

La enfermera psiquiátrica comunitaria como recurso para la formación del profesorado de educación secundaria en la prevención escolar de la anorexia nerviosa

The community psychiatric nurse as a resource for teacher's training in preventing nervous anorexia in teenagers.

M^a Ángeles Paredes Sierra. E.I.R. Salud Mental Hospital Psiquiátrico José Germain. Unidad Docente de la Comunidad de Madrid, 5^a Promoción 2003-2004.

RESÚMEN

La población adolescente escolarizada se encuentra expuesta a factores que pueden desencadenar el desarrollo de la Anorexia Nerviosa. Para ayudar a evitar la aparición de esta enfermedad el profesorado tiene que intervenir y para ello deberá estar formado en aspectos relacionados con la Salud Mental.

En este estudio se intenta demostrar como la Enfermera Psiquiátrica Comunitaria (EPC) puede ofrecer una formación específica sobre prevención en anorexia nerviosa y conseguir que el profesorado mejore sus conocimientos, actitudes y aptitudes. El proceso de la investigación se desarrolla con los profesores de los Institutos de Educación Secundaria de la localidad de Getafe (Madrid). Se plantea un estudio de intervención con evaluación mediante técnicas cualitativas (grupos de discusión) y cuantitativas (cuestionario) pre y post-intervención.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, Prevención, Escuela, Enfermera Psiquiátrica.

ABSTRACT

Adolescent students are considered to be at high risk of developing nervous anorexia (NA). In order to reduce the incidence of this problem, teachers should be involved and trained in mental health issues. In this research proposal we try to analyse how the community psychiatric nurses are able to offer a specific training and develop appropriated knowledge, attitudes and skills regarding NA in teachers. We propose an intervention study using qualitative evaluation techniques (focus group) pre and post-intervention. Additionally, a specific questionnaire will be used. Secondary school teachers from Getafe (Madrid) will be enrolled in this study.

Key words: Nervous anorexia, prevention, school, psychiatric nurse

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad mental incluida en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), también conocidos como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta etc. Aunque la palabra anorexia esté asociada al sinónimo falta de apetito, en la anorexia nerviosa no ocurre esto, ya que habiendo apetito existe una negación a comer con el objetivo único de perder peso. Actualmente esta enfermedad se puede considerar como un trastorno que afecta gravemente a las áreas socio-psico-biológica, con una trascendencia sanitaria importante.

La prevención de la AN se encuentra dificultada por su etiología multicausal [1, 2], ya que para que una prevención sea eficaz debe de contemplar todos los factores predisponentes, desencadenantes o precipitantes implicados en la producción de la enfermedad. Algunos de estos factores en relación con la AN son los socioculturales, individuales, biológicos, psicológicos, consecuencias de crisis del adolescente y familiares. Esta multicausalidad o multifactorialidad puede hacer más difícil la planificación de actividades preventivas, pero no tiene porqué invalidarlas. [2]

En los últimos años España ha experimentado cambios importantes y rápidos respecto a los hábitos alimentarios, siguiendo la misma evolución que el resto de los países industrializados. Se ha producido un incremento de conductas alimentarias alteradas en jóvenes y de comportamientos relacionados con la sobrevaloración y preocupación excesiva por el peso. La AN en nuestro país, como en otros países de nuestro nivel socioeconómico, está alcanzando proporciones epidémicas entre mujeres de 12 a 25 años. [3]. Pero como socialmente se cree, esta enfermedad no podemos asociarla exclusivamente con un alto nivel económico y con el ámbito urbano [4, 5], ya que en un estudio realizado en 2001 en la provincia de Teruel se demuestra que la prevalencia de conductas y actitudes alimentarias alteradas en los

adolescentes escolarizados rurales no difiere de los datos obtenidos en otros estudios de países desarrollados y de otras muestras españolas de adolescentes. [4]

A partir de los años 70 la AN ha sufrido un incremento de su morbilidad, sorprendiendo a los profesionales de la salud y alarmando a la población general. En la época de los 80 irrumpen en las consultas médicas una verdadera invasión anoréxica (20 años más tarde que en Norteamérica o en la Europa no meridional). De un caso clínico nuevo en la unidad madrileña especializada en AN del Dr Morandé en los 70, se pasa a uno quincenal a finales de los 80 y a uno semanal a principios de los 90. En la actualidad se reciben tres pacientes nuevos a la semana. [3]

Muchos estudios se han preocupado en averiguar la prevalencia de la AN en diferentes ámbitos y diferentes grupos de población. Los datos obtenidos varían según el estudio. Existen dos estudios publicados por el Instituto de Salud Pública, orientados a la prevalencia de los TCA en adolescentes de la Comunidad de Madrid [5, 6]. Uno de ellos ofrece datos de prevalencia de TCA del 3,4% y de AN del 0,6%, de los cuales sólo un 19% se encuentra en tratamiento. La población de riesgo detectada para desarrollar un TCA en mujeres adolescentes es del 7,6%. [5]

Según el encuentro de Mahón sobre epidemiología y prevención de los TCA, celebrado en Septiembre del 2001, los datos de prevalencia de la AN a nivel general se encuentran entre el 0,1 y 1,5 %, y la población de riesgo es de un 8%. [3,7] Este encuentro deja también en evidencia el incremento que está desarrollando en los últimos años el diagnóstico atípico o no especificado de TCA, alcanzando cifras de prevalencia del 1,7 al 3,8%. [1,3,5,7]

En Getafe, población a la que va dirigida la prevención de esta investigación, el 10% de los adolescentes de ambos sexos escolarizados en los primeros cursos de la ESO tienen algún factor de riesgo para desarrollar un TCA. El 0,5% de esta población de 12 a 14 años presenta actualmente un TCA. [7, 8].

