA es necesario evaluar a las adolescentes que presenta alguna de las siguientes condiciones (17).

- Pérdida o ganancia de peso repentino.
- Peso que no está acorde a la edad ni a la talla de una adolescente en normal desarrollo.
- Variaciones considerables del peso.
- Trastornos electrolíticos.
- Disminución de la frecuencia cardíaca.
- Falta o alteraciones con la menstruación.
- Entrenamientos o ejercicios que excesivos.
- Antecedentes de algún episodio de comportamientos compensatorios como la inducción del vómito, dietas, no desayunar.
- Utilización de alguna sustancia que pueda suprimir o deprimir el apetito con el objetivo de perder peso ya sean pastillas, laxantes, diuréticos.

3.2 Justificación.

Nos encontramos en la actualidad con un incremento de casos de trastornos de la conducta alimentaria debido a diversos factores que ya se explicaron anteriormente. Además, se identifica una población clara, en riesgo de padecerlos, debido a los grandes cambios que se producen en esta etapa siendo esta, la adolescencia (1, 20 - 21).

Es importante y necesario que el profesional de enfermería junto con el equipo interdisciplinario, trabajen y se especialicen en la prevención, detección y tratamiento de los trastornos alimentarios para lo que la educación familiar sanitaria es fundamental desde etapas anteriores a la adolescencia (20).

Se ha demostrado que la familia tiene un papel fundamental para la recuperación, y para la detención de los TCA sobre sus hijos, se debe llevar a cabo por un equipo interdisciplinario, el cual sepa guiar y educar a la familia y así esta pueda ayudar con éxito a su hijo (19). Muchas veces la enfermedad no se detecta a tiempo o no se identifican los posibles factores que puedan desencadenarlos y eso ocurre en la mayoría de las ocasiones porque los padres no son conscientes de su existencia o no saben comunicarse y ayudar a sus hijos. Se ha observado que existe a la falta de información y de profesionales con competencias en este ámbito, lo que supone el primer problema para los padres y las madres de muchos adolescentes.

Con la realización de este proyecto educativo, se observa el gran impacto epidemiológico de los TCA en nuestra sociedad pese a no ser conscientes del gran problema al que muchos de los adolescentes se ven envueltos (10 - 21).

Se evidencia la preocupación de mejorar la comunicación entre los profesionales de atención primaria y la especializada frente a esta patología, ya que podrían hacerse grandes mejoras y avances en la prevención y en el tratamiento precoz, beneficiando y mejorando la salud de las pacientes y de las personas en riesgo de sufrirlo. El emplear este proyecto educativo en nuestro sistema sanitario, ayudará a clarificar y a concienciar a muchas familias con hijos adolescentes sobre estas enfermedades, con herramientas de prevención y con la educación familiar, y así para poder disminuir la incidencia de casos en nuestra sociedad (20).

4. Metodología

4.1 Población y captación

4.1.1. Población diana.

El proyecto educativo será llevado a cabo por el profesional de enfermería del hospital psiquiátrico San Juan de Dios en Ciempozuelos (Madrid), que cuenta con enfermeras especializadas en el área de salud mental y que trabajan en la unidad de trastornos de conducta alimentaria. Se proporcionará la información a los centros de salud de la zona sur de Madrid más concretamente a los que están situados en el mismo municipio (Ciempozuelos) quienes serán los primeros que inicien el proyecto.

El trabajo ira dirigido a las familias (padre y madre o tutor legal) de adolescentes con edad comprendida entre 10 y 13 años.

4.1.2 Captación.

El profesional de enfermería de la unidad de trastornos de la conducta alimentaria del hospital psiquiátrico San Juan de Dios junto con la colaboración de la dirección de enfermería entregará al centro de salud de Ciempozuelos, la información de cómo se llevará a cabo el proyecto, mediante un folleto (**Anexo II**), donde se incluirá: el objetivo, lugar de la celebración, los contenidos, las sesiones, la duración, requisitos, etc.). Desde atención primaria se realizará un cribado de captación de la siguiente manera: mediante las revisiones que se realizan a los 12 años, se informará a los padres en el mismo día de la revisión, del curso y se les entregará un folleto (**Anexo II**), con toda la información, otra posibilidad de captación sería mediante el criterio del profesional de enfermería o del pediatra del centro cuando se detecte cierta alteración ya sea en la alimentación, en el peso o en la propia conducta del adolescente. Serán las enfermeras de los centros de salud las responsables de elaborar un listado (**Anexo I**), con los nombres de las familias (máximo 14 familias), que hayan decidido participar en el proyecto, posteriormente se entregará al equipo de enfermería del hospital psiquiátrico de San Juan de Dios.

