

Mayo de 2017

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA DE  
MADRID

Claudia M<sup>a</sup> Sanz  
Jiménez



# **[Programa de educación para la salud dirigido a adolescentes con anorexia nerviosa]**

Trabajo fin de Grado

Tutora: Carmen Martín Salinas



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>ABSTRAC</b> .....	6
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>PLANTEAMIENTO PERSONAL Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	19
<b>METODOLOGÍA</b> .....	22
Objetivo general .....	22
<b>DISCUSIÓN y CONCLUSIONES</b> .....	33
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	36
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	37
<b>ANEXOS</b> .....	39
<b>Anexo 1. Formulario de evaluación</b> .....	40
<b>Anexo 2. Eating Disorder Inventory-2 de Garner (EDI-2)</b> <sup>[19]</sup> .....	41
<b>Anexo 3. Escala de Observación de Conducta Anoréxica de Vandereycken</b> <sup>[20]</sup> .....	45
<b>Anexo 4. RUEDA DE ALIMENTOS</b> <sup>[21]</sup> .....	47
<b>Anexo 5. PIRAMIDE DE ALIMENTOS</b> <sup>[22]</sup> .....	48
<b>Anexo 6. Irrational Food Believes Scale (Escala de creencias irracionales acerca de los alimentos)</b> <sup>[23]</sup> .....	49
<b>Anexo 7. PLANILLA PARA LA PLANIFICACIÓN DEL MENÚ</b> .....	51
<b>Anexo 8. PIRÁMIDE DEL EJERCICIO</b> <sup>[24]</sup> .....	52
<b>Anexo 9. ÁRBOL DE PROBLEMAS</b> .....	53
<b>Anexo 10. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG</b> <sup>[25]</sup> .....	54
<b>Anexo 11. DAFO</b> .....	55



## RESUMEN

La anorexia nerviosa es un trastorno mental determinado por una alteración concreta de la conducta y del patrón de ingesta alimentaria y del control del peso corporal, que provoca un gran deterioro físico a consecuencia de la malnutrición. Esto hace imprescindible para su abordaje un enfoque interdisciplinar en el que la enfermera debe estar presente para desarrollar actuaciones proactivas de prevención y promoción de la salud.

En este sentido, los programas de prevención sobre estilos de vida y hábitos alimentarios saludables deben tener una iniciación temprana y estar orientados a desarrollar la autoestima y la toma de decisiones, siendo imprescindible para esto último, la actuación sobre los factores culturales.

**Objetivo.** Diseñar un proyecto de educación para la salud dirigido a mujeres jóvenes con anorexia nerviosa, buscando la capacitación para el autocuidado a través del empoderamiento en el mantenimiento de su salud.

**Método.** Este Programa de Educación para la Salud va dirigido a mujeres adolescentes, con anorexia nerviosa, que se captarán en el Centro de Salud a partir de unos criterios de inclusión establecidos.

**Discusión.** La anorexia nerviosa es un trastorno frecuente y con graves repercusiones para quien la padece, por lo que la implicación de enfermería en su prevención, mediante el desarrollo de programas de educación para la salud, puede minimizar su incidencia, al desarrollar habilidades de mejora social que contribuyan a evitar acciones autolíticas y recidivas, ya que se considera un trastorno con un proceso largo de curación y restauración y vuelta a la normalidad.

**Palabras clave:** anorexia nerviosa, enfermería, educación para la salud, nutrición.

## ABSTRAC

Anorexia nervosa is a mental disorder determined by a specific alteration of the conduct and the pattern of food intake and control of body weight, causing a big physical deterioration as a result of malnutrition. This is essential for addressing an interdisciplinary approach in which the nurse must be present to develop proactive actions of prevention and health promotion.

In this sense, lifestyles and eating habits prevention programs should have an early initiation and be oriented to develop self-esteem and decision making, being essential for this last, the action on cultural factors.

**Objective.** Designing a health education project directed to young women with anorexia nervosa, seeking training for self-care through empowerment in maintaining their health.

**Method.** This health education program is aimed at adolescent girls with anorexia nervosa, which will be picked up at the health center from established inclusion criteria.

**Discussion.** Anorexia nervosa is a common disorder and with serious repercussions for those who suffer from it, so the involvement of nurses in their prevention, through the development of health education programs, can minimize its incidence, develop skills of social improvement that can help prevent suicidal actions and recurrences, as it is considered a disorder with a long process of healing and restoration, and return to normality.

**Key words:** anorexia nervosa, nursing, health education, nutrition.

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, hay una gran predisposición, tanto social como culturalmente, a considerar la delgadez como la clave del éxito y la aceptación social. Esta situación afecta especialmente a adolescentes, principalmente mujeres, que tienen una gran preocupación por su aspecto físico, haciendo de esto una situación de riesgo susceptible a padecer trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

El inicio de los TCA viene de lejos en nuestra historia, aunque hay que remarcar el aumento de su incidencia en la actualidad. Son conocidas las purgas que se realizaban en Roma tras los atracones para poder seguir comiendo. No obstante, estas conductas no se realizaban para controlar el peso, sino que ingerir grandes cantidades de alimentos, se consideraba un signo de mayor estatus social.

El comienzo de la anorexia data de la Edad Media, donde se encuentran relatos de personas con este tipo de enfermedad, que mostraban rechazo a la comida, seguían una dieta estricta y disfrutaban pasando hambre. Estas conductas estaban relacionadas con penitencias o sacrificios autoimpuestos, como son los casos en el siglo XIV de Santa Liduina de Shiedam, que se alimentó durante un tiempo prolongado sólo de trocitos de manzana, y de Santa Catalina de Siena (consejera del Papa Gregorio IX en Avignon) que dejó de alimentarse hasta morir por no poder evitar el Cisma de la Iglesia Católica. También Santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, dejó de comer para adelgazar porque quería dejar de ser bella y no gustar a los hombres para dedicar su vida a Dios. El Papa Borgia o Enrique VIII, por esta época, fueron personajes conocidos por episodios de atracón-vómitos, sin connotación alguna de carácter religioso.

Dos siglos más tarde, se dejó de lado la relación de estas conductas con el tema religioso, y fue en el s. XVII cuando el médico Richard Morton hizo la primera descripción del cuadro clínico de la anorexia nerviosa. Más tarde, en el s. XVIII, se detalló algún cuadro sobre conductas de consumo excesivo y posterior purga. Posteriormente, en el s. XIX William Gull acuñó el término anorexia nerviosa. En este tiempo, el psiquiatra francés Lasègue separó la parte biológica para dar respuestas a nivel psicológico y familiar a este tipo de conductas. En este mismo siglo, Fenwick recalca que es una problemática más característica de las clases acomodadas, y Charcot

incluyó el miedo a engordar como inductor al ayuno. Por último, Hooper empleó el término “bulimia emética”. El primer cuadro clínico que define la bulimia se describe en 1903. Diez años más tarde fue Simmonds el que dio una explicación endocrinológica a la anorexia nerviosa, definiéndola como “caquexia hipofisiaria”.

Ya en el siglo XX, cuando emergió el movimiento psicoanalítico en la década de los cuarenta, se dio mayor importancia a que la anorexia nerviosa simbolizaba el rechazo a la sexualidad, con predominio de fantasías de embarazo oral. A finales de la década de los sesenta, Russel describió la bulimia nerviosa como un trastorno severo de la conducta alimentaria determinada por episodios de sobreingesta y voracidad, seguidos de vómitos e ingesta de laxantes y/o diuréticos para contrarrestar dicha ingesta excesiva. Pese a esto, no fue hasta 1980 cuando fue incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III).<sup>[1]</sup>

Actualmente los TCA se definen como síndromes clínicos caracterizados por alteraciones severas de la ingesta alimentaria asociada a una preocupación excesiva por el aspecto, la forma y el peso corporal. El origen de estos desarreglos se debe buscar en una o varias causas psicológicas, familiares, biológicas y socioculturales. El comienzo suele ser al final de la infancia o en la adolescencia<sup>[2]</sup>, y acarrear consecuencias negativas tanto fisiológicas como psicológicas en la persona que los padece. Son enfermedades graves, cuyo tratamiento es largo y complejo. En este sentido, destaca la falta de concienciación de la persona afectada sobre el problema, ya que no es capaz de ver la parte negativa del trastorno, así como la necesidad de realizar un tratamiento ni los beneficios que le proporciona. Esto da lugar, en la mayoría de los casos, a una mala adherencia terapéutica, en la que interviene de forma destacada, el papel que ejerce la familia.<sup>[3]</sup>

Se conocen varios tipos de TCA con características diferentes. Entre ellos destaca, la Anorexia Nerviosa (AN), que se considera un síndrome psiquiátrico de origen multifactorial que actúa como predisponente, desencadenante o mantenedor del trastorno. Se caracteriza por una pérdida importante y voluntaria de peso que origina unas determinadas alteraciones orgánicas. La principal causa de esta conducta es el miedo a ganar peso, y la consecuencia es la alteración de la imagen corporal.<sup>[4]</sup>

Otro tipo de TCA es la Bulimia Nerviosa (BN), alteración caracterizada por la ingesta excesiva de alimentos seguida de la inducción al vómito y el uso de laxantes y/o diuréticos, con la intención de controlar aún más el peso corporal. Al igual que en la anorexia, este trastorno alimentario tiene una relación de 10:1 mujeres frente a hombres. Es difícil de descubrir, ya que en la mayoría de las ocasiones no existe malnutrición ni pérdida de peso, y al ser una práctica llevada en secreto, tanto a nivel familiar como escolar, resulta difícil su detección. Según el tipo de conducta compensatoria utilizada, existen dos variantes de la bulimia (tabla 1).

