



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería

Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2020-2021

Trabajo de Fin de Grado

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
PARA MUJERES ADOLESCENTES CON
ANOREXIA NERVIOSA

Victoria Velasco Cabrero

Tutora: María José Cao Torija

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora, María José Cao Torija, toda la ayuda que me ha prestado a lo largo de estos meses, ya que para mí ha sido un pilar fundamental en el camino de la elaboración de este TFG.

También quería agradecer a mi familia especialmente a mi madre, por escucharme y apoyarme siempre en mis decisiones y a mis mejores amigas, por los mensajes de ánimo y cariño.

Por último, me gustaría mencionar a los enfermeros de la planta de Psiquiatría Infantojuvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, los cuales me han enseñado la importancia del papel de enfermería en el tratamiento de estas pacientes, y me han motivado a querer aprender e investigar sobre este tipo de enfermedades.

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son la tercera enfermedad crónica más frecuente en adolescentes. La anorexia nerviosa (AN) afecta a día de hoy a 1 de cada 100 adolescentes en España, siguiendo una relación de prevalencia mujer: hombre de 10:1. Esta enfermedad tiene numerosas consecuencias que repercuten en la vida diaria de estas pacientes. La recuperación de la AN es larga y compleja y requiere de un equipo multidisciplinar que aborde a la paciente de manera integrada. Dentro del equipo, las enfermeras constituyen un pilar fundamental en el tratamiento de estas pacientes desde los distintos niveles asistenciales. A pesar de que el ingreso hospitalario resulte eficaz en la recuperación ponderal, es imprescindible llevar a cabo intervenciones que ayuden a la recuperación psicológica e incidan sobre los factores responsables del mantenimiento; las cogniciones anoréxicas. Éstas, aumentan la tendencia a la cronificación, la probabilidad de recaídas y con ello, el reingreso hospitalario. La terapia cognitivo conductual tiene el objetivo de abordar este tipo de pensamientos y conductas, formando parte del tratamiento psiquiátrico de estas pacientes y contribuyendo a la mejora de su bienestar.

La educación para la salud (EpS) es una herramienta muy útil para promover cambios en la salud tanto física como mental de las personas. A través de un programa de EpS basado en la terapia cognitivo conductual las enfermeras pueden enseñar a las pacientes herramientas que pueden aplicar en su día a día para promover cambios en su pensamiento y conducta lo cual lleve a una mejora de su salud mental, previniendo las recaídas y reingresos hospitalarios.

Palabras clave: *anorexia nerviosa, enfermería, educación para la salud, terapia cognitivo conductual, recaídas, psicoeducación.*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	1
1.2 LA ANOREXIA NERVIOSA	3
1.2.1 Concepto	3
1.2.2 Complicaciones.....	3
1.2.3 Etiología.....	4
1.2.4 Diagnóstico	5
1.2.5 Clasificación	5
1.2.6 Tratamiento y Pronóstico.....	6
1.3 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	6
1.3.1 Concepto EpS.....	6
1.3.2 Aplicaciones EpS.....	6
1.4 LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3. OBJETIVO.....	8
4. METODOLOGÍA.....	8
5. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EPS	9
5.1 DATOS TÉCNICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.....	9
5.1.1 Título	
5.1.2 Lugar donde se aplicará	
5.1.3 Entorno	
5.1.4 Alumnos, nivel social y educativo	
5.1.5 Recursos humanos y materiales	
5.1.6 Tiempo de aplicación del programa y logro de los objetivos	

5.2 DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	10
5.2.1 Factores predisponentes.....	11
5.2.2 Factores precipitantes o desencadenantes.....	12
5.2.3 Factores perpetuantes	13
5.2.4 Factores perpetuantes y Terapia Cognitivo Conductual.....	14
5.3 DEFINICIÓN DEL GRUPO DE INCIDENCIA CRÍTICA.....	14
5.4 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA.....	16
5.5 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	17
5.6 SELECCIÓN DE LA METODOLOGÍA EDUCATIVA.....	17
5.7 SESIONES DEL PROGRAMA.....	18
5.7.1 SESIÓN 1	18
5.7.2 SESIÓN 2	19
5.7.3 SESIÓN 3	21
5.7.4 SESIÓN 4	22
5.7.5 SESIÓN 5	24
5.8 INTEGRACIÓN CON OTRAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS	26
5.9 EJECUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA.....	26
5.10 SISTEMAS DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	27
5.11 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	29
6. CONCLUSIÓN	30
7. BIBLIOGRAFÍA.....	31
8. ANEXOS.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Algunos tipos de trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla 2. Complicaciones frecuentes de la Anorexia Nerviosa.

Tabla 3. Factores etiológicos de la Anorexia Nerviosa.

Tabla 4. Cronograma de la Ejecución y puesta en marcha del Programa.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.

AEPED: Asociación Española de Pediatría.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

AN: Anorexia Nerviosa.

BN: Bulimia Nerviosa.

BED: (Binge Eating Disorder) Trastorno por Atracón.

OTCAE: Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria Especificados.

TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado.

URTCA: Unidades de Recuperación de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

EpS: Educación para la Salud.

AP: Atención Primaria.

TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

HCUV: Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

SACYL: Sanidad de Castilla y León.

APA: American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría).

1. INTRODUCCIÓN

1.1 LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El origen de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tiene una extensa historia detrás, remontándose los inicios de la anorexia nerviosa a la Edad Media, época en la que figuran relatos de personas que presentaban un rechazo a la comida asociado a penitencias o sacrificios. El término de la Anorexia Nerviosa fue acuñado en el s. XIX por el médico británico William Gull. Y es en s. XX cuando Gerald Russell, un psiquiatra británico, publica la primera descripción de Bulimia Nerviosa (1).

Actualmente, tomando como referencia definiciones de la Asociación Española de Pediatría (AEP) o de la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM –V), los TCA se definen como “enfermedades mentales complejas, caracterizadas por un desajuste persistente en la alimentación y los comportamientos relacionados con la misma, asociado a una preocupación excesiva por el aspecto físico, la forma y el peso corporal, produciendo un deterioro físico y psicosocial”. En consecuencia, aparece una malnutrición que afecta a todo el organismo y al funcionamiento cerebral, lo cual perpetúa el trastorno mental (2)(3).

La etiología de estas enfermedades es multifactorial, siendo una o varias causas biológicas, psicológicas, familiares o socioculturales el origen de las mismas, aunque el incremento progresivo de la incidencia y prevalencia en los últimos años se ha asociado principalmente a factores socioculturales (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes, dado el riesgo para la salud que implican (5). Pese a que la incidencia real de los TCA es desconocida, debido a que son enfermedades infradiagnosticadas, a día de hoy afectan a nivel mundial a más de 30 millones de personas (6), y más concretamente en España a 400.000 personas, equiparando sus cifras al resto de Europa, convirtiéndose así en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia, después del asma y la obesidad (4)(7). Según la Guía de Práctica Clínica sobre TCA del Ministerio de Sanidad y Consumo (2008), en España, están afectadas entre el 4'1% y el 6'4% de mujeres de 12 a 21 años. En hombres, la prevalencia se sitúa en torno al 0'3%, estableciéndose una ratio de afectación mujer: hombre de 10:1 (8).

Existen varios tipos de TCA, los cuales se encuentran descritos tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM por sus siglas en inglés, como en el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), establecido por la OMS (9).

En la versión más reciente del DSM-V, encontramos los TCA clasificados en tres categorías distintas, como se muestra en la Tabla 1 (10). En primer lugar, se distinguen los **TCA típicos**: la anorexia nerviosa (AN) la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (o BED por sus siglas en inglés). En segundo lugar, se encuentran los **Otros Trastornos de la Alimentación Especificados (OTCAE)**, los cuales son considerados formas atípicas de presentación. Estos conllevan alteraciones de la ingesta de alimentos, pero no reúnen todos los criterios diagnósticos de los trastornos típicos. Por último, figuran los **Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE)**, categoría que recoge los trastornos no incluidos en los grupos anteriores (9).

Tabla 1. Algunos Tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Elaboración propia)

TCA TÍPICOS	OTCAE	TCANE
Anorexia Nerviosa (AN)	PICA	- Presencia de síntomas que se relacionan con la AN o BN.
Bulimia Nerviosa (BN)	Trastorno por Rumiación	- No se cumplen los criterios diagnósticos suficientes para ser incluido en alguna de las otras categorías.
Trastorno por atracón (BED)	Trastorno por evitación/restricción de alimentos	- Compatibles con cuadros de AN o BN al inicio o en el proceso de recuperación.

Con la modificación de los criterios en el DSM-V en 2013, la prevalencia de los TCA se ha visto modificada, aumentando en la AN del 0,7% a 2,2-3,6%; y en la BN de un 1% a 1,3-2%, ocurriendo el 85% de los casos en adolescentes de entre 14 y 18 años (11).

Los TCA son enfermedades graves, que conllevan una serie de complicaciones físicas y psicológicas que pueden dejar secuelas irreversibles para el desarrollo del adolescente. La falta de conciencia de enfermedad dificulta la adherencia terapéutica, prolongando el

curso clínico y dando lugar a la cronificación. Así mismo, son los trastornos mentales con mayor tasa de mortalidad, situándose ésta en torno al 5-10 % (12).

Por lo tanto, el diagnóstico y tratamiento precoces por un equipo multidisciplinar son esenciales para un buen pronóstico (13). Así mismo, la creación de unidades específicas para la recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria (URTCA) ha supuesto un considerable avance terapéutico, mejorando el pronóstico de estas pacientes (2).

1.2 LA ANOREXIA NERVIOSA

1.2.1 Concepto

La anorexia nerviosa se define como un síndrome psiquiátrico multifactorial que se manifiesta por una pérdida de peso grave y mantenida secundaria a la disminución excesiva de la ingesta energética, lo cual conduce a la malnutrición progresiva y al origen de síntomas psicopatológicos específicos como alteraciones de la imagen corporal y temor a la obesidad (3) (14) (11).

1.2.2 Complicaciones

Este desorden alimentario ocasiona una serie de complicaciones tanto físicas como psicológicas, descritas en la tabla 3, ligadas a la desnutrición y bajo peso de gravedad variable. Pese a que la mayoría remiten con la recuperación nutricional, otras son irreversibles, pudiendo llegar a ocasionar la muerte, siendo la tasa de mortalidad la más elevada en comparación con el resto de enfermedades psiquiátricas (5) (11) (13) (15).