La captación se hará desde atención primaria, mediante los profesionales (enfermeras/os y pediatra) y con la información adjunta en un folleto (**Anexo I**), que además se incluirá un cartel (**Anexo III**) de anunciación en los tableros de anuncios del centro de salud. Y se impartirá por los profesionales de enfermería del hospital psiquiátrico San Juan de Dios en Ciempozuelos.

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivos generales

- Prevenir y reducir los casos de los TCA en adolescentes en edades tempranas entre 10 y 13 años en la zona sur de Madrid.
- Incrementar la información y el conocimiento a las familias de los adolescentes para que puedan ayudar a evitar que sus hijos puedan desarrollar un trastorno de conducta alimentaria.

4.2.3 Objetivos educativos específicos

- Los objetivos van dirigidos a las familias (padre y madre o tutor legal si lo hubiere), que participen en este proyecto.

Objetivos de conocimiento

- Los padres serán capaces de explicar los trastornos de la conducta alimentaria y distinguir los diferentes tipos que existen.
- Las familias sabrán identificar los diferentes factores de riesgo que repercuten en el desencadenamiento de los TCA.
- Los padres enunciarán los síntomas que pueden producir los TCA.
- Los padres serán capaces de describir que es el estilo de vida saludable y aprender los buenos hábitos alimentación.
- Los padres aprenderán a establecer una comunicación de confianza y seguridad con su hijo.

Objetivos en el área afectiva

- Serán capaces de expresar sus dudas sobre los TCA y verbalizar los miedos en relación con el comportamiento que observen en sus hijos.
- Adquirirán herramientas para identificar emociones o necesidades en sus hijos.
- Serán capaces de comunicarse con sus hijos a partir de las recomendaciones transmitidas por los profesionales en los diversos talleres y refuerzos. **(Anexo V)**.

Objetivos de habilidades

- ✓ Los padres serán capaces de elaborar una dieta saludable, y la pondrán en práctica. Demostrarán que existe feedback y confianza con sus hijos.
- ✓ Realizar un diario de las conductas adquiridas durante el curso y que se han incorporado en el núcleo familiar.
- ✓ Demostrar la adquisición de información durante el curso mediante un caso.

4.3 Contenidos

El proyecto dirigido a los padres se desarrollará siguiendo el cronograma que se transmitirá en el folleto informativo (**Anexo II**). El contenido se repartirá a lo largo de los talleres y los temas a tratar serán los siguientes:

Se explicará la importancia de la autopercepción del físico que tienen los padres de si mismos sobre sus hijos. Se tratarán los cambios que se producen en la etapa de la adolescencia. Se expondrán los tipos de trastornos de la conducta alimentaria. Se les informarán de los factores de riesgo para su desarrollo. También se les ayudará a detectar las características más definitorias de cada trastorno. Se explicarán las posibles consecuencias de los TCA. Se tratará de fomentar y ayudar a adquirir hábitos saludables, reforzar la importancia de una alimentación saludable y el ejercicio, establecer un buen clima familiar en el hogar. Se proporcionarán pautas y herramientas para abordar situaciones difíciles con los hijos y aprenderán a gestionar el estrés. También se les ayudará a controlar el estrés y fomentar la comunicación con los adolescentes.

4.4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.

4.1.1 planificación general.

El curso tendrá una duración de dos meses, serán cuatro sesiones de dos horas en intervalos de 15 días. Durante los días que no se dé el curso, los padres tendrán la oportunidad de poner en práctica, los conocimientos y habilidades aprendidas durante este periodo. A su finalización se realizará una autoevaluación final por parte de los familiares para comprobar si se han interiorizado los conceptos del curso.

