



Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
RECAÍDAS EN LOS TRASTORNOS
CRÓNICOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD PARA FAMILIARES**

Natalia Cañamares Herraiz

Tutora: María Ángeles Álvarez López

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades complejas y multicausales, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes, siendo la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes, tras la obesidad y el asma, dado que el 10-25% de las personas afectadas no se recuperan. Con una prevalencia elevada, en más del 20% de los casos están relacionados con episodios de depresión o ansiedad, problemas físicos, y una tasa de intentos de suicidio del 25%. Este trabajo plantea el diseño de un programa de Educación para la Salud, impartido por enfermeras, y dirigido a familiares de personas con un trastorno crónico de Anorexia y/o Bulimia Nerviosa, para evitar y/o prevenir las recaídas, aumentar los conocimientos y mejorar el manejo intrafamiliar. Para ello se revisaron 282 artículos. Tras su lectura, 15 fueron los utilizados a la hora de plantear las 5 sesiones para familiares de pacientes con un TCA crónico. La enfermera de Atención Primaria es una figura clave en la atención a la salud de la población, siendo el profesional más accesible del sistema para las familias, por lo que resulta necesario que entrenen habilidades de comunicación y escucha activa. El refuerzo de conocimientos, las diferencias entre ambas patologías, los signos de alarma para prever situaciones difíciles y la adquisición de una mayor capacidad de visión y actuación van a permitir a las familias evitar las complicaciones de la enfermedad, las autolesiones y los intentos suicidas, y como consecuencia, se reducirán el número de hospitalizaciones y otros tratamientos.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa, prevención secundaria, educación en salud.

ABSTRACT

Eating disorders are complex and multi-causal diseases, which mainly affect adolescents and young women, being the third most common chronic disease among young women, after obesity and asthma, since that 10-25% of affected people do not recover. With a high prevalence, in more than 20% of cases, eating disorders are related to episodes of depression or anxiety, physical problems, and a suicide attempt rate of 25%. In this end-of-degree work proposes the design of a health education program, taught by nurses and aimed at relatives of people with a chronic disorder of anorexia and / or bulimia nervosa disorder, to avoid and / or prevent relapses, increase knowledge and improve intra-family management. For this, 282 articles were reviewed. After reading it, 15 were the ones used to propose the 5 sessions for relatives of patients with chronic eating disorders. The Primary Care nurse is a key figure in the health care of the population, being the most accessible professional in the system for families, making it necessary to train communication and active listening skills. The reinforcement of knowledge, the differences between the two pathologies, the alarm signs to foresee difficult situations and the acquisition of greater capacity for vision and action, will allow family members to avoid complications of the disease, self-harm and suicide attempts, and as a consequence, the number of hospitalizations and other treatments will be reduced.

KEY WORDS

Nursing, anorexia nervosa, bulimia nervosa, secondary prevention, health education.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	8
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
4.1 Diseño	10
4.2 Datos técnicos del programa	14
4.3 Población diana	14
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	15
4.5 Procedimiento y material utilizado.....	15
4.6 Evaluación del programa.....	20
4.7 Consideraciones ético-legales.....	21
5. DISCUSIÓN /FORTALEZAS LIMITACIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	22
6. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	23
7. CONCLUSIONES.....	24
8. BIBLIOGRAFÍA	26
9. ANEXOS	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Artículos seleccionados	13
Tabla II. Cronograma actividades a realizar durante el programa	15
Tabla III. Actividades impartidas y distribución del tiempo. Sesión 1.	17
Tabla IV. Contenidos teóricos impartidos. Sesión 2.	17
Tabla V. Técnicas de relajación impartidas. Sesión 5.	20
Tabla VI. Encuesta de satisfacción del programa	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de artículos en inglés y español.	11
Figura 2. Número de artículos según bases de datos.	11
Figura 3. Porcentaje final de artículos por idiomas.	12

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Díptico.	30
Imagen 2. Cartel informativo.	31
Imagen 3. Tabla de ejercicios de respiración.	31

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- TCA: Trastornos de la conducta alimentaria
- OMS: Organización mundial de la salud
- DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5a edition)
- AN: Anorexia Nerviosa
- BN: Bulimia Nerviosa
- TFG: Trabajo fin de grado
- HURH: Hospital universitario Rio Hortega
- EPS: Educación para la Salud
- ITS: Infecciones de transmisión sexual
- RRSS: Redes sociales

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades complejas y multicausales, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes, representando la tercera enfermedad crónica más común en la adolescencia, tras la obesidad y el asma, dado que el 10-25% ⁽¹⁾ de las personas afectadas no se recuperan. Si bien es un trastorno cuya aparición es más común entre las mujeres, los varones también se ven afectados en una proporción de 1:10. ^(1,2,7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales prioritarias en la población infantil y adolescente, debido al riesgo que implican para la salud. Estos trastornos abarcan tanto factores psicológicos y físicos, como elementos del medio ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento. Dichas patologías comparten síntomas cardinales, tales como la insatisfacción con la imagen corporal y/o la influencia anormal de ésta en la valoración personal, la preocupación persistente e interferente por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes los padecen. ^(2,4)

Muchas veces su curso es crónico, lo que conlleva consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica, hasta la muerte, debido a las complicaciones y los intentos de suicidio. El pronóstico mejora notablemente cuando la enfermedad es diagnosticada dentro de los tres primeros años de ésta, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad. ⁽³⁾

Los TCA se caracterizan por presentar una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación, que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física y psicosocial. ^(4,6)

Están clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) ⁽⁴⁾ como “*Trastornos alimentarios y de la ingestión de*

alimentos” ⁽⁴⁾ y dentro de este grupo se encuentran las siguientes enfermedades: *Pica, Trastorno de rumiación, Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de atracones, otro Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado, y otro Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado.* ⁽⁴⁾

Este trabajo se centra en las personas con **trastornos crónicos de Anorexia y Bulimia nerviosa.**

La Anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por una conducta en la que la persona realiza una restricción importante de la ingesta alimentaria. Esto da lugar a una considerable pérdida de peso, manteniéndose éste por debajo del mínimo esperable para la edad, sexo o el desarrollo evolutivo de cada paciente; llegando, en ocasiones, a un estado de grave desnutrición. ^(4,6)

Esta pérdida de peso está originada por la misma persona, a través de una disminución de la ingesta de alimentos, que se acompaña frecuentemente de conductas encaminadas a perder peso tales como la autoprovocación del vómito, uso o abuso de laxantes y diuréticos o la práctica de ejercicio físico intenso.

La Bulimia nerviosa (BN) se describe como “episodios recurrentes de voracidad en la conducta alimentaria, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como la provocación del vómito, el uso de fármacos (laxantes y diuréticos), el ayuno, o el ejercicio excesivo”. ^(4,6)

Ambas enfermedades comparten el hecho de que quienes las padecen, presentan una alteración importante en la percepción de su propio cuerpo y su peso corporal.

