

**Plan de educación dirigido a la
población entre 14 - 16 años que han
sido diagnosticados de anorexia
nerviosa en el último año en el CHN**

TRABAJO FIN DE GRADO



Autora: Paula Peña Lekue

Directora: Esther Cremaes Mayorga

Titulación: Enfermería

Curso académico: 7º y 8º semestre.

Convocatoria de defensa: Junio 2015

Universidad: Universidad Pública de Navarra;
Nafarroako Unibertsitate Publikoa.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La anorexia nerviosa es una enfermedad mental muy extendida en las sociedades industrializadas que, además, cada vez afecta a población más joven. Dicha enfermedad da lugar a consecuencias físicas, psicológicas y sociales, es decir, compromete a todos los aspectos que forman a la persona.

A través de este proyecto, se plantea un plan de educación para la salud dirigido a personas entre los 14 y los 16 años que, en el último año, han sido diagnosticados de anorexia nerviosa en el CHN. Se trata de un plan de prevención secundaria, puesto que, los objetivos que se plantean persiguen la meta de evitar la cronicidad de la enfermedad y garantizar un proceso de maduración y crecimiento saludable en los adolescentes a los que va dirigido el plan.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, Salud mental, Educación sanitaria, Hábitos nutricionales, Aspectos psicológicos.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Anorexia nervosa is a mental disease that has really expanded in developed countries. Furthermore, in recent years, it has affected to increasingly younger population. This illness has a negative impact on all the aspects that make up a person, as it has physical, psychological and social consequences.

The aim of this project is to build a health education plan for teenagers, between 14 and 16 years who, in the last year, have been diagnosed with anorexia nervosa in the CHN. It is a project that contemplates a plan for secondary prevention, as the goal of the proposed objectives is to prevent the chronicity of the disease and, also, to ensure a healthy development and growth in adolescents that are targeted by the plan.

Key words: Anorexia nervosa, Mental health, Healthy education, Nutritional habits, Psychological aspects.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO CONCEPTUAL	2
OBJETIVO PRINCIPAL.....	15
OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	15
METODOLOGÍA.....	16
ANÁLISIS DEL PROBLEMA	17
PLAN DE MEJORA	21
OBJETIVO N°1:.....	23
OBJETIVO N°2:.....	25
OBJETIVO N°3:.....	30
OBJETIVO N°4:.....	33
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

En la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada el 19 de junio al 22 de julio de 1946 en Nueva York se redactó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En el preámbulo de dicha constitución se definió el concepto de salud de la siguiente manera "estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Tal y como se puede apreciar en la definición, para gozar de salud es imprescindible un bienestar mental además del físico y social. Por ello, para garantizar la salud en la población es importante hacer hincapié en la promoción de la salud mental y prevención de enfermedades mentales. No se ha de olvidar, por otro lado, la importancia de un diagnóstico precoz así como un tratamiento adaptado por parte del sector sanitario; la formulación e implantación de políticas que fomenten y protejan los derechos de las personas afectadas y, por otra parte, la movilización de recursos sociales en su beneficio, entre otros, aquellos dirigidos a garantizar el respeto y la dignidad a la vez que se reduce el estigma social que sufren.

En este sentido, se ve necesario mencionar el Plan de Acción Integral sobre la Salud Mental 2013 - 2020 de la OMS en el cual se plantean cuatro objetivos enfocados a alcanzar y mejorar la salud mental así como el fomento de la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad mental. El tercer objetivo de este plan de acción hace referencia a la necesidad de poner en práctica estrategias de prevención y promoción de la Salud Mental.(1)

Como profesionales de enfermería, contamos con los conocimientos y habilidades necesarias para implementar programas educativos dirigidos a la promoción de salud mental, prevención de enfermedades mentales así como aquellos dirigidos a evitar su cronicidad. Además de contar con dichos conocimientos y habilidades, es función de los profesionales de enfermería educar a las personas que tenemos a nuestro cuidado, y a la población en general, en materia de salud y bienestar.

Teniendo todo esto en cuenta, el presente trabajo trata el problema de la anorexia nerviosa a través de un programa educativo dirigido a la población de adolescentes entre los 14 y los 16 años que han sido diagnosticados de anorexia nerviosa en el último año. La idea del proyecto es concienciar a estas personas acerca de la gravedad de la enfermedad y promover en ellos cambios conductuales y cognitivos que garanticen un proceso de crecimiento y maduración sano.

Dicho proceso de enseñanza – aprendizaje se basa en tres pasos fundamentales: Conocer el problema desde la perspectiva de la persona afectada (sentimientos, ideas, conocimientos etc.); aumentar los conocimientos mediante los métodos de información y análisis que fomenten el debate y la crítica; y, en tercer lugar, potenciar el desarrollo de habilidades y modificación de conductas hacia estilos de vida saludables.

MARCO CONCEPTUAL

EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL

Según la definición de la OMS, la educación para la salud es la combinación de actividades de información y educación que lleven a una situación en la que la población desee estar sana, sepa cómo alcanzar salud, haga lo que pueda (individual y colectivamente) y busque ayuda cuando lo necesite.

Hoy en día, la educación para la salud es una herramienta imprescindible para llevar a cabo acciones de prevención, curación y rehabilitación siendo, de esta forma, el pilar básico de la promoción de la salud.

En relación con la salud mental, la educación para la salud tiene como objetivo que los individuos que padecen trastornos mentales o que estén en un proceso de recuperación de los mismos, alcancen un estado de bienestar psicológico, físico y social que les permita desarrollar conocimientos, habilidades y conductas para hacer frente a situaciones cotidianas que generen estrés o desadaptación.

Para conseguirlo, los profesionales de la salud trabajan multidisciplinar e interdisciplinariamente en el proceso de enseñanza – aprendizaje a través del cual, a parte de transmitir conocimientos e información, se educa a la población y se incrementan los recursos personales de los individuos para que adquieran comportamientos y conductas saludables. Esto implica que además de informar se debe motivar, formar, educar, escuchar, empatizar... con la persona mediante una comunicación efectiva que fomente el intercambio de ideas, hechos o emociones de forma bidireccional.

Para que un plan de educación para la salud mental sea eficaz, éste debe contemplar todos los aspectos que forman a la persona y adaptarse a ella conociendo y teniendo en cuenta tanto los factores ambientales como los factores personales que la forman. Es decir, se deben conocer cuáles son los problemas o enfermedades mentales que padece, la existencia de enfermedades fisiológicas, el apoyo socio – familiar, características ambientales del lugar en el que vive (economía, sociedad, política, cultura...) etc. Además de saber cuáles son los conocimientos, habilidades, actitudes, grado de motivación, personalidad etc. Que presenta la persona a la que se pretende educar.

En la anorexia nerviosa, un plan de educación para la salud debe contemplar aspectos como la multicausalidad de la enfermedad, los conocimientos sobre una alimentación saludable, las consecuencias físicas y psíquicas de la desnutrición, las ideas erróneas para perder peso (deporte excesivo, vómitos, ayunos...) y las influencias sociales negativas que rodean a la persona. Teniendo estos aspectos en cuenta, lo que se pretende es que la persona adquiera unos hábitos nutricionales adecuados para su

edad, estado de desarrollo y constitución, practique deporte de manera sana, tenga conciencia sobre sus actos y sobre las consecuencias de los mismos, evitar las recaídas, fomentar un bienestar psicológico y, en general, capacitar a la persona para que quiera estar sana y adopte estilos de vida saludables para conseguirlo.

Por último, mencionar que la educación para la salud puede ser individual o grupal. Ambas son complementarias y la elección de una u otra dependerá del momento, situación y las necesidades que tenga la persona. Normalmente, el proceso de educación para la salud de forma individualizada suele aplicarse al inicio de los cuidados y tratamientos o en casos de recaídas. Una vez que se ha realizado la educación para la salud individualizada y se han asimilado los conocimientos básicos y específicos para la persona, se programan sesiones grupales en los que personas que padecen el mismo problema se reúnen con uno o varios profesionales sanitarios quienes les orientarán y abordarán dicho problema. La educación grupal aporta las ventajas de facilitar la comunicación interpersonal, abordar la solución de un problema desde otros puntos de vista, compartir y debatir opiniones, intercambio de ideas entre iguales etc.

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Según la DSM – V los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son "enfermedades mentales caracterizadas por un desajuste persistente de la alimentación y los comportamientos relacionados con la misma, que tienen como resultado alteraciones en el consumo y/o absorción de los alimentos, perjudicando significativamente la salud física y/o el funcionamiento psicosocial de la persona afectada".(2)

Se consideran TCA los siguientes trastornos: pica, trastorno de rumiación, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y el trastorno de alimentación selectiva. A pesar de que todos ellos tengan en común características psicológicas y comportamentales, difieren en el curso clínico, las consecuencias en salud y, por lo tanto, también en el tratamiento requerido.(2)

La mayoría de las veces los trastornos de la conducta alimentaria suelen desarrollarse junto con otros trastornos mentales tales como la depresión, la ansiedad, los trastornos de personalidad etc.(3)

CAUSAS

Es difícil establecer las causas de los TCA, a día de hoy se han llevado a cabo varios estudios para tratar de determinarlas sin llegar a ningún consenso. Lo que sí que está claro es que su etiología es multifactorial y que responde al modelo biopsicosocial, es decir hay numerosos factores sociales, culturales e individuales (a nivel físico y psicológico) que contribuyen a su aparición. De hecho, para que la enfermedad se desarrolle hace falta la combinación de varios de ellos.(4)

Teniendo esto en cuenta podríamos hablar de factores de riesgo potenciales en vez de causas o factores predictivos. Ya que, un mismo factor puede afectar a dos personas por igual pero que una de ellas no desarrolle el trastorno debido a otros factores protectores o a la carencia de factores de riesgo añadidos.

En primer lugar, en cuanto a los factores socioculturales que pueden contribuir a su aparición, cabe mencionar la presión cultural existente hoy en día en los países industrializados que alaban la delgadez y le dan valor a aquellos actos que estén dirigidos a “obtener el cuerpo perfecto”, que discriminan y crean prejuicios según la talla/peso de las personas, establecen definiciones y cánones de belleza muy limitados en lo que se refiere a características corporales y valora a las personas basándose en la apariencia física en vez de potenciar otras cualidades y fortalezas interiores.(5)

En relación con los factores socioculturales se podría añadir la influencia que ejercen los medios de entretenimiento, comunicación y publicidad a la hora de difundir y potenciar los valores mencionados. Ya que, en ellos abundan imágenes de ideales de belleza que se alejan de la realidad o de lo naturalmente posible.(4) Esto ejerce una presión e influencia en las personas que las motiva a lograr esos cuerpos, ya sea por parecerse a los modelos e ídolos o por relacionar el concepto de éxito personal y autovalía con la apariencia física. Por ello, la cultura de los países industrializados es considerada un factor de riesgo pero no la causa por sí misma; ya que, se necesita la implicación de otros factores para que un individuo desarrolle un TCA.

En segundo lugar, mencionar la influencia de la familia y las relaciones interpersonales como factores de riesgo. Existen numerosos estudios que evalúan la relación entre disfunciones familiares y relaciones personales dificultosas con la aparición de dichos trastornos, teniendo como resultado una correlación positiva entre los mismos. Aun así, es difícil determinar de qué manera o en qué grado pueden afectar estas relaciones. (4)

En relación con las dinámicas familiares, señalar la alta prevalencia de TCA en personas que han crecido en un ambiente en el que la comunicación e interacción es bastante limitada o incluso hostil, que no han percibido la sensación de cariño, protección y atención por parte de los padres, que han sufrido maltrato infantil, abandono etc.(6)

También es más común que una persona desarrolle estos trastornos cuando en el seno familiar existe otro miembro afectado y, sobre todo, si este miembro afectado se trata de uno de los progenitores. Por una parte porque éstos tienden a controlar más lo que comen sus hijos y su peso y, por otra parte, teniendo en cuenta las teorías conductistas, por el hecho de que los padres son los precursores de comportamientos y conductas aprendidas.(4)

Por otro lado, los abusos sexuales se consideran causas indirectas de los TCA debido a los problemas psicopatológicos que estos ejercen sobre la persona; entre otros: depresión, ansiedad, baja autoestima, menosprecio y vergüenza hacia el propio cuerpo etc. (4-7)

Por último, en cuanto a relaciones interpersonales señalar la influencia de haber sufrido burlas o haber sido ridiculizados debido a la imagen(5).

En tercer y último lugar, cabe señalar los factores de riesgo individuales que actuarían como reforzadores de los agentes mencionados anteriormente.

Es decir, una persona a lo largo de su vida va formándose cognitiva y conductualmente por las experiencias vividas. Si en estas experiencias aparecen situaciones de abuso, maltrato, burlas, sentimientos de insuficiencia, estrés, soledad etc. el bienestar mental de la persona se verá afectado de tal manera que se podrían desarrollar situaciones de ansiedad, depresión, baja autoestima, insatisfacción hacia el propio cuerpo etc.(5) Ante estas situaciones la persona afectada podrá recurrir a la comida o a la restricción de la misma para sentirse mejor. Si esto se lleva a un extremo patológico aparecerán los TCA. Por ejemplo, recurrir a atracones, que van seguidas o no por medidas purgativas, para calmar situaciones de estrés o recurrir al ayuno para perder peso y de esta forma potenciar el bienestar de la persona que adquiere sensación de control sobre su apetito.

Las alteraciones cognitivas por su parte son un potenciador de desarrollo y establecimiento de los TCA, de forma que en aquellas personas que padezcan pensamientos obsesivos, carácter impulsivo, pensamiento dicotómico¹ etc. correrán mayor riesgo de padecer trastornos en relación con la alimentación.

Actualmente se están estudiando el papel que ejercen los factores biológicos en el desencadenamiento de los TCA puesto que éstos están en estrecha relación con el apetito (ya sea por su falta como por una incontrolable sensación del mismo). Esta disfunción podría ser considerada como causa primaria. Por otro lado, se considerarían causas secundarias cuando los factores ambientales que rodean al individuo producen una alteración hormonal que da lugar a alteraciones en el apetito.

Además, debido a que se ha demostrado que existe una mayor prevalencia entre miembros de familiares que los padecen, se está estudiando el papel que ejerce la genética en estos trastornos o si, por el contrario, los trastornos conductuales y las alteraciones cognitivas se adquieren únicamente por observación y aprendizaje de los progenitores.(4)

A pesar de que los factores biológicos no sean la causa de la enfermedad se ha hablado de la posibilidad de que, al igual que ocurre con las drogas, los individuos que padezcan un TCA sientan adicción a la comida, a vomitar, ayunar etc. debido a que la

¹ Pensamiento dicotómico: *Tendencia a clasificar las experiencias según dos categorías opuestas, todo o nada, bueno o malo, perfecto o inútil, no existen las gradaciones sino las polaridades. Se hacen juicios categóricos y se atribuyen significados extremos y absolutistas en lugar de tomar en cuenta diferentes dimensiones y aplicar pautas relativas. Esto crea un mundo de contrastes de blanco y negro, sin matices. En consecuencia las reacciones emocionales y conductuales de las personas oscilan de un extremo al otro.* (Javier Martín Camacho, 2000. "Pensamiento dicotómico")

sensación de comer, vomitar y ayunar les provoca cierta sensación de placer y bienestar personal.(8)

CONSECUENCIAS

Las personas afectadas por los trastornos de la conducta alimentaria presentan una gran variedad de afectaciones físicas que comprometen al funcionamiento orgánico debido a las alteraciones nutricionales, atracones y conductas purgatorias. Dependiendo del trastorno del que se trate prevalecerán unas complicaciones frente a otras y se verán perjudicados ciertos sistemas en mayor o menor medida.