4.1.2 Cronograma general.

DÍA 1	<p><u>1ª Hora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Presentación de los asistentes- Presentación del proyecto- Introducción a los TCA- Cuestionario pre- intervención <p><u>2ª Hora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Tipos de TCA- Factores de riesgo- Dudas y preguntas
<i>DESCANSO 15 DÍAS</i>	
DÍA 2	<p><u>1ª Hora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Cambios físicos y psicológicos en la adolescencia- Características de los diferentes TCA- Consecuencias de los TCA <p><u>2ª Hora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Estilo de vida saludable
<i>DESCANSO 15 DÍAS</i>	
DÍA 3	<p><u>1ª Hora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Cuestionario de seguimiento- Gestión de estrés, autoestima y comunicación en el hogar <p><u>2ª Hora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Pautas para establecer un buen clima familiar.
<i>DESCANSO 15 DÍAS</i>	
DÍA 4	<p><u>1ª Hora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Técnicas para resolver conflictos con adolescentes <p><u>2ª Hora:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Simulación de un caso práctico- Cuestionario de evaluación- Dudas y preguntas

4.1.3 Número de participantes

Las familias serán derivadas desde el centro de salud no podrán superar el aforo de 26 personas, para garantizar la correcta consecución del curso. Se recomienda que, en la medida de lo posible acudan los dos progenitores.

4.1.4 Docentes

El equipo que llevará a cabo el proyecto estará formado por dos enfermeras especializadas en el área de salud mental, que trabajan en la unidad de trastornos de conducta alimentaria, quiénes serán las que desarrollarán la parte explicativa e informativa. También se contará con un psicólogo, especialista en TCA, también trabajador del hospital psiquiátrico San Juan de Dios que aportará información a las familias sobre cómo abordar estos trastornos, prevenirlos y detectarlos, además será quien se encargue de la interpretación de los cuestionarios y dudas que puedan surgir a lo largo de los talleres.

4.1.5 Sesiones

El proyecto se realizará en cuatro sesiones con una duración de dos horas cada una de ellas y con periodo de descanso de 15 días, para establecer un tiempo en el cual los padres puedan emplear las herramientas aprendidas en cada una de ellas, ponerlas en práctica y así aclarar su efectividad en la sesión posterior.

Las sesiones se impartirán en un aula (B1.1), de la Universidad Pontificia de Comillas en Ciempozuelos. El aula dispondrá de mesas, sillas, un ordenador con proyector, hojas en blanco, bolígrafos para hacer posible el desarrollo de este proyecto. Cada sesión está dividida por primera y segunda hora y entre las mismas se propondrá un descanso de 10 minutos. El horario se establecerá en turno de tarde, su inicio será a las 17:00 y finalizará a las 19:00.

PLANIFICACIÓN ESPECÍFICA

Sesión 1:

El objetivo concreto de esta primera sesión será proporcionar conocimientos, explicar el fin que se pretende llevar a cabo con el proyecto, se informará de las temáticas de cada sesión con el cronograma establecido. Después se realizará una presentación de los docentes y también de los participantes.

Las sesiones se establecerán en turno de tarde a las 17:00 horas. Iniciarán las presentaciones las enfermeras especialistas y el psicólogo para conseguir una buena relación con los participantes, creando un buen clima de confianza en el grupo.

Temática de esta primera sesión: se mostrará el cronograma (en power point), en él se determinan los temas y la duración de los contenidos lo que nos llevara 20minutos.

Las técnicas de educativas empleadas en esta sesión:

1. Técnica de iniciación grupal: los padres comenzaran a presentarse por parejas, en el caso de que acudan los dos progenitores, al mismo tiempo una enfermera, verificará sus nombres en la lista que habrá facilitado el centro de salud y durará 10 minutos. El material que se utilizará: folio y bolígrafo.
2. Investigación en el aula: se entregará un cuestionario pre-intervención (**Anexo IV**) para observar que conocimientos tienen sobre los trastornos de la conducta alimentaria, dispondrán de 20minutos.
3. Expositiva: video con discusión: los profesionales (enfermeras y psicólogo), informarán de manera clara y apoyándose con un Power Point y proyector de que son los trastornos alimentarios, que tipos existen y cuáles son los factores de riesgo para su desarrollo. Durante la explicación se permitirán dudas o cualquier aclaración que necesiten sobre el tema. Para llevarlo a cabo dispondremos del siguiente material: ordenador, Power Point, proyector. La duración será de 50minutos.