La importancia de la AN y BN reside en su elevada prevalencia, siendo de 0,5 a 1% ⁽⁶⁾ para la anorexia y de 1 al 3% ⁽⁶⁾ para la bulimia, cifras que se aplican a las personas diagnosticadas que presentan el cuadro sintomatológico completo. En más del 20% de los casos, los TCA están relacionados con episodios de

depresión o ansiedad y con problemas físicos, presentando una tasa de intentos de suicidio que ronda el 25%. ^(5,6)

En España, diversos estudios revelan que existe una prevalencia del 0,14% al 0,9% ⁽⁷⁾ para la AN, y del 0,41% al 2,9% para la BN ^(5,7)

Respecto a la diferenciación de género en la aparición de este tipo de trastornos, cerca de un 90% de los casos corresponden a mujeres y aunque esta tendencia se ha mantenido en el tiempo, cada vez son más frecuentes los casos de AN y BN en el género masculino. ^(1,7)

Hay estudios que prevén que entre 0.9%-2.0% de las mujeres y 0.1-0.3% de los hombres desarrollarán AN; y entre 1.1%-1.6% de las mujeres y 0.1%-0.5% de los hombres, desarrollarán BN. ⁽⁵⁾

Por otro lado, aunque estos trastornos pueden iniciarse en el periodo de la adolescencia y adultez temprana (entre los 10 y 14 años), la mayoría de los casos se da en la adolescencia, entre los 15 y 17 años. En particular, la AN tiende a afianzarse en la pubertad y la BN al final de la adolescencia o inicio de la edad adulta. ^(1,7)

El pronóstico de los TCA resulta complejo de determinar, dado el curso variable de la enfermedad, con frecuentes recaídas y ciclos de recuperación.

La AN presenta una tasa de mortalidad entre el 1 y el 10% aproximadamente, debido a la inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico, y que, un número no establecido de pacientes presentará la enfermedad en estado latente durante el resto de su vida. Esto es lo que se conoce como **anorexia crónica**. Otro dato que cabe destacar es que el 40% de las pacientes con AN, cuatro años después desde su inicio, presentan síntomas bulímicos de forma crónica. ⁽¹⁾

Para hablar de cronicidad o cronificación habría que hacer referencia a algunos términos clásicos, algo ya en desuso en los textos habituales. La patocronia (*pathos*, afección; *khronos*, tiempo) es la parte de la patología que estudia la condición temporal de la enfermedad. ⁽⁸⁾

Podríamos hablar de cronicidad debida al diagnóstico (hay enfermedades crónicas y agudas, es obvio); cronicidad debida al tiempo de evolución; cronicidad debida a la “debilidad” de los síntomas (los síntomas no son tan aparentes como para que reciban una atención correcta a lo largo de años y, por lo tanto, se convierten en crónicas); cronicidad a causa de la discapacidad que produce; cronicidad debida al tratamiento; y cronicidad debida al modelo asistencial. ⁽⁸⁾

Pero, ¿a qué llamamos cronicidad en los TCA? Se considera que la AN tiene un curso crónico cuando hay una incapacidad para mantener el peso, si está presente la depresión de forma crónica, si persiste la obsesividad y si hay dificultades sociales (si han pasado 10 años desde el inicio). En el caso de la BN, cuando hay experiencias negativas referidas al cuerpo, si persiste la pérdida de control sobre la ingesta y las conductas de purga, si persiste la impulsividad y la agresividad, la tendencia a las adicciones, el humor inestable y los antecedentes de traumas psíquicos ⁽⁸⁾

Sin embargo, a lo largo de los últimos años ha mejorado la tendencia a la cronicidad de estos trastornos por diversas causas. Entre ellas destacan, los tratamientos precoces y la mayor adherencia a ellos (lo que supone menos fracasos); la disminución de la necesidad de ingresos vinculados a la curación, no sólo al peso; mejor recuperación ponderal sin instrumentación, destacando el papel de enfermería en este sentido; la mejora de los hospitales de día y programas psicológicos; y finalmente, una enfermería de calidad basada en especialistas en cuidados de salud mental. ^(8,11,12,13)

Muchas veces, tanto la cronicidad como la gravedad en las mujeres y hombres con estos trastornos, se debe a que suelen avergonzarse de sus conductas y tratan de ocultar sus síntomas, intentando no preocupar a sus familiares y ocultando el verdadero problema, sin pedir ayuda. Por ello, para evitar esta cronificación, sería necesario realizar un programa de salud impartido por enfermeras que evite las recaídas y la mortalidad en personas diagnosticadas de AN y BN en una fase crónica, especialmente en la última etapa de la

adolescencia y adultez que es el periodo de más incidencia de cronicidad y cuando más probabilidad de recaídas existe. (7,11,13)

Este trabajo fin de grado (TFG) se centrará en describir el rol de la enfermería para la prevención de recaídas en las personas con AN y BN; pues en un gran porcentaje de casos van ligadas la una a la otra, solapándose o alternándose en el tiempo de enfermedad, y dos tercios de las personas que sufren AN y el 30-50% que sufren BN, seguirán padeciendo estas enfermedades de forma crónica. (1,2,3)

2. JUSTIFICACIÓN

El aumento de la incidencia de los TCA y las características de la población de riesgo, hacen de estas patologías un importante problema socio-sanitario. Así, en la evolución de los trastornos hay que considerar que, en las tres últimas décadas, la AN y la BN, se han convertido en un importante problema con graves secuelas físicas, sociales y emocionales, junto a un notable y preocupante aumento de cuadros crónicos, que requieren tratamientos y seguimientos complejos y costosos.

Por ello, aunque el tratamiento tenga éxito, es prolongado, y la cronicidad más aún, siendo una enfermedad que en personas jóvenes interrumpe el desarrollo normal y la maduración, lo que trae consigo consecuencias imprevisibles.

La AN y BN constituyen actualmente un reto socio-sanitario, con unas tasas de prevalencia e incidencia elevadas ^(5,6,7), las cuales van aumentando progresivamente conforme avanza la edad, llegando a la adolescencia y al final, en la edad adulta, se convive con ellas en muchos de los casos. El desconocimiento de la causa exacta, la falta de una cura definitiva y el aprendizaje de control de la enfermedad por parte de los pacientes y las familias, convierten a estas enfermedades en una prioridad para la salud pública.

La elección de este tema para la realización del TFG es debido a varios motivos. Uno radica en mi rotación por la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH), donde coincidí con varios casos de personas que padecían un TCA que llamaron mi atención. Otro motivo, sería el tener personas muy cercanas que han sufrido y sufren estas enfermedades.

Se trata de una conducta más común de lo que imaginamos en la sociedad actual, y que, pese a la información y las medidas de prevención, está aumentando su incidencia, tanto en jóvenes como adultos, ya sean hombres o mujeres.

A pesar de ser enfermedades con tasas muy altas sobre la población total mundial, se ha convertido en un tema tabú, del que en realidad se habla mucho menos si se compara con otras patologías, como por ejemplo el cáncer. Por ello, sería necesario crear una conciencia de normalización desde el ámbito sanitario, eliminando la estigmatización impuesta.

