

Trabajo de Fin de Grado

Proyecto de Intervención Educativa de Enfermería

“Nuestra lucha contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria”

Grado de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud – Sección de Enfermería y Fisioterapia. ULL

Autora: Amalia Machado Arbois.

Tutora: Profesora Dra. María del Carmen Arroyo López.

La Laguna, a 26 de mayo de 2020.

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son un grupo de enfermedades que tienen un fuerte impacto negativo sobre la salud mental y física de los adolescentes de nuestra sociedad. Su prevención desde edades tempranas es fundamental para conseguir una disminución en la prevalencia de estos trastornos, resultando imprescindible conocer los factores predisponentes que hacen precipitar conductas inapropiadas relacionadas con la alimentación. La adherencia al tratamiento continúa siendo el principal problema de estas enfermedades, por lo que un adecuado apoyo familiar y social es vital para la recuperación de los pacientes.

Es preciso educar a los niños, alrededor de los 12 años, sobre los mensajes que aparecen en los medios de comunicación y las redes sociales, y que aprendan a discriminar entre los que son positivos y los que son negativos. De esta manera se conseguirá disminuir la influencia que tienen sobre la insatisfacción corporal de muchos adolescentes que hacen que terminen desarrollando Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Palabras clave

Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, Adolescencia, Prevención.

Abstract

Eating disorders are a group of diseases that have a strong negative impact on the mental and physical health of adolescents in our society. The prevention from an early age is essential to achieve a decrease in the prevalence of these disorders, making it essential to know the predisposing factors that precipitate inappropriate behaviors related to food. Adherence to treatment continues to be the main problem of these diseases, so adequate family and social support is vital for the recovery of patients.

Children, around the age of 12 need to be educated about the messages that appear in the media and social networks, and that they learn to discriminate between those who are positive and those who are negative. In this way, it will be possible to reduce the influence they have on the body dissatisfaction of many adolescents that cause them to end up developing Eating Disorders.

Key words

Eating Disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adolescence, Prevention.

Índice

1. Introducción.....	4
2. Marco Teórico.....	5
2.1. Breve historia	5
2.2. ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?	6
2.3. Anorexia Nerviosa.....	11
2.4. Bulimia Nerviosa.....	14
2.5. Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	17
2.6. Decálogo sobre el fomento de la autoestima.....	19
3. Planificación: Intervención Educativa	20
4. Justificación y objetivos.....	21
5. Metodología.....	22
5.1. Diseño: Tipo de estudio.....	22
5.2. Población diana	22
5.3. Intervención educativa.....	23
5.4. Consideraciones éticas.....	23
6. Temporalización.....	24
7. Recursos.....	25
8. Ejecución.....	26
9. Evaluación.....	28
10. Conclusión.....	29
11. Bibliografía	30
12. Anexos.....	33

1. Introducción

La adolescencia es una etapa única y formativa en la que se producen múltiples cambios físicos, psíquicos y sociales. La pobreza, el abuso y la violencia pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental. Promover el bienestar psicológico de los adolescentes y protegerlos de experiencias adversas y factores de riesgo que puedan afectar a su desarrollo son intervenciones esenciales para su salud física y mental en la edad adulta ⁽¹⁾.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales que han ganado protagonismo en los adolescentes de nuestra sociedad en las últimas décadas. Se caracterizan por un comportamiento patológico ante la ingesta de alimentos y una obsesión por el control del peso, pudiendo traer consigo graves consecuencias para la salud física y mental del paciente ⁽²⁾.

Su cronicidad y la aparición periódica de recaídas causan un efecto devastador en el ámbito familiar, repercutiendo de manera negativa sobre el funcionamiento psicosocial de los pacientes que se asocia a un elevado riesgo de suicidio ⁽³⁾.

Los TCA suponen un problema emergente, y en las sociedades occidentales son la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil. Han alcanzado especial relevancia en los últimos 30 años por su creciente incidencia, la gravedad de la patología asociada y la resistencia que ofrece al tratamiento.

Es de vital importancia conocer la frecuencia de los trastornos alimentarios en nuestra sociedad, sensibilizar a la comunidad educativa del riesgo que suponen, realizar una detección precoz y dar herramientas pedagógicas útiles a los educadores para que realicen una prevención eficaz ⁽⁴⁾.

2. Marco Teórico

2.1 Breve historia

En los años 98 y 138 d.c, Soranos describe la anorexia y la amenorrea en la mujer sin establecer relación aparente entre ellas, tal y como se conoce hoy en día. Posteriormente, en el año 155 d.c, Galeno hace referencia a un cuadro de adelgazamiento morboso en el que una mujer era incapaz de comer, en consonancia con algunos síntomas que conocemos de la anorexia nerviosa ^(4, 5).

El profesor Josep Toro describió la anorexia que sufrían algunas santas, como Catalina de Siena, cuyos escritos revelan que era anoréxica y murió a los 34 años. Algunos de los síntomas que tenían en común con este trastorno eran: voluntad inflexible, capacidad de rebeldía contra los demás, negación total del cuerpo y del sufrimiento, aparente conflicto materno y mantenimiento de una actividad intensa sin sentir fatiga.

En 1720 Richardus Morton describe la “consunción nerviosa” en su libro *A Treatise of Consumption*, siendo considerada la primera descripción clínica de este trastorno ⁽⁴⁾:

“... después de muchos cuidados y sufrimientos espirituales, de una supresión de la menstruación y sin signos de clorosis, decayó el apetito y la digestión. La musculatura se debilitó y el semblante comenzó a palidecer, síntomas habituales en la consunción del cuerpo” ⁽⁶⁾.

W.W. Gull fue el primero en utilizar la expresión “anorexia nerviosa” durante una conferencia en Oxford en 1874. Describió esta enfermedad como “un estado mental morboso por alteraciones centrales y hereditarias”. A su vez, Laségue la clasificaba como inanición histérica y, al igual de Gull, la consideraba una enfermedad psicógena ^(4, 5).

En 1894 Freud hace referencia a la anorexia como una “psiconeurosis de defensa” o “neurosis de la alimentación con melancolía”, con el objetivo de rechazar la sexualidad.

Desde inicios del siglo XX hay aportaciones que se asemejan más a los casos de anorexia de la actualidad. Se abandona la creencia histérica de este trastorno y comienza a ser diagnosticado como una enfermedad fisiopatológica que precisa tratamientos endocrinos hormonales.