Los preocupantes datos mostrados anteriormente sobre la prevalencia de la AN, sumados al aumento de las formas atípicas (más difíciles de diagnosticar), el aumento de la incidencia de casos en varones y el inicio de la enfermedad en edades cada vez más tempranas [1, 3, 9, 10, 11] hace más necesario el estudio de los programas de prevención primaria comunitaria y enfocar su actividad al medio escolar, promocionando los hábitos alimentarios saludables y el desarrollo de dispositivos de vigilancia de la población con riesgo, así como de los casos.[3,5,7,9]

La adolescencia es una etapa idónea para realizar programas de prevención primaria, ya que en este momento de la vida es donde confluyen muchos factores de riesgo que hacen a los jóvenes más vulnerables para desarrollar un TCA. Que aparezca la enfermedad dependerá de cómo los factores de riesgo interactúan con los factores de protección (de carácter individual, familiar y social). [1, 8, 12, 13] En Buenos Aires (Argentina) se está desarrollando un programa de prevención con muy buenos resultados. Llamado "Adolescentes por la vida" está orientado a la prevención desde la escuela de la problemática de salud actual en los adolescentes. El objetivo principal es hacer "prevención desde y para los adolescentes", intentando que los propios adolescentes se conviertan en "agentes de salud". [12]

Desde el punto de vista económico, para la sanidad no hay mejor inversión que la destinada a la prevención de enfermedades psíquicas y la promoción de la salud mental. Las dificultades que nos encontramos para hacer una buena y eficaz prevención en algunas enfermedades como la AN, no tiene por qué impedir una activa política de prevención. [14]

La prevención primaria, orientada desde la educación para la salud, no aborda solamente la mera transmisión de información sobre factores de riesgo o comportamiento de riesgo, sino que fomenta la motivación, las habilidades personales y potencia la autoestima, todo ello enfocado a mejorar la salud.

Llegados a este punto se cree necesario dejar claras las diferencias entre los tipos de prevención, ya que se considera que hablamos de un término muy amplio que puede causar complicaciones al planificar un programa preventivo. La prevención primaria está enfocada a la reducción de la incidencia, la secundaria asociada a la detección precoz del trastorno y la terciaria a la prevención de recaídas. También se puede mencionar la prevención selectiva cuando está destinada únicamente a los grupos de alto riesgo, como son los actuales programas preventivos que se ocupan de los TCA. [1,9,14,15]

Este proyecto de investigación centra su acción en la prevención primaria o promoción de la salud, donde no se pretende la detección de casos por la población general, que es, lo que muchas veces se consigue cuando se utilizan diferentes instrumentos de promoción como los carteles, charlas, talleres, etc..., sino que intenta promover y desarrollar herramientas para fortalecer a través del profesorado los factores protectores de los adolescentes hacia la enfermedad. Su éxito dependerá de la elección del contenido y de estrategias de intervención por parte del profesorado que contará con la ayuda de la enfermera psiquiátrica comunitaria (EPC) para realizarlo.

Diferentes estudios consideran la prevención de los TCA solamente como prevención primaria, trabajando con los adolescentes diferentes aspectos como el aumento de autoestima, la imagen corporal, la influencia de los medios de comunicación, las habilidades sociales, resolución de conflictos y hábitos saludables. [9]

Sin embargo otros autores han desarrollado trabajos donde la prevención primaria y la secundaria se aplican conjuntamente. Es el caso del programa preventivo desarrollado en la localidad de Getafe (Madrid), donde se utiliza una entrevista individualizada con cada alumno de riesgo detectado (mediante el EAT-26) para salvar el diagnóstico de esta manera y poder derivarlo a los recursos sanitarios en el caso necesario. [8]

La mayor parte de la prevención primaria realizada en escolares hasta la fecha, ha ido dirigida a modificar la conducta precursora de los trastornos alimentarios. Los resultados no han sido muy buenos, ya que no ha habido cambio de conductas pero sí de conocimientos. [2]

Si en prevención primaria todavía queda mucho por trabajar y contrastar en relación con la AN a largo plazo, en prevención secundaria esto ya está solucionado, ya que se utilizan diferentes cuestionarios autoevaluativos que permiten la valoración sistémica del comportamiento alimentario.