La enfermería desempeña un papel fundamental en la Educación para la Salud (EPS), pues ofrece unos correctos conocimientos sobre la enfermedad y sus consecuencias.

Los programas de educación para la salud suponen una herramienta fundamental para formar a los familiares de los pacientes con AN y BN sobre la enfermedad, su manejo y los síntomas que conllevan las posibles recaídas.

De esta forma, el objetivo, por tanto, sería lograr una disminución de las recaídas, ya que las personas enfermas aprenden a convivir con ellas, sin darse cuenta de que en cualquier momento pueden volver a recaer. Igualmente, podrían reducirse costes en inversión de tratamientos, aprovechar mejor los recursos y mejorar la praxis educativa y el bienestar de las personas diagnosticadas, así como la de sus familiares.

Por todo lo expuesto anteriormente, con este trabajo se plantea el diseño de un programa de educación para la salud para familiares de personas con AN y BN, en el que se ofrecerá información sobre la enfermedad y se les enseñarán las habilidades necesarias para llevar a cabo las tareas del cuidado y prevención de las recaídas.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis: ¿La EPS que realiza el profesional de enfermería de Atención Primaria con las familias disminuye las recaídas en la población diagnosticada de AN y BN crónica?

Dicha hipótesis surge de la pregunta PICO:

- P: Familiares de personas diagnosticadas de AN y BN crónicas, que estén interesadas en el mismo.
- I: Sesiones de EPS impartidas por las enfermeras de Atención Primaria.
- C: No intervenir con EPS, en familias de personas diagnosticadas de AN y BN crónicas
- O: Disminución de recaídas e ingresos hospitalarios de las personas diagnosticadas de AN y BN crónicas.

Objetivo General: Diseñar un programa de EPS, dirigido a familiares de personas diagnosticadas de un trastorno crónico de AN y/o BN, impartido por enfermeras de Atención Primaria, para evitar y/o prevenir las recaídas, e ingresos hospitalarios.

Objetivos específicos:

- Visibilizar el papel de la enfermería de Atención Primaria respecto al abordaje y atención a las personas con TCA.
- Reforzar y aumentar los conocimientos de las familias sobre estas patologías, sus signos de alarma y posibles actuaciones para prevenir las recaídas.
- Empoderar a los familiares para facilitar el manejo y la comunicación intrafamiliar.
- Asesorar a las familias en la gestión de sus emociones y canalización de la ansiedad mediante técnicas de relajación.
- Ofrecer a los familiares de pacientes con TCA un espacio para el intercambio de experiencias y lugar de apoyo emocional.

- Desmentir y eliminar en los familiares las ideas y estereotipos creados por la sociedad sobre la AN y BN.
- Concienciar a las familias y a la sociedad de la importancia de los programas de EPS.

Objetivo de género:

- Utilizar un “lenguaje no sexista” en la realización de este trabajo que diferencie a las mujeres y a los hombres y que nombre sus experiencias de forma equilibrada, encontrando alternativas posibles al masculino genérico y eliminando aquellos usos que dificulten un tratamiento igualitario.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Diseño

Un programa de EPS es un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizados simultánea o sucesivamente con los recursos necesarios, con la finalidad de alcanzar objetivos determinados en relación con problemas de salud precisos, para una población definida. Gracias a estas actividades educativas, se logran alcanzar los objetivos y metas en salud, marcadas previamente.

La metodología empleada para el desarrollo de este trabajo ha constado de varias fases:

1º Fase: noviembre de 2019: Búsqueda bibliográfica acerca del tema elegido en las bases de datos más importantes.

- PubMed
- SciELO
- Biblioteca Cochrane
- RedALyC
- Medes
- Cuiden
- Dialnet

También se ha buscado información referente a este tema en páginas web, como en la Confederación de Salud Mental, tanto de Castilla y León como en España ^(7,9) y en el National Institute of Mental Health. ⁽¹⁰⁾

Para centrar la búsqueda, se emplearon las siguientes palabras clave: *anorexia nerviosa (anorexia nervosa)*, *bulimia nerviosa (bulimia nervosa)*, *enfermería (nursing)*, *prevención secundaria (secondary prevention)* y *educación para la salud (health education)*.

Como operadores booleanos fueron utilizados AND y OR, utilizando como filtros: “*últimos 5 años*”, “*clinical trial*” y “*texto completo gratis*”, eliminando este último al reducirse bastante los resultados. Gracias a la ayuda de mi tutora se pudieron seleccionar algunos artículos de suscripción a revistas científicas.

Con el filtro “últimos 5 años”, dependiendo en qué bases de datos, como *Cuiden* y *Medes*, los resultados fueron nulos o escasos, por lo que se que amplió a “últimos 10 años”. Con dicho filtro solo se seleccionó un artículo.

El resultado fueron 282 artículos en total, 132 en inglés y 150 en castellano.

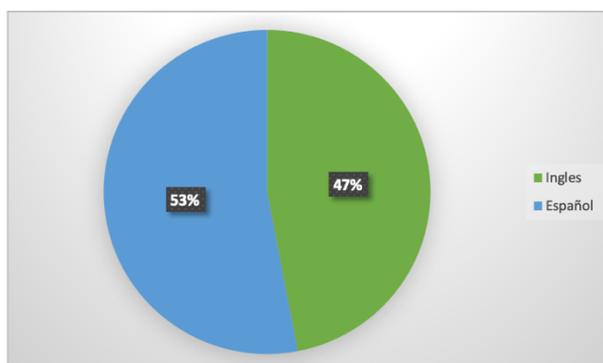


Figura 1. Porcentaje de artículos en inglés y español. Fuente: elaboración propia.

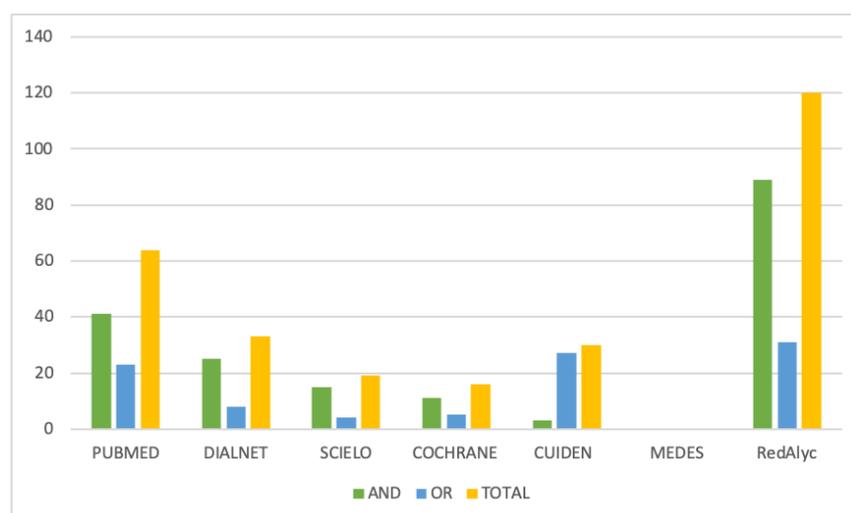


Figura 2. Número de artículos según bases de datos. Fuente: elaboración propia

2º Fase: diciembre de 2019: Se realiza la selección por título y lectura del *abstract*, aplicándose los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Idioma: inglés o castellano.
- Año de publicación: del 2009 al 2019 (incluidos).
- Palabras clave: al menos, 3 de ellas incluidas en el artículo.