Entre 1954 y 1964 son muchos los autores que comienzan a asociar la anorexia con un componente depresivo y melancólico, describiéndola como una entidad nosológica definida. Entre ellos destacan López Ibor, Selvini Palazzoli, King y Kahattar.

En el Simposio de Göttingen, en 1965, se explica el carácter multidisciplinar de la enfermedad; y en 1966, Tours mantiene la idea de que la enfermedad es un trastorno pluridimensional. En 1970, siguiendo la misma línea, Flórez Tascón afirma que es un trastorno con el síndrome de las tres "A": anorexia, amenorrea y adelgazamiento.

En general, a partir de los años 70, los Trastornos de la Conducta Alimentaria comienzan a ser tratados como enfermedades de origen multicausal, y se empiezan a realizar estudios endocrinológicos y epidemiológicos que sustentan el tratamiento antidepressivo en estas enfermedades ⁽⁴⁾.

2.2 ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Los TCA son enfermedades mentales cuya característica principal es una obsesión por el control del peso y un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria. Sus síntomas derivan de un elevado nivel de insatisfacción corporal, ligado a la existencia de ideas distorsionadas con respecto al comer, el peso y la imagen. Son trastornos estrechamente relacionados con factores genéticos, familiares, sociales y culturales, que provocan consecuencias negativas para la salud física y mental del paciente ^(2, 4).

El problema fundamental de los TCA reside en la escasa adherencia al tratamiento que presentan sus pacientes, relacionada con la falta de conciencia de enfermedad, para lo que resulta muy útil la ejecución de intervenciones informativas y educativas ^(7, 8).

Los problemas imputables al paciente, como el miedo, conflictos relacionados con la dinámica familiar y deficiencias de los terapeutas (escasez de conocimientos en el campo o mala coordinación del equipo), dificultan la adecuada evolución de los trastornos, produciéndose un fracaso terapéutico, a veces repetitivo, que lleva al paciente y a su familia a un constante cambio de centros y terapeutas, en una búsqueda desesperada de mejoría ⁽⁹⁾.

2.2.1 Etiología

Existen diferentes teorías que plantean la importancia de los factores culturales y ambientales en el desarrollo de los TCA, debido a la prevalencia que tienen en los países industrializados. Además, cabe mencionar la influencia de los factores genéticos sobre el peso corporal, pues se ha iniciado la identificación y comprensión de las moléculas que participan en el control del apetito, la saciedad y la homeostasis energética ⁽³⁾.

No obstante, entre los factores más importantes que influyen en el desarrollo de los TCA se encuentran:

- Factores personales: baja autoestima, alto nivel de autoexigencia y de perfeccionismo, miedo a madurar y a crecer.
- Factores familiares: posibles conflictos internos, falta de comunicación, alteraciones en el peso de los componentes más cercanos de la familia, entre otros.
- Factores sociales y culturales: modelos sociales que favorecen el culto a un cuerpo delgado, influencia de la publicidad y de la moda que imponen cánones de belleza muy estrictos.

La práctica de dietas para adelgazar, problemas personales relacionados con el estrés y otras patologías psiquiátricas asociadas, son otros de los factores que contribuyen al desarrollo de estas enfermedades ⁽⁴⁾.

2.2.2 Evolución

Los estudios de seguimiento de la evolución de la enfermedad entre 5 y 12 años desde su inicio indican que:

- Alrededor del 50% de los pacientes están recuperados y haciendo vida normal.
- Alrededor del 25% tienen síntomas como alteraciones menstruales, cambios de peso, etc.
- Alrededor del 20% siguen con el trastorno y, a su vez, el 20% de estos enfermos evolucionan hacia la bulimia nerviosa.
- Alrededor del 5% mueren.

Estos datos se refieren a pacientes de todas las edades. Cuando se trata de pacientes adolescentes, la evolución satisfactoria asciende al 80% aproximadamente, lo que demuestra la importancia de tratar la anorexia y la bulimia de manera precoz ⁽⁴⁾.

2.2.3 Influencia de las interacciones familiares

Los patrones de interacciones familiares han sido de gran interés en el desarrollo de teorías y tratamientos relacionados con los TCA. Las primeras conceptualizaciones de la anorexia, que la definían como un trastorno psicossomático, planteaban la hipótesis de que los patrones de interacción familiar contribuían a su desarrollo y mantenimiento.

En 1978, Minuchin, Rosaman y Baker desarrollaron un modelo familiar estructural enfocándose en interacciones familiares, tales como: sobreprotección, rigidez y nivel de conflicto. Las primeras teorías se basaron en observaciones clínicas subjetivas y, en su mayoría, acreditadas.

No obstante, estudios posteriores se declinaron por plantear la relación de las interacciones familiares en los jóvenes que desarrollaban TCA, comparándolos con jóvenes sanos; así como si había patrones de interacción específicos de ciertos trastornos alimentarios.

Ningún patrón de interacciones familiares se asocia de manera consistente con diagnósticos específicos de los TCA; por ejemplo, que las familias de pacientes con Anorexia Nerviosa (AN) tengan mayor enredamiento que las de Bulimia Nerviosa (BN), por lo que el trabajo de este dominio no ha identificado modelos concretos útiles para adaptar el tratamiento a los jóvenes con trastornos alimentarios ⁽¹⁰⁾.

2.2.4 Influencia de los medios de comunicación y las redes sociales

Está claro que los medios de comunicación no son los culpables de la existencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria, pero la influencia que tienen sobre la mentalidad de la población en general, fundamentalmente de los adolescentes, es un hecho.

Existen estudios que demuestran la relación entre la exposición a imágenes de personas delgadas, la insatisfacción con el propio cuerpo y los trastornos alimenticios que afectan, sobre todo, a las mujeres.

Actualmente se ha duplicado la exposición a imágenes ideales, gracias a Internet, las redes sociales y la existencia de páginas webs que promueven los TCA, tales como Pro-Mia y Pro-Ana, que hacen relativamente fácil la propagación de estos trastornos en los adolescentes de hoy en día.

No obstante, en los medios de comunicación se han ido levantando voces a favor de la diversidad de cuerpos, dando más importancia a la salud antes que a una figura estrictamente delgada ⁽¹¹⁾.

2.2.5 Tratamiento de los TCA

Los TCA son enfermedades graves que pueden llegar a controlarse con tratamiento especializado, tanto médico como psicológico. Son procedimientos largos y complejos cuya mayor dificultad, como se ha mencionado anteriormente, es que en la mayoría de los casos los pacientes con estos trastornos carecen de conciencia de enfermedad, lo que influye negativamente en la adherencia terapéutica ⁽²⁾.

