

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: PAPEL DE ENFERMERÍA.

Prevention of Eating Disorders: the role of the
nurse.



Autora: Andrea Moreta Cacicedo

(amc424@alumnos.unican.es)

Directora: Maite Santurtún Zarrabeitia

Grado en Enfermería

Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria

Trabajo Fin de Grado

Curso 2019/2020

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

"Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo."

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
I. JUSTIFICACIÓN.....	2
II. OBJETIVOS	2
III. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	3
IV. DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS	3
3. EPIDEMIOLOGÍA	4
4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	5
I. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS Y SU CLÍNICA.....	5
II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	6
III. FACTORES DE RIESGO.....	7
IV. TRATAMIENTOS.....	8
V. COMPLICACIONES	10
5. PAPEL DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN	11
I. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DESARROLLADOS.....	11
II. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	13
6. CONCLUSIONES	22
7. BIBLIOGRAFÍA	23
8. ANEXOS	26
I. ANEXO 1: Tabla 1. Factores de riesgo.	26
II. ANEXO 2: Cuestionario de conocimientos de nutrición.....	27
III. ANEXO 3: EAT-26.....	29
IV. ANEXO 4: Escala de Satisfacción Corporal	30
V. ANEXO 5: Pirámide alimentaria.....	31

1. RESUMEN

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud pública por el aumento de su incidencia y prevalencia en la infancia y adolescencia, llegándose a convertir en la tercera enfermedad crónica más frecuente para este grupo de edad. Este trabajo tiene dos objetivos principales, por un lado, persigue analizar las características de los distintos tipos de TCA, sus factores de riesgo, criterios diagnósticos y herramientas terapéuticas; por otro, desarrollar un procedimiento enfermero para la prevención de estos trastornos basándose en la revisión de programas ya existentes. En los TCA influyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales, teniendo además asociada una elevada comorbilidad psiquiátrica. Respecto a su tratamiento se precisa de un equipo multidisciplinar para el abordaje de una correcta terapia nutricional, psicoterapia y un control de los efectos deseados y adversos de los fármacos. Asimismo, el personal de enfermería es clave para una adecuada prevención en los grupos de riesgo, orientándola a la modificación de factores de riesgo, incidiendo en los conocimientos nutricionales, hábitos saludables, autoestima y autoconcepto, habilidades sociales y estereotipos negativos en la sociedad.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, prevención, enfermería, educación para la salud.

ABSTRACT

Eating disorders are a public health problem because of the increasing prevalence and incidence that they have in the stage of childhood and adolescence. Eating disorders are the third most common chronic disease in these groups. This project has two main objectives. On the one hand, it aims to analyse the characteristics of the different types of eating disorders, their risk factors, standard diagnostic criteria and therapeutic tools. On the other hand, it aims to develop a nursing procedure for prevention of these disorders. This nursing procedure is based on existing prevention programs. Eating disorders are influenced by biological, psychological and sociocultural factors and they are associated with a high psychiatric comorbidity. Its treatment requires a multidisciplinary team for the approach of a correct nutritional therapy, adequate psychotherapies and a control of the desired and adverse effects of medicines. Likewise, nursing is the key to adequate prevention in risk groups. Prevention is aimed at modifying risk factors, focusing on nutritional knowledge, healthy habits, self-esteem, social skills and negative stereotypes of society.

Key words: Eating disorders, prevention, nursing, health education.

2. INTRODUCCIÓN

I. JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años puede observarse un aumento de prevalencia e incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la población general. Algunos de los datos más significativos es que la edad de inicio de la anorexia nerviosa pasó de situarse entre los 16-19 años durante los 90, a hacerlo entre los 12-15 años en el año 2010. Además, los datos de incidencia también han sufrido un aumento significativo en el grupo de edad de entre 15 y 19 años (adolescentes).

Con estos datos, los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en la tercera enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia, por detrás del asma y la obesidad.

Este aumento de la presencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la sociedad y esta disminución en la edad de inicio ha convertido a los TCA en un problema para la salud pública que ha necesitado la especialización de servicios y profesionales sanitarios para su tratamiento.

Estos trastornos generan unos efectos perjudiciales tanto a nivel personal por la afectación a la calidad de vida de los pacientes, como a nivel sanitario debido a las múltiples recaídas que se producen, las complicaciones de salud asociadas que aparecen y la larga duración de los tratamientos que requieren estas enfermedades. Es importante intervenir de forma precoz en las primeras fases del trastorno ya que eso va a conseguir disminuir todos los efectos perjudiciales mencionados. Esto es primordial en cuanto a los efectos perjudiciales personales, ya que no se va a ver tan afectado el entorno social y familiar del paciente. Pero la prevención es la única manera de reducir estos a 0.

Con todo lo mencionado anteriormente, se entiende la importancia del desarrollo de programas o intervenciones enfocados a las personas más susceptibles de desarrollar los TCA (adolescentes), mediante los cuales se consiga reducir los factores de riesgo relacionados para evitar así la aparición de los trastornos en este grupo de personas.

II. OBJETIVOS

Mediante la redacción del presente trabajo, se pretende alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivos generales

- Analizar los trastornos de la conducta alimentaria para una detección precoz y un abordaje e intervención adecuado al diagnóstico.
- Desarrollar un procedimiento enfermero para la prevención de estas patologías basándose en la revisión de programas ya existentes.

Objetivos específicos

- Analizar los datos epidemiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria para observar su presencia en la población.
- Identificar los distintos tipos de trastornos de la conducta alimentaria, sus características, criterios diagnósticos, factores de riesgo, tratamientos y complicaciones.

- Analizar y comparar programas de prevención, nacionales e internacionales, que ya han sido empleados y utilizados en grupos de riesgo o pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

III. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

El presente Trabajo Fin de Grado es una revisión bibliográfica. Se ha llevado a cabo mediante una búsqueda bibliográfica que ha constado de distintas fases de búsqueda: la primera de ellas se basó en buscar información sobre los trastornos de la conducta alimentaria, su clasificación y características, sus tratamientos... Tras esto, se buscaron datos estadísticos sobre la prevalencia e incidencia de estos trastornos y por último se realizó una búsqueda sobre el papel de la enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria, centrándose en la prevención y la detección precoz. Esta búsqueda de información se desarrolló desde noviembre de 2019 hasta marzo de 2020.

En cuanto a los criterios de inclusión del material utilizado se han seleccionado: guías de práctica clínica, artículos originales de libros, artículos de revistas y trabajos científicos (fin de máster, tesis doctoral y fin de grado). Estos documentos debían ser de acceso gratuito, en castellano y/o inglés, y publicados en los últimos cinco años. Este último criterio no se ha cumplido de forma estricta debido a falta de publicaciones o falta de actualización de las guías ya publicadas sobre este tema, por lo que se ha incluido material anterior al 2015. Finalmente, los documentos utilizados tienen un año de publicación de entre 2002 y 2019. Con estos criterios se encontraron 29 documentos que han permitido el desarrollo de este trabajo y cuyas referencias bibliográficas han sido elaboradas mediante el estilo Vancouver.

Los criterios de exclusión se basan en: documentos sin acceso gratuito, en idiomas distintos al castellano y/o inglés y aquellos encontrados en páginas web o bases de datos sin evidencia científica como blogs o páginas de divulgación.

Esta búsqueda se ha llevado a cabo en distintas bases de datos como: PubMed, Ucrea y bases de datos de otras universidades nacionales, y buscadores online como Google Académico. En cuanto al vocabulario utilizado en las búsquedas fueron los siguientes Descriptores de Salud (DeCs) y Medical Subject Heading (MeSh):

- DeCs: Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia, bulimia, trastorno por atracón, enfermería, educación para la salud, prevención primaria, prevención secundaria.
- MeSh: Eating disorders, anorexia, bulimia, binge eating disorder, nursing, health education, primary prevention, secondary prevention.

IV. DESCRIPCIÓN DE CAPÍTULOS

Este trabajo se encuentra estructurado en tres capítulos, algunos de ellos divididos en varios apartados:

Capítulo 1: Epidemiología. En este apartado se lleva a cabo una contextualización, mediante datos de prevalencia e incidencia, de la presencia de los trastornos de la conducta alimentaria en la sociedad.

Capítulo 2: Trastornos de la conducta alimentaria. Este capítulo se encuentra dividido en cinco subapartados: descripción de los trastornos y su clínica, en el cual se explican las manifestaciones clínicas más habituales de cada uno de los trastornos; criterios diagnósticos, donde se desarrollan los criterios establecidos por el DSM-V para el diagnóstico; factores de

riesgo, diferenciando aquellos que son biológicos, psicológicos y socioculturales; tratamiento, donde se destacan los más habituales como son la psicoterapia, los psicofármacos y el abordaje nutricional para abordar este tipo de trastornos desde la enfermería de salud mental; por último, las complicaciones más habituales de los TCA.