**Tabla 1. Tipos de bulimia.**

TIPO	CONDUCTAS COMPENSATORIAS
<b>PURGATIVO</b>	Hay un uso excesivo de laxantes, enemas o diuréticos, a parte de la inducción al vómito.
<b>NO PURGATIVO</b>	Realizan ayuno y/o ejercicio de una manera intensa.

*Elaboración propia, tomado de Lambruschini, L., Leis, R. <sup>[4]</sup>*

Un tercer tipo de TCA es el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), en el que hay síntomas que tienen relación con la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, pero que no cumplen suficientes criterios como para incluirlos en ninguna de esas categorías. Un ejemplo sería la restricción de alimento o la distorsión de la imagen corporal, pero sin producirse amenorrea. El hecho de que no se pueda encuadrar en alguno de los dos trastornos descritos, no quiere decir que sea menos grave y no sea necesario un tratamiento. <sup>[3]</sup>

Por último, existen otros trastornos de la conducta alimentaria, cuya característica primordial no es la pérdida de peso (tabla 2).

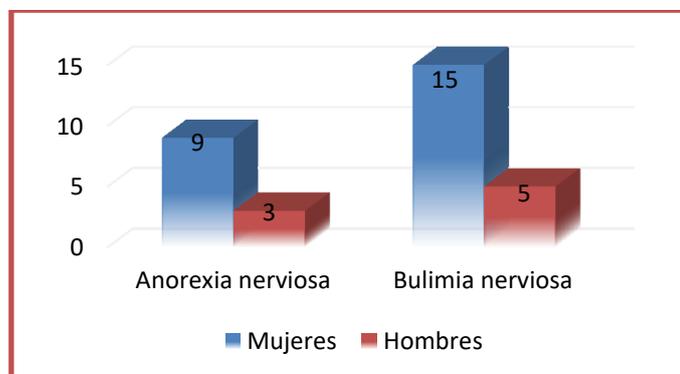
**Tabla 2. Otros trastornos de la conducta alimentaria.**

TIPOS	DEFINICIÓN
<b>Pica</b>	Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes (carbón, tiza, papel,...).
<b>Trastorno por rumiación</b>	Regurgitación repetida durante un periodo mínimo de un mes. La comida tragada previamente, puede estar más o menos digerida, y se devuelve a la boca sin padecer náuseas ni desagrado. La comida que vuelve a la boca, se puede volver a masticar y deglutir, o simplemente se escupe.
<b>Trastorno de evitación/restricción de los alimentos</b>	Este trastorno tiene el inicio antes de los 6 años de edad y se define por un fracaso persistente por cubrir las necesidades nutricionales. Hay pérdida de peso y déficit nutritivo, estableciéndose dependencia de la alimentación suplementaria. Se acompaña de interferencia en el comportamiento psicosocial.

*Elaboración propia, tomado de Associació contra l'Anorexia i la Bulimia, 2010* <sup>[3]</sup>

Epidemiológicamente hay diferencias de género. La incidencia es significativamente mayor en mujeres, en edad pre o puberal, con una media de edad para los ingresos hospitalarios entre los 12 y los 14 años. <sup>[4]</sup> La anorexia nerviosa afecta a 9 de cada 1000 mujeres, mientras que en hombres la incidencia es de 3 por cada 1000. En cambio, la bulimia se presenta en 15 de cada 1000 mujeres y en 5 de cada 1000 hombres (gráfico 1).

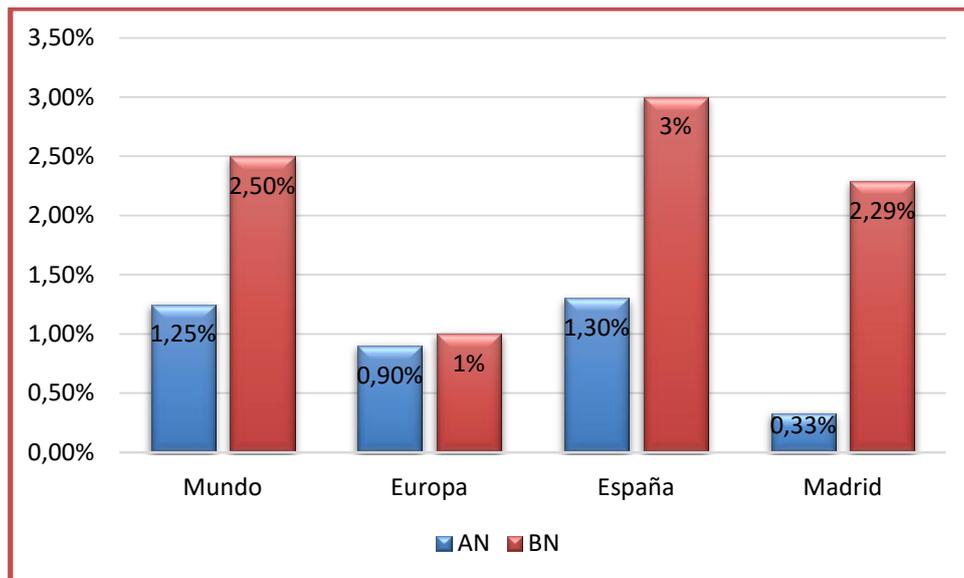
**Gráfico 1. Incidencia de la AN y la BN por 1000 habitantes.**



*Elaboración propia*

Los datos a nivel mundial indican un incremento de 10 veces de los casos de TCA en los últimos 15 años, con una afectación aproximada del 3% de las niñas y jóvenes adolescentes.<sup>[4]</sup> La prevalencia es de 0,1-1,5% con AN y del 1-3% de BN (gráfico 2), y es 10 veces menor en hombres que en mujeres.<sup>[5]</sup>

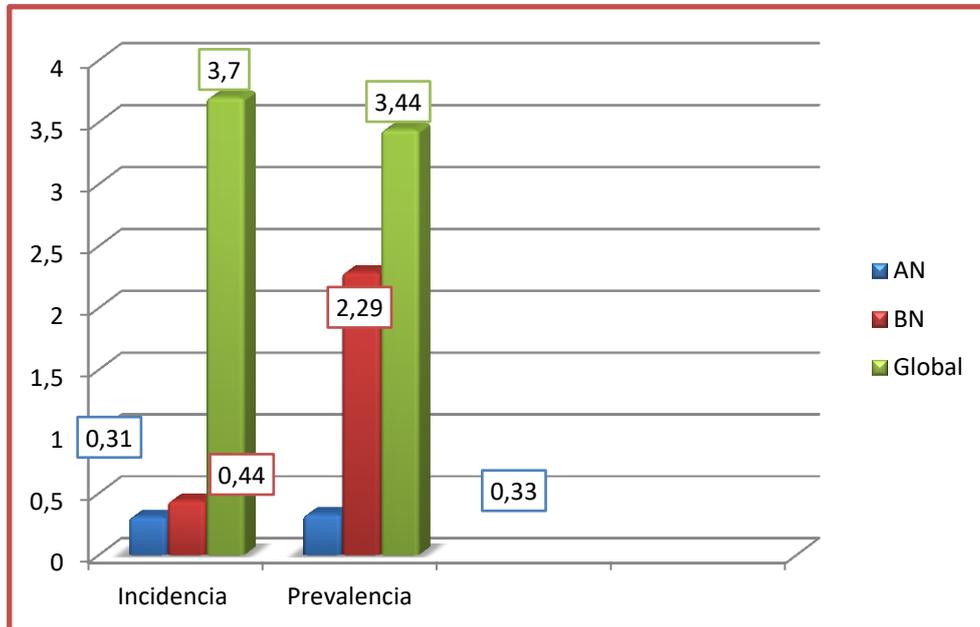
**Gráfico 2. Prevalencia de AN y BN.**



*Elaboración propia*

En el caso de Europa, el principal grupo de riesgo son las mujeres de entre 15-19 años, manteniéndose estable la incidencia de la anorexia nerviosa, mientras que la bulimia nerviosa ha disminuido desde los años 90 del siglo pasado. La prevalencia de la anorexia se sitúa alrededor del 0,9% y la bulimia nerviosa cerca del 1%.<sup>[6]</sup> En España se alcanza cifras similares a las europeas, entre el 1% y el 2% para la anorexia nerviosa (1,3% en mujeres y 0,1% en hombres), aumentando al 2-4% para la bulimia.<sup>[4]</sup> En la Comunidad de Madrid (gráfico 3), destaca una incidencia de 3,7%, llegando al 7,6% si se incluye la población en riesgo. La tasa de prevalencia global es de 3,43%; siendo en mujeres del 5,34% (AN 0,33%; BN 2,29%)

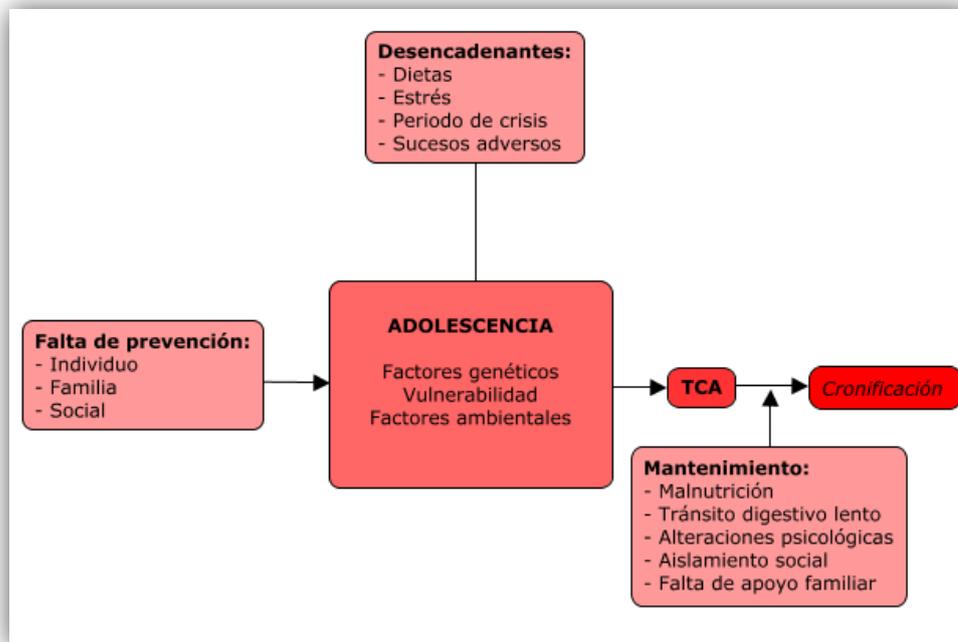
**Gráfico 3. Incidencia y Prevalencia en la Comunidad de Madrid de AN y BN**



*Elaboración propia, tomado de Peláez, 2010, y BECAM, 2012 [6][7]*

La anorexia nerviosa se considera un síndrome psiquiátrico de origen multifactorial, caracterizado por una importante pérdida voluntaria de peso, acompañado de determinadas alteraciones orgánicas. La causa principal es la aparición de un miedo intenso a la ganancia de peso, a pesar de que la persona se encuentre dentro del peso normal para su edad. Se asocia con alteración de la imagen corporal. En su desarrollo intervienen, como se dijo anteriormente, numerosos factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales, nutricionales, neuroquímicos y hormonales. Todos predisponen, desencadenan o mantienen dicho trastorno, habiéndose demostrado cierta relación entre el aumento de los TCA en familias con pacientes anoréxicos.