Existe unanimidad en el criterio de que el paso preliminar del tratamiento debe ser la recuperación de un mínimo estado de salud orgánica, restaurándose la nutrición, ya que sin ella sería imposible plantearse otro tipo de intervención terapéutica.

Habitualmente se inicia el tratamiento de forma ambulatoria, intentando restaurar la conducta alimentaria en el entorno familiar; pero con frecuencia esto no se consigue y es necesario recurrir al ingreso hospitalario, con el objetivo de conseguir una adecuada evolución nutricional y ponderal. También está indicado en casos en los que las relaciones familiares estén muy deterioradas, o el paciente presente un gran conflicto personal, debido al elevado riesgo de intentos de suicidios que existe en estos casos.

El ingreso hospitalario en sí ya supone una trascendental medida terapéutica en la que el paciente tiene la oportunidad de enfrentarse a su problema, seguramente por primera vez de manera individual, al margen de la constante y conflictiva presencia familiar. Además, supone el inicio de un proceso madurativo por el simple hecho de intentar adaptarse a esta nueva e inquietante situación.

En los pacientes que padecen TCA existen dos tipos de ingreso:

- Hospital de día: Indicado en pacientes en los que el tratamiento ambulatorio ha fracasado, pero cuentan con un buen apoyo familiar y tolera la participación en grupos. Supone también una continuidad terapéutica posterior a la hospitalización.
- Hospitalización: Indicada cuando existen criterios de desnutrición severa, riesgo de suicidio, patología psiquiátrica concomitante, etc.

Para la recuperación ponderal se aconseja un estricto control hematológico y del peso corporal. Un manejo eficaz del régimen terapéutico implicará pactar con el paciente, apoyarlo en la toma de decisiones y promover la integridad familiar.

Se contempla la restricción de actividad física con el objetivo de ahorrar energía, favorecer la digestión después de las comidas y disminuir las molestias gástricas.

Actualmente no existe tratamiento farmacológico que resuelva las manifestaciones de estas enfermedades, pero sí que alivie los síntomas. En casos de anorexia nerviosa se pueden utilizar antidepresivos tricíclicos (clormipramina) para controlar la obsesión y la ansiedad ante la comida y las calorías. Por otra parte, en pacientes con bulimia nerviosa resulta muy importante el control de los atracones, para lo que se prefiere el uso de fluoxetina, un antidepresivo de la clase Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina ⁽¹²⁾.

No obstante, hay estudios que demuestran la eficacia de ciertas terapias, tales como terapias cognitivo-conductuales ⁽¹³⁾, el uso de herramientas de entorno virtual para normalizar la ingesta en pacientes con anorexia nerviosa ⁽¹⁴⁾, entre otras.

Las terapias que se apliquen a estos pacientes consistirán en modificar su comportamiento, con el fin de conseguir una conducta alimentaria adecuada. Resulta útil aplicar refuerzos positivos cuando el paciente consiga un aumento ponderal, así como aplicar “castigos” cuando disminuya; por ejemplo, no recibir visitas, quitarle ciertos privilegios, etc. Estos castigos deben ser lo suficientemente fuertes para promover el cumplimiento del tratamiento, pero no tan severos como para disminuir la autoestima del paciente. En cualquier caso, debemos evitar centralizar la relación de ayuda con el peso corporal.

Cuando existe una importante problemática familiar, las relaciones están muy deterioradas y no presentan solución, conviene aconsejar a sus miembros para que realicen terapia familiar, ya que el apoyo que los pacientes reciban por parte de sus seres queridos va a ser primordial para la correcta evolución de los trastornos ⁽¹²⁾.

2.3 Anorexia Nerviosa

La Anorexia Nerviosa (AN) es el TCA más común actualmente, afectando principalmente al sexo femenino. Tiene un inicio temprano, entre los 14 y 18 años, y se estima que su prevalencia en España es del 0,3% en mujeres entre 12 y 21 años ⁽¹²⁾.

Es una enfermedad que se caracteriza por un intenso miedo a aumentar de peso y una preocupación excesiva por la silueta del cuerpo. Esto conlleva conductas patológicas respecto a la alimentación, el control del peso y del aspecto físico, tales como dietas severas, ayunos autoimpuestos y una práctica excesiva de ejercicio físico, con la única finalidad de perder peso. Las personas que la padecen pueden llegar a pesar hasta un 15% menos de lo que les corresponde por su edad y talla ^(3, 4, 13, 15).

La AN supone un gran impacto negativo en la vida familiar, social, laboral, académica y emocional de las personas que la padecen. Normalmente el inicio pasa desapercibido, porque no se evidencian problemas derivados de esta enfermedad. En ocasiones, los pacientes se sienten conformes con su pérdida de peso, y reciben buenos comentarios por parte de las personas que los rodean, pero con el tiempo empiezan a aparecer signos y síntomas que indican la presencia de una patología. Se debe estar alerta ante los primeros indicios de enfermedad, ya que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado suponen una fácil y rápida recuperación ⁽²⁾.

A la hora de dar por remitido algún síntoma de AN, se debe especificar si está en remisión parcial o total:

- Remisión parcial cuando, después de cumplir todos los criterios diagnósticos, deja de cumplirse el bajo peso, pero el miedo a engordar y la alteración de la percepción del peso y/o silueta siguen presentes.
- Remisión total cuando no se cumple ningún criterio diagnóstico durante un periodo sostenido. ⁽²⁾

2.3.1 Tipos de anorexia nerviosa:

- Restrictiva: En este tipo de anorexia el paciente no ha tenido episodios de atracones o purgas en los últimos 3 meses, por lo que la pérdida de peso se debe a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio físico en exceso.
- Con atracones/purgativa: En este tipo de anorexia el paciente ha recurrido regularmente a atracones o purgas durante los últimos 3 meses ⁽¹²⁾.

2.3.2 Etiopatogenia:

Existen varios estudios sobre la etiopatogenia de este trastorno, pero no se han encontrado resultados concluyentes. Se cree que en la anorexia nerviosa influyen varios factores que se dividen en:

a) Factores predisponentes:

- Factores individuales: Posible influencia genética apoyada por estudios de concordancia gemelar y por la presencia de un gen común.

En líneas generales, las pacientes con anorexia nerviosa son chicas responsables y eficaces en sus estudios, con miedo a perder el control y muy perfeccionistas.