Capítulo 3: Papel de enfermería: prevención y detección precoz. En este último apartado se explican de forma resumida los tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Se encuentra dividido en dos partes: los programas de prevención desarrollados, donde se explican programas de prevención primaria y secundaria que se están llevando a cabo; y, por último, se desarrolla una intervención de prevención destinada a adolescentes para llevar a cabo en las aulas de la mano de enfermería escolar o de atención primaria.

3. EPIDEMIOLOGÍA

El interés por los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado en los últimos años debido a que durante ese tiempo ha ido aumentando su prevalencia.

Actualmente este tipo de trastornos son la tercera enfermedad crónica más frecuente en las etapas de la infancia y la adolescencia, después de la obesidad y el asma. Esto puede ser debido a que es una etapa con grandes cambios en todos los ámbitos (físico, psicológico y social). En la etapa adulta los TCA también pueden aparecer, pero lo hacen en menor medida (1)(2).

Los TCA aparecen en la adolescencia, pero dependiendo del trastorno concreto que se desarrolle, las edades medias de aparición son diferentes. La anorexia nerviosa (AN) tiene una edad media de aparición más temprana a la que presentan la bulimia nerviosa (BN) o el trastorno alimentario no especificado (TCANE), mientras que el trastorno que aparece de forma más tardía es el trastorno por atracón (TA) (1). Además de esto, la edad en la que aparecen este tipo de trastornos cada vez es más temprana, por ejemplo, durante los años 90 la edad de inicio de la AN se encontraba entre los 16 y los 19 años, mientras que en el 2010 esta se situó entre los 12 y los 15 años. Esto se puede observar en las estadísticas alemanas de atención médica, en las que ha aumentado la atención por AN en menores de 15 años de 7 a 13% desde el año 2000 hasta el 2017. (3)

En cuanto a los datos epidemiológicos, es complicado obtener datos concluyentes debido a que varían dependiendo de los instrumentos de evaluación y la población estudiada, a que se requiere de muestras muy amplias por la baja incidencia en la población general y a la negación o minimización de los síntomas de la enfermedad (4). A pesar de esto, se estima que la prevalencia de estos trastornos en la población general son las siguientes: la AN se estima en un 1'4% en las mujeres y un 0'2% en hombres, la BN cuenta con un 1'9% en mujeres y un 0'6% en hombres, el TA presenta una prevalencia de 2'8% para las mujeres y un 1'0% en los hombres. Por último, en cuanto a la prevalencia de TCANE existen pocos estudios. Según un estudio australiano en población general adulta se estimó una prevalencia de TCANE del 3'2% (5). Sobre los datos en España no hay datos a nivel nacional ya que la mayoría de los estudios han sido llevados a cabo en las distintas comunidades. Algunos de los estudios realizados en adolescentes han revelado los siguientes datos de prevalencia de AN: en Navarra de 0'3%, en Reus del 0'9% y en Málaga del 0'4% (2).

La proporción de mujeres y hombres afectados por estos trastornos no es la misma, son trastornos que aparecen de forma más frecuente en mujeres. Hace unos años la proporción de mujeres y hombres correspondía a 10:1, pero con el paso de los años ha ido disminuyendo esa diferencia. (6)

En cuanto a la incidencia de estos trastornos, en la AN se puede observar un aumento significativo en los datos de adolescentes de entre 15 y 19 años. Este grupo de edad pasó de una

incidencia de 56'4 por 100.000 personas-año a 109'2 por 100.000 personas-año en los Países Bajos. Siguiendo esta línea, en Italia se realizó un estudio en el que se demuestra que los pacientes con TCA remitidos a una unidad para tratar este tipo de enfermedades, presentan una edad más temprana en los últimos años del estudio (año 2008). Si se centran en la BN, ese mismo estudio italiano confirmó que al igual que la AN la edad de inicio estaba disminuyendo. Lo mismo ocurre en un estudio holandés, en el que se observó un cambio en el grupo de más riesgo. Este pasó a ser de las mujeres de entre 25 y 29 años en los años 1985-1989, a las mujeres de entre 15 y 24 años en los años 1995-1999. Realmente esto puede deberse a una detección más temprana de la enfermedad o realmente a una disminución en la edad de inicio. Sobre el TA, la tasa de incidencia en EE.UU. en adolescentes estadounidenses mayores de 14 años fue de 1010 por 100.000 personas-año en mujeres y 660 por 100.000 personas-año en hombres. (7)

Un aspecto a tener en cuenta en los TCA es la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica que presentan. En un estudio en EE.UU. se observó que de las personas que no padecían TCA un 57'6% tenían criterios para el diagnóstico de un problema de salud mental, mientras que de las personas que padecían un TCA presentaban otro trastorno psiquiátrico: el 87'3% de los que padecían AN, el 93'8% de los que tenían TA y el 94'4% de aquellos con BN. Los trastornos psiquiátricos que más frecuentemente acompañan a un TCA son: trastornos del estado de ánimo, en concreto la depresión; trastornos por abuso de sustancias y trastornos ansiosos. (1)

4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

I. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS Y SU CLÍNICA

Los trastornos de la conducta alimentaria se clasifican en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Las manifestaciones clínicas que van a aparecer van a variar dependiendo del TCA ante el que nos encontremos.

La **anorexia nerviosa** (AN) se caracteriza por un rechazo al peso normal o aumento del peso que va acompañado por una distorsión de la imagen corporal. El miedo a engordar aumenta cuanto más peso se pierde. Como resultado de este miedo, se desarrollan las conductas para perder peso. La AN suele ir acompañada de: ansiedad, aislamiento social, rituales obsesivos relacionados con la comida, manipulaciones en los alimentos al realizar las ingestas, apatía... Como consecuencia de la pérdida de peso aparecen alteraciones hormonales y metabólicas y en muchas ocasiones, en las mujeres aparece amenorrea. Por último, se produce hiperactividad física para la quema de calorías (8).

En cuanto a la **bulimia nerviosa** (BN), lo más característico es la pérdida de control sobre la alimentación que provoca atracones. Estos se producen en un tiempo máximo de dos horas, en cualquier momento del día y pueden comenzar en un lugar y acabar de darse en cualquier otro. Los alimentos con los que se suelen producir más habitualmente son los dulces y alimentos muy calóricos. Al terminar se generan sentimientos de autodesprecio y culpa. Después de los atracones la mayor parte de las personas desarrollan conductas compensatorias para aliviar su malestar y reducir el miedo a la ganancia de peso. Todo esto es secundario al miedo a engordar (8).

Los **trastornos por atracón** aparecen por primera vez como un trastorno con entidad propia al publicarse el DSM-V. Al igual que en la BN hay un sentimiento de pérdida de control al producirse los atracones, pero no va acompañado de una distorsión corporal. Tras los atracones no se producen episodios purgativos ni hay un uso de laxantes o diuréticos, lo que lleva a una situación

de sobrepeso u obesidad en la persona. Tras los episodios aparecen sentimientos de culpa y disgusto al no haber podido controlar esa ingesta. (9)

II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Cada uno de los trastornos cuenta con unos criterios diagnósticos diferentes según el DSM-V. Esos criterios son:

Anorexia nerviosa (10)

- Restringir el consumo energético generando un peso corporal bajo, es decir un peso inferior al mínimo normal. En adolescentes y niños este es inferior a lo que se espera según su talla y edad.
- Miedo a subir de peso o tener conductas para evitar ganarlo.
- Alteración de la imagen corporal, dar gran importancia al peso o imagen corporal en la descripción de sí mismos o negar el peligro de tener un bajo peso.

Dentro de la propia anorexia nerviosa, existen dos tipos: (11)

1. Tipo restrictiva: en este caso la pérdida de peso se produce por etapas de ayuno, seguimiento de dietas estrictas y/o la realización del ejercicio físico.
2. Tipo con atracones y/o purgas: en los últimos tres meses se han producido episodios de atracones o purgas.

Bulimia nerviosa (10)

- Presencia de atracones de forma recurrente caracterizados por:
 - Ingerir alimentos en una corta cantidad de tiempo (máximo dos horas), en cantidad superior a la que el resto de las personas ingeriría en ese mismo periodo.
 - Sentir una pérdida de control durante la ingesta.
- Llevar a cabo de forma recurrente conductas compensatorias para no coger peso, como pueden ser: uso de laxantes, enemas o diuréticos, realizar épocas de ayuno, realizar ejercicio excesivo o provocación del vomito.
- Estas conductas y los atracones se realizan mínimo una vez a la semana durante 3 meses.
- Al autoevaluarse, dan gran importancia al peso y la silueta.

Trastorno de atracones (10)

- Sobreingesta que se produce mínimo una vez a la semana durante 3 meses caracterizada por falta de control y tres o más de las siguientes características:
 - Ingestas más rápidas de lo normal.
 - Ingestas hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - Ingestas de grandes cantidades sin sentir hambre.
 - Ingestas sin estar acompañado por sentir vergüenza de la cantidad que se ingiere.
 - Sentimientos negativos tras las ingestas.

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (11)

- Aquellos trastornos que no cumplen todos los criterios para ser considerados: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón. En este caso el médico o terapeuta prefiere no especificar porque no cumple los criterios para cualquier otro trastorno específico.