- Tipo de documento: revisiones bibliográficas o sistemáticas, estudios observacionales o experimentales y ensayos clínicos.
- Texto disponible: texto completo.

Criterios de exclusión:

- Idioma: diferente a inglés o castellano.
- Año de publicación: anterior al 2009 y posterior al 2019 (ambos incluidos).
- Palabras clave: no figuran, al menos, 2 de ellas en el artículo.
- Tipo de documento: cualquiera que no sea revisión bibliográfica o sistemática, estudio observacional o experimental ni ensayo clínico.
- Texto disponible: no texto completo.
- Artículos duplicados: aquellos que aparecen en más de una base de datos, solo se incluyen una vez.

Reduciéndose la información a **22 artículos** en inglés y **10** en castellano, que, tras la lectura completa de dichos artículos, se quedaron definitivamente en **15 artículos**.

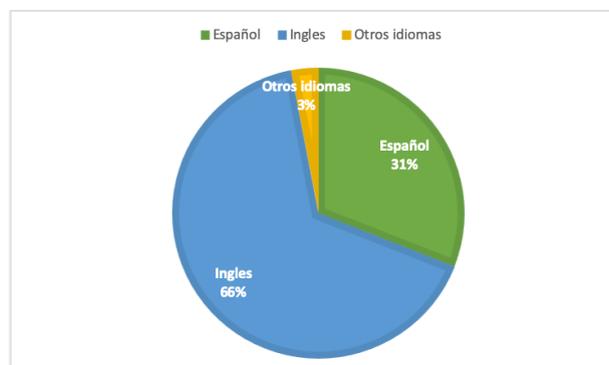


Figura 3. Porcentaje final de artículos por idiomas. Fuente: elaboración propia.

A continuación, se resumen en una tabla los artículos seleccionados.

Tabla 1. Artículos seleccionados. Fuente: elaboración propia.

AUTOR	AÑO	FUENTE	TITULO	DISEÑO
Laura Beukers et al.	2015	Pubmed	Restoring normal eating behavior in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions.	Artículo
Hay PJ, Touyz S et al.	2019	Cochrane	Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders (Review)	Revisión bibliográfica.
Jordi Torralbas-Ortega et al.	2011	Cuiden	Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa	Artículo
Claudia Franta et al.	2017	Pubmed	Supporting Carers of Children and Adolescents with Eating Disorders in Austria (SUCCEAT): Study protocol for a randomised controlled trial	Artículo
Erica Allan et al.	2017	Pubmed	Parental Expressed Emotion During Two Forms of Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa	Artículo
John Hodson et al.	2017	Pubmed	A Pilot, Multicentre Pragmatic Randomised Trial to Explore the Impact of Carer Skills Training on Carer and Patient Behaviours: Testing the Cognitive Interpersonal Model in Adolescent Anorexia Nervosa	Artículo
Sarah A. Mitchell et al.	2015	Pubmed	Does Collaborative Case Conceptualisation enhance engagement and outcome in the treatment of anorexia nervosa? Rational, design and methods	Artículo
Nicholas Magill et al.	2015	Pubmed	Two-year Follow-up of a Pragmatic Randomised Controlled Trial. Examining the Effect of Adding a Carer's Skill Training Intervention in Inpatients with Anorexia Nervosa	Artículo
Hunna J. Watson et al.	2016	Pubmed	Predictors of Dropout in Face-to-Face and Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa in a Randomized Controlled Trial	Artículo
Sofía Martínez Sánchez et al.	2017	RedAlyc	Ejercicio físico como herramienta para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.	Artículo
Tamara Berends et al.	2018	Pubmed	Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents	Artículo
V. Loria Kohen et al.	2009	Scielo	Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria	Artículo
Tamara Berends et al.	2016	Pubmed	Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study	Artículo
Caroline A Fisher et al.	2019	Cochrane	Enfoques de terapia familiar para la anorexia nervosa (Revisión)	Revisión bibliográfica
Rebecca Hibbs et al.	2014	Pubmed	Development and Validation of a Scale to Measure Caregiver Skills in Eating Disorders	Artículo

3º Fase: enero de 2020, análisis de la situación actual del tema para detectar las necesidades, revisión de otros programas de salud con el fin de observar la metodología empleada.

El estudio de toda esta información ha posibilitado elaborar en la cuarta fase, el siguiente programa.

4º Fase: febrero-mayo de 2020, desarrollo del diseño del programa de EPS

4.2 Datos técnicos del programa

Título: *Programa de prevención de recaídas para familiares de personas con anorexia y bulimia nerviosa crónica.*

Lugar: Consultas de enfermería de los centros de salud del Área Este de Valladolid.

Personas a quienes va dirigido: Familiares de personas con anorexia y bulimia nerviosa crónica pertenecientes a dichos centros que estén interesados en el programa.

Recursos:

- **Humanos:** Enfermeras de los centros de salud del Área Este de Valladolid.
- **Materiales:** ordenador, proyector, conexión a internet vía wifi, presentación Power Point, Prezi, folletos del programa, encuestas, bolígrafos, folios, mesas y sillas.

Duración: El programa tendrá una duración de cinco semanas, impartándose una sesión semanal.

Tamaño de la muestra: 20 personas.

4.3 Análisis y descripción de la población diana

El grupo de incidencia crítica está formado por las familias de personas diagnosticadas de anorexia y bulimia crónicas, que necesiten ayuda para saber cómo actuar ante la situación en la que se encuentran, que además quieran ampliar sus conocimientos sobre dichas enfermedades, y cómo prevenir de una

forma más adecuada, las posibles recaídas.

Dichos sujetos pertenecerán a los centros de salud del Área Este de Valladolid.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

La población diana dispondrá de alguna de las siguientes características:

- Criterios de inclusión:
 - Pertenecer a los centros de salud del Área Este de Valladolid.
 - Ser familiar principal de una persona con AN y/o BN crónica, diagnosticado por un equipo de salud mental.
 - Que el/la paciente sea mayor de 18 años
- Criterios de exclusión:
 - No pertenecer a los centros de salud del Área Este de Valladolid.
 - No disponer de tiempo suficiente para acudir a todas las sesiones del programa.