- Factores familiares: Suelen pertenecer a familias rígidas, competitivas y orientadas al éxito, y muchas veces hay presencia de casos de alcoholismo, trastornos psiquiátricos en familiares de primer grado y divorcios entre los padres.
- Factores culturales: El culto al cuerpo y los cánones de belleza de los últimos años han hecho que los casos de anorexia nerviosa aumenten, aunque es un trastorno que se conoce desde la antigüedad.

b) Factores precipitantes: El más común es el inicio de dietas restrictivas con el objetivo de perder peso ⁽¹²⁾.

2.3.3 Criterios diagnósticos según la DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición) ⁽¹⁶⁾:

- Restricción del aporte energético que supone una pérdida significativa de peso, considerando edad, sexo, trayectoria evolutiva y salud física del paciente.
- Miedo intenso a ganar peso o padecer obesidad, o conducta persistente que interfiere en la ganancia de peso.
- Alteración de la percepción del peso y la silueta corporales, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

2.3.4 Consecuencias:

Además de los síntomas típicos de la AN, esta puede conllevar alteraciones psicopatológicas como estado de ánimo depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, pérdida de la libido, alteraciones del sueño, obsesiones y/o rituales obsesivos alrededor de la comida.

De igual manera, puede suponer alteraciones físicas derivadas de una malnutrición grave, como descalcificación ósea, problemas cardiacos, sensación constante de frío, estreñimiento, caída de cabello, entre otras ⁽²⁾.

2.4 Bulimia Nerviosa

La Bulimia Nerviosa (BN) es un trastorno de inicio más tardío que la anorexia, en torno a los 20 años, con una prevalencia en España de 0,8%, más frecuente en mujeres. La primera descripción de bulimia nerviosa la hizo G. Russel en 1979, en fechas posteriores a la de la anorexia nerviosa ^(12, 15).

Es un proceso psiquiátrico en el que el paciente tiene sensación de hambre compulsiva; esto le produce angustia y lo conduce a una ingesta rápida e impulsiva de una cantidad de alimentos desproporcionada en poco tiempo, experimentando una pérdida de control que le impide parar de comer. Una vez satisfechas sus ansias, aparece una profunda sensación de culpabilidad que lo lleva a practicar conductas compensatorias inapropiadas, tales como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y diuréticos, realización de dietas muy estrictas y/o práctica de ejercicio físico intenso ^(4, 12).

Una de las principales dificultades en el diagnóstico de la bulimia nerviosa es que es un trastorno que pasa desapercibido, ya que los pacientes suelen tener un aspecto físico aparentemente saludable, con un peso dentro de los límites normales e incluso, en ocasiones, con tendencia al sobrepeso ⁽⁴⁾.

2.4.1 Etiopatogenia

Se estima que un 50% de los pacientes con este trastorno tienen antecedentes de anorexia nerviosa. En ellos influyen factores predisponentes que pueden llevarlo a una bulimia nerviosa, tales como el principio o fin de una relación amorosa, asociado aproximadamente a un 22% de los casos, o el divorcio de los padres, en un 20% ⁽¹²⁾.

La causa de esta enfermedad es multifactorial, y sus síntomas clínicos representan el final de la interacción de los siguientes factores:

- a) Factores predisponentes: individuales, familiares y culturales.
- b) Factores precipitantes: situaciones de crisis, como pérdidas afectivas, o inicio de dietas estrictas debido a insatisfacción personal.
- c) Factores perpetuantes: clínica de desnutrición y clínica afectiva asociada, como ansiedad y depresión.

Además, se cree que puede haber un problema con la regulación de la serotonina, puesto que se ha comprobado que los antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina consiguen buenos resultados en el tratamiento de la bulimia nerviosa ⁽¹⁷⁾.

2.4.2 Criterios diagnósticos según la DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición) ⁽¹⁶⁾:

- Presencia de atracones recurrentes.
Un atracón se caracteriza por:
 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían.
 - Sensación de pérdida de control de impulso sobre la ingesta del alimento.
 - Habitualmente los atracones se realizan a escondidas.

- Conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso tras las ingestas. Incluyen conductas purgativas (provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos) y no purgativas (ayuno y ejercicio físico excesivo).
- Los atracones y las conductas compensatorias inadecuadas se producen mínimamente una vez a la semana durante al menos 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia.

Aunque el tipo de alimentos que se consumen durante los atracones puede variar, la mayoría de las personas que sufren bulimia nerviosa ingieren dulces y alimentos hipercalóricos ⁽³⁾.

Los episodios de atracones pueden aparecer en cualquier momento del día, pero son más frecuentes a partir de la tarde. Se desencadenan con estado de humor alterado, dificultades interpersonales, hambre intensa o sentimientos relacionados con la comida y el aspecto físico, que se reducen de manera transitoria tras los atracones; pero estos a su vez van seguidos de culpa, autodesprecio y humor depresivo ⁽²⁾.

2.4.3 Consecuencias:

La BN desencadena una serie de complicaciones médicas y riesgos físicos provocados por la desnutrición severa. Esto conlleva a alteraciones digestivas relacionadas con los atracones, los vómitos y el uso de laxantes, problemas cardíacos por la malnutrición, alteraciones bioquímicas en la sangre por niveles deficientes de sodio y potasio, cambios endocrinos u hormonales y falta de calcio en los huesos.

Además, cabe mencionar la frecuencia con la que los pacientes con BN presentan síntomas depresivos y de ansiedad, problemas de adicción y trastornos de control de impulsos ⁽¹⁷⁾.

2.5 Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria

2.5.1 Trastorno por atracón

Se manifiesta por periodos de voracidad con atracones y pérdida de control que se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:

- Ingesta mucho más rápida de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar no tener sensación de hambre.
- Comer a solas para esconder su voracidad.
- Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón.

Para establecer el diagnóstico de trastorno por atracón, se precisa una frecuencia de al menos un día a la semana durante 3 meses o más ⁽¹²⁾.

Se diferencia de la bulimia nerviosa en que los pacientes con trastorno por atracón no llevan a cabo conductas compensatorias después de las ingestas. En la mayoría de los casos realizan dietas muy estrictas, aunque recuperan el peso rápidamente tras los episodios de atracones. Muchos de estos pacientes tienen sobrepeso u obesidad, con los riesgos que ello conlleva a la salud, tales como diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia. Este trastorno tiene una estrecha relación con la depresión y la ansiedad ^(2, 4).