A modo general, cabe mencionar que la consecuencia común a todos ellos es la pérdida o ganancia de peso que suponga un IMC fuera de los rangos de la normalidad; ya sea porque este es inferior a 18.5 o superior a 30; o, también, por la excesiva fluctuación del mismo. A pesar de que esta consecuencia sea el indicador clínico más significativo puede que un individuo padezca un IMC dentro de los rangos de la normalidad y que, por el contrario, esté sufriendo un TCA(9,10).

Por ello se requiere una evaluación exhaustiva que contemple la exploración física, valores de laboratorio así como valorar el estado psicológico de la persona para valorar las complicaciones existentes a nivel global.

TRATAMIENTO

Como ya se ha descrito anteriormente, la causa y etiología de la enfermedad es de origen biopsicosocial. Por ello, el abordaje terapéutico deberá de ser multidisciplinar(10) de forma que se abarquen todos los aspectos a nivel psicológico, físico y social que estén implicados en el trastorno o se vean afectados a causa del mismo(3). En algunos casos, será necesaria la implicación de los familiares o personas cercanas a los afectados.

Todo tratamiento encaminado a corregir un trastorno de la conducta alimentaria deberá de combinar tanto la rehabilitación nutricional y corrección de las complicaciones físicas asociadas junto con un tratamiento encaminado a corregir las disfunciones psicopatológicas como la ansiedad, depresión, comportamientos obsesivos - compulsivos, distorsiones de la imagen corporal, afectaciones en el seno familiar etc. Ya que, el hecho de que una persona se recupere físicamente y alcance un peso saludable no significa que esté curado. Si la causa no está resuelta el trastorno tampoco lo estará y, tarde o temprano, volverán a aparecer las consecuencias de estos trastornos.(10)

Teniendo todo esto en cuenta, los objetivos generales que se han de plantear para establecer un tratamiento son los siguientes(9):

- Restablecer y mantener un peso saludable mediante rehabilitación nutricional.

- Ofrecer educación para la salud acerca de unos hábitos alimenticios sanos y un deporte adaptado a cada individuo en función de la condición física, patrón alimentario, patrón de ejercicio habitual etc.
- Minimizar las conductas de ayuno, atracones y medidas purgativas.
- Realzar la motivación del paciente para cooperar y participar en el plan de cuidados.
- Abordar los temas fundamentales acerca de conductas y actitudes desadaptativas, tales como: preocupaciones sobre la imagen corporal, disfunciones familiares, problemas del desarrollo, carencias afectivas, falta de expresión de emociones etc.
- Tratar las complicaciones físicas.
- Tratar los trastornos psiquiátricos asociados, incluyendo aquí la regulación del estado anímico, autoestima y comportamientos.
- Incluir a la familia en el tratamiento siempre que sea posible.
- Prevenir las recaídas.

Los tratamientos de los TCA suelen ser de larga duración puesto que es preciso corregir numerosos factores tanto físicos como mentales y sociales. (10) Se ha de tener en cuenta que la gran mayoría de personas que sufren un TCA no tienen conciencia de enfermedad y que, por ello, minimizarán, racionalizarán y/o intentarán ocultar sus conductas así como los síntomas y las complicaciones.

ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una pérdida de peso superior al 15% inducida por la misma persona, temor a estar obeso y distorsión de la imagen corporal(2). Cabe mencionar que las personas afectadas por este trastorno no tienen conciencia de enfermedad y, además, no son conscientes de las consecuencias médicas de su trastorno(8).

La enfermedad es más común en sociedades industrializadas en las que abunda la comida y los cánones de belleza resaltan la figura delgada(2).

Los datos epidemiológicos señalan que, la mayoría de los casos de anorexia nerviosa, suelen presentarse por primera vez durante la adolescencia o la adultez temprana (el 85% de los afectados tiene menos de 20 años (12) y raramente antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque también ha habido casos(2)). Se establece que se manifiesta de 10 a 20 veces más a menudo en mujeres, lo que significa que únicamente el 10% de los afectados son hombres (2, 11,12).

Cada individuo presenta un curso y desarrollo de la enfermedad diferente en función de factores tanto personales como debidos a la atención y cuidados recibidos. Aun así, se podría clasificar el curso y desarrollo de la enfermedad de la siguiente forma:

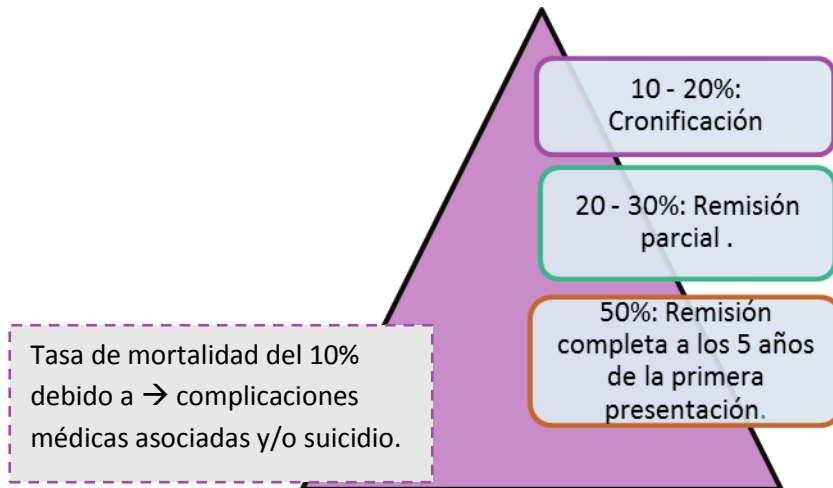


Ilustración 1, Curso y desarrollo de la anorexia nerviosa.(2,3,12,13)

La etiología de este trastorno es multifactorial, es decir, para que se desarrolle deben combinarse una serie de factores culturales, sociales y personales(11). En la siguiente tabla se muestran los factores de riesgo, predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de la enfermedad:

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PREDISPONENTES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adolescencia. 2. Sexo femenino. 3. Menarquía con IMC bajo. 4. Estructura y funcionamiento familiar insatisfactorio. 5. Cultura de la sociedad en la que vive. 	<p><i>Factores predisponentes individuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima. - Dependencia hacia otras personas y falta de autonomía. - Alto nivel de autoexigencia. - Susceptibilidad ante los comentarios y opiniones de los demás. - Miedo a crecer, madurar. <p><i>Factores predisponentes familiares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Resolución inefectiva de conflictos. - Mala comunicación familiar. - Sobreprotección por parte de los padres. - Grandes exigencias por parte de los padres. - Actitudes y cultura familiar (por ej.: dar importancia a lo físico, comentarios sobre gente delgada/obesa etc.). - Antecedentes familiares de anorexia o bulimia.
FACTORES PRECIPITANTES	FACTORES DE MANTENIMIENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdidas familiares. 2. Aumento de peso o cambios corporales. 3. Decisión de comenzar una dieta. 4. Cambio de domicilio o independizarse. 5. Otros acontecimientos vitales como: enfermedad, cambio de escuela, fallecimiento de un ser querido, separación paterna etc. 5. Realizar o comenzar a realizar una actividad física de gran exigencia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adelgazamiento seguido por críticas positivas. 2. Influencia del medio social que sobrevalora la delgadez. 3. Satisfacción tras la pérdida de peso, purga, sensación de hambre etc. 4. Falta de ayuda profesional.

Tabla 1, Etiología de la anorexia nerviosa (factores de riesgo, predisponentes, precipitantes y de mantenimiento). P. E. Garfinkel, y D. M. Garner "Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective" (1983).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA DSM – V:

1. Peso corporal significativamente bajo (inferior al 85% del considerado normal) en función de la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física debido a la restricción de la energía consumida en comparación con lo necesario. En el caso de niños y adolescentes se observa una falta de aumento del peso así como un retraso del crecimiento.

El nivel de gravedad de la anorexia nerviosa se establecerá en función del peso, teniendo en cuenta el IMC², y de sus consecuencias a nivel físico.

2. Miedo intenso a ganar peso y convertirse en obesos incluso cuando existe una pérdida de peso significativa.
3. Alteraciones en la percepción del peso y figura corporal. De aquí viene la conducta compulsiva de pesarse constantemente, medir las diferentes partes del cuerpo o mirarse en el espejo. La autoestima de estas personas variará en función de cómo perciban su cuerpo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA CIE – 10: F50.0 Anorexia nerviosa:

1. Pérdida significativa de peso (IMC < 17,5; en caso de ser prepúberes → falta de crecimiento).
2. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo mediante la evitación del consumo de “alimentos que engordan” y los siguientes síntomas:
 - a. Vómitos autoprovocados.
 - b. Purgas intestinales autoprovocadas.
 - c. Ejercicio excesivo.
 - d. Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
3. Distorsión de la imagen corporal.
4. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo – hipofisario – gonadal manifestándose de la siguiente manera:
 - a. En la mujer → amenorrea.
 - b. Varón → pérdida del interés y de la potencia sexual.
 - c. Concentraciones altas de hormona de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea, anomalías en la secreción de insulina etc.
5. Si la enfermedad tiene lugar antes de la pubertad habrá un retraso del crecimiento y maduración sexual; o, incluso, un cese del crecimiento.

Habrá que especificar si se trata del tipo restrictivo (F50.01) o del tipo atracón/purgativo (F50.02).

² Según la OMS, estas son las categorías de gravedad utilizadas en función del IMC: IMC>17 gravedad media; IMC 16 – 16.99 gravedad moderada; IMC 15 – 15.99 gravedad severa y un IMC < 15 gravedad extrema (2).

Tanto la DSM – V como la CIE – 10 establecen dos tipos de anorexia nerviosa en función de si existen medidas purgativas o no. Teniendo en cuenta este criterio, se diferenciaría entre la anorexia del tipo restrictivo, en la cual la pérdida de peso se consigue mediante dieta, ayuno y/o exceso de actividad física; y, por otro lado, la anorexia del tipo purgativa, en la cual el individuo recurre en numerosas ocasiones a medidas purgativas con o sin atracón previo.

En la mayoría de los casos, según avanza la enfermedad, el curso clínico varía pasando de la anorexia nerviosa restrictiva a la purgativa y viceversa(2).

En general, en la mayoría de los casos se podrán observar las siguientes manifestaciones(2,3,12): medidas de purga, insomnio, disminución del interés por el sexo, numerosas alteraciones a nivel orgánico debidas al compromiso nutricional y a las medidas purgativas (amenorrea, estreñimiento, hipotermia, caries dental, signo de Russel³, piel seca, escamosa o agrietada, cabello y uñas quebradizas etc.), alteraciones comportamentales y cognitivas como pensamiento inflexible, fuerte necesidad de controlar su ambiente, pensamientos obsesivos con la comida, el peso o la figura corporal, miedo a comer en público, necesidad de controlar el ambiente que les rodea, limitada espontaneidad social etc. Por otro lado, se podrá observar un mal uso y abuso de los medicamentos (laxantes, diuréticos e insulina sobre todo).

Las personas afectadas suelen presentar otras alteraciones psiquiátricas comórbidas, las más comunes son el trastorno bipolar, la depresión y la ansiedad. Entre las personas que presentan la anorexia tipo purgativa es muy común que se den casos de abusos de sustancias, destacando el alcohol(2).

Ante la sospecha de que una persona padece anorexia nerviosa se deberá de realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan también con pérdida de peso, sobre todo cuando esta se presenta antes de la pubertad y después de los 40 años. Habrá que descartar patologías, situaciones y condiciones médicas como hipertiroidismo, SIDA, problemas gastrointestinales, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia nerviosa y el trastorno por alimentación selectiva.

COMPLICACIONES

A consecuencia de las medidas purgativas así como restrictivas llevadas a cabo, el cuerpo de las personas afectadas presentará una gran variedad de cambios y complicaciones en todos los niveles corporales. En la siguiente tabla se recogen las principales complicaciones de la anorexia nerviosa así como la alteración de ciertos parámetros:

³ Signo de Russel: En personas que se provocan el vómito se podrán observar callosidades en el dorso de la mano; esto es debido a la introducción de los dedos en la boca lesionando el dorso de la mano con los dientes(14).

ORGANO/SISTEMA AFECTADO	SINTOMATOLOGÍA
Sistema cardiovascular	Desmayos; mareos; hipotensión ortostática; dolor torácico; palpitaciones; arritmias, bradicardia; pulso irregular; extremidades frías; acrocianosis; anomalías en el ECG etc.
Sistema nervioso central	Apatía; poca capacidad para concentrarse; disfunción cognitiva; ansiedad; depresión; comportamiento irritable; incluso ataques epilépticos y neuropatía periférica.
Sistema metabólico	Fatiga; intolerancia al frío; deshidratación; hipotermia; fluctuación en el peso; alteración de los electrolitos y otras enzimas(RW.ERROR - Unable to find reference:2): <ul style="list-style-type: none"> - Glucosa: disminuida (malnutrición) o aumentada (omisión de la insulina). - Sodio: disminuido (debido a la sobrecarga de agua o laxantes). - Potasio: disminuido (vómitos, laxantes, diuréticos). - Cloro: disminuido (vómitos), aumentado (uso de laxantes). - Bicarbonato: aumentado (vómitos); disminuido (uso de laxantes). - Urea nitrogenada sanguínea: aumentada (por la deshidratación). - Creatinina: aumentada (por la deshidratación y la disfunción renal); disminuida (disminución de la masa muscular). - Calcio: disminuido (malnutrición). - Fósforo: disminuido. - Magnesio: disminuido (malnutrición, laxantes). - Albúmina: aumentada en la malnutrición temprana y luego disminuida. - Bilirrubina: aumentada cuando existe disfunción hepática; disminuida cuando existe disminución eritrocitaria. - Amilasa: aumentada (vómitos y pancreatitis). - Tirotropina (TSH) y Tiroxina (T4): disminuidas. - Hipercolesterolemia en la malnutrición temprana e hipocolesterolemia en la malnutrición tardía.
Sistema gastrointestinal	Dolor abdominal, hinchazón, estreñimiento y enlentecimiento del ritmo intestinal; distensión abdominal con las comidas; disminución del vaciado gástrico etc. En pacientes que abusan de laxantes puede aparecer inflamación pancreática o incluso pancreatitis. En pacientes que vomitan: hiperplasia benigna de parótida; caries; gingivitis; vómitos con un poco de sangre; gastritis; esofagitis; erosiones gastro – esofágicas; acidez; desgarro gástrico; vómitos involuntarios etc.
Sistema urológico	Aumento de los niveles de urea y nitrógeno ureico en sangre; disminución de la velocidad de filtración glomerular; formación de cálculos renales; nefropatía hipovolémica etc.
Sistema hematológico	Anemia, leucopenia, disminución de la velocidad de sedimentación eritrocitaria; trombocitopenia; raramente pueden darse anomalías en la coagulación...
Sistema inmunitario	Numerosas anomalías de la respuesta inmunitaria como disminución de la respuesta febril en infecciones bacterianas.
Sistema tegumentario	Aparición de lanugo; pérdida y sequedad de cabello; pelo y uñas quebradizas; xerosis; piel amarillenta, acné, Petequias...
Sistema muscular	Debilidad muscular; dolores/calambres musculares; en casos severos puede apreciarse pérdida de masa muscular. Los niveles de enzimas musculares estarán alterados como por ejemplo la creatinina quinasa.
Sistema orofaríngeo	En pacientes que vomitan: caries dental, erosiones del esmalte dental; dolor de faringe; rasguños en el paladar; glándulas salivares aumentadas; hinchazón de cuello.
Sistema pulmonar	En casos de malnutrición severa se podrá apreciar una reducción de la

	capacidad pulmonar y desgaste de los músculos respiratorios. En casos muy graves se ha observado edema pulmonar secundario a una insuficiencia cardíaca.
Sistema reproductivo	Problemas de fertilidad y pérdida de libido. En las mujeres: Amenorrea y disminución de los niveles de la hormona folículo estimulante y hormona luteinizante; complicaciones durante el embarazo; disminución de los niveles de estrógenos. En los hombres se puede apreciar una disminución de los niveles de testosterona.
Sistema esquelético	Dolor y sensibilidad ósea al realizar ejercicio; aumento de las fracturas óseas; osteopenia/osteoporosis; disminución de la densidad mineral ósea en personas que aún están en desarrollo: retraso en el crecimiento óseo y baja estatura.