Sesión 2:

En esta sesión se pretende como objetivo principal: la prevención de los TCA y también detectar conductas que alarmen de un posible caso, para ello el contenido en este taller será explicar a los participantes, las distintas temáticas que puedan evitar la aparición de este problema y también poder ayudar a detectar cualquiera conducta anómala que pueda hacer sospechar de estar ante esta patología.

Las técnicas educativas empleadas en esta sesión:

1. Investigación en el aula (rejilla de análisis): los asistentes comentaran las experiencias que hayan tenido con sus hijos respecto a los cambios producidos en la etapa de la adolescencia, carácter, sexualidad, amistades, estudios. El tiempo será de 20 minutos.
2. Expositiva (video con discusión): las enfermeras junto con el psicólogo explicarán los cambios producidos en adolescencias, las características y consecuencias de los TCA. Se mostrará un video de un caso real de TCA. En todo momento los participantes podrán intervenir para dudas o aclaraciones. Material: ordenador, Power Point, Proyector. Duración: 40 minutos.
3. Expositiva: las enfermeras informarán de la importancia de adquirir un estilo de vida saludable y para ello se apoyarán en un folleto (**Anexo V**), que entregarán a los asistentes para que puedan interiorizar y recordar los conocimientos transmitidos en este taller. El material necesario: ordenador, Power Point, proyector y folleto. Duración 50 minutos

Sesión 3:

En esta sesión se verificará la aceptación y la información adquirida durante las sesiones 1 y 2. Se informará de la importancia de establecer un buen ambiente familiar y el riesgo que conlleva de no ser así. Además, se darán herramientas necesarias para el control del estrés, para fomentar una buena autoestima en los adolescentes y conseguir mantener una buena comunicación con sus hijos que facilite en mayor medida la prevención de los trastornos alimentarios.

Las técnicas de educativas empleadas en esta sesión:

1. Investigación de aula: se entregará un cuestionario para asegurar que han empleado las nuevas herramientas y los conocimientos adquiridos en el taller 2. Material: hojas, bolígrafos. Duración 15 minutos.
2. Desarrollo de habilidades: demostración práctica, el psicólogo realizará una sesión de relajación, pero antes explicará la importancia de aprender a gestionar el estrés como principal riesgo en el ámbito familiar, además se entregará una rutina de ejercicios antiestrés (**Anexo VI**) que tendrán que incorporar a su vida. La duración será de 45 minutos. Material: ordenador, esterillas de suelo, hojas.
3. Expositiva: lección con discusión: las enfermeras junto con el psicólogo informaran a los padres de las herramientas fundamentales para mantener una buena comunicación con sus hijos. Durante la sesión los padres podrán intervenir para sugerencias, dudas, o cualquier aclaración que les afecte. Duración 50 minutos. Material necesario: folios y bolígrafos.

Sesión 4:

En este último taller, el objetivo a conseguir será poner en práctica todo lo aprendido en las sesiones: conocimientos, habilidades y herramientas con el fin de prevenir la aparición de más casos de TCA.

Las técnicas de educativas empleadas en esta sesión:

Expositiva (charla participativa): el psicólogo explicará la manera de actuar ante conflictos con los adolescentes. Dará primeramente posibles respuestas o comportamientos que pueden emplear ante problemas de cara al futuro con sus hijos. Duración 20 minutos. Material: ordenador, Power Point y proyector.

Análisis (Caso): seguidamente las enfermeras expondrán dos ejemplos de diferentes situaciones (conflictos), que pueden darse en el ámbito familiar entre padres e hijos. Se les pedirá a los asistentes que contesten en una hoja que se les proporcionará contestando de cuál sería su actuación. Después los asistentes y las enfermeras junto con el psicólogo analizarán los elementos más destacados y se tomará la decisión de cuál sería la actuación más recomendable. Duración 40 minutos. Material: hojas, bolígrafos.

Expositiva (charla-coloquio): los asistentes expresarán cual ha sido el nivel de satisfacción sobre los temas a tratar en los talleres, pudiendo aportar opiniones o dudas. Material: sillas. Duración 30minutos.

Investigación de Aula (cuestionario): se les entregará un cuestionario post-intervencion **(Anexo IV)**, para ver el nivel de conocimientos adquiridos durante todos los talleres y así compararlo con el inicio de las sesiones. Duración 20 minutos. Material: fotocopia y bolígrafos.