2.5.2 Trastorno por evitación/restricción de la ingestión de alimentos:

Trastorno típico de la infancia, que se caracteriza por el rechazo a la comida y su consiguiente dificultad para alcanzar los niveles necesarios en el correcto desarrollo del niño. Se asocia a una pérdida de peso significativa, deficiencia nutricional, dependencia de la alimentación enteral y una interferencia importante en el funcionamiento psicosocial ⁽¹²⁾.

Los criterios para diagnosticar este trastorno son:

- Alteración de la alimentación, manifestada por una dificultad persistente para comer de manera adecuada y aumentar de peso, o con pérdidas significativas de peso durante al menos 1 mes.
- Dicha alteración no se relaciona con una enfermedad gastrointestinal ni con otra patología asociada.
- El trastorno no se justifica por la presencia de otro trastorno mental o por la no disponibilidad de alimentos.
- Su inicio debe ser anterior a los 6 años ⁽²⁾.

2.5.3 Pica o alotriofagia:

Ingestión de sustancias no nutritivas tales como tierra, yeso, pinturas, etc. Se considera normal hasta los 18 meses de vida y puede presentarse en pacientes con autismo o retraso mental ^(2, 12).

Los criterios para diagnosticar este trastorno son:

- Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante al menos 1 mes.
- La ingestión de estas sustancias no es apropiada para el nivel de desarrollo.
- La conducta de ingestión no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.
- Si la conducta de ingestión aparece únicamente asociada a otro trastorno mental (retraso mental, esquizofrenia, trastorno generalizado del desarrollo, etc.) es necesario prestar atención clínica independiente ⁽²⁾.

2.5.4 Trastorno por rumiación o mericismo:

Regurgitación repetida de alimentos que se pueden volver a masticar, tragar o escupir, que supone una dificultad para mantener un peso normal, y no se puede atribuir a patologías gastrointestinales asociadas u otra afección médica.

Para diagnosticar este trastorno debe haber regurgitaciones de estas características durante al menos un mes, después de un periodo de funcionamiento normal ^(2, 12).

2.6 Decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal ⁽¹⁸⁾

Este decálogo tiene como misión favorecer la salud física y psíquica de la población, así como prevenir la aparición y desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

1. Promover una diversidad de imágenes corporales realistas que fomenten la salud.
2. Fomentar la diversidad corporal y respetarla como un hecho y una riqueza.
3. Evitar promover conductas de riesgo y dietas no saludables.
4. Divulgar estilos de vida y hábitos alimenticios saludables, evitando la difusión de falsas creencias.
5. Potenciar la autoestima de las personas más allá de su apariencia física.
6. Rechazar ideales estéticos no realistas que pongan en riesgo la salud de las personas.
7. Proteger la población infantil, en horarios restringidos, de mensajes contrarios a los estilos de vida saludables.
8. Velar especialmente por la salud de la población adolescente, porque es el colectivo más predispuesto a sentirse insatisfecho con su cuerpo.
9. Luchar contra la saturación de mensajes dirigidos a las mujeres, que provocan insatisfacción corporal.
10. Mostrar sensibilidad y rigor en el tratamiento, por parte de los medios de comunicación, de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

3. Planificación: Intervención Educativa

Debido a la creciente prevalencia que tienen los Trastornos de la Conducta Alimentaria en nuestra sociedad, y a que sus inicios son cada vez más tempranos, es de vital importancia proporcionar la mayor cantidad de información posible a los niños y niñas antes de que lleguen a la adolescencia, etapa en la que se encuentran más vulnerables e influenciables.

“Nuestra lucha contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria” es una intervención educativa para prevenir estos trastornos en la adolescencia. Tendrá lugar en el instituto Andrés Bello, en Santa Cruz de Tenerife, destinada a los estudiantes de 2º de Educación Secundaria Obligatoria, con el fin de concienciarlos sobre el impacto negativo que suponen los TCA en la salud de los pacientes, su prevención y principales signos de alarma, para que puedan identificar posibles casos en su entorno social o familiar.

Además, en una época en la que la tecnología mueve el mundo, se le dará la importancia que merece a la influencia que tienen los medios de comunicación y las redes sociales sobre los adolescentes y los jóvenes.

4. Justificación y Objetivos

Los TCA son trastornos que han ganado protagonismo en nuestra sociedad, afectando severamente a los jóvenes y adolescentes de la actualidad. Es especialmente importante la actuación de Enfermería en la prevención de estos trastornos, y es competencia suya informar a los alumnos sobre la existencia de estas enfermedades, antes de que lleguen a la etapa de la adolescencia.

Es preciso conocer, con la mayor exactitud posible, la epidemiología de los TCA en nuestro país, para la planificación y provisión de recursos sanitarios, y así poder establecer programas preventivos eficaces.

Además, se necesita sensibilizar a la comunidad educativa del riesgo que suponen los TCA en nuestra sociedad, realizar una detección precoz y brindar herramientas pedagógicas útiles a los educadores para que lleven a cabo una prevención eficaz ⁽³⁾.

Objetivo General: Concienciar a los alumnos sobre la importancia de prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Objetivos Específicos:

- Aportar conocimientos sobre los diferentes Trastornos de la Conducta Alimentaria y los factores que pueden hacer precipitar dichas enfermedades.
- Transmitir el impacto negativo que tienen estos trastornos en la salud física y mental del paciente.
- Ayudar a los estudiantes a discriminar entre los mensajes positivos y negativos que transmiten los medios de comunicación y las redes sociales relacionados con el aspecto físico.
- Promover hábitos de la vida saludable.

5. Metodología

5.1. Diseño: tipo de estudio

Para este estudio se llevará a cabo una intervención educativa con enfoque metodológico en el instituto Andrés Bello, en Santa Cruz de Tenerife, concretamente a estudiantes de 2º año de Educación Secundaria Obligatoria. Consistirá en un taller formativo en el que se abordarán temas relacionados con los TCA (anorexia y bulimia nerviosas): factores que influyen, síntomas y señales de alarma que deben hacernos sospechar de estos trastornos en las personas que nos rodean, influencia de los medios de comunicación y las redes sociales, entre otros.

Después de la intervención se entregará una breve encuesta en la que los estudiantes podrán plasmar, de forma anónima, su impresión y opinión sobre el taller (Anexo Nº 5). El objetivo de dicha encuesta es evaluar los resultados que se obtienen tras la intervención, hacer una crítica constructiva sobre la misma y valorar la posibilidad de llevarla a cabo en otros centros educativos.