Además de estos existen otros trastornos alimentarios que tampoco cumplen los criterios de otro diagnóstico específico, pero en los que sí se especifica cuál es aquel que no se cumple. Estos son: (11)

1. Anorexia nerviosa atípica
2. Bulimia nerviosa de frecuencia baja y/o duración limitada
3. Trastorno por atracón de frecuencia baja y/o duración limitada
4. Trastorno por purgas
5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos

III. FACTORES DE RIESGO

Al igual que en muchos problemas relacionados con la salud mental, las causas del desarrollo y aparición de estos trastornos son en mayor medida desconocidas. A pesar de esto, en distintos estudios se demuestra que influyen en ello diversos factores:

a. FACTORES BIOLÓGICOS

Los resultados en los estudios que han investigado sobre la relación entre la genética y los TCA no son concluyentes. Lo más estudiado son la relación entre ellos y los sistemas: serotoninérgico ya que es uno de los sistemas que se encarga de regular la saciedad y el apetito; el sistema dopaminérgico y su relación con la impulsividad (13) - (característica presente en pacientes que padecen bulimia nerviosa y anorexia purgativa)- y neurotrofinas. Además de estudiar los cromosomas y polimorfismos. (12)

Además, los factores biológicos individuales que marcan una mayor vulnerabilidad que están más aceptados son: el género femenino y la adolescencia como la edad más habitual en la que se empiezan a desarrollar. La población que no ha desarrollado un TCA puede tener una o varias de estas características, por lo que su presencia por sí solos no son causantes de la enfermedad. (12)

Dentro de las familias, son factores relevantes los antecedentes familiares de salud mental como: trastornos afectivos, obsesivo-compulsivos o de TCA, ya que aumentan el riesgo de padecerlo. A estos, hay que sumarles antecedentes de obesidad o alcoholismo. (12)

b. FACTORES PSICOLÓGICOS

Se han asociado con la aparición de TCA otros problemas de salud mental como pueden ser: trastornos de la personalidad, obsesivo-compulsivos o trastornos afectivos, por ejemplo. Además, tener durante la vida dificultades con la comida también es considerado un factor de riesgo. También ciertas características de la personalidad como pueden ser el retraimiento social, la baja autoestima o el perfeccionismo. (12)

c. FACTORES SOCIOCULTURALES (12)

Son considerados factores de riesgo los modelos familiares muy protectores y excesivamente exigentes. También aquellos que están poco cohesionados, conflictivos o familias desestructuradas.

La preocupación por parte de los padres del peso, haber tenido hábitos alimentarios no regulares o realizar actividades a edades tempranas en los que se valora de forma excesiva el peso o la delgadez (8), el consumo de sustancias tóxicas, la realización de autolesiones o el juego patológico, son factores que también influyen en su desarrollo.

Por último, se puede destacar que actualmente pertenecer a la cultura occidental aumenta la vulnerabilidad. Esto se debe a que los medios de comunicación imponen unos estereotipos y cánones entorno a la belleza que tienen gran importancia dentro de la sociedad.

A estos tres factores, hay que sumarle la importancia de cómo es la vida de cada uno. Los acontecimientos vitales estresantes tienen gran peso en el desarrollo de los TCA. Los más relevantes son: haber vivido abusos sexuales o físicos durante la infancia, haber recibido críticas sobre el aspecto físico, tener antecedentes de crisis vitales, fallecimiento de personas cercanas, divorcios de padres...

Todos estos factores de riesgo se encuentran resumidos en la tabla 1 mediante una clasificación distinta (anexo 1).

IV. TRATAMIENTOS

Los tratamientos en las personas con TCA deben desarrollarse mediante una atención integral y global con una visión holística de cada paciente. Para poder llevar a cabo una atención integral se necesita un equipo interdisciplinar en el que los profesionales estén en contacto y haya interconsultas de forma continua (6). Los tratamientos pueden llevarse a cabo de forma ambulatoria o en el hospital. Dentro de los hospitalizados se encuentran dos tipos: los hospitales de día, donde los pacientes acuden a pasar el día para realizar allí las ingestas y las diversas terapias, y la hospitalización total en planta hospitalaria.

En cuanto a la duración de estos, la mayor parte de las veces los tratamientos se alargan en el tiempo. Esto se debe a que influyen diversos factores que hay que tratar, a la falta de conciencia de enfermedad que tienen las personas con este tipo de trastornos y/o a la falta de motivación. Todo esto provoca que se produzcan muchas recaídas.

Al comenzar a tratar un TCA, los objetivos del tratamiento se pueden resumir en: (8) (14)

- Restaurar el estado nutricional de la persona.
- Prevenir las complicaciones asociadas a los TCA.
- Educar en patrones nutricionales adecuados. Educación nutricional para orientar tanto al paciente como a su familia/cuidadores en las conductas adecuadas relacionadas con las ingestas.
- Modificar disfunciones provocadas por los TCA. Los pensamientos rumiativos, sentimientos negativos, conductas inadecuadas durante las ingestas, aumentar el peso, eliminar ciclos atracón-purga...
- Prevenir recaídas.
- Conseguir apoyo y proporcionar asesoramiento tanto al paciente como a su familia.
- Restablecer relaciones sociales si estas se han visto afectadas por la enfermedad.
- Tratar las comorbilidades psiquiátricas y físicas que se produzcan.

Los tratamientos más habituales son:

a. ABORDAJE NUTRICIONAL

Este abordaje debe tener como objetivo educar al paciente para que consiga modificar sus hábitos alimentarios y las conductas que tiene relacionadas con las ingestas (purgas, atracones, manipulaciones de alimentos...). En los pacientes con bajo peso el plan nutricional promueve la recuperación de una situación nutricional y peso adecuados y saludables, mientras que en los que tienen un peso excesivo (habitual en los trastornos por atracón) se intentará modificar su estilo de vida. (2)

La educación nutricional que se ofrece va a variar dependiendo del TCA que presente cada paciente, pero también va a depender de los conocimientos nutricionales y el patrón alimentario de este. (2)

- En personas con anorexia nerviosa la educación nutricional busca modificar las actitudes y comportamientos relacionados con las ingestas y acabar con los mitos que tengan los pacientes, para con todo esto conseguir recuperar el estado nutricional.
- En aquellos que padecen bulimia nerviosa se persigue la organización de las ingestas en horarios y tiempos, así como la calidad de los alimentos ingeridos.
- Por último, la educación nutricional en los trastornos por atracón se basará en conseguir una elección adecuada de los alimentos, intentando priorizar los menos calóricos y que más sacien. También se incide en el tamaño de las raciones.

El soporte nutricional de los pacientes que presenten bajo peso se plantea para conseguir un IMC mínimo mayor o igual a 18, en percentil para niños y adolescentes sería conseguir un IMC entre 13 y 30 (según edad y sexo). Los primeros días de tratamiento se aconseja la ingesta de unas 25-30 Kcal/Kg/día o 30-40 Kcal/Kg/día (dependiendo de los estudios revisados) y esta debe aumentar hasta 70-100 Kcal/Kg/día. Se estima como razonable el aumento de peso de unos 0'5 Kg a la semana. Mientras que en los pacientes con exceso de peso las ingestas van a basarse en dietas hipocalóricas (entre 500-1000 Kcal) y equilibradas, sin excluir ningún tipo de alimento. (2)

Es importante que la educación nutricional no se transmita solo a los pacientes, sino que también hay que ofrecerla a los familiares para que los patrones propuestos se apliquen en el domicilio. Algunas de las recomendaciones a las familias pueden ser: se realizarán cinco comidas al día, las ingestas se realizarán siempre en el mismo lugar y acompañado, no se levanta de la mesa hasta que termine la comida, el menú será el mismo que el del resto de sus familiares, se sigue el orden de los platos, no realizará manipulaciones de los alimentos, la duración de las comidas no debe ser menor de 30 minutos ni mayor de 60, durante las ingestas no se tratarán temas relacionados con la enfermedad... (2).

En algunas ocasiones cuando la educación nutricional por sí sola no consigue que el paciente realice ingestas suficientes para cubrir sus necesidades, hay que acompañarla de una nutrición artificial. Esta comienza con suplementos nutricionales orales (SNO) que en la práctica son fundamentales para el tratamiento de los TCA ya que permiten un aumento de peso más rápido y reducir el tiempo de estancia hospitalaria; la nutrición enteral (NE) que se emplea en pacientes ingresados graves o muy poco colaboradores; y, por último, la parenteral que se utiliza solamente cuando la NE está contraindicada. (2)

b. PSICOTERAPIA

Se lleva a cabo por parte de psicólogos y psiquiatras. Esta parte del tratamiento aborda la psicopatología de la enfermedad. Con ella también pueden manejarse las comorbilidades que aparezcan, modificar dinámicas familiares que les perjudiquen y prevenir las recaídas. Las terapias psicológicas que más a menudo se utilizan y que pueden llevarse a cabo de forma individual o grupal son las siguientes: (6) (8)

- Terapias motivacionales: terapia que consiste en entregar al paciente la información necesaria para que tome decisiones sobre su propia salud y motivarle a que lleve a cabo cambios en el estilo de vida.
- Terapias basadas en la familia: terapias que se llevan a cabo junto con la familia del paciente. Se utilizan para ayudar a las familias a modificar factores y conductas que pueden estar manteniendo las conductas del paciente.
- Terapia cognitivo conductual: terapia que interviene en la parte objetiva y también en la subjetiva, es decir, actúa en los actos del paciente y en los pensamientos.