Tabla 2, Principales complicaciones y efectos secundarios de la anorexia nerviosa. Elaboración propia. Fuente principal: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating disorders; (2, 3, 9,12,14)

TRATAMIENTOS(9)

A día de hoy no existe evidencia científica suficiente que demuestre la validez el uso de un tratamiento médico y/o psicológico específico frente a otros(8). Debido a la gran variedad de causas así como disciplinas implicadas en la enfermedad (psicología, nutrición, medicina...) se deberá de abordar el trastorno de manera multidisciplinar, garantizando siempre un correcto seguimiento y un objetivo común entre las distintas especialidades. También es recomendable que la persona afectada tenga un miembro de referencia dentro del equipo, ya que, de esta forma se facilita el seguimiento y se reduce la posibilidad de división dentro del equipo(12).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría el tratamiento de la anorexia nerviosa está basado en tres pilares fundamentales que variarán en función de situaciones específicas. Esos tres pilares son los siguientes (2):

1. Rehabilitación nutricional

Toda persona que presente un IMC por debajo del rango de la normalidad o que presente patrones alimentarios disfuncionales requerirá de rehabilitación nutricional. Los objetivos que se pretenden alcanzar mediante este proceso son alcanzar un peso saludable, normalidad los patrones alimentarios, conseguir una percepción normal de hambre y saciedad y corregir las secuelas biológicas y psicológicas de la malnutrición. La rehabilitación nutricional se divide en dos partes o etapas.

En primer lugar: establecer unas pautas dietéticas encaminadas a la reanudación del peso saludable. Se considera peso saludable aquel en el que la persona tenga menstruación o bien tenga el IMC entre 19 y 24. Para conseguirlo se comenzará a aumentar las calorías en la dieta en función del peso del paciente; a esto se le añadirán suplementos vitamínicos y minerales (sobre todo calcio y vitamina D). En esta etapa de la rehabilitación es imprescindible monitorizar los signos vitales, niveles electrolíticos

así como realizar exploraciones físicas, monitorización de la función cardíaca etc. Todo ello para evitar el síndrome de rehabilitación nutricional⁴.

En casos extremos en los cuales la persona se niegue a comer se optará por la nutrición enteral, aun así, esta intervención deberá de ser utilizada como último recurso, realizada por expertos y se deberá de garantizar que se conocen y se cumplen los requisitos legales(15).

En segundo lugar, una vez que se haya adquirido el peso adecuado, se pretende llevar a cabo actividades encaminadas al mantenimiento del mismo. Para ello, se establecerá el aporte calórico individualizado en función del peso, sexo, condición física y actividad física. Además, se impartirá educación sobre patrones alimenticios sanos y se deberá de valorar la autoestima y el bienestar mental en relación al cambio de imagen y ganancia de peso.

Tanto para la realimentación como para el mantenimiento del peso, se deberá de incluir al paciente en la mayor medida posible(12).

2. Tratamiento psicológico

Una vez que se haya adquirido un peso saludable y se hayan paliado las complicaciones médicas, el siguiente paso será el tratamiento psicológico.

Estos tratamientos pueden ser realizados tanto de forma ambulatoria como hospitalizada. Normalmente, el tratamiento psicológico ambulatorio suele tener una duración de, al menos, seis meses. Por otro lado, en aquellos pacientes que han estado en régimen de hospitalización completa, se suelen requerir al menos 12 meses (15).

No existe evidencia suficiente que avale un determinado tratamiento psicológico frente a otro (15). Entre los más utilizados podemos encontrar la terapia cognitivo – conductual (técnicas de relajación/distracción, control de impulsos, tratar las distorsiones de la imagen corporal etc.), la psicoterapia interpersonal (encaminada a fortalecer el pensamiento realista, la autoestima, la expresión de emociones o necesidades etc.), la terapia breve orientada a la solución de conflictos (se basa en dotar de recursos para que los pacientes identifiquen por sí mismos las habilidades y recursos que tienen para tratar un conflicto o problema que les surja) y la terapia familiar o por parejas (encaminadas a mejorar situaciones disfuncionales como la protección excesiva, falta de recursos personales para solucionar conflictos, fortalecer el apoyo etc.).

⁴ Síndrome de Rehabilitación Nutricional: Se trata de un síndrome que tiene lugar ante un cambio en los niveles hídricos y electrolíticos potencialmente fatal para el organismo debido a la realimentación oral, enteral y parenteral en un paciente desnutrido (...) Las consecuencias de este síndrome incluyen el fallo cardíaco y/o respiratorio, problemas gastrointestinales, delirio y, en algunos casos, la muerte. (10)

Por último, mencionar la importancia de las terapias grupales que aumentan la sensación de apoyo y de comprensión en la persona afectada además de fomentar el intercambio de ideas, opiniones y experiencias (12). En cuanto al aumento de la sensación de apoyo y autoayuda, otro recurso útil serían las asociaciones y páginas web así como organizaciones nacionales.

3. Tratamiento farmacológico

La importancia o necesidad de incluir tratamiento farmacológico es limitada. Se podrían utilizar ciertos fármacos con los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina (fluoxetina o naltrexona) en aquellos casos donde existan síntomas depresivos o de ansiedad. También pueden ser de utilidad los estimulantes del apetito (ciproheptadina, acetato de megestrol o dronabinol) para aumentar la ganancia del peso (12).

En casos en los que la persona presente resistencia a la rehabilitación nutricional, pensamientos obsesivos o pensamientos que se asemejen a ideas delirantes, estaría recomendado el uso de antipsicóticos de baja potencia.

OBJETIVO PRINCIPAL

Establecer un programa de educación para la salud dirigido a adolescentes entre los 14 y 16 años que en el último año han sido diagnosticados de anorexia nerviosa en el CHN.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Informar acerca de los aspectos relevantes de la anorexia nerviosa incidiendo en sus consecuencias y complicaciones médicas, así como en las causas de la misma.
2. Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y aspectos nutricionales saludables.
3. Potenciar la salud mental mediante actividades dirigidas a trabajar la autoestima y la satisfacción hacia la imagen corporal.
4. Informar sobre servicios sanitarios, asociaciones y grupos de ayuda disponibles en navarra y en la web.

METODOLOGÍA

Con la finalidad de alcanzar los objetivos establecidos, el proyecto contempla un plan de educación grupal dirigido a la población adolescente entre 14 y 16 años. Se llevarán a cabo un total de 8 sesiones en las cuales se ofrecerá información acerca de los aspectos relevantes de la enfermedad, bases alimentarias y nutricionales saludables, aspectos psicoeducacionales (autoestima e imagen corporal) así como servicios sanitarios de Navarra y asociaciones de ayuda en Navarra y en la web. Además, se plantean actividades con la finalidad de establecer cambios en los hábitos de vida y estilos inadecuados adquiridos; por ejemplo: elaboración de un menú semanal, ejercicios que fomenten la autoestima y el autoconcepto etc. Todas las sesiones contemplarán las opiniones del grupo puesto que en todas ellas se pretende fomentar el debate y la discusión como método de aprendizaje. Por último, mencionar que, antes de comenzar con las actividades es imprescindible conocer las personas que se pretende ayudar, para ello se realizarán cuestionarios y encuestas dirigidos a conocer tanto los conocimientos de los integrantes del grupo como los hábitos, ideas, opiniones etc.

Para el desarrollo del proyecto se utilizó información obtenida a través de libros de psicología, psiquiatría, nutrición y cuidados de enfermería; google académico y a través de bases de datos científicas (IME; PubMed, Medline; Dialnet; SciELO; ISOC; PsycINFO) y revistas electrónicas (Elsevier). Para obtener información acerca de la enfermedad y sus principales características, resultaron de gran utilidad las guías de la Asociación Americana de Psicología, en concreto: la DSM – V y la guía de tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria. Por último, mencionar que también se utilizó la información obtenida a través de páginas web de asociaciones que trabajan el tema de los trastornos alimentarios; entre otros: Academy for Eating Disorders; National Institute of Mental Health Publication y National Eating Disorders Association.

Se aplicaron como criterios de exclusión aquellos artículos de poca fiabilidad científica por falta de datos sobre la fuente así como aquellos trabajos que valoraban la anorexia nerviosa en otras etapas que no era la adolescencia (etapa adulta, enfermos crónicos, anorexia nerviosa en el embarazo etc.). Se intentó, en la mayor medida de lo posible, utilizar artículos que hayan sido elaborados a partir del 2010, aun así, muchos de los estudios encontrados son anteriores a dicha fecha pero no se han descartado puesto que han resultado de utilidad y contemplaban el mismo objetivo que el del proyecto.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Identificación del problema, magnitud y trascendencia

El siguiente plan de educación para la salud va dirigido a personas que padecen anorexia nerviosa. La anorexia nerviosa es una enfermedad mental que afecta a 9 mujeres por cada hombre, que, normalmente, suelen ser adolescentes de sociedades industrializadas (2,11,12).

Cada vez son más las personas que se ven afectadas por la enfermedad, incluso podría decirse que se ha llegado a considerar esta enfermedad como un estilo de vida(16) o una enfermedad de moda(17).

A pesar de que el curso y desarrollo de la enfermedad varíe de un individuo a otro, cabe mencionar que su tasa de mortalidad es del 10% y que alrededor del 20% se cronifica (2,3,12,13). De aquí deriva la importancia de movilizar recursos socio – sanitarios que contemplen planes de educación dirigidos a las personas que presentan riesgo de desarrollarla, padezcan la enfermedad o, incluso, lleven padeciéndola mucho tiempo.

En la siguiente tabla se muestra el total de las personas afectadas por anorexia nerviosa que fueron ingresadas en la unidad de hospitalización psiquiátrica el Complejo Hospitalario de Navarra en el año 2013.

EDAD EN AÑOS	HOMBRE	MUJER	Nº TOTAL DE INGRESOS
11	0	1	1
13	0	1	1
14	0	3	3
15	1	2	3
16	0	4	4
21	0	1	1
30	0	1	1
32	0	1	1
33	0	1	1
34	0	1	1
35	0	1	1
40	0	1	1
51	0	1	1
TOTAL	1	19	20

Tabla 3; nº de pacientes dados de alta en el CHN, información obtenida del CHN.

Puede observarse que en Navarra la enfermedad afecta mayoritariamente a mujeres (95%) y la edad donde se pueden apreciar más casos es entre los 14 y 16 años.

La anorexia nerviosa tiene una trascendencia importante debido a los siguientes motivos: genera un gran sufrimiento e impotencia en los familiares y seres queridos y presenta repercusiones y consecuencias graves en la persona que la padece(2,12), tanto físicas como psicológicas. Además, se acompaña de un gran número de comorbilidades, sobre todo, destacar la importancia de las enfermedades mentales

concomitantes que generan un gasto sanitario importante debido a la complejidad y prolongación del tratamiento.(2,12)

Según los datos facilitados por el Ministerio de sanidad, en el año 2003, 3.667 personas fueron hospitalizadas por anorexia nerviosa de las cuales 15 fallecieron; en el año 2005 este número aumento de tal manera que hubo 80000 casos registrados de anorexia nerviosa, 500 personas fueron hospitalizadas y 100 fallecieron(18).

Por ello, se ve imprescindible el desarrollo de planes de educación dirigidos a prevenir la enfermedad o a actuar en las primeras fases de la misma. La finalidad de estos planes de educación es que se reduzcan los casos de anorexia nerviosa o, en su defecto, se evite la cronificación de la enfermedad; de tal manera que se genere un ahorro para el sistema socio – sanitario así como del sufrimiento tanto en pacientes como en la familia y amigos cercanos al afectado.

Matriz DAFO

A continuación se analizará la situación global del objeto de estudio (anorexia nerviosa y el grupo de adolescentes afectados) a través de la matriz DAFO:



Después de realizar el análisis interno y externo del objeto de estudio se puede concluir lo siguiente:

En primer lugar, en lo que se refiere a las debilidades, cabe mencionar que, en lo que respecta al grupo, se trata de personas que padecen una enfermedad y en la cual puede existir resistencia al cambio así como falta de conciencia de enfermedad(8) y de la gravedad de la misma. Otra de las debilidades que se puede encontrar es el hecho de que el grupo no sea homogéneo en su totalidad y que, por ello, cada uno tenga una situación familiar, visión de la realidad, hábitos de vida, conductas etc. Por último, cabe mencionar que el equipo que va a poner en marcha el plan de educación no conoce al grupo de antemano. Para hacer frente a estas debilidades, por una parte, se establecerán criterios de inclusión al programa con la finalidad de incluir en él a personas que tengan conciencia de enfermedad, quieran cambiar su situación y accedan voluntariamente. Además, se tratará de formar un grupo lo más homogéneo posible, aun así, las actividades que se llevarán a cabo pueden adaptarse a todas las situaciones. Por último, mencionar que, a pesar de que el equipo multidisciplinar no conozca al grupo, se obtendrá la máxima información posible a través de las historias clínicas, programa informático IRATI, otros profesionales etc.

En segundo lugar, y continuando con el análisis interno, se pueden mencionar las siguientes fortalezas: Por una parte, en lo que se refiere al grupo, las personas que padecen anorexia nerviosa suelen presentar un buen nivel intelectual, por lo que se cuenta con la ventaja de que los temas expuestos sean fáciles para su comprensión y asimilación. Además, al ser una población adolescente, existe un mejor pronóstico que cuando el inicio se da en etapas más adultas; si a esto se le añade el hecho de que la enfermedad está en sus primeras fases las expectativas de mejora son aún mayores(13). Por otra parte, en lo que se refiere al equipo multidisciplinar, el hecho de contar con una enfermera de referencia que estará presente en todas las sesiones será de gran ayuda para garantizar una adecuada coordinación dentro del equipo. Finalizando con las fortalezas, todas las actividades planteadas han sido estudiadas previamente demostrando buenos resultados en estudios anteriores.

En tercer lugar, en lo que se refiere a las amenazas externas del objeto de estudio destacan las siguientes: páginas web en apoyo a la anorexia nerviosa en las cuales se pueden encontrar dietas sin ninguna validez científica, fotos que muestran cuerpos excesivamente delgados e, incluso, frases que sirven de “inspiración” etc. A día de hoy, debido a los avances tecnológicos, estas páginas están al alcance de cualquiera que quiera consultarlas. Por otra parte, cabe mencionar la influencia negativa de los medios de comunicación y publicidad y sus cánones de belleza en los cuales prevalece la delgadez y cuerpos que se alejan de la realidad. En relación con esta amenaza mencionar también a las redes sociales que son, entre otros medios, herramientas muy útiles para difundir dichos mensajes. Desde las organizaciones de salud pública, y desde este plan de educación en concreto, poco se puede hacer para cambiar toda la ideología de belleza que transmiten, por ello, lo que se pretende es transmitir al grupo una visión de la realidad así como la capacidad de analizar con criterio lo que venden e

intentan transmitir estas empresas. Por último, en lo que se refiere a las amenazas, queda por comentar la fuerza que tiene el grupo de pares; esto puede considerarse como positivo en caso de que éstos sirvan de ayuda a la hora de vencer la enfermedad pero, en muchas ocasiones, los adolescentes se guían por lo que ven y sobre todo por su grupo de amigos, lo cual demuestra que es muy probable que si un adolescente padece anorexia nerviosa existirá alguien en su entorno cercano con el que cuente como apoyo.