5.2. Población diana

La intervención educativa está dirigida a alumnos de 2º de Educación Secundaria Obligatoria del instituto Andrés Bello, ya que son niños y niñas en torno a los 12 años.

Partiendo de la base de que los TCA tienen un inicio temprano, aproximadamente desde los 14 años, se considera una edad oportuna para comenzar con la formación y prevención de estos trastornos.

5.3. Intervención educativa.

Con el objetivo de promocionar el taller educativo, se colocarán carteles en las aulas de 2º de Educación Secundaria Obligatoria (Anexo Nº 1). De la misma manera, para que los padres sean conscientes de la actividad en la que participarán sus hijos, se les enviará un tríptico con breve información sobre el contenido del taller (Anexo Nº 2).

La intervención educativa estará dividida en 2 partes: una en la que se impartirá el taller formativo, y otra en la que se repartirá una breve encuesta para que los alumnos puedan reflejar, de manera anónima, su opinión respecto a la intervención y aquellas deficiencias que hayan podido encontrar. El objetivo de este cuestionario es únicamente evaluar los resultados tras la intervención.

El taller formativo tendrá una duración aproximada de 90 minutos, en los que se abordará en qué consisten estas enfermedades, los signos y síntomas de alarma que deben hacernos sospechar sobre la presencia de TCA en nuestros amigos y personas más cercanas, los factores que influyen de manera negativa sobre estas enfermedades, y promoción de hábitos de vida saludable.

5.4. Consideraciones éticas

Para llevar a cabo este programa de Intervención Educativa de Enfermería, se solicitará autorización al consejo escolar mediante escrito (Anexo Nº 3), dejando claro el propósito de este estudio, la metodología que se utilizará y el cuestionario que rellenarán los alumnos, asegurando su confidencialidad y el anonimato, por la ley de protección de datos, cumpliendo los principios éticos y morales.

También se le dará al instituto solicitudes para que los estudiantes se lleven a casa y sus padres autoricen su participación en la intervención. En dicha solicitud se les explicará a los padres/tutores/representantes legales el objetivo del programa, y se les dejará claro el carácter anónimo y la confidencialidad con la que se tratarán los datos del cuestionario que cumplimentarán (Anexo Nº 4).

6. Temporalización

La intervención tendrá lugar el lunes 21 de septiembre de 2020, tras las vacaciones de verano. La duración de dicha intervención será de 90 minutos, dejando aproximadamente 30 minutos para una ronda de preguntas en la que los alumnos puedan plantear sus dudas, por lo que sería conveniente que el taller comience a las 11:30 am, cuando los estudiantes estén volviendo del descanso.

En el siguiente cronograma se muestran las diferentes etapas en las que se divide el proyecto de intervención educativa y su temporalización:

Año 2020	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Elección del tema	X									
Búsqueda bibliográfica	X	X								
Diseño de la intervención educativa		X								
Redacción del Marco Teórico		X	X							
Redacción de la Metodología				X	X					
Finalización del TFG					X	X				
Solicitud de permiso							X			
Ejecución de la intervención									X	
Evaluación de los resultados										X

7. Recursos

Como recursos humanos solo será necesaria la participación de una enfermera, aunque será conveniente la presencia de un profesor del instituto que colabore en la coordinación del taller y la organización de los estudiantes.

Además, serán necesarios los siguientes recursos materiales:

- Aula en el instituto en la que impartir el taller, preferiblemente el salón de actos, ya que es el sitio en el que más capacidad y comodidad hay para los estudiantes. Debe estar disponible, al menos, durante 2 horas. También sería ideal que hubiera un ordenador y un proyector multimedia en el que exponer las imágenes.
- Los cuestionarios, las autorizaciones, los trípticos que se le enviarán a los padres, el cartel que se colgará en las aulas y las infografías incluidas en la intervención serán impresos en una copistería.

Las impresiones en blanco y negro tienen un coste de 0.05€ y las impresiones a color, de 0.30€. Se imprimirán aproximadamente 60 copias de cada anexo, excepto el cartel, que se imprimirán 2 copias en formato foto con un tamaño de 30x45, y cada uno supondrá un coste de 20€.

	Cantidad	Tipo	Importe total
Cartel	2	Tamaño 30x45	40€
Tríptico para los padres	60	Impresión a color	18€
Autorización de los padres	60	Impresión blanco y negro	3€
Encuesta de valoración	60	Impresión blanco y negro	3€
Infografía anorexia y bulimia	60	Impresión a color	18€
Pirámide de NAOS	60	Impresión a color	18€

TOTAL: 100€

8. Ejecución

La intervención consistirá en un único taller formativo de aproximadamente 90 minutos.

La división de este será la siguiente:

1. **Presentación.**

La enfermera responsable de la intervención se presentará a los estudiantes por su nombre, les explicará en qué consiste el taller y cuál es su objetivo.

2. Antes de iniciar el taller, se les preguntará a los estudiantes sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, para valorar el nivel de conocimiento que tienen sobre el tema y “romper el hielo”. Esta dinámica de intervención de los estudiantes será conveniente mantenerla durante toda la sesión, para evitar caer en la monotonía y que los alumnos se sientan parte activa del proyecto.

3. **Exposición del tema “¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?”.**

Se contextualizará a los alumnos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, los tipos más comunes en la sociedad, sus características principales, factores predisponentes, consecuencias negativas que tienen en el paciente, etc.

4. Repartir infografía sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Anexo Nº 6)⁽¹⁹⁾.

5. **Debate sobre el tema “Influencia de los medios de comunicación y las redes sociales”.**

Se abrirá un debate sobre la influencia que creen los alumnos que puedan tener los medios de comunicación y las redes sociales sobre los adolescentes, y si lo consideran un factor precipitante de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se corregirán posibles fallos o falsas creencias que surjan de este debate, intentando, en la medida de lo posible, que el protagonismo sea fundamentalmente de los estudiantes.

6. Para concluir el taller, se dedicarán unos minutos al fomento de hábitos saludables de la vida diaria, tales como ejercicio físico y alimentación adecuada. Para ello se les repartirá la “Pirámide de NAOS para adoptar un estilo de vida saludable” (Anexo N° 7) ⁽²⁰⁾.

7. Ronda de preguntas.

Los alumnos tendrán un tiempo para resolver cualquier duda que puedan tener sobre el tema expuesto, y hacer aportaciones al taller, si así lo desean.

8. Después de explicar el objetivo del cuestionario y dejar claro su carácter anónimo, se les repartirá la encuesta de valoración a los estudiantes y se les pedirá que la cumplimenten.