**Figura 1. Modelo causal de los trastornos de comportamiento alimentario.**



Elaboración propia, tomado de Madruga Acerete y cols <sup>[8]</sup>

Entre los factores ambientales destaca principalmente la influencia de los medios de comunicación, que marcan los actuales cánones de belleza y los estereotipos sociales, junto al influjo significativo de la industria alimentaria y de la moda. A esto hay que añadir la progresiva urbanización de las ciudades y la creciente tendencia a llevar estilos de vida sedentarios. A su vez, los factores que se vinculan con el sexo, involucran a la serotonina que es la encargada de desempeñar funciones psicobiológicas, como las implicadas en el humor y en el apetito con la influencia en la anorexia nerviosa. A su vez, para los factores de mantenimiento y/o agravamiento, se conjugan una serie de sistemas y señales procedentes del hipotálamo, las reservas energéticas y el sistema gastrointestinal. En estas personas hay una alteración de la percepción hambre/saciedad y del patrón alimentario. Se produce un trastorno de algunos de los neurotransmisores que participan en la regulación de la homeostasis energética (serotonina, dopamina, noradrenalina) y en los sistemas de la colecistoquinina, grelina, leptina, adiponectina, neuropéptido Y, u otros péptidos partícipes en el control de la ingesta.

Por otro lado, el tejido adiposo es un órgano de actividad endocrina y metabólica con una conexión bidireccional con el cerebro, desempeñando así un papel fundamental en la regulación del balance energético. También se encuentran disminuidos los niveles de norepinefrina, que justifica la bradicardia e hipotensión. La alteración de los niveles de serotonina puede explicar la elevada incidencia de comorbilidades psiquiátricas (depresión, ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos...).<sup>[8]</sup>

Estos y otros factores, hacen que la etapa de la adolescencia sea el momento de mayor riesgo de aparición de los TCA. Se trata de un periodo en que el carácter no está forjado y, junto con los cambios relacionados con la maduración sexual que influyen en la ganancia de peso y de tejido adiposo, cualquier influencia externa como, por ejemplo, la de los medios de comunicación que ayudan a la conformación de los estilos de vida adoptados por los adolescentes, se convierte en un factor determinante. Durante esta etapa de la vida, tener una autoimagen satisfactoria y ser visto de una manera atractiva por el resto de personas es de gran importancia. Esto conlleva una fase de inseguridad y ansiedad sobre la imagen y el aspecto, que inducen a la realización de dietas restrictivas, normalmente sin ningún control por parte de la familia o de los profesionales de la salud. Asimismo, el temor a engordar deriva en que los adolescentes se salten comidas, lleven a cabo dietas bajas en grasas y eliminen alimentos azucarados. De esta forma, reducen las kilocalorías procedentes de los alimentos y no cubren sus necesidades energéticas, lo que provoca, no solo la pérdida de peso, sino también un retraso en el crecimiento y desarrollo sexual.

Del mismo modo, se dan una serie de factores de riesgo (tabla 3) que intervienen en el desarrollo de la anorexia nerviosa.

**Tabla 3. Factores de riesgo de AN.**

Sexo femenino
Adolescencia y adultez temprana
Antecedentes familiares
Factores estresantes
Historia de obesidad
Trastornos afectivos en los familiares de I y II grado
Perfeccionismo
Impulsividad
Medio ambiente o aptitud física que impulsa a la delgadez
Hacer dieta

*Tomado de Herrera y cols<sup>[9]</sup>*

Hoy en día el diagnóstico de la AN sigue los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) o la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10). Y tiene una gran importancia que dicho diagnóstico sea lo más precoz posible para evitar las complicaciones que llega a alcanzar un caso ya evolucionado. En la tabla 4 se recogen las principales características diagnósticas del DSM-V, y en la tabla 5, los criterios diagnósticos para el CIE-10.

**Tabla 4. Diagnóstico según el DSM-V**

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

*Tomado de American Psychiatric Association, 2014<sup>[10]</sup>*

**Tabla 5. Diagnóstico según el CIE-10**

- A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet menor de 17'5) o de la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- B. La pérdida de peso está provocada por el propio enfermo a través de evitar el consumo de alimentos que cree que engordan y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
- Vómitos autoprovocados.
  - Purgas intestinales.
  - Ejercicio excesivo.
  - Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal, caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez de formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- D. Trastorno endocrinológico generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea, y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También se pueden presentar concentraciones altas de cortisol y de la hormona del crecimiento, alteraciones del tiroideo y anomalías en la secreción de insulina.
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa o incluso se detiene su desarrollo. Si se produce una recuperación, la pubertad se suele completar, pero la menarquía es tardía.

*Tomado de CIE-10-ES, 2010. <sup>[11]</sup>*

En la anorexia nerviosa se producen rutinas alimentarias irregulares junto con sintomatología digestiva en la que predomina la sensación de plenitud, abdominalgia, meteorismo... Dentro de los hábitos alimentarios anormales destaca el rechazo selectivo de alimentos y la manipulación de los mismos (esconderlos, lavarlos,...). También desarrollan actitudes obsesivo-compulsivas respecto a la comida como la potomanía, se aíslan en el tiempo de las comidas, alargan de manera exagerada el tiempo empleado en comer, tienen alterados los horarios de sueño y comida, muestran un interés exagerado por los temas culinarios y prestan demasiada atención a los que le rodean durante la comida. Todo esto lleva al desarrollo de múltiples complicaciones que afectan a diferentes órganos o sistemas corporales (tabla 6), entre las que destaca la malnutrición

energético-proteica, que se implanta de una manera lenta y prolongada, por lo que el organismo se adapta y evita que en una analítica rutinaria se pueda percibir fácilmente. En la valoración del patrón alimentario, se observa la disminución de parámetros antropométricos tales como el Índice de Masa Corporal (IMC), el pliegue tricípital y la circunferencia muscular del brazo.

**Tabla 6. Complicaciones de la anorexia nerviosa**

<p><b>Metabólicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución de la tasa metabólica basal.</li> <li>Distermia.</li> <li>Hipercolesterolemia.</li> <li>Hipercarotinemia.</li> </ul>	<p><b>Endocrinológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hipogonadismo hipogonadotrófico.</li> <li>Aumento de cortisol y GH.</li> <li>Disminución de T3.</li> </ul>
<p><b>Cardiovasculares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bradycardia.</li> <li>Hipotensión</li> <li>Disminución del tamaño cardíaco.</li> <li>Alteraciones del ECG.</li> </ul>	<p><b>Óseas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Osteopenia.</li> <li>Retraso en maduración ósea.</li> </ul>
<p><b>Gastrointestinales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gastroparesia.</li> <li>Estreñimiento.</li> <li>Distensión abdominal.</li> </ul>	<p><b>Dermatológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Piel seca.</li> <li>Lanugo.</li> </ul>
<p><b>Renales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones hidroelectrolíticas</li> <li>Uremia prerrenal.</li> <li>Fallo renal crónico.</li> </ul>	<p><b>Hematológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pancitopenia.</li> <li>Hipoplasia de la médula ósea.</li> </ul>
	<p><b>Cognitivas y del comportamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Depresión.</li> <li>Dificultad de concentración.</li> <li>Obsesión por la comida.</li> </ul>

Tomado de Madruga Acerete y cols<sup>[8]</sup>

El manejo de la anorexia nerviosa debe llevarse a cabo por un equipo interdisciplinar, cuya finalidad es actuar sobre la problemática psicológica, comportamental, social y familiar que ha iniciado o mantiene el proceso. El principal objetivo por parte de los profesionales de la salud con estas personas, es el restablecimiento del estado nutricional a través de la recuperación de pautas de alimentación normales y del peso perdido, de la adecuación del peso con la talla, así como de la evitación de recaídas. Por este motivo, hay que prestar atención a ciertos signos de alerta que indican si la persona necesita tratamiento ambulatorio o precisa ingreso hospitalario. A saber, rapidez extrema de pérdida de peso, tendencia a la hipotensión (generalmente asociada a bradicardia <50 lpm), hipotermia mantenida, hipopotasemia (< 2'5 mEq/l), cambios en el estado de conciencia (como apatía y postración) y/o presencia de vómitos. En la tabla 7 se han clasificado las fases del tratamiento.