Tabla 2. Complicaciones frecuentes de la Anorexia Nerviosa (Elaboración propia)

TIPO	COMPLICACIONES
FÍSICAS	<p>Cardiovasculares: Hipotensión. Arritmias. Cambios en el ECG.</p> <p>Metabólicas: Hipoglucemia. ↓ Na, K, P, Ca, Cl, Mg, Zn. Deshidratación.</p> <p>Gastrointestinales: Estreñimiento. Úlcera gástrica.</p> <p>Neurológicas: Disminución del volumen cerebral. Disfunciones cognitivas.</p> <p>Hematológicas: Anemia ferropénica, leucopenia, trombocitopenia.</p> <p>Renales: Disminución del filtrado glomerular. Oliguria.</p> <p>Musculo-esqueléticas: Osteopenia. Riesgo osteoporosis. Sarcopenia.</p> <p>Endocrinas: Amenorrea hipotalámica. Hipotiroidismo. ↑ cortisol. SIADH.</p> <p>Ginecológicas: Disminución de la fertilidad.</p>
PSICOLÓGICAS	Ansiedad, trastornos afectivos, trastorno obsesivo compulsivo y abuso de sustancias.

1.2.3 Etiología

Según el modelo de Garfinkel y Garner (1982) la Anorexia Nerviosa es el producto de la interacción de una serie de factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes, recogidos en la tabla 4(16).

Los factores predisponentes son los que aparecen mucho antes del episodio de enfermedad, aumentando la vulnerabilidad de padecer este trastorno; los desencadenantes se dan justo antes del episodio de AN y los perpetuantes son los que contribuyen al mantenimiento de la misma.

Tabla 3. Factores etiológicos de la Anorexia Nerviosa. Tomada de *Manual de Psicología: Trastornos de la conducta alimentaria* (16)

F. PREDISPONENTES	F. DESENCADENANTES	F. PERPETUANTES
<ul style="list-style-type: none"> · Factores genéticos · Edad (13-20 años) · Sexo femenino · Trastorno afectivo · Introversión/inestabilidad · Obesidad o sobrepeso premórbido · Déficit de empatía · Características personales: Perfeccionismo · Antecedentes familiares depresivos o adictivos · Familiares con TCA · Obesidad materna · Factores socioculturales: Patrones estéticos corporales 	<ul style="list-style-type: none"> · Dieta · Cambios corporales puberales · Problemas familiares: divorcio. · Experiencias sexuales aversivas · Aumento de peso · Comentarios críticos por parte de familiares o amigos · Enfermedad adelgazante · Exceso de actividad física · Acontecimientos vitales estresantes: fracaso personal. 	<ul style="list-style-type: none"> · Consecuencias fisiológicas de la inanición · Deterioro de las relaciones familiares · Aislamiento social · Cogniciones “anoréxicas” · Iatrogenia: retrasos en el diagnóstico, mal enfoque terapéutico etc

1.2.4 Diagnóstico

Según el DSM-V, hay tres criterios imprescindibles para establecer un diagnóstico de Anorexia Nerviosa (13):

1. Restricción de la ingesta energética persistente: La ingesta es inferior a las necesidades corporales, lo cual conduce a un peso corporal significativamente bajo (inferior al mínimo normal) en relación con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo y la salud física.

2. Intenso temor a la ganancia de peso: Este comportamiento persistente interfiere en la ganancia ponderal, a pesar de que este sea significativamente bajo.

3. Alteración en la forma que uno mismo percibe su propio peso o constitución:

Existe una alteración en el modo en que uno experimenta su peso o forma corporal, suponiendo una influencia negativa para la autoevaluación de la persona. Así mismo, hay una falta de reconocimiento persistente del bajo peso actual.

La dismorfia corporal o trastorno relacionado con la percepción errónea de la propia imagen física, presente en pacientes con TCA, afecta únicamente al propio paciente, es decir, no existe una distorsión en la percepción del resto de personas.

Otro de los criterios antes considerado diagnóstico, era la presencia de amenorrea, el cual ha sido eliminado por no poder aplicarse a mujeres prepúberes, postmenopáusicas, con anticoncepción hormonal y varones. Las pacientes que además cumplen este criterio presentan la comorbilidad asociada de una peor salud ósea (17).

1.2.5 Clasificación

Dentro de la anorexia nerviosa se distinguen dos subtipos principales. El diagnóstico del subtipo se lleva a cabo según lo acontecido en los tres últimos meses (11) (13).

- **Tipo Restrictivo:** Durante los tres últimos meses, la pérdida de peso ha sido alcanzada mediante la restricción calórica, el ejercicio intenso o el ayuno prolongado, sin presentar episodios de atracones-purgas.
- **Tipo Purgativo:** Durante los tres últimos meses se ha recurrido a atracones o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso desmesurado de laxantes, diuréticos o enemas).

1.2.6 Tratamiento y Pronóstico

La recuperación de la AN resulta larga y compleja, con una evolución clínica de 4 o 5 años, a lo largo de los cuales son frecuentes los episodios de remisión y recaída. El 60-70 % de las pacientes logran una recuperación total, mientras que el 20-25 % se vuelven crónicas (11).

El tratamiento debe efectuarse de manera integrada y ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinar que incluya distintos profesionales, como pediatra, psiquiatra, psicólogo, enfermera y posiblemente otros en función de cada caso (11).

Los objetivos terapéuticos deben ir dirigidos a alcanzar una recuperación física y mental, a través de la realimentación progresiva y del tratamiento psiquiátrico y psicológico entre otros, respectivamente.

Dentro del equipo, las enfermeras son fundamentales en el tratamiento de esta patología en los distintos niveles asistenciales, desde el manejo emergente de las complicaciones derivadas de la desnutrición (13), la aplicación de planes de cuidados individualizados en las unidades de hospitalización aguda o URTCA, mediante la Educación para la Salud (EpS) desde Atención Primaria (AP) o mediante el seguimiento ambulatorio a través de consultas externas formando parte de un equipo de Salud Mental.

1.3 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1.3.1 Concepto:

Según la OMS, la Educación para la Salud (EpS) se define como “ el conjunto de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten” (18).

1.3.2 Aplicaciones:

La Educación para la Salud puede ser aplicada en distintos niveles: primario, secundario o terciario; en función de si se dirige respectivamente a personas sanas, en riesgo de enfermar o con enfermedad ya establecida. Particularmente, en lo que se refiere a EpS a nivel terciario o prevención terciaria, esta engloba los objetivos de curación, evitación de la cronificación y la muerte precoz (18).

En cuanto a la EpS dirigida a la población adolescente, las enfermeras cuentan con las competencias necesarias para establecer una comunicación adecuada mediante la relación terapéutica con los jóvenes, detectar posibles problemas de salud mental de manera precoz y ofrecer los tratamientos oportunos, acompañados de asesoramiento, terapias cognitivo-conductuales y, cuando proceda, medicación con fármacos psicotrópicos (19).

1.4 LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual se encuentra dentro del tratamiento psiquiátrico, el cual tiene como objetivo principal la intervención sobre la psicopatología específica de la alteración: temor a la ganancia ponderal, distorsión de la imagen corporal, alteraciones en la comprensión del cuerpo, peso y alimento, baja autoestima, psicopatología asociada como ansiedad, depresión y síntomas obsesivo-compulsivos.

Formando parte del tratamiento psiquiátrico, la terapia cognitivo conductual es una intervención psicoterapéutica cuyo fin es el abordaje de las cogniciones anoréxicas. Consiste en la reestructuración del pensamiento distorsionado y la eliminación de conductas restrictivas que actúan como factores perpetuantes, siendo responsables de las recaídas y reingresos tras la recuperación ponderal y aumentando por tanto el riesgo de cronificación de la enfermedad(11).

2. JUSTIFICACIÓN

La terapia cognitivo conductual (TCC) precisa de una estructuración y programación que garantice la efectividad de sus intervenciones.

Así mismo, requiere de la coordinación y participación de todo el equipo multidisciplinar, dentro del cual se encuentran las enfermeras, profesionales cuya función entre otras es la educación del paciente.

El periodo de vida en que la AN presenta una mayor prevalencia es durante la adolescencia media y tardía, es decir desde los 14 a los 18 años, por lo que las actividades de educación para la salud deben ir dirigidas a pacientes en esta franja de edad(20).

Por todo lo expresado anteriormente, se considera necesario elaborar un Programa de Educación para la Salud dirigido a pacientes mujeres entre 14 y 16 años con un diagnóstico de Anorexia Nerviosa, el cual va a ser dirigido por enfermeras de Salud Mental.

La finalidad de este programa es que las pacientes logren tomar conciencia de los pensamientos disfuncionales acerca de la comida, el peso y la figura corporal así como de las conductas dañinas que les impiden establecer una relación sana con la comida, enseñando a las mismas a transformarlas para prevenir las recaídas y con ello el reingreso hospitalario.

3. OBJETIVO

Objetivo general:

- Diseñar un programa de Educación para la Salud con el enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual destinado a la prevención del reingreso hospitalario en pacientes con AN.

4. METODOLOGÍA

La metodología seguida en la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado está orientada a la elaboración de un Programa de Educación para la Salud, que consta de dos fases:

En primer lugar, se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica que permita conocer el estado actual sobre el tema que se va a desarrollar en el programa de EpS.

La búsqueda de los artículos y libros se realizó durante el periodo comprendido entre noviembre de 2020 y abril de 2021. Se consultaron los siguientes buscadores y bases de datos bibliográficas: PubMed, Cochrane library, SciELO, MedlinePlus y la biblioteca electrónica de la Universidad de Valladolid (BUVa). Además, se utilizó el buscador de Google Academic para la búsqueda de artículos científicos.

Así mismo, se consultaron revistas científicas electrónicas y páginas web de organizaciones tanto nacionales como la *Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia*; *Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia* y la *Asociación contra la Bulimia y la Anorexia*

Nerviosas (ABAN) como internacionales *National Eating Disorders Association*, *National Institute of Mental Health Publication*, *Academy for Eating Disorders* y la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*.

Así mismo, se realizó la lectura del libro “Anorexia Nerviosa” de los autores Josep Toro y Enric Villardell, la cual permitió conocer y comprender la enfermedad, y con ello mejorar la comprensión de los diferentes artículos.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron “*anorexia nerviosa*”, “*enfermería*”, “*educación para la salud*”, “*terapia cognitivo conductual*”, “*recaidas*”, “*psicoeducación*”. Se seleccionaron los artículos publicados en los últimos 10 años, priorizando los más actualizados y aquellos escritos en español o inglés.

En segundo lugar, a partir de los documentos consultados y analizados, se lleva a cabo la elaboración de un Programa de Educación para la Salud dirigido a pacientes con AN de entre 14 y 16 años, el cual se desarrollará a continuación.

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EPS

5.1 DATOS TÉCNICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

5.1.1 Título

“Terapia cognitivo conductual para mujeres adolescentes con Anorexia Nerviosa.”

5.1.2 Lugar donde se aplicará

Consultas externas de Psiquiatría InfantoJuvenil: Edificio Rondilla del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

5.1.3 Entorno

El Hospital Clínico Universitario de Valladolid es un hospital público gestionado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL). El HCUV es el hospital de referencia del Área de Salud de Valladolid Este de la Comunidad de Castilla y León.

El equipo de salud Mental Infanto-Juvenil del área de Salud Valladolid Este presta atención ambulatoria a la población de referencia menor de 18 años mediante consultas externas en el Edificio Rondilla. Su labor se coordina con otros dispositivos asistenciales destinados a la población Infanto-Juvenil, como son el Hospital de Día y la

Unidad de hospitalización Psiquiátrica InfantoJuvenil, ambos ubicados en el HCUV(21).