9. Evaluación

La evaluación de la intervención educativa se llevará a cabo en el mes de octubre, tras su ejecución en septiembre. Para ello, interpretaremos los resultados obtenidos en la encuesta anónima de valoración que los estudiantes cumplimentarán tras el taller, en el que reflejarán su opinión sobre el mismo.

Si los resultados son satisfactorios, podría plantearse la posibilidad de realizar la intervención en otros centros educativos, e incluso en otros cursos académicos, con el fin de llegar a la mayor parte de la población posible.

10. Conclusión

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se han convertido en un peligroso problema que ataca a nuestros adolescentes y jóvenes más vulnerables. Advertir a los niños y niñas desde las edades más tempranas es el primer paso para prevenirlos.

Es fundamental la labor de Enfermería en este ámbito, ya que llevando a cabo una correcta prevención primaria se puede conseguir disminuir la incidencia de estas enfermedades.

Con esta intervención se pretende llegar a los estudiantes que se encuentran próximos a la etapa de la adolescencia, haciéndoles ver la importancia de la aceptación del propio cuerpo y fomentando hábitos de la vida saludable; así como evitar la influencia negativa de los medios de comunicación y las redes sociales, que han ganado gran protagonismo en nuestra sociedad.

Se espera concienciar a los alumnos sobre los efectos negativos que pueden tener ciertos comportamientos inapropiados relacionados con la alimentación, tanto a nivel físico como psíquico, y las consecuencias que pueden tener en la etapa adulta, es decir, el resto de sus vidas.

11. Bibliografía

- (1) Organización Mundial de la Salud. Internet. [citado 01 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
- (2) Méndez J.P., Vázquez-Velázquez V., García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. Medigraphic. Noviembre-diciembre 2008; volumen (65): 579-592. Disponible en: <shorturl.at/brDE5>
- (3) Asociación contra la Anorexia y la Bulimia. ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria? Internet. 2020. [citado 27 febrero 2020]. Disponible en: <shorturl.at/fjDS7>
- (4) Serra Alias M. Trastornos del comportamiento alimentario: enfoques preventivos. Madrid: Editorial UOC; 2015. Disponible en: <shorturl.at/aBLV2>
- (5) Miguel Tobal F., Martín Díaz M.D., Legido Arce J.C. Trastornos de la Conducta Alimentaria en el deporte: anorexia y bulimia nerviosas. REME; volumen (5). Disponible en: <shorturl.at/jPW28>
- (6) Morton R. Treatise of Consumptions. London: Impreso por for W. y J. Innys; 1720. Disponible en: <shorturl.at/huxJU>
- (7) Del Duca M., Gallegos Y., Da Col G., Noel M. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia. Biomedicina. 2013; volumen (8): 6-15. Disponible en: <shorturl.at/wzEHQ>
- (8) Vilaplana Pérez C., González Javier F., Ordañana Martín, J.R. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. Pharm Care Esp. 2012; 14 (6): 249-255. Disponible en: <shorturl.at/mpvB8>

- (9) Jáuregui Lobera I. Cronicidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2009; volumen (10): 1086-1100. Disponible en: shorturl.at/cjyIU
- (10) Darrow S., Accurso E., Nauman E., Goldschmidt A., Le Grange D. Exploring Types of Family Environments in Youth with Eating Disorders. EDDR. Septiembre 2017; volumen (25): 389-396. Disponible en: shorturl.at/bgoB8
- (11) Equipo de expertos. Universidad Internacional de Valencia. Trastornos alimenticios y medios de comunicación: en el problema está la solución. Ciencias de la Salud. Internet. 2017. [citado 19 abril 2020]. Disponible en: shorturl.at/eisFL
- (12) Manual de preparación EIR. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Madrid: IFSES Educación. 15ª edición; 2020.
- (13) Glasworthy-Francis L., Allan S. Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. RET. 2016; volumen (76): 25-51. Disponible en: shorturl.at/mHZ59
- (14) Perpiñá C., Ferrero A., Carrió C., Roncero M. Normalización de la ingesta en una paciente con anorexia nerviosa purgativa con el apoyo de un entorno virtual. Un estudio de casos. Anuario de Psicología Clínica y de la salud. 2012; volumen (8): 23-30. Disponible en: shorturl.at/dfxER
- (15) Lambruschini N., Leis R. Trastornos de la conducta alimentaria. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría; volumen (8): 361-374. Disponible en: shorturl.at/cEH37
- (16) American Psychiatric Association, DSM-V-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington; 2013.
- (17) Clínica Universidad de Navarra. Bulimia nerviosa. Internet. 2020. [citado 19 abril 2020]. Disponible en: shorturl.at/joUY5

- (18) Escribano F., Basté C. Decálogo de buenas prácticas sobre el fomento de la autoestima y la imagen corporal. Fundación IMA. Disponible en: shorturl.at/aCFOT
- (19) Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Aula Virtual EIR (Internet). Madrid: IFSES Educación; 2020.
- (20) Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Pirámide de NAOS. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: shorturl.at/ehPUZ

12. Anexos

Anexo N° 1. Cartel de promoción de la intervención educativa.



*“Nuestra lucha contra
los Trastornos de la
Conducta Alimentaria”*

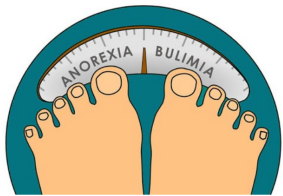
Lunes, 21 de septiembre de 2020.

11: 30 am.

Salón de Actos.

Anexo Nº 2. Tríptico dirigido a los padres con breve información sobre la intervención educativa que recibirán sus hijos.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un grupo de enfermedades que tienen un fuerte impacto negativo en la salud mental y física de las personas que las padecen.



La anorexia y la bulimia nerviosas son los TCA que más predominan en nuestra sociedad, afectando aproximadamente a un 0,3% y un 0,8% respectivamente de la población española.

Su prevención desde edades tempranas es fundamental para conseguir una disminución en la prevalencia de estos trastornos, así como evitar las devastadoras consecuencias que suponen en la vida adulta de los pacientes.

Para más información puedes contactar con nosotros:

Teléfono: 666 772 800.
e-mail: amalia191702@gmail.com

"Nuestra lucha contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria"

Intervención Educativa de Enfermería orientada a alumnos de 2º ESO del IES Andrés Bello



**21 de septiembre de 2020.
11:30 am.
Salón de actos.**

Intervención Educativa

1. ¿Qué son los TCA?