- Terapia ocupacional: terapia con la que se intenta capacitar a las personas para participar en actividades de la vida diaria, dotando al individuo de habilidades para realizarlas o modificando el entorno para favorecer su participación.
- Apoyo social

La duración mínima de este tratamiento va a variar dependiendo de la forma en la que se realice, si es un tratamiento ambulatorio será mínimo de 6 meses, mientras que si es hospitalario será mínimo de 12 meses. (8)

c. FÁRMACOS

No se recomiendan los fármacos como único tratamiento ni cómo tratamiento base de estos trastornos. (8)

Los fármacos que se utilizan no tratan los “problemas” como tal de los trastornos, sino que se utilizan para alivio sintomático del estado de ánimo y disminuir la ansiedad. (6)

Los psicofármacos que se utilizan de forma más habitual son:

- Antidepresivos. Sobre todo, destaca el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como la fluoxetina, el escitalopram o la sertralina. Este tipo de fármacos se utilizan para paliar los síntomas depresivos que algunos pacientes desarrollan al padecer un TCA y en la bulimia nerviosa se utilizan para controlar los ciclos de atracón-purga.
- Neurolépticos, como la olanzapina o la sulpirida. Su uso se basa en tratar la comorbilidad psiquiátrica asociada a los TCA.
- Ansiolíticos. Destaca el uso de las benzodiazepinas como el clonazepam, lorazepam o diazepam. Estos fármacos se utilizan para reducir la ansiedad que les generan los momentos en los que realizan las ingestas o para tratar los problemas de ansiedad que aparecen asociados a los TCA en algunas ocasiones.
- Antiepilépticos de última generación como por ejemplo el topiramato. Su uso va orientado al control de ciclos de atracón-purga y las conductas impulsivas.

A parte de los psicofármacos, en el tratamiento farmacológico también pueden pautarse complejos vitamínicos-minerales o antieméticos.

En muchas ocasiones, la mayor parte de las opciones de tratamiento mencionadas se combinan.

V. COMPLICACIONES

Las complicaciones que aparecen en relación a los TCA dependen de la duración de este, de la intensidad y del predominio del tipo de patrón: purgativo, compulsivo o restrictivo. Algunas de las complicaciones más habituales son: (2)

- Fatigas, dolor torácico y palpitaciones: estas complicaciones se producen en mayor medida en personas con desnutrición. Con la desnutrición se produce una atrofia de los órganos vitales y sistemas que genera estos síntomas.
- Hipoglucemias: se dan en un 50% de los pacientes debido a la pérdida de peso y a las ingestas insuficientes.
- Estreñimiento: se produce debido a que en muchas ocasiones se genera un enlentecimiento del vaciamiento gástrico al reducirse las ingestas o no haberlas.
- Anemias: esta complicación aparece por ingestas insuficientes y/o por la realización de conductas purgativas (vómito).

- Reflujo y esofagitis: son complicaciones habituales en los pacientes que utilizan el vómito como conducta purgativa.
- Alteraciones hidroeléctricas: se producen por las conductas purgativas: vómitos, uso de laxantes y/o diuréticos.
- Depresiones: es una de las comorbilidades psiquiátricas más habituales en los TCA. En ocasiones los cuadros depresivos pueden ser previos al inicio del trastorno alimentario.
- Osteopenia: aparece por una deficiencia en el consumo de micro y macronutrientes en las ingestas. Puede generar retrasos en el crecimiento en los adolescentes.
- Síndrome de realimentación: Este ocurre cuando un paciente desnutrido vuelve a realizar ingestas y se produce un cambio en los fluidos y electrolitos. Si aparece puede provocar fallo cardiaco, fallo respiratorio, problemas gastrointestinales, delirios... Para evitar su aparición hay que introducir la alimentación lentamente (el primer día de tratamiento no ingerirá lo mismo que el quinto). (14)

5. PAPEL DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN.

Las intervenciones desarrolladas para la prevención de TCA pueden pertenecer a cualquiera de los tres niveles habituales de prevención: (15)

- **Prevención primaria**: su objetivo principal es reducir o acabar con los factores que aumenten las probabilidades de que los trastornos aparezcan. A su vez, estas intervenciones consiguen aumentar las capacidades de la persona y los apoyos con los que puede contar. Las intervenciones de este tipo suelen influir sobre todo en los factores socioculturales, más en concreto en los medios de comunicación y los estereotipos de belleza que presenta la sociedad.
- **Prevención secundaria**: su propósito es reducir la prevalencia y para ello incide en los aspectos que están relacionados con la duración media de la enfermedad como son: el diagnóstico y tratamiento precoces, un tratamiento adecuado, la prevención de recaídas y los medios asistenciales eficaces.
- **Prevención terciaria**: tiene como finalidad prevenir y disminuir las recaídas de las enfermedades, pero también intentar minimizar las complicaciones adversas derivadas de estas.

I. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DESARROLLADOS

Teniendo en cuenta la problemática a nivel social que supone el incremento de los casos de TCA se han diseñado algunos programas para conseguir prevenirlos.

a. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA A NIVEL INTERNACIONAL

The Body Project

Este programa se realiza en unas 3-4 sesiones y se basa en la disonancia cognitiva. Durante las sesiones se realizan distintas dinámicas verbales, escritas o conductuales en las que los participantes critican el ideal de belleza basado en la delgadez que hay en la sociedad. Así se consigue la disonancia, los estudiantes tienen ese estereotipo interiorizado, pero a la vez lo están criticando. Con este programa se logra reducir la aceptación de ese ideal de belleza, la insatisfacción con su propio cuerpo, los estados de ánimo negativos y con todo esto, la probabilidad de aparición de los TCA. (16) (17)

The Body Project se desarrolló por investigadores de la Universidad de Stanford, de Texas y Oregon y se comenzó a aplicar en muchas partes del mundo. (17)

Student Bodies

Es un programa que se basa en llevar a cabo intervenciones cognitivo-conductuales en relación a la insatisfacción con el propio cuerpo. Se aporta a los participantes información para tratar la imagen corporal, educar sobre nutrición y los trastornos de la conducta alimentaria. Se lleva a cabo en 8 sesiones. (16) (18)

b. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA A NIVEL NACIONAL

Programa Alimentación, Modelo Estético Femenino y Medios de Comunicación. Como formar alumnos críticos en educación secundaria. AMEMC.

Este programa está orientado para reducir y prevenir comportamientos no adecuados en relación con la alimentación y el peso, además de intentar aumentar la autoestima de los adolescentes (sobre todo a nivel físico). Se encuentra dividido en tres temáticas distintas: modelo estético femenino, este modelo en los medios de comunicación y, por último, alimentación y nutrición. Se desarrolla en mínimo 3 sesiones y máximo en 8 sesiones. (19)

Taller de prevención para los TCA en la comunidad de Valencia.

En cuanto a este programa desarrollado en Valencia, se puso en práctica con adolescentes de entre 12 y 14 años en las aulas y se lleva a cabo en 7 sesiones. Durante estas sesiones se tratan temas que pueden ser factores de riesgo para desarrollar un TCA como, por ejemplo: autoestima, autoimagen, publicidad, alimentación, hábitos de vida saludables, dietas milagro y ejercicio físico. (20)

Tú sí que molas.

Es una intervención dirigida a preadolescentes que se lleva a cabo en los colegios. Se divide en 8 sesiones de aproximadamente una hora cada una. Tiene como objetivos: promover la satisfacción con su propio cuerpo, la autoestima, hábitos saludables y pretende ayudar a los preadolescentes a desarrollar una actitud crítica, aprender a cómo expresar sus emociones y a desarrollar habilidades para resolver problemas. (21)

Programa preventivo Zarima.

El programa preventivo Zarima se desarrolló en Zaragoza en el año 1999. En 2007 se volvió a llevar a cabo en colegios de Santiago de Compostela, Santander y Zaragoza. Tras la realización de las sesiones, se marcaron dos años de seguimiento (2008 y 2010) en los que se obtuvieron resultados exitosos. (21)

Consta de 6 sesiones, la primera y la última son mediciones (previa y posterior a la intervención). En las otras cuatro sesiones se dividen los temas: alimentación y nutrición; imagen corporal, sexualidad y crítica del modelo estético; autoconcepto e imagen corporal; y, por último, asertividad y habilidades sociales. (22)

c. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA A NIVEL NACIONAL

Detección Temprana en Cantabria de los Trastornos Alimentarios. DETECTA. (23)

El programa DETECTA es un programa de primeros episodios de TCA que se implantó por primera vez en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el año 2010.