Sea cual sea el tipo de prevención que se emplee, hay que tener siempre presente los efectos asociados a una mala prevención. Como menciona Ruiz-Lázaro refiriéndose a Turón, la información no es sinónimo de conocimiento [14]. Se debe de evitar el "efecto rebote". Ofrecer mucha información sobre la AN no es sólo inútil sino que puede ser contraproducente al poder surgir en los adolescentes la sugestión o la inducción miméticas de conductas de riesgo [2,7,14,15]. Por todo ello las charlas, conferencias o clases magistrales que informan sin educar, y dadas de forma descontextualizadas, están condenadas al fracaso. Otro aspecto a tener en cuenta con la información ofrecida en la prevención es la alarma social que puede crearse con esta enfermedad, aspecto que debemos de evitar siempre. [1,2]

"Las intervenciones comunitarias con programas escolares con un enfoque global dentro del modelo de la educación para la salud en la adolescencia, puede ser uno de los caminos para lograr la prevención de los trastornos alimentarios" [13].

Existen algunas experiencias interesantes de prevención de TCA realizadas en España [7]. Sin embargo, hasta la fecha se han conseguido progresos limitados en desarrollar intervenciones preventivas que resulten efectivas [16]. Existen programas que han resultado ineficaces o incluso contraproducentes, o bien no han producido un cambio notable de actitudes a corto plazo [14]. Otros como el programa Zarima-Prevención, desarrollado por Ruiz-Lázaro en Aragón, ha sido considerado como el primer programa preventivo que ha demostrado estadísticamente la modificación de actitudes y la disminución de la población de riesgo. Otras experiencias con rigor, calidad y reconocimiento que también han podido demostrar su utilidad son el programa preventivo y de salud con adolescentes de Getafe y el proyecto integral "Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes", desarrollado en Alcalá de Henares (Madrid). [8, 13, 14, 17]

Los talleres de prevención realizados en Hortaleza (Madrid), centran toda su actividad en el ámbito escolar, al considerarse éste como el lugar idóneo para realizar la prevención primaria de la AN [2, 9, 12, 18]. Los centros de educación no deben centrar sus esfuerzos únicamente en el nivel académico sino que deben enseñar a los alumnos a aprender a vivir en el mundo de hoy [12]. Esta enseñanza es responsabilidad directa de los docentes, cuyas funciones como informar, orientar y sobre todo escuchar, están potenciadas por la cercanía y el vínculo que el alumno crea con el profesor [12, 18]. La importancia del comportamiento del profesor hacia el alumno se basa en el "efecto Pygmalion", que afirma que las expectativas de una persona sobre otra, ya sean positivas o negativas, influyen en su comportamiento [15]. Un estudio realizado por el grupo Zarima-Prevención con profesionales de la enseñanza en activo demuestra que los profesionales que trabajan con niños y adolescentes tienen algunas ideas inapropiadas respecto a la alimentación saludable, dato importante para el desarrollo de actividades preventivas sobre AN en el aula, pues primero estos profesionales deberían recibir una formación específica [19]. Esta cuestión es apoyada por varios estudios que mencionan la necesidad de formación por parte del profesorado [1,8,13,15,17,19] y por las Guidelines for Adolescent Preventive Services de la American Medical Association. [17]

El profesor involucrado en la prevención debe de estar preparado y tener un papel activo, no puede limitarse únicamente a transmitir información sobre la AN, sino que debe motivar y potenciar cualidades, además de diseñar actividades de aprendizaje orientadas a la prevención [8, 10, 14, 15, 17]. Basándose en la definición de la OMS sobre el concepto de salud como el desarrollo de potencialidades, lo que se pretende es que el profesor sea capaz de desarrollar sujetos competentes para que puedan solucionar sus conflictos de manera adecuada.

Hay estudios que potencian la labor del docente para la detección de casos de TCA [8, 20]. Se debe de tener cuidado a la hora de desempeñar esta función ya que la coexistencia de varios síntomas no definen la enfermedad, la sintomatología debe ser interpretada por profesionales sanitarios y los docentes se deben limitar a observar y comunicar antes de crear falsas alarmas. [1]

La educación para la salud en la enseñanza, viene impuesta desde la LOGSE (Ley Orgánica General del Sistema Educativo) que crea objetivos de cada área o materia que hacen referencia a factores conductuales y educativos relacionados con la prevención o la salud de una manera implícita o explícita. Todo ello se hace mediante temas transversales donde aparecen especificaciones sobre hábitos de salud y habilidades sociales que los alumnos deben alcanzar en su paso por el sistema educativo [10, 18]. Para cubrir estos objetivos, los profesores se encuentran en ocasiones con dificultades, pero con la necesidad de hacerlo.

La figura del profesional de enfermería como parte del equipo educativo tiene lugar en escasos centros públicos en España. La necesidad de estos en todos los centros educativos es actualmente reivindicada. En Francia y Reino Unido se dispone dentro de cada centro de un servicio sanitario propio, con funciones de prevención e información. [18]

La enfermería especializada en Salud Mental puede ayudar desde el CSM de la comunidad, en temas de prevención, ofreciendo formación y materiales para que los docentes puedan crear su propia estrategia preventiva dependiendo de las características de sus alumnos. La enfermera psiquiátrica no va a actuar

de forma puntual, sino que deberá implicarse de forma activa e integrada, apoyándose en la estructura y los recursos que le ofrece el sistema educativo para realizar una prevención efectiva. [18]