<b>Tabla 7. Fases del tratamiento de la anorexia nerviosa</b>	
<b>Fase I</b>	Se corrige el trastorno agudo como la deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base.
<b>Fase II</b>	Inicio de la realimentación. Las primeras 24 horas, adecuando las necesidades energéticas a la persona, que se irán aumentando según tolerancia. Inicialmente se intenta una ingesta oral, pero si hay rechazo o vómitos se instaura alimentación enteral por sonda nasogástrica o nasoduodenal. Nunca se superará de manera inicial un volumen de 2000 ml al día.
<b>Fase III</b>	Una vez restablecido el peso mínimo a alcanzar, se inicia reeducación nutricional con el fin de estabilizar el trastorno y conseguir los objetivos ponderales que corresponden a la persona.
<b>Fase IV</b>	Se lleva a cabo el alta hospitalaria, con seguimiento ambulatorio del estado nutricional y educación de hábitos alimentarios.

*Tomado de Lambruschini,<sup>[4]</sup>*

## **PLANTEAMIENTO PERSONAL Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.**

La AN es un trastorno mental determinado por una alteración concreta de la conducta y del patrón de ingesta alimentaria y del control del peso corporal, que provoca un gran deterioro físico, con afectación de todo el organismo a consecuencia de la malnutrición. Además, se acompaña de un mal funcionamiento cerebral, que tiende a prolongar el trastorno mental. Se ha visto una importante relación de morbilidad y mortalidad con la anorexia nerviosa, considerándose como un problema de salud pública, debido a su curso clínico prolongado y su tendencia a la cronificación. Sus características pueden producir graves repercusiones nutricionales que además de afectar al tratamiento psicológico, pueden poner en peligro la vida del paciente. Esto hace imprescindible para su tratamiento, un enfoque interdisciplinar y altamente especializado, con profesionales expertos en nutrición, que proporcionen el asesoramiento nutricional adecuado, junto con otras medidas terapéuticas, que minimicen los riesgos ocasionados por la disminución en la ingestión de alimentos.<sup>[8]</sup>

Los TCA son una patología común en nuestros días, siendo la anorexia nerviosa la tercera enfermedad crónica en la adolescencia. Los programas de prevención sobre estilos de vida y hábitos alimentarios saludables deben tener una iniciación temprana y estar orientados a desarrollar la autoestima y la toma de decisiones, siendo imprescindible para esto último, la actuación sobre los factores culturales. En este sentido, la educación para la salud es una herramienta fundamental, tanto para la prevención como para la recuperación de la salud, cuya principal finalidad es la de promover un estilo de vida orientado a la salud. Para lograr la modificación de la conducta alimentaria es indispensable el desarrollo de este tipo de programas de educación nutricional, dirigidos tanto al paciente como a su entorno. La transmisión de la información acertada puede motivar hacia un cambio de conducta alimentaria, y contribuir a desarrollar habilidades que facilden para la elección correcta de alimentos que permitan la adopción de conductas alimentarias saludables, así como, su mantenimiento en el tiempo. En consecuencia y teniendo en cuenta el origen multifactorial de los TCA y la importante alteración del patrón alimentario que

presentan este tipo de personas, los programas de educación para la salud, impartidos por profesionales cualificados, deben estar presentes a lo largo del tratamiento.<sup>[12]</sup>

Por estos motivos consideramos que el papel de los profesionales de enfermería en este tipo de trastornos es imprescindible, ya que cuidan a la persona afectada a lo largo de la vida y pueden ayudar a identificar los problemas, aconsejarlas y guiarlas en las necesidades y cuidados especiales que precisen.<sup>[13]</sup>

La promoción de la salud reside en la participación efectiva de la comunidad con la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración de estrategias de planificación para lograr un mejor nivel de vida.

El entorno de la Atención Primaria es un lugar idóneo para trabajar en la prevención y promoción de la salud. Este último concepto nace con la Declaración de Ottawa de 1986, promovida por la OMS y se define, como “la capacitación de la población para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla”.<sup>[14]</sup>

La Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, es un catálogo de prestaciones a los ciudadanos en el que se priorizan las actuaciones preventivas y de promoción de la salud, así como, la atención ante problemas de salud de alta prevalencia y susceptibles de ser atendidos en el primer nivel asistencial.<sup>[15]</sup> En este contexto, las enfermeras poseen las competencias para desarrollar actuaciones proactivas de prevención y promoción de la salud, mediante intervenciones de educación para la salud, tanto individuales como colectivas, en las que se aprovechan las vivencias y conocimientos de la persona buscando la capacitación para el autocuidado, a través del empoderamiento de los ciudadanos en el mantenimiento de su salud.<sup>[16]</sup>

La enfermería de Atención Primaria, desde el punto de vista del profesional de la salud, considera susceptibles de cuidados a personas con TCA, siempre desde un abordaje interdisciplinar. En este sentido, la enfermera pasa a ser gestora, lo que conlleva mantener una comunicación fluida entre los demás niveles asistenciales, establecer una relación próxima con la familia y, lo más importante, desarrollar una relación empática con el paciente, así como manejar los cuidados específicos derivados de esta situación de salud, a través de la educación para la salud en hábitos y estilo de vida saludables.<sup>[1]</sup>

Recientemente, se ha publicado por parte de la Conserjería de Sanidad de la CAM, la “Definición del rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados”. Este documento resalta el papel de la enfermera de Atención Primaria, en el que se crean iniciativas de soporte de autocuidado, cuyo fin es sustituir el modelo paternalista por otros modelos de participación activa y empoderamiento de la persona, para que se preocupen por su salud y su evolución, pasando a ser personas informadas y formadas, imprescindible para que se involucren en la toma de decisiones, decidan los objetivos terapéuticos y se corresponsabilicen de los resultados obtenidos.<sup>[17]</sup>

En consecuencia, el objetivo de este trabajo es llevar a cabo un proyecto de educación para la salud dirigido a mujeres jóvenes con anorexia nerviosa, buscando la capacitación para el autocuidado a través del empoderamiento en el mantenimiento de su salud.

## METODOLOGÍA

### **Población diana**

Este Programa de Educación para la Salud va dirigido a mujeres adolescentes, de entre 15-20 años, que tengan AN y se encuentren en Fase 4.

### **Captación de la población o muestra**

El grupo que conformará la muestra, se captará en el propio Centro a través de las entrevistas en la consulta de enfermería o bien, mediante folletos y carteles informativos disponibles en dicho Centro de Salud.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

El grupo a formar debe cumplir las siguientes características:

- Ser mujer
- Edad, entre 15-20 años de edad.
- Con diagnóstico de anorexia nerviosa en Fase 4.
- Que haya sido tratada en el Centro de Salud Mental
- Que no padezca otro tipo de TCA.

### Criterios de exclusión

- Mujeres con AN asociada a otros TCA
- No tener un dominio hablado del idioma castellano.
- Mujeres con AN con rechazos repetidos a los tratamientos propuestos.

### **Objetivo general**

Desarrollar estrategias para empoderar a personas con anorexia nerviosa en el cuidado de su salud.

## **Objetivos específicos (conocimientos, habilidades y actitudes)**

### Área de conocimientos

- Señalar conceptos clave relacionados con los alimentos.
- Describir los nutrientes y su papel en el metabolismo energético.
- Identificar las diferencias en las necesidades nutricionales de los adolescentes.
- Destacar los riesgos asociados a la disminución en la ingestión de alimentos.

### Área de actitudes

- Manifestar compromiso y predisposición a participar en el proyecto.
- Fomentar pensamientos, opiniones y sentimientos positivos de sí mismos.
- Expresar las inseguridades relacionadas con la imagen corporal.
- Empoderar hacia el desarrollo de hábitos alimentarios saludables.

### Área de habilidades

- Planificar menús saludables adaptados a su situación de desarrollo.
- Diseñar un programa de ejercicio compatible con un estilo de vida orientado a la salud.
- Desarrollar destrezas para gestionar la alimentación en el seno de las actividades sociales.
- Alcanzar una adecuada relación familiar y social con las personas de su entorno habitual.

## **Cronograma**

- **Número de sesiones:** Ocho sesiones, grupales e individuales. En el caso de las grupales será necesario que haya un mínimo de 8 personas y un máximo de 12. Imprescindible que el grupo sea par, para poder llevar a cabo actividades en pareja. Las sesiones comenzarán a las 12:00 h con una periodicidad semanal (martes y jueves).
- **Duración de las sesiones:** 90 – 100 minutos.

- **Lugar:** Las sesiones tendrán lugar en el Centro de Atención de Salud Mental de la CAM, en una sala adecuada con el material necesario para poder llevar a cabo las distintas actividades a lo largo del Programa de Educación para la Salud.
- **Número de participantes:** 8 – 12.
- **Categoría de los docentes:** Enfermeras del Centro de Salud Mental, una dirige las sesiones y la otra, actúa de observadora para facilitar la evaluación de las sesiones.
- **Evaluación:**

Según Donabedian, los componentes de la calidad asistencial son el técnico, el interpersonal y los aspectos de confort. A partir de ellos se han propuesto los ámbitos que definen la calidad que son efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad y competencia profesional.

En consecuencia, la finalidad de la evaluación es la obtención de información para adaptar y mejorar el programa educativo al desarrollo del aprendizaje, obtener un diseño óptimo y mejorar el transcurso de las sesiones.