4.5 Evaluación.

Para hacer una evaluación del alcance y de la utilidad que ha producido este proyecto tras su aplicación y desarrollo, vamos a establecer los siguientes parámetros de evaluación:

- ✚ El número de participantes: valorar en número de asistentes que acudieron a los talleres con los que se esperaban.
- ✚ Valoración del interés y la implicación de los participantes.
- ✚ Información y conocimientos logrados. Para ello se valorará con un cuestionario al inicio de la primera sesión y otro cuestionario realizado al final de la última sesión para así poder comparar.
- ✚ Obtener los puntos de vista de los participantes para conocer la opinión que le ha generado el programa, y se entregará tras la finalización de este.

Realizaremos una evaluación a corto, medio y largo plazo de los objetivos establecidos en el proyecto y será llevado a cabo por el equipo de enfermería de atención primaria (centro de salud de Ciempozuelos) y de atención especializada (hospital de San Juan de Dios).

- **A corto plazo:** se comprobará mediante el cuestionario realizado en el inicio y final de los talleres. Se comprobará el grado de conocimientos, herramientas y destrezas logradas tras las sesiones (**Anexo VII**).
- **A medio plazo:** se contactará con los participantes por vía telefónica, el (**Anexo I**), facilitará los datos de las familias que participaron, a los 2 meses tras la finalización, con el objetivo de saber si ha sido de utilidad y si se ha puesto en práctica lo adquirido. Además, pediremos que nos expresen dudas, nuevos problemas que hayan podido surgir a la hora de emplear lo aprendido en el curso. Tras las respuestas obtenidas en las llamadas se valorará la posibilidad de llevar a cabo otro curso que ayude y refuerce aquellos aspectos de necesidad.
- **A largo plazo:** se enviará por correo una carta con un cuestionario para ver la satisfacción y la utilidad de proyecto educativo al año de su finalización. En este cuestionario se evalúa el éxito y la utilidad del proyecto, valorando como ha beneficiado todo lo aprendido en el curso, y puesto en práctica en el ámbito familiar (**Anexo VIII**).

5. Bibliografía

- (1) Portela de Santana, M. L., Da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutricion Hospitalaria* 2012 mar;27(2): 391-401.
- (2) Méndez JP, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 2008;65(6): 579-592.
- (3) DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de American Psychiatric Association | Editorial Médica Panamericana. 5ª ed. American Psychiatric Association: 2018.
- (4) 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. *Nutr Hosp* 2018, 35(2):489-494.
- (5) Peterson K, Fuller R. Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nursing2022* 2019 October;49(10): 24–30.
- (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: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutricion Hospitalaria* 2018, 35: 49-97.
- (7) Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J* 2020 -01;50(1): 24-29.
- (8) Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría* 2020;91(5):784-793.
- (9) María Samatán-Ruiz E, Manuel Ruiz-Lázaro P. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2021;38(1):40-52.
- (10) Sánchez López AP. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en seis países europeos. *METAS ENFERM* 2017;20(5):66-73.

- (11) 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: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutricion Hospitalaria* 2018;35:49-97.
- (12) Mateo, C. M. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop Online*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id:3436
- (13) García Puertas D. Influencia del uso de Instagram sobre la conducta alimentaria y trastornos emocionales. Revisión sistemática. *Revista Espanola de Comunicacion en Salud* 2020 jul;11(2):244-254.
- (14) Rodríguez Lazo M, Hernández Camacho JD, Bolaños Ríos P, Ruiz-Prieto I, Jáuregui-Lober I. Alimentación familiar y percepción de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición hospitalaria* 2015;32(4):1786-1795.
- (15) Patricio A, Gabriela KM. Trastornos de la conducta alimentaria: imagen corporal y sexualidad. *Vertex rev.argent.psiquiatr* 2013:285-290.
- (16) Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm F, et al. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Res* 2014 -12-15;220(1-2):500-506.
- (17) María Verónica GP, Carolina LC, Marcela MB. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2012;23(5):579-591.
- (18) Moreno Fuentes AI, Romero Mota Y, Sayago Sampedro P. Complicaciones médicas de las conductas purgativas. Consecuencias de la alimentación. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2015(21):2260-2276.
- (19) 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. *Revista de Psicoterapia* 2020 Mar 01,31(115):49-63.
- (20) Ruiz Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Atención Primaria* 2001;27(6):428-431.