De los programas preventivos conocidos en España en escolares sobre AN, muy pocos tienen incorporada a la enfermería como parte del equipo multidisciplinar. En el grupo Zarima-Prevención, sí podemos ver reflejada a la enfermera, pero no siendo ésta especialista en salud mental. [13]

La línea de investigación actual sobre prevención de TCA, está girando sobre temas relacionados con el trabajo que se está realizando con la población de riesgo y cómo desarrollar con ellos intervenciones eficaces [2, 13]. Muchos estudios coinciden en la necesidad de trabajar aún más sobre las experiencias preventivas realizadas actualmente, replicar resultados, consolidar algunas experiencias y, sobre todo, comprobar su evolución a largo plazo, mediante estudios prospectivos que dejen clara la eficacia de los programas preventivos en los TCA a nivel escolar. [2, 4, 7, 13, 20]

Tras realizar un análisis detallado de la bibliografía referente a los TCA, se evidencia la importancia que ha tomado la anorexia nerviosa en las últimas décadas. El interés, por la enfermedad viene dado por la alta prevalencia de esta enfermedad. Según un estudio realizado recientemente con mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid, esta se sitúa en un 0,6%; detectándose además, que la población de riesgo de los TCA dentro de ese mismo colectivo es de un 3,4% [5]. A los datos anteriormente citados, hay que añadir que estamos hablando de una enfermedad grave, cuya mortalidad está en el 5% de los casos y la cronicidad es mayor del 20-30% [20] y donde la edad de inicio es cada vez más temprana.

Este conjunto de datos objetivos unido a la sensibilidad propia de la etapa adolescente caracterizada por desequilibrios emocionales, cambios corporales, continuos conflictos, instauración de hábitos saludables y estructuración de la personalidad, ponen de manifiesto la necesidad de realización de programas de educación para la salud, concretamente dirigidos a la prevención de la anorexia nerviosa en la adolescencia, siendo esta necesidad el eje en torno al cual versa este proyecto de investigación.

La prevención de la anorexia nerviosa no puede limitarse a la mera transmisión de información sobre la patología, ya que esto no modifica actitudes y puede llegar a ser contraproducente. Es necesario que la prevención esté enfocada al fomento de la motivación por los hábitos saludables, habilidades personales y aumento de autoestima. Esto es una labor que se debe de desempeñar día a día y que la enfermera de forma independiente no puede lograr con una charla aislada y descontextualizada, por ello debe de apoyarse en la estructura y recursos de la comunidad educativa. Se pretende que la enfermera psiquiátrica comunitaria conozca los déficit con los que cuenta el profesorado para llevar a cabo la prevención en el aula y pueda servirles como recurso aportando formación para que estos sean capaces de diseñar su propia estrategia preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta E, Dueso C, Ceinos M. Anorexia y Bulimia: Necesidad de diferenciar la prevención primaria de la detección precoz en el contexto de la educación para la salud en los centros de enseñanza. *Atención Primaria* 2001; 3 (27): 271-274.
2. Ruiz PM. Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2000; 1: 18-31. Ruiz-Lázaro PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Proceedings del III Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis*; 1-28 Febrero 2002.
3. Ruiz-Lázaro PM, González E, Doñoro N, Roca M. Modelo estético corporal y actitudes alimentarias alteradas en adolescentes escolarizados rurales. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2001; 2: 7-13.
4. Garandillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR. Trastorno del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública nº85*. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid, 2003.
5. Garandillas A, Febrel C. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública nº67*. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Madrid, 2000.
6. Ruiz-Lázaro PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Proceedings del IV Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis*; 1-28 Febrero 2003.
7. Petit MJ, De la Corte J, Astray J. Programa de detección precoz y prevención de los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) con adolescentes de 12-14 años escolarizados en IES públicos de Getafe (Madrid). *Proceedings del III Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis*; 1-28 Febrero 2002.
8. Solano-Pinto N, Oliveros-Leal L, Moreno-Villares JM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: "Educar en salud: así soy yo, así son ellos". *Proceedings del V Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis*; 1-28 Febrero 2004.
9. Serrano M, Cabrero MJ. Necesidad de prevenir la anorexia nerviosa. *A tu salud: revista de educación para la salud* 1998; 6(23-24):12-14.
10. Zagalaz ML, Romero S, Contreras OR. La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. *Revista Iberoamericana de Educación*. URL disponible en <http://www.campus-oei.org/revista/deloslectores/343Zagalaz.pdf>
11. Vázquez S. Adolescencia, prevención y escuela. *Proceedings del III Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis*; 1-28 Febrero 2002.
12. Ruiz-Lázaro PM, Comet P. La prevención de trastornos alimentarios es posible: experiencia del programa escolar controlado del grupo Zarima-Prevención. *Proceedings del III Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis*; 1-28 Febrero 2002.