5.1.4 Alumnos, nivel social y educativo

Grupos de 5 mujeres adolescentes de entre 14 y 16 años con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, residentes en Valladolid con previo ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica InfantoJuvenil del HCUV y en seguimiento ambulatorio por el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área de Salud Valladolid Este (21).

5.1.5 Recursos humanos y materiales

Recursos humanos

2 enfermeras, parte del equipo de Salud Mental InfantoJuvenil, con la especialidad de Salud Mental y con experiencia en el tratamiento de la AN serán las encargadas de la preparación de las sesiones. Una de ellas dirigirá la sesión, y otra actuará de observadora para facilitar la evaluación posterior.

Recursos materiales

Una sala, 1 mesa grande redonda, 7 sillas, una pizarra con rotuladores, 1 cuaderno para cada paciente, lápices y bolígrafos, un ordenador con conexión a Internet, USB, presentación PowerPoint, fichas de material complementario (tabla de autorregistro, escala de autoestima de Rosenberg...).

5.1.6 Tiempo de aplicación del programa y logro de los objetivos

El programa comenzará a planificarse en Junio de 2021, su ejecución comenzará en Septiembre de 2021 y finalizará en Noviembre de 2021 con su evaluación para analizar el alcance de los objetivos marcados.

5.2 DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Anorexia Nerviosa es una enfermedad grave, que afecta la esfera biopsicosocial de la persona, impactando negativamente en su calidad de vida.

Este desorden afecta principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. Estudios epidemiológicos sobre AN en España datan una prevalencia del 0'9% en mujeres con respecto al 0'3% en hombres en 2015. La edad de mayor presentación se sitúa entre los

13 y 14 años de edad, con un pico de incidencia máxima a los 15 años de edad, es por ello que se ha seleccionado la franja de 14-16 años para la aplicación de este programa (22).

A continuación, se describen detalladamente los factores implicados en la etiopatogenia de esta enfermedad, que, según el modelo de Garner y Garfinkel se clasifican en predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

5.2.1 Factores predisponentes

La elevada prevalencia de la enfermedad a esta edad se debe a una serie de factores que predisponen al desarrollo de la AN, como son la vulnerabilidad de la población adolescente y particularmente de las mujeres a las influencias socioculturales.

Durante la pubertad, las mujeres experimentan una serie de cambios corporales, entre ellos, un aumento de grasa corporal por la liberación de hormonas esteroideas. Una constitución caracterizada por el aumento de grasa corporal en la mujer, entra en disonancia con el considerado ideal de belleza actual: la delgadez extrema. La necesidad de alcanzar este canon de belleza les expone a una presión social que contribuye a una baja satisfacción con la imagen corporal (23).

Este ideal de belleza se transmite a través de algunos medios de comunicación, como Internet, donde pueden encontrarse páginas o blogs “pro-ana”, que animan a hacer dietas, ejercicio físico intenso o vomitar. Un elevado porcentaje de estos usuarios son menores de edad, lo cual refleja la peligrosidad que tiene Internet en los adolescentes en el desarrollo de estas enfermedades (24).

La edad de inicio del uso de las tecnologías es cada vez más temprana y el tiempo empleado en ellas es cada vez mayor. Esto conduce a pensar el gran impacto que tienen las redes sociales, especialmente Instagram, donde el contenido visual puede aumentar la insatisfacción corporal. Hoy en día existe un movimiento llamado “Thinspiration”, el cual se define como una tendencia de las redes sociales que promueve un cuerpo delgado, la pérdida extrema de peso y consejos para la adopción de la anorexia nerviosa como un estilo de vida. Las mujeres aspiran a alcanzar el aspecto de las modelos de

Internet, tomando fotos de sus cuerpos como referencia para compararse y medir su éxito y progreso (25).

Así mismo, se debe tomar en consideración la moda de las dietas restrictivas de hoy en día junto con la realización de ayunos para alcanzar un físico delgado. Estas acciones se ven reforzadas por la amplia gama existente de productos dietéticos y métodos para perder peso, expuestos en anuncios pro-adelgazamiento, los cuales se dirigen especialmente a las mujeres, y puede verse, en su publicidad que siempre aparece un cuerpo femenino esbelto y una mujer feliz, dando a entender que el alcance de un físico delgado es sinónimo de éxito y felicidad (26).

Si a las influencias socioculturales le añadimos la vulnerabilidad del periodo de la adolescencia, obtenemos un perfecto caldo de cultivo para el desarrollo de un TCA. Durante esta etapa evolutiva, junto con los cambios físicos, tiene lugar la formación de la identidad personal. Esto, junto con el deseo de aceptación por parte del grupo de iguales, lleva al adolescente a la comparación sistemática de su cuerpo con los del resto de la sociedad. Esa inclinación, sumada a la insatisfacción con la imagen corporal propia son los responsables de una baja autoestima (23).

5.2.2 Factores precipitantes o desencadenantes

Por otro lado, haciendo referencia a los factores precipitantes o desencadenantes de la AN, se encuentran los acontecimientos vitales estresantes como responsables del comienzo de la enfermedad. La necesidad de adaptación a las modificaciones biológicas propias de la pubertad, fracaso personal en el ámbito académico o deportivo, comentarios críticos acerca del cuerpo por parte del grupo de amigos, familiares o personas importantes para el adolescente... todo ello puede ser desencadenante de la enfermedad. El inicio de una dieta restrictiva no pautada y no controlada por un profesional sanitario provoca una serie de consecuencias orgánicas, resultado del estado de inanición, tanto a nivel físico como psicológico. La restricción alimentaria se vuelve adictiva para la persona, provocando en ella pensamientos obsesivos intrusivos que le provocan ansiedad y conductas que asemejan auténticas compulsiones. De forma paradójica, la persona intenta gestionar este malestar a través del control de la comida, entrando en un círculo vicioso, sometiéndola a unos grados de estrés que conducen a la persona a la depresión y aislamiento (23).

5.2.3 Factores perpetuantes

En lo que se refiere a factores perpetuantes de la AN se sitúan las conocidas “cogniciones anoréxicas”, las cuales mientras se mantengan fijas impedirán una recuperación total de la enfermedad (27).

Las pacientes con anorexia nerviosa experimentan una alteración del funcionamiento cognitivo. Si se analiza la tríada cognitiva, formada por tres operaciones: Procesamiento de información, Mediación cognitiva e Ideación, se encuentra que los dos primeros procesos no presentan diferencias destacables con respecto a la normalidad; sin embargo, en el tercer y último paso, se producen alteraciones significativas, en la elaboración de la información y la construcción de nuevos conceptos (27).

Su pensamiento presenta ideas erróneas las cuales pueden llegar a asemejarse en ocasiones a operaciones de tipo delirante. Así mismo, su ideación se caracteriza por una marcada pasividad con repercusión doble. Por una parte, las hace más vulnerables para aceptar ideas sin analizarlas bajo criterio propio, y por tanto las somete a la presión social analizada previamente. Esta inactividad o pasividad en el pensamiento ayuda a la internalización de los mensajes poco realísticos que promueven un estereotipo concreto e inasequible para la mayoría de personas. La patología anoréxica se nutre permanentemente de la evaluación estética que la interesada hace de su propio cuerpo y del temor a la ganancia de peso, facilitando el rechazo al propio cuerpo y la búsqueda irracional de ideas como la delgadez como solución a los problemas (27).

Por otra parte, el pensamiento pasivo las mantiene ocupadas de forma totalmente improductiva, al dar vueltas a las cosas pero sin buscar solución a sus problemas, entrando en una rumiación mental que gira en torno a ideas y preocupaciones distorsionadas y aceptadas pasivamente, delegando en los demás la toma de decisiones que se ajuste a sus necesidades (27).

El pensamiento de estas pacientes está protagonizado por la comida, la dieta o el peso, lo cual las mantiene en una lucha constante contra su cuerpo y sus necesidades vitales. Esto tiene grandes consecuencias en el proceso de recuperación, pues dificulta la ganancia ponderal o el mantenimiento de la misma dando lugar a las recaídas y con ello al reingreso, llevando a la cronificación de la enfermedad.

5.2.4 Factores perpetuantes y Terapia Cognitivo Conductual

Es muy importante ser consciente de que el tratamiento de las “cogniciones anoréxicas”, debe llevarse a cabo tras la recuperación ponderal y del estado nutricional de la paciente, pues sólo de esta manera se encontrará en condiciones de recibir la intervención psicoterapéutica. La resolución de parte de la sintomatología psicológica de la AN, consecuencia de la inanición, permitirá la implicación de la paciente en el trabajo terapéutico (26).

La American Psychiatric Association (APA) establece que la TCC es el tratamiento más investigado y con mayor apoyo empírico. Por ello, es obvio que el tratamiento de esta enfermedad debe incluir una parte encaminada a modificar este pensamiento alterado o proceso de ideación a través de esta intervención psicológica. Esta permite trabajar en profundidad los pensamientos distorsionados sobre la figura, el peso y la alimentación, a través de la normalización de los patrones alimentarios, la reestructuración cognitiva y la exposición de los pacientes a situaciones de riesgo y miedos irracionales (22).

La implementación de este tipo de terapia requiere de la colaboración de todos los profesionales que integren el equipo multidisciplinar, dentro del cual las enfermeras tienen un papel fundamental al reunir las capacidades para desempeñar labores educativas, lo cual que constituye una herramienta fundamental dentro de la intervención.

A través de actividades educativas estructuradas en un Programa de EpS, las enfermeras pueden empoderar a estas pacientes en el cuidado de sí mismas, modificando conductas y adquiriendo nuevos hábitos que contribuyan a la mejora de su bienestar.

5.3 DEFINICIÓN DEL GRUPO DE INCIDENCIA CRÍTICA

Este programa de Educación para la Salud está dirigido a mujeres de entre 14 y 16 años con Anorexia Nerviosa diagnosticada, que se encuentren en seguimiento ambulatorio por parte de un Equipo de Salud Mental. Así mismo, su aplicación está destinada a abordar los factores responsables del mantenimiento del TCA, que perpetúan el trastorno y contribuyen a su cronicidad.

La Anorexia Nerviosa afecta esencialmente a mujeres adolescentes de sociedades occidentales, pertenecientes a niveles socioeconómicos medios y medios-altos, donde surge el ideal de delgadez, en sociedades opulentas en las cuales la obtención del alimento no supone un problema (26).

El entorno cultural que rodea a mujeres jóvenes pertenecientes a estas clases, les somete de manera temprana a la influencia de unos modelos estéticos corporales y las adentra en la cultura de la delgadez, la cual induce al adelgazamiento de manera negativa, especialmente a las mujeres. Esta establece la delgadez como una meta a alcanzar, constituyendo un criterio central de la evaluación estética corporal, equiparando el éxito al alcance de un físico determinado. Esta vulnerabilidad característica de esta etapa que predispone al desarrollo de la AN, convierte así mismo a las influencias socioculturales en un factor que contribuye al mantenimiento del trastorno (26).