(21) Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora M. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental* 2012 nov;35(6):483-490.

Anexo II; (FOLLETO INFORMATIVO): PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

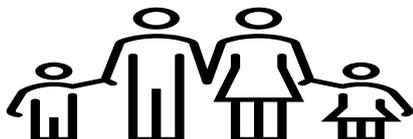
PROGRAMA PARA PADRES DE ADOLESCENTES; AYUDA PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

LUGAR

**Universidad Pontificia de Comillas
Aula B.1
C/ Avda. San Juan de Dios,1
Ciempozuelos**

HORARIO

**Mes: Febrero – marzo – abril
Horas: 17:00 a 19:00
4 sesiones de 2 horas.
Días de celebración:
1/02/2022
22/02/2022
15/03/2022
05/04/2022**



4 TALLERES EDUCATIVOS PARA PREVENIR PROBLEMAS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES

SESIÓN 1: Introducción de los trastornos de la conducta alimentaria, sus tipos y factores de riesgo.

SESIÓN 2: Cambios físicos y psicológicos en la adolescencia y estilo de vida saludable.

SESIÓN 3: Estrés y comunicación familiar.

SESIÓN 4: Afrontamiento y resolución de conflictos en la adolescencia.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Detección, prevención y recursos para
familias de adolescentes

1 DE FEBRERO 2022

INSCRIPCIÓN GRATUITA

17:00H-19:00H

Universidad Pontificia de Comillas

Aula B.1

C/ Avda. San Juan de Dios,1

Ciempozuelos

ANEXO IV: CUESTIONARIO PRE Y POST INTERVENCIÓN.

Son 10 preguntas y se valora numéricamente del 1 al 4 (elaboración propia)

1= Nada 2= Poco

3 = Normal 4 = Bastante

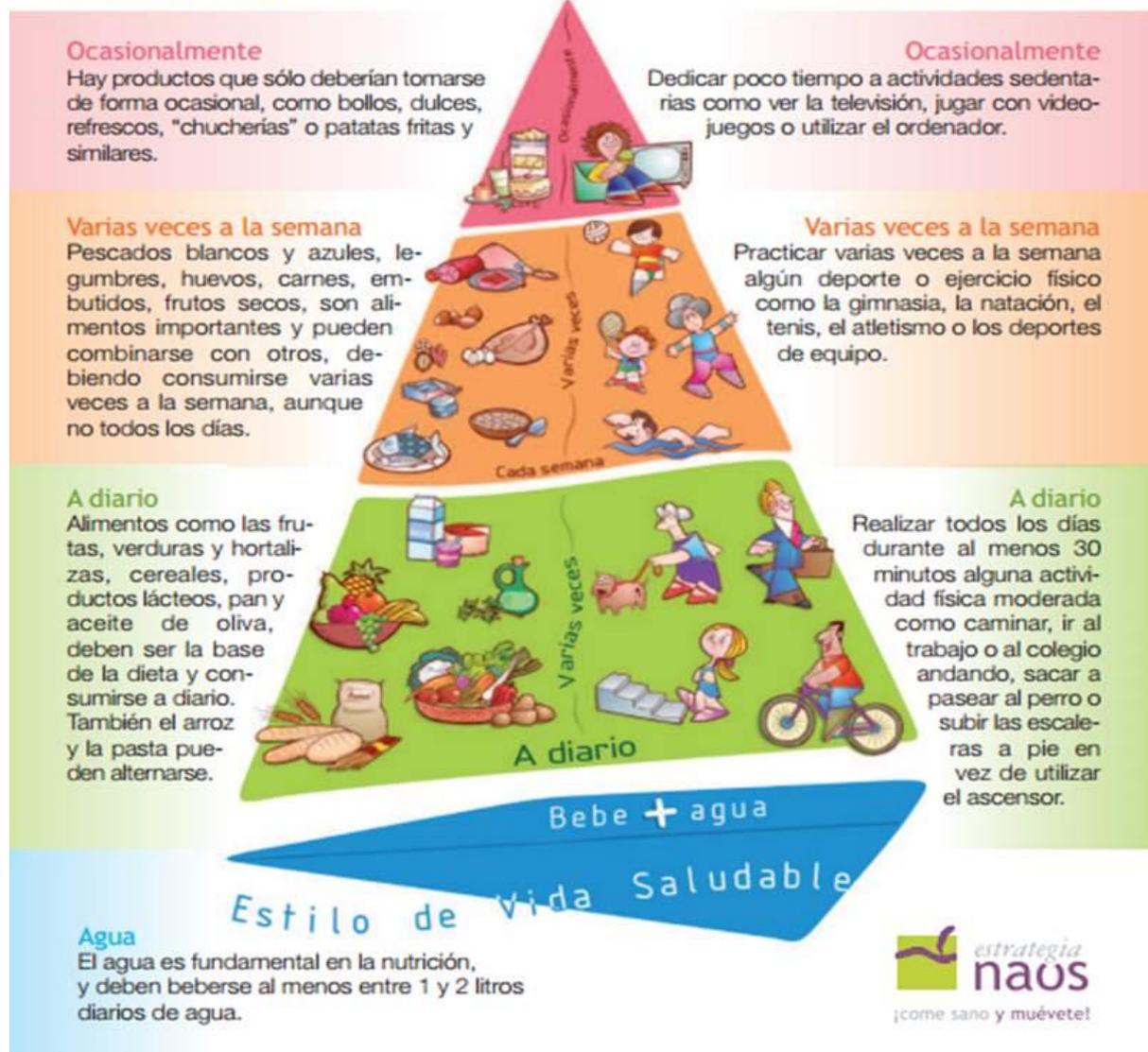
- ❖ ¿Tiene conocimiento acerca de lo que es un trastorno de la conducta alimentaria?
- ❖ ¿Conoce las causas que pueden desencadenar este problema?
- ❖ ¿Cree que la alimentación que su hijo/a es equilibrada?
- ❖ ¿Conoce cuáles son los síntomas más comunes de los trastornos alimentarios?
- ❖ ¿Ha recibido información en algún momento acerca de este problema?
- ❖ ¿Podría identificar cuantos tipos de trastornos alimentarios pueden existir?
- ❖ ¿Conoce cuáles son las consecuencias que pueden desencadenar los problemas con la alimentación?
- ❖ ¿Reconoce los cambios físicos y psicológicos más importantes que se producen en la etapa de la adolescencia?
- ❖ ¿Considera que el estrés es un factor importante y prejudicial en el ambiente familiar?
- ❖ ¿Tiene información y conocimiento de la importancia de llevar un estilo de vida saludable familiar?