13. Ruiz-Lázaro PM. Metodología en la prevención de los trastornos alimentarios. Proceedings del V Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis; 1-28 Febrero 2004.
14. Ruiz-Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de conducta alimentaria a través de la educación para la salud comunitaria. Proceedings del III Congreso Virtual de Psiquiatría-Interpsiquis; 1-28 Febrero 2002.
15. Vitiello B, Lederhendler I. Research on eating disorders: current status and future prospects. Biol Psychiatry 2000; 47 (9): 777-786.
16. Ruiz PJ, Puebla R, Cano J, Ruiz PM. Proyecto de educación para la salud "Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes". Aten Primaria 2000; 26: 51-57.
17. Sánchez Moñino T. La figura del profesional sanitario en los centros de enseñanza. Enfermería Global 2002; 1:1-14.
18. Ruiz-Lázaro PM. Actitudes alimentarias alteradas en profesionales modelo para niños y adolescentes. Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2001;3: 6-9.
19. Conde VJM, Ballesteros MC, Blanco JA, Medina G, Imaz C. Algunos aspectos epidemiológicos, preventivos y asistenciales de los trastornos del comportamiento alimentario. Una propuesta asistencial de área. Psiquiatría Noticias 2001; 3 (1).

HIPÓTESIS

La aportación a los profesores de educación secundaria de conocimientos sobre anorexia nerviosa y su prevención sirve para mejorar en éstos las actitudes/aptitudes sobre la prevención escolar de la anorexia nerviosa.

OBJETIVOS

General

Conocer si mediante la aportación de conocimientos dirigidos al profesorado de educación secundaria, mejoran sus actitudes/aptitudes en la prevención de la AN, estableciéndose así un campo de actuación específico de la EPC.

Específicos

- Conocer los conocimientos, actitudes y aptitudes del profesorado sobre la anorexia nerviosa y su prevención.
- Averiguar qué área de conocimientos relacionados con la AN perciben los profesores como insuficiente y con necesidad de ampliar.
- Conocer qué dificultades tienen los profesores para poner en práctica la prevención en el aula.
- Ofrecer conocimientos válidos sobre prevención de la AN, para que puedan ser aplicados en las aulas por los profesores.
- Evaluar el cambio producido en las actitudes/aptitudes y en el conocimiento del profesorado una recibida la intervención de la EPC.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación: Estudio analítico de intervención con análisis pre y postintervención mediante técnicas de investigación cualitativa (grupos (GD) de discusión y entrevistas semi-estructuradas). Se eligen instrumentos de naturaleza cualitativa por acercarse al conocimiento de la realidad social a través del estudio de los discursos desde la perspectiva de los participantes, lo cual se adapta mejor al propósito del estudio.

Ámbito de estudio: Institutos de Educación Secundaria de Getafe (Madrid)

Población y sujetos de estudio: La población diana del estudio son los profesores de Educación Secundaria y la población accesible son los profesores de Educación Secundaria de Getafe. Por causas metodológicas de la investigación cualitativa los componentes del primer grupo de discusión no serán los mismos que los del grupo post-intervención. El tamaño de la muestra quedará determinado por los criterios de diversidad, saturación y conveniencia de los datos.

El Centro de Apoyo al Profesorado (CAP) de Getafe ha facilitado los datos de la población de estudio, mediante un documento anual publicado en el 2003 por el propio organismo. La Educación Secundaria en Getafe cuenta con un total de 1034 profesores (el 51,85 % del total), de los cuales 801 trabajan en colegios públicos, de éstos, 623 son profesores definitivos de cada centro, 68 están contratados de carácter provisional y 110 como interinos. Las características de la población de estudio se recogen en la tabla I.

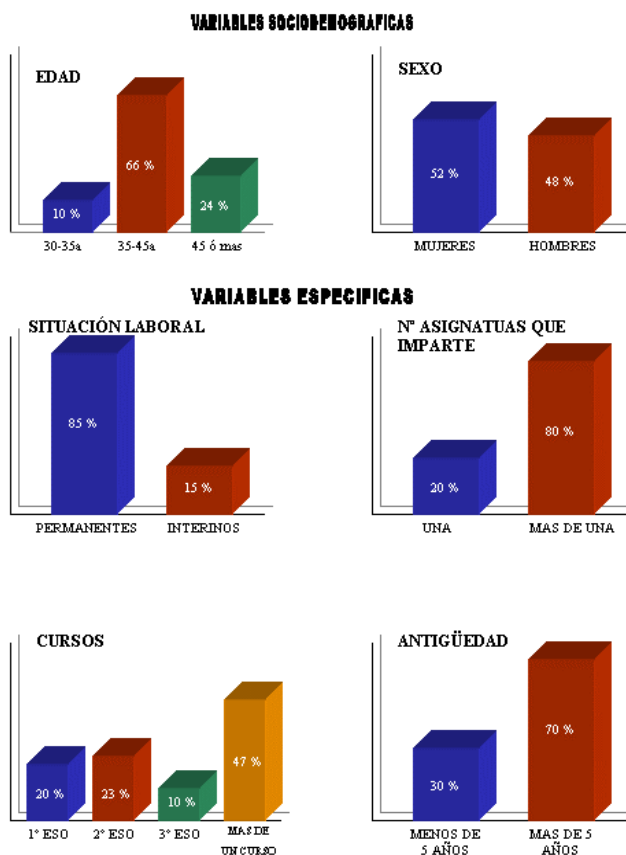


Tabla I. Características de la población de estudio

Criterios de exclusión:

- Directores o jefes de estudios.
- Profesores que trabajen en centros de educación privados de Getafe.
- Profesores sin relación con cursos de 1º, 2º o 3º de la ESO.
- Profesores suplentes o provisionales.
- Profesores de educación compensatoria.
- Profesores que no hayan asistido a más de dos sesiones en la fase de intervención.