Por otro lado, se debe tener en consideración el cuadro psicológico que se convierte en factor mantenedor de la AN resultante del estado de inanición que hace que el comportamiento se vuelva obsesivo-compulsivo. El pensamiento alimenticio obsesivo obliga a estar en permanente contacto con una estimulación interna claramente aversiva, determinante de la propia anorexia. La compulsividad alimentaria incrementa el tiempo dedicado a la alimentación, así como la conflictividad familiar. Así mismo, la reducción de intereses generales hace que se focalice más la atención en los alimenticios y ponderales. Esta exclusividad motivacional, sumada a la irritabilidad y aislamiento social, da lugar a una aversividad generalizada la cual se sitúa dentro de un paradigma de indefensión. En consecuencia, es prácticamente inevitable la aparición de depresión o distimia. Este círculo vicioso dificulta la intervención terapéutica psicológica, por lo que es imprescindible resolver el estado de inanición, mediante la recuperación ponderal, para así resolver la sintomatología psicológica, y con ello facilitar las intervenciones terapéuticas (26).

Como ya se ha expuesto con anterioridad, la patología anoréxica se nutre permanentemente de la evaluación estética que la paciente realiza acerca de su propio cuerpo y del temor a la ganancia de peso, por lo que mientras estas cogniciones permanezcan, el cuadro persistirá de un modo u otro.

Por tanto, se puede afirmar que estos factores mantenedores del trastorno constituyen factores de riesgo para las recaídas de las pacientes, y es por ello que un abordaje terapéutico de los mismos podría contribuir a reducir la probabilidad de reingreso hospitalario.

Como ya se ha mencionado al comienzo de este apartado, el programa está diseñado para ser aplicado a pacientes que se encuentren en seguimiento ambulatorio, tras un episodio de ingreso hospitalario, en el cual se haya producido la ganancia ponderal que ayude a la resolución de la sintomatología psicológica resultante del estado de inanición. Sin embargo, las cogniciones anoréxicas se mantendrán intactas y la no intervención de las mismas podrá hacer que la adolescente vuelva a perder el peso recuperado, siendo muy posible el reingreso si esta pérdida es rápida y acentuada.

Por tanto, a través del enfoque de la TCC aplicado a un programa de EpS, se pretende educar a la paciente acerca de la importancia de ser consciente de sus pensamientos y de la repercusión que tienen los mismos en la génesis de sus conductas y con ello en el mantenimiento de la enfermedad. Así mismo, a través de este enfoque terapéutico se intenta empoderar a las pacientes en su propio autocuidado, haciéndolas responsables y protagonistas de su proceso de recuperación.

5.4 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

El programa de Educación para la Salud está dirigido a mujeres adolescentes que pertenezcan al Área de Salud de Valladolid Este y se encuentren en seguimiento por el Equipo de Salud Mental de Psiquiatría Infantojuvenil del Hospital de Día del HCUV.

El programa está diseñado para un grupo de 5 pacientes, con edad entre 14 y 16 años y un nivel sociocultural medio-alto.

Se incluirán en el programa aquellas pacientes con AN de tipo restrictivo que presenten un IMC normal, tras la recuperación ponderal del ingreso y quedarán excluidas aquellas que presenten AN de tipo purgativo, aquellas que presenten un IMC bajo y aquellas que reúnan criterios compatibles con un ingreso hospitalario.

No será factor excluyente de este programa la presencia de una enfermedad asociada como el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) o la depresión, pero sí a tener en cuenta a la hora de tratar a estas pacientes, realizando si fuese necesario las adaptaciones pertinentes del programa.

5.5 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Contribuir a la prevención de reingresos de pacientes con anorexia nerviosa mediante la implementación de herramientas psicoterapéuticas en la vida diaria.

Objetivos específicos:

- Identificar los pensamientos disfuncionales que perpetúan su enfermedad.
- Resolver los pensamientos disfuncionales que perjudican el proceso de recuperación.
- Implementar herramientas y estrategias de transformación del pensamiento a la vida diaria.
- Tomar consciencia de la autoestima actual y su relación con la imagen corporal.
- Conocer la influencia de una baja autoestima en la aparición de los pensamientos disfuncionales analizados en sesiones anteriores.
- Trabajar en la mejora de la autoestima como parte imprescindible de la recuperación de su enfermedad.

5.6 SELECCIÓN DE LA METODOLOGÍA EDUCATIVA

El programa constará de 5 sesiones presenciales grupales, las cuales serán realizadas con una periodicidad semanal. Se basará en métodos educativos directos para impartir conocimientos como la charla o clase magistral y en dinámicas de grupo y lluvia de ideas para fomentar la participación y la reflexión por parte de las integrantes del grupo. Así mismo, la educación será reforzada mediante métodos indirectos como los post de la cuenta de Instagram del programa, los cuales serán elaborados por las enfermeras que desarrollen el programa, para ayudar a la implementación de las herramientas aprendidas en este.

La captación de pacientes se llevará a cabo en las Consultas Externas del Edificio Rondilla perteneciente al HCUV por parte del equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Se ofrecerá la posibilidad de participación en este programa a aquellas pacientes que reúnan los criterios de inclusión expuestos anteriormente y se les explicará brevemente en qué consiste el programa y la utilidad de su realización como parte de su proceso de recuperación.

Las sesiones se impartirán en una sala del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y tendrán una duración aproximada de 60 minutos.

5.7 SESIONES DEL PROGRAMA

5.7.1 SESIÓN 1: BIENVENIDA AL PROGRAMA

Esta sesión tiene como objetivo que las pacientes creen un clima de confianza, conozcan las bases y orientación del programa y lleven a cabo la cumplimentación de un cuestionario para obtener su perfil clínico.

Actividad 1: Romper el hielo

Esta actividad se dividirá en dos partes:

Parte 1:

La finalidad de esta primera actividad, previa al comienzo del programa, es favorecer un clima cálido entre las alumnas y las enfermeras que ayude al trabajo posterior. Mediante una técnica de encuentro, en este caso, la dinámica de grupo *la telaraña*, las integrantes del grupo se colocarán en círculo y se tendrán que ir pasando un ovillo de lana. Según vayan recibiendo el ovillo, tendrán que presentarse y explicar algo de ellas en relación a una pregunta que haga la enfermera. Al finalizar esta dinámica, el hilo habrá formado una especie de telaraña, conectando a todas las pacientes entre sí, algo que servirá a la enfermera como símil para dar la bienvenida a las pacientes al programa de Educación para la Salud.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Ovillo de lana.

Parte 2:

A continuación, la enfermera explicará que todas ellas están aquí para recibir ayuda para la recuperación de su enfermedad, prevenir las recaídas y con ello el reingreso, a través de un programa de Educación para la Salud.

Así mismo, explicará a las pacientes que deben ser conscientes de que la ganancia ponderal no es sinónimo de recuperación total, y que ésta se alcanza cuando se

consiguen eliminar los pensamientos y sentimientos de culpa y obsesión por la comida, el peso, y la figura corporal, que es lo que se va a tratar en este programa.

Con la ayuda de una presentación de PowerPoint, enunciará las sesiones y actividades que van a ser llevadas a cabo y sus fechas aproximadas. Así mismo, entregará un tríptico informativo (*Anexo 1*) a cada una donde figurará la dinámica que va a seguir el programa.

Tras esto, se dejará un tiempo para resolver las posibles dudas que hayan podido surgir.

Duración: 20 minutos.

Recursos: Presentación PowerPoint. Trípticos informativos.

Actividad 2: Evaluación inicial

La finalidad de esta actividad es conocer la situación clínica inicial de las pacientes.

Previo consentimiento, las pacientes rellenarán una versión modificada del cuestionario: Eating Disorders Inventory 3 (EDI.3). Esta versión reúne 10 de los 91 criterios que conforman este cuestionario, los cuales son los más relevantes pues son los que van a ser abordados a lo largo del programa (28).

Duración: 5 minutos.

Recursos: Fichas con los cuestionarios (*Anexo 2*). Bolígrafos.

5.7.2 SESIÓN 2: AUTOCONCIENCIA DE PENSAMIENTO

Esta sesión tiene como objetivo que las pacientes logren identificar los pensamientos disfuncionales que perpetúan su enfermedad.

Actividad 1: ¿Con qué fotografía te sientes más identificada?

La finalidad de esta actividad es que las pacientes sean capaces de tomar conciencia de los pensamientos disfuncionales que les impiden establecer una relación sana con la comida.

Esta actividad se dividirá en dos partes:

Parte 1:

En primer lugar, la enfermera usará una técnica de investigación en aula: la *fotopalabra*. Para ello, colocará varias fotografías en el suelo en las que figuren escritos pensamientos y sensaciones que se dan en las personas con Anorexia Nerviosa: culpabilidad, fracaso, descontrol, ansiedad. Se pedirá a las pacientes que se coloquen alrededor de las fotografías y escojan aquella con la que se sientan más identificadas.

A continuación, se hará una ronda en la que cada una de ellas explicará que imagen ha escogido y por qué.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Fotografías (*Anexo 3*).

Parte 2:

A continuación, la enfermera, con ayuda de una presentación PowerPoint explicará a las pacientes:

- ✓ El impacto que tienen los pensamientos (como los de las fotografías de la actividad anterior) en su recuperación (*Anexo 4*).
- ✓ La posibilidad de transformar los pensamientos disfuncionales o negativos en funcionales o positivos para conseguir su recuperación.
- ✓ Los pasos a seguir para la transformación de los pensamientos: Toma de conciencia, análisis de los mismos, y la transformación de los negativos en positivos.
- ✓ Uso de una tabla de Autorregistro diario, como un primer paso para tomar conciencia de los pensamientos, de la situación en la que surgen, lo que la provocan y la manera que tiene la paciente de enfrentarse a ellos.

Tras la explicación, se dejara un tiempo para resolver dudas y se entregará a cada paciente una hoja con una tabla de Autorregistro (*Anexo 5*) la cual deberán rellenar durante 5 ocasiones a lo largo de la semana hasta la próxima sesión, en la cual se continuará con el trabajo.

Duración de la actividad: 30 minutos.

Recursos: Presentación Power Point, Hojas con tablas de Autorregistro (*Anexo 5*).

5.7.3 SESIÓN 3: TRANSFORMANDO EL PENSAMIENTO

Los objetivos de esta sesión son:

- Tomar conciencia de las formas de resolver los pensamientos disfuncionales que perjudican el proceso de recuperación.
- Implementar herramientas y estrategias de transformación del pensamiento a la vida diaria.

Actividad 1: ¿Cómo resuelvo o transformo la situación?

La finalidad de esta actividad es que las pacientes aprendan a distinguir si sus formas de resolver las situaciones en las que aparecen pensamientos disfuncionales son adecuadas o no para la recuperación de su enfermedad.