ANEXO V RECOMENDACIONES PARA ALCANZAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

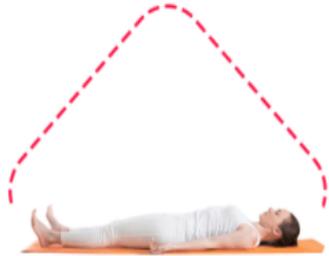
Pirámide Naos

Alimentación:

Actividad física:



ANEXO VI EJERCICIOS ANTIESTRÉS PARA PRACTICAR EN CASA



ANEXO VII METODO DE EVALUACIÓN A CORTO PLAZO

En qué grado de satisfacción ha cumplido el taller N.º X para incrementar su nivel de conocimientos	1	2	3	4	5
Herramientas proporcionadas en taller N.º X	1	2	3	4	5
Destrezas adquiridas en el taller N.º X	1	2	3	4	5

Siendo 1 la mínima puntuación de satisfacción.

Siendo 5 la máxima puntuación de satisfacción.

ANEXO VIII: METODO DE EVALUACION A LARGO PLAZO; ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PROGRAMA EDUCATIVO

A continuación, se muestran los siguientes ítems, los cuales se valorarán del 1 al 5.

1 – muy descontento.

2 – poco contento.

3 – irrelevante.

4 – satisfecho.

5 – muy satisfecho.

	1	2	3	4	5
Distribución de las sesiones					
Temática tratada en los talleres					
Satisfacción de las sesiones					
Herramientas y material para llevarlo a cabo					
Clima y entorno					
Lugar de celebración					
Profesionalidad del personal					

Ahora responda a las siguientes cuestiones.

¿Qué es lo que más le ha aportado y lo que menos de las diferentes sesiones?

¿Qué aspecto mejoraría que considere relevante y de ayuda para usted?

Expresar sugerencias para un posible proyecto en un futuro.

Cambios producidos en el ámbito familiar a partir de la realización del taller