A día de hoy continúa implantado en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del hospital ya que favorece la detección precoz de la enfermedad y la implementación de un

tratamiento correcto individualizado, lo que favorece la adherencia al tratamiento y con ello la mejoría del pronóstico de la enfermedad y los resultados de los tratamientos.

El programa tiene varios niveles de trabajo:

- Se utiliza un protocolo de derivación que comunica directamente a los centros de atención primaria (ámbito donde se pueden detectar estos problemas) con la UTCA.
- La parte asistencial comienza con una entrevista realizada por enfermería para la valoración completa del paciente. Tras esta, se le deriva a un psiquiatra o psicólogo concreto de la unidad. Después de esto se pone en marcha un tratamiento individualizado y estructurado: entrevistas motivacionales, terapias cognitivo-conductuales y terapias que serán familiares, individuales y/o grupales.
- Por último, la parte de investigación. Esta se lleva a cabo para conseguir más información sobre la neurocognición, los factores de riesgo asociados y las manifestaciones clínicas, por ejemplo.

II. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Tras explicar algunos de los programas que existen tanto a nivel internacional como en España para prevenir los TCA, y en base a numerosas guías de prevención contrastadas de distintas comunidades autónomas (24) (25) (26), se ha realizado una síntesis para proponer a continuación intervenciones para la prevención de este tipo de trastornos.

A. OBJETIVOS:

- Proporcionar un instrumento para introducir en las aulas la educación para la salud que les ayude a desarrollar las habilidades y conocimientos necesarios.
- Reducir algunos de los factores de riesgo para prevenir los TCA en los adolescentes.
- Potenciar el desarrollo de un pensamiento crítico en los adolescentes sobre los medios de comunicación y el ideal de belleza de la sociedad.
- Fomentar hábitos de vida saludables.

B. DESTINATARIOS

Este diseño de prevención está enfocado hacia adolescentes de entre 12 y 16 años. Está planteado para realizarlo en colegios e institutos, en la educación secundaria obligatoria, ya que abarca la franja de edad anteriormente mencionada.

C. REQUISITOS/REQUERIMIENTOS

Lo ideal es que este programa fuese llevado a cabo por parte de enfermería escolar o enfermería de atención primaria especializada en salud mental, pero también existe la posibilidad de formar a profesores y tutores y que sean ellos los que lo lleven a cabo con el apoyo de los profesionales de enfermería durante el desarrollo.

Es necesaria una toma de contacto previa con el diseño y las dinámicas que en él se desarrollan. Además, es importante que la persona que lo imparte no realice juicios de valor, comentarios con prejuicios o intente imponer en los adolescentes sus propias creencias.

D. CRONOGRAMA

SESIONES	CONTENIDO	DINÁMICAS
SESIÓN 1	Alimentación Ejercicio físico	Cuestionarios Charla Tallar y pesar
SESIÓN 2	Imagen corporal Crítica al ideal de belleza	Figura “ideal” Belleza en medios de comunicación
SESIÓN 3	Autoestima Autoconcepto	Folio en blanco Árbol de la autoestima Mi anuncio
SESIÓN 4	Habilidades sociales	Tipos de comunicación Roles
SESIÓN 5	Trabajo con la familia	Mitos Relación padres-hijos Pautas de prevención
SESIÓN 6	Evaluación	Cuestionarios Puesta en común

El programa se trabajará durante doce horas. Estas horas se estructuran en seis sesiones de dos horas cada una que se realizarán una por semana. Se llevarán a cabo durante las horas lectivas.

Antes de empezar con el contenido de la primera sesión, hay que explicar a los adolescentes por qué se va a realizar y cuáles son los objetivos del programa y se intentará conocer de forma previa los conocimientos, inquietudes o creencias que ellos tienen sobre los TCA.

E. DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

PRIMERA SESIÓN: ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO

CUESTIONARIOS

Al comenzar la sesión los adolescentes realizarán unos cuestionarios de forma individual. Los resultados de estos cuestionarios servirán para analizar los conocimientos previos en relación a la nutrición y detectar adolescentes en riesgo de padecer TCA:

1. Cuestionario de Conocimientos de Nutrición (anexo 2)

Es un cuestionario que consta de 10 ítems con 5 opciones en cada uno de ellos. Solo una de las opciones es correcta.

2. EAT-26 (anexo 3)

Cuestionario compuesto por 26 ítems para medir actitudes alimentarias. Dentro de estos ítems hay tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral.

3. Escala de Satisfacción Corporal (anexo 4)

Consta de 8 ítems con cuatro respuestas posibles que van desde “muy de acuerdo” hasta “muy en desacuerdo”.

Tras rellenar estos cuestionarios se desarrollará un trabajo en grupos que estarán formados por 5 estudiantes cada uno (aprox.). Se les entregará una pirámide y los alimentos que entran dentro de la pirámide alimenticia y según su propio criterio, poniéndose de acuerdo con el resto del

grupo, deben colocar los alimentos en las categorías de la pirámide según la frecuencia con la que hay que ingerir cada uno de ellos. (anexo 5).

CHARLA

Con el dibujo de la pirámide comenzará una charla sobre alimentación y ejercicio:

- Se ordena correctamente la pirámide alimentaria y se aclaran todas las dudas que surjan.
- Realizar 5 comidas al día, evitando “picar” entre horas.
- Importancia de distribuir el volumen calórico del día en las distintas ingestas: 25% desayuno, 5-10% media mañana, 35% comida, 5-10% merienda y 25% cena.
- Cantidad de los distintos nutrientes que debe ingerirse: 55% hidratos de carbono, 15% proteínas, 25% lípidos y 3% fibra. Y los alimentos que contienen cada uno.
- Incidir en la importancia de realizar ejercicio físico de forma diaria, mínimo 30 minutos al día.
- Explicar el concepto de IMC y los rangos de este con respecto a la edad.

TALLAR Y PESAR

El tallaje se debe realizar descalzo con los tobillos juntos y rectos con la espalda y los hombros, cabeza y nalgas tienen que estar en contacto con la pared. El peso se toma descalzos y con la menor ropa posible, sin objetos pesados en los bolsillos.

Tras esto se calculará el IMC.

SEGUNDA SESIÓN: IMAGEN CORPORAL Y CRÍTICA AL IDEAL DE BELLEZA

DINÁMICA 1: FIGURA “IDEAL”

De forma individual cada uno de los participantes tiene que dibujar la silueta de lo que consideran la figura humana ideal según su sexo. Tras esto, se recogen y se reparten los dibujos de forma aleatoria entre los compañeros para que cada uno diga lo que piensa sobre la figura ideal de otro.

Después de compartir las opiniones se mostrará un dibujo de figuras realistas (no ideales). El monitor deberá dar importancia a que, aunque haya unas características marcadas según el sexo que aparecen de forma habitual (más caderas las mujeres, los hombres los hombros más anchos...), cada persona tiene su propio cuerpo y hay que aceptarlo sin intentar conseguir la figura “ideal”.

DINÁMICA 2: BELLEZA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Se pondrán vídeos o imágenes en los que se observe el ideal de belleza impuesto por la sociedad hoy en día, como pueden ser: anuncios que utilizan desnudos, pasarelas donde desfilan modelos...

Tras esto se les hará las siguientes preguntas:

- ¿Qué patrones de belleza se transmiten en los medios?
- ¿Cuáles son las características físicas de esos hombres y mujeres?
- ¿Te influye ver ese tipo de ideal de belleza en los medios?
- Antes de este momento, ¿te habías dado cuenta del mensaje que transmite ese tipo de publicidad?

Actualmente el ideal de belleza da mucha importancia a la delgadez y controlar el peso y esto es algo que afecta a las personas que no se ajusten a este ideal, sobre todo a su autoestima. La

sociedad asocia la delgadez al éxito, la popularidad y la salud, por lo que se asume que, si se pierde peso, serás más aceptado y admirado.

TERCERA SESIÓN: AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

Durante la adolescencia la pregunta *¿quién soy?* es muy importante debido a los cambios físicos, cognitivos y sociales que se producen. Esto va a influir en la idea sobre ellos mismos que tengan y también en la forma de valorarla (la autoestima). Durante esta etapa de la vida la autoestima va a fluctuar debido a esos cambios.

Tener una autoestima baja va a determinar las conductas y actitudes que tenemos con las demás personas y va a afectar al resto de ámbitos de la vida, como puede ser el ámbito escolar. Además, se ha demostrado que es un factor de riesgo de los TCA.

DINÁMICA 1: FOLIO EN BLANCO

Se entrega un folio en blanco a cada participante. Este folio va a representar lo que es su autoestima.

Se leerán distintas situaciones que pueden afectar a la autoestima. Tienen que arrancar un trozo de hoja según lo que ellos piensen que su autoestima se vería dañada si viviesen esas situaciones (más grande o más pequeño dependiendo de lo que le afecte).