Esta actividad se dividirá en dos partes:

Parte 1:

En la primera de ellas, a través del método directo, *brain storm*, las pacientes pondrán en común sus tablas de autorregistro y cómo resuelven ellas las situaciones que viven a diario en las que los pensamientos como culpa, ansiedad, fracaso o descontrol están presentes.

La enfermera escribirá en la pizarra todas las ideas propuestas por las pacientes.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Pizarra blanca. Rotuladores de colores para la pizarra.

Parte 2:

A continuación, con ayuda de la pizarra y una presentación powerpoint la enfermera:

- ✓ Realizará una tabla clasificadora con todas las ideas de enfrentamiento propuestas por las pacientes clasificándolas en positivas y negativas.
- ✓ Explicará que formas de enfrentamiento ha clasificado como negativas para reconducir el pensamiento y por qué.
- ✓ Expondrá herramientas y estrategias de transformación de dichas formas negativas y algunos ejemplos de las mismas (*Anexo 7*).

- ✓ Explicará la importancia de registrar la aplicación de las herramientas aprendidas para el manejo de distintos pensamientos disfuncionales mediante el uso de la hoja de Autorregistro (*Anexo 6*).

Por último, se dejará un tiempo para resolver dudas y se entregará a cada paciente una hoja con una tabla de Autorregistro que deberán rellenar durante 4 ocasiones, 1 para cada pensamiento disfuncional (culpa, descontrol ansiedad y fracaso) hasta la próxima sesión, en la cual se pondrá en común.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Pizarra, Rotuladores, Presentación PowerPoint, fichas con la tabla de Autorregistro.

5.7.4 SESIÓN 4: AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL

Los objetivos de esta sesión son:

- Tomar consciencia de la autoestima actual y su relación con la imagen corporal.
- Conocer la influencia de una baja autoestima en la aparición de los pensamientos disfuncionales analizados en sesiones anteriores.
- Entender la importancia de trabajar en la mejora de la autoestima como parte imprescindible de la recuperación de su enfermedad.

Feedback de la sesión anterior:

Antes de iniciar las actividades de esta sesión se dejará un tiempo para que las pacientes pongan en común sus tablas de Autorregistro de la sesión anterior, si les ha servido este método para aplicar lo aprendido, si han encontrado dificultades etc...

Duración: 15 minutos.

Recursos: Tablas de Autorregistro rellenas.

Actividad 1: ¿Cómo influye la imagen corporal en mi autoestima y mi relación con la comida?

La finalidad de esta actividad es que las pacientes tomen consciencia de su autoestima e imagen corporal y de la influencia de ésta en la génesis de pensamientos disfuncionales. Se dividirá en dos partes:

Parte 1:

Se entregará a las pacientes 2 hojas, una con la escala de Autoestima de Rosenberg (*Anexo 8*), y otra hoja con un cuestionario para valorar la insatisfacción con la imagen corporal; Body Shape Questionnaire (*Anexo 9*).

Tras su cumplimentación, la enfermera obtendrá las puntuaciones y con ello interpretará el resultado de cada paciente.

Duración: 15 minutos.

Recursos: Fichas con las escalas y cuestionarios. Bolígrafos.

Parte 2:

Tras la cumplimentación de ambos cuestionarios, se hará una ronda en la que cada una de las pacientes explicará la influencia que tiene para ellas su imagen corporal en su autoestima y se les preguntará si piensan que la imagen corporal que tienen de ellas mismas está implicada en la génesis de los pensamientos disfuncionales de los que se ha hablado en sesiones anteriores.

Posteriormente, con la ayuda de una presentación PowerPoint la enfermera:

- ✓ Explicará la influencia de una baja autoestima en la aparición de los pensamientos disfuncionales, como culpa y ansiedad al comer.
- ✓ Expondrá la importancia de trabajar en la mejora de la autoestima para mejorar la relación con la comida (*Anexo 10*).
- ✓ Propondrá una actividad de autoanálisis para reflexionar acerca de las creencias o valoraciones negativas y lo que suponen en su autoestima.

Por último, se dejará un tiempo para resolver las posibles dudas y se entregará a cada paciente una hoja con una tabla que deberá rellenar para trabajar en su autoconocimiento (*Anexo 11*) lo cual le ayudará a mejorar su relación con la comida. Las reflexiones se pondrán en común en la siguiente sesión.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Presentación PowerPoint.

5.7.5 SESIÓN 5: EVALUACIÓN

Los objetivos de esta sesión son:

- Tomar consciencia del impacto del programa recibido en la recuperación de su enfermedad.
- Analizar las mejoras experimentadas en su relación con la comida.
- Comunicar aspectos positivos y negativos de las sesiones recibidas.
- Identificar aspectos a mejorar para futuras sesiones del programa y propuesta de ideas.

Feedback de la sesión anterior:

Antes de proceder a la evaluación individual del programa, se llevará a cabo la puesta en común de los diarios de autoconocimiento para el trabajo de la autoestima, entregados en la sesión anterior. Para ello, se hará una ronda en la que cada paciente compartirá lo anotado en dicha ficha.

Duración: 20 minutos.

Recursos: Fichas con las tablas de autoconocimiento entregadas en la sesión anterior.

Actividad 1: Evaluación individual del programa

Esta actividad tiene como finalidad obtener feedback individual de la paciente acerca del programa de Educación para la Salud.

Parte 1:

En esta primera parte se llevará a cabo la cumplimentación de una serie de cuestionarios que permitirán a la enfermera analizar el resultado del programa en dicha paciente. Por una parte, se volverá a cumplimentar la versión modificada del Cuestionario Eating Disorders Inventory (EDI-3), ya realizado en la primera sesión (*Anexo 2*). Por otro lado, se cumplimentará un formulario acerca del alcance de objetivos (*Anexo 12*).

Duración: 20 minutos.

Recursos: Fichas para la evaluación (*Anexos 2 y 12*). Bolígrafos.

Parte 2: Entrevista individual

Seguidamente, la enfermera tendrá una entrevista individual con cada paciente en la cual mediante una conversación tratará de obtener feedback acerca del programa. En ella se preguntará por los aspectos positivos y negativos del mismo, aspectos a mejorar, el impacto del programa en ella misma, si considera que ha sido beneficioso para ella, si ha estado cómoda en el grupo etc (*Anexo 13*).

Duración: 20 minutos.

Recursos: Hoja con la estructura a seguir para la entrevista individual (*Anexo 13*).

Actividad 2: Despedida y cierre del programa de EpS

Esta actividad tiene como finalidad obtener un feedback grupal acerca del programa, plantear la posibilidad de aumentar el número de sesiones para continuar con el tratamiento y captar a las pacientes para la participación en otros programas de EpS que puedan ayudarlas en su proceso de recuperación.

Las enfermeras, con la ayuda de una presentación PowerPoint:

- ✓ Agradecerán a las pacientes su participación, implicación y trabajo en el programa.
- ✓ Plantearán la posibilidad de diseñar unas sesiones complementarias y su planificación para continuar con el trabajo iniciado en este programa.
- ✓ Llevarán a cabo la captación de las pacientes interesadas en participar en otros programas de EpS que puedan contribuir a su proceso de recuperación.

Finalmente, se dejará un tiempo para que las pacientes expresen ideas y sugerencias para futuras sesiones de continuación del programa.

Duración: 30 minutos.

Recursos: Presentación PowerPoint.

5.8 INTEGRACIÓN CON OTRAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS

Para garantizar el éxito del programa de EpS, este debería compaginarse con otras actividades. Por un lado, la creación de una cuenta de Instagram (@transformando_tca) en la que se publicasen post relacionados con las temáticas de las sesiones, dando consejos orientativos para el trabajo de autorregistro y autoconocimiento que las pacientes realizasen en casa entre sesiones; así como la creación de un grupo privado en el que poder plantear las posibles dudas que surgiesen entre las sesiones del programa, garantizaría un seguimiento y apoyo continuo por parte de las enfermeras, fundamental en el tratamiento de los TCA.

Por otro lado, resultaría interesante la coordinación con otros programas educativos que abordasen otros aspectos fundamentales para la recuperación de la enfermedad, desde aquellos enfocados a aspectos biológicos como “Alimentación saludable en la etapa adolescente”, “Beneficios del ejercicio de fuerza en la recuperación de la AN” hasta aquellos enfocados en aspectos sociales como el “Impacto de las redes sociales en nuestra vida”.

5.9 EJECUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA

El programa comenzará a prepararse durante los meses de junio, julio y agosto de 2021. Durante este trimestre se llevará a cabo la planificación del programa, el diseño de las actividades, la preparación del material necesario para su realización y la captación de las pacientes en seguimiento ambulatorio por el equipo de salud mental del Edificio Rondilla perteneciente al HCUV que reúnan los criterios de inclusión del programa.

Tras la planificación, en Septiembre de 2021 dará comienzo el programa. Las sesiones serán semanales, grupales y presenciales y tendrán lugar los viernes de cada mes.

En la tabla 4 encontramos el cronograma del programa.

Tabla 4. Cronograma de la Ejecución y puesta en marcha del Programa (Elaboración propia)

	FECHA	DURACIÓN (min)
PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA Y CAPTACIÓN DE PACIENTES	JUNIO-AGOSTO 2021	
SESIÓN 1	Primera semana de Septiembre 2021	60 minutos
SESIÓN 2	Segunda semana de Septiembre 2021.	60 minutos
SESIÓN 3	Tercera semana de Septiembre de 2021.	60 minutos
SESIÓN 4	Cuarta semana de Septiembre de 2021.	60 minutos
SESIÓN 5	Primera semana de Octubre de 2021.	90 minutos

5.10 SISTEMAS DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Para la valoración de la consecución de objetivos se llevará a cabo una evaluación continuada por parte de las enfermeras educadoras. Esta se dividirá en una evaluación inicial, una durante el transcurso de las sesiones y otra al finalizar el programa.

La evaluación del proceso de aplicación del programa permitirá conocer si la metodología educativa, el número y duración de sesiones así como el tamaño del grupo han sido óptimos para el alcance de objetivos o si por el contrario es necesario realizar modificaciones para mejorar la efectividad en las futuras aplicaciones del programa.

En primer lugar, se llevará a cabo una evaluación al inicio del programa, en la cual las pacientes cumplimentarán una versión modificada del EDI-3 que servirán a las enfermeras para conocer el perfil clínico de las pacientes (*Anexo2*).

En segundo lugar, las enfermeras llevarán a cabo una evaluación de cada sesión tras la finalización de la misma, en la que analizarán el progreso de las alumnas. La enfermera observadora será la responsable de analizar la participación y la actitud de las alumnas mientras que la consecución de los objetivos propuestos para la sesión será analizada por la enfermera que haya dirigido las actividades.

Con esta evaluación post-sesión las enfermeras tendrán un registro de la evolución de las pacientes el cual usarán en la quinta sesión para la evaluación final.