VARIABLES:

- **Independiente:** La aportación de conocimientos sobre anorexia nerviosa y su prevención.
- **Dependientes:** Actitudes/aptitudes del profesorado de Educación Secundaria en la prevención escolar de la anorexia nerviosa.

Recogida y análisis de datos

Fase pre-intervención: Con el objetivo de asegurar la triangulación de los instrumentos, los datos se recogerán mediante la técnica de grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas escritas individuales.

Cada grupo de discusión estará formado por 8 profesores, un preceptor y un observador. La selección de los participantes debe contemplar criterios de homogeneidad/heterogeneidad razonables, de forma que se faciliten las posibilidades de intercambio y comunicación. El contacto para invitar a los participantes será mediante los directores de cada centro los cuales buscarán y citarán de acuerdo con los perfiles de participantes definidos, a través de una carta al domicilio de los profesores donde se les comunique la fecha del grupo, la hora, el lugar, la duración, el tema de entrada y, como forma de agradecimiento, el obsequio que va a recibir por su asistencia. El día anterior se llamará para confirmar la asistencia.

Los integrantes del grupo no deben conocerse entre ellos para evitar alianzas previas que puedan coartar la libertad de expresión por alguien conocido.

El lugar donde se desarrollarán los GD será lo más neutro posible, en un local alquilado con una mesa redonda y aislado de ruidos para favorecer la grabación del discurso. La duración de los grupos será de 90 minutos.

El preceptor convocará al grupo y explicará, al comienzo, el objeto de reunión "La alimentación en los escolares", provocando así el tema de discusión y quedando desde ese momento de moderador y observando todo lo que suceda. Para salvar los posibles sesgos que pueda cometer el preceptor se introduce la figura del observador. El guión del preceptor para guiar el discurso será:

- Comprobar conocimientos sobre la AN y forma de prevenirla.
- Comprobar conocimiento de los recursos de ayuda de los que disponen.
- Importancia y actitud mostrada hacia el tema de estudio.
- Analizar la percepción que tienen los profesores sobre sus aptitudes en prevención.
- Comprobar la seguridad con la que expresan sus conocimientos.
- Captar las manifestaciones de la necesidad de formación.

Una vez finalizado el grupo de discusión se pasarán diez preguntas abiertas sobre la AN (Anexo I) en donde se evaluarán posteriormente los conocimientos, las actitudes y aptitudes que tienen los profesores individualmente. La duración del cuestionario será de 30 minutos máximo. Este instrumento de obtención de datos, habrá sido sometido con anterioridad a su uso a una prueba piloto para comprobar su idoneidad.

Fase de intervención: Esta fase será llevada a cabo por enfermeras especialistas en salud mental pertenecientes al equipo del Centro de Salud Mental (CSM) de Getafe.

El contenido de la formación irá enfocado a mejorar las actitudes/aptitudes del profesorado y al aumento de conocimientos sobre la AN y su prevención para que puedan aplicarlo en su práctica diaria. En esta fase podrán participar un total de tres profesores por IES de Getafe, independientemente de la asistencia al primer grupo de discusión realizado. La divulgación de esta formación se hará mediante cartas informativas a los directores de cada IES de Getafe, quienes se encargarán de distribuir por sus centros y seleccionará a los profesores que de forma voluntaria acudirán a la formación.

El curso durará un mes y la periodicidad de las sesiones será de una vez a la semana con una duración de tres horas diarias. Las sesiones serán dinámicas y orientadas a la puesta en común de problemas y dificultades con los escolares expuestas por los profesores. Se utilizará como material de apoyo una cinta de video con un caso de AN y el proyector de transparencias para la parte teórica.

Fase de post-intervención: Pasados tres meses de la fase de intervención se realizarán los grupos de discusión posteriores a la intervención. Los participantes no serán los mismos que los del primer grupo de discusión pero sí será necesario que hayan recibido la formación por las EPC.

El tema con el que el preceptor presentará el grupo será "El sistema sanitario como ayuda a los adolescentes" y utilizará el siguiente guión:

- Comprobar los conocimientos sobre la AN y forma de prevenirla.
- Comprobar los conocimientos sobre la red de recursos sanitarios que pueden ayudar al profesor, en contenidos de salud.
- Actitud del profesorado y preocupación sobre hábitos alimentarios de los escolares.
- Percepción de la aptitud para el desarrollo de un programa preventivo en el aula.
- Seguridad en los conocimientos que muestran.
- Propuestas de resolución de problemas relacionados con la alimentación en el aula.
- Dificultades en la práctica de programas preventivos escolares.
- Conocimiento sobre la red de recursos sanitarios que pueden ayudarle en casos de AN.

Tras la realización de los grupos de discusión se pasarán las mismas preguntas que tras la realización del primer grupo de discusión (Anexo I).