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales que se caracterizan por una obsesión por el control del peso y un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria. La anorexia y la bulimia nerviosas son los principales TCA, y para su prevención es imprescindible conocer sus características y los factores que influyen en los adolescentes para que precipiten en conductas inapropiadas relacionadas con la alimentación.



2. Influencia de los medios de comunicación y las redes sociales

Como bien sabemos, los medios de comunicación y las redes sociales suponen una potente influencia en la sociedad del siglo XXI, fundamentalmente en los adolescentes. Debemos enseñarles a discriminar entre los mensajes positivos y los negativos que se transmiten a través de estos medios.



3. Promoción de hábitos de vida saludables

Promover hábitos de la vida saludable es otro de los eslabones fundamentales en la prevención de TCA. Incluimos la enseñanza de una alimentación equilibrada y la realización de ejercicio físico moderado, sin caer en las obsesiones.



Anexo Nº 3. Solicitud de permiso para realizar la intervención educativa en el instituto Andrés Bello.

Destinatario: 38006150@gobiernodecanarias.org

Buenos días, soy Amalia Machado Arbois.

Por la presente quiero solicitar autorización del Consejo Escolar para desarrollar un proyecto educativo en el instituto Andrés Bello, en Santa Cruz de Tenerife, concretamente en el curso de 2º de Educación Secundaria Obligatoria.

“Nuestra lucha contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria” es un programa metodológico que pretende dar un taller formativo a los estudiantes, con el fin de identificar los factores de riesgo y prevenir estas enfermedades en la adolescencia. Es imprescindible concienciar a la población más joven de los efectos devastadores que tienen estos trastornos a nivel físico, emocional y social.

La presentación del taller tendrá una duración aproximada de 90 minutos, dejando un espacio de 30 minutos adicionales para que los estudiantes tengan la posibilidad de plantear sus dudas. Posteriormente, se entregará a cada alumno un cuestionario breve para que cumplimenten de forma anónima, en el que podrán valorar el taller que han recibido, así como las deficiencias que encontraron. El objetivo de dicho cuestionario es únicamente evaluar los resultados que se obtienen tras la intervención.

Se adjunta el proyecto de la intervención.

Un cordial saludo.

Anexo Nº 4. Autorización para que los alumnos menores de edad participen en el programa de intervención educativa.

Estimados padres/tutores/representantes legales:

Soy Amalia Machado Arbois, enfermera que está realizando un programa titulado “Nuestra lucha contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria”, una Intervención Educativa de Enfermería cuyo principal objetivo es prevenir la aparición de estas enfermedades en los adolescentes.

Este proyecto pretende concienciar a los estudiantes de la influencia negativa que suponen ciertos comportamientos alimenticios sobre su salud, así como promover hábitos y estilos de vida saludables.

Se impartirá un taller formativo en su instituto (IES Andrés Bello) y, al finalizar, los estudiantes cumplimentarán un cuestionario anónimo cuyo fin es evaluar los resultados de la intervención.

Les envío un tríptico en el que se recogen los principales puntos que se abordarán el taller. Agradecería su autorización para que su hijo/a participe en esta actividad.

Muchas gracias.



D./Dña. _____, padre/madre/tutor/representante legal de _____, con DNI _____, autorizo a que mi hijo/a participe de en el programa “Intervención Educativa de Enfermería para prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria en alumnos de Educación Secundaria Obligatoria”.

En _____, a ____ de _____ de 2020.

Fdo.:

Anexo Nº 5. Encuesta de valoración.

A continuación, le dejamos una serie de preguntas en las que puede valorar la intervención que ha recibido. Marque con una X la casilla que considere, teniendo en cuenta que 1 es el mínimo y 5 el máximo.

	1	2	3	4	5
¿Cree que la intervención le ha servido para conocer más acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria?					
¿Está satisfecho con la cantidad de información que se le ha proporcionado en la intervención?					
¿Cree que la información que se le ha proporcionado le puede ayudar a detectar posibles trastornos alimenticios en personas de su entorno cercano?					
¿Le pareció adecuado el lugar en el que se llevó a cabo la intervención?					
¿Le parecieron adecuados los recursos que se utilizaron en la intervención?					
¿Le pareció adecuado el tiempo que se empleó en cada parte de la intervención?					
¿Considera que la intervención puede ser de utilidad para otras personas de su edad?					

Puede utilizar la parte trasera del folio para escribir algún comentario, observación o sugerencia para futuras intervenciones.

Anexo Nº 6. Infografía sobre los principales Trastornos de la Conducta Alimentaria ⁽¹⁹⁾.

ANOREXIA vs BULIMIA

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



ANOREXIA NERVIOSA

IMC POR DEBAJO DEL ESPERADO



PERSONAS OBSESIVAS
FAMILIAS RÍGIDAS Y COMPETITIVAS
FACTORES CULTURALES



MIEDO INTENSO A GANAR PESO



TIPOS: RESTRICTIVA O COMPULSIVA



INICIO MÁS TEMPRANO

14-18 años



BULIMIA NERVIOSA

PESO NORMAL O SOBREPESO.
A veces por debajo del esperado



50% CON ANTECEDENTES DE ANOREXIA NERVIOSA



SENSACIÓN DE HAMBRE COMPULSIVA
QUE PRODUCE ANGUSTIA



ATRACONES RECURRENTES +
CONDUCTA COMPENSATORIA
1 VEZ SEMANA DURANTE 3 MESES



INICIO MÁS TARDÍO

± 20 años



TRATAMIENTO

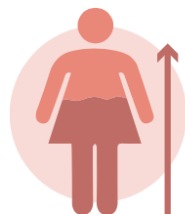
RECUPERACIÓN PONDERAL PACTADA



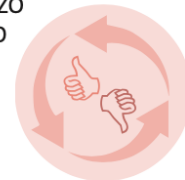
PACTAR
APOYAR
PROMOVER INTEGRIDAD FAMILIAR



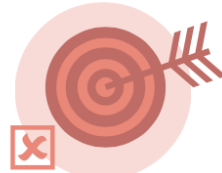
PRIMERA INTERVENCIÓN:
RECUPERACIÓN ORGÁNICA



TERAPIA CONDUCTUAL
REFUERZO
CASTIGO



NO CENTRALIZAR RELACIÓN DE
AYUDA EN EL PESO CORPORAL



Anexo Nº 7. Pirámide NAOS para adoptar un estilo de vida saludable ⁽²⁰⁾.



Pirámide NAOS