4.5 Procedimiento y material utilizado

Cronograma

Tabla II. Cronograma de actividades a realizar durante el programa. Fuente: elaboración propia

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO			ABRIL	
Fase de captación			X 12	X 19	X 26	X 1	X 8
Sesión 1. Presentación e Introducción							
Sesión 2. Signos de Alarma							
Sesión 3. Mitos y RRSS							
Sesión 4. Terapia conductual							
Sesión 5. Técnicas de relajación							

Fase de captación

Los cuidadores y cuidadoras principales serán captados en los centros de salud mencionados anteriormente, a través de folletos (Anexo 1) repartidos por profesionales de enfermería y medicina de Atención Primaria, a través de sus consultas, carteles informativos colocados en dichos establecimientos (Anexo 2), o mediante la información otorgada verbalmente a aquellas personas que puedan llegar a estar interesadas en participar. A su vez, se dejará información (folletos) para aquellos que estén interesados en el programa, pero que, por imposibilidad de tiempo, no les sea posible asistir.

Fase de ejecución

El programa psicoeducativo constará de cinco sesiones de 45 minutos de duración cada una de ellas, de periodicidad semanal. La duración total del programa será de 5 semanas, puesto que la evidencia recomienda entre 4-6 sesiones para que haya un correcto seguimiento y mejoría ⁽²²⁾. Se empleará una metodología teórica-práctica con el objetivo de que las personas que asistan adquieran habilidades, conocimientos y actitudes para evitar y/o prevenir las recaídas.

Los contenidos de las sesiones del programa psicoeducativo se presentan a continuación:

Sesión 1. Presentación e introducción

En esta primera sesión se presentará el programa, explicando en qué va a consistir y los puntos a tratar en cada una de las sesiones.

A continuación, tras esta primera toma de contacto, se explicarán las diferencias entre AN y BN al igual que los síntomas, la evolución, las limitaciones, los problemas más habituales y los tipos de tratamiento, además de las ayudas y los recursos que nuestro Sistema de Salud les ofrece. A su vez, se entregará un

documento informativo donde constarán de forma resumida, los temas que serán tratados durante la sesión. ⁽²⁶⁾

Esta primera intervención finalizará resolviendo las dudas que puedan llegar a tener.

Tabla III. Actividades impartidas y distribución del tiempo. Sesión 1. Fuente: elaboración propia.

Sesión 1. Presentación e introducción			
ACTIVIDADES	DURACIÓN	MATERIAL A UTILIZAR	PARTICIPANTES
Presentación	10 minutos		Enfermera
Introducción	25 minutos	Proyector, Prezi	Enfermera
Resolución de dudas y debate	10 minutos		Enfermera y familiares

Sesión 2. Signos de alarma

Se comenzará preguntando a los asistentes si existe alguna pregunta con respecto a todo lo tratado en la sesión anterior.

A continuación, serán explicados los signos de alarma más habituales que aparecen como consecuencia de la AN y BN, enseñando a las familias a prevenir recaídas y a actuar de manera correcta en caso de manifestarse algún síntoma que precede a dichas situaciones. Esto se realizará con casos reales o ficticios, y a través del role-playing, los asistentes representaran distintos roles para su aprendizaje.

Tabla IV. Contenidos teóricos impartidos. Sesión 2. Fuente: elaboración propia.

Sesión 2. Identificación signos de alarma		
Signos propios de AN y BN	Insatisfacción de imagen corporal, preocupación por el peso. Preocupación por las opiniones de los demás.	Mantenimiento crónico de dietas y ejercicio físico compulsivo.
Signos depresivos en relación AN y BN	Humor deprimido o irritable; Pérdida de interés por actividades	Aislamiento social y familiar. Ausencias escolares.
Signos violentos y del aprendizaje en relación AN y BN	Estar envuelto en riñas o peleas, malas contestaciones a familiares.	Autolesiones o lesiones a familiares. Bajo rendimiento escolar.

Los TCA están relacionados con una insatisfacción de la imagen corporal, lo que lleva a un estado de ansiedad y depresión que provoca un aumento de la necesidad de realizar dietas de adelgazamiento. También están relacionados con el consumo de sustancias tóxicas, de prácticas sexuales no seguras con presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y con trastornos del aprendizaje. (11,13,14,21,23,27)

Para finalizar, se resolverán aquellas dudas que hayan podido surgir durante la sesión.

Sesión 3. Mitos y Redes sociales (RRSS)

Se comenzará preguntando al grupo de familiares si sus hijas e hijos tienen redes sociales, ya que hoy en día la mayoría de la población joven las utiliza.

A continuación, se explicará lo que supone tener redes sociales. Tras el uso de las mismas, los jóvenes tienden a infravalorar su imagen corporal y física al compararla con las de las personas que siguen, ya sean de amigos, familiares, conocidos o “celebrities”. Es decir, el uso de las redes sociales parece poder influir en las personas con TCA, potenciando y desarrollando las conductas de riesgo entorno a estos trastornos. (28,29, 30)

Los estudios analizados demuestran que el hecho de subir una foto a una red social, está asociado con la creación de un ideal de belleza no real, ya sea por los filtros o por el simple hecho de elegir la imagen donde el usuario aparezca más delgado. Por otro lado, contribuye también a una insatisfacción corporal el hecho de recibir feedbacks, tanto por su contenido, como por la cantidad. Recibir mensajes negativos lleva a una preocupación por el cuerpo y una pérdida de la autoestima. Mientras que, recibir una gran cantidad de ellos (independientemente de su contenido), crean una necesidad de mantener una imagen a través de las redes sociales. (28, 29,30)

Finalmente, se tratará el tema de los blogs “pro- Ana, pro- Mia” que favorecen las conductas purgativas y restrictivas de los TCA. La comunidad virtual cierra este tipo de blogs continuamente, pero a su vez se abren con otros nombres, (por ello la importancia de seguir denunciándolos) para evitar que los familiares

puedan entrar en ellos, ya que en muchas ocasiones se pueden encontrar foros donde se exponen consejos erróneos sobre alimentación, tipos de dietas para perder peso y lo más importante, fortalecen los pensamientos negativos y erróneos de estas enfermedades. (28,29,30)

Sesión 4. Intervenciones cognitivo - conductuales

En esta actividad se tratará de asesorar a las familias sobre como enfrentar la situación cuando el paciente se encuentre en fases previas a las recaídas.

Para lograr evitar o reducir las recaídas es importante no centrarse en argumentaciones racionales, puesto que es muy probable que la persona afectada no se muestre receptiva a este tipo de razonamientos. La mejor estrategia es comunicarse con la persona desde la vertiente emocional, preguntando cómo se siente, qué le preocupa y así poder establecer una conversación e interacción. (14,15,16,18,19,21,22,24,25,31,32)

Un punto crítico en el que es recomendable incidir, es el fortalecimiento de la autoestima de la persona con este trastorno, ofreciendo un espacio en el que pueda expresar cómo se ve y cómo cree que le ven los demás, cuales son sus partes corporales que más le gustan y cuales son las que menos, para así poder darle otra perspectiva de su imagen. De igual forma se brindarán una serie de consejos o “*tips*” cognitivo-conductuales para ponerlos en práctica a la hora de las comidas. Cuando se niegan a comer, lo más recomendado es evitar obligarles a ello, ya que posteriormente pueden realizar conductas purgativas. Ayuda bastante no recargar la mesa con muchos platos, para que no se agobien con las cantidades de comida. Una conversación alejada de la alimentación será una buena forma de evitar que la persona se sienta observada y controlada. (14,16,17,18,19,31,32)