En cuarto y último lugar, en relación con las fortalezas externas al proyecto, destacar dos aspectos de gran importancia para el seguimiento y tratamiento del problema: las asociaciones de ayuda disponibles en Navarra y en la web así como la coordinación del sistema sanitario, el cual garantiza la continuidad de los tratamientos y evolución del proceso a través de diferentes servicios en función del estado de la persona. Debido a la relevancia que tienen todos estos recursos se ha considerado importante informar a los integrantes del grupo acerca de los mismos, por ello, este punto forma parte de uno de los objetivos del plan educacional.

Identificación del grupo diana

Para llevar a cabo el siguiente plan, se cree imprescindible formar grupos que contengan un número limitado de personas (entre 6 – 8) y que éste sea lo más homogéneo posible. La edad que se contempla es entre los 14 y los 16 años, debido a que, por una parte, tal y como muestran los datos obtenidos a través del Complejo Hospitalario de Navarra, en estas edades se puede observar una mayor prevalencia de personas afectadas y, por otra parte, porque la adolescencia es una época en la que se establecen los hábitos y estilos de vida que prevalecerán en la edad adulta; por ello, es el momento idóneo para educar y plantear cambios en el comportamiento.

Además de tener una edad entre 14 y 16 años, las personas que se incluyan en este plan de educación deberán de cumplir ciertos requisitos, considerados esenciales para asegurar el buen aprendizaje y aprovechamiento del plan. En primer lugar, habrán sido diagnosticados de anorexia nerviosa en el CHN en el último año. En segundo lugar, estarán recibiendo tratamiento ambulatorio. En tercer lugar, se les realizará una valoración nutricional (**ANEXO1**) para asegurar que la persona presenta un estado nutricional mínimo y que no existen riesgos potenciales debidos al mismo. En cuarto y último lugar, se realizará una entrevista (**ANEXO2**) donde se valorará si la persona está motivada y preparada para el cambio, además de estar de acuerdo con recibir la educación, ya que, de nada sirve que las personas que acudan lo hagan por obligación puesto que la ayuda ofrecida será de poca utilidad si sigue existiendo resistencia al cambio o no se comprende el porqué de modificar las conductas.

Antes de comenzar con el programa y la selección del posible grupo diana, se pedirá a los padres/tutores y a los participantes que rellenen el documento de consentimiento informado (**ANEXO3 y ANEXO4**).

PLAN DE MEJORA

Para llevar a cabo los objetivos planteados se llevará a cabo el siguiente plan de educación:

SESIÓN	ACTIVIDADES	DURACIÓN
1ª SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición con discusión sobre la anorexia nerviosa. - Debate estructurado sobre los hábitos y costumbres de la persona afectada. 	1h y 30 minutos (45 minutos para cada actividad)
2ª SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Etiología de la enfermedad desde el punto de vista de la persona afectada. - Complicaciones potenciales de la enfermedad. 	2h (1h para cada actividad)
3ª SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario EAT – 26. - Cuestionario de conocimientos sobre aspectos nutricionales. - Encuesta sobre hábitos alimentarios. - Análisis y discusión en grupo sobre los dos cuestionarios anteriores. 	1h y 30 minutos
4ª SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición del temario con discusión. - Elaboración del menú semanal. 	2h
5ª SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de la semana tras la implantación del menú semanal. - Análisis sobre los cuestionarios realizados en la primera sesión. - Resolución de dudas. 	1h
6ª SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de Autoestima de Rosemberg. - Actividad dirigida al fomento de la autoestima a través de la valoración de distintos aspectos. 	1h y 30 minutos
7ª SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Satisfacción con la Imagen Corporal. - Actividad dirigida a valorar la importancia de la imagen corporal a la hora de autoevaluarse. 	1h y 30 minutos
8ª SESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición sobre los servicios sanitarios, asociaciones y grupos de ayuda en Navarra y en la web. - Resumen de todas las sesiones, intercambio de opiniones y despedida. 	1h y 30 minutos

Tabla 4, Resumen de las sesiones del plan de educación. Elaboración propia.

Todas las sesiones tendrán lugar en el Aula 03 de la facultad de estudios sanitarios de enfermería de la UPNA, Pamplona.

Para la realización de las siguientes sesiones se contará con un equipo multidisciplinar, formado por profesionales sanitarios en nutrición, psicología, y asistentes sociales. En función del contenido, cada sesión será llevada a cabo por el profesional sanitario encargado, aun así, en todas las sesiones habrá una persona de referencia que será la encargada de valorar la evolución de los usuarios a lo largo de las distintas actividades, las dificultades que muestran así como los puntos fuertes y débiles que presenten etc.

Lo que se pretende conseguir con esta persona de referencia es, que las personas afectadas por la enfermedad, además de ser valoradas globalmente por distintos usuarios del equipo multidisciplinar, cuenten con una única persona que esté presente a lo largo de todo el proceso y evitar la fragmentación del programa.

El contenido que se va a explicar estará lo más adaptado posible a la vida diaria de los integrantes del grupo, para que, de esta manera, mediante la educación para la salud, sea más posible modelar, poco a poco, los estilos de vida insalubres del grupo. Lo que se pretende conseguir a través de los contenidos y las técnicas que se llevarán a cabo es que los adolescentes afectados por la enfermedad modifiquen conductas para que tengan un proceso de maduración responsable y consciente, de manera que fomenten unos hábitos y estilos de vida saludables.

Antes de comenzar con las sesiones se realizará una primera toma de contacto de una hora de duración, en ella se llevarán a cabo las presentaciones tanto del grupo como del equipo multidisciplinar. La persona encargada de llevar a cabo esta sesión será la enfermera de referencia. El objetivo de esta primera sesión es que las personas con las que vayamos a trabajar sepan quiénes somos a la par que los conocemos a ellos y, de esta forma, transmitir al grupo interés por nuestra parte, confianza y calidez. Por otra parte, también se resumirán los puntos que se van a desarrollar en las siguientes charlas y talleres, además de presentar los objetivos que se pretenden alcanzar. Se dirán las fechas propuestas y la duración de cada sesión. Se aclararán dudas, miedos y demás asuntos de interés.

Una vez finalizadas todas las sesiones, se pedirá al grupo que rellene una ficha dónde evalúe el programa en su totalidad (**ANEXO 5**): contenidos, dinámica, satisfacción etc. La evaluación será totalmente anónima.

OBJETIVO N°1:

“Informar acerca de los aspectos relevantes de la anorexia nerviosa incidiendo en sus consecuencias y complicaciones médicas, así como en las causas de la misma”.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este objetivo se realizarán dos sesiones.

PRIMERA SESIÓN

El objetivo de la primera sesión es obtener información acerca del grupo con el que se va a trabajar; es decir, lo que se pretende es conocer y valorar el grado de conocimientos que presentan las personas del grupo sobre su proceso patológico con la finalidad de amoldar las sesiones a las personas con las que se va a trabajar a lo largo del plan de educación.

Para ello, se preparará una exposición con discusión en la que se hablará de la anorexia nerviosa⁵. Durante la exposición, se animará al grupo a que participe comentando, de forma libre, lo que piensan sobre el tema, dudas que surjan etc.

Una vez finalizada la presentación con discusión, de una hora de duración aproximadamente, se realizará un debate grupal donde el mediador planteará al grupo una serie de preguntas (**ANEXO6**). A través de estas preguntas se pretende obtener información sobre las expectativas del grupo en lo que se refiere a la recuperación así como información sobre sus valores, creencias, hábitos de vida, costumbres y el entorno en general que rodea a la persona afectada. Con este debate se dará por finalizada la primera sesión del plan educacional.

SEGUNDA SESIÓN

En la segunda sesión del plan de educación se hablará sobre dos aspectos importantes de la enfermedad: Por una parte, se hablará sobre los factores de riesgo, factores predisponentes, factores precipitantes y factores de mantenimiento y, por otra parte, sobre las complicaciones de la enfermedad. Para ello se repartirá la sesión en dos partes, cada una de ellas de 1 hora de duración y con un descanso de 10 minutos entre ambas.

Para llevar a cabo la primera parte de la segunda sesión se planteará la siguiente actividad: se explicará la diferencia entre factores de riesgo, predisponentes, precipitantes y de mantenimiento y, una vez que se entiendan, se dará una ficha comprendida por una tabla repartida en cuatro partes (cada una de las partes

⁵ En la exposición acerca de la anorexia nerviosa se hablará acerca de lo siguiente: definición y características generales de la enfermedad, criterios diagnósticos según la DSM –V y la CIE – 10; curso y desarrollo de la enfermedad y, por último, los tratamientos utilizados hoy en día. La información sobre esto está mencionada en el apartado de “marco conceptual”.

corresponderá a un tipo de factor) que tendrán que rellenar en función de su situación personal. Para ello el grupo contará con 25 minutos. Una vez que terminen se pondrán en común todos los factores señalados y se debatirá sobre la influencia que tiene cada uno de los factores señalados en la vida diaria de las personas del grupo. Lo que se pretende es conocer que factores de riesgo padecen, qué fue lo que les llevo a desarrollar la enfermedad y cuáles son las causas del mantenimiento de la misma. A través de esta información se podrá obtener información para que otros profesionales que atiendan a los usuarios puedan llevar a cabo planes individualizados enfocados en la situación personal de cada una de las personas del grupo.

Para llevar a cabo la segunda parte de la segunda sesión se realizará la siguiente actividad: mediante un power point, se expondrán las complicaciones de la anorexia nerviosa sistema a sistema. Es decir, la primera diapositiva tendrá el título “sistema cardiovascular”, por lo que se explicará al grupo qué es el sistema cardiovascular y, en función de sus conocimientos o experiencias, tendrán que decir las complicaciones o las alteraciones en dicho sistema. Cuando finalicen, se expondrán mediante imágenes todas las complicaciones de ese sistema, enfatizando en aquellas que no hayan mencionado. Lo que se pretende es concienciar sobre la gravedad de la enfermedad y las complicaciones potenciales del ayuno además de subrayar la importancia que tienen las funciones que ejercen los nutrientes en nuestro organismo (tema que se desarrollará en la siguiente sesión). La finalidad no es meter miedo sino alertar a los jóvenes sobre las consecuencias de sus actos y la importancia de pedir ayuda.

MATERIAL

El material necesario para la primera sesión será el siguiente: ordenador, proyector, pantalla, power point donde se recoja la información que se va a exponer y guía de preguntas que se utilizará en el debate estructurado.

Para la segunda sesión será necesario lo siguiente: folios, bolígrafo, power point, ordenador, pantalla, proyector y exposición de las complicaciones.

AGENTES DE SALUD

Para llevar a cabo este objetivo, se contará con la enfermera de referencia y una enfermera especializada en salud mental que tenga experiencia en casos de anorexia nerviosa y, de esta forma, pueda ofrecer una información basándose en la realidad.

OBJETIVO N°2:

“Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y aspectos nutricionales saludables”

CONTENIDO DEL OBJETIVO**ADOLESCENCIA**

La adolescencia(23,24) es el periodo que se inicia tras la niñez (9-10 años) y se prolonga hasta alcanzar el desarrollo pleno del organismo (18 – 20 años).

A lo largo de esta etapa el adolescente alcanzará el crecimiento y desarrollo físico pleno. Para ello, es indispensable una correcta alimentación puesto que las deficiencias de ciertos nutrientes tendrán como consecuencia alteraciones en el crecimiento y desarrollo mental y, a su vez, repercusiones en la vida adulta(24).

Además de alcanzar el crecimiento y desarrollo físico pleno, en esta etapa los adolescentes forman su propia identidad la cual se verá modificada en función de diversos factores tanto socio – culturales como personales e individuales. En este proceso de desarrollo, tienen un gran peso el grupo de pares así como las modas propuestas culturalmente y estas también tendrán influencia en los hábitos alimenticios de la persona.

Por ello, durante la adolescencia los aspectos de educación nutricional son de gran importancia. Por una parte, porque los adolescentes presentan la capacidad y el desarrollo intelectual suficiente para la comprensión de lo que se quiera transmitir y, por otra parte, la adolescencia es una época en la que se instauran los hábitos y estilos de vida aprendidos, los cuales tendrán repercusión en la vida adulta.

Para que la educación nutricional tenga su efecto en la población adolescente y, sobre todo, en personas que padecen anorexia nerviosa, habrá que presentarlo como algo dinámico, interesante, divertido y, sobre todo, útil.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, CONCEPTOS

Los nutrientes, son sustancias químicas que se adquieren a través de los alimentos y que son imprescindibles para el crecimiento, mantenimiento y la reparación corporal, a fin de prevenir enfermedades y mantener un estado de salud óptimo. Existen seis clases de nutrientes: carbohidratos, lípidos, proteínas, minerales, vitaminas y agua(19).

La alimentación, por otra parte, consiste en aportar al organismo todos los elementos necesarios (nutrientes) para mantener un correcto funcionamiento corporal; para ello, la alimentación debe de ser suficiente, completa, armónica y adecuada a fin de que contribuya al crecimiento y desarrollo físico. La alimentación tiene tres finalidades(20), que forman el metabolismo corporal:

1. Aportar al organismo la energía necesaria para cubrir sus necesidades.

2. Aportar los nutrientes necesarios para los diferentes procesos orgánicos; por ejemplo: el crecimiento durante la adolescencia.
3. Aportar agua y electrolitos necesarios para la regulación homeostática del medio interno.

Para realizar una dieta nutricionalmente adecuada(21), se establecen valores de referencia para garantizar la ingesta equilibrada de nutrientes. Para ello, los organismos de salud pública establecen ingestas dietéticas de referencia, plantean objetivos nutricionales y elaboran las guías alimentarias o dietéticas.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN LA ADOLESCENCIA, INGESTAS DE REFERENCIA

Los estudios existentes sobre los requerimientos nutricionales en esta época son bastante limitados; ya que, los requerimientos variarán de un individuo a otro en función de la velocidad de crecimiento, estado de maduración y los cambios en la composición corporal. A continuación, se muestran las ingestas dietéticas de referencia para adolescentes según nutriente (18,24,25).

Energía total de la dieta: Las necesidades energéticas proteicas y algunos micronutrientes son superiores en comparación con otras etapas de la vida. El anabolismo existente en esta época hace que el adolescente sea sensible a padecer carencias proteicas y vitamínicas.

- *Varones* (10 – 18 años):
[Schöfield, 1985] → $(16,25 \times \text{peso}) + (1,372 \times \text{talla}) + 515,5$
[OMS, 1985] → $(17,5 \times \text{peso}) + 65$
- *Mujeres* (10 – 18 años):
[Schöfield, 1985] → $(8,365 \times \text{peso}) + (4,65 \times \text{talla}) + 200$
[OMS, 1985] → $(12,2 \times \text{peso}) + 746$

Esta energía deberá de dividirse de la siguiente manera:

- Desayuno: 15% de la energía total.
- Almuerzo: 10% de la energía total
- Comida: 30% de la energía total.
- Merienda: 15 de la energía total.
- Cena: 25% de la energía total (se incluye la cena y la recena; en la recena siempre habrá que aportar menos cantidad de energía que en la cena).