Esta evaluación se obtendrá de los educadores (enfermera que imparte las sesiones y enfermera observadora) y de los participantes, a través de un formulario que se proporcionará al final del proyecto (Anexo 1).<sup>[18]</sup>

## DISEÑO DE LAS SESIONES

**SESIÓN 1: “INTRODUCCIÓN AL PROYECTO. OBJETIVO: CONOCERNOS”**

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
	Presentación del curso Establecer un ambiente grupal.	Estrategia de los nombres. Los nombres completos.	Tarjetas. Bolígrafos/ Rotuladores. Alfileres.	GC	20 min
<b>Manifestar compromiso y predisposición a participar en el proyecto.</b>	Firmar contrato de compromiso, cumplimiento e implicación con el EpS.	Charla/Coloquio. Lluvia de ideas.	Rotafolios. Bolígrafos/ Rotuladores. Contrato a firmar.	GC	40 min
	Puesta en común de puntos que quieran ser negociados.				
	Realización de cuestionarios para poder medir el progreso y el efecto de las sesiones en el grupo. Pre-test.	<i>Eating Disorder Inventory-2 de Garner (EDI-2)</i> (Anexo 2). <i>Escala de Observación de Conducta Anoréxica de Vandereycken</i> (Anexo 3).	Cuestionarios. Bolígrafos.	GC	30 min
<b>DEBERES</b>	Breve reflexión por escrito de lo que pretenden y esperan conseguir con el EpS.				
<b>EVALUACIÓN</b>	Se evaluará a través de un observador y de los cuestionarios que se han proporcionado.				

**GC:** Grupo Completo (todo el grupo) **GP:** Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) **P:** Parejas **I:** Individual

**SESIÓN 2: “NUTRICIÓN EN LA ETAPA ADOLESCENTE”**

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior y puesta en común de la breve reflexión.	Grupo nominal.	Rotafolios. Bolígrafos/ Rotuladores.	GC	10 min
Señalar conceptos clave relacionados con los alimentos.	Introducción de la necesidad de alimentación. Funciones de los alimentos. Explicación de conceptos digestión, asimilación, nutrición y alimentación.	Exposición Power Point/Vídeo <a href="https://www.youtube.com/watch?v=KS9kA00t8RA">https://www.youtube.com/watch?v=KS9kA00t8RA</a>	Proyector. Pantalla. Ordenador. Rueda de alimentos (Anexo 4)	GC	30 min
	Influencia de la publicidad en los hábitos alimentarios.	Phillips 6-6	Pirámide de alimentos (vacía). Diferentes alimentos con adhesivo por una cara. (Anexo 5)	1º GP 2º GC	30 min
Describir los nutrientes y su papel en el metabolismo energético.	Gasto metabólico basal. Necesidades energéticas según edad, sexo y actividad física.	Lección participada: Exposición y discusión.	Elaboración de un Mural. Bolígrafos/ Rotuladores.	GC	30 min.
<b>DEBERES</b>	Búsqueda de información sobre la nutrición en adolescentes y riesgos si no se realiza correctamente la alimentación.				
<b>EVALUACIÓN</b>	A través de un observador que registre el desarrollo de la sesión.				

**GC:** Grupo Completo (todo el grupo) **GP:** Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) **P:** Parejas **I:** Individual

**SESIÓN 3: “PLANIFICACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE”**

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
	Recordatorio de la sesión anterior. Recogida y revisión de la tarea encomendada.	Grupo nominal.		GC	10 min
<b>Planificar menús saludables adaptados a su situación de desarrollo.</b>	Creencias sobre la alimentación. Raciones de cada grupo de alimentos que deben tomar al día. Alimentos que sólo pueden tomar ocasionalmente.	Cuestionario (Irrational Food Believes Scale – Anexo 6). Exposición.	Cuestionario. Bolígrafos/ Rotuladores.	I	20 min.
	Realizar un menú semanal.	Exposición.	Proyector. Pantalla. Ordenador.	GC	15 min.
		Lluvia de ideas.	Bolígrafos/ Rotuladores. Plantilla (Anexo 7).	P	20 min.
<b>Diseñar un programa de ejercicio compatible con el estilo de vida orientado a la salud.</b>	Beneficios de realizar deporte. Consideraciones que se deben tener en cuenta según el estilo de vida.	Exposición	Bolígrafos/ Rotuladores. Proyector. Pantalla. Ordenador.	GC	15 min.
	Deportes que se pueden practicar individual o en equipo. Seleccionar el tipo de ejercicio más fácil de realizar.	Phillips 6-6 Pirámide del ejercicio. (Anexo 8)	Papel/Cartulina. Rotafolios. Bolígrafos/ Rotuladores.	GP,GC	20 min
<b>DEBERES</b>	Realizar planing de ejercicio semanal.				
<b>EVALUACIÓN</b>	Observador de la sesión que registre el desarrollo de la sesión.				

**GC:** Grupo Completo (todo el grupo) **GP:** Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) **P:** Parejas **I:** Individual

**SESIÓN 4: “PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES”**

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior. Recogida y revisión del planing del ejercicio semanal.	Grupo nominal.	Rotafolios. Bolígrafos/ Rotuladores.	GC	10 min
<b>Empoderar hacia el desarrollo de hábitos alimentarios saludables.</b>	Consecuencias orgánicas y cambios físicos en personas que padecen AN.	Árbol de problemas.  Discusión en grupo de los contenidos planteados.	Árbol en cartulina con las ramas y raíces. Hojas en papel para colgar del árbol con los problemas identificados. (Anexo 9)	GC	40 min
	Desarrollar estilos de vida saludables.	Lluvia de ideas.	Papel. Bolígrafos/ Rotuladores.	GP	15 min
	Puesta en común de los estilos de vida propuestos. Debate, discusión y empoderamiento de la realización, por ellos mismos, de su propio estilo de vida saludable.	Grupo nominal.	Rotafolios. Bolígrafos/ Rotuladores.	GC	25 min
<b>DEBERES</b>	Realización de una propuesta individual de estilo de vida orientado a la salud.				
<b>EVALUACIÓN</b>	Observador que registre el desarrollo de las sesiones.				

**GC:** Grupo Completo (todo el grupo) **GP:** Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) **P:** Parejas **I:** Individual

**SESIÓN 5: REFLEXIÓN ACERCA DE LA “IMAGEN CORPORAL”**

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior. Recogida de la propuesta de estilo de vida.	Grupo nominal.	Rotafolios. Bolígrafos/ Rotuladores.	GC	10 min
<b>Expresar las inseguridades relacionadas con la imagen corporal.</b>	Habilidades para la vida. Cada uno de los participantes hará un autoconocimiento. Influencia de la Comunicación 2.0.	Exposición.  Imágenes, blogs, de la red relacionadas con la imagen.	Proyector	I	50-60 min (5 min por persona)
	Habilidades para la vida. Grupo de debate sobre la empatía, el pensamiento crítico y el manejo de las emociones y sentimientos.	Vídeo terapia de grupo  Grupo nominal.	Proyector	GC	30 min.
<b>DEBERES</b>	Reflejar en un papel los pensamientos y sentimientos que han surgido y las conclusiones adquiridas a lo largo de la sesión.				
<b>EVALUACIÓN</b>	Observador que registre el desarrollo de la sesión.				

**GC:** Grupo Completo (todo el grupo) **GP:** Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) **P:** Parejas **I:** Individual

**SESIÓN 6: “TRABAJAR LA AUTOESTIMA”**

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior. Recogida de la reflexión pedida en la sesión anterior.	Grupo nominal.	Rotafolios. Bolígrafos/ Rotuladores.	GC	10 min
<b>Fomentar pensamientos, opiniones y sentimientos positivos de sí mismos.</b>	Puesta en común de las situaciones que han afectado su autoestima.	Flujograma. Grupo nominal	Tarjetas en blanco. Bolígrafos.	I GC	40 min
	Aclaración de conceptos relacionados con la autoestima.	Cuestionario. Lluvia de ideas. Exposición teoría.	Cuestionario: Escala de Autoestima de Rosemberg. (Anexo 10) Bolígrafos.	I GC	40 min
<b>DEBERES</b>	Realizar una línea del tiempo donde reflejen los momentos en los que se han sentido mal o ha surgido alguna circunstancia que les haya podido afectar a su autoestima. En ella reflejarán el ¿qué ocurrió?, ¿cómo se sintieron? y ¿cómo actuaron y respondieron ante la situación?.				
<b>EVALUACIÓN</b>	Observador que registre el desarrollo de la sesión.				

**GC:** Grupo Completo (todo el grupo) **GP:** Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) **P:** Parejas **I:** Individual

**SESIÓN 7: “COMER EN SOCIEDAD. SOCIALIZACIÓN A TRAVÉS DE LA COMIDA”**

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior. Recogida de la tarea de la sesión anterior.	Grupo nominal.	Rotafolios. Bolígrafos/ Rotuladores.	GC	10 min
<b>Desarrollar destrezas para gestionar la alimentación en el seno de las actividades sociales.</b>	Exposición teórica sobre la alimentación como elemento de socialización. Carácter lúdico de la alimentación.	Exposición.	Ordenador. Proyector. Pantalla.	GC	30-40 min
<b>Alcanzar una adecuada relación familiar y social con las personas de su entorno habitual.</b>	Diseño de estrategias para mejorar la calidad de vida mediante la consecución de un entorno favorable.	Sociograma (mapa de las relaciones). Discusión en grupo.	Tarjetas en blanco con forma triangular, rectangular y circular. Bolígrafos. Cartulina A3.	I, GC	30-40 min
<b>DEBERES</b>	Breve reflexión sobre el tipo de relación con las personas de su entorno.				
<b>EVALUACIÓN</b>	Observador que registre el desarrollo de la sesión.				

**GC:** Grupo Completo (todo el grupo) **GP:** Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) **P:** Parejas **I:** Individual

**SESIÓN 8: “CONCLUSIÓN- IDEAS INTEGRADAS”**

OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS MATERIALES	GRUPO	TIEMPO
	Recordatorio de los contenidos de la sesión anterior. Recogida de la reflexión pedida en la sesión anterior.	Grupo nominal.	Rotafolios. Bolígrafos/ Rotuladores.	GC	10 min
<b>Evaluación y valoración del Eps.</b>	Discusión y puesta en común de las actividades pedidas a lo largo del Eps. Se pondrán en común los puntos que tengas similares cada una de ellas y se trabajarán para reforzar los aspectos positivos.	Discusión participativa.		GC	30 min.
	Puesta en común de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.	DAFO (Anexo 11)	Mural. Rotuladores.	GC	30-40 min.
	Realización de cuestionarios para poder medir el progreso y el efecto de las sesiones en el grupo. Post-test.	<i>Eating Disorder Inventory-2 de Garner (EDI-2)</i> (Anexo 2). <i>Escala de Observación de Conducta Anoréxica de Vandereycken</i> (Anexo 3). Formulario de evaluación. (Anexo 1)	Cuestionarios. Bolígrafos.	GC	30 min
<b>EVALUACIÓN</b>	Valoración y evaluación de los resultados obtenidos por el observador, reflexión sobre el DAFO y comparación de los resultados obtenidos en los test realizados en la primera sesión.				