Por último, en la quinta sesión, se llevará a cabo la evaluación final. Por un lado, las alumnas cumplimentarán de nuevo la versión modificada del EDI-3 así como un cuestionario de evaluación en el que reflejarán si ellas mismas consideran que han alcanzado los objetivos trabajados a lo largo de las sesiones (*Anexo 12*) y por otro lado, mediante una entrevista individual preparada, la enfermera conversará con la paciente acerca del alcance de los objetivos y de la utilidad del programa, siguiendo la guía que figura en Anexos (*Anexo 13*).

Tras esta sesión, se comparará la versión modificada del EDI-3 cumplimentado en la primera sesión con el relleno en esta y observarán si se han producido diferencias en las respuestas de los 10 ítems más importantes. Por otro lado, se comparará el formulario de alcance de objetivos cumplimentado por las pacientes, con los registros de las evaluaciones postsesión realizados por las enfermeras a lo largo del programa.

Pese a que la evaluación presenta cierta subjetividad al no disponerse de datos clínicos objetivos que reflejen la efectividad de las intervenciones, se han definido una serie de criterios que serán determinantes del éxito del programa de EpS.

El éxito se verá determinado por:

- La **evaluación del progreso** de cada paciente tras cada sesión realizado por las enfermeras. El progreso será positivo si
 - Los **Autorregistros** de las pacientes reflejan que se han implementado las herramientas aprendidas en las sesiones.
 - La **participación** de las mismas es creciente y refleja el interés en el programa de EpS.
- Los resultados obtenidos en el **formulario** de alcance de *objetivos* de la Sesión 5. Serán positivos si reflejan una puntuación ≥ 2 para cada objetivo.
- Si existen **diferencias** entre las versiones modificadas del EDI-3 cumplimentadas en la sesión 1 y sesión 5, lo cual reflejará la efectividad de las intervenciones.

5.11 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

La importancia de establecer una adecuada relación terapéutica así como el empleo de habilidades comunicativas propias de Salud Mental, hace que sea imprescindible que este programa sea desarrollado y llevado a cabo por profesionales con experiencia en este campo. Debido a esto, el programa será implementado por dos enfermeras con la especialidad en Salud Mental, y con experiencia previa en el tratamiento de esta enfermedad.

6. CONCLUSIÓN

La Anorexia Nerviosa es una enfermedad cuya incidencia es cada vez mayor en la sociedad actual, que conlleva numerosas complicaciones para las personas que la padecen y cuyo proceso de recuperación resulta largo y complejo llevando en numerosos casos a la cronificación del trastorno.

El abordaje de la AN debe incluir intervenciones psicoterapéuticas para la resolución de las cogniciones anoréxicas, responsables del mantenimiento de la enfermedad. La terapia cognitivo conductual tiene una eficacia comprobada en el tratamiento de estas pacientes, por lo que a través de programas de EpS que tomen como referencia este enfoque terapéutico, las enfermeras pueden proporcionar a las pacientes herramientas psicoterapéuticas aplicables a su vida diaria, que conduzcan a la mejora de su salud mental y bienestar.

Las enfermeras tienen una labor educativa muy importante desde los distintos niveles asistenciales. En lo que a prevención primaria se refiere, el diseño y puesta en marcha de programas de prevención de la AN dirigidos tanto a padres como a adolescentes es clave para conseguir una disminución en la incidencia de esta enfermedad. Así mismo, el diagnóstico precoz es clave para un abordaje temprano de las repercusiones clínicas de esta enfermedad y un tratamiento adecuado multidisciplinar e integrado puede conseguir una adecuada recuperación, disminuyendo así las tasas de cronificación.

No se debe olvidar que las enfermeras son el profesional que más tiempo pasa con el paciente, por lo que desempeñan una labor clave de observación y conocimiento del mismo, lo cual puede resultar de gran utilidad a la hora de individualizar las intervenciones psicoterapéuticas.

Por último, cabe destacar que la investigación y actualización también son imprescindibles en nuestro trabajo para poder prestar cuidados de calidad a estas pacientes. Puesto que la AN constituye todo un reto terapéutico por la complejidad en su abordaje, resulta imprescindible la formación especializada que dote a las enfermeras de unas habilidades que permitan establecer una relación terapéutica con las pacientes, lo cual constituye el pilar del proceso de recuperación.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Nieto García E, Casado Lollano A, García Pérez C, Peláez Rodríguez L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. SEMAP [Internet].2008 [citado 2 de Febrero de 2021];1–223. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3uUrjiE>
2. Acerete DM, Leis Trabazo R, Ferri NL. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. AEPED [Internet].2020 [citado 2 de Febrero de 2021]; 325-339. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3onbU81>
3. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos [Internet]. AMF. 2019 [citado el 16 de Abril de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3wfq7Xs>
4. Lambruschini N, Leis R. Trastornos de la conducta alimentaria. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría.. AEPED[Internet].2020[citado 2 de Febrero de 2021] ;361-374.Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2SYHM7i>
5. López GC, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Rev Médica Clínica Las Condes. 2011;22(1):85–97. doi: 10.1016/S0716-8640(11)70396-0
6. Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. Journal of General Internal Medicine. Springer. 2020 ; 35: 885–893. doi: 10.1007/s11606-019-05478-6
7. Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes [Internet].semg.es. 2018 [citado el 1 de Mayo de 2021].Recuperado a partir de : <https://bit.ly/3yckFGx>
8. Maldonado-Ferrete R, Catalán-Camacho M, Álvarez Valbuena V, Jáuregui-Lobera I. Funcionamiento neuropsicológico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: un estudio comparativo. Journal of Negative No Positive Results [Internet]. 2020 [citado el 31 de Marzo de 2021];5(5):504–34. Recuperado a partir de: <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3398>
9. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. The American Journal of Clinic Nutrition. 2019;109(5):1402–1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342
10. Tipos de TCA . Associació Contra l’Anorèxia i la Bulímia [Internet]. 2020 [citado 6 de Diciembre de 2020].Recuperado a partir de : <https://bit.ly/3uZ7x1S>
11. Salmerón Ruiz MA, Román Hernández C, Casas Rivero J. Trastornos del comportamiento alimentario. Pediatría Integral[Internet].2017[citado 2 de Febrero de 2021];21(2):82–91. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3uct7T0>
12. Beltrán Garrayo L, Sepúlveda García AR (dir).Tratamiento psicológico en un caso de trastorno del comportamiento alimentario [trabajo fin de máster en Internet].[Madrid].Universidad Autónoma de Madrid,2017 [citado 2 de Febrero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2S2ydnq>

13. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*. 2020;81(6):24–30. doi: 10.12968/hmed.2020.0099
14. Moore CA, Bokor BR. Anorexia Nervosa [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2020 [citado 7 de Diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3yhpFtf>
15. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders *International Journal of Eating Disorders*. John Wiley and Sons Inc. 2016; 49: 260–275. doi: 10.1002/eat.22483
16. Martín Murcia FM. Manual de Psicología: Trastornos de la conducta alimentaria. *Manual Psicológico de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2000;320–336.
17. Lobera IJ. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Dialnet [Internet]. 2012 [citado 13 de Diciembre de 2020];16: 1744-1751. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2SkJVK0>
18. Educación para la Salud. EpS Nutrición [Internet]. 2018 [citado 13 de Diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3wtgCDS>
19. Adolescentes y salud mental. WHO [Internet] .2015 [citado 13 de Diciembre de 2020]. Recuperado a partir de : <https://bit.ly/3eU5LNx>
20. Portela De Santana ML, Da Costa H, Junior R, Mora Giral M, Raich RM^a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2012;27(2):391–401. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3uf1Tea>
21. Hospital Clínico Universitario de Valladolid [Internet]. Saludcastillayleon.es . 2021 [citado 28 de Enero de 2021]. Recuperado a partir de : <https://bit.ly/3tPVcix>
22. Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa . *Informació psicològica* [Internet]. 2018 [citado 23 de Enero de 2021];116: 79-94. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3wscsmuj>
23. López Herrera I, Muela Martínez JA(dir). Factores de riesgo y vulnerabilidad en tca.[trabajo de fin de grado en Internet].[Jaén]: Universidad de Jaén; 2017[citado 14 de Febrero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3otiw4D>
24. Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. Children in need:diagnostics, epidemiology, treatment and outcome of early onset anorexia nervosa. *Nutrients*[Internet]. 2019;11. doi: 10.3390/nu11081932
25. Raggatt M, Wright CJC, Carrotte E, Jenkinson R, Mulgrew K, Prichard I, et al. “Iaspire to look and feel healthy like the posts convey”: Engagement with fitness inspiration on social media and perceptions of its influence on health and wellbeing.*BMC Public Health*. 2018 ;18(1). doi: 10.1186/s12889-018-5930-7
26. Toro J, Vilardell E. Anorexia nerviosa. Barcelona: Martinez Roca;2000. 259 p.
27. García Alba C. Procesos de pensamiento en adolescentes anoréxicas. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*[Internet].2003[citado 14 de Febrero de 2021];87. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3fpSf35>
28. EDI-3 Y FES . Desorden alimenticio .Adultos [Internet]. es.scribd.com .2021 [citado 9 de Marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/33OopQD>

29. Tipos de culpa y cómo hacerla desaparecer .CanalSALUD [Internet]. 2018[citado 24 de Marzo de 2021].Recuperado a partir de: <https://bit.ly/33TCyMa>
30. El ataque de histeria, ¿show o grito de ayuda? [Internet].lamenteesmaravillosa.com. 2019 [citado 24 de Marzo de 2021].Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2S4PEn5>
31. Ansiedad: tratamiento e información en CuidatePlus [Internet]. Cuidateplus.marca.com. 2020[citado 24 de Marzo de 2021].Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Quh0mq>
32. Comer enojada te hace engordar . 2000Agro Revista Industrial del Campo [Internet]. 2000agro.com . 2019 [citado 24 de Marzo de 2021].Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3tSz6w4>
33. Sentimientos de culpa después de comer ¿por qué aparecen? [Internet]. lamenteesmaravillosa.com. 2021 [citado 17 de Abril de 2021].Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2RpFw8G>
34. Pila E, Murray SB, Le Grange D, Sawyer SM, Hughes EK. Reciprocal relations between dietary restraint and negative affect in adolescents receiving treatment for anorexia nervosa. *J Abnorm Psychol* 2019;128(2):129–39. doi: 10.1037/abn0000402
35. Hernangómez L. Las 2 trampas conductuales de la culpa irracional [Internet].cometeelmundotca.es. 2019 [citado 1 de Abril de 2021].Recuperado a partir de: <https://bit.ly/33NKVcl>
36. Escala de Rosenberg [Internet].www.cop.es. 2021[citado 22 de Marzo de 2021].Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3tOWYk4>
37. Ignacio J, Ayensa B, Guillén Grima F, Landívar EG. Del rio sánchez et al. Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet].2002 [citado 22 de Marzo de 2021] ;2(3): 439-450. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3fE8tFX>
38. Body Image. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders [Internet]. Anad.org. 2021[citado 25 de Abril de 2021].Recuperado a partir de: <https://bit.ly/3oscLEy>

8. ANEXOS

ANEXO 1. Tríptico informativo del programa de EPS (Sesión 1).