1. **Hidratos de carbono:** Los hidratos de carbono tienen la función de aportar energía al cuerpo. Por ejemplo: Frutas, dulces, verduras, pastas, cereales... El National Research Council recomienda que el 50 – 55% de los requerimientos energéticos lo sean en forma de hidratos de carbono.

2. **Proteínas:** Su función principal es la estructural, es decir, se encargan de aportar lo necesario para formar y reparar estructuras corporales; entre otros: contribuir al crecimiento. Por ejemplo: Pollo, pescado, embutido etc. En función de la velocidad de crecimiento se valorará la cantidad de proteínas necesarias, aun así, de manera general se recomienda un aporte proteico entre 12 – 15%. Además, debe existir una relación entre el aporte de carbohidratos y de proteínas ya que, si el aporte de carbohidratos no es suficiente el cuerpo utilizará las proteínas como fuente principal de energía, lo cual puede comprometer el crecimiento.
3. **Lípidos:** La principal función de las grasas es servir como reserva energética. Por ejemplo: aceite de oliva, aceite de girasol, mantequilla etc. El consumo requerido es entre el 30 – 35% de las calorías totales ingeridas, evitando en la medida de lo posible las grasas saturadas y favoreciendo el consumo de las monoinsaturadas. El aporte de colesterol no debe superar los 300mg diarios.
4. **Vitaminas:** Presentan diversas funciones según la vitamina a la que se refiera, por ejemplo: mineralización ósea, cicatrización de heridas, contribuir al sistema inmune etc. Están presentes en frutas y verduras. Los requerimientos nutricionales de vitaminas estarán aumentados en la adolescencia. Sobre todo → tiamina, riboflavina, niacina, vitamina B₁₂, ácido fólico y vitamina B₆.
5. **Minerales:** Su función principal es regular el crecimiento y son indispensables para la coagulación sanguínea, contracción muscular, proceso de cicatrización etc. Se encuentran sobre todo en frutas, verduras y hortalizas. Para contribuir al crecimiento es imprescindible aumentar las ingestas de calcio, hierro y cinc.
 - Calcio: contribuye a adquirir las reservas necesarias para garantizar una masa ósea adecuada y, de esta manera, evitar problemas de osteoporosis en la etapa adulta. Las cantidades recomendadas entre los 9 y 18 años son de alrededor de 1300mg/día.
 - Hierro: debido a la expansión del volumen sanguíneo aumentará la cantidad de hemoglobina y, debido al aumento de la masa muscular, aumentará la cantidad de mioglobina. Para el transporte de estos en el organismo, es imprescindible contar con cantidades suficientes de hierro. Las cantidades recomendadas entre los 11 – 18 años es de 12mg/día en varones y 15mg/día mujeres.
 - Cinc: contribuye al proceso de crecimiento y maduración sexual y reparación tisular. Las cantidades recomendadas para la población entre 11 y 18 años es de 15mg/día en varones y 12mg/día en mujeres.

A partir de las ingestas dietéticas de referencia y los objetivos nutricionales, los organismos públicos elaboran guías alimentarias. Las guías alimentarias dirigidas a la población española las elabora la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Entre otros, se incluye la pirámide nutricional. La pirámide nutricional será útil para elaborar la educación nutricional puesto que, en ella, se traducen las ingestas o valores

dietéticos de referencia mencionados, así como los hábitos y patrones alimentarios para un estilo de vida saludable.(21)

METODOLOGÍA

En pacientes que presentan anorexia nerviosa y hayan sido ingresados en la unidad de hospitalización de psiquiatría los objetivos principales son: evitar complicaciones asociadas al ayuno y comenzar con la renutrición lo antes posible. Una vez que la persona afectada alcanza el peso acordado y no haya complicaciones potenciales para la salud, pasará a recibir tratamiento ambulatorio. El tratamiento ambulatorio solo está indicado para aquellos pacientes que no presenten un peso por debajo del 85% considerado normal y consistirá en restablecer la dieta normocalórica y conseguir que el paciente coma de manera variada, sana y equilibrada para su edad, estatura, condición física y estilo de vida. Para ello, es imprescindible combinar tratamiento psicológico y educación nutricional.(27)

El siguiente plan de educación nutricional se llevará a cabo en tres sesiones, de dos horas de duración cada una. Para valorar la evolución de las conductas del grupo se realizará el cuestionario "EAT - 26"⁶ (ANEXO7) antes de la primera sesión y tras la última sesión del plan de educación. A través de este cuestionario, junto con otras encuestas, se valorarán los resultados obtenidos tras la puesta en práctica del plan.

Primera sesión

En la primera sesión lo que se pretende es conocer cuáles son los conocimientos que tienen los pacientes sobre patrones alimenticios y nutrición así como las ideas erróneas.

Para ello, en primer lugar se realizará individualmente el cuestionario de *conocimientos sobre aspectos nutricionales* (ANEXO8) y la *encuesta sobre hábitos alimentarios* (ANEXO9). Para realizarlos se dejará un total de 30min y, una vez hechos, se pondrán en común las respuestas obtenidas. Mediante el método de análisis, se empleará la técnica de discusión para analizar y discutir los diferentes hábitos alimenticios que se observan, las similitudes que existan, el porqué de ciertos patrones etc. También se analizarán los conocimientos que tiene el grupo sobre los aspectos nutricionales y, en este momento, se aprovechará para corregir las falsas creencias, mitos etc.

⁶ Cuestionario EAT – 26: se trata de la forma abreviada del cuestionario Eating Attitudes Test de DM Garner y PE Garfinkel, diseñado en el año 1979. El cuestionario que se va a utilizar en el siguiente plan de educación es la versión abreviada y adaptada a la comunidad española, diseñado por Gandarillas A., et Al. En el año 2003. Una vez que se realice el cuestionario la segunda vez, se compararán los resultados obtenidos con los que se obtuvieron al realizar el cuestionario por primera vez; de esta forma, se observará la evolución del grupo y si ha habido cambios en su forma de pensar. Mediante este cuestionario, en este caso, lo que se pretende no es cribar, sino realizar un seguimiento.

Segunda sesión

En esta segunda sesión lo que se pretende es aumentar los conocimientos sobre los siguientes temas: Cambios corporales en el adolescente, índice de masa corporal, pirámide alimentaria, reparto calórico a lo largo del día e ingestas recomendadas, equilibrio entre alimentación y ejercicio.

Para ello, mediante el método expositivo se utilizará la técnica de exposición con discusión. Es decir, a través del power point, y teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo, se presentará y se expondrán los temas mencionados. Durante la presentación se irán discutiendo de forma libre los aspectos que desconozcan o les llamen la atención y comentarán las dudas que presenten.

En esta sesión es importante que acudan los familiares o personas con las que conviven; ya que, se trata de adolescentes que aun viven en casa y que, seguramente, no son los encargados de elaborar el menú semanal, hacer la compra, cocinar etc.

Una vez finalizada las presentaciones se procederá al desarrollo de habilidades, es decir, se empleará la técnica de ayuda a la toma racional de decisiones a través de la cual el grupo se dividirá por familias y elaborarán un menú semanal (**ANEXO10**). Lo que se pretende es evaluar los conocimientos adquiridos tras las exposiciones, aclarar dudas que hayan quedado sin resolver o que puedan surgir a medida que se pone en práctica la teoría y enseñarles cómo instaurar los patrones alimentarios saludables a sus rutinas alimentarias habituales.

Tercera sesión

En la tercera y última sesión se realizará una semana después a la anterior tras la puesta en práctica el menú semanal elaborado. En esta sesión de una hora de duración se comentará cómo ha ido la semana, se debatirán cuales han sido las dificultades a la hora de seguir la dieta, cómo se sienten, cuáles son los miedos principales etc.

También se analizarán los dos cuestionarios realizados en la primera sesión y los cambios que hayan podido apreciar en cuanto a sus conocimientos, manera de pensar y hábitos.

MATERIAL

Para realizar las sesiones se necesitarán los cuestionarios, un ordenador, proyector de pantalla, power point a través del cual se explicarán los temas, folios en blanco, bolígrafo.

AGENTES DE SALUD

Para llevar a cabo este objetivo, se contará con la enfermera de referencia y un nutricionista, a poder ser, que esté especializado o que tenga experiencia en personas que padecen anorexia nerviosa.

OBJETIVO N°3:

“Potenciar la salud mental mediante actividades dirigidas a trabajar la autoestima y la satisfacción hacia la imagen corporal”

METODOLOGIA

En los trastornos de la conducta alimentaria, los aspectos psicológicos que han de tenerse en cuenta, a la hora de establecer el tratamiento psicológico, son los siguientes(28): ansiedad, obsesiones, depresión, distorsiones cognitivas, baja autoestima y falta de autocontrol.

Diversos estudios han señalado que el factor que más fuerza tiene tanto para el desarrollo como para el mantenimiento de la anorexia nerviosa es el de la insatisfacción con la imagen corporal(29). La insatisfacción con la imagen corporal viene determinada por numerosos factores, entre otros: críticas recibidas, susceptibilidad ante la opinión de los demás, cánones de belleza establecidos, importancia de lo físico frente a otras cualidades etc.

En la adolescencia, los jóvenes sufren una serie de cambios tanto físicos como cognitivos y conductuales que darán lugar a un desarrollo pleno junto con la búsqueda y formación de la identidad de la persona. A lo largo de esta evolución, los adolescentes se guían por los grupos de pares así como por personas o ídolos a los que les gustaría parecerse. En muchas ocasiones “imitan” el comportamiento, forma de vestir e incluso la apariencia física de estas personas a las que pretenden parecerse. En la sociedad industrializada los medios de comunicación, series, publicidad, películas etc. venden unos cánones de belleza en los cuales el cuerpo es extremadamente delgado e irreal y muy difícil de conseguir de forma sana y natural. Por ello, los adolescentes que se comparan y se dejan influir por estas imágenes engañosas, dan lugar a una situación de insatisfacción hacia el propio cuerpo y a la consecuente adopción de medidas necesarias para cambiarlo. Si esto es llevado a un extremo, es decir, cuando estas medidas y comportamientos adoptados infieren en el día a día de la persona de forma negativa o tienen consecuencias en la salud de la persona es cuando hablamos de la anorexia nerviosa.

Cabe mencionar que la insatisfacción hacia la imagen corporal está directamente relacionada con la autoestima de la persona. Es decir, es más común que una persona con autoestima baja sufra insatisfacción con la imagen corporal. Por ello, se considera la autoestima baja como uno de los factores más importantes en el desarrollo de la enfermedad.

A lo largo de las siguientes sesiones se trabajaran estos dos aspectos que se consideran principales en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad.

Para ello se realizarán dos sesiones, de hora y media cada una, en las cuales el grupo desarrollará habilidades que fomenten un aumento de la autoestima así como obtener

una visión de la autovalía personal que van más allá de lo físico. Hoy en día, existen numerosas actividades encaminadas a lograr los objetivos planteados; para estas dos sesiones se han elegido dos de esas actividades puesto que se consideran más ajustadas a los objetivos del plan educacional. Además, la mayoría de actividades requieren de un abordaje psicoterapéutico individual y más amplio en el tiempo enfocado a lograr cambios progresivamente.

PRIMERA SESIÓN: AUTOESTIMA

En la primera sesión de hora y media, se pretende trabajar la autoestima. Para ello, en primer lugar es imprescindible valorar la satisfacción personal de los integrantes del grupo para tenerlos en cuenta a la hora de realizar la actividad; por lo que, antes de comenzar con las actividades se pedirá al grupo que rellenen la *Escala de Autoestima de Rosemberg* (ANEXO11).

La actividad que se realizará en esta sesión consiste en lo siguiente: se presentarán diversos temas y, de cada uno de ellos, la persona tendrá que escribir en un papel los puntos fuertes, puntos débiles, cosas a cambiar o mejorar y cosas que debería de mantener de los mismos; así como los logros/éxitos obtenidos. Cuando terminen de escribir se comentará en grupo lo que hayan escrito y se añadirá información por parte de los demás. Los temas que se valorarán son los siguientes:

- Aspecto físico.
- Personalidad, forma de ser.
- Habilidades sociales: relación que tiene con amigos, profesores, familiares etc. Capacidad para establecer relaciones, hacer nuevos amigos, llevarse bien con los demás etc.
- Rendimiento escolar, habilidades de razonamiento, capacidades intelectuales etc.
- Actividades recreativas, hobbies, deportes que desempeñan etc.

El objetivo de esta actividad es que los integrantes del grupo piensen en sus logros y éxitos, se planteen retos a largo plazo así como aspectos de su vida a cambiar y a mejorar; a la vez que escuchan la opinión de los demás, lo cual les hará darse cuenta de habilidades que tienen y que no saben o no les dan importancia.

SEGUNDA SESIÓN: IMAGEN CORPORAL

En esta segunda sesión se trabajará la imagen corporal y la satisfacción con la misma. Antes de comenzar con las actividades se pedirá al grupo que rellene el Cuestionario de Satisfacción con la Imagen Corporal (ANEXO12); cuya finalidad es conocer la satisfacción que tiene el grupo en relación con su imagen corporal, como afecta la insatisfacción en su día a día, principales preocupaciones, medidas adoptadas para cambiarlo etc.

Tras rellenar y entregar el cuestionario se realizará una actividad dirigida a analizar la preocupación por la figura y la importancia que tiene ésta a la hora de auto – evaluarse(30). Como ya se ha mencionado anteriormente, existen numerosas actividades dirigidas a tratar la insatisfacción corporal así como las distorsiones de la imagen corporal. Aun así, la actividad que se plantea resulta más factible realizarla por el personal de enfermería, se ajusta mejor al tiempo y va enlazada con la actividad de la sesión anterior en la cual los integrantes del grupo analizaban sus habilidades, logros, aspectos a cambiar etc.

La actividad consiste en lo siguiente: los integrantes del grupo escribirán en un papel los distintos aspectos y áreas de la vida diaria que tienen en cuenta a la hora de evaluarse y valorarse; después, los ordenarán en función de la importancia que tengan para uno mismo. Lo habitual es que, las personas que padecen anorexia nerviosa, brinden mayor importancia a aspectos como la capacidad de ayunar, hacer dietas, horas de ejercicio realizadas, peso etc. Es decir, a todos aquellos aspectos que tienen que ver con la imagen corporal. La idea de llevar a cabo este ejercicio es transmitir una visión diferente, es decir, ayudar al grupo a comprender que en la vida diaria de una persona influyen más aspectos como la escuela, los amigos, la relación familiar etc. Además de lo físico y que dar demasiada importancia a una única área (imagen corporal) es perjudicial porque, de esta manera, se dejan de lado otros aspectos que son más relevantes a largo plazo.

MATERIAL

El material utilizado para las dos sesiones será papel y bolígrafo.

AGENTES DE SALUD

Para llevar a cabo este objetivo, además de contar con la enfermera de referencia, se requerirá la ayuda de un profesional de psicología que sepa cómo desarrollar sesiones de fomento de la autoestima y satisfacción con la imagen corporal en este tipo de personas.

OBJETIVO N°4:

“Informar sobre servicios sanitarios, asociaciones y grupos de ayuda disponibles en navarra y en la web”

CONTENIDO DEL OBJETIVO

El contenido del objetivo se adjunta en el **ANEXO13**.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este objetivo se empleará el método expositivo, concretamente la técnica de “exposición con discusión”; es decir, se expondrá (mediante un proyector y una pantalla) la información mencionada en el apartado anterior de forma esquemática al grupo. Durante la exposición, se animará al grupo a que comenten si conocen el centro, servicio o asociación de la que se está hablando, de qué la conocen, en caso de que hayan estado ingresados o conozcan a alguien que lo haya estado se les preguntará sobre el trato recibido, en qué les ayudaron, en qué no, cómo percibieron la ayuda recibida (tipo de actividades, restricciones, normas etc.), qué cambiaría etc.