**GC:** Grupo Completo (todo el grupo) **GP:** Grupo pequeño (6-5 personas por grupo) **P:** Parejas **I:** Individual

## DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

El entorno de la Atención Primaria es el lugar más apropiado para desarrollar actividades de promoción de la salud, definida en “La Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI”, como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los “determinantes de salud” y, en consecuencia, mejorarla, siendo imprescindible la participación de los propios individuos que deben de ser el centro de la acción.

En este sentido, la consulta de enfermería representa el primer nivel de aplicación de estrategias de promoción de la salud, dado que las enfermeras poseen las competencias para desarrollar actuaciones proactivas de prevención y promoción de la salud a través de intervenciones de educación para la salud, tanto individuales como colectivas, en las que se aprovechan las vivencias y conocimientos de la persona, buscando la capacitación para el autocuidado a través del empoderamiento de los ciudadanos en el mantenimiento de su salud, así como, disponen de una mayor aproximación a la unidad familiar.

Por ello, la EpS se puede considerar un instrumento de aprendizaje creado con la finalidad de responsabilizar a las personas en el cuidado de su salud y en la de su entorno. Además de formar parte del proceso asistencial, tanto en atención primaria como en especializada, a través de la prevención (primaria, secundaria y terciaria), de la promoción de la salud y de la adaptación social. Las tres áreas que debe abordar la EpS son los problemas de salud, los estilos de vida y las transiciones vitales. <sup>[16]</sup>

Con respecto a las limitaciones y dificultades que se han planteado al realizar este proyecto de EpS, hay que señalar algunas. Dado que se trata de un trastorno dentro del ámbito de la salud mental, la información recabada sobre anorexia nerviosa ha sido abundante. Sin embargo, ha resultado prácticamente imposible obtener datos epidemiológicos actualizados de la Comunidad Autónoma de Madrid, así como otros, de carácter más específico, probablemente relacionado con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Esto ha supuesto una dificultad añadida a la hora de programar ciertas sesiones, ya que, al desconocer el perfil

exacto de la población a la que se dirige, no se puede desarrollar un EpS orientado a problemas concretos que presentan los componentes de dicho grupo poblacional.

En el caso de este proyecto, si realizamos un análisis tipo DAFO podemos encontrar:

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sólo abarca una franja de edad pequeña.</li> <li>- EpS dirigido al sexo femenino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incumplimiento de la EpS.</li> <li>- No llegar a ser, el paciente, totalmente sincero por miedo.</li> <li>- Desconocimiento por parte del personal de este tipo de TCA.</li> </ul>
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción y empoderamiento de la persona con AN.</li> <li>- Educación sobre estilos de vida.</li> <li>- Mejor conocimiento de las personas que padecen o han padecido AN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliación del proyecto a una franja mayor de edad.</li> <li>- Aplicación de la EpS en ambos sexos.</li> <li>- Mejorar contenidos para futuros proyectos de EpS.</li> <li>- Especialización por parte de los profesionales sobre la AN.</li> </ul>

En conclusión, la AN, es un trastorno cada vez más frecuente en la sociedad actual, y con graves repercusiones para la persona que la padece y para su entorno más cercano. Esto hace necesaria la implicación de profesionales de la salud en su prevención mediante el diseño y puesta en marcha de programas de EpS que contribuyan a minimizar la incidencia de este problema de salud.

En este sentido, lo talleres educativos parecen obtener resultados positivos, tanto en la población de riesgo, como en personas con el trastorno en fase avanzada de curación, al evitar recidivas.

Lo que se pretende conseguir fundamentalmente con este proyecto de EpS, es la autonomía y manejo de cada uno de los componentes del taller. Es decir, al finalizar el mismo, deben ser capaces de llevar un estilo de vida adecuado sin realizar acciones

autolíticas que eviten recidivas, así como, manejar con habilidad cada una de las situaciones sociales que comprometen sus relaciones sociales y provocan un aislamiento por evitación de las mismas, ya que se considera un trastorno con un proceso largo de curación y restauración y vuelta a la normalidad.

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutora Carmen Martín Salinas, toda la ayuda que me ha aportado a lo largo de estos meses. Ya que, sin su ayuda y paciencia, este trabajo hubiera sido mucho más difícil de llevar a cabo.

También, quiero agradecer a mi familia la paciencia y la constancia que han tenido conmigo, prestándome su ayuda siempre que podían.

Por último, agradecer a mis amigas su apoyo dándome consejos y animándome a lo largo de la realización del trabajo.

## 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. Madrid: FAECAP; 2008 [consultado 08 enero 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/Dg7d3M>
- [2] Assumpta Rigol Cuadra, M. U. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Barcelona: Masson; 2001.
- [3] *Asociació contra l'Anorèxia i la Bulímia* [homepage on the Internet]. Barcelona: 2010; [actualizado 12 de julio 2010; citado 12 de diciembre 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/NsUZhQ>
- [4] Lambruschini, N., Leis, R. Trastornos de la conducta alimentaria. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría, 361-374. Disponible en: <https://goo.gl/AB2xkM>
- [5] Ortiz Moncada, R. Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario. Alicante; 2015.
- [6] Peláez Fernández, M. A., Raich Escursell, R. S., & Labrador Encinas, J. F. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. Mexican Journal of Eating Disorders; 2010. [consultado 26 diciembre 2016] 1(1); 62-75. Disponible en: <https://goo.gl/aouzhe>
- [7] Salud Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. 2012; 18(8): 3-23. Disponible en: <https://goo.gl/4rkxOt>
- [8] Madruga Acerete, D., Leis Trabazo, R., & Lambruschini Ferri, N. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *SEGHNP-AEP*, 325-339. Disponible en: <https://goo.gl/m8hh0Q>
- [9] Herrera D, Gaus D, Obregón M, Guevara A, Romero A. Anorexia y Bulimia Nerviosa [Internet]. 1ª ed. Ecuador: Diego Herrera; 2016 [consultado 3 abril 2017]. Disponible en: [http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/16-34-2-PB%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/16-34-2-PB%20(1).pdf)
- [10] American Psychiatric Association. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA; 2014.
- [11] Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Manual de Codificación. 2010. [citado 2 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/nZt6Ji>
- [12] Loria Kohen, V., Gómez Candela, C., Lourenço Nogueira, T., Castillo Rabaneda, R., García Huerta, M., & Zurita, L.. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr. Hosp.* 2009;24(5), 7-17. Disponible en: <https://goo.gl/EhFr9M>
- [13] Cooper, R. Could you Patient Have an Eating Disorder? *Nursin for Women's Health.* 2013; 17(4), 317-324.
- [14] Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud. Canadá; 1986. Disponible en: <https://goo.gl/AUxM3V>
- [15] Salud Madrid. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. 2013. Disponible en: <https://goo.gl/hoKhwo>
- [16] Salud Madrid. Estrategia de Calidad de los Cuidados de Atención Primaria. Madrid: Conserjería de Sanidad; 2009 [consultado 5 enero 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/qGwlNz>
- [17] Salud Madrid. Definición del rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados. Madrid, 2016.

- [18] Net, À., Suñol, R. La calidad de la atención. [consultado 14 Marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/NcsfEF>
- [19] EDI-2. Cuestionario. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. [consultado 27 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/yC7CfW>
- [20] Bolaños Ríos, P. Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2013 [consultado 27 de Febrero de 2017]; 18. Disponible en: <https://goo.gl/15YfIZ>
- [21] Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA). La Nueva Rueda de los Alimentos. 2007 [consultado 21 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/Hz5QRU>
- [22] Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Pirámide SENC 2015. 2015 [consultado 21 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/RbCgFC>
- [23] Jáuregui Lobera, I., Bolaños, P. Spanish versión of the irrational food beliefs scale. Nutr Hosp. 2010 [consultado 11 marzo de 2017]; 25(5): 852-859. Disponible en: <https://goo.gl/9FGTFW>
- [24] Paz, N. (Nutrición Vitoria). BENEFICIOS DEL EJERCICIO ¡Practica Ejercicio físico! 2015 [consultado 21 marzo 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/cDdQb9>
- [25] Consejo General de la Psicología de España. Escala de Autoestima de Rosenberg. [consultado 11 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/Dkoa7n>

## ANEXOS

*Anexo 1. Formulario de evaluación*

	Nada	Casi nada	Algunas sesiones	Casi todas	Todas
¿Le ha resultado útil la realización del EpS?					
¿Ha conseguido alcanzar los objetivos propuestos?					
¿Considera que puede aplicar a la vida diaria lo aprendido en las sesiones?					
¿Ha sido suficiente el tiempo empleado en cada una de las sesiones?					
¿El profesional de la salud ha dirigido las sesiones correctamente?					