Situaciones:

- Suspendes un examen.
- Tus amigos se olvidan de avisarte cuando hacen un plan.
- Discutes con tu mejor amigo/a.
- Discutes con tus padres en casa.
- Alguien se ríe de ti.
- Un amigo/a cuenta a los demás un secreto que le contaste.
- Te sale un grano en la cara.
- Alguien se ríe de alguna parte de tu cuerpo.
- Te insultan en el instituto.
- Tu equipo favorito de ... (tu deporte preferido) pierde.
- Te das cuenta de que la decisión que has tomado no era la correcta.
- La persona que te gusta no te corresponde.
- Han leído sin tu permiso tus mensajes de WhatsApp/redes sociales.

Después de ver cuáles pueden ser las situaciones que pueden reducir su autoestima, pensarán y escribirán aquellas que la aumentarían. Tras escribirlas, todos pegarán su folio con esas situaciones en un folio grande simbolizando ese aumento de autoestima.

DINÁMICA 2: EL ÁRBOL DE LA AUTOESTIMA (27)

En un folio en blanco deben dibujar un árbol: raíces, tronco, ramas y copa. En cada una de las partes del árbol escribirán:

- Raíces: lo que para ellos son apoyos (nombres de personas, conceptos...)
- Tronco: indicarán mínimo cinco cualidades positivas de ellos mismos.
- Ramas: los logros que han alcanzado.
- Copa: proyectos y objetivos que quieran conseguir.

Después de completarlo deben observar de forma individual su propio "Árbol de mi autoestima" para que sientan que les transmite y consigan ver que hay más cosas que han conseguido de las que piensan y todas las cualidades y apoyos que tienen para conseguir lo que se propongan.

DINÁMICA 3: MI ANUNCIO

Pensarán de forma individual un anuncio sobre ellos mismos que compartirán dentro de un pequeño grupo (los participantes se dividen en subgrupos). Después de escucharse, elegirán uno que enseñar al resto del grupo grande.

En ellos tienen que “venderse”, mostrar bien sus cualidades y logros conseguidos. Este anuncio puede ser un dibujo, lema, anuncio de radio, representación...

Por último, se hará una puesta en común de lo que les han parecido los anuncios y cómo se han sentido al enseñarlo o representarlo ante el resto.

CUARTA SESIÓN: HABILIDADES SOCIALES

La asertividad es la habilidad para ser sinceros, directos y claros al decir lo que se opina pero sin herir los sentimientos de los demás o menospreciar las opiniones ajenas. Es necesario explicar la importancia de esta para tener unas relaciones personales más eficaces y sanas con las personas.

La sesión comienza preguntando a los adolescentes:

- ¿Qué son las habilidades sociales?
- ¿Qué es la asertividad?

Después, se leerá una definición de cada uno de los conceptos.

DINÁMICA 1: TIPOS DE COMUNICACIÓN

	AGRESIVA	ASERTIVA	PASIVA
VERBAL	Impositiva Realiza interrupciones	Directa Firme	No verbaliza su propia opinión
NO VERBAL	Mirada fija Gestos de amenaza Volumen de voz alto Postura corporal hacia delante	Contacto ocular Postura relajada Tono de voz tranquilo	Esquiva las miradas Movimientos nerviosos Volumen muy bajo Postura recogida
CONSECUENCIAS	Crea momentos de tensión Genera conflictos No respeta opiniones	Defiende derechos Resuelve problemas Te sientes satisfecho	No defiende sus derechos Pierde oportunidades Genera conflictos

Se presentan los tres tipos de comunicación y las diferencias entre ellos. Tras esto, se explica la importancia de utilizar la asertividad. Con ella se expresan sentimientos y pensamientos propios para hacer ver al resto cómo ves las cosas, pero sin dar a entender que solo importa la opinión propia (agresivo) o que pueden aprovecharse de uno (pasivo).

DINÁMICA 2: ROLES

Se divide el grupo grande en cinco subgrupos. De dos en dos representarán una situación que se les entrega. Tras la representación se les corregirá explicando algunas técnicas asertivas.

Situaciones:

- 1) **Iniciar interacciones con personas por las que sienten atracción:** Le digo a la persona que me gusta que me encantaría ir con ella/él al cine.

- 2) **Defensa de derechos:** Al salir de una tienda me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta.
- 3) **Expresión de sentimientos negativos y desacuerdo:** Un amigo expresa su opinión "Hay que ser perfecto para tener éxito y ser feliz". Al decirle que no estoy nada de acuerdo con él me llama estúpido por no pensar igual.
- 4) **Saber decir no:** No me gusta compartir mis cascos para escuchar música, un amigo me los pide todos los días.
- 5) **Saber decir no:** No he traído el trabajo que había que entregar hoy en clase. Me enfrento al error.

Técnicas asertivas:

- Aserción negativa: no utilizar frases como "lo siento" o "perdona", ya que de repetir se han quedado con un significado vacío. Sustituir por: "no debería haberlo hecho", "tienes razón" ...
- Banco de niebla: es una técnica que se utiliza cuando recibes una crítica por algo con lo que tú no estás de acuerdo, pero no eres capaz de demostrar que tu opinión es la correcta. Se utilizan: "es posible", "seguramente a ti te lo parece..."
- Autorrevelación: dar información sobre lo que uno mismo siente y piensa. Se emplean frases como: "yo siento", "pienso que"
- Compromiso viable: las dos personas obtienen parte de lo que quieren, pero sin ceder en lo que crees correcto porque entonces ya no sería asertivo.
- Disco rayado: repetir lo que se quiere decir hasta que la otra persona entienda que no te va a manipular.
- Interrogación negativa: sirve para enfrentarse a los juicios que el resto hace de nosotros. Les obliga a explicar sus opiniones y que no la vas a aceptar fácilmente. Se utilizan: "¿Qué tiene de malo/de raro...".

Técnicas en cada situación:

- Situación 1: autorrevelación y compromiso viable.
- Situación 2: autorrevelación, disco rayado e interrogación negativa.
- Situación 3: autorrevelación y banco de niebla
- Situación 4: autorrevelación y disco rayado
- Situación 5: aserción negativa y compromiso viable.

QUINTA SESIÓN: DINÁMICAS CON LA FAMILIA

Durante esta sesión el trabajo se llevará a cabo con las familias de los adolescentes que han participado en la intervención durante las sesiones anteriores. En ella se intentará resolver dudas dando información sobre los TCA, se trabajarán los mitos que de forma habitual acompañan a estos trastornos y pautas para tener una relación sana y adecuada con sus hijos.

MITOS

La sesión comenzará con la presentación de distintas oraciones relacionadas con los TCA. Todas ellas serán mitos. Los padres comentarán en forma de debate qué opinan sobre esas afirmaciones. Al terminar el debate o durante este, entre frase y frase, la persona que esté impartiendo la sesión destruirá estos mitos mediante datos reales y objetivos: (28)

MITOS	DATOS
<i>Por estar delgado se es más feliz.</i>	Solamente la delgadez no hace que seamos felices. Habitualmente los TCA que van acompañados de delgadez extrema también lo hacen de depresiones, sentimientos de culpa, aislamiento social...
<i>Los TCA son una decisión tomada por la propia persona.</i>	Los TCA son una enfermedad de salud mental y como cualquier otra (de salud mental o física) padecerla o no, no es una decisión tomada por la propia persona, sino que depende de distintos factores de riesgo y distintas causas (enfermedades multicausales).
<i>Los TCA están causados por los propios padres</i>	Las relaciones con familiares pueden ser un factor de riesgo (familias sobreprotectoras, desestructuradas...) pero no un factor causal. Además, una relación sana y adecuada puede convertirse en un factor protector de la enfermedad.
<i>La anorexia es el único trastorno de la conducta alimentaria serio.</i>	Según datos epidemiológicos: la AN se estima en 1'4% en las mujeres y un 0'2% en hombres, la BN cuenta con un 1'9% en mujeres y un 0'6% en hombres, el TA presenta una prevalencia de 2'8% para las mujeres y un 1'0% en los hombres.
<i>Las personas más cercanas no pueden hacer nada para que la persona que padece el trastorno se recupere.</i>	En muchas ocasiones se utilizan en el tratamiento de los TCA terapias y dinámicas que incluyen a los padres y familias y se ha demostrado que mejoran la rapidez con la que empiezan a recuperarse.
<i>Solo las personas que se encuentran muy delgadas padecen estos trastornos.</i>	Algunos de los trastornos van acompañados por sobrepeso (trastorno por atracón) y dependiendo del tiempo de evolución de la enfermedad, puede haber situaciones en las que la persona no padezca extrema delgadez.
<i>Las conductas de los TCA solo están relacionadas con los alimentos o los momentos en que se realizan ingestas.</i>	Las conductas que generan en el individuo no se reducen a los alimentos. Se ha demostrado la relación entre ellos y el perfeccionismo, trastornos obsesivo-compulsivos, realización de deportes o depresión.

Los TCA “son cosas de niñas”.