ANEXO 2. Eating Disorders Inventory 3 -versión modificada. (Sesión 1 y Sesión 5).

ANEXO 3. Imágenes para la Actividad Fotopalabra (Sesión 2).

ANEXO 4. Los Pensamientos Disfuncionales (Sesión 2).

ANEXO 5. Tabla de Autorregistro (Sesión 2).

ANEXO 6. Tabla de Autorregistro (Sesión 3).

ANEXO 7. Herramientas de transformación del pensamiento (Sesión 3).

ANEXO 8. Escala de la autoestima de Rosenberg (Sesión 4).

ANEXO 9. Body Shape Questionnaire (Sesión 4).

ANEXO 10. La importancia de trabajar la autoestima (Sesión 4).

ANEXO 11. Diario de Autoconocimiento (Sesión 4).

ANEXO 12. Instrumento para evaluación final (Sesión 5).

ANEXO 13. Guía de Entrevista individual para la evaluación (Sesión 5).

ANEXO 14. Registro de Evaluación de Enfermería.

ANEXO 1. TRÍPTICO INFORMATIVO DEL PROGRAMA DE EPS (SESIÓN 1)

TERAPIA
COGNITIVO
CONDUCTUAL

para
mujeres adolescentes
con

ANOREXIA
NERVIOSA

Septiembre 2021

CRONOGRAMA DE LAS SESIONES

SESIÓN 1: 1ª Semana de Septiembre

¡Bienvenidas al programa!

SESIÓN 2: 2ª Semana de Septiembre

Autoconciencia de pensamiento

SESIÓN 3: 3ª Semana de Septiembre

Transformando el pensamiento

SESIÓN 4: 4ª Semana de Septiembre

Autoestima e imagen corporal

SESIÓN 5: 1ª Semana de Octubre

Evaluación personal

Trabaja en tu
SALUD MENTAL
es la clave de tu
RECUPERACIÓN



Somos dos enfermeras del Equipo de Salud Mental del HCUV que te ayudaremos a trabajar en los aspectos necesarios para tu recuperación para sentirte mejor



Lugar: Edificio Rondilla del HCUV

Calle Rondilla Sta. Teresa, s/n, 47010
Valladolid



INSTAGRAM
@transformando_tca



Nombre:

Fecha:



ANEXO 2. EATING DISORDERS INVENTORY 3- VERSIÓN MODIFICADA (SESIÓN 1 y SESIÓN 5) (28)

A continuación figura una versión modificada del EDI-3, que recoge 10 ítems de los 91 que componen el cuestionario. Las siguientes afirmaciones hacen referencia a actitudes y comportamientos relacionados con sentimientos y emociones.

En cada afirmación tienes que decidir si lo que se describe te pasa a ti, teniendo en cuenta que:

0	1	2	3	4	5
NUNCA	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

ÍTEM	0	1	2	3	4	5
1. Me siento muy culpable cuando como en exceso						
2. Soy capaz de expresar mis sentimientos						
3. Suelo estar confuso con mis emociones						
4. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento						
5. No sé qué es lo que ocurre en mi interior						
6. Temo no poder controlar mis sentimientos						
7. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado						
8. Soy incapaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos						
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo						
10. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza						



ANEXO 3. IMÁGENES PARA LA ACTIVIDAD FOTOPALABRA (SESIÓN 2)



Imagen 1. Imagen representativa de “culpa” (29).



Imagen 2. Imagen representativa de “descontrol” (30).



ANEXO 3. IMÁGENES PARA LA ACTIVIDAD FOTOPALABRA (SESIÓN 2)



Imagen 3. Imagen representativa de “ansiedad”(31).



Imagen 4. Imagen representativa de “fracaso” (32).



ANEXO 4. LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES (SESIÓN 2)

Guía para la enfermera (33)(34).

En la 2ª parte de la actividad llevada a cabo en la Sesión 2, la enfermera explicará a las alumnas el impacto de los pensamientos disfuncionales en su proceso de recuperación. A continuación, se expone los contenidos que se explicarían a las pacientes, tomando la **culpa** como ejemplo de pensamiento disfuncional.

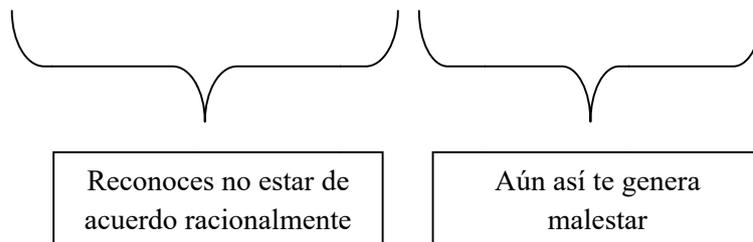
1. CULPA

¿Qué es la culpa?

La culpa es un patrón de respuesta emocional complejo, que surge de la creencia de haber transgredido las normas éticas personales o sociales.

La culpa irracional es aquel sentimiento con el que no estás realmente de acuerdo pero aun así te genera malestar. Es el tipo de culpa que se podría representar con la frase:

“Ya sé que es una tontería, pero no puedo evitarlo”.



Esta es una culpa resistente a los argumentos racionales, pues se aloja en el cerebro emocional, el cual responde a vivencias y experiencias, por lo que debemos demostrarle con actos lo contrario a lo que nos dice, para así poder vencer a la culpa.

¿Qué significa la culpa al comer?

Vivimos en una sociedad que premia la delgadez, por lo que muchas personas aspiran a alcanzar un canon de belleza que califican como cuerpo normativo.

Para el alcance de dicho físico solo existe un medio, la restricción. Los sentimientos de culpa después de comer aparecen ante cualquier producto, no solo ante los no saludables, pues el simple hecho de alimentarse genera malestar.



Nombre:

Fecha:

ANEXO 5. TABLA DE AUTORREGISTRO (SESIÓN 2)

DÍA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	SENTIMIENTO/ SENSACIÓN FÍSICA	CONDUCTA: ¿QUÉ HAGO PARA RESOLVERLO?
1				
2				
3				
4				
5				



PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Nombre:

Fecha:

ANEXO 6. TABLA DE AUTORREGISTRO (SESIÓN 3)

DÍA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO DISFUNCIONAL	SENTIMIENTO/ SENSACIÓN FÍSICA	CONDUCTA: ¿QUÉ HAGO PARA RESOLVERLO?
1		CULPA		
2		DESCONTROL		
3		ANSIEDAD		
4		FRACASO		



ANEXO 7. HERRAMIENTAS DE TRANSFORMACIÓN DEL PENSAMIENTO (SESIÓN 3) (35)

Guía para la Enfermera.

En la 3ª Sesión, la enfermera llevará a cabo la explicación de diversas formas de transformar un pensamiento disfuncional.

Las herramientas irán dirigidas a la transformación de la culpa, descontrol, ansiedad y fracaso.

A continuación, figuran los contenidos que serían expuestos en la sesión, tomando como ejemplo de pensamiento disfuncional la **culpa**.

1. CULPA

¿Cómo transformamos la CULPA?

Cuando sientas culpa irracional, aquella vocecilla que sabes que no estás de acuerdo con lo que te dice, pero aún así acabas haciendo caso para evitar el malestar que te produce, demuéstrala con tus actos que no puede paralizarte.

Herramienta: Enfrentamiento a través de la realización de actos contrarios

Ejemplos:

- ✓ “No puedes comer un plato entero” “No puedes acabarte todo el plato” → Tratar de comer todo el plato.
- ✓ “No puedes comer azúcar” → Echarte azúcar al café.
- ✓ “No te mereces descansar. Tienes que entrenar más” → No ir a entrenar ese día.

Trampas que vas a encontrar

Trampa 1: La magia mental

Si te justificas en el “*Cuando no sienta culpa, lo haré*” puede que nunca consigas llevar la acción a cabo porque nunca dejes de sentir la culpa.

A pesar de que los cambios en los pensamientos y sentimientos ayuden al cambio de conductas, hay veces que el cambio debe producirse a nivel conductual o externo para generar impacto en nuestro pensamiento o estructura cognitiva.

Para trabajar los miedos o la culpa irracional debemos hacerlo a través de experiencias. Experimentar que cuando haces aquello que te da miedo o que te genera culpa y no ocurre ninguna catástrofe es la única manera de reeducar a tu cerebro.



“Si lo hago, No pasa nada”

Consideraciones a tener en cuenta:

- ✓ El cambio debe llevarse poco a poco. Obligarte de un día para otro a hacer todo aquello que te prohíbe la culpa irracional puede generarte un intenso malestar.
- ✓ Debes negociar entre: Conducta que necesitas hacer y las emociones y el pensamiento que van en dirección contraria.
- ✓ Debes aceptar que habrá momentos o días en los que no consigas enfrentarte adecuadamente a la culpa irracional.
- ✓ A través de tu tabla de Autorregistro podrás reflejar cómo te sientes al hacer frente a la culpa de esta manera, y tu registro semanal te permitirá ver qué condiciones te facilitan o te entorpecen llevar esta herramienta a cabo.

Para ello puedes describir la **situación** en la que lleva a cabo esta conducta de enfrentamiento: Si te encuentras sola o acompañada, en casa o fuera, hora de la comida etc.

- ✓ Debes considerar los motivos por los que estás dispuesto a superar estas dificultades, ya al principio sentirás un **malestar intenso**.

Emociones a largo a plazo: Debes pensar en el tipo de vida que quieres a largo plazo → Si deseas superar esta culpa, sentirte bien, disfrutar de la comida, no sentirte mal por ello...

Trampa 2: Evitación de emociones negativas

Si te refugias en el “No puedo porque me siento fatal” nunca darás el paso.

- ✓ Sí que puedes, lo que sucede es que te sientes culpable, y eso te ocasiona un intenso malestar, el cual te hace creer que no puedes llevar a cabo la conducta que sea.
- ✓ Si le haces caso a la culpa, esta te hará creer que no puedes, y dándole la razón solo harás que cada vez tenga más poder sobre ti.
- ✓ Si te expones a ella, como a tus miedos, irás recuperando poco a poco el poder sobre tu vida.

Un ejercicio que puedes hacer es ordenar de menor a mayor grado de dificultad diferentes **retos o desafíos a la culpa**.

- Puedes empezar realizando aquella que te genere menos malestar y hacerlo hasta que te sientas capaz de manejar la situación.
- Si sientes mucha culpa puedes empezar por imaginarte aquello que te la ocasiona o acercarte a ello sin llegar a hacerlo.

Ejemplos:

- Comerte todo el plato.
- Comerte una onza de chocolate.
- Hacer menos ejercicio del que deberías: Hacer el que te esté recomendado actualmente.
- Salir a caminar y no a correr.
- No tardar más de 30 ‘ en comer.

Nombre:

Fecha:



ANEXO 8. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (SESIÓN 4) (Hoja para las alumnas) (36)

Este es un cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Este test tiene el objetivo de evaluar el sentimiento de satisfacción que tienes de tí misma.