**Indique alguna propuesta de mejora que incluiría en este proyecto:**

---



---



---

**Señale aspectos negativos de la EpS recibida:**

---



---



---

**Anexo 2. *Eating Disorder Inventory-2 de Garner (EDI-2)* <sup>[19]</sup>**

Identificador \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

	0	1	2	3	4	5
1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme						
2. Creo que mi estómago es demasiado grande						
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro						
4. Suelo comer cuando estoy disgustado						
5. Suelo hartarme de comida						
6. Me gustaría ser más joven						
7. Pienso en ponerme a dieta						
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes						
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos						
10. Me considero una persona poco eficaz						
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso						
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado						
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultado Sobresalientes						
14. La infancia es la época más feliz de mi vida						
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos						
16. Me aterroriza la idea de engordar						
17. Confío en los demás						
18. Me siento solo en el mundo						
19. Me siento satisfecho con mi figura						
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida:						
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones						
22. Preferiría ser adulto a ser niño						
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás						
24. Me gustaría ser otra persona:						
25.						
26. Exagero o doy demasiada importancia al peso						
27. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento						
28. Me siento incapaz						
29. He ido a comilonas en las que sentí que no podía comer						

	0	1	2	3	4	5
30. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores						
31. Tengo amigos íntimos						
32. Me gusta la forma de mi trasero						
33. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada						
34. No sé qué es lo que ocurre en mi interior						
35. Me cuesta expresar mis emociones a los demás						
36. Las exigencias de la vida adulta son excesivas						
37. Me fastidia no ser el mejor en todo						
38. Me siento seguro de mí mismo						
39. Suelo pensar en darme un atracón						
40. Suelo pensar en darme un atracón						
41. Me alegra haber dejado de ser un niño						
42. No sé muy bien cuando tengo hambre o no						
43. Tengo mala opinión de mí						
44. Creo que puedo conseguir mis objetivos						
45. Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes						
46. Temo no poder controlar mis sentimientos						
47. Creo que mis caderas son demasiado anchas						
48. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van						
49. Me siento hinchado después de una comida normal						
50. Creo que las personas son más felices cuando son niños						
51. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso						
52. Me considero una persona valiosa						
53. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado						
54. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas						
55. Pienso en vomitar para perder peso						
56. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado						
57. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado						
58. Me siento emocionalmente vacío en mi interior						
59. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos						

	0	1	2	3	4	5
60. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto						
61. Creo que mi trasero es demasiado grande						
62. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo						
63. Como o bebo a escondidas						
64. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado						
65. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos						
66. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer						
67. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome						
68. Me avergüenzo de mis debilidades humanas						
69. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable						
70. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales						
71. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo corporales						
72. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento						
73. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer						
74. Debo tener cuidado con mi tenencia a consumir drogas						
75. Soy comunicativo con la mayoría de la gente						
76. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado						
77. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente						
78. La gente comprende mis verdaderos problemas						
79. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza						
80. Comer por placer es signo de debilidad moral						
81. Soy propenso a tener ataque de rabia o ira						
82. Creo que la gente confía tanto en mí como merezco						
83. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol						
84. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo						
85. Los demás dicen que me irrito con facilidad						
86. Tengo la sensación de que todo me sale mal						

	0	1	2	3	4	5
87. Tengo cambios de humor bruscos						
88. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo						
89. Prefiero pasar mi tiempo solo que estar con los demás						
90. El sufrimiento te convierte en una persona mejor						
91. Sé que la gente me aprecia						
92. Siento la necesidad de hacer daño a los demás a mí mismo						
93. Creo que realmente sé quién soy						

*Escala que proporciona datos acerca de los aspectos psicológicos y conductuales de la AN y la BN. Consta de varias subescalas relacionadas con la delgadez, síntomas bulímicos, imagen corporal, perfeccionismo, inseguridad social, ...*

*No tiene un punto de corte. Se considera más importante la puntuación obtenida en cada subescala que la puntuación total.*

*Es un tipo de escala interesante en cuanto a la observación de la evolución psicológica a lo largo del tratamiento.*

**Anexo 3. Escala de Observación de Conducta Anoréxica de Vandereycken** <sup>[20]</sup>

Identificación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

	SÍ	NO	¿?
1. Evita comer con otros o se retrasa lo máximo posible en acudir a la mesa			
2. Muestra signos claros de tensión durante las comidas			
3. Se muestra agresiva u hostil durante las comidas			
4. Comienza cortando la comida en trocitos muy pequeños			
5. Se queja de que es demasiada comida o demasiado rica en calorías			
6. Tiene “caprichos de comida” inhabituales			
7. Trata de pactar sobre la comida (ejemplo: comeré esto si no como lo otro)			
8. Picotea la comida o come muy despacio			
9. Prefiere productos de dieta (bajo contenido calórico)			
10. Raramente dice tener hambre			
11. Le gusta cocinar o ayudar en la cocina, pero evita probar o comer			
12. Vomita después de las comidas			
13. Oculta la comida en servilletas, bolsos o ropas durante la comida			
14. Tira comida (ventana, cubo de basura, váter)			
15. Oculta o atesora comida en su propia habitación o en algún otro lado			
16. Come cuando está sola o “en secreto” (por ejemplo por la noche)			
17. No le gusta ir de visita ni a fiestas por la “obligación” de comer			
18. A veces tiene dificultades para parar de comer o come inusualmente grandes cantidades de comida o dulces			
19. Se queja mucho de estreñimiento			
20. Toma laxantes (purgantes) frecuentemente, o los pide			
21. Dice estar muy gorda sin tener en cuenta el peso perdido			
22. A menudo habla sobre delgadez, las dietas o la forma del cuerpo ideal			
23. A menudo se va de la mesa durante las comidas (ejemplo: ir a la cocina)			
24. Está de pie, anda y corre siempre que le es posible			
25. Está lo más activa posible (limpia la mesa, habitaciones, etc)			

	SÍ	NO	¿?
26. Hace mucho ejercicio físico o deporte			
27. Estudia y trabaja mucho			
28. Raramente está cansada y descansa muy poco o nada			
29. Reivindica estar “normal”, “sana” e incluso “mejor que nunca”			
30. Se resiste a ir al médico o rechaza los exámenes médicos			
<b>TOTAL: Punto de corte en 19 puntos.</b>			

*Se trata de un cuestionario que evalúa los conocimientos de la familia sobre la sintomatología de la anorexia. Consta de 30 ítems, con tres posibilidades de respuesta: “SI” (2 puntos), “NO” (0 puntos) y “?” (1 punto). El rango oscila entre 0 y 60, siendo de 19 o más puntos, una alta probabilidad de enfermedad (ANEXO 2).*

*Existen 3 subescalas:*

- *Comportamiento alimentario, relacionado con el peso, la comida y la negación del problema (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 17, 21, 22, 29 y 30).*
- *Comportamiento tipo bulímico: (ítems 8, 12, 15, 16, 18, 19 y 20).*
- *Hiperactividad: (ítems 11, 23, 24, 25, 26, 27 y 28).*

Anexo 4. RUEDA DE ALIMENTOS <sup>[21]</sup>

SEDECA® 2005



Anexo 5. PIRAMIDE DE ALIMENTOS [22]



**Anexo 6. *Irrational Food Believes Scale* (Escala de creencias irracionales acerca de los alimentos) <sup>[23]</sup>**

A continuación, leerá algunas frases sobre pensamientos acerca de la alimentación. Lea cada una de ellas y escójala puntuación con la que mejor se identifique en cuanto a los que piensa respecto a cada frase. No hay respuestas “buenas” o “malas”. Utilice las siguientes puntuaciones para elegir una, con la que más esté más de acuerdo:

**1= Muy en desacuerdo // 2= En desacuerdo // 3= De acuerdo // 4= Completamente de acuerdo**

	1	2	3	4
1. La comida es un sustituto del placer				
2. Algunos alimentos pueden relajarte				
3. Comer sano no lleva más tiempo que hacerlo de forma insana				
4. Posiblemente no podría vivir sin mi comida favorita				
5. Hacer la comida a la parrilla o a la plancha son formas de cocinas				
6. Mi mayor placer en la vida es comer				
7. Comer es una buena forma de salir de la depresión				
8. El ejercicio puede anular los efectos de una mala alimentación				
9. Comer sano no tiene que implicar abandonar por completo mis comidas favoritas				
10. La comida es una buena forma de salir de la depresión				
11. Las reuniones sociales no son tan divertidas sin comida				
12. Comer sano debería ser un estilo de vida				
13. Si nadie me ve comiendo algo, las calorías no cuentan				
14. Sólo las comidas con mucha grasa saben bien				
15. La única manera de hacer dieta es una dieta de choque				
16. Una buena forma de reducir el estrés es comer				
17. La clave de una dieta sana es lograr el equilibrio sobre lo que se come				
18. Algunas comidas son irresistibles				
19. Si algo es “light” puedes comer todo lo que quieras				
20. Las grasas saturadas son mejores que las no saturadas				
21. El desayuno es la comida más importante del día				
22. Si comes algo que no debías debes sentirte culpable				
23. Hay alimentos de los que puedes tomar lo que quieras sin ganar peso				
24. Uno/a debería esforzarse por tomar 5 raciones de frutas y verduras al día				
25. No puedo controlar mi peso porque me encanta comer				
26. Hay algunos alimentos con los que no logro controlar lo que como				
27. No puedo vivir sin los dulces				
28. Es importante tomar al menos seis raciones al día del grupo de alimentos que incluye pan, cereales, arroz o pasta				
29. Comer sano puede reducir el riesgo de algunas enfermedades como el cáncer, la diabetes o la enfermedad coronaria				