Hace unos años la proporción de mujeres y hombres que padecían TCA era de 10:1, esta diferencia se ha ido reduciendo con los años.

Si una persona padece un TCA, ya no puede desarrollar otro TCA.

En muchas ocasiones, la bulimia acaba derivando en otro tipo de trastorno como la anorexia. Además, recuperarse en algún momento de la vida de un TCA no significa que no pueda haber recaídas o que no se pueda desarrollar otro trastorno.

Cuando recuperan un peso saludable, ya están sanos.

Los TCA afectan a la persona no solo a nivel físico con la pérdida de peso o la desnutrición, sino que afecta a la salud mental. Recuperar un peso saludable suele ser uno de los primeros pasos para la recuperación pero tras esto debe continuar el tratamiento psicológico.

RELACIÓN PADRES-HIJOS

Se plantea una situación: Tu hijo no tiene su habitación recogida, está muy desordenada. ¿Qué harías? Los padres comentarán cuál sería la forma en la que actuarían con sus hijos ante esa situación.

Tras esto, se hará una intervención sobre la importancia de la comunicación, evitar la sobreprotección y la importancia de respetar la intimidad de los adolescentes.

Comunicación

Insistir en la importancia de mantener diálogos porque los adolescentes también tienen que tener la oportunidad de explicarse y que se les escuche. La escucha debe ser activa, que ellos sientan que hay interés. Este tipo de comunicación debe producirse durante toda la vida para conocer en profundidad a tu hijo cuando llega la adolescencia que es el momento en el que los amigos “sustituyen” (para ellos) a la familia. Además de escuchados, es importante que sientan respeto y apoyo en sus decisiones.

Sobreprotección

El hecho de sobreproteger a los hijos hace que no sean capaces de superar obstáculos o resolver sus propios problemas. Se convierten en personas dependientes de los demás, no confían en el trabajo que hacen de forma individual.

Es necesario darles responsabilidades y autonomía para que vayan madurando.

PAUTAS DE PREVENCIÓN (29)

- Animar al adolescente a relacionarse con las demás personas.
- Fomentar la autonomía e independencia personal.
- Premiar los logros que va alcanzando.
- No insistir en la perfección.
- Mostrar al adolescente amor y afecto, sin sobreproteger ni controlarle.
- No dar demasiada importancia a peso, talla, figura corporal o alimentación.
- Realizar una reflexión propia sobre los comentarios que se hacen respecto al físico propio o de otras personas delante de ellos.

- Comer, mínimo una vez al día, en familia. Con ello se consigue un momento para compartir y fomentar la comunicación.
- Fomentar la parte crítica de los jóvenes para que aprendan a ser críticos con los medios de comunicación.
- Favorecer el uso responsable de internet

SEXTA SESIÓN: EVALUACIÓN POSTINTERVENCIÓN.

CUESTIONARIOS

Se repiten los cuestionarios realizados de forma individual durante la primera sesión para comparar las respuestas que daban antes y las que dan después de la intervención y ver si estas se han modificado.

PUESTA EN COMÚN

Se realizará a los estudiantes preguntas para saber cuál es su opinión sobre las sesiones y poder modificar algún contenido cuando se desarrolle posteriormente. Las pueden responder en voz alta de forma voluntaria o de forma individual escritas en un papel.

- ¿Qué te ha parecido el taller, te ha gustado? ¿Qué es lo que más te ha gustado? ¿Y lo que menos?
- ¿Cambiarías algo del contenido o de las dinámicas?
- ¿Cómo te has sentido durante las distintas sesiones?
- ¿Has aprendido algo nuevo? Si lo has aprendido, ¿qué?

6. CONCLUSIONES

- Los trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y trastorno de la conducta alimentaria no especificado, son un problema de salud pública por el aumento de su incidencia y prevalencia en los últimos años.
- Existe una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica asociada a los TCA, siendo los más frecuentes los trastornos de personalidad, obsesivo-compulsivo y trastornos afectivos.
- Los TCA son más frecuentes en las mujeres que en los hombres y en las etapas de la infancia y la adolescencia, llegando a convertirse en la tercera enfermedad crónica más frecuente en este grupo de edad, tras el asma y la obesidad.
- En los TCA influyen factores biológicos (relación con sistema serotoninérgico, sistema dopaminérgico y neurofinas), psicológicos (mencionados anteriormente) y socioculturales (modelos familiares muy protectores, exigentes, familias desestructuradas y la imposición en la cultura occidental de estereotipos y cánones entorno a la belleza)
- Los tratamientos para las personas que padecen un TCA deben desarrollarse de manera integral precisando de un equipo multidisciplinar. Estos se alargan en el tiempo por los diversos factores a tratar y la elevada comorbilidad. Existe, además, una alta probabilidad de recaída.
- La intervención enfermera especializada en salud mental es clave en el tratamiento de los pacientes con TCA, tanto es su abordaje nutricional y la importancia de la educación para la salud y la modificación de hábitos, como en psicoterapia en colaboración con otros profesionales, y en la administración y control de los efectos terapéuticos y secundarios de distintos grupos de fármacos prescritos.
- Las intervenciones de prevención deben orientarse a modificar factores de riesgo. Se incide y se trabaja en conocimientos nutricionales, hábitos de vida saludables, estereotipos negativos o presión social, autoestima y autoconcepto y habilidades sociales. Asimismo, se tiene en cuenta y se incluye a las familias de los adolescentes en el programa.
- Existen diversos programas de prevención de Sociedades Sanitarias y Sistemas de Salud que tienen marcadas diferencias. La unificación de estrategias de prevención atendiendo a la especialización de los distintos profesionales sería un paso importante para que la prevención fuera efectiva.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gándara Gutiérrez C. Perfil sociodemográfico de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria que reciben su primer tratamiento. [trabajo fin de grado] [Internet]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2019 [consultado en marzo de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16583/GandaraGutierrezCarmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Moreno Villares JM, Oliveira Fuster G, Culebras Fernández JM. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Nutr Hosp [Internet] 2017 [consultado en enero 2020]; 34(5). Disponible en: <https://senpe.com/documentacion/grupos/tca/consenso-trastornos-conducta-alimentaria.pdf>
3. Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. Children in Need – Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. Nutrients [Internet]. 2019 [consultado 27 marzo de 2020]; 11(8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6722835/>
4. González Gómez J. Estudio controlado de factores de riesgo y variables clínicas asociadas al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de primeros episodios de la comunidad de Cantabria [tesis doctoral] [Internet]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2016 [consultado en marzo de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8434/Tesis%20JGG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. Intern Med J [Internet]. 2020 enero [consultado 28 de marzo en 2020]; 50(1): 24-29. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7003934/>
6. Marijuán Cuevas M. Cuidados de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria. [trabajo fin de grado] [Internet]. Palencia: Universidad de Valladolid; 2016. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24732/TFG-L1569.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Smink F, Van Hoeken D, Hoek H. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2012 agosto [consultado 27 marzo de 2020]; 14(4): 406-414. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409365/>
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Agència d'Avaluació de Tecnologia; 2009. [consultado en diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf
9. Cuadro E, Baile JI. El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2015 [citado diciembre 2019]; 6(2): 100-102. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v6n2/2007-1523-rmta-6-02-00097.pdf>
10. Behar R, Arancibia M. DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. Rev. Chil. Neuro-psiquiat [Internet]. 2014 [consultado diciembre 2019]; 52(1): 3-7. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Arancibia2/publication/265729323_DSM-5_y_los_trastornos_de_la_conducta_alimentaria/links/541a51e80cf25ebee9888dc3/DSM-5-y-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria.pdf
11. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. 2 ed. Arlington (EEUU): Asociación americana de psiquiatría; 2014. [consultado en

diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

12. González Gómez J, Madrazo I, Gil Camarero E, Carral Fernández L, Benito González P, Calcedo Giraldo G, Gómez del Barrio A. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. Rev Med Valdecilla [Internet] 2017 [consultado enero 2020]; 2(1): 16-18. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/13792/Rev%20Med%20Valdecilla_Trastorno%20conducta%20alimentaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Orozco-Cabal LF, Herin D. Neurobiología de la impulsividad y los trastornos de la conducta alimentaria. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2008 [citado en marzo de 2020]; 37(2): 207–219. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762232/>

14. Banker J, Becker A, Bermudez O, Berthou K, Devlin M, Katzman D, et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano y Manejo de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Internet]. 2ª Edición. Deerfiel, EEUU: Academia para Trastornos de la Conducta Alimentaria; 2012. [consultado enero 2020]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Puntos%20Cr%C3%ADticos%20para%20un%20Reconocimiento%20Temprano%20y%20Manejo%20de%20Riesgos%20M%C3%A9dicos%20en%20el%20Cuidado%20de%20Individuos%20con%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria_0.pdf

15. Calcedo Giraldo JG. Prevención en trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria en Cantabria [tesis doctoral] [Internet]. Cantabria: Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8422/Tesis%20JGCG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Fernández Gutiérrez JM. Propuesta de intervención: programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en el aula [trabajo fin de máster] [Internet]. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I; 2018. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177312/TFM_2018_FernandezGutierrez_JuanaMaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Body Project [Internet]. Oregon, EEUU: Oregon Research Institute; 2020. Disponible en: <http://www.bodyprojectsupport.org/>

18. Navarro Alarcón MM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: “una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria” [trabajo fin de máster] [Internet]. Barcelona: Universidad Oberta de Catalunya; 2016. Disponible en: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/56164/7/mnavarroalaTFM0716memoria.pdf>

19. López Guimerà G, Sánchez Carracedo D, Raich Escursell RM. Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. 2ª edición. Barcelona: Graó.