Es decir, lo que se pretende a través de esta sesión es impulsar una charla interactiva, conocer la opinión de los usuarios sobre los distintos servicios (que podría utilizarse para impulsar propuestas de mejora en los mismos) además de informar sobre lugares donde pueden recibir ayuda.

Como ya se ha mencionado anteriormente, los pacientes que padecen anorexia nerviosa no tienen conciencia de enfermedad y, por lo tanto, no buscan ayuda ni reconocen necesitarla. Por ello, se considera que sería oportuno dar esta charla también a los padres. Es decir, realizar dos charlas una dirigida al grupo de personas afectadas y otra a los familiares o seres con los que conviven.

Por último, al ser la última sesión del plan de educación la última media hora se aprovechará para resumir y evaluar todos los aprendizajes logrados a través de las sesiones; es decir, se comentarán los conocimientos logrados, las mejoras que han notado, si la experiencia ha sido positiva o no, en qué les ha ayudado el plan de educación etc. Además, se les impartirá una hoja de autoevaluación de las sesiones que rellenarán de manera anónima.

MATERIAL

Se necesitará el siguiente material: ordenador, proyector, esquema donde se resuman los servicios y asociaciones, folletos informativos para repartir.

AGENTES DE SALUD

Esta última sesión será llevada a cabo por la enfermera de referencia y asistentes sociales que sepan cómo coordinar servicios y cuál puede resultar más útil según situaciones particulares.

DISCUSIÓN

El plan de educación para la salud presentado no se ha llevado a la práctica por lo que no es posible hablar de los resultados que se obtendrían tras la implementación del mismo. Aun así, para realizarlo se han estudiado diversos planes de educación y estudios que se han llevado a cabo en la población que padece anorexia nerviosa, seleccionando de esta manera, los métodos y actividades que más eficacia y resultados positivos demostraban.

Se considera importante poner en marcha planes de educación ya que, tal y como menciona Victor Hernandez – Escalante *et al.* (2014) “Es importante recordar que el tratamiento de los TCA, no debe basarse en la medicación psicotrópica como tratamiento único o primario. Es preferible valorar la necesidad de otras intervenciones que apoyen cambios favorables en la alimentación y el peso corporal”(14). Asimismo, a la hora de implantar el plan, hay que tener en cuenta que “Los pacientes con TCA presentan características particulares que pueden dificultar el trabajo interdisciplinario y es necesario tenerlos en cuenta y tener estrategias claras de abordaje”(14). Este es un problema que se comentaba anteriormente: la dificultad de formar un grupo homogéneo.

En primer lugar, se planteó el objetivo de “Informar acerca de los aspectos relevantes de la anorexia nerviosa incidiendo en sus consecuencias y complicaciones médicas, así como en las causas de la misma”. Los pacientes que presentan anorexia nerviosa se caracterizan por la falta de conciencia de enfermedad. Por ello, se pretende fomentar un análisis en que cual se examinen la etiología de la enfermedad desde el punto de vista de la persona afectada y, por otra parte, informar sobre las consecuencias y efectos negativos en la salud general.

En segundo lugar, en relación con el segundo objetivo planteado, se ha de mencionar que, a largo plazo, la normalización del peso y el estado nutricional son determinantes de buen pronóstico en los pacientes que padecen anorexia nerviosa (Ignacio Jáuregui – Lobera, Patricia Bolaños – Rios; 2012)(31). Aun así, no se puede animar a los pacientes a ganar peso directamente, ya que “...animar a ganar peso es pedirles que hagan aquello que más temen”(14); por ello, habrá que establecer metas realistas a mediano y, sobre todo, largo plazo que garanticen la recuperación de peso. Entre otras metas, “...un buen plan de alimentación y una buena orientación son la clave para modificar algunas conductas ligadas a problemas emocionales que están afectando la alimentación del individuo”(14). Lo cual prueba que la educación nutricional podría funcionar y ser de ayuda para comenzar con el cambio.

En pacientes que presentan o han presentado la enfermedad, una vez instaurada una dieta normocalórica, tal como señala Belén Almeda – Cruz (2012)(32), se ha comprobado que ésta no es adecuada en lo que se refiere a la distribución del aporte calórico: "...tanto la dieta seleccionada por los pacientes como por el grupo de control

no sigue dicha distribución, siendo excesiva en proteínas y grasas y deficitaria en el aporte de hidratos de carbono". En su estudio, Inmaculada Ruiz Prieto (2011), señala que la principal razón que se le atribuye a este hecho es la falta de conocimientos y la presencia de ideas erróneas en lo que se refiere a nutrición; tanto de los propios pacientes como de los familiares con los que conviven(33).

De aquí deriva la importancia de formar a estas personas en la materia e incluir en este proceso de enseñanza - aprendizaje a la familia o seres con los que convivan. Esto ha sido avalado por diferentes estudios(31-34) que señalan lo siguiente:

"En el contexto interdisciplinario del tratamiento, la vertiente dietético - nutricional es de esencial importancia, tanto para la normalización ponderal como para el aprendizaje o reaprendizaje de hábitos de alimentación adecuados (...). Distintos estudios realizados en cuanto a conocimientos, actitudes y conductas de pacientes con TCA con relación a su alimentación, ponen de manifiesto la necesidad de llevar a cabo la intervención dietético - nutricional".

"La educación nutricional en el tratamiento del TCA mejora los hábitos nutricionales llegando a una alimentación más saludable".

"La modificación del comportamiento alimentario puede lograrse mediante un adecuado programa de educación nutricional, con lo que se han logrado mejorías en distintos aspectos relacionados con los hábitos alimentarios de los pacientes..."

"Según la APA, el consejo nutricional minimiza la restricción de alimentos, incrementa la variedad de la comida y fomenta el ejercicio moderado".

En tercer lugar, se planteó el siguiente objetivo: "Potenciar la salud mental mediante actividades dirigidas a trabajar la autoestima y la satisfacción hacia la imagen corporal". Ruth Asuero Fernández *et al.* (2012) llevaron a cabo un estudio comparativo donde se estudiaba la preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja; en él mencionaban lo siguiente: "...aunque es común el deseo de tener un peso inferior al real, este deseo es más intenso en pacientes con TCA que presentan autoestima baja. Estos resultados sugieren la importancia de incorporar, tanto en los programas preventivos llevados a cabo en edades tempranas como en los programas terapéuticos, estrategias específicas para fomentar la autoestima en general, y más específicamente, en relación con la imagen corporal en las mujeres con TCA"(29). Por ello, el plan de educación se centrará en realizar actividades encaminadas a la mejora de la autoestima y la consiguiente satisfacción hacia la imagen corporal, que son los factores más potentes tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la anorexia nerviosa.

Aun así, no hay que olvidar que existen muchas más alteraciones cognitivo – conductuales presentes en estos pacientes; pero la mayoría de ellos requieren de un tratamiento y abordaje psicoterapéutico más prolongado y en el que se combinen terapias grupales e individuales. Lo cual queda fuera del alcance de este plan de educación, pero no por ello deja de parecer importante a la hora de tratar la enfermedad en su totalidad.

Por último, se planteó el siguiente objetivo: “Informar sobre servicios sanitarios, asociaciones y grupos de ayuda disponibles en navarra y en la web”. La finalidad era aumentar la confianza en los integrantes del grupo para hacer uso de estos servicios, garantizándoles un correcto seguimiento y control de su proceso así como ayuda psicológica necesaria para superar problemas psicopatológicos comunes en estos pacientes como la ansiedad, depresión, ideas obsesivas etc. Tal como mencionan J.C. March *et. al* (2006) en su estudio *Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales*, “La observación de esta falta de conocimiento, utilización y accesibilidad a la Sanidad Pública... plantea el reto del desarrollo de estrategias para aumentar la confianza y utilización del servicio sanitario público”(17). Además, “las asociaciones de afectados y familiares desempeñan según las opiniones de los entrevistados un papel importante por constituir un primer punto de contacto y asesoramiento y ofrecer en algunos casos servicios complementarios no cubiertos por el servicio sanitario público constituyendo para el grupo de jóvenes uno de los referentes principales a acudir en caso de sospecha o detección de un TCA”.

CONCLUSIONES

- En primer lugar cabe mencionar que, teniendo en cuenta la magnitud y trascendencia de la anorexia nerviosa, se ve necesaria la puesta en marcha de programas educacionales dirigidos a prevenir la enfermedad así como aquellos dirigidos a evitar su cronicidad.
- El plan de educación debe estar formado por un equipo multidisciplinar para poder abarcar diversos aspectos que se ven implicados en la enfermedad y, además, es imprescindible la existencia de una persona que coordine el grupo para evitar la fragmentación del mismo.
- Todo plan educacional debe adaptarse al grupo al que va dirigido, esto implica conocer qué es lo saben sobre la anorexia nerviosa así como sus sentimientos, ideas, creencias, estilos de vida etc. Y plantear las actividades en función de los mismos.
- En relación con la conclusión anterior, es recomendable conocer también a las personas con los que viven los integrantes del grupo, ya que, sus conductas, valores y creencias pueden estar condicionadas por estas segundas personas.
- Para que un proceso de enseñanza – aprendizaje sea efectivo además de informar se deberá motivar, escuchar y empatizar. Para ello, se han de llevar a cabo actividades que fomenten el análisis, la reflexión y discusión.
- En la medida de lo posible, es recomendable implicar en el proceso de enseñanza – aprendizaje a familiares y/o personas cercanas a la persona afectada, para que puedan contribuir a su mejoría creando un entorno favorable.
- Es imprescindible que los planes de educación dirigidos a la población que padece anorexia nerviosa contemplen la educación nutricional; ya que, tal como demuestran varios estudios llevados a cabo anteriormente, ésta contribuye a la mejora de hábitos alimentarios en los afectados.
- Además de centrarse en la mejora de los patrones alimentarios también es importante incidir en el bienestar mental. El tratamiento de las disfunciones psicopatológicas requerirá de un tiempo prolongado, aun así, no está de más la opción de incluir actividades de este tipo en el programa.

BIBLIOGRAFÍA

Páginas web de asociaciones nacionales:

- www.aban.es
- Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia: www.feacab.org
- Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia: www.adaner.org
- www.f-ima.org
- www.masqueunaimagen.com

Páginas web de asociaciones internacionales:

- National Eating Disorders Association: www.nationaleatingdisorders.org
- National Institute of Mental Health Publication: www.nimh.nih.gov
- Academy for Eating Disorders (EEUU): www.aedweb.org

(1) Organización Mundial de la Salud (OMS); Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 - 2020; (2012); Ginebra, Suiza.

(2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - V). 5 ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2013.

(3) Eby L, Brown NJ. Trastornos de la conducta alimentaria. In: GEA Consultoría Editorial SA, editor. Cuidados de enfermería en salud mental. Segunda edición ed. Madrid: Person Educación, S.A.; 2010. p. 278 - 291.

(4) Polivy, Janet and Herman, C. Peter. Causes of Eating disorders. 2002;53:187 - 213.

(5) National Eating Disorders Association. Causes of eating disorders.

(6) Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. Am J Psychiatry 2002;159(3):394-400.

(7) Tripp MM, Petrie TA. Sexual abuse and eating disorders: A test of a conceptual model. Sex Roles 2001;44(1-2):17-32.

(8) Rojo Moreno L, Plumed Domingo J, Conesa Burguet L, Vaz Leal F, Diaz Marság M, Rojo - Bofill L, et al. Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el sigloXXI. 2012;vol.5 (3):pag. 197 - 204.

(9) American Psychiatric Association. Treating Eating Disorders, A Quick Reference Guide. . 3ª edición ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; Julio 2006. p. pag.224 - 254.

(10) D. Banker, Judith et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2012. Academy for Eating Disorders (AED), Reston, VA, USA., 2ªedición

(11) Clari Hidalgo E. Planes de cuidados para las personas con problemas de la conducta alimentaria. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría, valoración y cuidados. 2ª edición ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. pag. 173 - 188.

(12) Sirvent Angulo M. Trastornos de la Conducta alimentaria. In: McGraw Hill - Interamericana de España S.A.U., editor. Enfermería psiquiátrica y de salud mental: Conceptos básicos. 6ª ed. ed. Madrid: McGraw Hill - Interamericana; 2007. p. pag. 379 - 402.

(13) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud, Cataluña: Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2009(AATRM Núm. 2006/05-01.).

(14) Hernández-Escalante VM, Araujo ZMC. Recomendaciones Básicas para el Abordaje de Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. CIENCIA Y HUMANISMO EN LA SALUD 2014;1(1):28-39.

- (15) Badia G, Benítez D, Cuesta L, et al. Guía de práctica clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. 1 de mayo de 2009.
- (16) Blanco EL, Carrera M, Bermúdez C, Seijas R. Influencia de las páginas pro - anorexia y pro - bulimia en un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. 2012(nº16):pag. 1775 - 1793.
- (17) March J, Suess A, Prieto M, Escudero M, Nebot M, Cabeza E, et al. Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria* 2006;21(1):4-12.
- (18) Lancho MCP. Alimentación y Educación Nutricional en la Adolescencia. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2007(6):600-634.
- (19) Lutz C, Przytulski K. Introducción a la nutrición. In: de León Fraga J, Bernal Pérez M, Martínez Herrera P, González Huertam José Luis, editors. *Nutrición y dietoterapia*. 5ª edición ed.: McGraw Hill; 2011. p. pag. nº3 - 12.
- (20) Cabrerizo García DL. Nociones generales sobre Alimentación y Nutrición. In: Fundación Estudios y formación sanitaria, editor. *Patologías asociadas a errores nutricionales*. 2ª edición. ed. Madrid: Estudios y Formación Sanitaria; 2001. p. pag.23 - 41.
- (21) Gil Hernández Á, Mañas Almendros, Mariano y Martínez de Victoria Muñoz, Emilio. Ingestas dietéticas de referencia, objetivos nutricionales y guías. *Tratado de Nutrición: Nutrición Humana en el Estado de Salud*. 2ª edición ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. pag.nº32 - 64.
- (22) Lutz C, Przytulski K. Control de peso. In: de León Fraga J, Bernal Pérez M, Martínez Herrera P, González Huerta JL, editors. *Nutrición y dietoterapia*. 5ª edición ed.: Mc Graw Hill; 2011. p. pag. 327 - 346.
- (23) Nutrición del ciclo vital: lactancia, infancia y adolescencia. In: de León Fraga J, Bernal Pérez M, Martínez Herrera P, González Huerta JL, editors. *Nutrición y dietoterapia*. 5ª edición ed.: Mc Graw Hill; 2011. p. pag. 210 - 242.
- (24) Moreno Aznar LA, Rodríguez Martínez, Gerardo y Bueno Lozano, Gloria. *Nutrición en la adolescencia*. *Tratado de Nutrición: Nutrición Humana en el Estado de Salud*. 2ª edición ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. pag.nº 258 - 273.
- (25) Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón. *Guía Práctica: Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*.
- (26) Dapcich V, Salvador Castell G, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J, Serra Majem L. *Consejos para una alimentación saludable*. Madrid, 2007.
- (27) Rubio Herrera, Dr. Miguel A. Estados Patológicos que modifican el peso. In: Fundación Estudios y Formación Sanitaria, editor. *Patologías Asociadas a Errores Nutricionales*. 2ª edición ed. Madrid: Fundación Estudios y Formación Sanitaria; 2001. p. pag. 313 - 348.
- (28) Navarro LL, Jiménez MNG. *TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*. Aproximación cognitivo-conductual.
- (29) Asuero Fernández R, Avargues Navarro ML, Martín Monzón B, Borda Mas M. Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología (Internet)* 2012;5(2):39-45.
- (30) Ekstrand AC, Villanueva ER. Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica [Cognitive behavioral therapy for eating disorders according to the transdiagnostic view]. *Acción Psicológica* 2011;8(1):21-33.
- (31) Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P. Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile* 2012;140(1):98-107.
- (32) Almeda Cruz B. Tratamiento dietético-nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: proceso de progresiva autonomía en el diseño de la dieta adecuada. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2012(15):1691-1708.