Sesión 5. Técnicas de relajación para familiares

Esta última actividad, estará centrada en los familiares, ya que pasan por momentos muy difíciles como padres, madres o pareja, cuando no saben cómo actuar, lo que les genera una gran ansiedad. (14,15,20,24,25,33)

Es muy importante al igual que recomendable, que para evitar la sobrecarga y la ansiedad, se realicen técnicas que se centran en la relajación progresiva, el entrenamiento autógeno y las habilidades respiratorias. ⁽³³⁾ Para ello, tomaremos la relajación progresiva de Jacobson, ⁽³⁴⁾ que consiste en tensar los músculos de nuestro cuerpo durante 6-8 segundos y relajarlos durante 15 segundos, realizándose el ejercicio por grupos de músculos. Esto se podrá llevar a cabo en tres posturas diferentes ⁽³⁴⁾:

- Sentado en una silla, con la cabeza apoyada, espalda y pies apoyados en el suelo, y los brazos sobre los muslos.
- Tumbado sobre una superficie dura, con todo el cuerpo apoyado excepto la cabeza que estará ligeramente elevada.
- Sentado en una silla, con el cuerpo inclinado hacia delante, la cabeza apoyada en el pecho y los brazos sobre las piernas.

A continuación, se les proporcionara una tabla con dichos ejercicios para que puedan ponerlos en practica en posibles situaciones futuras. (Anexo 3)

Tabla V. Técnicas de relajación impartidas. Sesión 5. Fuente: elaboración propia.

Sesión 5. Técnicas de relajación			
ACTIVIDADES	DURACIÓN	MATERUAL A UTILIZAR	PARTICIPANTES
Presentación	10 minutos	Proyector, Prezi	Enfermera
Dialogo y expresión de motivos de ansiedad y estrés	20 minutos		Enfermera y familiares
Técnicas de relajación	15 minutos	Proyector, Prezi	Enfermera y familiares

4.6 Evaluación del programa

La evaluación del programa se realizará a través de una encuesta de satisfacción, que rellenarán los padres y madres el último día, de forma anónima y voluntaria (ver anexo 4). Estará basada en la escala de Likert, donde se especifica el grado de acuerdo o desacuerdo con una declaración (ítem o pregunta), mediante unos niveles (1: Completamente de acuerdo, 2: De acuerdo, 3: Indiferente, 4: Poco de acuerdo, 5: Nada de acuerdo). El objetivo será mejorar

el desarrollo de las sesiones, es decir, la forma de impartirlas, el horario, la duración, la metodología empleada, el contenido, etc...

4.7 Consideraciones ético-legales

Durante el desarrollo del programa, se tendrá en cuenta en todo momento, la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. ⁽³⁵⁾ Al igual que será necesario que los padres y madres que acudan a las sesiones, firmen el consentimiento informado.

Otro aspecto importante que se planteará al inicio del programa, es que los temas tratados no podrán ser expuestos fuera de las sesiones, para mantener la intimidad y confidencialidad, tanto de familiares como de pacientes, de acuerdo con la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ⁽³⁶⁾

5. DISCUSIÓN/ FORTALEZAS Y LIMITACIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.

Al tratarse de un diseño, y como no se han obtenido resultados del programa, no se puede analizar la efectividad del mismo.

En cuanto a las limitaciones, en la fase de **búsqueda bibliográfica**, la primera de ellas se relaciona con **el acceso** a los textos completos de algunas publicaciones importantes, ya que se limita su disponibilidad, al no estar dispuestas a ceder gratuitamente sus contenidos.

Por otro lado, se ha encontrado otra **limitación a la hora de encontrar publicaciones específicas en el ámbito de enfermería**. Durante la revisión de las fuentes de datos, se advirtió que muchos artículos manifestaban una necesidad de llevar a cabo este tipo de programas, debido a que el índice de casos de cronicidad sigue en aumento, pero en la realidad no se han desarrollado muchos. También se reparó en la falta de datos, estudios, programas e intervenciones específicas publicadas, en los servicios de salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

6. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Sería interesante realizar estudios en relación con la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria crónicos en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, con el objetivo de conocer la población exacta a la que afectan estas enfermedades, y valorar o evaluar si dichos trastornos son atendidos como otras patologías de carácter crónico (diabetes, hipertensión, etc.).

Puede plantearse como una futura línea de investigación, el papel que juegan los medios de comunicación, redes sociales e “*influencers*” en la difusión de falsas creencias, mitos y dietas milagrosas para adquirir un aspecto físico radiante, ya que dan lugar a opiniones erróneas que podrían tener consecuencias negativas para toda la población y en especial para las personas con anorexia y bulimia nerviosa. ⁽²⁹⁾

7. CONCLUSIONES

Finalmente, tras la realización de este TFG, se concluye que:

- Las enfermeras y enfermeros juegan un **papel clave en la educación para la salud de la población**, siendo los programas de EPS una herramienta muy útil para el aprendizaje de conductas y estilos de vida.
- La familia es un **grupo de incidencia crítica muy adecuado** para la realización de dichos programas, ya que, si se les instruye para un afrontamiento responsable y saludable del trastorno, esto va a revertir en la evolución y desarrollo del trastorno en sus hijas e hijos.
- La enfermera de Atención Primaria es **una figura importante en la salud de la población**, siendo la profesional más accesible del sistema sanitario para las familias, inspirando confianza y cercanía para hablar sobre los TCA.
- El equipo de enfermería debe **entrenarse y potenciar tanto la escucha activa como las habilidades de comunicación**, que forman parte de las competencias de nuestra profesión.
- El refuerzo de conocimientos sobre los TCA y la adquisición de una mayor capacidad de visión y actuación, van a permitir a los familiares **evitar y prevenir complicaciones, las autolesiones y los intentos suicidas**, y como consecuencia, **se reducirán el número de hospitalizaciones y otros tratamientos**.
- Con este programa, los familiares habrán adquirido herramientas suficientes para afrontar con independencia las situaciones complicadas en la vida cotidiana, **favoreciendo** que se establezcan **relaciones mas empáticas y una mayor unión** familiar y evitando los conflictos entre sus miembros.
- Los padres y madres saldrán del programa **fortalecidos y con técnicas de relajación aprendidas**, para la gestión y canalización de sus emociones, sentimientos, ansiedad, sobrecarga y estrés.
- La evaluación del programa va a permitir conocer las experiencias personales y las actitudes de las familias, destacando la **necesidad de crear un espacio para el intercambio de opiniones y experiencias**, cuando hay un miembro

en la familia con AN y/o BN, **favoreciendo el apoyo mutuo** y el sentimiento de universalidad.

- El programa va a posibilitar que las familias **identifiquen y eliminen los estereotipos que marca la sociedad**, facilitando la desculpabilización y como consecuencia, unas intervenciones familiares más eficaces.
- La participación de las familias ayudará a concluir que **hay interés en el programa de EPS, y que ha servido de guía y ayuda a los familiares** de personas con TCA.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Jáuregui Lobera I. Trastornos de la Conducta Alimentaria 10 (2009) 1086-1100.
2. Salud para adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. OMS [Internet]. 2014. [Citado 20 de noviembre de 2019]. Disponible en : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/
3. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Descripción y manejo. Rev. Med.Clin. Condes [Internet]. 2011 [Citado el 20 de noviembre de 2019]; 22(1):85–97. Disponible en : https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20médica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf
4. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. 5ª edición. Arlington, VA, Asociación americana de psiquiatría. 2014. 996 p.
5. National eating disorders association. [Internet]; 2018 [Citado 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.nationaleatingdisorders.org/estad%C3%ADsticas-de-los-trastorno-de-la-conducta-alimentaria>
6. Galiana Roch JL, editores. Enfermería psiquiátrica. Barcelona: Elsevier; 2015. 392 p.
7. Moreno Redondo FJ, Benítez Brito N, Pinto Robayna B, Ramallo Fariña Y, Díaz Flores C. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2019; 23 (Supl. 1):130-131.
8. Instituto Tomas Pascual Sanz. Evolución de los TCA ¿Es posible la curación? [Comentario a una entrada en un blog]. 20 de enero de 2012. [Citado 21 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.institutotomaspascualsanz.com/evolucion-de-los-tca-es-posible-la-curacion/>
9. Confederación salud mental España [Internet]. 2015. [Citado 27 de noviembre de 2019] Disponible en: <https://consaludmental.org>
10. National Institute of mental health [Internet]. [Citado 27 de noviembre de 2019] Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>
11. Beukers L, Berends T, de Man-van Ginkel JM, van Elburg AA, van Meijel B. Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. Int J Ment Health Nurs. 2015;24:519–526. doi: 10.1111/inm.12150
12. Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalization and waiting list for people with eating disorders (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019; Issue 1. Art.No.: CD010827. doi:

10.1002/14651858.CD010827.pub2

13. Torralbas-Ortega J, Puntí-Vidal J, Arias-Núñez E, Naranjo-Díaz MC, Palomino-Escrivá J, Lorenzo-Capilla A. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enferm Clin.* 2011;21(6):359-363. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.02.013
14. Franta C, Philipp J, Waldherr K, Truttmann S, Merl E, Schöfbeck G et al. Supporting Carers of children and adolescents with eating disorders in Austria (SUCCEAT): Study protocol for a randomized controlled trial. *Eur Eat Disorders Rev.* 2018;26:447-461. doi: 10.1002/erv.2600
15. Allan E, Le Grande D, M.Sawyer S, A.Mclean L, K.Hughes E. Parental Expressed Emotion During Two Forms of Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2017;26(1):46-52. doi: 10.1002/erv.2564
16. Hodsoll J, Rhind C, Micali N, Hibbs R, Goddard E, Palazzo Nazar B et al. A pilot, multicenter pragmatic randomized trial to explore the impact of carer skills training on carer and patient behaviours: testing the cognitive interpersonal model in adolescent anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2017;25(6):551-561. doi: 10.1002/erv.2540
17. A.Mitchell S, Newton R, Harrison P, Castle D, Brennan L. Does collaborative case conceptualization enhance engagement and outcome in the treatment of anorexia nervosa? Rational, desing and methods. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2016 [Citado 14 de diciembre de 2019];47:296-303. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2015.12.011>
18. Magill N, Rhind C, Hibbs R, Goddard E, Macdonald P, Arcelus J et al. Two year follow-up of a pragmatic randomized controlled trial examining the effect of adding a carer's skill training intervention in inpatients with anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2016;24:122-130. doi: 10.1002/erv.2422
19. J. Watson H, D.Levine M, C. Zerwas S, M.Hamer R, D. Crosby R, S. Sprecher C et al. Predictors of dropout in face-to-face and internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a randomized controlled trial. *Int J eat disorder.* 2016;50:569-577. doi: 10.1002/eat.22644
20. Martínez Sánchez SM, Munguia-Izquierdo D. Ejercicio físico como herramienta para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Int J Developmental and Educational Psychology* [Internet]. 2017 [Citado 14 de diciembre de 2019];4(1):339-350. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349853537034>
21. Berends T, van de Lagemaat M, van Meijel B, Coenen J, W.Hoek H, A, van Elburg A. Relapse prevention in anorexia nervosa: experiences of patients and parents. *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27:1546-1555. doi: 10.1111/inm.12456
22. V. Loria Kohen, C. Gómez Candela, T. Lourenço Nogueira, A. Pérez Torres, R. Castillo Rabaneda, M. Villarino Marin et al. Evaluacion de utilidad de un programa de educación nutricional en trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp.* 2009;24(5):558-567. doi:

10.3305/nh.2009.24.5.4485

23. Berends T, van Meijel B, Nugteren W, Deen M, N. Danner U, W. Hoek H et al. Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study. Berends et al. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):316. doi: 10.1186/s12888-016-1019-y
24. Fisher CA, Skocic S, Rutherford KA, Hetrick SE. Family therapy approaches for anorexia nervosa (Enfoques de terapia familiar para la anorexia nerviosa). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019; Issue 5. Art.No.: CD004780. doi: 10.1002/14651858.CD004780.pub4
25. Hibs R, Rhind C, Salerno L, Lo Coco G, Goddard E, Schmidt U, Micali N et al. Development and Validation of a Scale to Measure Caregiver Skills in Eating Disorders. *Int J Eat Disord*. 2014;48:290-297. doi: 10.1002/eat.22362
26. Cipriano D, del Castillo Franco M, Fernández Millas S, Grau Touriño A, Lozano Rochel T et al. Educar y crecer en salud. El papel de padres y educadores en la prevención de los trastornos alimentarios. Barcelona: IMC editoriales; 2010. 85 p.
27. Paniagua Repetto H, García Calatayud S. Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresión, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Rev Esp Salud Publica [Internet]*. 2003 [Citado 20 de enero de 2020]; 77:411-422. doi: <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.354>
28. Samano Orozoco, L.F. ¿Influyen el internet, las redes sociales electrónicas y otras herramientas educativas en el desarrollo de anorexia y bulimia nervosas?. *Nutr. clín. diet. hosp*. 2013; 33(1):38-42
29. Gismero González M^a E. Factores de riesgo psicosociales en los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión y alguna de las consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de psicoterapia*. Marzo, 2020, Vol. 31, No 115, págs. 33-47
30. Lladó G, González-Soltero R, Blanco M^aJ. Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutr Hosp [Internet]*. 2017 [Citado 6 de marzo de 2020]; 34(3):693-701. doi: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.469>
31. Asociación contra la anorexia y la bulimia. Cataluña [Internet]. 2010 [Consultado 12 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.acab.org/es>
32. Ruíz Fernandez MA, Díaz García MI, Villalobos Crespo A. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclee de Brouwer S.A; 2012. 153-180.
33. Burgos Varo ML, Ortiz Fernández MD, Muñoz Cobos F, Vega Gutiérrez P, Bordallo Aragón R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en atención primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *Semergen*. 2006;32(5):205-10.