Estructura y composición de los grupos de discusión: Se establecerán tres grupos de discusión, cuya organización será en función a la formación previa recibida o no por los profesores (Tabla II).

GD1	EDAD	SEXO	ASIGNATURA	CURSOS	ANTIGÜEDAD	SITUACIÓN	FORMACIÓN PREVIA
1	30-35	Mujer	Más de una	1º ESO	Más 5 años	Permanente	Sí
2	35-35	Mujer	Una	Varios	Menos 5 años	Permanente	Sí
3	45 o +	Hombre	Más de una	2º ESO	Más 5 años	Interino	Sí
4	35-45	Mujer	Más de una	Varios	Más 5 años	Permanente	Sí
5	35-45	Hombre	Más de una	Varios	Más 5 años	Permanente	Sí
6	35-45	Mujer	Una	Varios	Más 5 años	Permanente	Sí
7	45 o +	Hombre	Más de una	3º ESO	Más 5 años	Permanente	Sí
8	35-45	Hombre	Más de una	1º ESO	Menos 5 años	Permanente	Sí

GD2	EDAD	SEXO	ASIGNATURA	CURSOS	ANTIGÜEDAD	SITUACIÓN	FORMACIÓN PREVIA
1	35-40	Mujer	Más de una	Varios	Más de 5 años	Permanente	No
2	35-40	Mujer	Más de una	Varios	Más de 5 años	Permanente	No
3	35-40	Mujer	Una	2º ESO	Más de 5 años	Permanente	No
4	35-40	Mujer	Más de una	Varios	Más de 5 años	Interino	No
5	35-40	Hombre	Una	2º ESO	Más de 5 años	Permanente	No
6	30-35	Hombre	Más de una	3º ESO	Más de 5 años	Permanente	No
7	30-35	Hombre	Más de una	1º ESO	Menos 5 años	Permanente	No
8	45 o +	Hombre	Más de una	Varios	Menos 5 años	Permanente	No

GD3	EDAD	SEXO	ASIGNATURAS	CURSOS	ANTIGÜEDAD	SITUACIÓN	FORMACIÓN PREVIA
1	35-40	Mujer	Más de una	Varios	Más 5 años	Permanente	Sí
2	35-40	Mujer	Más de una	Varios	Menos 5 años	Permanente	No
3	30-35	Mujer	Más de una	2º ESO	Más 5 años	Permanente	No
4	35-40	Mujer	Más de una	Varios	Menos 5 años	Permanente	Sí
5	35-40	Hombre	Más de una	Varios	Más 5 años	Permanente	Sí
6	45 o +	Hombre	Una	1º ESO	Más 5 años	Permanente	No
7	35-40	Hombre	Una	3º ESO	Más 5 años	Permanente	Sí
8	45 o +	Mujer	Más de una	2º ESO	Más 5 años	Interino	No

Tabla II. Características y composición de los grupos de discusión

Análisis de los datos: En un principio se transcribirá la grabación en papel y a partir de esto se dará estructura a los discursos. Todo el proceso se puede secuenciar en tres fases:

Primera Fase: Se hace una lectura comprensible de los tres discursos disponibles en cada fase, en donde se captarán los puntos más llamativos y servirá para hacerse una representación mental del conjunto. Se prestará atención a los silencios y ausencias del discurso. En esta fase se elaborarán las anotaciones de análisis y de interpretación en los márgenes.

En el análisis del contenido de los cuestionarios, se tendrán en cuenta, por una parte, las cuatro primeras preguntas para evaluar los conocimientos de los profesores sobre la patología a prevenir, de la pregunta quinta a la octava, las actitudes personales hacia el problema y las dos últimas para la aptitud. De esta manera obtendremos datos individuales de todas las áreas que nos interesan para verificar si la intervención de la EPC ha sido efectiva.

Segunda Fase: Se reorganizarán los datos por unidades temáticas.

Tercera Fase: Se compararán los datos obtenidos en los grupos de discusión y en los cuestionarios realizados para comprobar la hipótesis planteada, comparando los resultados de los grupos de la fase pre-intervención con los de la fase post-intervención. Interesa conocer si se ha producido un cambio en las opiniones aportadas entre los participantes de los grupos. Finalmente se elaborará un informe con una parte final de conclusiones y/o recomendaciones.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Colaboración insuficiente de los directores de los centros para la captación de profesores.
- Disposición poco favorable de los profesores para la asistencia a los grupos de discusión.
- El reconocimiento de los participantes de los grupos de discusión por pertenecer a la misma localidad y al mismo gremio profesional.
- Falta de participación de los profesionales sanitarios del CSM para realizar la fase de intervención.
- El proyecto queda limitado al sector público de la educación.
- Dentro de los TCA, sólo se considera la anorexia nerviosa, aunque los conocimientos recibidos por los profesores también pueden ser aplicables de forma general a la prevención de otros trastornos de la conducta alimentaria por tener factores predisponentes muy relacionados.
- La localidad de Getafe como ámbito de estudio ya que en ella se lleva a cabo un programa de prevención de TCA donde la enfermería no participa y dónde existen profesores que han recibido formación previa sobre el tema de estudio y otros que no la han recibido.
- La función docente de la EPC dirigida al profesorado, es una función que actualmente no está extendida en la práctica habitual de la profesión.
- Los sesgos de información previsible son los introducidos por los participantes, los cuales pueden dar respuestas según lo socialmente aceptado y valorado como bueno. Para minimizar en lo posible este sesgo el informe de resultados será devuelto a los participantes para ver si se sienten representados con ellos antes de concluir el grupo de discusión.