20. Sancho Cantus D, Alberola Juan S. Programa de prevención y detección de incidencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria. RIdEC [Internet] 2016; 9(2): 31-42. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27128/programa-de-prevencion-y-deteccion-de-incidencias-sobre-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-tca-en-adolescentes-de-secundaria/>

21. Vega Pérez de Isla M. Un reto pendiente para la enfermería de atención primaria: La detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria [trabajo de fin de grado] [Internet]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2019. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/16529/VegaPerezdeIslaMaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Villas Pérez E. Prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España [tesis doctoral] [Internet]. Zaragoza: Servicio de publicaciones de la Universidad de Zaragoza; 2017. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/59989/files/TESIS-2017-010.pdf>
23. González Gómez J. Estudio controlado de factores de riesgo y variables clínicas asociadas al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de primeros episodios de la comunidad de Cantabria [tesis doctoral] [Internet]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8434/Tesis%20JGG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Navalón Fraile A, Güemes Careaga I, Rodríguez Quiroga A, Rubio Mendoza LM. Guía de Prevención de TCA en Adolescentes [Internet]. Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias SL; 2015. [consultado en marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Noticias/Guia%20prevenci%C3%B3n%20TCA.pdf>
25. Gómez del Barrio JA, Gaité Pindado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herrero Castanedo S, Vázquez-Barquero JL. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso [Internet]. Cantabria: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2012. [consultado en marzo de 2020]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
26. Grupo Zarima-Prevención. Guía Práctica: prevención de los trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. 2. Aragón: Consejo de la Juventud de Aragón; 2002. [consultado en marzo de 2020]. Disponible en: https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/001_prevenccion_tca-aragc3b3n.pdf
27. Fundación Gaudium. Taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: cuaderno del alumnado [Internet]. Castilla La Mancha: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Dirección General de Salud Pública; 2011. [consultado en marzo de 2020]. Disponible en: <https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/castilla-la-mancha-tca-cuaderno-alumno.pdf>
28. National Eating Disorders Association [sede web]. Nueva York; 2018 [citado en marzo de 2020]. Mitos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria [1]. Disponible en: <https://www.nationaleatingdisorders.org/mitos-de-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
29. Carretero C, Sindreu M. Guía básica para familias: ¿Qué podemos hacer desde casa? Prevención y detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. Cataluña: Fundación IMA; 2013. [consultado en marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.acab.org/fitxer/687/Detecci%C3%B3n%20y%20prevenci%C3%B3n%20familia.pdf>

8. ANEXOS

I. Anexo 1: Tabla 1. Factores de riesgo. (12)

FACTORES INDIVIDUALES	BIOLÓGICOS	Sexo femenino. Edad. Obesidad previa. Pubertad precoz. Enfermedades o problemas físicos o del desarrollo. Herencia. Alteraciones genéticas. Cambios anátomo-fisiológicos en SNC. Factores obstétricos y perinatales.
	PSICOLÓGICOS	Psicopatología previa. Factores psicológicos Rasgos de la personalidad. Vulnerabilidad neurológica.
	CONDUCTUALES	Historia de dietismo Nivel educativo Nutrición en la infancia. Actividad física. Consumo de sustancias. Acontecimientos vitales estresantes.
FACTORES SOCIOCULTURALES		Influencia de la sociedad. Interacciones sociales anómalas. Presión social percibida.
FACTORES FAMILIARES		Nivel socioeconómico familiar. Estructura familiar y funcionamiento Psicopatología previa. Sobrepeso materno Hábitos alimentarios y deportivos Estereotipos negativos Estilos de crianza.

II. Anexo 2: Cuestionario de conocimientos de nutrición (25)

Centro: Curso:

Edad: Fecha de nacimiento:

Instrucciones: Este cuestionario mide distintas actitudes y conductas. Algunas preguntas se refieren a la comida y la conducta de comer. Otras a lo que piensas y sientes sobre ti mismo/a. NO HAY RESPUESTAS ACERTADAS O EQUIVOCADAS, INTENTA SER MUY SINCERO/A EN LAS RESPUESTAS. LO QUE DIGAS ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL. Lee cada pregunta y marca el cuadro situado en la columna que mejor se adapta a tu caso. Responde cuidadosamente cada pregunta. Gracias

1.-¿Cuántas comidas deben hacerse al día?

- Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
- Tres: desayuno, comida y cena.
- Con hacer una comida principal es suficiente.
- Dos: comida y cena.
- Ninguna de las anteriores.

2.-¿Qué tipo de principios inmediatos (alimentos) es que hay que comer más?

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Vitaminas.
- Ninguna de las anteriores.

3.-¿Qué tipo de alimento es el que hay que comer menos o evitar?

- Hidratos de carbono.
- Proteínas.
- Grasas.
- Alcohol, aceites y dulces (chucherías).
- Ninguna de las anteriores.

4.-Los hidratos de carbono están en...

- Carne magra.
- Huevo.
- Aceites y mantequillas.
- Pan, patatas, pasta y cereales.
- Ninguna de las anteriores.

5.-A la semana hay que comer...

- Con frecuencia refrescos de naranja, limón, cola.
- Huevos todos los días.
- Hay que tomar pocas legumbres.
- Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.
- Ninguna de las anteriores.

6.-El desayuno debe consistir en...

- Leche, pan, galletas, cereales y fruta.
- No hace falta hacerlo.
- Es solo para mayores.
- Basta con un vaso de leche al levantarse.
- Una pieza de fruta.

7.-Los productos lácteos (leche, yogur, queso) ...

- Son perjudiciales para la salud.
- Engordan.
- Son vegetales.
- Van mal para los huesos.
- Son de consumo diario.

8.-Las frutas y verduras han de tomarse...

- Con poca frecuencia.
- Los menos posibles, pues son de mal sabor.
- Sin lavar.
- Varias veces al día.
- Con cuidado porque pueden ser peligrosas.

9.-El agua ha de tomarse...

- Antes de las comidas.
- Después de las comidas.
- Durante las comidas.
- Poca porque engorda.
- A cualquier hora.

10.-El pan ha de tomarse...

- Poco porque engorda.
- Todos los días.
- Blanco.
- De molde.
- Ninguna de las anteriores.

SOLUCIONES:

1.- Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.

2.-Hidratos de carbono.

3.-Alcohol, aceites y dulces.

4.-Pan, patatas, pasta, cereales.

5.- Cuatro veces huevo y cuatro veces pescado.

6.-Leche, pan, galletas, cereales y fruta.

7.-Son de consumo diario.

8.-Varias veces al día.

9.-A cualquier hora.

10.-Todos los días

III. Anexo 3: EAT-26 (25)

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
2. Procuro no comer, aunque tenga hambre.	<input type="checkbox"/>					
3. Me preocupó mucho por la comida.	<input type="checkbox"/>					
4. A veces me he <<atracado>> de comida, siento que era incapaz de parar de comer.	<input type="checkbox"/>					
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	<input type="checkbox"/>					
7. Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej., pan, arroz, patatas, etc.).	<input type="checkbox"/>					
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	<input type="checkbox"/>					
9. Vomito después de haber comido.	<input type="checkbox"/>					
10. Me siento muy culpable después de comer.	<input type="checkbox"/>					
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	<input type="checkbox"/>					
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	<input type="checkbox"/>					
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	<input type="checkbox"/>					
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="checkbox"/>					
15. Tardo en comer más que otras personas.	<input type="checkbox"/>					
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.	<input type="checkbox"/>					
17. Como alimentos de régimen.	<input type="checkbox"/>					
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.	<input type="checkbox"/>					
19. Me controlo en las comidas.	<input type="checkbox"/>					
20. Noto que los demás me controlan para que coma.	<input type="checkbox"/>					
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	<input type="checkbox"/>					
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces.	<input type="checkbox"/>					
23. Me comprometo a hacer régimen.	<input type="checkbox"/>					
24. Me gusta sentir el estómago vacío.	<input type="checkbox"/>					
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	<input type="checkbox"/>					
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	<input type="checkbox"/>					

IV. Anexo 4: Escala de Satisfacción Corporal (25)

	Muy acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que mi cuerpo a veces me limita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me gustaría poder cambiar algunas partes de mi cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo que soy bastante feo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento más seguro vestido que en bañador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nadie podría enamorarse de mí por mi aspecto físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gusta mi aspecto físico.				
7. Me gusta que me miren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me gusta mirarme en el espejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