- (33) Ruiz Prieto I. Elección dietética de familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Nombre de la revista: Trastornos de la conducta alimentaria 2011(ejemplar nº13):páginas 1384 - 1415.
- (34) Loria Kohen V, Gómez Candela C, Lourenço Nogueira T, Pérez Torres A, Castillo Rabaneda R, Villarino Marin M, et al. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutrición Hospitalaria* 2009;24(5):558-567.
- (35) Planas Vilà M, Pérez - Portabella M, Martínez Costa C. Valoración del estado nutricional en el adulto y en el niño. In: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral, editor. *Tratado de Nutrición: Nutrición HUMana en el Estado de Salud*. 2ª edición ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; Mayo de 2010. p. pag. 69 - 97.
- (36) Baile Ayensa JI, Guillén Grima F, Garrido Landívar E. Insatisfacción corporal con adolescentes medida con el *Body Shape Questionnaire (BSQ)*: efecto del anonimato, sexo y la edad. 8 marzo de 2012;Vol. 2(nº3):pag. 439 - 450.

ANEXOS

- **Anexo nº1:** Valoración nutricional.
- **Anexo nº2:** Entrevista previa al programa.
- **Anexo nº3:** Documento de Consentimiento informado dirigido a los padres.
- **Anexo nº4:** Documento de Consentimiento Informado dirigido a los participantes.
- **Anexo nº5:** Autoevaluación del programa.
- **Anexo nº6:** Preguntas del debate.
- **Anexo nº7:** Cuestionario EAT - 26.
- **Anexo nº8:** Cuestionario de conocimientos sobre aspectos nutricionales.
- **Anexo nº9:** Encuesta sobre hábitos alimentarios.
- **Anexo nº10:** Elaboración del menú semanal.
- **Anexo nº11:** Escala de Autoestima de Rosemberg.
- **Anexo nº12:** Body Shape Questionnaire.
- **Anexo nº13:** Información sobre servicios sanitarios, asociaciones y grupos de ayuda disponibles en Navarra y en la Web.

Anexo nº1: Valoración nutricional

Las personas que formarán parte del programa educacional deberán de presentar un estado nutricional saludable. La valoración nutricional será llevada a cabo por un nutricionista especializado en niños y adolescentes (24,35).

1. Anamnesis dietética:

Se valorarán los antecedentes personales, el perfil de desarrollo y la curva de crecimiento. Será necesario consultar la historia clínica así como el Irati, para obtener más información sobre valoraciones nutricionales anteriores.

Además, se preguntará al paciente y a los familiares (por separado) sobre los hábitos y patrones alimentarios, por ejemplo si realiza algún tipo de dieta, cuantas comidas hace al día, si toma suplementos nutricionales etc.

2. Exploración clínica y antropométrica:

En primer lugar, se realizará una exploración observacional, es decir, se valorará la piel, uñas, pelo, boca etc.

En segundo lugar, se pesará y medirá al paciente para después comparar los resultados obtenidos con las curvas percentiladas y con los datos almacenados en la historia clínica, es decir, la curva de crecimiento. Por otro lado, también se valorará el perímetro braquial, el perímetro de la cintura y los pliegues cutáneos subcutáneos.

3. Determinaciones analíticas.

Se valorarán también los niveles de linfocitos, albúmina sérica, transferrina, cinc, colesterol, niveles de vitaminas etc. La finalidad es detectar posibles déficits nutricionales.

Los pacientes que estén exentos de riesgos nutricionales que condicionen su salud podrán participar en el programa.

Anexo nº2: Entrevista previa al programa

Con la finalidad de valorar si la persona que está recibiendo tratamiento ambulatorio está preparada para participar en este programa de educación se realizará una entrevista. En la entrevista se destacarán las siguientes preguntas:

- Hace X tiempo te diagnosticaron anorexia nerviosa ¿estás de acuerdo con el diagnóstico?
- ¿Crees que la ayuda que estás recibiendo actualmente está siendo de utilidad?
- ¿Crees que tu situación en particular se podría mejorar mediante el aumento de tus conocimientos?
- ¿Tienes expectativas de mejora?
- ¿Tienes algún inconveniente en realizar terapia grupal? Es decir, ¿te importaría hablar de tus problemas, intercambiar opiniones etc. con otras personas que padecen tu misma enfermedad?
- ¿Te gustaría participar en un programa de educación para la salud junto con otras personas de tu misma edad?

En función de las respuestas obtenidas, según el criterio del entrevistador, si éste considera que la persona está preparada mentalmente y anímicamente para participar y que el plan de educación puede resultarle de utilidad será aceptado/a.

Anexo nº3: Documento de Consentimiento Informado dirigido a los padres de los participantes

El siguiente documento es un consentimiento informado que deberán leer y firmar los padres o tutor legal, una vez que se les haya explicado en qué consiste en plan de educación y se hayan resuelto las dudas que planteen.

Nosotros y como padres/tutor legal consentimos que participe en el plan de educación dirigido a adolescentes entre los 14 y los 16 años que hayan sido diagnosticados de anorexia nerviosa en el último año. Además

1. Hemos sido informados de acerca del programa y se han resuelto todas nuestras dudas.
2. Comprendemos que la participación es voluntaria y que podremos retirar a nuestro hijo/a cuando nosotros queramos y/o él/ella nos lo pida; sin necesidad de dar explicaciones.
3. Accedemos a que los resultados obtenidos sean utilizados para la mejora y realización de futuros planes de educación.
4. Se mantendrá siempre el anonimato de los participantes y sólo se utilizarán los resultados obtenidos.

Fdo.:

Nombre

Nombre

Firma

Firma

En, a de del

Anexo nº4: Documento de Consentimiento Informado dirigido a los participantes

El siguiente documento es un consentimiento informado que deberán leer y firmar los participantes, una vez que se les haya explicado en qué consiste en plan de educación y se hayan resuelto las dudas que planteen.

Yo, accedo a participar en el plan de educación dirigido a adolescentes entre los 14 y los 16 años que hayan sido diagnosticados de anorexia nerviosa en el último año. Además

5. He sido informado/a de acerca del programa y se han resuelto todas mis dudas.
6. Comprendo que la participación es voluntaria y que podré retirarme cuando yo quiera sin tener que dar explicaciones.
7. Accedo a que los resultados obtenidos sean utilizados para la mejora y realización de futuros planes de educación.
8. Se mantendrá siempre mi anonimato y sólo se utilizarán los resultados obtenidos.

Fdo.:

Nombre

Firma

En, a de del

Anexo nº5: Autoevaluación del programa

Con la finalidad de valorar la satisfacción de los usuarios tanto con el programa como con los contenidos, el equipo y el grupo, se realizará una serie de preguntas. A partir de los resultados obtenidos se realizarán las modificaciones necesarias para futuros programas educativos que traten el mismo tema.

1. ¿Es la primera vez que participa en un programa de educación grupal?
2. ¿Se ha sentido a gusto con los integrantes del grupo?
3. ¿Cómo valoraría la ayuda y atención recibida por parte del equipo multidisciplinar?
4. ¿Cree que la materia impartida ha contribuido a aumentar sus conocimientos?
5. ¿Añadiría o quitaría algún tema?
6. La dinámica de trabajo ¿le ha parecido adecuada? ¿Qué cambiaría?
7. ¿Cree que el plan de educación le ayudará a la hora de tomar decisiones futuras?

Comentarios a añadir:

Anexo nº6: Preguntas del debate

En primer lugar, tras haber analizado los conocimientos previos del grupo, se les preguntará sobre la educación que han recibido acerca del tema así como los medios utilizados para informarse:

1. ¿Alguna vez os han hablado sobre los trastornos de la conducta alimentaria? En la escuela, en casa, atención primaria...
2. ¿Os han hablado sobre la nutrición equilibrada en clase o en casa?
3. ¿Alguna vez habéis buscado información sobre la anorexia nerviosa? Mediante internet, preguntando a amigos, familiares etc. ¿Os interesa conocer más acerca de la enfermedad?
4. ¿Quiénes creéis que son las personas que más os pueden ayudar a superar la enfermedad?

En segundo lugar, se les preguntará sobre las personas a las que acuden ante un problema, quién les ayudo cuando se les diagnosticó anorexia nerviosa etc.

5. Cuando tenéis un problema ¿se lo contáis a alguien o preferís no contarlo? ¿a quién acudís en primer lugar? Amigos, profesores, familiares ...
6. ¿Sentís que en vuestra casa hay confianza suficiente para contar vuestros problemas?
7. En la escuela ¿sentís que recibís la ayuda necesaria cuando tenéis un problema personal?
8. ¿Quién fue la persona que se dio cuenta que necesitabais ayuda profesional?
9. ¿Quiénes fueron las personas que más os ayudaron cuando os diagnosticaron la enfermedad?

En tercer lugar, se les preguntará sobre sus sentimientos y pensamientos en relación con el diagnóstico y la enfermedad, así como las personas de confianza con las que cuentan:

10. Cuando os dijeron que padecíais anorexia nerviosa ¿cómo os sentisteis? ¿Cuáles fueron vuestros pensamientos en relación con el diagnóstico?
11. Además de vuestros familiares, ¿hay alguien más que conozca vuestro problema?

En cuarto y último lugar, se les preguntará sobre sus expectativas de recuperación:

12. ¿Sois conscientes de que padecéis un problema al que hay que ponerle solución?
13. ¿Creéis que vuestra situación en particular tiene solución? ¿Qué creéis que debería hacerse para solucionar vuestro problema?
14. ¿Creéis que estas sesiones pueden ser de ayuda para solucionar o ayudar a solucionar vuestros problemas?

Anexo nº7: Cuestionario EAT – 26

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

Tabla 5, Cuestionario EAT - 26 (versión abreviada del cuestionario Eating Attitude - 40);(25)

Anexo nº8: Conocimientos sobre aspectos nutricionales

SELECCIONA LA OPCIÓN CORRECTA

1. **¿Cuántas comidas han de realizarse al día?**
 - a. Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda, cena.
 - b. Tres: desayuno, comida y cena.
 - c. Dos: comida y cena.
 - d. Una comida principal y comer algo ligero el resto del día.
2. **¿Qué tipo de alimento es el que más se debe de comer?**
 - a. Vitaminas.
 - b. Proteínas.
 - c. Carbohidratos.
 - d. Hay que comer todo tipo de alimentos en las mismas cantidades.
3. **Los carbohidratos o hidratos de carbono podemos encontrarlos en los siguientes alimentos:**
 - a. Carnes y pescados.
 - b. Arroz, pasta, cereales, patatas, pan etc.
 - c. Aceite de oliva.
 - d. Huevos.
4. **Las chucherías, bebidas azucaradas, comida rápida etc.**
 - a. No se deben comer nunca, ya que además de engordar no son sanas.
 - b. Se pueden comer ocasionalmente.
 - c. Se pueden comer todos los días, pero en muy poca cantidad.
 - d. Da igual cuantas veces se coman si el resto de la comida ingerida es saludable.
5. **La pasta, arroz, patatas, cereales etc. Han de tomarse:**
 - a. 3 – 4 veces por semana.
 - b. 2 – 3 veces por semana.
 - c. Diariamente.
 - d. Hay que evitarlos por que engordan.
6. **Las frutas y verduras han de tomarse:**
 - a. 3 – 5 veces por semana.
 - b. 5 – 7 veces por semana.
 - c. Diariamente.
 - d. Son los alimentos que más hay que tomar a lo largo del día, ya que, son los más sanos y los que más nutrientes aportan.
7. **Alimentos como carne, legumbres, pescado, huevos etc. Han de tomarse:**
 - a. 2 – 4 veces por semana.
 - b. 5 – 6 veces por semana.
 - c. Diariamente.
 - d. Con comer una vez a la semana es suficiente.
8. **El aceite...**
 - a. Es un alimento que debe evitarse.
 - b. El aceite de oliva es bueno para una nutrición equilibrada, tomado en pequeñas cantidades.
 - c. El aceite más saludable es el de girasol.

9. El agua, debe de tomarse

- a. Antes de empezar a comer.
- b. Durante las comidas.
- c. Después de las comidas.
- d. A cualquier hora.

10. La adolescencia es una etapa en la que...

- a. Se debe de aumentar las cantidades de alimentos que se ingieren para contribuir al crecimiento.
- b. Se debe de comer menos que en la etapa adulta, ya que las necesidades de energía son inferiores.
- c. Se debe de comer menos que en la infancia, ya que los requerimientos nutricionales son inferiores.
- d. Se debe de comer lo mismo que en otras épocas.

11. Una dieta equilibrada consiste en:

- a. Comer todo tipo de alimentos de forma variada y equilibrada.
- b. Comer muchas frutas y verduras y evitar alimentos como el pan.
- c. Comer en muy poca cantidad y pocas veces al día.
- d. No variar mucho los alimentos que se comen y saltarse comidas como por ejemplo la cena, ya que es la comida que más engorda y es innecesaria.

Anexo nº9: Encuesta sobre hábitos alimentarios

RESPONDE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS BASÁNDOTE EN TUS HÁBITOS ALIMENTARIOS

- 1. De las siguientes comidas, ¿Cuáles realizas diariamente?**
 - a. Desayuno ()
 - b. Almuerzo ()
 - c. Comida ()
 - d. Merienda ()
 - e. Cena ()
 - f. Suelo comer a deshoras, cuando tengo hambre.
- 2. ¿Dónde realizas las comidas indicadas en el apartado anterior? Instituto, casa, fuera de casa, casa de algún amigo etc.**

3. ¿Sueles comer sólo o acompañado?

4. ¿Cuánto tiempo dedicas a cada comida indicada en el primer apartado?

5. ¿Quién cocina normalmente para ti? Padres, abuelos, haces tu propia comida etc.

6. ¿Cuáles son los cinco platos de comida que más te gustan?

7. ¿Cuáles son los cinco platos de comida que menos te gustan?

- 8. ¿Hay algún tipo de alimento que evites comer porque engorden?**
- 9. Si tienes que comer algún alimento que no te gusta y no quieres comerlo, ¿suelen obligarte a comerlo?**
- a. Siempre.
 - b. A veces.
 - c. Nunca; si no quiero comer algo, no lo como.
- 10. En comparación con tus amigos y/o compañeros de clase, ¿Cómo crees que comes?**
- a. Considero que como más que ellos.
 - b. Considero que como igual que ellos.
 - c. Considero que como menos que ellos.
 - d. Considero que como mejor que ellos, ya que, aunque coma menos cantidad, como de todo.
 - e. Considero que como peor que ellos, ya que, como en menos cantidad y menos variado.
- 11. ¿Cuántas veces a la semana comes chucherías, dulces, bebidas azucaradas etc.?**
- a. Nunca.
 - b. 1 – 2 días.
 - c. 2 – 3 días.
 - d. 3 – 5 días.
 - e. Todos o casi todos los días.

Anexo nº10: Elaboración del menú semanal

PIRÁMIDE NUTRICIONAL

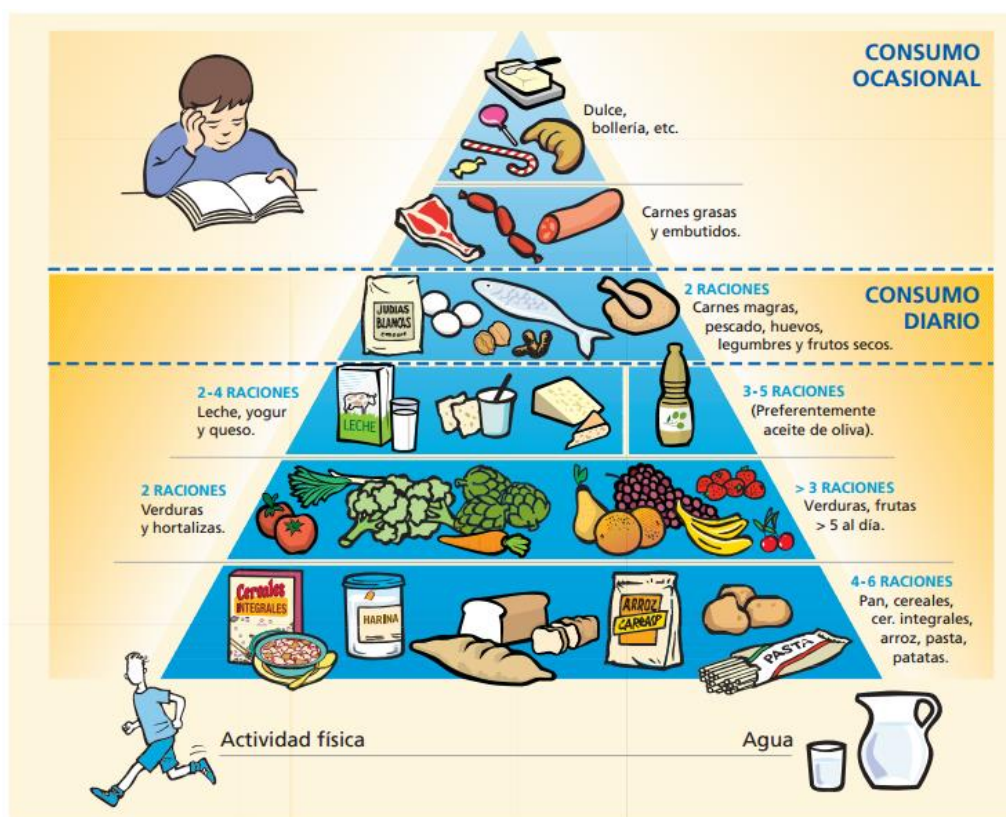


Ilustración 2, Pirámide alimentaria dirigida a niños y adolescentes sanos de la SENC (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria).

CONSEJOS DIETÉTICOS (19,24,26)

1. Dividir el total de los alimentos en cinco comidas diarias evitando comer entre comidas. Importante no saltarse el desayuno puesto que es la comida más necesaria del día ya que aporta calorías en el momento que más se necesitan.
2. Incluir en la dieta la mayor variedad posible de alimentos.
3. Evitar en la medida de lo posible hacer uso de ácidos grasos saturados (aceite de coco y palma) y no consumir más de 300mg de colesterol al día.
4. Evitar añadir frituras, azúcares, mantequillas, edulcorantes calóricos etc. a los alimentos.
5. Consumir menos de 2300mg de sodio al día (una cucharada pequeña de sal) y elija alimentos que sean bajos en sal.
6. Mantenerse hidratado y beber agua. El agua es imprescindible para el equilibrio osmótico, mantenimiento del pH, transportar sustancias disueltas y de desecho etc. Los requerimientos generales de agua variarán individualmente. En función de la actividad física realizada por el individuo, alimentos ingeridos, sudoración etc.
7. Evitar tomar bebidas alcohólicas.
8. Mantener un equilibrio entre la ingesta calórica diaria y la actividad física que se realiza. Realizar diariamente 30min de actividad física de intensidad moderada además de las actividades habituales (tareas domésticas, andar para ir al instituto etc.).

TABLA DE GRUPOS ALIMENTICIOS, RACIONES Y MEDIDAS CASERAS

Grupos de alimentos	Raciones recomendadas	Peso de cada ración	Medidas caseras	Consejos nutricionales
Pan, cereales, arroz, pasta y patatas	4 – 6 raciones/día	60 – 80g pasta, arroz. 40 – 60g de pan 150 – 200g patatas	1 plato normal de arroz 3 o 4 rebanadas de pan. 1 patata grande o 2 pequeñas	Aportan hidratos de carbono complejos, vitaminas, minerales y fibra. A poder ser → pan y cereales integrales (aporte de fibra) y evitar añadir grasa a estos alimentos (p.ej.: mantequilla al pan).
Verduras y hortalizas	2 raciones/día mínimo	150 – 200g	1 plato de ensalada variada/verdura cocida/ 1 tomate grande/2 zanahorias etc.	Además de ser pobres en grasa, proporcionan: - Vitaminas A, C y folatos. - Hierro y magnesio. - Fibra. A poder ser → no añadir mucho aceite y evitar añadirle mantequilla, mayonesa etc.
Frutas	3 raciones/día mínimo	120 – 200g	1 taza de cerezas, dos rodajas de melón etc.	Además de ser pobres en grasa y sodio, proporcionan: - Vitaminas A y C. - Potasio. A poder ser → fruta fresca y zumos exprimidos al 100%, comer la fruta entera...
Aceite de oliva	3 – 6 raciones/día	10ml	1 cucharada sopera.	Aporta ácidos grasos monoinsaturados.
Leche y derivados	2 – 4 raciones/día	200 – 250ml leche 200 – 250g de yogur 40 – 60g queso curado 80 – 150g queso fresco	1 taza de leche 2 yogures. 2 – 3 lonchas de quesos. Una porción individual.	Proporcionan: vitaminas, proteínas y minerales (excelente fuente de calcio). A poder ser → tomar leche y yogures descremados, evitar quesos grasos y los helados.
Pescados	3 – 4 raciones por semana	125 – 150g	1 filete individual	Proporcionan proteínas, vitaminas (grupo B) y minerales (hierro y cinc). A poder ser → evitar frituras (prepararlos a la plancha o cocidas).
Carne magras, aves y huevos	3 – 4 raciones de cada a la semana. Alternando su consumo.	100 – 125g	1 filete pequeño de carne. 1 cuarto de pollo o conejo. 1 – 2 huevos	Proporcionan proteínas, vitaminas y minerales. A poder ser → elegir carnes de poca grasa y prepararlo a la brasa, plancha o cocida.
Legumbres	2 – 4 raciones a la semana	60 – 80g	1 plato normal individual	Proporcionan proteínas, vitaminas y minerales (sobre todo calcio y hierro).
Frutos secos	3 – 7 raciones a la semana	20 – 30g	Un puñado o ración individual.	
Embutidos y carnes grasas	Consumo moderado			Suelen presentar cantidades elevadas de grasas saturadas lo cual aumenta las tasas de colesterol; por ello, su consumo debe de ser ocasional. Consejo → leer los etiquetados de los productos para conocer el tipo y la cantidad de grasa que presentan.
Dulces, snacks y refrescos				
Mantequilla, margarina y bollería				
Agua	4 – 8 raciones/día	2000ml aprox.		
Actividad física	Diaria		Mínimo 30 minutos	

Ilustración 3, Recomendaciones nutricionales de cada grupo de la pirámide nutricional. Elaboración propia a partir de referencias. (24,26)

MENÚ SEMANAL

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO							
ALMUERZO							
COMIDA							
MERIENDA							
CENA							

Tabla 6, Planilla para elaborar el menú semanal. Elaboración propia

Anexo nº11: Escala de autoestima de Rosemberg

Se trata de un cuestionario dirigido a valorar la autoestima personal, es decir, los sentimientos de valía personal y respeto hacia uno mismo.

Se trata de marcar la casilla de la respuesta más apropiada, teniendo en cuenta lo siguiente:

- A: Muy de acuerdo.
- B: De acuerdo.
- C: En desacuerdo.
- D: Muy en desacuerdo.

	A	B	C	D
1. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
2. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.				
5. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
6. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
7. Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas.				
8. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
9. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Interpretación:

La puntuación de los ítems se hará de la siguiente manera:

- De la pregunta nº1 a la nº5 las respuestas A → D se puntúan de 4 →1.
- De la pregunta nº6 a la nº10 las respuestas A →D se puntúan de 1 → 4.

El total de puntos indicará lo siguiente:

- De 40 → 30: Autoestima elevada; autoestima considerada como autoestima normal.
- De 26 → 29: Autoestima media; no presenta problemas graves de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25: Autoestima baja; existen problemas significativos de autoestima.

Fuente: Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Anexo nº12: Body Shape Questionnaire

El siguiente cuestionario, llamado Body Shape Questionnaire (BSQ), es un cuestionario dirigido a valorar la insatisfacción con la imagen corporal. Fue realizado en 1987 por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn y adaptado a la población española por Raich et al. En 1996.(36)

1. Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has considerado ponerte a dieta?
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalga s o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?
4. ¿Has tenido miedo a engordar?
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?
9. ¿Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?
11. ¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?
12. Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?
14. Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentirgorda/o?
18. ¿Has evitado ir a actos sociales porque te has sentido mal con tu figura?
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío?
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estó-mago?
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)?
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?
29. Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?
30. ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?
32. ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?

Anexo nº13: Información sobre servicios sanitarios, asociaciones y grupos de ayuda disponibles en Navarra y en la Web.

En relación con la atención a personas que padecen anorexia nerviosa, en Navarra existen una amplia gama de servicios dedicados a ellos donde las personas afectadas reciben tratamiento, atención y seguimiento de su enfermedad de forma individualizada y multidisciplinar. Dichos servicios son los siguientes:

1. *Servicios ambulatorios, centros de salud mental*: Son servicios, dependientes de la Dirección de Salud Mental, que atienden los trastornos mentales de forma ambulatoria. Se encargan de prevenir situaciones graves así como evitar la cronicidad de la enfermedad de manera no restrictiva.
2. *Hospitales de día*: Son servicios dirigidos a pacientes mayores de 16 años que presentan un trastorno mental grave en fase aguda o subaguda. Son dispositivos que ofrecen servicios mediante estancia intermedia. En Pamplona existen dos Hospitales de Día y otro más en Tudela.
3. *Programas de trastornos de la conducta alimenticia (UTCA)*: Este servicio va dirigido a la población que padece anorexia nerviosa y tiene más de 16 años. Está ubicado en el Hospital de Día Iruvide. Ofrece atención multidisciplinar en régimen de hospitalización parcial así como, terapias grupales.
4. *Servicios de Hospitalización Psiquiátrica breve*: Son servicios integrados en las Unidades de Hospitalización que atienden a personas con trastorno mental grave en fase aguda a lo largo de las 24h durante un periodo corto de tiempo.
5. *Unidad de Media Estancia (UME)*: Atienden a pacientes procedentes de los servicios de Hospitalización Psiquiátrica Breve que precisen más tiempo de ingreso. Lo que se pretende es una rehabilitación funcional y social.
6. *Servicio de Salud Mental Infanto – Juvenil*: Son servicios dirigidos a la población menor de 16 años. Existen tres unidades que atienden a esta población:
 - a. *Centro de Salud Mental Infanto – Juvenil (CSMIJ)*: Se trata de un servicio ofertado en los Centros de Salud Mental ambulatorios. Ofrecen tratamientos intensivos y especializados mediante programas y de manera multidisciplinar.
 - b. *Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto – Juvenil*: Está integrada en la unidad de psiquiatría aguda del pabellón B del Complejo Hospitalario de Navarra. Atienden casos agudos o graves derivados de otros programas o de la unidad de Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias.
 - c. *Hospital de día Infanto – Juvenil*: Ofrecen tratamiento intensivo en régimen de hospitalización parcial a pacientes derivados de los Centros de Salud Mental Infanto – Juvenil y de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto – Juvenil.

Además en internet se puede contar con varias páginas dedicadas al tratamiento de los TCA, donde las personas afectadas así como los familiares pueden informarse y pedir ayuda. A continuación se describen algunos de ellos:

1. Asociación contra la Bulimia y la Anorexia nerviosas (aban.es)

Se trata de una Asociación de Navarra integrada por los familiares y amigos de personas afectadas por los trastornos de la conducta alimentaria que tienen como objetivos acoger, apoyar y asesorar, sensibilizar a los sectores implicados, promover un plan interdepartamental contra los TCA etc.

A través de esta página también se pueden consultar los recursos públicos y privados disponibles en Navarra: nutricionistas, psicólogos, centros de apoyo etc. Además ofrecen la oportunidad de asistir a grupos de apoyo, entrevistas, congresos, cursos, reuniones informativas etc.

2. Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia nerviosas (FEACAB)

Se trata de una federación formada por las Asociaciones de diferentes provincias o Comunidades Autónomas de España que agrupan a un gran número de afectados por dicha enfermedad. Tal y como se explica en su página web (www.feacab.org) os objetivos principales de dicha organización son los siguientes:

- Promover la existencia de soluciones socio – sanitarias y educativas adecuadas y suficientes para la prevención y tratamiento de estas enfermedades.
- Promover códigos de buenas prácticas, tanto para las asociaciones como para otros colectivos (medios de comunicación, comercio etc.).
- Sumar los esfuerzos de prevención que ya están realizando cada una de las asociaciones.

En la página web se puede encontrar información sobre los trastornos alimenticios de Anorexia y Bulimia, las distintas asociaciones de ayuda que se pueden encontrar en España, así como, información acerca de eventos que ha realizado la federación.

3. Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia (ADANER).

Se trata de una organización que tiene su sede en Madrid (C/Comandante Zorita 50, 1ª izquierda. 2802 Madrid). Cuentan con una página web (www.adaner.org) en la cual se puede encontrar lo siguiente: Información acerca de la anorexia y la bulimia, preguntas frecuentes, ayudas que ofrecen (por ejemplo: medidas de prevención, tratamientos, información acerca de los derechos de los pacientes, recursos públicos y privados, incapacitaciones etc.). También se puede encontrar distintos testimonios de personas que han superado la enfermedad y que pueden ser de gran ayuda como fuente de motivación; noticias relacionadas con el tema; programación de distintas actividades que se ofertan etc.

4. Fundación imagen y Autoestima (www.f-ima.org):

Se trata de una asociación de Barcelona (C/Mallorca 198, 08036 Barcelona) que tienen como misión “mejorar el estilo y la calidad de vida de jóvenes, familias y grupos de alto riesgo de TCA, con el fin de prevenir la aparición e incidencia de dichos trastornos”. Es decir, intervienen ante los factores de riesgo existentes en nuestras sociedades de hoy en día que puedan provocar la aparición de un trastorno alimenticio. Para ello tienen disponible en su página web (www.f-ima.org) informes, estudios, publicaciones, programas de prevención, campañas de sensibilización y más recursos que pueden ser de gran ayuda tanto para las personas afectadas, familiares o equipos sanitarios.

Muchas de las actividades y talleres que promueven son del tipo presencial, aún así, se puede contactar con ellos a través de correo electrónico y un número de teléfono que ponen a la disposición de cualquiera que lo necesite.

5. Tú eres más que una imagen (www.masqueunaimagen.com)

Se trata de una página web diseñada por la ONG “protégeles” (organización de protección de la infancia que trabaja en la prevención y seguridad infantil en las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Forma parte de la II Campaña de Prevención de la Anorexia y la Bulimia en internet.

En ella se puede encontrar información relevante acerca de las enfermedades de la Anorexia y la Bulimia así como recomendaciones para familiares, amigos y profesores de las personas afectadas y para aquellas personas que la sufren.