PLAN DE TRABAJO

- Realización de prueba piloto del cuestionario Jul04
- Obtención de permisos para el desarrollo de la investigación Ago04
- Fase Pre-Intervención
 - Grupo de discusión + Cuestionario Oct04
 - Transcripción del discurso + Análisis discurso y cuestionario Nov04-Ene05
 - Obtención de resultados Feb05
- Fase de Intervención
 - Preparación y coordinación con el equipo CSM Mar-Abr05
 - Sesiones de formación May05

- Fase Post-Intervención:
 - Grupo de discusión + Cuestionario Sep05
 - Transcripción del discurso y análisis discurso y cuestionario Sep-Nov05
 - Comparación de resultados Dic05
 - Informe final de resultados y recomendaciones Ene06
 - Diseminación de resultados obtenidos Feb-Jun06

Distribución de tareas

- **Pre-Intervención:** En los grupos de discusión estarán presentes los preceptores y los observadores. El resto del equipo investigador organizará el desarrollo de la intervención, contactarán con el CSM para explicarles el estudio y los objetivos. Las EPC se pondrán a preparar la fase de intervención.
- **Intervención:** La formación será ofrecida por dos EPC especialistas pertenecientes al CSM de Getafe que estarán en coordinación con su equipo de trabajo.
- **Post-Intervención:** Los preceptores y los observadores analizarán conjuntamente la información obtenida y realizarán el informe final donde se compara el grupo pre-intervención y el post-intervención y por otra parte las entrevistas escritas.

RECURSOS

Medios disponibles

- Centro de Salud Mental de Getafe
- Institutos de Educación Secundaria de Getafe.

Ayuda solicitada

- Alquiler de local para el desarrollo de los grupos de discusión.
- Alquiler de aula con medios audiovisuales y técnicos para el desarrollo de la fase de intervención.
- Grabadora para la grabación del discurso.
- Personal especializado, administrativo y técnico.
- Obsequios de los participantes.
- Viaje a un congreso nacional para la divulgación de los resultados.

Presupuesto solicitado

▪ Alquiler locales para grupos de discusión y fase intervención	1200 E
▪ Personal	10.212 E
▪ Material inventariable	1.500 E
▪ Material fungible	300 E
▪ Dietas y viajes	3.000 E
▪ Varios	300 E
TOTAL	16.512 E

UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

Si los resultados de este estudio confirmaran como cierta la hipótesis de trabajo, la EPC podría participar de forma activa en programas preventivos en la comunidad, con la coordinación con otros dispositivos comunitarios o de forma independiente desde el CSM. Se abriría un campo de actuación para la profesión que actualmente se encuentra deficitario por parte de la enfermería. Los CSM darían un servicio de ayuda ante problemas precozmente detectados mediante una interacción constante entre los centros educativos y el centro sanitario. Se contribuye a la disminución de la incidencia creciente de la anorexia nerviosa, con una prevención escolar temprana.

ANEXO I

SEXO: MUJER HOMBRE

EDAD: 30 – 35 35 – 45 45 o más OTRA

SITUACIÓN LABORAL: PERMANENTE INTERINO OTRA

ANTIGÜEDAD: MENOS DE 5 AÑOS MAS DE 5 AÑOS

Nº ASIGNATURAS QUE IMPARTE: UNA ASIGNATURA MÁS DE UNA

CURSOS IMPARTIDOS:
1º ESO 2º ESO 3º ESO VARIOS NINGUNO

FORMACIÓN RECIBIDA SOBRE ANOREXIA NERVIOSA: NO SI AÑO:

CUESTIONARIO SOBRE ANOREXIA NERVIOSA

- 1-¿Qué tipo de enfermedad son los Trastornos de Conducta Alimentaria?
- 2-¿Qué importancia tiene la realización de una dieta equilibrada en la salud de los escolares?
- 3-¿Cual es la importancia actual de la Anorexia Nerviosa?
- 4-¿Cuáles son los factores que predisponen al desarrollo de la Anorexia Nerviosa?
- 5-Consideras valiosos los recursos sanitarios de tú comunidad como ayuda ante problemas de salud detectados en los escolares.
- 6-Sabrías qué hacer en caso de detectar en tú aula algún caso de anorexia nerviosa.
- 7- ¿Qué podrías hacer tú como profesor de un IES para contribuir a la disminución de la incidencia de la Anorexia Nerviosa?
- 8-¿Crees que tú rol como profesor puede influir en los comportamientos alimentarios del alumno? Especificar de qué forma.
- 9-¿Sabrías detectar los síntomas iniciales de una AN? Enumera los más característicos.
- 10-Te encuentras capacitado para formar parte de un programa de prevención en tú IES. Especificar qué funciones podrías asumir y qué dificultades crees que te encontrarías.