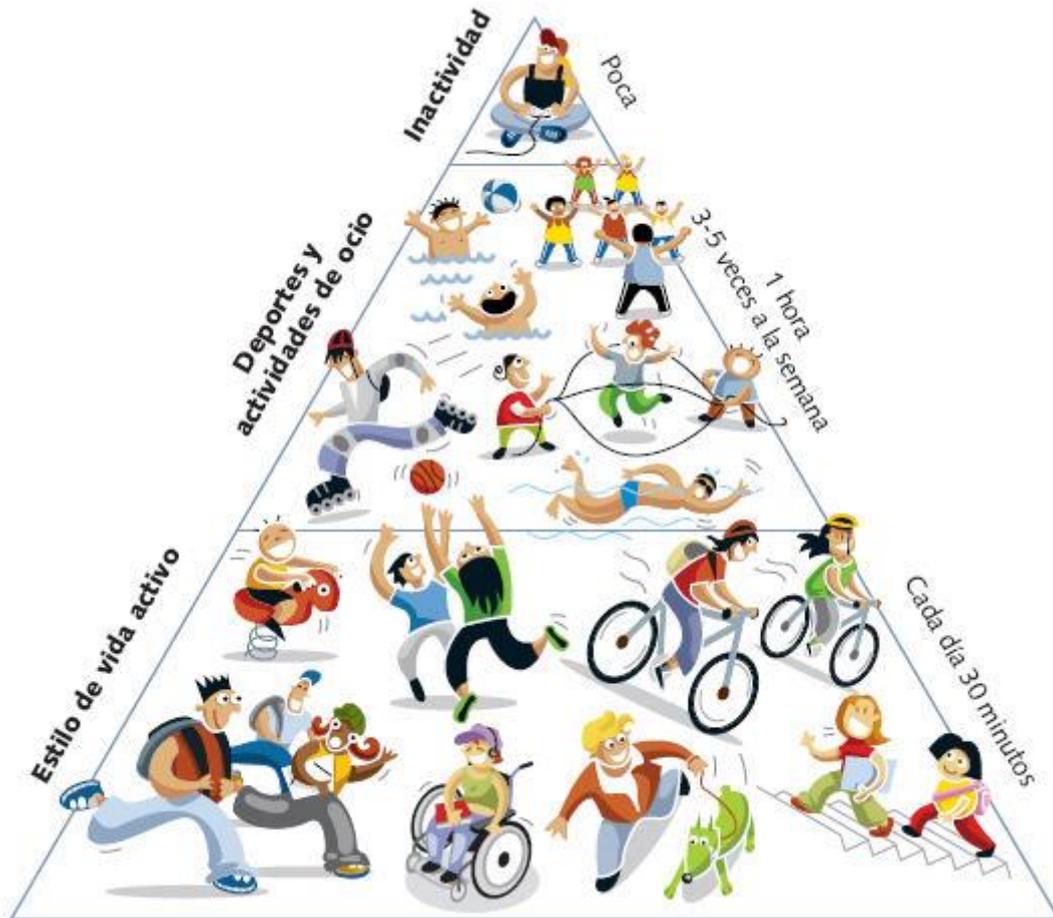
	1	2	3	4
30. Todas las reuniones sociales deben centrarse en la comida				
31. Algunos alimentos son adictivos				
32. La comida es un placer para mí y no tengo por qué controlar lo que como				
33. La comida es un buen sustituto del sexo				
34. ¡Al infierno lo saludable! Que me dejen comer lo que quiera				
35. Los alimentos enriquecidos con calcio son necesarios para fortalecer los huesos				
36. No ganarás peso por nada que comas antes de las ocho de la tarde				
37. Si primero hago ejercicio, luego puedo comer lo que quiera				
38. Si el sobrepeso es algo genético, ¿por qué preocuparse por perder peso?				
39. Los alimentos como frutas y verduras no tienen calorías				
40. Hay momentos en los que “necesito” ciertos alimentos				
41. Uno/a debería elegir carnes magras o bajas en grasa				
42. Se puede beber todo lo que se quiera sin ganar peso				
43. Una pequeña cantidad de grasa es necesaria en una dieta sana				
44. La felicidad puede alcanzarse con la comida				
45. Puedes comer todo lo que quieras siempre que sea bajo en grasa				
46. Una vez que comer algo malo, te has cargado la dieta				
47. Creo que es importante comer sólo cuando se tiene hambre				
48. Como el alcohol no tiene grasa, no te hace ganar peso				
49. Lo que alguien come, realmente no tiene efecto en su salud				
50. Es un castigo tener que comer ciertos alimentos como frutas y verduras				
51. Hacer dieta es abandonar el placer de comer				
52. La comida “light” es aburrida				
53. Uno/a debería esforzarse por hacer tres comidas saludables al día				
54. No poder comer lo que apetece te hace entristecer				
55. Comer puede ayudar a superar la soledad				
56. Creo en la pirámide de los alimentos como guía para comer de forma saludable				
57. Si se hace ejercicio no importa lo que se coma				

*Anexo 7. Planilla para la planificación del menú.*

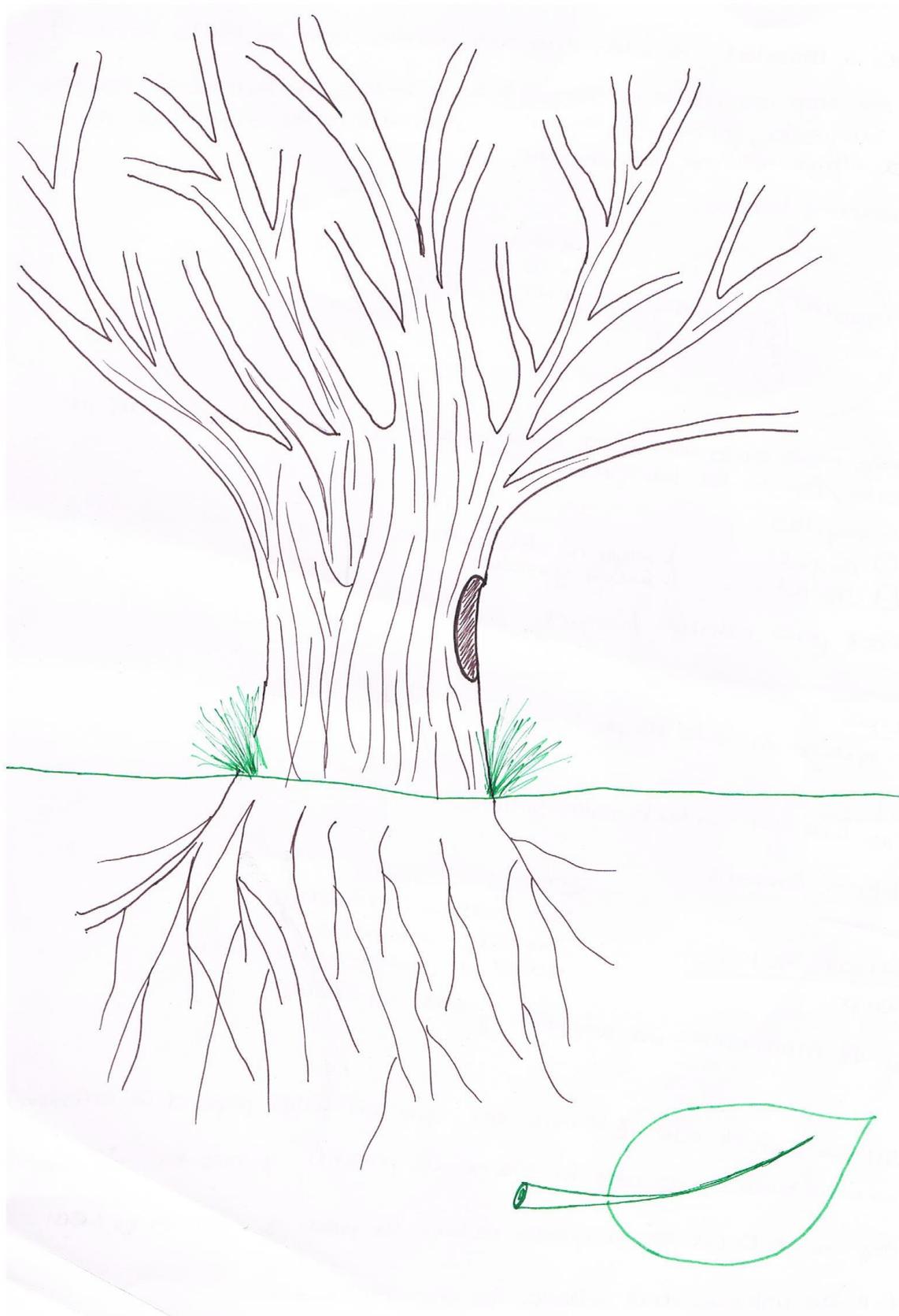
	<b>Desayuno</b>	<b>Media mañana</b>	<b>Almuerzo</b>	<b>Merienda</b>	<b>Cena</b>
<b>Lunes</b>	Lácteos: Fruta: CHO:	Lácteos: Fruta:	Legumbres: Pescado: Pan: Fruta:	Proteínas: CHO:	Ensalada: Pollo: Pan: Fruta:
<b>Martes</b>					
<b>Miércoles</b>	Lácteos: Fruta: CHO:	Lácteos: Fruta:	Legumbres: Pollo: Pan: Fruta:	Proteínas: CHO:	Patatas: Huevo: Pan: Fruta:
<b>Jueves</b>					
<b>Viernes</b>	Lácteos: Fruta: CHO:	Lácteos: Fruta:	Pasta: Pavo: Pan: Fruta:	Proteínas: CHO:	Verdura: Pescado: Pan: Fruta:
<b>Sábado</b>					
<b>Domingo</b>					

*Los espacios en blanco se rellenarán a libre elección de la persona, que tendrá en cuenta las indicaciones de la sesión*

Anexo 8. PIRÁMIDE DEL EJERCICIO [24]



## Anexo 9. ÁRBOL DE PROBLEMAS



**Anexo 10. Escala de autoestima de Rosenberg** <sup>[25]</sup>

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

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

	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 mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de os que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

*Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto por sí mismo. 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 Autoadministrativa.*

*En los ítems 1 al 5, las respuestas A – D se puntúan de 4 a 1. En los ítems 6 al 10, las respuestas A – D se puntúan de 1 a 4.*

**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.

**Anexo 11. DAFO**

<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>