34. Rodríguez Camón E. La relajación progresiva de Jacobson: uso, fases y efectos [Internet]. Psicología y mente. [Consultado 12 de abril de 2020]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/relajacion-progresiva-jacobson>
35. España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 6 de diciembre de 2018, núm. 294, pp. 119788 - 119857 [citado 1 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/dof/spa/pdf>
36. España. Ley Organica 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126 - 40132 [citado 11 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

9. ANEXOS

Anexo 1. Folleto informativo

<p>CONTAMOS CONTIGO LOS DÍAS 12,19,26 MARZO Y 1,8 ABRIL ¿Dónde? EN LA SALA DE REUNIONES DE LOS CENTROS DE SALUD</p> <p>¡¡¡ ANIMATE !!!</p> <p>Para más información contacta a través de : Tu médico o enfermera de AP Correo: nataliacanamares3d@hotmail.com Tif: 605359744</p>	<p>PREVENIR RECAÍDAS EN ANOREXIA Y BULIMIA CRÓNICA</p>  <p>PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD</p> 
<p>Los TCAS son la 3ª enfermedad crónica entre adolescentes y una de las principales enfermedades que afectan a más del 20% de la población, teniendo una mortalidad de 1-10%. Del 35-50% de estos pacientes seguirán teniendo síntomas de manera crónica y recaídas, por ello es muy importante la prevención de estas.</p> <p>¿QUÉ VOY A APRENDER EN EL PROGRAMA?</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Los signos de alarma previos a las recaídas❖ Como actuar ante las recaídas❖ Como manejar la situación❖ Cuidados para nuestro familiar y para nosotros mismos	<ul style="list-style-type: none">❖ Desmentir mitos y estereotipos de las redes sociales❖ Técnicas de relajación para canalizar las emociones y ansiedad  

Imagen 1. Díptico. Elaboración: propia

Anexo 2. Cartel informativo

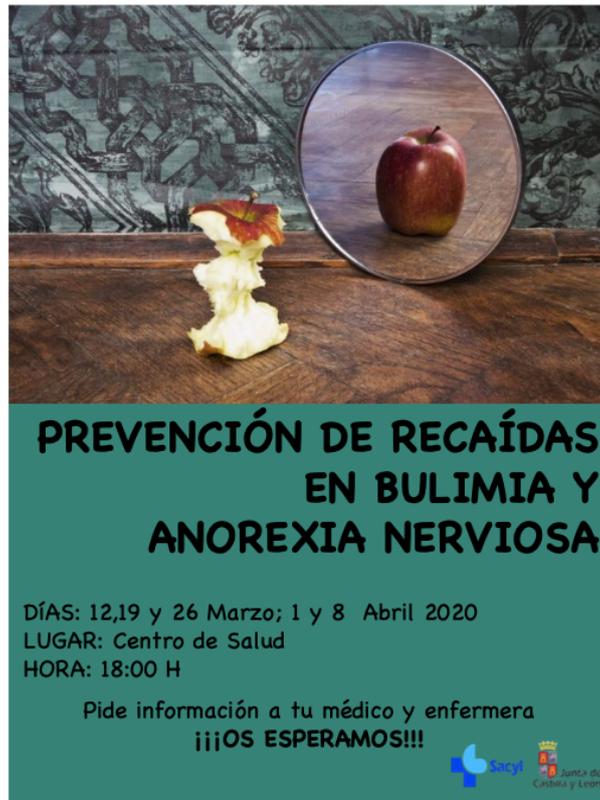


Imagen 2. Cartel informativo. Elaboración: propia

Anexo 3. Tabla de ejercicios de respiración.

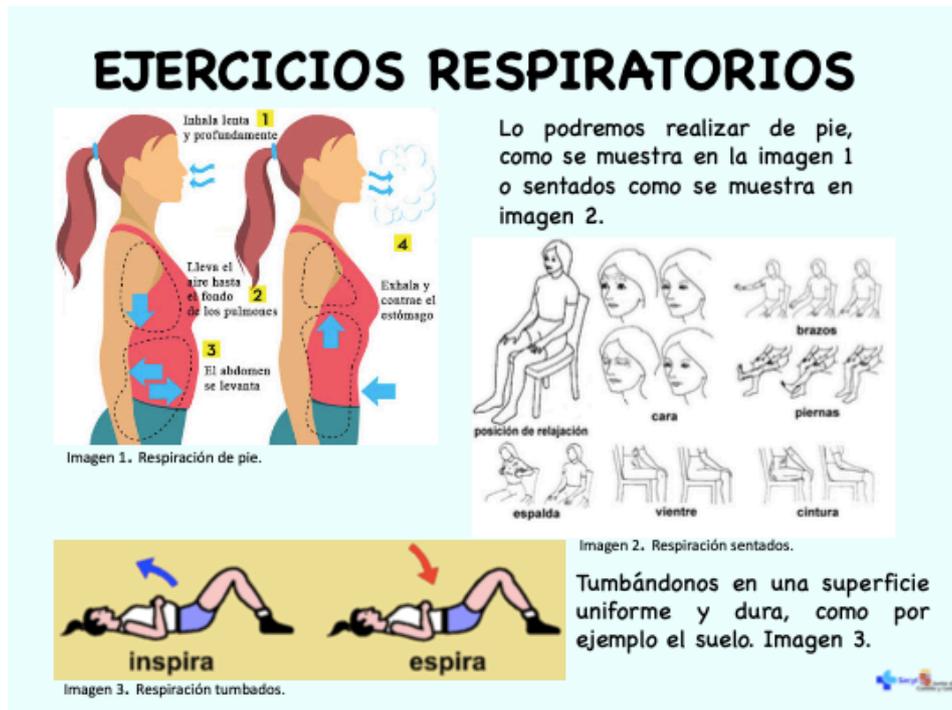


Imagen 3. Ejercicios respiratorios. Elaboración: propia.

Anexo 4. Encuesta de satisfacción del programa.

Tabla VI. Encuesta de satisfacción del programa EPS. Fuente: Elaboración propia.

	1	2	3	4	5
ORGANIZACIÓN					
¿Ha sido la duración del programa apropiada?					
¿Los horarios del programa le han parecido apropiados?					
MATERIA DEL PROGRAMA					
¿Considera que ha obtenido los conocimientos que quería?					
¿Considera que el material utilizado (folletos informativos, cuestionarios) es el apropiado y que le ha servido para prevenir las recaídas?					
¿Considera que el uso de una presentación por Prezi le ha servido para reforzar sus conocimientos?					
VALORACIÓN DEL PERSONAL					
La explicación de la materia aportada por el personal					
Fomenta la participación de los cuidadores durante las sesiones.					
Resuelve correctamente las dudas de los participantes de manera clara y concisa.					
EVALUACIÓN GENERAL					
¿El programa ha resultado ser útil para su vida diaria?					
¿El programa ha cumplido sus expectativas?					
Evalué de forma general el programa, siendo 1 muy malo y 5 excelente.					
OBSERVACIONES					