Contesta las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada, teniendo en cuenta que:

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

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



ANEXO 8. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (SESIÓN 4) (Hoja para la enfermera) (36)

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

Interpretación:

Ítems de 1-5:

- A. 4 puntos
- B. 3 puntos
- C. 2 puntos
- D. 1 punto

Ítems de 6-10:

- A. 1 punto
- B. 2 puntos
- C. 3 puntos
- D. 4 puntos

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

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

Nombre:

Fecha:



ANEXO 9. BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (SESIÓN 4) (37)

El siguiente cuestionario, llamado Body Shape Questionnaire (BSQ), es un cuestionario dirigido a valorar la insatisfacción con la imagen corporal.

PREGUNTA	SÍ	NO
1. ¿Cuándo 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, nalgas 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, ¿las 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 gordo/a?		
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?		
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?		
17. Comer dulces, pasteles u otro tipo de alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/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 ponerte 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 estómago?		
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas 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?		



ANEXO 10. LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR LA AUTOESTIMA (38)

En la 4ª sesión, la enfermera explicará a las pacientes la importancia de trabajar su autoestima para mejorar la relación con la comida.

A continuación figuran los contenidos que se explicarían en la sesión:

En la sesión anterior, hablamos acerca de las herramientas para la transformación de los pensamientos disfuncionales, como la culpa, la cual está estrechamente relacionada con la autoestima e imagen corporal.

El trabajo de la autoestima es esencial dentro del proceso de la recuperación, pues sentirte bien contigo misma contribuye a tu fortaleza mental y la aceptación corporal a mejorar tu relación con la comida.

A pesar de haber empezado a aplicar las herramientas aprendidas en la sesión anterior, puede haber una voz en tu cabeza que te diga que tu cuerpo no está bien, lo cual puede generarte culpa en ocasiones al comer, y ser un obstáculo en el progreso de tu relación con la comida.

La presión sociocultural de tener que alcanzar un canon de belleza puede ser el origen de este tipo de pensamientos, los cuales pueden acentuarse si te encuentras muy expuesta a las redes sociales como Instagram, en la cual se muestran cuerpos que responden a dicho canon, que se alejan de la realidad y detrás de los cuales pueden haber personas que estén sufriendo graves problemas de salud.

¿Cómo puedo mejorar mi autoestima e imagen corporal?

Para trabajar tu autoestima debes rodearte de influencias positivas y eliminar aquellas que te supongan un obstáculo en tu camino de recuperación.

Tomando consciencia del potencial que tienen las redes sociales para aumentar los problemas con tu cuerpo:

- ✓ Haz una limpieza de los perfiles que sigues, eliminando aquellas cuentas cuyo

contenido se centra en mostrar una versión perfecta e idealizada de ellas mismas.

- ✓ Empieza a seguir a cuentas que difundan el amor propio y la autoaceptación.
- ✓ Recuérdate a ti misma que las personas de las redes sociales muestran lo que quieren de su vida, y pueden dar una apariencia de sentirse perfecta y en realidad estar sufriendo y luchando como tú.
- ✓ Tómate un descanso de las redes sociales, dedica tiempo a tu vida y no a la visualización del resto.

Por otro lado, puedes llevar a cabo una serie de actividades como:

- ✓ Analizar, mediante el diario de autoconocimiento, las creencias o valoraciones negativas que tengas acerca de ti misma y reflexionar acerca de su origen, como afecta a tu autoestima a día de hoy, como crees que puedes abordar dicho impacto o posibles inseguridades.
- ✓ Hacer una lista de las cosas que te gustan de ti misma, tanto de tu físico como de tu personalidad.
- ✓ Hacer una lista de las cosas por las que estás agradecida a tu cuerpo, reflejando todas las experiencias que te permite vivir día a día.



Nombre:

Fecha:

ANEXO 11. DIARIO DE AUTOCONOCIMIENTO (SESIÓN 4)

Creencia o valoración negativa	Origen: ¿Cuándo fue la <u>primera vez</u> que escuchaste o pensaste eso?	¿Qué me dice mi <u>autoestima</u>?	¿Qué <u>inseguridades</u> o miedos me crea?

Nombre:

Fecha:



ANEXO 12. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN (SESIÓN 5) FORMULARIO – ALCANCE DE OBJETIVOS POR SESIONES

A continuación figuran los objetivos propuestos al inicio del programa y los cuales han sido trabajados a lo largo de las sesiones del mismo.

Con total sinceridad, en función del grado en el que consideres que has logrado alcanzar los objetivos propuestos, marca la casilla correspondiente, teniendo en cuenta que:

- **0:** Objetivo nada alcanzado.
- **1:** Objetivo poco alcanzado.
- **2:** Objetivo mayormente alcanzado.
- **3:** Objetivo completamente alcanzado.

Sesión 2: Conciencia de pensamiento

Objetivo 1: **Identificar** los **pensamientos disfuncionales** que perpetúan tu enfermedad.

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Objetivo 1				

Sesión 3: Transformando el pensamiento

Objetivo 2: Tomar **conciencia** de las **formas de resolver** los pensamientos disfuncionales que perjudican el proceso de recuperación.

Objetivo 3: Implementar **herramientas** y **estrategias de transformación** del pensamiento a la vida diaria.

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Objetivo 2				
Objetivo 3				

Sesión 4: La imagen corporal

Objetivo 4: Tomar consciencia de la **autoestima actual** y su **relación** con la **imagen corporal**.

Objetivo 5: Conocer la **influencia** de una **baja autoestima** en la aparición de los **pensamientos disfuncionales** analizados en sesiones anteriores.

Objetivo 6: Entender la **importancia** de **trabajar** en la mejora de la **autoestima** como parte imprescindible de la recuperación de su enfermedad.

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Objetivo 4				
Objetivo 5				
Objetivo 6				

Paciente:

Fecha:



ANEXO 13. GUÍA DE ENTREVISTA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACIÓN (SESIÓN 5)

1. Aspectos generales:

- ¿Qué ha supuesto para ti tu participación en este programa?
- ¿Te has sentido cómoda en el grupo de trabajo?
- ¿Las enfermeras han sabido dirigir las sesiones correctamente?

2. Análisis de las sesiones:

- ¿Te ha resultado útil lo trabajado en las sesiones?
- ¿Te ha resultado útil llevar a cabo los autorregistros en casa entre sesiones?
- ¿Te ves capaz de implementar lo aprendido en tu vida diaria?
- ¿Qué sesión te ha gustado más?
- ¿Y cuál menos?
- ¿Ha sido suficiente el tiempo y número de sesiones?

3. Para finalizar:

- ¿Qué aspectos de la Educación para la Salud recibida no te han gustado?
- ¿Qué propondrías para mejorar?
- ¿Te gustaría recibir más sesiones de este programa?
- ¿Te gustaría participar en otro programa similar?



ANEXO 14. REGISTRO DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA.

Estructura de las sesiones.

SESIONES	OBJETIVO	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
SESIÓN 1: BIENVENIDA AL PROGRAMA	<i>Crear un clima de confianza</i>	Telaraña	Participación en la actividad
		Cuestionario EDI-3	Resultados EDI-3
SESIÓN 2: CONCIENCIA DE PENSAMIENTO	<i>Identificar pensamientos disfuncionales</i>	Fotopalabra	Participación en la Actividad
		Clase Magistral	Deberes: <u>Hoja de Autorregistro</u>
SESIÓN 3: TRANSFORMANDO EL PENSAMIENTO	<i>Tomar conciencia de formas negativas de resolución de pensamientos disfuncionales.</i>	Lluvia de ideas	Participación en la Actividad
	<i>Implementar herramientas de transformación de pensamientos disfuncionales</i>	Clase Magistral	Deberes: <u>Hoja de Autorregistro</u>
SESIÓN 4: AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL	<i>Tomar conciencia de Autoestima actual y relación con la imagen corporal.</i>	Escala de Autoestima de Rosenberg. Body Shape Questionnaire	Resultados Escala de Autoestima de Rosenberg y Body Shape Questionnaire
	<i>Influencia de baja autoestima en génesis de pensamiento disfuncional.</i>	Clase Magistral	
	<i>Comprender la importancia de trabajar en la autoestima</i>	Clase Magistral	Deberes: <u>Diario de Autoconocimiento.</u>

SESIÓN 5: EVALUACIÓN	<i>Entender el impacto del programa en la recuperación</i>	Formulario de Alcance de Objetivos Cuestionario EDI-3: Solo los 10 ítems.	Resultados Formulario de <u>objetivos</u> . <u>Diferencias 10 Ítems</u> con cuestionario 1ª Sesión
	<i>Analizar las mejoras experimentadas</i>	Entrevista individual	Resultados <u>entrevista individual</u>
	<i>Comunicar aspectos positivos y negativos de las sesiones recibidas. Identificar aspectos a mejorar para futuras sesiones del programa y propuesta de ideas</i>	Coloquio final grupal	Participación en el <u>coloquio</u> final <u>grupal</u>

Parte 1: Evaluación inicial (Sesión 1)

❖ Resultados obtenidos en la versión modificada del EDI-3.

ÍTEMES 1ª SESIÓN:

ÍTEM	0	1	2	3	4	5
1. Me siento muy culpable cuando como en exceso						
2. Soy capaz de expresar mis sentimientos						
3. Suelo estar confuso con mis emociones						
4. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento						
5. No sé qué es lo que ocurre en mi interior						
6. Temo no poder controlar mis sentimientos						
7. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado						
8. Soy incapaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos						
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo						
10. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza						

Parte 2: Evaluación de sesiones

Tomando como referencia la actitud observada en las sesiones y lo escrito en las hojas de autorregistro que trabajan lo abordado en estas:

- **0:** Objetivo nada alcanzado.
- **1:** Objetivo poco alcanzado.
- **2:** Objetivo mayormente alcanzado.
- **3:** Objetivo completamente alcanzado.

SESIÓN 2

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Identificación de pensamientos disfuncionales				

SESIÓN 3

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Aplicación de herramientas aprendidas en la transformación de pensamientos disfuncionales				

SESIÓN 4

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Reflexionar acerca de las creencias o valoraciones negativas y lo que suponen en su autoestima.				

Parte 3: Evaluación Final (Sesión 5)

La evaluación final hace referencia a la llevada a cabo en la sesión 5.

- ❖ Resultados Formulario alcance de Objetivos.
- ❖ Comparación con los Registros de Evaluación de las sesiones.
- ❖ Diferencias entre la versión del EDI-3 cumplimentado en la 1ª y 5ª sesión.

ÍTEMS 5ª SESIÓN:

ÍTEM	0	1	2	3	4	5
1. Me siento muy culpable cuando como en exceso						
2. Soy capaz de expresar mis sentimientos						
3. Suelo estar confuso con mis emociones						
4. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento						
5. No sé qué es lo que ocurre en mi interior						
6. Temó no poder controlar mis sentimientos						
7. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado						
8. Soy incapaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos						
9. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo						
10. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza						