



**FACULTAD DE ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA**  
**(Extensión Docente de Jerez)**

**LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA: EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y  
SITUACIÓN ACTUAL**

**Trabajo Fin de Grado**

**Isabel Cala Romero**

**Tutoras: Mercedes A. Deudero Sánchez /Mercedes Díaz Rodríguez**

## AGRADECIMIENTOS

Después de varios meses de dedicación al trabajo de síntesis que se presenta en este Trabajo Fin de Grado, es muy grato para mí recordar a numerosas personas que me han apoyado, con sus consejos, entusiasmo, ideas, confianza, o con su presencia y amistad.

En primer lugar, quisiera reconocer al Departamento de Enfermería y Fisioterapia y a todos sus miembros, que han colaborado en la investigación, y muy especialmente a los alumnos participantes que, desde su sinceridad y confianza, me han transmitido una experiencia personal muy rica que no se aprende en los libros. Sin ellos, habría sido imposible la realización del trabajo que aquí se expone.

Es mi deseo asimismo expresar mi profundo agradecimiento a las profesoras Mercedes Auxiliadora Deudero Sánchez y Mercedes Díaz Rodríguez, que dirigieron con gran entusiasmo y dedicación mi Trabajo Fin de Grado. Ellas fueron quienes me ayudaron a dar un enfoque científico a mi idea sobre el tema de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. También quisiera reconocerles por sus oportunos consejos y correcciones que han contribuido a dar forma a la presentación de mi trabajo; por la gran confianza y apoyo que depositaron en mí durante todo el proceso, así como su gran ayuda y amistad en momentos difíciles que he atravesado a lo largo del mismo.

Al mismo tiempo, quisiera expresar mi reconocimiento a todos los profesionales y compañeros que, desde el marco académico, han apoyado mi propuesta:

A la profesora Mercedes Cano, por su contribución en la entrevista personal; a Nieves Carbayo e Isabel por sus aportaciones mediante la entrevista on line.

A mi coordinador de Prácticas Clínicas, Juan Manuel Ramos, por facilitarme los horarios y recuperación de prácticas en su unidad con motivo de la asistencia al Congreso de Enfermería en Salud Mental.

Al grupo de profesores y alumnos colaboradores: M<sup>a</sup> José Abellán, Consuelo López, José Almenara, José Ramón Peñuelas, Estefanía Varo, que me integraron en su núcleo de trabajo y me vincularon hacia el tema de la investigación, un mundo desconocido para mí hasta ese momento.

Al profesor Ricardo Carrero, que me enseñó los métodos para la búsqueda bibliográfica, así como el uso de citas y referencias.

Mi agradecimiento a todos ellos especialmente por su cariño, apoyo incondicional y sincera amistad.

Mi más sincera gratitud a mis padres, por su constante apoyo, en todos los ámbitos, durante estos meses. Desde el primer momento, han confiado en mí y me han transmitido ilusión, seguridad y calma. Sin ellos no habría sido posible el trabajo que he desempeñado.

Finalmente, quisiera expresar mi agradecimiento a aquellos amigos leales que, han contribuido fuera del ámbito académico a este trabajo, con su generosidad, honestidad y nobleza.

Mi más sincera gratitud a todos ellos.

Isabel Cala

## **Resumen**

### Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema importante de salud pública, debido al aumento de la incidencia de estos trastornos en los últimos años, así a como los elevados costes sanitarios que éstos ocasionan.

Hay estudios que indican un índice de prevalencia entre mujeres jóvenes en Estados Unidos de alrededor de 1%. La anorexia nerviosa se presenta de manera predominante en mujeres entre las edades de 12 y 30 años, siendo menos de 10% de los casos varones. La bulimia nerviosa tiene mayor prevalencia; se estima en 4% de las mujeres jóvenes. El inicio de este trastorno se presenta durante la adolescencia o la juventud temprana.

En la actualidad, la manera más adecuada de abordar este problema es desde la prevención.

### Justificación

En las últimas décadas, los TCA (anorexia y bulimia) han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y tratamiento específico. Se trata de patologías de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales que afectan mayoritariamente a niñas y adolescentes.

No hay datos en España que analicen la carga económica del tratamiento de los TCA. No obstante, diferentes estudios realizados en países de la Unión Europea, indican que los costes directos (diagnóstico, tratamiento y supervisión o control) y aún más los indirectos (pérdidas económicas causadas por la enfermedad al paciente y a su entorno social) suponen un alto coste económico y una importante pérdida de calidad de vida para las personas afectadas.

### Objetivos del trabajo

Objetivo general:

Analizar la evolución y situación actual de los trastornos de la Conducta Alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa.

### Objetivos específicos:

- ✓ Analizar el papel de la enfermera en la anorexia y bulimia nerviosa en el Sistema Sanitario Andaluz.
- ✓ Revisar la existencia de protocolos de actuación en anorexia y bulimia nerviosa desde la Enfermería, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.
- ✓ Elaborar propuestas, desde Enfermería, para mejorar la calidad de vida y la asistencia sanitaria en las personas que presentan este tipo de trastornos, así como fomentar la educación sanitaria de la población para la prevención de nuevos casos.

### Metodología

Revisión bibliográfica en diversas bases de datos de Ciencias de la Salud: Medline, Cochrane, Pubmed, Cuiden, BioMed, Trip Database.

Visita a diferentes centros sanitarios de la provincia de Cádiz, así como entrevistas a profesionales expertos en este tipo de trastornos para realizar una valoración de los recursos sanitarios disponibles en la actualidad.

*Palabras Claves:* TCA. Anorexia. Bulimia. Enfermería de Salud Mental. Protocolos actuación.

EATING DISORDERS: HISTORICAL DEVELOPMENT AND CURRENT SITUATION

### **Abstract**

#### Introduction

Eating disorders are a major public health problem due to the increased incidence of these disorders in recent years and the high healthcare costs resulting therefrom. Studies suggest a prevalence rate among young women in the United States of about 1%. Anorexia nervosa occurs predominantly in women between the ages of 12 and 30 years, being less than 10% of male cases. Bulimia nervosa is more prevalent, is

estimated to affect 4% of youth women. The onset of this disorder occurs during adolescence or early adulthood.

At present, the most appropriate way of addressing this problem is from prevention.

### Justification

In recent decades, eating disorders (anorexia and bulimia) have acquired great relevance socio due to their gravity, complexity and difficulty in establishing a diagnosis in all its dimensions and specific treatment. Pathologies is of multifactorial etiology which involves genetic, biological, personality, family, and sociocultural that mostly affect children and adolescents.

No data in Spain to analyze the economic burden of treating eating disorders. However, different studies in countries of the European Union indicate that the direct costs (diagnosis, treatment and supervision or control) and especially indirect (economic losses caused by the disease to the patient and those around them) are a high cost and a significant loss of quality of life for those affected.

### Objectives of the work

General objective:

To analyze the evolution and current status of Eating Disorders: anorexia and bulimia nervosa.

Specific objectives:

- ✓ To analyze the role of the nurse in anorexia and bulimia nervosa in the Andalusian Health System.
- ✓ To check the existence of protocols in anorexia and bulimia nervosa from nursing, both in primary care and in secondary care.
- ✓ To develop proposals from nursing, to improve the quality of life and health care in people who have these disorders and to promote health education of the population for the prevention of new cases.

## Methodology

Literature review on different databases of Health Sciences: Medline, Cochrane, Pubmed, Cuiden, BioMed, Trip Database.

Visit to different health centers in the province of Cádiz, as well as interviews with experts in these disorders for the assessment of health resources available today.

*Keywords: TCA. Anorexia. Bulimia. Mental Health Nursing. Starring protocols.*

# Índice

1. INTRODUCCIÓN
2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA
  - 2.1. Fuentes de información
  - 2.2. Estrategia de búsqueda utilizada
  - 2.3. Criterios de inclusión y exclusión en el estudio
  - 2.4. Entrevista a profesionales en TCA
3. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA
  - 3.1. Antecedentes históricos
  - 3.2. Definición y clasificación de los TCA
  - 3.3. Epidemiología
    - 3.3.1. Etiopatogenia o factores causales
    - 3.3.2. Prevalencia e incidencia de los TCA
    - 3.3.3. Estudios de prevalencia de TCA realizados en España
    - 3.3.4. Curso y pronóstico de los TCA
    - 3.3.5. En relación con la edad de comienzo
    - 3.3.6. En relación con el sexo masculino
    - 3.3.7. Comorbilidad
    - 3.3.8. Curiosidades o datos de interés
    - 3.3.9. Síntesis sobre epidemiología
  - 3.4. Diagnóstico de los TCA
    - 3.4.1. Criterios clínicos útiles para el diagnóstico de los TCA
    - 3.4.2. Diagnóstico de AN según la CIE-10
    - 3.4.3. Criterios diagnósticos de la AN según el DSM-IV-TR
    - 3.4.4. Diagnóstico de BN según la CIE-10
    - 3.4.5. Criterios diagnósticos de la BN según el DSM-IV-TR
  - 3.5. Actualidad sobre los criterios diagnósticos de los TCA
  - 3.6. Detección de los TCA
  - 3.7. Medidas de prevención
  - 3.8. Medidas terapéuticas
  - 3.9. Evolución histórica de la enfermería en Salud Mental
  - 3.10. Atención a los TCA
  - 3.11. Hospitales de día para los TCA



- 3.12. Otros recursos
- 3.13. Circuito de Salud Mental
- 3.14. Situación actual de la Salud Mental en España
- 3.15. Atención a los TCA en Andalucía
  - 3.15.1. Red de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud
  - 3.15.2. Situación actual de la Salud Mental en Andalucía
- 3.16. Recursos asistenciales para los TCA por comunidades
- 4. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
  - 4.1. El papel de la enfermera en los TCA
  - 4.2. Valoración enfermera
  - 4.3. Plan de cuidados
- 5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA
- 6. ANEXOS
  - Anexo 1. Entrevista a profesionales de Enfermería en Salud Mental
  - Anexo 2. Estudios de prevalencia de TCA por Comunidades Autónomas
  - Anexo 3. Instrumentos de cribado. Cuestionarios
  - Anexo 4. Detección precoz de los TCA
  - Anexo 5. Criterios clínicos de derivación entre los recursos asistenciales en el SNS
  - Anexo 6. Propuesta de contenido de historia clínica de Salud Mental según el Plan Integral de SM de Andalucía
  - Anexo 7. Propuesta de normas para pacientes con TCA (hospitalización parcial) según el Plan Integral de SM de Andalucía
- 7. BIBLIOGRAFÍA

## **1. INTRODUCCIÓN**

Existe un dicho que captura el espíritu de nuestros tiempos, “la única constante es el cambio”. El siglo XXI trae una gran cantidad de cambios en el sistema de cuidados de la salud, en general, y en enfermería en particular. El conjunto de conocimientos crece y se expande tan rápido como se transforma. El personal de enfermería debe recurrir a la investigación para apoyar el cuidado que proporcionan a sus pacientes.

La investigación en enfermería ha estado presente durante décadas; pero a través de los años siempre ha existido una brecha significativa entre la investigación y la práctica. La enfermería basada en evidencia ha llegado a ser un tema común, definiéndose como un proceso por el cual el personal de enfermería toma decisiones clínicas utilizando la mejor evidencia de investigación disponible, la propia experiencia clínica y las preferencias del paciente. Por lo tanto, el personal de enfermería está obligado a proporcionar cuidados de la más alta calidad basados en el conocimiento de lo que se considera mejor en la práctica. El cambio se presenta con tal rapidez que lo que hoy es considerado lo mejor, puede no serlo mañana con base en nuevos datos científicos adquiridos.

Muchas enfermeras y enfermeros líderes ven este periodo de reforma en el cuidado de la salud como una oportunidad para ampliar sus funciones y asumir posiciones clave en la educación, prevención, diagnóstico y remisión. El personal de enfermería está y seguirá estando en posición de ayudar a individuos con enfermedades mentales para que continúen autónomos en todo lo posible, controlar su enfermedad permaneciendo en la comunidad y haciendo esfuerzos por disminuir el número de hospitalizaciones requeridas.

Los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) se asocian con las nuevas enfermedades de las sociedades desarrolladas, pero existe constancia de que a lo largo de la historia ya eran unas enfermedades conocidas. Los condicionantes culturales y la forma de interpretarlos han permitido que su significado haya ido evolucionando, y se identifica como tal a finales del siglo XIX, aunque no alcanza un papel relevante dentro de las patologías psiquiátricas de interés hasta hace muy poco tiempo.

Los síntomas primarios, la preocupación y excesiva autoevaluación del peso y de la silueta con el objetivo fundamental de lograr y mantener un estado de delgadez, hasta el

punto de poder conducir a la muerte, están presentes tanto en la anorexia nerviosa (en adelante AN) como en la bulimia nerviosa (en adelante BN) y muchos pacientes presentan una mezcla de ambas conductas.

El deseo por adelgazar o por mantenerse delgado se ha convertido en uno de los valores clave de nuestra cultura. Es evidente que nos encontramos inmersos en una sociedad y en una cultura en las que existe una creciente preocupación por la apariencia física. Para comprobarlo, basta con echar un vistazo a los periódicos, revistas, suplementos dominicales, revistas de divulgación y diferentes programas y anuncios televisivos, donde la presencia de cuerpos exuberantes y “perfectos”, dietas “milagrosas” y demás productos de adelgazamiento, así como noticias sobre la, cada vez más alta incidencia de los trastornos alimentarios, se ha convertido en la norma, más que en algo puntual y aislado.

En la sociedad actual, la delgadez mitificada significa el éxito, la seguridad, la belleza, estar en forma y ser aceptada socialmente. Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos, de manera que cualquier aumento de peso es considerado como algo perjudicial para la salud, una falta cuyo castigo se paga en el gimnasio.

Esta creciente preocupación por la delgadez está dando lugar a un incremento de los problemas relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal y, de forma más concreta y derivados de esa insatisfacción, de los TCA.

Aunque los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales permiten que los clínicos diagnostiquen pacientes con un trastorno específico del comportamiento alimentario, frecuentemente los síntomas se manifiestan en un continuo.

Los TCA son un problema de Salud Pública, de origen multifactorial, que afecta fundamentalmente a las mujeres en la edad adolescente, con unos determinantes de salud diversos y con un impacto social superior al epidemiológico, sin olvidar el gasto económico que éstos ocasionan. Situar la magnitud del problema es difícil dada la amplitud de la definición, ya que, en ocasiones, se incluyen falsas anorexias y, como consecuencia, la repercusión social es superior a su dimensión real.

En los últimos años se ha producido un aumento significativo de la incidencia de estos trastornos. Hay estudios que indican un índice de prevalencia entre mujeres jóvenes en Estados Unidos de alrededor de 1% similar al existente en los países europeos, según el

Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de Salud<sup>1</sup>. La anorexia nerviosa se presenta de manera predominante en mujeres entre las edades de 12 y 30 años, siendo menos de 10% de los casos varones. La bulimia nerviosa tiene mayor prevalencia; se estima en 4% de las mujeres jóvenes. El inicio de este trastorno se presenta durante la adolescencia o juventud temprana.

Se ha hablado mucho de los factores de riesgo de los TCA y de sus desencadenantes, demostrándose que en la actualidad, la manera más adecuada de abordar este problema es desde la prevención y, que la detección precoz es de gran eficacia para un mejor pronóstico de la enfermedad y sus consecuencias.

No podemos negar la alarma social que han producido los TCA. Esto ha conducido a la creación de una Comisión de Estudio en el Senado, un Plan Interdepartamental en Cataluña y País Vasco, y a la creación de asociaciones de familiares y de unidades monográficas en algunas comunidades autónomas.

El tratamiento de los TCA plantea dificultades derivadas de la dualidad sintomática que presentan, psíquica y somática, y de la actuación de diferentes niveles asistenciales. Otras circunstancias que nos encontramos son la falta de conciencia de enfermedad, la frecuente aparición de la misma en la etapa adolescente, así como las dificultades para la detección y el tratamiento precoz de esta patología.

Todo esto pone en evidencia la necesidad de intervenir, por una parte, con la intención de prevenir la aparición de los TCA, generando programas de prevención primaria que favorezcan la reducción de la vulnerabilidad de la población, ante los posibles factores de riesgo. De esta forma podremos influir en la incidencia de los TCA, disminuyendo su tasa de aparición. Y por otra parte, intervenir con la intención de detectarlos precozmente de manera que podamos garantizar, en mayor medida, el éxito terapéutico al disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Todos los modelos de intervención psicoterapéutica obtienen logros y tienen sus limitaciones. No hay pruebas concluyentes de que haya una única forma específica de psicoterapia que sea considerada la mejor para este tipo de pacientes, pero sí existe unanimidad en que el programa terapéutico general incorpore el apoyo y el asesoramiento de los familiares.

Las distintas modalidades y enfoques de tratamiento hacen que sea preciso llegar a un consenso que recoja los acuerdos mínimos entre profesionales y permita un abordaje multidisciplinar de los TCA, pensando en el paciente y sus circunstancias para cada actividad de prevención, diagnóstico y tratamiento. Este proceso plantea un modelo de coordinación que, sobre la base de líneas claras y criterios uniformes de actuación, garantice la continuidad asistencial, redefiniendo nuevos elementos que nos ayuden a mejorar la calidad de la atención de los TCA. Se hace una apuesta de coordinación importante que se completará con las propuestas de mejora que, con ayuda de la información con la que me he documentado, he podido plantear.

### **Justificación**

En las últimas décadas, los TCA han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y tratamiento específico.

No hay datos en España que analicen la carga económica del tratamiento de los TCA ni estudios coste–efectividad sobre los diferentes tratamientos. No obstante, diferentes estudios realizados en países de la Unión Europea<sup>2-7</sup> indican que los costes directos (diagnóstico, tratamiento y supervisión o control) y aún más los indirectos (pérdidas económicas causadas por la enfermedad al paciente y a su entorno social) suponen un alto coste económico y una importante pérdida de calidad de vida para las personas afectadas. Según un estudio alemán del 2002, en el caso de la AN, la media de costes de hospitalización es 3,5 veces superior a la media general de hospitalización<sup>4</sup>.

En el 2002, Gowers et al<sup>8</sup> publicaron los resultados de una encuesta realizada en los 12 países participantes en el proyecto europeo COST Action B6 que tenía como objetivo explorar el acuerdo y las diferencias en los abordajes terapéuticos indicados en adolescentes con AN (participaron diferentes hospitales españoles). Los resultados indicaron un acuerdo importante entre los países entrevistados sobre la necesidad de ofrecer una amplia cartera de servicios en los diferentes niveles asistenciales. No obstante, se identificaron diferencias significativas entre las estrategias, en especial, sobre los criterios de admisión en un hospital, el uso de los centros de día/hospital de día, entre otros.

Aunque las tasas de incidencia más elevadas de estos trastornos se dan, por lo general, en la adolescencia, en los últimos años se están presentando muchos casos en mujeres adultas (entre 30 y 40 años). Ante este hecho, me surge la siguiente pregunta: ¿estas mujeres que son diagnosticadas de anorexia o bulimia a los 30-40 años, han debutado la enfermedad a esa edad, o en realidad llevan arrastrando, en secreto, una carencia afectiva, una falta de autoestima, un extremado nivel de exigencia, y otros rasgos característicos de las personas que sufren estas enfermedades, desde hace muchos, muchos años.... quizás desde su juventud, o adolescencia, o incluso su más temprana infancia? Esta cuestión es una de las causas que me han llevado a estudiar, profundizar e investigar sobre este tema, porque considero que es fundamental atajar el problema a tiempo, pues sólo así se puede conseguir que estos pacientes sigan adelante, puedan llevar una vida normal y, a largo plazo, llegar a la curación (cosa que, desgraciadamente, no siempre se consigue, como lo demuestran los datos estadísticos de casos de cronicidad e incluso, muertes). Para que disminuya el número de casos de pacientes que no llegan a curarse, así como para evitar que otros caigan en la enfermedad, yo creo que, como profesional en el campo de la salud, debo plantearme formas de actuación o intervenciones de enfermería innovadoras, actuales, distintas a las que se han llevado a cabo hasta el momento presente y que, como demuestran los datos estadísticos, no son las más apropiadas para este tipo de pacientes, ya sean desde el punto de vista de Atención Especializada (durante el ingreso hospitalario o en centros especializados) como en Atención Primaria (haciendo prevención y promoción de la salud). Este es uno de los objetivos que me propongo con este trabajo.

## **Objetivos**

Objetivo general:

Analizar la evolución y situación actual de los trastornos de la Conducta Alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa.

Objetivos específicos:

- ✓ Analizar el papel de la enfermera en la anorexia y bulimia nerviosa en el Sistema Sanitario Andaluz.

- ✓ Revisar la existencia de protocolos de actuación en anorexia y bulimia nerviosa desde la Enfermería, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.
- ✓ Elaborar propuestas, desde Enfermería, para mejorar la calidad de vida y la asistencia sanitaria en las personas que presentan este tipo de trastornos, así como fomentar la educación sanitaria de la población para la prevención de nuevos casos.

## **2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**

El trabajo realizado ha consistido en una revisión bibliográfica sistemática. Para ello se ha seguido la siguiente metodología de búsqueda:

### **2. 1. Fuentes de información**

Se ha revisado la literatura científica publicada entre 2000 y 2013, en las siguientes bases de datos bibliográficas, aunque se han incluido algunos estudios de años anteriores para aumentar la información:

- Medline
- PubMed
- Cochrane Database of Systematic Reviews (español)
- The Cochrane Library
- Elsevier
- Cuiden
- INE
- Google académico
- Hemeroteca virtual Cantárida
- BioMed Central
- Trip Database

Se han revisado también las siguientes revistas electrónicas y páginas webs:

- Metas de enfermería disponible en <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/metas>
- Scielo disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- Nure disponible en [http://www.fuden.es/ediciones.cfm?ID\\_MENU=311](http://www.fuden.es/ediciones.cfm?ID_MENU=311)
- Ene disponible en <http://www.enenutricio.es/>



- AEN disponible <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/index>
- Psiquiatría disponible en <http://www.psiquiatria.com/>
- Presencia disponible en <http://www.index-f.com/presencia/revista.php>
- Dialnet disponible en <http://dialnet.unirioja.es>
- Science disponible en <http://www.sciencedirect.com/science>
- Junta de Andalucía disponible en <http://www.juntadeandalucia.es>
- Infocop disponible en <http://www.infocop.es>
- Diana disponible en <https://diana.uca.es>

## **2. 2. Estrategia de búsqueda utilizada**

Se ha realizado la estrategia de búsqueda bibliográfica utilizando los términos genéricos “bulimia”, “anorexia” y los términos más específicos relacionados en la estructura jerárquica del MeSH.

La búsqueda se ha realizado en el campo [MeSH terms] utilizando los términos:

- Eating [MeSH terms] OR Eating [Text word] AND disease [MeSH terms] OR Disorder [Text word]
- Bulimia nervosa [MeSH terms] OR Bulimia nervosa [Text word]
- Anorexia nervosa [MeSH terms] OR Anorexia nervosa [Text word]
- Nursing [MeSH terms] OR nursing [Text word]
- Mental Health [MeSH terms] OR Mental Health [Text word]

Así mismo en las bases de datos en castellano se ha utilizado un vocabulario DeCS – Descriptores de Ciencias de la salud utilizando los siguientes términos:

- Trastornos conducta alimentaria
- Bulimia
- Anorexia

- Salud mental
- Enfermería

### **2. 3. Criterios de inclusión y exclusión en el estudio**

Los registros encontrados en la búsqueda bibliográfica oscilan entre 235, de los cuales se han seleccionado 130 estudios en inglés y castellano, publicados en revistas médicas y de enfermería, científicas y documentos (guías, informes, manuales) publicados por sociedades, agencias gubernamentales y otras entidades científicas que proporcionan aspectos relacionados con los TCA y la Enfermería en Salud Mental.

Los criterios de inclusión de los artículos fueron: artículos primarios publicados desde 2000, intentando siempre utilizar los más actuales. No obstante, se han incluido algunos más antiguos, sobre todo relacionados con la epidemiología, por su interés científico y para poder comparar con datos actuales.

Se seleccionaron todos aquellos que hablan de trastornos de conducta alimentaria, enfermería en salud mental, anorexia y bulimia, intervenciones de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto a las Guías de Prácticas Clínicas, se han incluido las últimas versiones de las mismas de determinadas comunidades autónomas.

Se excluyeron todos aquellos artículos que se centran en explicar qué son los TCA, las complicaciones de estos trastornos, la carga de los cuidadores o familia, la alimentación, la gestión de los ingresos, memorias y relatos de experiencias personales, los factores de riesgo, afrontamiento, el ejercicio físico, tratamiento farmacológico,

Se identificaron en un principio 235 artículos para su revisión, aunque finalmente se seleccionaron 130 de ellos que cumplían los criterios de inclusión.

### **2. 4. Entrevista a profesionales en TCA**

Asistencia a un congreso sobre Enfermería en Salud Mental en Sevilla, en el mes de marzo de 2013. Durante estos días tuve la oportunidad de conocer a profesionales que trabajan con este tipo de trastornos y pedirles información, así como su visión y/u opinión sobre algunos aspectos relacionados con el tema. Además, les solicité sus

direcciones de correo electrónico (4 profesionales), para enviarles una entrevista que había elaborado (Anexo 1).

La entrevista es anónima, sólo solicitaba datos profesionales, como categoría profesional, tipo de dispositivo sanitario en el que desempeña su labor y el lugar (ciudad o provincia). Consta de 34 preguntas abiertas, de forma que pudiesen expresar libremente su opinión. Fue realizada de esta forma porque, con en el presente trabajo, no me planteé hacer un análisis estadístico de los resultados obtenidos sino conocer lo que existe y lo que se hace en la práctica diaria, en relación con el tema en estudio, a través de entrevistas con profesionales que trabajan en el tema.

Además de esas 4 entrevistas on-line, se le realizó la misma de forma personal a una profesional, de Cádiz, que trabaja en el campo de la Salud Mental.

De las entrevistas enviadas a través de internet, se recibieron dos contestadas. Se analizaron los datos obtenidos, los cuales sirvieron para contextualizar el problema de manera práctica y real, y compararlos con los resultados obtenidos mediante la búsqueda bibliográfica.

### 3. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

#### 3.1. Antecedentes históricos

La historia de los TCA está unida a la historia de la humanidad. Desde la aparición y consolidación de la sociedad como una forma organizada que aporta al ser humano la posibilidad de la abundancia y, por tanto, del acopio, la alimentación deja de ser simplemente una necesidad para tomar rasgos culturales. Ya en la época de los romanos comer era considerado como una actitud saludable y socialmente bien vista, hasta el punto de que era necesario recurrir al vómito para poder seguir disfrutando del placer de la comida. En el lado opuesto existió la restricción, el ayuno, como una forma de alcanzar la “pureza del alma”, que en la edad media se predicó como forma de penitencia y de logro de “un espíritu elevado”.

El término **anorexia**<sup>9,10</sup> proviene del griego *a-/an-* (negación) + *órexis* (apetito, hambre; deseo) y se emplea, en general, para describir la inapetencia o falta de apetito<sup>11</sup>. La anorexia se considera una enfermedad del "mundo industrializado", a pesar de que los primeros casos detectados y reconocidos se refieren a períodos anteriores, también es muy probable que en la antigüedad ya existiese este trastorno.

Las referencias al hambre autoinducida (ayunos, etc.) datan de los tiempos bíblicos. En ellas se entremezclan la verdad y el mito; lo religioso y la exageración; el pietismo y, a veces, el fraude. Existen casos dudosos de santas de la antigüedad que posiblemente padecieran anorexia nerviosa, pero al disfrazarse estas actitudes con una vida de penitencia y sacrificio sólo nos hacen reflexionar sobre el hecho de que eran mujeres y jóvenes (Santa Wilgerfortis o Santa Liberata, Santa Catalina de Siena, Sor Juana Inés de la Cruz<sup>11</sup>).

En la Edad Media, una época en que los valores religiosos estaban muy arraigados en las personas, la anorexia era vista como una meta espiritual a alcanzar, de hecho, se habló de la "santa anorexia" y "el ayuno ascético" en un período histórico en el cual se perseguía con frecuencia la búsqueda de las virtudes espirituales mediante la mortificación del cuerpo.

Las víctimas ilustres de la enfermedad eran en ese momento mujeres santas que se convirtieron más tarde. Buscando un "matrimonio con Cristo" se negaban la comida, entre estas mujeres estaban santa Catalina de Siena y la beata Ángela de Foligno<sup>11</sup>.

Aunque fue un médico genovés en 1500, Simone Porta, el primero en estudiar y describir el cuadro clínico de la anorexia nerviosa, la Medicina propiamente dicha inicia su atención hacia la AN con la obra *A Treatise of Consumptions*, un texto del s.XVII original de Morton<sup>12</sup>, en el que la denomina *Consunción nerviosa*. El citado médico describía sus experiencias clínicas con dos pacientes, una muchacha de 18 años y un chico de 16. En ambos casos resulta notable que Morton descartase cualquier tipo de enfermedad física como la causa explicativa de la pérdida de peso de los enfermos.

En 1764 Whytt, profesor de teoría de la Medicina de la Universidad de Edimburgo, asoció inanición y bradicardia. Nos legó su obra "Observaciones sobre la Naturaleza, Causas y Curación de los trastornos comúnmente llamados Nerviosos, Hipocondríacos o Histéricos"<sup>11</sup>, los cuales están fijados sobre el Sistema Nervioso Simpático. En este libro Whytt describe la atrofia nerviosa de un paciente de 14 años. Observó en él energía baja, estilo taciturno, pérdida de apetito y malas digestiones.

En 1860, Marcé escribió la obra "Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a las dispepsias", caracterizada principalmente por el rechazo de los alimentos. Según Marcé, las jóvenes en el periodo de la pubertad - y después de un desarrollo físico precoz- sufren la convicción delirante de que no pueden o no deben comer. A este cuadro llamó en 1868 Gull "Apepsia histérica", por creer que se debía a un estado mental mórbido. Más tarde el propio Gull lo denominaría perversión del Yo y en 1873, Lasègue acabaría acuñando la expresión "anorexia histérica". Tanto Gull como Lasègue describieron los síntomas fundamentales del rechazo a la comida: pérdida extrema del peso, amenorrea, estreñimiento y someterse intensamente al ejercicio. Ambos autores examinaron además la importancia de la familia, tanto en los comienzos de la enfermedad como durante su evolución. Ya en esta época se referían a estos trastornos como propios de mujeres. Freud completó el cuadro con su descripción de las neurosis histéricas haciendo hipótesis psicológicas dentro de sus planteamientos psicoanalíticos y relacionando estos trastornos con la condición femenina (envidia del pene, pérdida de la libido).

En 1914 el doctor Simond describió este trastorno como "Caquexia Hipofisaria", señalando que era una enfermedad que afecta a mujeres que tras el parto comienzan a perder peso y mueren. Mientras, en 1920, Janet distinguía la anorexia primaria de la

secundaria. Morris Simmonds sugirió la hipótesis de la insuficiencia pituitaria grave (es decir, una insuficiencia de la hipófisis) como la base de la patología, Para él se trataba de alteraciones psicológicas profundas, resistentes a los tratamientos, estableciendo así para los años sucesivos un enfoque endocrinológico a la anorexia nerviosa. En 1939 Sheehan realizó el diagnóstico diferencial entre “Caquexia Hipofisaria y Anorexia nerviosa”. También los psicoanalistas como Sigmund Freud, en los años 40, explicaron la AN a través de los mecanismos psicodinámicos causados por las fantasías orales inconscientes, y desde la aversión sexual.

A partir de los años 30 del siglo XX se estudia dentro de la psicología y la psiquiatría.

La categoría de diagnóstico de AN apareció en el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) desde su segunda edición (DSM-II), en 1968, y desde entonces la enfermedad sigue presente en el DSM a través de todas las ediciones y revisiones hasta el actual DSM-5.

Para situarnos en el tema señalaré que es a partir de 1925 cuando los cánones de belleza femenina dan un giro importante, ya que con la desaparición total del corsé (se usó durante casi 4 siglos), la mujer comienza a mostrar su cuerpo de otra manera. En este año aparecen por primera vez los figurines de moda en los que se apunta una estilización progresiva, se acortan los vestidos, se enseñan las piernas y hay una supresión de curvas. Coincide con la incorporación de la mujer al deporte en la alta burguesía y comienza la moda de mujeres delgadas que incluso se vendaban el pecho para iniciar el sutil camino a la androginia.

Esta progresiva exhibición del cuerpo femenino es imparable y hace que la mujer se preocupe, ya que comienza a ser observado y criticado. Sin embargo las modelos de belleza de los años cincuenta como Marilyn Monroe o Ava Gardner siguen mostrando una mujer más llena de curvas, aunque no gorda.

El término bulimia, deriva del griego *boulimos*, que a su vez deriva de la fusión de *bous* (buey) y *limos* (hambre), literalmente “hambre de buey”. La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir comiendo se remonta a la época de la antigua Roma<sup>13,14</sup>. Entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como *cynorexia*, *canine appetite*, *hambre patológica*, expresivos de los estados de voracidad que se acompañan de la ingesta excesiva de

comida y emesis. En el siglo XVIII, James describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos y otra variante *caninus appetitus*, en donde tras la ingesta se presentaba el vómito. En el siglo XIX, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario Médico y Quirúrgico publicado en París en 1830 y luego fue olvidada<sup>15-17</sup>.

Los primeros casos de BN, desde una perspectiva científica de diagnóstico, aparecieron en la Alemania de los años treinta, aumentando tras la Segunda Guerra Mundial. El incremento progresivo de su incidencia propició el reconocimiento de la BN como síndrome separado en la década de los sesenta.

Fue en 1979 cuando Russell<sup>18</sup> publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. En su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento “bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa”.

Es a partir de los años 50 cuando la preocupación por los trastornos de alimentación es evidente porque se empiezan a estudiar desde diferentes líneas, considerando no sólo los factores biológicos y psicológicos sino también los sociales y educativos que influyen en esta nueva cultura de la delgadez.

También el papel de la mujer es analizado a partir de los años 60, no sólo en relación con la moda, sino por el cambio social que se produce a partir de su incorporación masiva al mundo laboral. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (papel tradicionalmente atribuido a la madre), la desaparición del hábito de comer en familia, la supresión de la merienda y la cena se destacan como factores que pueden conducir a una dieta errónea.

### **3. 2. Definición y Clasificación de los TCA**

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la AN, la

BN y otras alteraciones menos específicas denominadas trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TCANE en adelante).

La AN es un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). A pesar de la pérdida de peso progresiva, las personas afectadas presentan un intenso temor a llegar a ser obesas. Presentan una distorsión de la imagen corporal, con preocupación extrema por la dieta, figura y peso, y persisten en conductas de evitación hacia la comida con acciones compensatorias para contrarrestar lo que ingieren (hiperactividad física desmesurada, conductas de purga, etc.). No suelen tener conciencia de enfermedad ni del riesgo que corren por su conducta. Su atención está centrada en la pérdida ponderal, lo que les causa estados nutricionales carenciales que pueden comportar riesgos vitales. Generalmente, hay rasgos de personalidad previos con tendencia al conformismo, necesidad de aprobación, hiperresponsabilidad, perfeccionismo y falta de respuesta a las necesidades internas.

La BN es un TCA que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. Las personas afectadas intentan compensar los efectos de la sobreingesta mediante vómitos autoinducidos y/o otras maniobras de purga (abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.) e hiperactividad física. Muestran preocupación enfermiza por el peso y figura. En la BN no se producen necesariamente alteraciones en el peso, se puede presentar peso normal, bajo o sobrepeso. La BN suele ser un trastorno oculto, ya que fácilmente pasa desapercibido, y se vive con sentimientos de vergüenza y culpa. La persona afectada suele pedir ayuda cuando el problema ya está avanzado.

Los TCANE son habitualmente cuadros de AN o BN incompletos, ya sea por su inicio o porque están en vías de resolución. Por lo tanto, en ellos veremos síntomas similares a la AN o a la BN pero sin llegar a configurar un cuadro completo, aunque no por ello menos grave. En los TCANE también se incluyen trastornos tales como el empleo habitual de conductas compensatorias inapropiadas (después de ingerir pequeñas cantidades de alimento, masticarlas y expulsar la comida) y episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente pero sin conductas compensatorias. El trastorno por atracón



es una entidad en fase de estudio para poder determinar si nos hallamos ante un trastorno diferente al resto de TCANE o simplemente ante una forma leve de BN. La diferencia principal con la BN es la ausencia de mecanismos compensatorios de los atracones, por lo que con el tiempo el paciente se encamina inexorablemente hacia un problema de sobrepeso u obesidad.

### Manifestaciones clínicas comunes entre AN y BN

A nivel psicopatológico, la excesiva preocupación por la imagen y el peso, alcanza extremos irracionales en la AN (no así en la BN), mientras que a nivel físico destaca el cuadro de malnutrición con sus potenciales complicaciones, siempre presente en la AN y posible en el caso de la BN. Existen formas de presentación mixtas, de muy difícil diferenciación, aunque la pérdida ponderal y la malnutrición secundaria orientan hacia la AN.

### Manifestaciones clínicas específicas de la AN

- Alteraciones psicológicas: Rechazo al peso normal o al aumento de peso ponderal y distorsión de la imagen corporal: las personas con AN están centradas en su peso corporal, en el temor a engordar y al sobrepeso (temor que se intensifica a medida que la paciente va perdiendo peso) y en el deseo de adelgazar. El trastorno de la vivencia corporal es un factor nuclear en el concepto de TCA. El descontento con la imagen corporal es el principal motivo para la pérdida de peso, sobre todo si se asocia con baja autoestima.

Se trata de un temor fóbico a engordar y a perder el control sobre la comida. Como consecuencia de estas ideas aparecen conductas dirigidas a conseguir una pérdida ponderal.

Otras alteraciones: Suelen estar presentes síntomas como humor depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, pérdida de la libido, rumiaciones y/o rituales obsesivos alrededor de la comida.

– Alteraciones fisiológicas: como consecuencia de la pérdida ponderal aparecen alteraciones secundarias a la desnutrición, especialmente hormonales y metabólicas.

Amenorrea (primaria o secundaria): síntoma característico de la enfermedad y puede aparecer hasta en el 70% de los casos cuando la pérdida ponderal es significativa. Un

20% de pacientes presentan amenorrea sin pérdida de peso previa detectable. La causa es un hipogonadismo hipogonadotrófico originado por una disfunción hipotalámica que se considera primordialmente producida por la reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso.

Hiperactividad física: suele estar presente desde el inicio del cuadro. Estas personas presentan dos tipos de hiperactividad: el ejercicio físico deliberado dirigido a quemar calorías y perder peso, que suele practicarse en solitario, tiene características obsesivas y únicamente se da en una minoría de pacientes, y la hiperactividad involuntaria secundaria a la desnutrición, que es una respuesta automática en forma de inquietud persistente similar a la observada en animales de laboratorio sometidos a una ingesta hipocalórica.

#### Manifestaciones clínicas específicas de la BN

Pérdida de control sobre la conducta alimentaria, que enmarca los episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones). En estos atracones, las personas afectadas ingieren gran cantidad de alimentos en cortos períodos de tiempo. La duración de estos períodos puede ser variable (alrededor de dos horas), aunque siempre dentro de un período de tiempo de dos horas; de hecho no se considera como atracón el estar ingiriendo pequeñas cantidades de comida a lo largo del día, aunque el atracón no tiene por qué estar restringido a un determinado lugar (por ejemplo, un individuo puede comenzar el atracón en un restaurante y continuar con el mismo en su casa). En líneas generales, podemos decir que aunque el tipo de alimentos consumidos durante el atracón varía, en la mayoría de casos se ingieren dulces y alimentos con alto contenido en calorías, como son los helados o pasteles; la cantidad también es variable pero puede llegar a varios kilos. Los atracones se pueden presentar a cualquier hora del día pero son más frecuentes a partir de media tarde. Pueden desencadenarse por estados de humor disfórico, dificultades interpersonales, hambre intensa o tras dietas restrictivas o sentimientos relacionados con el peso, la figura corporal o los alimentos. Se acompaña de sensación de falta de control y pueden reducir la disforia de forma transitoria, pero siempre van seguidos de sentimientos de culpa, autodesprecio o humor depresivo.

– Presencia de mecanismos compensatorios destinados a impedir el aumento de peso: del 80% al 90% de las personas afectadas se provoca el vómito después del atracón. El efecto inmediato es el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso.

La forma más frecuente es mediante la introducción de la mano para provocar el reflejo nauseoso. Con el tiempo, va resultando más fácil la provocación de vómitos, llegando incluso a realizarlos comprimiendo el abdomen. Otros mecanismos utilizados para evitar el aumento de peso son el abuso de laxantes y el uso de diuréticos o el consumo de otros fármacos anorexígenos, la realización de ejercicio excesivo o el ayuno. Tanto los laxantes como los diuréticos provocan deshidratación con la consiguiente sensación de pérdida ponderal, pero al interrumpir su utilización se produce una retención refleja de líquidos y, por lo tanto, se perpetúa su empleo.

– Preocupación persistente por el peso y la figura: se trata de un miedo morboso a engordar. La mayoría de los síntomas de BN parecen ser secundarios a estas actitudes y su modificación es probablemente esencial para la completa resolución del trastorno.

### **3. 3. Epidemiología**

#### **3.3.1. Etiopatogenia o factores causales**

Los TCA, y en particular la AN, no pueden entenderse desligados de su contexto social. Además de las posibles causas de su aparición en nuestro contexto socio-histórico, y del análisis de las motivaciones profundas y significados subyacentes de quienes lo padecen, se considera relevante investigar cómo se comprende, se percibe y se valora a las personas que exhiben ese patrón de comportamiento por parte de su entorno y, muy especialmente, de quienes son autoridad en temas de salud, porque ello incidirá no sólo en los significados subjetivos que adquiere para quien lo padece, sino también en hacer explícita cuál es la interpretación de ese fenómeno, las expectativas sobre quienes padecen estos trastornos, y en último término, su diagnóstico y tratamiento.

En la etiopatogenia intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad, considerándose en la actualidad un trastorno multifactorial. En ella participan factores genéticos y ambientales, de cuya interacción surge la vulnerabilidad individual. Intervienen además unos factores desencadenantes y otros derivados de la propia enfermedad que favorecen el mantenimiento y la perpetuación del trastorno. Los mayores avances han venido de la confirmación del hambre e inanición, como factor básico en la perpetuación del cuadro por sus consecuencias psicológicas, emocionales y físicas. También son importantes las influencias culturales con el énfasis de la delgadez

como el modelo de éxito social existente en nuestra sociedad, exacerbado por los medios de comunicación.

Todos estos factores pueden concluir en la aparición de un TCA en un adolescente vulnerable.

### **Factores biológicos**

La investigación de los factores biológicos se ha centrado principalmente en los factores genéticos y las alteraciones neurobiológicas.

Los estudios realizados en familias muestran una mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA que entre los controles, con lo cual concluyen que debe haber una vulnerabilidad familiar para estos trastornos. El papel de la genética se sustenta por estudios (contribución en el 50% de la varianza) de agregación familiar y en gemelos (concordancia de monocigotos en el 50%). No se ha identificado un marcador genético específico, los estudios se centran en análisis de polimorfismos de genes, relacionados con el control del peso corporal, con vías serotoninérgicas y dopaminérgicas alteradas en estos pacientes. Los más estudiados son el sistema serotoninérgico (5-HT; regula el apetito, la respuesta al estrés, la conducta sexual, la sintomatología obsesiva, el humor, etc.), dopaminérgico y neurotrofinas (especialmente BDNF, NTRK2 y NTRK3).

Estudios de casos y controles mediante la genética molecular han obtenido asociación positiva entre la presencia de determinados polimorfismos y una mayor vulnerabilidad a padecer AN. Igualmente positivos han sido los hallazgos en los cromosomas 1, 2 y 13. Sin embargo, estos resultados hasta el momento no son concluyentes. Estudios de análisis de linkage (fenotipos homogéneos) encuentran susceptibilidad para AN en el cromosoma 1p, entre el 60% y el 70%. En el caso de la BN, la presencia de la susceptibilidad se encuentra en el cromosoma 10. Existe discrepancia en cuanto a la aparición precoz de la menarquía como factor de riesgo en las niñas.

La regulación de la ingesta (hambre/saciedad) en el organismo se produce a través de la interacción de complejos sistemas y señales que proceden del sistema gastrointestinal, las reservas energéticas y el sistema nervioso central (hipotálamo). Los pacientes con TCA, presentan importantes alteraciones en las percepciones del hambre y saciedad y en sus patrones alimentarios. Se han documentado importantes alteraciones en estos pacientes en algunos neurotransmisores que participan activamente en la regulación de

la homeostasis energética (serotonina, dopamina, noradrenalina) y en los sistemas de la colecistoquinina, grelina, leptina, adiponectina, neuropéptido, así como otros péptidos implicados en el control de la ingesta. Un hallazgo reciente relevante ha consistido en demostrar que el tejido adiposo no es un reservorio pasivo de energía; antes al contrario, se trata de un auténtico órgano de gran actividad endocrina y metabólica, existiendo una interconexión bidireccional del cerebro y del tejido adiposo sugiriendo que este último desempeña un papel importante en la regulación del balance energético.

Dentro de los factores biológicos en las alteraciones neuroquímicas, encontramos niveles disminuidos de norepinefrina en relación con la bradicardia e hipotensión en estados de malnutrición, así como disregulaciones de la serotonina, que explicaría, al menos en parte, la alta incidencia de comorbilidades psiquiátricas en estas pacientes como depresión, ansiedad y trastornos obsesivo-compulsivos. Existen factores de susceptibilidad genética (gen del receptor de la 5HT 2A) cada vez más estudiados, así como problemas psicológicos y de la dinámica familiar en estos pacientes.

Los pacientes con AN se describen como ansiosos, depresivos, perfeccionistas y con baja autoestima. Entre los pacientes con BN predominan los problemas de control de impulso.

### **Factores psicológicos**

Se han asociado con los TCA los siguientes factores psicológicos: trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno de control de impulsos, realizar dieta anómala y restrictiva y preocupación por el cuerpo, historia personal de dificultades alimentarias, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima.

### **Factores socioculturales**

Los estudios identifican los siguientes factores socioculturales como de riesgo para los TCA: modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas (padres divorciados), antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva, de TCA (especialmente en las madres), dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso por parte de los padres), obesidad (especialmente en madres), alcoholismo (especialmente en padres), hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia,

profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso.

### **Acontecimientos vitales estresantes**

Sobre los acontecimientos vitales potencialmente estresantes asociados con los TCA, mencionar los siguientes: abusos sexuales y/o físicos en la infancia, críticas respecto al físico y antecedentes de crisis vital.

Según una revisión sobre los factores de riesgo de los TCA, algunos de los factores anteriormente mencionados han mostrado resultados consistentes para predecir los TCA tanto en estudios longitudinales como en estudios transversales: género, etnia (excepto asiáticos), problemas de alimentación y trastornos gastrointestinales en edades tempranas de la infancia, abuso sexual y otras experiencias adversas, baja autoestima, morbilidad psiquiátrica general, peso elevado e insatisfacción corporal y realización de dietas.

De los diferentes modelos explicativos de la AN, el de Garner propone que es el resultado de la interacción de tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Los primeros confieren susceptibilidad a la AN. Algunos de éstos vienen determinados por la carga genética, como el sexo femenino. Otros factores predisponentes son individuales, familiares y culturales. Los precipitantes, como por ejemplo la insatisfacción con el peso corporal y la silueta, interaccionan de tal forma con los predisponentes que condicionan a la persona lo suficiente para decidir que debe perder peso y restringir la ingesta alimentaria. Una vez iniciada la AN, progresando la pérdida de peso empiezan las complicaciones derivadas de la malnutrición. Las consecuencias multidimensionales del trastorno (físicas, psicológicas y sociales) son a la vez factores perpetuantes del trastorno y potenciadores de los factores predisponentes y precipitantes.

La literatura actual sugiere que los TCA se encuentran parcialmente determinados tanto por factores socioculturales, como por factores biológico-genéticos (éstos últimos explicarían entre el 60%-70%). Sin embargo, una parte de la varianza no queda explicada ni por unos ni por otros, de ahí que cada vez más estudios analicen la relevancia que tienen los factores ambientales no compartidos, los cuales explicarían por qué hermanos gemelos, que han crecido en un ambiente familiar similar, pueden diferenciarse respecto a su conducta alimentaria, siendo patológica en unos casos

mientras que en otros no. Entre ellos, estarían incluidos: el trato diferencial que pueda darse a los hermanos por parte de los padres, la personalidad y el temperamento de los sujetos, el estilo relacional de los sujetos, las situaciones estresantes vividas y las características diferenciales específicas. La evidencia científica publicada muestra que factores ambientales no compartidos poseen una mayor relevancia que factores compartidos. Y en este sentido, del 24% al 42% de la varianza en AN y del 17% al 46% de la varianza en BN, quedarían explicadas por la influencia de factores ambientales no compartidos.

### **¿Cómo son percibidos estos trastornos por la población general y a qué tipo de causas se atribuyen?**

Algunas investigaciones sugieren que la AN puede ser una enfermedad estigmatizada por la población general, al considerarla menos dependiente de factores biológicos que otros trastornos, y en cambio verla más provocada por quienes la padecen y más bajo su control. El propio DSM-IV<sup>19</sup> (APA, 1994) incluye como primer criterio diagnóstico para la AN el “rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal”; por tanto, los intentos deliberados de reducir o mantener un bajo peso son inherentes a la definición del trastorno. Este aspecto parece suscitar cierto nivel de admiración en otras personas, ya que se percibe como auto-control, pero si la AN se atribuye a auto-control, entonces la culpa de la enfermedad recaerá más fácilmente en el individuo que la padezca.

Esta tendencia a culpar a las personas con AN por su situación puede implicar importantes consecuencias negativas. En general, las personas cuya situación se considera más bajo su control tienden a provocar más enfado o rabia que pena, y a elicitar menos conductas de ayuda o apoyo que aquellas cuya situación se percibe como menos controlable por su parte. Algunos autores han sugerido que la tendencia a atribuir las enfermedades mentales a causas psicosociales, más que a causas biológicas, se intensifica especialmente en el caso de la AN, trastorno que la población no especializada (no sanitaria) no atribuye a causas biológicas o genéticas.

Teniendo en cuenta esta suposición, Gismero-González<sup>20</sup> en una investigación llevada a cabo en 2012, se propone conocer los estereotipos que mantienen los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, psicólogos) sobre AN, BN y obesidad, en concreto cuál es su percepción de la gravedad de estos trastornos y a qué tipo de causas los atribuyen.

Según este estudio, los profesionales sanitarios tienen una percepción de los TCA como trastornos muy severos, valorando la AN como el más grave de los tres.

Con respecto a los factores causales, los profesionales sanitarios estudiados dan significativamente más importancia al papel de los factores biológicos (genéticos y endocrinos) como causas de obesidad que de AN y BN. Así, valoran la obesidad como un trastorno más vinculado a aspectos “biológicos” y a malos hábitos de vida, con influencias más marcadas de los padres y la falta de autodisciplina, que AN y BN, que consideran más relacionadas con factores “psicológicos” (problemas emocionales, auto-disciplina, vanidad) y “socio-relacionales” (ideal social de delgadez, influencia de amigos, búsqueda de atención, falta de apoyo social).

La falta de importancia atribuida a factores biológicos como causas de AN sorprende, tratándose de una muestra de profesionales de la salud: sus resultados se aproximan más a la imagen que tienen de la AN muestras de población general de otras investigaciones, que enfatizan más causas no físicas en este trastorno. En este trabajo se citan otros estudios que aportan datos sobre el importante papel de los factores biológicos en la etiología de la AN, y de tasas de predisposición genética similares a las de esquizofrenia o asma. Así pues, los resultados de esta investigación sugieren que los sanitarios en España no son conscientes de estos datos. Esto, además ha sido sugerido como un aspecto que podría provocar emociones más negativas hacia quienes padecen un problema determinado.

Parece necesario seguir investigando más a fondo sobre las diversas causas de la AN, incluyendo los aspectos biológicos; sin menoscabar la importancia obvia de los factores sociales, el hecho es que estos no afectan por igual a todas las mujeres. Quizás haberse considerado durante mucho tiempo un “problema de adolescentes” pueda haber llevado a trivializarlo en algunos casos. La imagen que tiene la muestra de las anoréxicas, como personas con problemas emocionales, autodisciplina y vanidad, que se dejan influir por el ideal social de delgadez, parece apoyar en cierto modo esta visión.

El reconocimiento de los estereotipos que mantienen sobre los TCA los profesionales sanitarios puede ayudarles a ellos y a sus pacientes, contribuyendo a evitar que sus interacciones se vean afectadas (detección, derivación, hospitalizaciones, abordaje terapéutico, consejo a familiares) y aumentar nuestro conocimiento general sobre estos serios problemas, ya que son estos profesionales quienes transmiten a la población



general una visión de la AN, incidiendo, directa e indirectamente, en la visión de las personas con AN sobre sí mismas, y en su búsqueda de ayuda especializada. Como sugieren Stewart et al<sup>21</sup>, la presencia de cierto estigma hacia las personas con AN puede actuar como una barrera para la búsqueda de tratamiento.

### 3.3.2. Prevalencia e incidencia de los TCA

Como he indicado en la introducción, los TCA han alcanzado en los últimos 30 años una especial relevancia, constituyendo hoy un proceso patológico identificado mayoritariamente en la población femenina adolescente y juvenil. La progresión de estos trastornos en sociedades desarrolladas o en vías de desarrollo ha sido etiquetada ocasionalmente de “epidémica<sup>22</sup>”.

Según el Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de Salud<sup>23</sup> se acepta una prevalencia cercana al 1% para la AN y de 2-3% para la BN, en mujeres jóvenes de los países europeos. Para la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000)<sup>24</sup> las cifras son similares: una prevalencia de 0,5% para la AN y de 1-3% para la BN y de aproximadamente un 3% de TCANE (Ver Tabla 1). Las dos fuentes establecen una ratio de prevalencia de los TCA de uno a diez en varones respecto a mujeres (nueve de cada diez personas que padecen TCA son mujeres).

En muchos casos la prevalencia tan baja es debido a la realización de estudios en personas que se encuentra en un período de edad determinado, excluyendo al resto de edades, sin tener en cuenta que existen casos de AN y BN en personas con edad más elevada que la contemplada en los estudios realizados<sup>25</sup>.

	Insalud (1995)	APA (2000)
AN	1%	0.5-1%
BN	2-3%	1-3%
TCANE		3%

Tabla 1. Prevalencia de TCA en las tres últimas décadas (Elaboración propia)

Sin embargo, algunos autores indican que *no* existe evidencia de un incremento en la prevalencia de los TCA.

Según Fombonne<sup>26</sup> en una revisión de los 29 estudios de prevalencia de AN publicados en los últimos 25 años, señala una prevalencia media de 1,3 / 1.000 mujeres, no encontrando una tasa mayor en los más recientes. En cualquier caso, si existiera algún aumento, no lo atribuye a una explicación verosímil.

Respecto a la BN, este mismo autor en 1996 revisando los trabajos realizados desde 1.980 tampoco encuentra que en los últimos años se haya producido un incremento en la prevalencia de dicho trastorno<sup>27</sup>.

Según Hof<sup>28</sup> el aumento en la prevalencia de la AN es equívoco y puede atribuirse a diversos factores como el incremento de las publicaciones, la generalización de los datos a partir de observaciones clínicas, un mayor conocimiento y familiaridad con la enfermedad por parte de los afectados y de los profesionales de salud y una mejoría en la red asistencial.

Hsu<sup>29</sup> en 1996 afirma que no existe evidencia de que los TCA hayan alcanzado proporciones epidémicas; puesto que el aparente incremento sólo se produce en culturas occidentales y está vinculado a las dietas occidentales. Critica, además, los estudios realizados hasta la fecha, asegurando que no cumplen “criterios epidemiológicos” (metodología con doble-fase), por lo que no pueden generalizarse los resultados a la población-diana.

Menéndez y Pedreira<sup>30</sup> atribuyen el incremento de casos de AN a: a) una mayor precisión de los criterios diagnósticos empleados; b) mayor sensibilidad de los servicios médicos generales; y c) a la creación de unidades específicas que focalizan y determinan parte de la demanda. Concluyen, en definitiva, que no han aumentado los casos de AN, sino de “anorexólogos”.

La AN suele acontecer al final de la etapa puberal (13 – 14 años), con picos de incidencia a los 15 – 18, cayendo posteriormente y siendo menos frecuentes las formas que se inician más allá de los 20 – 22 años. También pueden verse casos de inicio más temprano, durante el inicio del desarrollo puberal.

En cuanto a la BN, la edad de aparición suele ser el final de la adolescencia y principio de la edad adulta. Las formas subclínicas podrían aumentar su prevalencia hasta el 5% del total de la población de adolescentes en edades comprendidas entre los 14 y 22 año.

Desde los años 70 se han publicado numerosos estudios epidemiológicos en el ámbito de los TCA en el centro y norte de Europa, Australia, Estados Unidos y Canadá, desde aproximaciones metodológicas y esquemas diagnósticos diferentes. A partir de la Segunda Guerra Mundial, algunos autores ponen de manifiesto un aumento progresivo en la prevalencia e incidencia de la AN en mujeres de los países occidentales, siendo este aumento sustancial en las décadas de los 70 y 80, lo que ha llevado a que los TCA sean considerados una “epidemia” en sociedades desarrolladas y occidentalizadas. En España, sin embargo, no se han realizado estudios epidemiológicos de TCA hasta mediados de los años 90.

Kendell, Hall, Hailey y Babigan<sup>31</sup> en 1973 detectaron una tasa de incidencia de AN de 0,37% en EEUU en 1.960-1.969; 0,66% en Inglaterra (1.965-1.971) y 1,6% en Escocia (1.963-1.971).

Lucas, Beard, O’Fallon y Kurdland<sup>32</sup> en 1991, en un estudio llevado a cabo con residentes en Rochester (Minnesota), verificaron un aumento acusado en la incidencia media de la AN en mujeres: de 7 (por año y 100.000 habitantes) en 1.950-1.954 a 26,3 en 1.979-1.984. La tasa de incidencia en mujeres de 15-24 años aumentó de forma significativa: de 50 (por año y 100.000 habitantes) en 1.935-1.939 a 100 en 1.979-1.984; mientras que en mujeres de 20-59 años y en varones, permaneció estable.

Diversos estudios de incidencia de los TCA que se han publicado en América del Norte y en Europa presentan un aumento en la incidencia de 5 a 6 veces en la década 1960-1970.

Desde los años 80 se han realizado más de 50 estudios de prevalencia en BN, obteniéndose una tasa de prevalencia media del 1% en mujeres adolescentes y jóvenes.

Los primeros estudios epidemiológicos de esta década fueron los de Hawkins y Clement<sup>33</sup> en 1980 y Halmi y FalkSchwartz<sup>34</sup> en 1981, observándose una gran disparidad en esta década en resultados de prevalencia-BN en función del país de referencia: mientras Halmi y FalkSchwartz en 1981 referían que un 11-19% de mujeres jóvenes y más de un 5% de varones jóvenes en EEUU presentaban historia de BN según criterios DSM-III; en Inglaterra únicamente el 1,9% fueron diagnosticados de BN (según los criterios de Russell<sup>18</sup>, aun cuando los TCANE pudieran ser elevados (atracones: 20,9%, vómitos: 2,9% y laxantes: 4,9%).

Según Patton<sup>35</sup>, en un estudio realizado en Gran Bretaña en 1988 con 460 pacientes con TCA, la tasa de mortalidad fue de 3,3% y 3,1% en sujetos diagnosticados de AN y BN respectivamente (Ver tabla 4).

Turnbull, Ward, Treasure, Jick y Derby<sup>36</sup> en 1996 realizaron un estudio de prevalencia de TCA en Atención Primaria encontrando que la incidencia de AN detectada por los médicos generales permaneció estable (3 por 100.000) entre los años 1.988-1.993 en mujeres de 10-39 años; aunque la de la BN se triplicó (7,3 / 100.000).

En el año 1998, una revisión presentada por Pawluck et al en la población general en EEUU, la incidencia anual de AN fue de 19 por 100.000 en mujeres y 2 por 100.000 en varones<sup>37</sup>. En la revisión presentada por Hoek en el año 2003, la incidencia fue de 8 casos por 100.000 habitantes para AN y 12 casos por 100.000 habitantes para BN<sup>38</sup>.

En un estudio reciente en el Reino Unido (UK), la incidencia para AN en el año 2000 fue de 4,7 por 100.000 habitantes (IC 95%: 3,6 a 5,8) y de 4,2 por 100.000 habitantes en el año 1993 (IC 95%: 3,4 a 5,0). En Holanda, la incidencia de AN fue de 7,7 (IC 95%: 5,9 a 10,0) por 100.000 habitantes/año entre 1995-1999 y de 7,4 entre los años 1985 y 1989<sup>39</sup>.

Silva<sup>40</sup> afirma que en EEUU los TCA afectan a un estimado de cinco millones de mujeres cada año, al igual que existe un incremento considerable en Europa Occidental, mientras que en países sudamericanos se cuenta con poca información. Por otro lado, Keel et al<sup>41</sup>, aseguran que del 1 al 15% de todas las personas en edad universitaria tienen síntomas bulímicos. Estos trastornos se dan principalmente en mujeres jóvenes y adolescentes, de clase social media-alta, con una prevalencia en las bulímicas que va desde 1,1 a 4,2% y entre 0,3 y 3,28 para la AN, y el diagnóstico de la AB por lo general se da después de los 18 años, mientras que la AN coincide con la menarquía y los 15 años.

Los autores Ruiz Martínez et al<sup>42</sup> observaron en un trabajo realizado en estudiantes universitarios de México una prevalencia de TCA de 14,5% y 24,59% en mujeres de la universidad pública y privada respectivamente.

En 2007 Fandiño et al<sup>43</sup>, realizaron estudios sobre los factores que afectan la alimentación en una muestra de estudiantes universitarios de Cali (Colombia) a los que les aplicó un cuestionario sobre comportamiento alimentario. Reportaron que 39,7% de

los estudiantes tenían altas probabilidades de desarrollar algún trastorno alimentario con una relación hombre–mujer 2:1, evidenciando la asociación de factores como género femenino y deseo de perder peso. Otros autores establecen esta relación 2:1 en sus resultados, o similares para ambos géneros.

En Venezuela, Rivero y Vivas<sup>44</sup>, examinaron la presencia de conductas y actitudes de trastornos de alimentación y la susceptibilidad a factores socio culturales en estudiantes universitarios. En su publicación, mostraron resultados comparativos entre los años 1995, 1997 y 2004. Observaron que en 1995, de 170 mujeres, 10 (5,88%) estaban en riesgo mientras que en el año 1997, aumentó a 8.33% de las mujeres y 0.46% de los hombres, podían tener tendencia a padecer algún trastorno. Por último, para el 2004, un 8.84% de las mujeres y un 4,94% de los hombres presentaron dicha predisposición. La conclusión fue que las personas en riesgo para trastornos de la alimentación eran las que tenían mayor influencia de factores socioculturales.

### **3.3.3. Estudios de prevalencia de TCA realizados en España.**

En España comenzaron a publicarse estudios epidemiológicos sobre TCA a mediados de los 90 y los trabajos existentes sólo aluden a datos relativos a comunidades autónomas determinadas, no a población española general.

Muchos de estos estudios han sido compilados por Ruiz-Lázaro<sup>45</sup>, quien concluye que el impacto de los TCA en nuestro país es semejante al ocurrido en otras sociedades desarrolladas (Europa occidental y Norteamérica) (APA, 2000; Guerrero Prado, Barjau, Chinchilla, 2001; Hoeken, Lucas, Hoeck, 1998; Lázaro, 1999; Ruiz – Lázaro, 2001; Turón, 1997; Van Abraham, Llewellyn – Jones, 2001)<sup>24,46-51</sup>.

En la bibliografía revisada se han encontrado 41 trabajos publicados en nuestro país. En Anexo 2 adjunto el estudio que he realizado sobre prevalencia de TCA por comunidades autónomas, incluyendo además una tabla resumen (Tabla 2).

La gran mayoría de los estudios epidemiológicos realizados en España se centran en la población adolescente. En cambio, en población universitaria los estudios son escasos.

No obstante, sí existen diversos estudios realizados en entornos socioculturales muy diferentes al nuestro, como por ejemplo, las regiones en desarrollo de Sudamérica, donde curiosamente se han realizado la mayoría de trabajos en este campo, como por ejemplo, el estudio realizado por Ruiz Martínez et al<sup>42</sup> en estudiantes mexicanos. Las

cifras de prevalencia obtenidas en dicho estudio ponen de manifiesto la alta tasa de riesgo de padecer TCA que tiene la población universitaria. Por tanto, considero relevante el hecho de estudiar a esta población con el fin de estimar si presenta, al igual que los adolescentes, un elevado riesgo de padecer TCA.

Para ello, he incluido en esta síntesis tres estudios de prevalencia que existen en población universitaria española, el realizado por Lameiras<sup>52</sup> donde encuentran una prevalencia de TCA para universitarios de ambos sexos de 6,4%, otro de Sepúlveda<sup>53</sup> en la Comunidad Autónoma de Madrid y el de Jiménez-Rodríguez<sup>54</sup> en Murcia.

Los últimos estudios realizados en España coinciden en señalar una tasa de prevalencia de casos de TCA en población adolescente de alrededor del 4,1 - 4,5%. En concreto, la anorexia se sitúa en torno al 0,3%, la bulimia en el 0,8% y el TCANE en torno al 3,1% de la población femenina de entre 12 y 21 años.

En la tabla 3, de elaboración propia, hago un estudio comparativo entre los índices de prevalencia de TCA en España basándome en los datos obtenidos en los estudios realizados a nivel nacional (Peláez et al<sup>55</sup> y los más actuales).

	Prevalencia TCA		AN		BN		TCANE	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2007	0.64%	5.34%		0.33%	0.16%	2.29%	0.48%	2.72%
2012	4.1-4.5%			0.3%		0.8%		3.1%

Tabla 3. Comparación de prevalencia de TCA en España entre 2007 y los últimos estudios realizados (elaboración propia)

### 3.3.4. Curso y pronóstico de los TCA

Existen datos contradictorios sobre el pronóstico de la AN a pesar de su prolongado recorrido histórico, motivados por diversos factores: estudios de seguimiento con gran variabilidad temporal, resultados dispares según la época en la que se realizan estos estudios, escasez de estudios de intervención aleatorizados con una valoración suficiente de los resultados, etc.

La AN se acompaña de una serie de complicaciones adicionales tanto de morbilidad como de mortalidad. Si no se produce una intervención o ésta no resulta efectiva, el paciente sigue un curso de progresiva desnutrición que puede desembocar en estados caquéticos con pérdidas ponderales del 50% de su peso<sup>56</sup>, en otros casos su peso puede

estabilizarse en porcentajes inferiores al 20 – 25%<sup>57</sup>. Por lo general, el curso de la enfermedad es variable: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas es aproximadamente del 10%. La muerte se produce fundamentalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico<sup>19</sup>.

Teniendo en cuenta las limitaciones anteriores, los resultados de la revisión de los principales estudios y revisión sistemática de la evidencia científica sobre el pronóstico de la AN indican lo siguiente: la tasa bruta media de mortalidad es del 5% (entre 5.9% y 18% en AN y 1.6% en BN) con desviación estándar alta (5,7) y un intervalo de 0 a 22. Las tasas brutas de mortalidad son en general superiores a las de la población general y aumentan significativamente con la duración del seguimiento. En contraposición a este dato, parece que el resultado global en los supervivientes mejora con la duración del seguimiento (con las consiguientes implicaciones terapéuticas).

El 50% de los casos de AN evoluciona a remisión completa<sup>58-60</sup>. La remisión parcial se observa entre el 20-30% de los casos de AN<sup>61,59</sup>. Entre el 10% y 20% de los casos evolucionan a cronicidad.

Sobre el pronóstico de la AN se han venido proponiendo algunos indicadores que, en muchas ocasiones, no dejan de ser sino simples inferencias a partir del sentido común. Los factores de buen pronóstico citados en anorexia nerviosa serían: rasgos de personalidad histriónica, una menor edad al inicio del trastorno, menor número de hospitalizaciones y menos tiempo de enfermedad antes de un ingreso<sup>62,61</sup>. Como factores de mal pronóstico se han citado los siguientes: comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias), presencia de vómitos autoinducidos, atracones o abuso de laxantes, rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, ajuste social y duración de la enfermedad.

La bulimia nerviosa se suele iniciar al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. La edad media de las pacientes bulímicas está alrededor de los 24 años, con una edad de inicio promedio de 11 a 18 años, pero puede afectar tanto a niñas más jóvenes de 11 años<sup>63</sup>, como a mujeres de hasta 40 años<sup>19</sup>. Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético. En muchas ocasiones, después de un episodio de anorexia nerviosa, se pasa a un episodio de bulimia nerviosa, aunque

también puede ocurrir lo contrario<sup>64</sup>. El curso natural de la BN a los 5 años en pacientes que viven en comunidad es el siguiente: cada año, el 33% remite y otro 33% recae. Lo que indica un pronóstico relativamente malo para personas no tratadas. En estudios de seguimiento a 6 años para personas tratadas, el 60% se consideraban de buen pronóstico, el 30% de recuperación parcial y un 10% de mal pronóstico.

En BN, la mayoría de los trabajos señalan como factores de buen pronóstico: a menor tiempo en el inicio del tratamiento mejor pronóstico. Este factor se estima como el mejor indicador de buen pronóstico, más aún que el tipo y la duración de dicho tratamiento; también correlaciona con el buen pronóstico el comienzo de la enfermedad en la adolescencia en comparación con el inicio en la edad adulta.

De mal pronóstico serían: antecedentes de trastornos por consumo de sustancias o el abuso de laxantes predicen intentos de suicidio; la comorbilidad con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) está asociada a una mayor duración de la enfermedad; presentar en la infancia temprana conflictos y/o rechazos en la comida<sup>65</sup>; un peor funcionamiento psicosocial y una mayor alteración de la imagen corporal son los factores que más influyen en la recaída de la BN.

Por otra parte, poco se conoce acerca del curso de alteraciones alimentarias atípicas (como por ejemplo el trastorno por atracón), aunque hallazgos obtenidos en un pequeño estudio indican que el trastorno alimentario persiste en la mayoría de los casos y, en al menos la mitad, desemboca en una AN o en una BN<sup>66</sup>.

Según un estudio de Jáuregui<sup>67</sup> sobre cronicidad en los TCA realizado en 2009, parece que en función de los trabajos y del tiempo de seguimiento no habría factores pronósticos universalmente admitidos. Por otra parte hay estudios que nos muestran que los factores que predicen resultados a corto plazo no correlacionan con los que predicen resultados a largo plazo ni en anorexia<sup>68</sup> ni en bulimia<sup>69</sup>. El gran problema son las deficiencias metodológicas. No abundan los trabajos prospectivos controlados con muestras adecuadas, los pacientes incluidos son heterogéneos (diagnóstico, gravedad, grado de motivación, tratamiento recibido) y no siempre se usan técnicas estadísticas adecuadas.

Un reciente resumen de factores pronósticos nos los dan Birmingham y Beumont<sup>70</sup>, quienes para la AN señalan:



### Factores favorables:

- Ausencia de severa desnutrición (IMC > 17)
- Ausencia de severas complicaciones físicas
- Adecuada motivación para el cambio
- Adecuado soporte socio-familiar.

### Factores desfavorables:

- Presencia de frecuentes vómitos en pacientes muy malnutridos
- Edad de inicio tardía
- Historia de alteraciones de estirpe neurótica o de personalidad
- Alteraciones en las relaciones familiares
- Larga duración de la enfermedad.

### **Actitud ante la cronificación**

Como ha señalado Calvo<sup>71</sup> en 2002, puede decirse que entre un 10 y un 25% de los pacientes con trastornos alimentarios no son recuperables en el momento actual. Jáuregui<sup>67</sup> manifiesta que es necesario que se adopten actitudes ante la resistencia a los tratamientos. Ante esta situación incómoda para los terapeutas, este autor plantea que si el paciente acude a tratamiento se necesitará paciencia y tiempo (si bien las probabilidades de éxito parecen ir decayendo con el paso de los años especialmente más allá de los 7), habrá que plantear objetivos terapéuticos concretos, limitados, deberemos pactar y lograr un peso de seguridad, insistir en la reinserción social y atender a los cuidados paliativos que se puedan ir presentando. Si, por el contrario, el paciente no acude a tratamiento, tenemos que asumirlo sin caer en tentaciones de dominación y, de ser necesario, trataremos a la familia.

Parece evidente, como señala la American Psychiatric Association<sup>24</sup>, que ante la cronificación debemos, más que nunca, planificar de forma individualizada el tratamiento y tener muy presentes las posibles demandas que se pueden presentar: hospitalizaciones de repetición, hospitalizaciones parciales, cuidados residenciales, psicoterapia, apoyo social, uso de medicación (a veces, nueva, sin indicación) e incluso

uso de terapia electroconvulsiva, por ejemplo ante patología depresiva grave. Debe recordarse también que muchas hospitalizaciones son evitables con un contacto ambulatorio más frecuente, que en cuanto al peso las expectativas deben ser más realistas (peso seguro en lugar de sano) y que hay que adecuar los objetivos generales del tratamiento. Si no podemos cambiar el peso y normalizar (en el sentido integral del término) la vida del paciente deberemos, al menos, mejorar su calidad de vida y atender a los cuidados paliativos que pueda ir necesitando.

### **Consenso sobre cronicidad**

En un reciente estudio Delphi<sup>72</sup>, se exploró la visión de los profesionales interesados en los TCA, sobre lo que constituye un caso de AN crónica y su tratamiento.

Los participantes llegaron a un acuerdo y el consenso sobre los factores relacionados con el peso, las conductas y cogniciones en los casos de AN crónica, pero no lo hicieron en cuanto a la importancia de la duración y el número de intentos de tratamiento. Consideraron que la adopción de un enfoque de apoyo, coordinación y ecléctica era lo más importante en el cuidado de estos pacientes. De acuerdo con los resultados obtenidos, dedujeron que la AN crónica no es un término fácil de definir y que puede ser necesario un modelo de rehabilitación para trabajar con este grupo de pacientes.

Algunos criterios definitorios de anorexia nerviosa crónica, según este estudio, son:

#### a) Arraigados patrones de restricción alimentaria:

-No hay variaciones en el patrón alimentario.

-Falta de motivación para cambiar conductas.

-Escasos momentos de ingesta saludable.

#### b) Arraigadas cogniciones anoréxicas:

-Pensamiento rígido sobre el peso, la silueta y la comida.

-Pensamientos y sentimientos propiamente anoréxicos persistentes, a menudo con conductas rituales acompañantes.

-Estilo de pensamiento dicotómico (lógica “blanco o negro”).

#### c) Identidad personal entrelazada con la anorexia:

- Identidad oculta por la “ideología anoréxica”.
- Temor al cambio y a la vida “sin anorexia”.
- Anorexia como único valor en la propia identidad personal.

d) IMC < 17.5:

- Mantenimiento de un bajo IMC desde la adolescencia hasta la vida adulta.
- IMC persistentemente bajo, no sólo inferior a 17.5 sino, en muchas ocasiones por debajo de 16 o menos.

El mismo estudio Delphi muestra algunas cuestiones consensuadas sobre aspectos del tratamiento:

- Proporcionar un entorno terapéutico confiable y de apoyo.
- Escuchar al paciente.
- Reconocer sus logros, no importa lo pequeños que sean.
- Objetivos realistas, acordados entre paciente y terapeuta.
- Trabajar la motivación para el cambio.
- Aproximación terapéutica individualizada.
- No colaborar con la anorexia.
- Tener buenos lazos con los miembros del equipo.
- Valoración médica de forma regular.
- Si el paciente no está motivado para el cambio, detener al menos la pérdida de peso.
- Hacer sentir a los pacientes más integrados en la comunidad.
- Separar aspiraciones-identidad del paciente y su anorexia.
- Mantener una política de puertas abiertas: pueden volver al tratamiento cuando se sientan motivados para el cambio.
- Evitar cambios de terapeutas. Facilitar la continuidad.

- Fomentar las relaciones entre iguales.
- Derivar a los pacientes lo antes posible para tratamiento intensivo, cuando así lo requieran.
- Educación sobre trastornos de la conducta alimentaria.
- No etiquetar a los pacientes como “crónicos” (podría originar la sensación de que no es posible el cambio).

El citado estudio Delphi<sup>72</sup> no considera que el número de años de enfermedad o el número de tratamientos realizados sean especialmente relevantes a la hora de definir un caso como “crónico”, en contraste, por ejemplo, con la falta de motivación o la inflexible interconexión entre anorexia e identidad personal. Aunque las carencias en aspectos sociales tampoco aparecen como esenciales para definir los casos crónicos, sí se acepta que el tratamiento debe aspirar a integrar a los pacientes en la comunidad.

La DSM IV-TR<sup>24</sup> hace referencia también a la mortalidad señalando que, a largo plazo, está aproximadamente en un 10% bien por inanición, suicidio o desequilibrios electrolíticos.

En el metaanálisis sobre estudios de mortalidad llevado a cabo por Sullivan<sup>73</sup> en 1995 se señala la existencia de una mortalidad del 5-6%. Sobre esto abundan los datos, algunos bien dispares. Así, mientras Halmi<sup>74</sup> en 1991 encuentra una mortalidad del 6,6% a los diez años de tratamiento, Theander<sup>75</sup> en 1985 la cifraba en un 18% a los 30 años de seguimiento.

	Tasa de mortalidad TCA	
	AN	BN
Gran Bretaña (1988)	3.3%	3.1%
Theander (1985)	18%	
Halmi (1991)	6.6%	
Sullivan (1995)	5-6%	
DSM IV-TR (2000-2013)	10%	
RSEC (2000-2002)	5%	
Hoek (2006)	18%	1.6%

Tabla 4. Tasa de mortalidad de TCA según diversos estudios (elaboración propia)

En el trabajo de Sullivan<sup>73</sup> se señala que las mujeres jóvenes con AN tienen una mortalidad 12 veces superior a mujeres en edad similar sin anorexia. Esto supone el

doble de la mortalidad de mujeres jóvenes afectadas por otros trastornos psiquiátricos. De hecho, Harris<sup>76</sup> en 1998 señala que la mayor mortalidad en pacientes psiquiátricos se da en los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias.

Según los resultados de la revisión de los principales estudios y en la Revisión Sistemática de la Evidencia Científica<sup>77</sup> (RSEC, 2006) sobre el pronóstico de la AN<sup>61,78</sup>, la tasa bruta media de mortalidad es del 5% con desviación estándar alta (5,7) y un intervalo de 0 a 22. Las tasas brutas de mortalidad son en general superiores a las de la población general y aumentan significativamente con la duración del seguimiento.

Los datos de mortalidad en AN según Hoek<sup>39</sup> se estiman en 18%, mientras que para la BN se estiman en 1,6%. Las tasas de mortalidad son de 4 a 10 veces mayores para la población adolescente y joven en comparación con la población general.

### **3.3.5. En relación con la edad de comienzo**

En los últimos estudios<sup>79-83</sup> la edad de inicio de la anorexia es más baja; se ha multiplicado el número de niñas que entran a este "infierno" desde los 11 años. Estas jovencitas generalmente pertenecen a un estrato social medio-alto y alto. No obstante, en los últimos años la afectación se está extendiendo a mujeres de todas las edades e incluso niños -se da la circunstancia de que a menor edad, mayor porcentaje de varones- pertenecientes a todas las clases sociales y grupos raciales. Algunos investigadores admiten que han notado que ahora los niños están desarrollando los trastornos de la alimentación en edades cada vez menores; las niñas entre los 5 y 6 años, y los varones entre los 8 y los 9.

Se ha pensado que los TCA afectan principalmente a las mujeres jóvenes, pero las personas de edad avanzada, tanto mujeres como hombres, también son vulnerables.

El profesor Paul Hewitt Stanley Coran y otro profesor asociado, de la Universidad de British Columbia, investigaron en 10,5 millones de certificados de defunción en los Estados Unidos desde 1985-1990 si la AN figuraba como una causa contribuyente de la muerte. Sus resultados mostraron que la AN afecta a personas más mayores de lo que se pensaba, y que tanto hombres como mujeres se ven afectados. En sus conclusiones, la edad promedio de muerte por la enfermedad era de 69 años para las mujeres y de 80 años para los hombres.

De alguna manera, los problemas de la AN en los ancianos son similares a los de los jóvenes. Al igual que éstos, tienden a rechazar la comida diciendo que se sienten demasiado llenos, que no tienen hambre, o se sienten enfermos. Tienen una visión distorsionada de su cuerpo y dificultades para expresar sus sentimientos. Por lo general tienen conflictos familiares, y se involucran en conductas secretas para ocultar su enfermedad a otros. También pueden involucrarse en conductas de purga, aunque los ancianos son más propensos a usar laxantes que a provocarse el vómito.

Sin embargo, las personas mayores se enfrentan a desafíos únicos, algunos de los cuales podrían evitar que sean diagnosticados. Es posible que tengan problemas médicos que afectan a su capacidad de consumir ciertos alimentos: infecciones, problemas intestinales, las dentaduras sueltas o mal ajustadas que hacen que sea doloroso para comer, pérdida del olfato o del gusto, dificultad para tragar, medicamentos que reducen el apetito, una adicción al alcohol, problemas de memoria a causa de la demencia y enfermedades debilitantes como el cáncer. También pueden estar involucrados los problemas sociales, tales como la incapacidad para ir a la tienda de comestibles, cocinar o incluso alimentarse por sí mismos, la pobreza, el aislamiento social, o abuso de ancianos.

### **3.3.6. En relación con el sexo masculino**

En Estados Unidos, entre un 10 y un 24% de varones adolescentes han manifestado ataques de "hambre voraz", y entre el 1 y 2% admite la práctica del vómito, el uso de laxantes o diuréticos.

Una encuesta publicada por *Psychology Today* informaba que, en 1972, sólo un 15 % de los hombres se sentía infeliz con su apariencia. En 1986 ese porcentaje había crecido hasta el 54%. En "El efecto de los medios sobre la imagen corporal de los hombres", una investigación más reciente para una tesis de grado en psicología -1999- de la Universidad de Regina en Canadá, se reveló que, de 40 hombres estudiantes de pregrado que participaron en la muestra todos tenían en cuenta la representación que hacen los medios de los cuerpos masculinos perfectos, y que habiéndolos interiorizado los tenían en cuenta en la elaboración de la propia apreciación de su cuerpo; que estos hombres creían que era importante el aspirar a ser como -o por lo menos parecer- el estándar del hombre ideal que predomina en la sociedad; finalmente, que al ver la imagen de hombres apuestos y con cuerpos ejercitados en los medios -magazines, películas y tv- y al compararlos con los suyos se sentían insatisfechos.

Los hombres atletas que luchan por mantener su peso y talla son especialmente susceptibles al desarrollo de los desordenes alimenticios. En 1993 se estudió a 131 jugadores universitarios de football americano -peso liviano- de la Universidad de Cornell, y se reportó que el 74% había experimentado comer de manera compulsiva. El 17% admitió haberse provocado el vómito, el 66 % experimentaba hiperactividad y el 87% usaba el ejercicio como método para controlar su peso. En total el 42% estaba involucrado en "patrones disfuncionales alimenticios" (descontrol alimentario y purga), y el 10% padecía un manifiesto trastorno de la alimentación. Otro estudio de 1984 en una Universidad alemana con atletas (luchadores y corredores) reportó que el 52% estaba comprometido en Descontrol Alimentario y un 11% tenía claros síntomas de desordenes alimenticios<sup>84,85</sup>.

### **3.3.9. Comorbilidad**

Aunque las clasificaciones categoriales vigentes (CIE-10 y DSM-5)<sup>86,87</sup> han aportado precisión, especificidad y consenso internacional a la nomenclatura psiquiátrica, el uso de delimitaciones sindrómicas definidas por límites precisos ha estrechado la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que manifiestan los pacientes reales<sup>88</sup>. En efecto, hay una gran cantidad de síntomas atípicos, subclínicos y rasgos de personalidad presentes en numerosos enfermos, que van más allá del repertorio de síntomas nucleares considerados por los criterios diagnósticos descriptivos. Para superar esta grieta, frecuentemente se recurre al concepto de comorbilidad<sup>89</sup>, el cual hace referencia a cualquier entidad clínica adicional que ha existido o puede surgir durante la evolución clínica de un paciente que padece una enfermedad principal en estudio.

La comorbilidad en los TCA suele ser tanto de causa mental como de causa orgánica. A continuación se describen las asociaciones más habituales:

Trastornos relacionados con sustancias:

El abuso y dependencia de sustancias ilegales es alto en los TCA, especialmente en la BN y cuadros afines. Al principio el uso de estimulantes (anfetaminas y cocaína) está relacionado con los intentos para reducir el apetito, después se vincula a los cuadros de BN asociada a la impulsividad. Hasta el 40% de las personas diagnosticadas (AN o BN) reconocen que abusan o dependen de alcohol o sustancias ilegales.

Trastornos de ansiedad:

La ansiedad está tan presente en los TCA que es difícil discernir si forma parte de la clínica específica de estos trastornos o si es una patología comórbida. En los TCA se presentan cuadros fóbicos específicos (fobia a ciertos alimentos, fobia social, etc.) y otros como la claustrofobia o las fobias simples no relacionadas. Lo mismo podemos decir de las crisis de pánico o crisis de angustia. En algunos casos se vinculan a los TCA y en otros casos son genuinamente comórbidos. Los estudios marcan prevalencias de ansiedad muy variadas que pueden oscilar entre el 10% y el 40%, dependiendo de los instrumentos de medida y los criterios de inclusión.

Trastornos obsesivo-compulsivos (TOC):

Las personas con TCA, especialmente AN, presentan una importante prevalencia de rasgos de personalidad obsesivos. Muchas de ellas son personas rígidas, estrictas, ordenadas, responsables, constantes, intransigentes y poco tolerantes, rasgos de personalidad que predisponen y acompañan a los TCA. No obstante, en un número no desdeñable de pacientes, hasta un 40% diagnosticados de AN, está presente la enfermedad obsesivo-compulsiva cumpliendo criterios de comorbilidad.

Trastornos de la personalidad:

Alrededor del 30% de casos de TCA presentan trastornos de la personalidad. Las personas que cumplen criterios de BN presentan asociado un trastorno de la personalidad, especialmente el límite y el histriónico, con una alta prevalencia.

Trastornos del estado de ánimo:

Si bien la investigación empírica ha demostrado de manera repetida que entre los numerosos sentimientos y trastornos que acompañan a los TCA hay una alta comorbilidad, la depresión constituye una variable fundamental en el mantenimiento de los mismos<sup>90</sup>.

Rebuffo<sup>91</sup> en un estudio llevado a cabo en 2012, demuestra que hay una asociación entre TCA y depresión, que puede observarse principalmente en los síntomas de cambio de apetito, desvalorización, autocrítica, disconformidad con uno mismo, pérdida de placer y tristeza; sin embargo, no es posible establecer a partir de su trabajo la direccionalidad de las relaciones, esto es, si los síntomas depresivos conllevan la aparición de TCA, o



bien si la aparición de TCA deriva en el desarrollo de los síntomas depresivos mencionados.

Respecto a este punto, Quiroga y Cryan<sup>90</sup> sostienen que no hay acuerdo respecto a la direccionalidad de la relación entre ambos cuadros. Mientras que algunos pacientes comunican que los síntomas depresivos surgen como producto de los TCA –dado que la sensación de perder el control sobre la propia alimentación aumenta la sintomatología depresiva–, otros pacientes reportan que los síntomas depresivos preceden a los TCA, comunicando que el desprecio por el propio cuerpo provoca disturbios en la conducta alimentaria<sup>92,93</sup>. Aunque es necesario llevar a cabo estudios más controlados tendientes a evaluar estos factores, podría plantearse una explicación tentativa sobre la relación entre ambas entidades. En efecto, a partir de los resultados de éste y otros estudios antecedentes, puede hipotetizarse que algunos síntomas depresivos favorecen la aparición del TCA, y que a su vez otros síntomas depresivos surgen como consecuencia del TCA<sup>94-96</sup>.

La prevalencia de la depresión oscila entre el 40% y el 80% con mayor presencia en la BN.

Trastornos del control de los impulsos:

Algunas de las conductas perturbadas de los TCA suponen una pérdida del autocontrol (conducta de sobreingesta, conductas de purga, autoagresiones, etc.). También en los TCA se dan otros trastornos del control de los impulsos como puede ser la cleptomanía o la tricotilomanía.

Diabetes mellitus:

La DM está presente en la génesis y evolución de los TCA y también en el tratamiento, que deberá ser ajustado a esta condición física. Los estudios muestran cifras de prevalencia muy variables. Entre el 0,5% y el 7% de los casos de AN y BN presentan una DM tipo 2. Este porcentaje llega hasta el 20% en los TCANE. Hasta el 9% de los diabéticos obesos presentan un TCA.

La DM tipo 1 es un factor de riesgo de padecer un TCA (tres veces más riesgo de BN y dos veces más de TCANE subclínico que la población sin DM tipo 1). La DM tipo 2 es un factor de riesgo de padecer conductas de ingesta incorrectas. Cuando coexisten la

DM tipo 1 y el TCA (OR: 4,8; IC 95%: 3,0 a 7,8) se ha encontrado un aumento de las complicaciones físicas como la retinopatía. En otro estudio longitudinal de cuatro años (N=91) en una cohorte de personas con ambas patologías (TCA y DM tipo 1), el 60% se asociaron con retinopatía. En otro estudio de Nielsen<sup>97</sup> en 2002, la mortalidad en pacientes con DM tipo 1 a los 10 años de seguimiento fue de 2,2 por 1.000 habitantes/año; para la población con AN del 7,3 y para la población con AN asociada a DM tipo 1 del 34,4.

Obesidad:

La obesidad como factor de riesgo está vinculada a la AN y a la BN. También es un estado habitual a medio-largo plazo del trastorno por atracón (en adelante TA) y, en este caso, la obesidad tiene una participación directa con el diagnóstico y tratamiento. Hasta el 6% de los niños obesos presentan TA.

Síndromes de mala absorción:

Especialmente en la AN, los síndromes de mala absorción, intolerancias al gluten o a la lactosa son factores de riesgo de padecer los TCA, modificadores del curso y pronóstico y patologías a tener en cuenta a la hora de estructurar un tratamiento dietético de recuperación ponderal. No hay estudios de prevalencia y la literatura sólo refiere descripción y estudio de casos aislados.

Enfermedades del tiroides:

Las enfermedades tiroideas, tanto el hiper como el hipotiroidismo, tienen una relevancia importante en la aparición, curso, pronóstico y tratamiento en los TCA. No se dispone de estudios de prevalencia, sólo de descripción de casos.

### **3.3.8. Curiosidades o datos de interés**

En la Tabla 5 se exponen algunos datos interesantes que se han ido deduciendo a lo largo de la presente revisión.

1. Hay que señalar que entre 1998 y 1999 España se situó como el país europeo con mayor incidencia de anorexia y bulimia
2. La anorexia es la tercera enfermedad más frecuente entre las adolescentes después del asma y la obesidad.
3. Se registran alrededor de 20.000 casos anuales.
4. La edad media de comienzo es de 14 años, con otro pico a los 18 años. El rango abarca desde los 10 a los 20 años aunque puede existir también fuera de estas edades.
5. Los casos de anorexia y bulimia se han quintuplicado en los últimos años.
6. Entre 10 y 20% de quienes las padecen, fallecen.
7. La anorexia y bulimia son enfermedades mentales.
8. La anorexia y bulimia son enfermedades que no discriminan edad ni situación social, afectan a todas las clases sociales incluyendo el ámbito rural.
9. Pueden ser mortales.
10. No son sólo enfermedades de adolescentes, se pueden dar tanto en niños como en personas adultas.
11. Una de cada 3 mujeres está a dieta permanente.
12. Las niñas se empiezan a preocupar por hacer dieta desde los 6 años de edad.
13. La anorexia es la tercera enfermedad crónica más común en los adolescentes.
14. Los TCA tienen la tasa más alta de mortalidad entre las enfermedades mentales en adolescentes.
15. Los TCA constituyen en la actualidad la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentales.
16. La presencia de problemas con la alimentación que no alcanzan el punto de corte diagnóstico son bastante frecuentes en la comunidad. Se admite que la prevalencia de población con riesgo, es decir, la que presenta varios síntomas pero sin llegar a constituir un caso, se sitúa en torno a un 8%.

***Cada año mueren en el mundo 10 mil niñas y adolescentes de Anorexia y Bulimia***

Tabla 5. Curiosidades o datos de interés (Peláez Fernández MA, Tesis 2003)

### 3.3.9. Síntesis sobre epidemiología

Tratando de hacer una síntesis acerca de la evolución y el alcance de los TCA en las últimas décadas y, a pesar de la discrepancia de algunos de los datos presentados en la literatura científica, pueden concluirse los siguientes puntos:

- Las cifras de prevalencia obtenidas en los diferentes estudios epidemiológicos españoles son similares a las obtenidas en otros países desarrollados (en torno al 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos; en torno al 4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes).
- El perfil sociodemográfico de la población en riesgo de padecer TCA es el siguiente: mujeres adolescentes y jóvenes de países desarrollados (Norteamérica, Japón y Europa Occidental).
- Del 90 al 95% de los afectados por TCA son mujeres.
- La prevalencia internacional de la AN se sitúa entre 0,5 y 1 por cien mil habitantes, pero en determinados estratos socioeconómicos puede superar el 1-2%. La incidencia ha aumentado a más del doble en las últimas décadas. La proporción mujer/hombre es de 9/1.
- La BN es más frecuente que la AN. En los últimos 30 años se ha producido un incremento de tres a cinco veces en las tasas de prevalencia; afectando en la actualidad del 1 al 3% de las mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales. En cuanto a la incidencia, en este mismo periodo de tiempo se ha multiplicado por 5, afectando del 7-8% de las mujeres (7-8 mujeres frente a 2-3 varones).
- El tipo de trastorno más frecuente de TCA son los cuadros incompletos o TCANE; que afectan aproximadamente al 3% de las mujeres adolescentes y jóvenes de países occidentales. Los síndromes completos (AN y BN) son menos frecuentes en este tipo de población. Estos datos coinciden con los encontrados en otros países desarrollados.

La alarma social creada contrasta con el desarrollo incipiente de la epidemiología de los TCA y la escasez de evaluaciones adecuadas de intervenciones preventivas. En la actualidad vamos disponiendo de una cuantificación más rigurosa de su frecuencia, y nuestro país destaca internacionalmente en publicaciones sobre la prevalencia de los

TCA, hasta afirmarse que no son necesarios más estudios de prevalencia en España, según Toro<sup>98</sup> aunque faltan estudios de incidencia sobre muestras representativas.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los diversos estudios epidemiológicos realizados, el problema ya no sólo se centra en detectar este tipo de trastornos, sino también a la población en riesgo de padecerlos, dadas las elevadas cifras de prevalencia que se están alcanzando en la actualidad, y teniendo en cuenta que, aunque sigue existiendo un patrón y una edad de debut típicos de estos trastornos, la realidad nos muestra que cada vez existen más casos que se salen de estos parámetros establecidos, y que, aunque no podamos clasificarlos como trastornos propiamente dichos, según criterios del DSM-IV<sup>19</sup> o CIE-10<sup>86</sup>, sí que constituyen un verdadero signo de alarma para la sociedad actual. Por tanto, es aquí donde tenemos que empezar a actuar prioritariamente. La cuestión ya no es sólo cómo detectar la anorexia o la bulimia, sino cómo descubrir o prevenir todas aquellas disfunciones alimentarias que no llegan a convertirse en un trastorno grave, pero que tampoco forman parte de una opción alimentaria saludable. Quizá ese sea más bien el reto al que nos enfrentamos, la sociedad en general y los profesionales del campo de la salud, en particular, porque probablemente forme parte del mismo engranaje preventivo.

### **3. 4. Diagnóstico de los TCA**

#### **3.4.1. Criterios clínicos útiles para el diagnóstico de los TCA**

Los criterios clínicos para el diagnóstico de la AN y BN están bien definidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de Salud<sup>86</sup>, décima edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud<sup>99</sup> (OMS, 1992) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición<sup>19</sup> (DSM-IV) y texto-revisado<sup>24</sup> (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (APA 1994 y APA 2000, respectivamente). Este último es el que se ha estado utilizando hasta ahora, hasta que en mayo de este año se ha publicado la versión definitiva del DSM-5.

El DSM-IV/DSM-IV-TR clasifica las formas mixtas y parciales de los TCA, como TCANE donde se incluye el TA, mientras que la CIE-10 las denomina AN atípica, BN atípica o TCA sin especificación.

El DSM-IV/DSM-IV-TR, a diferencia de la CIE-10, distingue dos tipos de AN (restrictivo y compulsivo/purgativo) y dos tipos de BN (purgativo y no purgativo) según las conductas predominantes.

Las versiones españolas de dichas clasificaciones se han editado posteriormente: CIE-10<sup>86</sup> y DSM-IV-TR<sup>100</sup> (2008). En ésta última, se presenta la equivalencia entre clasificaciones (DSM-IV-TR, CIE-9 y CIE-10).

### **3.4.2. Diagnóstico de AN según la CIE 10**

El diagnóstico de anorexia nerviosa según la Clasificación Internacional de las Enfermedades<sup>86</sup> (CIE-10) debe realizarse de forma rigurosa, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

A. Pérdida significativa de peso (IMC inferior a 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia ponderal propia del periodo de crecimiento.

B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de la evitación del consumo de “alimentos que engordan” y por uno o más de los síntomas siguientes:

- Vómitos autoprovocados.
- Purgas intestinales autoprovocadas.
- Ejercicio excesivo.
- Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión de la imagen corporal, que consiste en una psicopatología específica, caracterizada por miedo intenso a la gordura o la flacidez de las formas corporales, de forma que el enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamohipofisario-gonadal, que se manifiesta como amenorrea en la mujer (una excepción la constituyen las mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal, generalmente con anticonceptivos orales) y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasan sus manifestaciones o incluso la pubertad se detiene (cesa el crecimiento, en las mujeres no se desarrollan las mamas y presentan amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si el

paciente se recupera de la enfermedad, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

### **3.4.3. Criterios diagnósticos de la AN según el DSM-IV-TR**

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

El DSM-IV-TR<sup>24</sup> exige especificar el tipo:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

- Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

### **3.4.4. Diagnóstico de BN según la CIE-10**

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación, de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la BN se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

#### **3.4.5. Criterios diagnósticos de la BN según el DSM-IV-TR**

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 h) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.



Especificar tipo:

– Tipo purgativo: durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

- Tipo no purgativo: durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito, ni abusa de los laxantes, ni usa diuréticos o enemas en exceso.

### **3. 5. Actualidad sobre los criterios diagnósticos de los TCA**

El pasado mes de febrero, la *American Psychiatric Association* –Asociación Americana de Psiquiatría- presentó un informe preliminar<sup>101</sup> en el que se especificaban las modificaciones propuestas para la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales –*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*-, el DSM-5.

El proceso de desarrollo de la quinta edición del DSM, que se inició el pasado año 2004, se encuentra ya en sus últimas fases, puesto que durante los próximos dos años se pretenden realizar ensayos clínicos controlados que sometan a prueba la validez de todas estas modificaciones en el contexto clínico real. La edición vigente es la quinta, DSM-5, publicada el 18 de mayo de 2013 en Estados Unidos; mientras que para otros países como España, la traducción no estará disponible de un modo estimado hasta 2014.

Todas las modificaciones propuestas frente al DSM-IV por los miembros de los grupos de trabajo creados para la elaboración de la nueva edición del DSM se fundamentan en la evidencia empírica disponible, así como en el consejo de diferentes expertos.

Con relación a los trastornos relacionados con la conducta alimentaria, para el DSM-5 se propone el reconocimiento del *trastorno de ingesta compulsiva de comida*, así como la mejora de los criterios diagnósticos de la AN y la BN. Igualmente, se recomiendan cambios en las definiciones de algunos de los trastornos de la alimentación actualmente descritos como de inicio en la infancia y en la adolescencia, para enfatizar que también se podrían desarrollar en personas de mayor edad.

## DSM-5

El capítulo sobre los trastornos relacionados con la conducta alimentaria de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales<sup>87</sup> (DSM-5) incluye varios cambios para representar mejor los síntomas y comportamientos de los pacientes que padecen este tipo de trastornos. Entre los más importantes están: el reconocimiento del trastorno de ingesta compulsiva de comida, la mejora de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, así como la inclusión de la pica, el trastorno por rumiación y el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

En cuanto a los tres últimos trastornos, hasta ahora descritos como de inicio en la infancia y en la adolescencia, se proponen cambios en sus definiciones para enfatizar que también se podrían desarrollar en personas de mayor edad. El manual agrupa en este apartado los trastornos que surgen en esta edad (aunque no necesariamente se diagnostiquen durante la infancia o adolescencia).

En los últimos años, los médicos y los investigadores se han dado cuenta de que un número significativo de personas con trastornos de la alimentación no encajaba en las categorías del DSM-IV de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Por defecto, muchos recibieron un diagnóstico de "trastorno alimentario no especificado." Los estudios han sugerido que una parte significativa de las personas en esa categoría "no especificado" en realidad puede tener trastorno por atracón.

### Trastorno por atracón

El trastorno por atracón (TA en adelante) fue aprobado para su inclusión en el DSM-5, como su propia categoría de trastorno alimentario. En el DSM-IV, el TA no fue reconocido como un trastorno, sino que se describe en el Apéndice B: Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores y era diagnosticable utilizando sólo el cajón de sastre de "trastorno alimentario no especificado de otra manera." Ahora es un trastorno reconocido.

El TA se define como episodios recurrentes de comer significativamente más alimentos en un corto período de tiempo que la mayoría de la gente come en circunstancias similares, con episodios marcados por un sentimiento de falta de control. Una persona con TA puede comer demasiado rápido, incluso cuando no tenga hambre. Podría tener sentimientos de culpa, vergüenza o asco y comer compulsivamente y solo, para ocultar

ese comportamiento. Este trastorno se asocia con una marcada angustia y se produce, por término medio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Este cambio está destinado a aumentar la conciencia de las diferencias sustanciales entre el TA y el fenómeno común de comer en exceso. Mientras que comer en exceso es un reto para muchos estadounidenses, los atracones recurrentes son mucho menos comunes, mucho más graves y se asocian con problemas físicos y psicológicos significativos.

### Anorexia Nerviosa

La AN, que afecta principalmente a las adolescentes y mujeres jóvenes, se caracteriza por una imagen corporal distorsionada y una dieta excesiva que conduce a la pérdida severa de peso con un miedo patológico a engordar. Los criterios tienen varios cambios menores pero importantes:

- Criterio A: se centra en los comportamientos, como restricción de la ingesta de calorías, y ya no incluye la palabra "rechazo" en términos de mantenimiento de peso, ya que implica la intención por parte del paciente y pueden ser difíciles de evaluar.

- Criterio D: que requiere la amenorrea o ausencia de al menos tres ciclos menstruales, se ha eliminado. Este criterio no se puede aplicar a los varones, mujeres premenárquicas, mujeres que toman anticonceptivos orales y mujeres post-menopáusicas. En algunos casos, los individuos presentan todos los otros síntomas y signos de la AN, pero todavía tienen alguna actividad menstrual.

### Bulimia Nerviosa

Los criterios del DSM-5 reducen la frecuencia de atracones y las conductas compensatorias que las personas con bulimia nerviosa deben presentar, a una vez por semana en vez de dos veces por semana, como se especifica en el DSM-IV.

### Cambios generales

El objetivo principal del Grupo de Trabajo de Trastornos Alimentarios, con los cambios para el DSM-5, es que las personas que experimentan trastornos alimentarios tengan un diagnóstico que describa con precisión sus síntomas y comportamientos, ya que la determinación de un diagnóstico exacto es el primer paso para que los médicos y los pacientes puedan establecer un plan de tratamiento<sup>102</sup>.

Esta nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales ha recibido numerosas críticas que ponen en duda su seriedad y rigurosidad. En concreto, se cuestiona la fiabilidad de las categorías diagnósticas y se critica que el borrador no haya sido sometido a un proceso de revisión externa.

Asimismo, algunos profesionales han señalado la existencia de graves conflictos de intereses entre muchos de los expertos que trabajan en su elaboración y las industrias farmacéuticas, llegando a insinuar que este hecho podría estar asociado a la ampliación de las categorías diagnósticas del nuevo manual.

A este respecto, el pasado mes de octubre de 2012, la APA (Asociación Americana de Psicología), elaboró una “*Carta Abierta al DSM-5*”, dirigida a la Asociación Americana de Psiquiatría, advirtiendo de los principales problemas asociados a los cambios que incluye la nueva versión del DSM, y solicitando tanto una reforma como una revisión empírica externa de dicho manual.

Al no haberse logrado que la Comisión nombrada por la Asociación Americana de Psiquiatría reforme el borrador del DSM-5 antes de su publicación, el Comité Internacional de Respuesta al DSM-5, ha decidido elaborar una “*Declaración pública de preocupación por la próxima publicación del DSM-5*” con el fin de advertir tanto a los profesionales de la psicología, como a los pacientes e incluso, a los medios de comunicación, acerca de las limitaciones que presenta el DSM-5.

El Consejo General de la Psicología (COP), ha reiterado su apoyo al Comité, mostrando su acuerdo con la postura mantenida por éste, tanto en la Carta Abierta como en la Declaración, y esperando, que este esfuerzo ayude a fomentar un diálogo internacional sobre los problemas asociados a este manual y las posibles alternativas<sup>103</sup>.

### **3. 6. Detección de los TCA**

Existen pocos estudios sobre la detección y diagnóstico de los TCA, sobre todo en Atención Primaria. Se apunta a una situación de subdiagnóstico, debida a varios motivos: la escasa conciencia de los profesionales ante estos problemas, la falta de tiempo real por la gran presión asistencial que impide profundizar en la atención integral de las personas afectadas y en la realización de actividades preventivas, la baja asistencia de adolescentes a las consultas de atención primaria y su falta de “conciencia de enfermedad”.

Dadas estas circunstancias, el uso apropiado de una herramienta de cribado breve y validada durante las visitas de niños/adolescentes sanos y las previas a la participación en deportes sería una buena oportunidad para aplicar de forma integrada programas de prevención de los TCA, del consumo de tabaco, alcohol, drogas y sexo seguro dentro de un programa estructurado de mantenimiento de la salud desde un enfoque de la medicina familiar.

Sobre el uso de los instrumentos de cribado ha habido cierta confusión. Son ineficientes para establecer el diagnóstico de TCA, pero en cambio son herramientas útiles para una primera evaluación rápida dirigida a descartar la existencia de síntomas sospechosos en la primera fase del proceso de cribado en dos etapas, en la cual los que puntúan alto son de nuevo evaluados para determinar si cumplen con los criterios diagnósticos formales.

Para la identificación de potenciales casos de TCA, se han ideado numerosas formas de cuestionarios de cribado autoaplicados que permiten la valoración sistemática del comportamiento alimentario. Todos ellos incluyen preguntas sobre los hábitos personales de alimentación y dieta, peso, ejercicio, menstruación, percepción de la figura corporal, autoimagen, autoestima, uso de drogas, relación con la familia y con los demás, entre otras, ya que en la mayoría de las ocasiones las personas con TCA incipiente acuden al médico por otra sintomatología, como pérdida de peso, amenorrea, depresión, irritabilidad, etc. De ahí la importancia de interrogar sobre estos aspectos.

En Anexo 3 se exponen distintos cuestionarios útiles para la detección precoz y evaluación de los TCA. Entre los más útiles para la exploración de actitudes y síntomas de TCA está el *Eating Attitudes Test* (EAT-40), con sus versiones EAT-26 (versión abreviada de 26 preguntas) y el y ChEAT (Versión infantil del EAT-26; *Children Eating Attitudes Test*).

El cuestionario más simple para la detección precoz de TCA es el cuestionario inglés SCOFF (Anexo 3).

Para valorar el tipo de percepción corporal de una persona son útiles las escalas de siluetas como la de Collins para preadolescentes o la de Gardner para adolescentes y adultos (Anexo 3).

Los demás cuestionarios mencionados en la Tabla 6, se exponen también en Anexo 3.

También se incluye un modelo de detección precoz de los TCA en Anexo 4.

### **3. 7. Medidas de prevención**

El hecho de que la incidencia de los TCA haya ido aumentando en los últimos años así como los elevados costes sanitarios que se desprenden de estudios realizados en la Comunidad Autónoma de Madrid (primera causa de ingreso hospitalario por trastorno mental en mujeres entre 15 y 24 años, elevado índice de reingresos) nos llevan a destacar la necesidad de adoptar medidas de prevención que puedan reducir la incidencia de estas patologías. Estas medidas preventivas deben incidir en los factores modificables que condicionan la aparición de la enfermedad (comunes en gran parte de la población afectada), reduciendo la intensidad de los factores de riesgo o impidiendo que éstos se vuelvan más graves. Mediante escalas de valoración, se pueden detectar aquellos sujetos que están en riesgo de desarrollar un TCA. En los últimos años se ha producido un cambio en la concepción de los TCA por parte de la población general, pasando de ser una patología que sólo parecía afectar a unos pocos a constituir un preocupante problema de salud pública que lleva consigo una cierta alarma social, lo que ha aumentado la demanda de medidas de abordaje del problema, fundamentalmente desde la prevención, ya sea aplicando normativas en los medios de información y en publicidad, desarrollando programas escolares, etc.

En este contexto, los profesionales de Enfermería disponen de la cualificación necesaria para llevar a cabo programas de tipo preventivo. Dadas las características epidemiológicas de los TCA, el medio educativo es un buen entorno para implantar estos programas, e Internet un buen vehículo para aplicarlos. En la actualidad, la evidencia publicada en la literatura es limitada como para sugerir que un tipo particular de programa es efectivo para prevenir los trastornos de la alimentación, pero se han obtenido algunos resultados esperanzadores en las experiencias realizadas tanto en prevención primaria como en prevención secundaria, y es necesario continuar investigando en este sentido<sup>104</sup>.

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).

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 porqué impedir una activa política de prevención.

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.

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.

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.

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.

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. 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. 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.

Existen algunas experiencias interesantes de prevención de TCA realizadas en España. Sin embargo, hasta la fecha se han conseguido progresos limitados en desarrollar intervenciones preventivas que resulten efectivas. Existen programas que han resultado ineficaces o incluso contraproducentes, o bien no han producido un cambio notable de actitudes a corto plazo. 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).

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. 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. 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. 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. Esta cuestión es apoyada por varios estudios que mencionan la necesidad de formación por parte del profesorado y por las Guidelines for Adolescent Preventive Services de la American Medical Association.

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.

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.

Tras realizar un análisis detallado de la bibliografía referente a los TCA, se evidencia la importancia que ha tomado la AN en las últimas décadas. El interés, por la enfermedad viene dado por la alta prevalencia de esta enfermedad<sup>105</sup>.

La prevención de la AN 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.

El desarrollo de nuevos espacios de actuación para la Enfermera Especialista en Salud Mental viene a impulsar el reconocimiento de esta profesión como pieza fundamental en la prevención, seguimiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

### Modelo de salud pública

La premisa del modelo de salud pública está basada en gran parte en los conceptos establecidos por Gerald Caplan<sup>106</sup> durante el movimiento inicial de salud mental, que incluyen prevención primaria, prevención secundaria, y prevención terciaria.

#### **Prevención primaria**

La prevención primaria en comunidades tiene dos aspectos importantes:

- Identificar los eventos de vida estresante que precipitan crisis e identifican poblaciones relevantes de alto riesgo.
- Intervención con estas poblaciones de alto riesgo para prevenir o reducir las consecuencias perjudiciales.

Una de las categorías de población en riesgo son las crisis de madurez. Estos episodios son experiencias cruciales relacionadas con varias etapas de crecimiento y desarrollo. Erikson<sup>107</sup> describe ocho etapas del ciclo de vida durante las cuales las personas realizan tareas de desarrollo, y las crisis ocurren durante cualquiera de estas etapas, aunque varios periodos de desarrollo y eventos del ciclo de vida son reconocidos como momentos de crisis potencial: adolescencia, matrimonio, crianza, edad mediana, y retiro.

Voy a centrarme en el primero de esos periodos mencionados, la adolescencia, pues considero es la población con la que debemos empezar a trabajar las enfermeras, enfocando nuestro trabajo en la elaboración de programas educativos.

La tarea de la adolescencia según Erikson<sup>107</sup> (1963) es encontrar su propia identidad versus confusión. Este es el momento en el cual las dudas de las personas son: “¿quién soy?”, “¿hacia dónde me dirijo?”, y “¿de qué se trata la vida?”

Esta etapa es de transición a la juventud, y son momentos muy volátiles para casi todas las familias. De manera general, ocurren conflictos en cuanto al control: los padres tienen dificultad para renunciar al control que han tenido durante la infancia de sus hijos hasta que son escolares y llega el momento en que los adolescentes buscan su independencia. Pareciera que el adolescente tiene 25 años un día y tiene cinco años al día siguiente; con frecuencia es citada la definición de un adolescente, de un autor anónimo, como “un niño pequeño con hormonas y ruedas”.

En esta etapa los adolescentes están *probando sus alas*, aunque tienen una necesidad de saber que sus padres (o tutores) están disponibles si requieren ayuda. Los adolescentes tienen muchos asuntos con los cuales lidiar y muchas opciones que hacer, algunas de éstas incluyen las relacionadas con la autoestima e imagen corporal -en un cuerpo que está sufriendo cambios con mucha rapidez- relaciones con otros adolescentes, educación y selección de carrera profesional, establecimiento de valores e ideales, sexualidad y experimentación sexual, abuso de drogas y alcohol, y apariencia física.

Las intervenciones con adolescentes en el nivel primario de prevención están enfocadas en proporcionar apoyo e información exacta para facilitar la difícil transición en la que están. Esta educación se puede dar en escuelas, iglesias, centros para jóvenes, o en cualquier lugar donde haya reuniones de adolescentes. Algunos programas pueden incluir:

- Programas educativos que informan y validan los cambios corporales y emociones sobre los cuales ellos están interesados.
- Programas de educación sobre necesidades nutricionales específicas en este grupo de edad.
- Programas que sirven para informar sobre sexualidad, gestación, contracepción y enfermedades de transmisión sexual.
- Programas de información sobre el uso y abuso de alcohol y otras drogas.

### **Prevención secundaria**

La necesidad para intervenir en el nivel secundario de prevención en esta etapa aparece cuando los comportamientos negativos o inapropiados para la edad son aceptados como normales, y la familia ya no puede enfrentar la situación de manera adaptativa.

La intervención de enfermería con adolescentes en la prevención secundaria se presenta en los centros de salud mental de la comunidad, consultorios médicos, escuelas, departamentos de salud pública y centros de intervención en crisis. Las enfermeras trabajan con familias para resolver el problema y mejorar las habilidades de enfrentamiento y comunicación, o bien, trabajan en base persona-a-persona con el adolescente para intentar modificar los patrones de comportamiento. Los trastornos de alimentación son uno de los motivos por los cuales los adolescentes pueden ser

hospitalizados. La atención de enfermería para ellos en el hospital va enfocada a la identificación del problema y estabilizar la situación que les ha llevado a éste.

### **Prevención terciaria**

La prevención terciaria está enfocada a minimizar los efectos residuales vinculados con la enfermedad mental grave y persistente; incluye el tratamiento de los TCA crónicos, refractarios al tratamiento, a los que se les puede ofrecer una prevención terciaria de sus síntomas más graves y de sus complicaciones más severas.

#### **Ámbito clínico**

La guía de práctica clínica (GPC) incluye la atención proporcionada en la AP y la atención especializada. Los servicios de AP se realizan en los centros de atención primaria (CAP), primer nivel de acceso a la asistencia sanitaria. En los afectados de TCA, la atención especializada, el segundo y tercer nivel de acceso a la asistencia sanitaria, se presta a través de recursos de hospitalización completa (hospital psiquiátrico y general), consultas ambulatorias especializadas (centro/unidad de salud mental de adultos [CSMA] e infanto-juveniles [CSMIJ], hospitales de día para hospitalización parcial (monográficos de TCA y generales de salud mental), servicio de urgencias y servicios médicos de hospitales generales. En los hospitales generales hay unidades específicas de TCA que incluyen los tres niveles asistenciales. También se incluye otro tipo de unidades específicas: de trastornos límite de la personalidad y de toxicomanías.

### **3. 8. Medidas terapéuticas**

Debido en parte a la complejidad de los TCA, la duración de los distintos tratamientos a realizar es generalmente larga y cuentan con los recursos de diferentes dispositivos asistenciales. El modo de llevar a cabo el tratamiento también varía en función de la gravedad del trastorno. En los casos de menor gravedad, se utiliza terapia ambulatoria (individual, grupal y familiar). En los que la sintomatología es más grave y el tratamiento ambulatorio no resulta suficiente se recurre al tratamiento en hospitales de día/unidades residenciales para trastornos alimentarios o ingreso hospitalario. De esta forma se encuentra recomendado por la American Psychiatric Association.

El sistema de salud de España dispone de diferentes recursos en los distintos niveles de atención: la atención primaria y la atención especializada. La asistencia primaria se realiza en los centros de atención primaria siendo el primer nivel de acceso a la atención

sanitaria. Sus actuaciones se centran en la detección precoz y derivación a otro nivel asistencial en los casos necesarios. También se coordinan con la atención especializada para efectuar el seguimiento de las complicaciones físicas entre otras.

La atención especializada corresponde al segundo y tercer nivel de acceso a la asistencia sanitaria en los cuales podemos encontrar diferentes servicios: hospitalización completa; consultas ambulatorias especializadas y dentro del centro de salud mental de adultos y de atención infantojuvenil; y hospitales de días entre otros.

Existen otros recursos que facilitan el tratamiento de personas con TCA, entre los que cabe destacar: los grupos de ayuda mutua, los centros de día para psicopatologías de larga evolución; los pisos terapéuticos; los campamentos terapéuticos; las asociaciones. En este sentido, merecen especial atención las asociaciones de familiares de afectados, ya que gracias a la labor realizada en las últimas décadas han aumentado la creación de recursos asistenciales<sup>25</sup>.

#### Modalidades de tratamiento

La intención inmediata del tratamiento es restaurar el estado nutricional del paciente. Las complicaciones de emaciación, deshidratación y desequilibrio de electrolitos pueden ser fatales. Una vez que la condición física ya no está amenazada, se pueden iniciar otras modalidades de tratamiento.

#### Modificación del tratamiento

Los esfuerzos para cambiar los comportamientos de alimentación no adaptativos de los pacientes con anorexia y bulimia son tratamientos muy bien aceptados. La importancia de instituir un programa de modificación de comportamiento con estos pacientes es asegurarse que dicho programa no los “controle”; ya que este tema es central en la etiología de estos trastornos, y para que el programa tenga éxito, la persona debe percibir que es ella quien está aceptando y llevando el tratamiento.

Se observa éxito cuando al paciente con anorexia se le permite hacer un contrato por privilegios basado en ganancia de peso. El paciente tiene que involucrarse en el plan de atención y puede ver con claridad qué opciones están disponibles; de esta forma tiene control sobre comer, la cantidad de ejercicio a realizar e incluso si se induce o no el vómito. Los objetivos, además de la responsabilidad para cada una de las partes, son acordados por el paciente y el personal.

El personal de enfermería y el paciente también acuerdan un sistema de recompensas y privilegios que puede obtener el individuo, quien tiene la última medida de control. Tiene la opción de aceptar el contrato –una opción de aumentar de peso o no- una opción de obtener o no privilegios deseados.

#### Terapia individual

Aunque la psicoterapia individual no es la terapia de opción para los TCA, puede ser útil cuando los problemas psicológicos subyacentes contribuyen a los comportamientos de no adaptación. En psicoterapia de apoyo, el terapeuta alienta al paciente a explorar los conflictos sin resolver y a reconocer los comportamientos de alimentación no adaptativos como mecanismos de defensa utilizados para aliviar el dolor emocional. Los objetivos son resolver los temas personales y establecer estrategias de enfrentamiento adaptativos para lidiar con las situaciones estresantes.

#### Terapia familiar

En muchos casos, los trastornos de alimentación son considerados trastornos de familia, y no se puede tener una resolución hasta que la dinámica dentro de la misma mejore. Este tipo de tratamiento trabaja la educación de los miembros sobre las manifestaciones del trastorno, etiología posible y tratamiento prescrito. Se brinda apoyo a todos para que enfrenten sentimientos de culpa relacionados con la percepción que puedan atribuirle al inicio del trastorno. También para que sean capaces de enfrentar el estigma social de tener uno de sus miembros con problemas emocionales o de conducta.

En algunos casos cuando la dinámica disfuncional de la familia se relaciona con conflictos de rechazo, la familia puede no adherirse a la terapia, para mantener el equilibrio y conservar a un miembro en la función del enfermo. Cuando esto ocurre, es esencial enfocarse en las operaciones funcionales dentro de la familia: ayudarlos a manejar el conflicto y crear el cambio.

También se hace referencia a grupos de apoyo locales para las familias de individuos con trastornos de alimentación. Algunas veces la resolución y el crecimiento pueden surgir de la interacción con otras personas que experimentan, o han experimentado, los numerosos problemas de vivir con un miembro de la familia con algún trastorno<sup>108</sup>.

#### Atención Primaria

- A todos los pacientes con síntomas y signos de sospecha se les realizará una exploración física inicial que incluirá: peso y talla, cálculo de IMC y comparación de percentiles en el caso de niños y adolescentes, frecuencia cardíaca, TA y temperatura.
- La confirmación diagnóstica del TCA, según criterios de la CIE-10, no debe ser superior a un mes desde la primera visita.
- Los pacientes con diagnóstico confirmado o con clara sospecha, mayores de 18 años, serán derivados al Servicio de Endocrinología y al equipo de Salud Mental del distrito; y los menores de 18 años, a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

#### Tratamiento ambulatorio de la AN

El tratamiento ambulatorio está indicado cuando el paciente presenta buena predisposición y motivación. Debe tener un buen soporte familiar y el cuadro clínico no debe ser muy intenso. Es fundamental que se mantengan actitudes de prevención y de concienciación social y familiar. Informar a las pacientes o futuras pacientes, a los padres y a los educadores es la mejor manera de prevenir, y en esta tarea estos profesionales tienen un papel muy especial.

Las intervenciones psicológicas son el tratamiento clave en el manejo de la AN. La aplicación de las mismas debe ir acompañada de una periódica monitorización del peso y de los indicadores específicos de riesgo médico. Se trata de lograr la ganancia de peso, la alimentación saludable y la reducción de los síntomas relacionados con los TCA:

- Reestructurar las cogniciones de la paciente.
- Afrontar el miedo a “la gordura” y al descontrol.
- Aprender a manejar las emociones y corregir las creencias erróneas sobre su propio cuerpo.
- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Fomentar la asertividad.
- Reducir el estrés.

El consejo dietético no es suficiente como único tratamiento de la AN.

Existen distintas alternativas:

Terapia Cognitivo analítica.

Terapia Cognitivo conductual.

Terapia Interpersonal.

Terapia psicodinámica focal.

Intervenciones familiares focalizadas en los TCA, con el objetivo de conseguir:

- Colaboración terapéutica de la familia
- Reorganización de la comida en casa. Cumplimiento de normas a seguir: el contrato terapéutico.
- Desarrollar habilidades para contestar y resistir las exigencias de la paciente.
- Cambio del clima familiar; establecimiento de límites; reestructuración de los roles familiares.
- Estrategias para una comunicación positiva y rectificación de la comunicación negativa.
- Técnicas para la reducción del estrés en la familia.
- Apoyo a cuidadores y familiares.

La duración mínima es de 6 meses.

Intervenciones farmacológicas:

- Escasa evidencia científica
- No puede ser el único tratamiento ni el fundamental para la AN.
- Algunos síntomas diana como la depresión y los síntomas obsesivo-compulsivos mejoran con la renutrición.
- Vigilar especialmente el riesgo de efectos secundarios, sobre todo cardíacos.

Atención Especializada



## ESMD/ USMIJ/ Endocrinología

- La entrevista de acogida y valoración inicial del paciente y de la familia se realizará siempre antes de 15 días desde la solicitud de asistencia.
- La evaluación psiquiátrica y psicológica del paciente y de la familia no será más tarde de 15 días desde la entrevista de acogida.
- La evaluación psicométrica del paciente se realizará en función de los aspectos que precisen ser explorados (problema alimentario, personalidad previa o detección de otra patología asociada). Se podrán utilizar cuestionarios de conducta alimentaria, de imagen corporal, de personalidad, de otra psicopatología, así como test neuropsicológicos y proyectivos.
- Se realizará una evaluación social y de la red sociofamiliar: valoración de las relaciones sociales, grado de apoyo social y familiar, disfunciones sociales en la familia, problemática social, laboral o de formación asociadas.
- El Endocrinólogo realizará una valoración orgánica-nutricional en un periodo máximo de tiempo de 15 días tras la petición. Completará la historia clínica en los aspectos orgánicos y nutricionales, determinará si son necesarios nuevos estudios complementarios en función de la situación clínica del paciente, y planificará la dieta y el objetivo de peso.
- El equipo de Salud Mental realizará un plan individualizado de tratamiento (PIT) en el que conste:
  - Definición del problema según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
  - Formulación de los objetivos psicoterapéuticos.
  - Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
  - Plazos para la evaluación terapéutica.
- Tras la decisión terapéutica se presentará el PIT a paciente y familia, informando sobre:
  - Quién es el personal implicado en el tratamiento.

- Técnicas que se deben utilizar.
- Tiempo de realización.
- Plazos de evaluación.
- La intervención psicoterapéutica como base del tratamiento en AN y BN está fundamentada en el establecimiento y mantenimiento de una relación psicoterapéutica informada y consignada en el contrato terapéutico.
- Los profesionales responsables del ESMD/USMIJ y el Endocrinólogo mantendrán reuniones de coordinación para el seguimiento del PIT y la evaluación terapéutica continuada en cada área de tratamiento, al menos cada 3 meses; o bien a demanda de cualquiera de los implicados en el caso, según la necesidad detectada, para cambiar la estrategia terapéutica o derivar a otro dispositivo si la evolución no ha sido satisfactoria.
- La finalización del proceso tendrá lugar cuando la mejoría clínica sea evidente y permita la incorporación del paciente a la vida cotidiana, verificando que durante un periodo de tiempo superior a dos años cumple los siguientes criterios:
  - Mantenimiento del peso y ausencia de alteraciones nutricionales.
  - Ausencia de peculiaridades alimentarias perjudiciales para la salud.
  - Vida relacional adecuada.
  - Relaciones familiares que permitan y favorezcan su independencia.
  - Sentimientos asociados a la percepción corporal no excesivamente displacenteros, molestos o desagradables.

#### Hospitalización parcial/ USMIJ-HD/ HDSM

- La hospitalización parcial (HD) está indicada cuando se cumplan alguno de los siguientes criterios:

#### Somáticos:

- Cuando al inicio o durante la evolución del proceso aparezca una situación nutricional inestable que precise para su control revisiones inferiores a 15 días.

- Trastornos electrolíticos que requieran suplemento (potasio  $<3,5$  y  $>$  de 3 meq/l, hipoproteinemia moderada).
- No presenta criterios de ingreso completo.
- Al alta de la hospitalización completa.

Psíquicos:

- Pacientes con grave aislamiento social, dificultades relacionales graves o de autonomía personal secundarios al TCA.
- Necesidad de tratamiento intensivo y/o precoz, previniendo el deterioro en sus capacidades cognitivas, emocionales y relacionales.
- Escasa vinculación con ESMD/USMIJ o descompensaciones continuas.
- Episodios frecuentes de atracones y/o purgaciones.
- Pacientes sin descompensación orgánica pero que precisan control de la conducta alimentaria y educación nutricional.
- Capacidad para trabajar en actividades grupales.
- Se garantizará la valoración por el facultativo responsable de la HD en un periodo de tiempo inferior a 7 días.
- En la primera semana se coordinarán los profesionales del equipo para:
  - Definir el PIT, que incluirá los siguientes aspectos:
    - Definición del problema según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
    - Formulación de los objetivos psicoterapéuticos y nutricionales.
    - Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
    - Planificación de las intervenciones individualizadas, según protocolos específicos.
    - Tipo de seguimiento y control terapéutico.
  - Designación del responsable del caso entre los profesionales implicados en el tratamiento y sus áreas de intervención.

- Los profesionales de la USMIJ-HD/ HDSM mantendrán reuniones de coordinación diaria y, al menos, dos veces por semana con el Endocrinólogo para la evaluación de la consecución de objetivos, y la evaluación terapéutica continuada en cada área de tratamiento.
- El alta de hospitalización parcial por mejoría del paciente se producirá cuando:
  - La situación médica sea estable y la recuperación ponderal adecuada.
  - Exista un control significativo de las alteraciones conductuales.
  - Exista garantía, desde el punto de vista psicológico y familiar, de seguimiento en las áreas más relevantes.
  - Exista garantía del cumplimiento de los objetivos post-alta.
- Tras el alta de hospitalización parcial el paciente siempre será derivado al ESMD/ USMIJ.

Hospitalización completa: USM-HG/ Endocrinología/ Servicio de Pediatría

La hospitalización completa está indicada cuando se cumplan alguno de los siguientes criterios:

Somáticos:

- Pérdida de peso superior al 25% con respecto al previo en menos de 6 meses o al 10% en 1 mes.
- Frecuencia cardíaca < de 50 spm o TA < 90/60 mmHg o 80/50 en niños, y/o síntomas derivados.
- Potasio < 3 meq/l o Na < 130 mg/dl, y/o alteraciones en ECG.
- Hipoproteinemia severa y/o edemas en miembros inferiores.
- Hipoglucemia persistente y/o hipertransaminasemia (APA).

Psíquicos:

- Cuando el TCA se vea acompañado de uno de los siguientes trastornos: trastorno obsesivo-compulsivo grave, esquizofrenia, depresión grave, trastorno por adicción, psicosis sintomática, trastorno del control de los impulsos.
- Dificultades de diagnóstico diferencial.
- Ideación-conducta autolítica directa o indirecta.
- Conflicto familiar severo que impida la posibilidad de aplicar las normas terapéuticas prescritas en el domicilio.
- Conocimiento de presencia de estresores o del peso previo a recaídas anteriores y que es señal o señales de declive rápido.

Otros:

- Negativa absoluta a comer o imposibilidad de control de conductas bulímicas.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- Embarazo con riesgo de aborto.
- Lejanía geográfica respecto al centro de tratamiento.
- La entrevista de acogida y de valoración inicial del paciente y de su familia debe realizarse con los mismos criterios que en los otros dispositivos, salvo que en la hospitalización completa la historia debe estar concluida al tercer día del ingreso.
- El Endocrinólogo debe valorar el estado orgánico-nutricional diariamente mientras dure el ingreso.
- El equipo multidisciplinar diseñará el PIT, especificando:
  - Definición del problema (o problemas) según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
  - Formulación de los objetivos psicoterapéuticos y nutricionales.
  - Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
  - Evaluación terapéutica: tipo y plazos.

- Los miembros del equipo de la USM-HG, así como el Endocrinólogo con la Enfermera que presta cuidados al paciente, mantendrán reuniones de coordinación diaria, y al menos dos veces por semana todos juntos para la evaluación del nivel de consecución de los objetivos.

### Tratamientos psicológicos

Son fundamentales durante el ingreso, pero no existe evidencia sobre modelos estructurados concretos a utilizar. Un abordaje estructurado, focalizado en los síntomas, encaminado a la ganancia de peso debe realizarse de forma conjunta con una monitorización estricta de los parámetros físicos. El tratamiento psicológico debe centrarse en los comportamientos alimentarios, las actitudes ante el peso y la imagen corporal y en aspectos psicosociales relevantes para el objetivo de ganar peso.

Programa operante: Es un plan de intervención que define las normas y los cuidados que la paciente debe seguir para restablecer su salud, recuperar el peso y estabilizarlo.

- Requiere contrato paciente-terapeuta-familia.
- Definir refuerzos y el coste de la respuesta.
- Lograr durante el ingreso un ejercicio físico moderado y saludable.

Técnicas basadas en el condicionamiento clásico, tales como control estimular, desensibilización sistemática para afrontar las reacciones emocionales contradictorias ante la comida y algunas partes del cuerpo (exposición a través de técnica del espejo, etc.).

Modelado de conductas de alimentación adecuadas. Los programas de modificación de conducta rígidos pueden ser contraproducentes.

En ocasiones puede ser necesario el ingreso contra la voluntad del paciente. Las intervenciones contra la voluntad del paciente son el último recurso. En caso necesario, deben realizarse de acuerdo con el marco legal (Ley de Enjuiciamiento Civil, art 763, que regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico).

El alta por mejoría del paciente tendrá siempre como destino la hospitalización parcial, y se producirá cuando:

- La situación médica sea estable y la recuperación ponderal adecuada.
- Exista un control significativo de las alteraciones conductuales.

Tras un ingreso el tratamiento debe ser prolongado, mínimo de un año y debe seguir los mismos principios que el tratamiento psicológico durante la hospitalización. Por tanto, se mantendrá una coordinación con los otros dispositivos de la red de Salud Mental, Endocrinología, y servicios hospitalarios y sociales para garantizar la continuidad asistencial al paciente.

## **Tratamiento médico de la AN**

### *Aspectos generales*

- En la AN los riesgos de morbilidad médica son importantes.
- Deben ser monitorizados cuidadosamente.
- Deben evaluarse por médicos especializados: servicios de Dietética y Nutrición.

### *Manejo de la renutrición*

- Ganancia de peso:
  - Durante el ingreso: Media de 0,5-1 Kg por semana.
  - En ambulatorio: Ganancia de 0,5 Kg por semana.
  - Aportes nutricionales extras. Necesidad de Nutrición enteral o suplementos alimenticios especiales en ocasiones.
- Monitorización periódica del estado físico.
- Evitar nutrición parenteral.

### *Manejo de los riesgos*

- Informar al paciente y cuidadores de los riesgos potenciales.
- Implicar a un médico o pediatra cualificado en los pacientes con riesgos médicos especiales.
- Atención especial a mujeres embarazadas.

- Precaución con la utilización de estrógenos en niñas y adolescentes con problemas de densidad ósea por riesgo de fusión prematura de las epífisis.
- Prevenir sobre el riesgo de fracturas asociadas a actividad física intensa en pacientes con TCA y osteoporosis o trastornos óseos relacionados.

### **Consideraciones adicionales para niños y adolescentes**

#### *Aspectos generales*

- Es necesario involucrar a familia y cuidadores.
- El derecho a la confidencialidad ha de manejarse con especial precaución.
- Todos los miembros de la familia, incluidos los hermanos, pueden beneficiarse de las intervenciones y deben ser incluidos en el tratamiento.
  - Compartir la información.
  - aconsejar sobre el manejo de los comportamientos anómalos.
  - Facilitar la comunicación.

### **Anorexia Nerviosa**

- Debe ofrecerse intervención familiar que aborde directamente el problema del TCA.
- Debe ofrecerse abordaje individual al niño o adolescente, independiente del familiar.
- Una vez alcanzado el peso, se debe garantizar una aportación nutricional que garantice el crecimiento y desarrollo.
- Involucrar a la familia y cuidadores en programas de educación nutricional y en la planificación de comidas.

#### *Ingreso de niños y adolescentes con AN*

- El ingreso de niños y adolescentes debería:
  - Realizarse en un dispositivo adecuado para la edad.
  - Contraponer las necesidades de tratamiento y ganancia urgente de peso con las necesidades educativas y sociales de los menores.



- Todo ingreso de menores debido a enfermedad mental debe notificarse al Juzgado correspondiente y solicitarse la correspondiente autorización.

### **Bulimia nerviosa**

Tras la evaluación inicial y aplicando los mismos criterios que para la AN, se planteará un programa de autoayuda basado en la evidencia. Una de las funciones que se llevan a cabo es animar directamente y apoyar al paciente en el desarrollo de estos programas, que pueden mejorar la evolución. Pueden ser suficientes para algunos pacientes.

Los tratamientos psicológicos deben constituir el pilar del tratamiento.

- En adultos:

- Terapia Cognitivo Conductual para Bulimia Nerviosa (TCCBN).

- Estructurada en 16-20 sesiones distribuidas en 4-5 meses.

- En adolescentes:

- Terapia Cognitivo Conductual para Bulimia Nerviosa adaptada a su edad, circunstancias y nivel de desarrollo.

- Si no responde a TCCBN o se rechaza este tipo de tratamiento:

- Alternativas psicoterapéuticas.

- Psicoterapia Interpersonal.

Plan de 8-12 meses.

### **Tratamientos farmacológicos**

El uso de antidepresivos puede ser una alternativa o un tratamiento añadido a los programas de autoayuda basados en la evidencia.

En términos de tolerancia y reducción de síntomas los ISRS, especialmente la fluoxetina, son los fármacos de primera elección. La dosis eficaz de los fármacos es mayor que para la depresión (Fluoxetina: 60 mg). Los beneficios del tratamiento suelen verse rápidamente, reduciendo los atracones y las conductas purgativas, pero los efectos a largo plazo no son conocidos.

En periodo previo y posterior al ingreso ha de controlarse especialmente el riesgo de autolesiones y conductas suicidas.

#### Coordinación entre atención primaria y secundaria

- A los pacientes con antecedentes de AN que no acuden a tratamiento en un dispositivo de asistencia especializada, los Médicos de Familia o Pediatras deberían proponerles una evaluación física y del estado mental anualmente.
- En los casos compartidos entre AP y AE se debe llegar a un acuerdo entre los profesionales implicados sobre la distribución de responsabilidades en el seguimiento. Este acuerdo debe ser por escrito, a ser posible en la Historia Clínica Informatizada, y comunicado al paciente y cuidadores<sup>109</sup>.

En Anexo 5 adjunto los criterios clínicos de derivación entre los recursos asistenciales en el Sistema Nacional de Salud.

### **3. 9. Evolución histórica de la enfermería en Salud Mental**

A lo largo de la historia del hombre, los cuidados a los enfermos mentales han estado históricamente vinculados a la conceptualización social de la enfermedad mental, por lo que se han ido modificando en los tres grandes periodos en los que se puede esquematizar la asistencia psiquiátrica.

Estos tres periodos están en función de la concepción de la enfermedad mental:

1º Etapa.- Concepción mágica de la enfermedad

2º Etapa.- Concepción lógica

3º Etapa.- Psiquiatría comunitaria

#### **A.- Concepción mágica de la enfermedad mental.-**

Desde la aparición de los primeros grupos humanos el intento de explicar el mundo que los rodeaba desde una visión animista con una estrecha relación entre el hombre y la naturaleza, la causa de la enfermedad mental se explicaba desde una perspectiva mágico-religiosa y relacionada con fuerzas sobrenaturales, donde jugaba un papel importante la astrología, la interpretación de los sueños y la adivinación, centrandose la terapéutica en la utilización de amuletos y talismanes, drogas vegetales, animales o minerales y de tipo quirúrgico como la trepanación que al parecer tenía como objetivo

dar salida a los malos espíritus alojados en el cerebro, centrándose los cuidados en el ensayo.

### **B.- Etapa lógica.- Introducción en la medicina.-**

La primera gran revolución en la forma de entender la enfermedad mental, se produce con el paso de la visión mágica a la médica, y que repercute directamente en el campo de los cuidados.

Esta visión organicista explicativa de la teoría hipocrática de los humores equipara por primera vez la locura con otras enfermedades, apareciendo inicialmente en la cultura griega la clasificación de la enfermedad mental, encontrando en la locura tres tipos de manifestaciones, manía, frenitis y melancolía. Esta forma de entender la enfermedad mental se generalizará en el imperio romano, y durará prácticamente hasta la destrucción del mismo.

En la edad media se observa una diferencia significativa entre culturas. En la cultura árabe, como herederos del conocimiento greco-romano, los cuidados son de tipo ambiental-humanista creándose los primeros hospitales en Bagdad (en 792 el primer hospital), Damasco, El Cairo, etc., que utilizan como instrumentos terapéuticos la relajación con métodos naturales: ejercicio físico, fiestas, paseos, hidroterapia, conciertos, etc.

En la cultura india, los cuidados son de tipo humanista y aparecen los primeros escritos sobre los requisitos que deben poseer los cuidadores de este tipo de pacientes: “Conocimientos” sobre preparación y administración de medicamentos, “Astucia” en el manejo de los pacientes, “Dedicación” para conocer los problemas que les aquejan y “Pureza” para no aprovecharse de sus incapacidades o limitaciones.

En la cultura cristiana, por el contrario, con la desaparición de los conocimientos greco-romanos la asistencia es de tipo asilar, primero en salas conventuales y posteriormente en manicomios donde el objetivo principal es la separación de los locos de la sociedad y los cuidados son principalmente centrados en el mantenimiento de la necesidades básicas y de tipo represivo.

El triunfo de la revolución francesa, la creación de los derechos del hombre y las ideas ilustradas principalmente de Tuke, Perfect, Pinel, etc. repercutirán en la asistencia

psiquiátrica, donde disminuyen los métodos represivos, introduciendo nuevas formas en su tratamiento “Tratamiento moral”. Esta etapa asilar con pequeñas diferencias en el paso del manicomio al hospital psiquiátrico durará prácticamente hasta nuestros días.

### C- Etapa comunitaria.- Desinstitucionalización.

El tercer gran periodo denominado de desinstitucionalización que se desarrollará en los años 70-80 del siglo XX, supone un avance considerable en el tratamiento y cuidado de los enfermos mentales, disminuyendo o desapareciendo el criterio asilar pasando el paciente a ser tratado en la comunidad con lo que se amplía el campo de actuación de los cuidados a nuevas áreas como la detección precoz de la enfermedad, la rehabilitación, la reinserción y el mantenimiento del estado de salud, al tiempo que se incluye en el proceso de cuidados a la familia y a la sociedad considerando a estos un instrumento terapéutico en la mejoría de los pacientes.

La asistencia siempre ha estado relacionada con una serie de factores que podríamos agrupar en 4 apartados:

- Factores sociopolíticos
- Concepción de la enfermedad mental
- Marcos conceptuales de la enfermería
- Factores económicos

Durante toda la edad media, la moderna y la contemporánea, hasta los años 80 del siglo XX el criterio asilar, sufrió modificaciones importantes, centrándose primero en las salas de monasterios, posteriormente en el manicomio y por último en hospitales psiquiátricos. El triunfo de las ideas liberales en el siglo XIX había introducido en España una mejora en el tratamiento y cuidados de los enfermos mentales, Además el descubrimiento de la síntesis de la clorpromazina en los años 50 del siglo XX supondrá un auténtico avance en el tratamiento.

Estas mejoras se plasmaron en dos tipos de atención:

Por una parte con criterios humanistas se prestó más atención a los cuidados básicos: alimentación, aseo, limpieza, disminución de las celdas de castigo, luz en las habitaciones, espacios, etc.

Por otra, lo que se dio en llamar el “tratamiento moral” centrado fundamentalmente en el razonamiento, el engaño en el manejo de los delirios, orden riguroso, y sobre todo en la disminución de los métodos restrictivos.

El desarrollo de la psicofarmacología, mejoró considerablemente la disminución de la sintomatología de los pacientes.

En el mundo occidental, a principios del siglo XX, el desconocimiento causal de la enfermedad mental favoreció la aparición de diferentes escuelas, conductismo, psicoanálisis –entre otras-, que intentaban explicar la enfermedad mental, pero estos modelos explicativos no triunfaron por igual en todos los países, por lo que los cuidados -dejando aparte los que cubrían las necesidades básicas de los pacientes- se adaptaron a la escuela que con más potencia se desarrollaban en cada país.

En estos años 70 existían tres estructuras hospitalarias:

- Los centros de agudos, ubicados principalmente en los hospitales clínicos con pocas camas asistenciales donde se trataba fundamentalmente las crisis agudas.
- Los manicomios, que seguían la forma tradicional de la asistencia.
- Los hospitales psiquiátricos, que empezaban a vislumbrar nuevas formas terapéuticas como laborterapia, psicodrama, etc.

A principios de los años 80 del siglo XX, análisis más pormenorizados sobre este modelo, destacan el fracaso del mismo por varias razones: ruptura de lazos socio-familiares, conductas desajustadas, homogeneización de síntomas, pérdida de habilidades sociales, dificultad de reinserción.

En esta época empieza a darse importancia a una nueva perspectiva como la rehabilitación y la reinserción social y el mantenimiento del estado de salud, lo que junto al fracaso del modelo asilar lleva consigo la búsqueda de nuevas alternativas que permitan a los pacientes ser tratados en otros ámbitos como es el comunitario.

Esta nueva forma de entender la asistencia se ve favorecida por el desarrollo de los psicofármacos depot que permiten al paciente ser tratado en su domicilio.

La nueva forma de asistencia se centró pues en los criterios de la atención comunitaria y que ya se había puesto en marcha en algunos países europeos principalmente en Inglaterra.

1°. CONTINUIDAD. La enfermedad mental debe ser contemplada de forma longitudinal (a lo largo de la vida del paciente) y transversal (en relación a otros trastornos y problemas consecuentes a la patología, sociales, laborales).

2°. ACCESIBILIDAD. Los recursos deben ser accesibles para que puedan prestar la atención necesaria en el momento en que se requiere, lo que lleva consigo la necesidad de disminuir las barreras entre el paciente y los recursos sanitarios.

3°. EQUIDAD. Los dispositivos sanitarios deben estar distribuidos según las necesidades de la población, y aunque todos los núcleos de población no pueden disponer de todos los recursos, sí deben existir los básicos para que no se produzcan situaciones discriminatorias.

4°. AUTONOMÍA Y NORMALIZACIÓN. La autonomía y la normalización favorecen la capacidad de decisión del paciente (se convierte en una parte integrante del proceso). La normalización equipara la enfermedad mental con otras patologías, con lo que disminuye la marginación y el estigma.

5°. PARTICIPACIÓN. El paciente y su familia (cuidadores) entran a formar parte del proceso terapéutico (parte implicada).

6°. RESPONSABILIDAD. Entran en juego los cauces y las normativas judiciales y sociales, al tiempo que la gestión se hace más transparente.

7°. COMPENSIBILIDAD. Entran en juego los componentes básicos de la salud.

8°. EFECTIVIDAD. La efectividad de la asistencia se demuestra de forma rutinaria, con lo que se puede analizar los resultados obtenidos, potenciando o modificando las intervenciones en función de dichos resultados.

Para poder poner en marcha esta forma de asistencia comunitaria, se requería la creación de dos tipos de recursos, por una parte crear un marco jurídico que permitiera tratar al paciente en su domicilio y por otra la creación de dispositivos comunitarios que lo hicieran posible.

El marco jurídico se plasmó en dos leyes generales y una serie de decretos:

- Ley 13/83, 24 Octubre.- Reforma del Código civil en materia de tutela
- Ley 14/86, 25 Abril.- General de Sanidad

Los dispositivos comunitarios necesarios serían los siguientes:

- Salas de agudos en hospitales generales
- Unidad de Salud Mental Comunitaria
- Hospital de día
- Pisos y trabajos tutelados
- Clínica depot
- Hospitalización psiquiátrica domiciliaria

En los años 70 el concepto de cuidados se identifica totalmente con la enfermería; Colliere define como cuidados a las “acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de curación y rehabilitación cuando la persona está enferma”. Desde esta perspectiva, podemos entender el proceso de cuidados como “el desarrollo de las acciones encaminadas a atender y asistir al paciente en su proceso de curación y rehabilitación, promocionar la salud y prevenir la enfermedad”.

El desarrollo en el campo teórico de la enfermería general y la psiquiátrica en particular se ha enriquecido desde el siglo XIX desde dos vertientes, por una parte con las aportaciones en el campo teórico de diferentes enfermeras y por otra la entrada de la enfermería en la universidad, lo que favorece el desarrollo de la investigación en el campo de los cuidados. Entre las enfermeras que más aportaron modelos en el campo de los cuidados, cabría destacar:

- Dorothea Lynde Dix.- con la aplicación del llamado tratamiento moral, aislamiento de la familia y de la sociedad, disminución de los métodos represivos, trabajo terapéutico, etc.
- Linda Richards.- con la importancia de las relaciones terapéuticas

- Hildegard Elizabeth Peplau- .con su modelo de las relaciones interpersonales y con las etapas que tomaban las mismas: Orientación, Identificación, Explotación y Resolución.
- Virginia Henderson.- con el modelo de necesidad y la relación de dependencia e independencia del paciente.

La entrada de la enfermería en la universidad favoreció en gran medida la divulgación del conocimiento y las experiencias profesionales que se llevaban en diferentes lugares y además la generalización de un lenguaje propio de los cuidados, como los diagnósticos enfermeros, las intervenciones y los objetivos de salud, desarrollado por sociedades de enfermeras estadounidenses conocidos como Taxonomía II de NANDA, NIC y NOC. Este lenguaje en el campo de los cuidados se ha visto reforzado con la informatización de las historias clínicas donde es utilizado.

Cabe destacar que existe una gran disparidad entre los recursos asistenciales entre las comunidades autónomas e incluso dentro de cada comunidad entre provincias o áreas sanitarias. Además, dispositivos que eran imprescindibles para el funcionamiento de la asistencia psiquiátrica comunitaria nunca se crearon o fueron insuficientes<sup>108</sup> (trabajo tutelado, vivienda tutelada).

### **3.9.1. La Reforma Psiquiátrica en Andalucía**

La inclusión en la Ley General de Sanidad<sup>110</sup> (LGS) de los principios que iban a guiar la reforma psiquiátrica en España señaló la demanda social existente ante la desastrosa situación de la atención a la salud mental y la presencia pública de un colectivo profesional que venía luchando desde los años setenta por otra psiquiatría y otra sanidad en un país democrático. La LGS cerró en 1986 un duro debate iniciado en la época de la transición, apostando por un Sistema Nacional de Salud que garantizara una prestación universal, equitativa y descentralizada, de financiación pública, frente al modelo liberal defendido por los grupos conservadores. En salud mental, la LGS diseñó en su artículo 20 las líneas maestras de la transformación de la asistencia psiquiátrica en base a un modelo comunitario y desinstitucionalizador y su total integración en la sanidad general. Con esta norma España asumió los principios que venían rigiendo los procesos de cambio en la asistencia psiquiátrica iniciados tras la II Guerra Mundial en países democráticos desarrollados (Reino Unido, EEUU, Canadá, Italia...), donde se estaban promoviendo reformas legales y asistenciales para garantizar una mejor atención y un mayor respeto de los derechos ciudadanos y humanos de los pacientes mentales.



Reformas que surgieron en el clima de gran sensibilidad social y crecimiento económico de la posguerra mundial cuando, teniendo como horizonte el Estado de Bienestar, se promovió la creación de servicios nacionales de salud, el desarrollo de la atención primaria y la nueva salud pública.

Varias décadas después se inició en España la Reforma Psiquiátrica en el contexto de la reconstrucción democrática de la sociedad, acelerada tras el triunfo de la izquierda en las elecciones de 1982. Fue una gran ventaja para un proceso que exigía la complicidad social.

Así, por una parte, se configura un nuevo contexto asistencial con el inicio de la reforma psiquiátrica, al aprobarse, en junio de 1984 y por decisión unánime del Parlamento Andaluz, la Ley de creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) como organismo transitorio para la gestión inicial del proceso.

En el año 86 se crea el Servicio Andaluz de Salud (SAS) como estructura única de gestión y con posterioridad el IASAM desaparece, integrándose dentro del SAS donde queda como Programas de Salud Mental.

Unos pocos principios, en buena parte contemplados en la LGS, caracterizaron los procesos que se iban a poner en marcha en las diferentes Comunidades Autónomas. En primer lugar, se buscó romper la marginación de la asistencia al enfermo mental, integrando todos los servicios de salud mental en el sistema sanitario general como atención especializada, en conexión con la atención primaria (puerta de entrada del sistema) y coordinada con los servicios locales de atención social. La organización de la sanidad en áreas sanitarias va a permitir desarrollar servicios de salud mental en cada área, incorporando en una sola red los recursos hasta entonces dispersos en las distintas administraciones con competencias en salud mental (estatal, provincial, municipal). Integración y acercamiento a la población que permitía el trabajo comunitario. Los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de salud mental, lo que supuso algo más que un cambio de nombre. La nueva organización priorizó la toma a cargo del paciente por los equipos ambulatorios y el desarrollo de unidades y programas de hospitalización parcial, atención ambulatoria, atención domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la larga estancia manicomial (pisos supervisados, minirresidencias, residencias de salud mental). Se crearon unidades en el

hospital general y se procuró la disminución de camas y el progresivo cierre de los hospitales psiquiátricos.

Pero el desarrollo de la reforma fue tremendamente desigual debido a las características del Estado de las Autonomías y a las propias del subsistema de salud mental y, sobre todo, a la ambivalencia del gobierno central y de los autonómicos. Desigualdad acusada sobre todo en los recursos que exigen un mayor soporte sociosanitario, como fue la atención a la cronicidad y, en general, los programas comunitarios.

Hubo comunidades autónomas más avanzadas: Asturias, Andalucía, Madrid, Navarra, donde gracias al apoyo de las administraciones se produjeron rápidos cambios en la estructura de la asistencia a la salud mental: separación de la especialidad de Neuropsiquiatría en Neurología y Psiquiatría, integración o coordinación de los recursos de salud mental, políticas activas de desinstitutionalización (superación de los hospitales psiquiátricos) y creación de recursos y programas asistenciales en la comunidad (seguimiento, rehabilitación, crisis, unidades de hospitalización breve en los hospitales generales, centros de salud mental, hospitales de día, coordinación con atención primaria...) instauración de registros epidemiológicos de casos psiquiátricos..., pero, como señaló el Defensor del Pueblo en su Informe<sup>111</sup> de 1991, en otras comunidades el ritmo es mucho más lento, y el hospital psiquiátrico seguía siendo "el eje de la asistencia psiquiátrica y el principal dispositivo en materia de salud mental en algunos territorios, sin que se haya variado sustancialmente su estructura tradicional (por ejemplo Baleares, Cantabria, Canarias, Extremadura y Cataluña), si bien esta última simultanea el paulatino desarrollo de programas comunitarios con hospitales psiquiátricos sin transformar". Diversidad que no sólo se mantiene entre Comunidades sino hasta dentro de ellas, como ha sucedido en Madrid, entre la zona sur y el resto del territorio.

Esta desigualdad además, se ha visto acompañada por la ausencia de un sistema de información único y eficiente que pueda evaluar y contrastar el desarrollo del modelo. La existencia de indicadores propios de la salud mental a nivel del Estado hubiera permitido homogenizar la reforma. Por otra parte, su ausencia ha dejado inerme, en algunas Comunidades, a la salud mental a la hora de su integración en la sanidad general.

Tras casi tres décadas después de la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), el camino recorrido ha sido arduo y complejo y, como todos los procesos de grandes transformaciones, con sus luces y sus sombras. Puede decirse que después de la desaparición del IASAM, como corresponde después de una época llena de compromiso y entusiasmo, vino el desencanto. La no consecución, a corto plazo, de los resultados deseados puede que sea una de las causas del mismo, pero también la aparición de situaciones nuevas con problemáticas difíciles de resolver. Al fin y al cabo, lo que puso de manifiesto la reforma de los primeros años eran las grandes carencias que tenía la atención a la salud mental. Pero a medida que fueron creándose recursos, no siempre al ritmo deseado, y fueron incorporándose nuevos profesionales que comenzaron a conformar redes cada vez más complejas, el ajuste y adaptación de todo el proceso requería tiempo. La década de los noventa fue la del desencanto y la primera de este siglo la revitalización de los procesos de transformación. Sin embargo hay que decir que no todo fue desencanto en los noventa, ni todo es progreso en la última década.

Entre los logros que han constituido un elemento indispensable para la implantación de una nueva gestión clínica en salud mental, y que han convertido la reforma sanitaria española en modelo internacional, está el desarrollo de la atención primaria, su calidad y concepción integradora de los distintos niveles de la asistencia. Por ello mismo, constituyen una amenaza los signos que nos avisan de su progresivo deterioro por falta de medios, de tiempo, de presupuesto.

He pretendido ofrecer un análisis histórico algo más riguroso, más allá de los reduccionismos y esquematismos.

#### *Etapa post-IASAM: 1991-2000*

Se ha identificado siempre esta etapa como de recesión general de todo el proceso de reforma. Y aunque esto ha sido así, en términos generales, también ocurrieron eventos importantes para la culminación del proceso de reforma, para el desarrollo de los servicios sanitarios y para la integración de los servicios administrativos del IASAM en los servicios centrales del SAS. Concretamente esta integración ha necesitado toda una década para comenzar a comprender el proceso complejo que significaba. Pero, a pesar de ello, en esta década que analizamos, tuvo lugar el cierre efectivo de los manicomios, prueba evidente de que, a pesar de la parálisis señalada, el proceso se había hecho irreversible. En esa misma línea tiene lugar la puesta en marcha de las primeras

comunidades terapéuticas, aunque hay que decir que se implantan de forma mínima este tipo de dispositivos.

*El cierre de la red de manicomios. El proceso de desmantelamiento. Desaparición de los Hospitales Psiquiátricos*

El proceso de desmantelamiento - que tuvo una duración de 15 años, entre 1985 y 2000 - se inició ya desde el IASAM en una primera fase mediante el estricto control de los nuevos ingresos o reingresos de media y larga estancia y la búsqueda individualizada de otras alternativas. Paralelamente se realizó la división de los residentes de los ocho hospitales psiquiátricos en poblaciones diferenciadas: ancianos, casos estrictamente sociales, personas diagnosticadas de retraso mental, pacientes con sintomatología residual y pacientes con psicopatología activa, buscándose soluciones grupales o individuales (familias, o instituciones adecuadas, como las destinadas a deficientes, ancianos, etc.). De otro lado las comunidades terapéuticas que fueron poniéndose en marcha constituyeron el destino de la mayoría de los casos de pacientes con escasas o nulas habilidades psicosociales y/o psicopatología activa.

En esta línea, el Parlamento de Andalucía produce la creación de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), organismo encargado de establecer los servicios sociales específicos que los pacientes, con trastorno mental grave, requieren como complemento a los recursos sanitarios para vivir en la comunidad. La puesta en marcha de FAISEM, a pesar de su escasez de recursos y de presupuestos al principio de su andadura, marcó un hito importante en el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica, aportando un apoyo imprescindible en el tratamiento, en el pronóstico y en la calidad de vida de los ciudadanos que padecen un Trastorno Mental Grave y de sus familiares.

*La disolución de los órganos directivos de la Salud Mental en el SAS*

La década de los ochenta estuvo, con sus dificultades y problemas, llena de luces. Sin embargo, no ocurre igual en la de los años noventa, deteniéndose el ritmo que la reforma había tenido en la década anterior. Los fondos económicos dedicados a la puesta en marcha de nuevos servicios sanitarios o en la mejora de los que ya estaban creados fueron prácticamente inexistentes, si exceptuamos la apertura de 7 comunidades terapéuticas en toda la década. Desde el SAS se cuestionaron los servicios de salud

mental y las estructuras organizativas del IASAM fueron diluidas en los servicios centrales del SAS, quedando como servicio específico, uno denominado “Oficina de Salud Mental”, servicio inédito hasta entonces con un nivel jerárquico muy bajo en los órganos de Dirección del SAS. Esta dilución constituye un dato significativo en la actitud de la Administración Sanitaria Andaluza hacia el sistema de salud mental y de su concepción de la asistencia comunitaria.

A juicio de muchos profesionales, esta situación sobrevino a consecuencia de la complejidad que supuso el fenómeno de la integración de las estructuras de Salud Mental en el Sistema Sanitario General.

*Las dificultades para la integración de lo mental en lo sanitario.*

La hegemonía de la asistencia hospitalaria en ese momento y nuestro sistema de enfoque comunitario y de organización mixta -al depender tanto de atención especializada (hospitales) como de AP - hacía que los profesionales del SAS fuesen mal entendidos y por tanto rechazados. A estas alturas todavía no se ha resuelto el problema de esta doble dependencia en ninguno de los niveles de la organización.

Visto el fenómeno desde otra perspectiva, pudiéramos decir que el sistema sanitario general ha estado (está) preparado para dolencias de etiología biológica conocida y de evolución aguda. Es evidente que lo mental requiere de un enfoque holístico que implica unos servicios de atención bio-psico-social y, además, de un soporte de larga duración, que es precisamente lo opuesto a la ordenación sanitaria tradicional.

*Las dificultades para pasar de ser marginal, a ser un servicio sanitario normalizado.*

Desde el punto de vista de los profesionales, es preciso reconocer que existía un gran desconocimiento de las estructuras y del estilo de funcionamiento del Servicio Andaluz de Salud. Los profesionales de atención a la salud mental habían pasado de ser absolutamente marginales, reclusos principalmente en los hospitales psiquiátricos, a tener un estatus menos marginal, pero también diferente al resto del sistema sanitario mientras duró el IASAM. Puede decirse que los profesionales no pudieron asumir la enorme demanda que supuso la confluencia, en la red sanitaria general, de la atención a los trastornos graves con aquellos otros que la cobertura asistencial universal traía consigo: depresiones leves, trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, etc.

Muchos cambios de estilo diferentes para poder asimilarlos todos de una manera eficaz. Así, se produjo un movimiento de repliegue hacia los nuevos dispositivos, desapareciendo la participación que había existido hasta entonces en el proceso de reforma. Esto también trajo consigo la desilusión y el escepticismo de muchos profesionales, que vieron cómo el modelo inicial con el que habían estado comprometidos se modificaba sustancialmente, por falta de recursos, ausencia de apoyo institucional e inexistencia de un movimiento organizado de profesionales suficientemente fuerte para que se pudiera continuar desarrollando el modelo comunitario. Las iniciativas en éste sentido, fueron escasas, minoritarias e ineficaces.

Mientras que las dificultades expresadas en el apartado anterior no se despejaban, la actividad asistencial continuaba afrontando un incremento de la demanda. Estudios de finales de la década<sup>112</sup> muestran la importancia epidemiológica de los trastornos mentales en su conjunto.

En efecto, se cerraron los Hospitales Psiquiátricos, como hemos dicho, pero una vez externalizada la población geriátrica, de deficientes, trastornos orgánicos y menos de psicosis residuales – lo que ocurrió en la primera mitad de los años noventa<sup>113</sup> - quedaba una población más difícil de deshospitalizar, atender en la comunidad y de hacerla menos dependiente mediante su reinserción en la sociedad. Pues bien, la mayoría de los pacientes que quedaban en los hospitales psiquiátricos fueron trasladados a las comunidades terapéuticas, lo que teniendo en cuenta sus dotaciones y, por otra parte, la escasa implantación de los recursos sociales que después aporta FAISEM, provocó cierto estancamiento y confusión entre los espacios estrictamente sanitarios y los sociales.

#### *Etapa de la salud mental reformada: 2001-2011*

En el año 2000 se cierra el último hospital psiquiátrico de Andalucía que permanecía abierto, Miraflores en Sevilla. Pero por otro lado, a pesar de la puesta en marcha de recursos destinados fundamentalmente a los trastornos mentales graves (comunidades terapéuticas y FAISEM), se constata una insuficiencia de recursos.

Esta situación da lugar a momentos de cierto nivel de conflicto con varios protagonistas: las asociaciones de familiares, generalmente integradas por personas afectadas por problemas derivados de la convivencia con personas que padecen un Trastorno Mental

Grave, o Trastornos de la Conducta Alimentaria, la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (Asociación de Profesionales de Salud Mental) y la propia Administración Sanitaria.

Por una parte, las asociaciones de familiares sostienen que existe una falta de recursos para la atención a los trastornos mentales graves (rehabilitación y medias y largas estancias), infraestructuras deficientes en las unidades de hospitalización de los hospitales generales o escasa atención domiciliaria y atención y apoyo a familiares. En otro orden, demandas de recursos específicos para el fenómeno emergente de los trastornos alimentarios.

Por otra parte están los profesionales de salud mental que, estando de acuerdo en muchas cosas con las asociaciones de familiares, ponen el énfasis en los déficit que atañen a la organización y dimensionamiento de los servicios, a lo relacionado con la calidad asistencial y en los cambios cuantitativos y cualitativos habidos en la demanda.

La administración sanitaria, desde el marco del Plan de Calidad elaborado por la Consejería de Salud, realizó un esfuerzo para comprender estas demandas, reflexionando sobre ellas, y estableciendo unos cauces de diálogo con los agentes citados. Sin embargo, al disponer de escasos indicadores sobre los que evaluar el rendimiento de los recursos, y menos aún los resultados, tiene dificultades para realizar una planificación acertada.

En este escenario se inicia una nueva etapa: *Salud Mental Reformada*. No existió una clausura oficial del proceso de reforma, pero podemos considerar que este proceso debe darse por terminado por dos razones fundamentalmente:

1 - Los objetivos que definió el IASAM para la reforma se han cumplido: el cierre de los hospitales psiquiátricos, la creación de una red de servicios alternativos y un modelo asistencial basado en los presupuestos de la Psiquiatría Comunitaria.

2 - Existe una nueva etapa derivada, fundamentalmente, de las nuevas necesidades de atención emergidas a lo largo de estos años y, por otra parte, de las nuevas orientaciones en la gestión de los servicios sanitarios públicos existentes en la actualidad.

En relación con la mejora de los procedimientos también es de destacar la gestión sanitaria a través de los procesos asistenciales integrados, que tratan de evitar la

variabilidad de la práctica clínica. En nuestro entorno se definieron e implantaron en estos años tres procesos asistenciales:

- *Proceso Ansiedad, Depresión y Somatizaciones* (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2002).

- *Proceso Trastorno Mental Grave* (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2006).

- *Proceso Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2004). Dirigido así mismo a garantizar una continuidad terapéutica de los sujetos con estos trastornos desde la Atención Primaria hasta las necesidades de tratamiento especializado que requieran: Salud Mental, Medicina Interna, Endocrino, etc.

### ***Perspectiva actual de la salud mental en Andalucía***

A pesar de los desacuerdos, conflictos y dudas de los diferentes agentes e instituciones que han intervenido, ha habido un hilo conductor de las transformaciones a las que hemos asistido en estos años: la recuperación de la dignidad de las personas con trastornos mentales y la modernización de los medios a emplear en su atención.

Todas las transformaciones señaladas, han dado solución a problemas de la asistencia en salud mental en Andalucía, pero, no solo han surgido otros nuevos, sino que algunos de “los de siempre” quedan por resolver. Parte de estos problemas son de orden interno y se refieren al modo en el que se ha llevado a cabo la reforma o cómo se ha orientado la reflexión sobre ella<sup>14</sup>, haciendo más hincapié en la creación de nuevos dispositivos de atención, que en la reflexión y el análisis, en la calidad de las actuaciones o en la disminución de la variabilidad.

Una de las claves que nos hace situarnos en otra etapa totalmente distinta es la transformación de la demanda en los últimos años. Socialmente se ha pasado de la “negación- ocultación” de los problemas de salud mental a la psicologización de cada dificultad de la vida cotidiana. Estos problemas de la vida cotidiana, al llegar a los servicios especializados restan recursos a aquellos trastornos que sí los requieren, dado que suponen un incremento muy importante de la demanda, tanto en Salud Mental como en Atención Primaria.



Otra característica en la transformación de la demanda es la emergencia de otros problemas de salud mental que con antelación y como consecuencia de la falta de servicios estaban ocultos. En esta categoría se encuentran los problemas de la infancia y adolescencia y la población geriátrica. A estos problemas hay que añadir los que empiezan a surgir como los relacionados con la población inmigrante. Son los nuevos retos a los que hay que hacer frente de forma inmediata.

Otro reto importante, aunque no nuevo, es el de la formación de los profesionales. Los nuevos retos asistenciales de los que hemos hablado y las nuevas formas de gestión sanitaria la requieren. En este sentido es necesario un esfuerzo importante entre todos: la Administración Sanitaria y las Asociaciones Científicas. La actualización de conocimientos de los profesionales de la salud mental y de la atención primaria, entre otros, es imprescindible si queremos una atención de calidad que dé respuesta a las necesidades de los pacientes.

Con todo, las grandes debilidades de la reforma no están en la insuficiencia o precariedad de algunos recursos ni en la ausencia de una coordinación interterritorial más eficaz. La mayor debilidad se encuentra en las dificultades que el modelo propuesto ha tenido para ser integrado en la conciencia colectiva, tanto en la consideración de la sociedad civil y de sus agentes (asociaciones ciudadanas, partidos, sindicatos) como en la de los colectivos profesionales, así como en el precario desarrollo de aspectos centrales de la propia LGS. Entre otros, la no creación del Plan Integrado de Salud (que debería haber sido aprobado por el Parlamento de la Nación y ser referencia para todas las actividades del Sistema Nacional de Salud); o la no constitución de las Gerencias y los Consejos de Salud de Área, así como la ausencia casi total de participación social. Incumplimientos que se explican por la falta de determinación política en los sucesivos gobiernos de la nación para que la sanidad tenga la preferencia que le corresponde en cuanto bien social y como sector estratégico en el desarrollo económico. Y aquí juega un papel determinante el progresivo predominio mundial de la política neoconservadora, como señalábamos al principio, así como los cambios en la demanda, la medicalización y psicologización de una sociedad que ha convertido en una mercancía más la prestación sanitaria y en una responsabilidad individual estar enfermo. Pero, y esto no se puede obviar desde el sector sanitario, también han influido las insuficiencias técnicas, las dificultades en el propio mundo profesional "comunitario", cuya práctica muchas veces no ha diferido, más allá del discurso, de la práctica tradicional a la que se

pretendía desplazar. Es verdad que la urgencia por modificar la desastrosa situación asistencial estableció las prioridades en la dirección de la reforma, entre otras la escasa importancia que se le dio a la Universidad, lo que facilitó que no se implicara, o se implicara mínimamente, en el proceso de cambios. Y esta falta de visión estratégica nos explica algunos de los graves problemas que nos encontramos ahora en la formación de pregrado, en el currículum de los profesionales de la salud mental y en el predominio en el mundo académico de tendencias opuestas a los principios de la reforma. A todo esto se une la incapacidad de gobiernos autonómicos y de la administración central para establecer un marco laboral que potencie el desarrollo del modelo propuesto por la LGS. En muchas ocasiones y regiones, la reforma se hizo sin cambios normativos que avalaran las nuevas formas de trabajo (la actividad en el territorio, la nueva articulación de los servicios), sin disposiciones que legitimaran la atención comunitaria, más allá del amparo del artículo 20 de La Ley General de Sanidad (al fin y al cabo unos principios interpretables<sup>115-117</sup>).

### **3. 10. Atención a los TCA**

Como ya hemos visto, los TCA son un modelo de enfermedad característico, donde están implicados los aspectos sociales y culturales, el reflejo de un estilo de vida, y todo ello afectando a los procesos fisiológicos y al funcionamiento mental, en un proceso que tiende a cronificarse y que para su tratamiento se debe involucrar el entorno social. Las dificultades de comprensión y la gravedad de estos trastornos, han provocado desde un principio una gran alarma social, tanto por el aumento progresivo de la incidencia, que ha puesto de manifiesto la carencia de dispositivos eficaces para el tratamiento, como por la dificultad y la complejidad de los tratamientos y la, hoy por hoy, insatisfactoria tasa de buenos resultados.

Los TCA no han sido, por lo menos hasta el momento, una patología que haya recibido una buena atención de las estructuras sanitarias. Ni los gestores de la sanidad ni los profesionales responsables directos de la asistencia se han mostrado receptivos a la cada vez mayor incidencia de la anorexia y la bulimia nerviosas. Es cierto que hay una falta de recursos asistenciales en salud mental, pero los TCA, que participan de las penurias presupuestarias de los trastornos mentales, son en muchas ocasiones excluidos de esta red asistencial. Los pacientes no reciben en una mayoría de los casos los tratamientos recomendados por las guías de buena praxis.

Son patologías multideterminadas, con severas complicaciones físicas, un muy importante sufrimiento psíquico y severas alteraciones conductuales. Para su tratamiento correcto se requieren equipos multidisciplinares: psiquiatras, psicólogos, endocrinos, nutricionistas, y especialmente enfermeras, que trabajen en espacios específicos, o por lo menos, con programas específicos.

Ya he comentado que las actuaciones en los TCA pueden ser desde la Atención Primaria y desde la Atención Especializada. Dentro del segundo grupo, se encuentra la hospitalización parcial, que es un término medio entre el tratamiento ambulatorio y la hospitalización completa y que permite mantener un nexo de unión entre los pacientes y el entorno.

Los hospitales de día (en adelante HD) están recogidos en la Ley General de Sanidad, siendo los últimos dispositivos estrictamente sanitarios que se incorporan a la red de recursos que configuran la asistencia en Salud Mental.

En los últimos años se han abierto numerosos HD, pero no hay aún consenso sobre qué es un hospital de día, y se agrupan con el mismo nombre dispositivos muy diferentes, tanto por el tipo de actividades que en ellos se realizan como por la población a la que se dirigen, los recursos humanos con los que cuentan y los resultados que obtienen.

Existe una definición de consenso de HD: Recurso de atención continuada, de tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad. Caracterizado por el tratamiento por el medio, definido como la utilización del tiempo y el espacio de manera terapéutica, mediante la integración de distintas actividades terapéuticas, trabajo en equipo interdisciplinar, con diferentes recursos, con el objetivo de llevar a los pacientes de la heteronomía a la autonomía.

En el estado español, en los últimos años los HD han pasado de ser recursos excepcionales a extenderse por todas las CCAA, siendo reconocidos en la planificación de las áreas sanitarias como dispositivos necesarios, lo que se refleja en su progresiva inclusión en los planes de salud mental.

Hasta el momento los HD en España son abiertos a distintos trastornos mentales, con la excepción de los TCA que con relativa frecuencia se están llevando en HD específicos para ellos.

La hospitalización parcial en HD está indicada en los siguientes casos:

- Cuando es insuficiente el tratamiento ambulatorio.
- Como prevención de un posible ingreso en régimen de hospitalización total.
- Posteriormente al alta de un programa de hospitalización total.
- En entornos familiares con conflictos.

### **3.11. Hospitales de día para los TCA**

El primer HD para pacientes psiquiátricos fue fundado en 1937 por Dzhagarov<sup>118</sup> y hasta 1989 no aparecen las primeras descripciones de HD para TCA por Piran<sup>119</sup> y el equipo de Toronto.

Generalmente los HD están incluidos en unidades propias y específicas de tratamiento de los TCA o en Servicios Psiquiátricos con hospitalización completa. Cuentan con dispositivos comunes y programas propios con unos objetivos comunes<sup>120</sup>.

Hay que considerar que del 30 al 50% de los pacientes ingresados en hospitalización completa podría derivarse a HD con la consiguiente reducción de costes<sup>121</sup>.

Al mismo tiempo, la prolongación en el HD de los mismos programas terapéuticos que en hospitalización completa permite huir de la dicotomía “paciente ingresado”, “paciente ambulatorio”, para crear un continuum entre la hospitalización, el HD y el tratamiento ambulatorio<sup>118</sup>.

Podemos definir el HD para los TCA como un servicio ambulatorio apoyado en un dispositivo hospitalario, dentro de un ambiente terapéutico estable, que provee de tratamientos continuados, más intensivos y estructurados que el ambulatorio normal, donde se aplican especialmente programas de control y normalización biológica, recuperación ponderal y monitorización de la dieta, así como programas estructurados de intervención psicoterápica. A lo largo del día se conforma un programa de intervenciones psicológicas, de recomendaciones conductuales, de controles y monitorizaciones que hacen que este programa sea más intensivo y eficaz que las simples consultas externas.

Ventajas de los HD:

En los últimos años los HD se han manifestado como la mejor alternativa a las hospitalizaciones completas. Liberan camas hospitalarias y se adecuan mejor a la dinámica de la enfermedad. El tratamiento ambulatorio se libera de la presión de pacientes que no mejoran en ese marco y que sin grandes dificultades pueden pasar al HD, mejorando así de forma muy sensible el pronóstico.

El HD puede y debe ser el eje que coordina todos los esfuerzos asistenciales con una mayor eficacia. Se concentra en él una gran capacidad asistencial, al poder integrar diferentes modelos de intervención.

El HD permite una mejor y mayor disponibilidad de los recursos, ya que todos los miembros participan y trabajan en las mismas patologías con una multiplicidad de metas, tales como la información, el tratamiento, la prevención y la investigación. Otro aspecto no de menor importancia, está en las ventajas financieras, la reducción de costes. En el HD se puede tratar a un mayor número de pacientes que en hospitalización completa, pudiendo reducir de forma notable el número de ingresos completos. Se reducen los gastos, se liberan camas hospitalarias y se aumenta el número de pacientes tratados. Los programas de HD son la solución para reducir los costes, ya que suponen entre el 20 y el 30% de lo que cuesta la hospitalización completa.

Al mismo tiempo, no se pierde la relación del paciente con su entorno: familia, amigos, estudios. Aunque pase la mayor parte del día en el HD, el hecho de volver cada día a su domicilio y disponer del fin de semana libre, le permite no romper con su vida habitual. La familia en el tratamiento de HD participa en mayor medida de las medidas terapéuticas fundamentando así el compromiso y la colaboración en el tratamiento.

Pero no todo han de ser ventajas, también hay que señalar algunos inconvenientes. La libertad de que goza el paciente puede interferir el proceso terapéutico, hay menor control, más posibilidades de que el paciente flaquee. La motivación, especialmente en los primeros días del tratamiento, es más necesaria en HD que en hospitalización completa, requiere más colaboración y responsabilidad por parte del paciente y de su entorno, y a la vez es mayor el riesgo de abandono. Por estos motivos, la derivación de un paciente a HD debe ser muy bien estudiada, siguiendo unos criterios fundamentados y establecer, en la medida de lo posible, una especie de pacto o acuerdo entre los profesionales y el propio paciente, de forma que podamos conseguir la máxima

participación de éste durante el tratamiento, en el que sin duda alguna, pasará por momentos muy duros y difíciles.

### Objetivos del HD

Antes de plantearnos las funciones del HD para los TCA, convendría marcar los objetivos generales de tratamiento a los que deben adecuarse los dispositivos asistenciales. En el caso de la AN serían:

- Normalización biológica. Es el primer objetivo del tratamiento, se deben corregir las desviaciones provocadas por la malnutrición y las conductas de purga, especialmente las alteraciones neuroendocrinas, cardiocirculatorias, electrolíticas y digestivas.
- Recuperación ponderal. Al mismo tiempo que se normalizan las constantes biológicas, se procurará la recuperación ponderal. Este es un objetivo fundamental y condición “sine quanon” para llevar a buen término el tratamiento.
- Reestructuración cognitiva. Los programas psicoterápicos tienen como primer objetivo la reestructuración y normalización de los pensamientos alterados relativos a la dieta, la figura o el peso.
- Restauración de las relaciones familiares. Otro objetivo fundamental es la reorganización de la dinámica familiar, eliminando tanto los conflictos que indujeron la enfermedad como aquellos que la propia enfermedad genera en la familia.
- Colaboración familiar. Se debe buscar la colaboración de la familia y transformarla en un eficaz instrumento de co-terapia.
- Reestructuración y adecuación de las relaciones interpersonales. La paciente, a través del tratamiento, deberá iniciar un proceso de maduración que la enfermedad ha podido detener o en todo caso, reestructurar sus relaciones interpersonales que la enfermedad ha deteriorado.

Para la BN los objetivos son:

- Normalización biológica. La recuperación física con estabilización del peso, rehidratación, corrección de algunas anomalías físicas y especialmente la normalización electrolítica, alterada por los vómitos y laxantes, el reflujo gastroesofágico,

consecuencia de los esfuerzos para vomitar, la erosión de la mucosa digestiva, la dilatación gástrica y la inflamación parotídea.

- Restablecer las pautas nutricionales normales. La paciente con bulimia suele presentar una dieta anárquica, con períodos de restricción alimentaria seguida de otros con atracones y purgas. El primer objetivo es pues, establecer una dieta normal y una secuencia de alimentación normalizada.

- Tratar la comorbilidad asociada: abuso de fármacos y sustancias, depresión, trastornos del control de los impulsos y alteraciones de conducta asociadas a los trastornos de personalidad.

- Normalización del estado mental, regulando el estado de ánimo, corrigiendo el estilo cognitivo y reestructurando pensamientos y emociones vinculadas a la figura y a la dieta.

- Posteriormente habría que restablecer unas relaciones familiares más adecuadas, con mayor participación, mejor comunicación, con pautas normalizadas, huyendo de los sentimientos de fracaso.

- Por último, corregir las pautas de interacción social alterada, aceptando el trastorno, afrontando los fracasos, aceptando la responsabilidad, venciendo los sentimientos de impotencia y huyendo de los marcos sociales degradados.

En cuanto a las funciones o criterios de inclusión para el tratamiento en HD, podemos destacar:

1. Recuperación del peso. Para pérdidas ponderales superiores al 20% sin complicaciones físicas severas. El HD es un entorno idóneo para buscar una rápida y efectiva recuperación ponderal. Al monitorizar las comidas, no sólo se garantiza la recuperación, sino que se interviene psicológica y conductualmente en el justo momento de la comida, revirtiendo así cogniciones erróneas, además de autolimitar los mecanismos fóbicos y controlar las conductas evitativas de la alimentación.
2. Pérdidas de peso no inferiores al 20% con complicación física no severa. En algunos casos la indicación de HD no está ligada a una importante pérdida ponderal, lo está por asociarse a una complicación médica o comorbilidad,

siendo estas situaciones médicas de medio-bajo riesgo. Es el caso habitual de la diabetes asociada a los TCA. La necesidad de establecer una dieta regular, su control y seguimiento, aconsejan el tratamiento en HD, aunque la paciente tenga un peso con pérdidas inferiores al 20%. Igual ocurre con las complicaciones hematológicas: ferropenias, pancitopenias, etc. o con las digestivas: estreñimiento, malabsorción, etc. electrolíticas o endocrinas. En muchos de estos casos el HD cumple un papel preventivo. La rápida o por lo menos más rápida recuperación de la paciente que en consulta ambulatoria, previene de complicaciones físicas más severas.

3. Riesgo medio-bajo de suicidabilidad. Los pacientes con TCA presentan unos estados afectivos alterados. Algunas de ellas tienen una alta impulsividad. En el HD se pueden controlar situaciones de riesgo medio-bajo de autoagresiones y suicidabilidad. En estos casos hay que ser muy prudentes y, ante la más mínima sospecha de que el riesgo es mediano o alto, es aconsejable la hospitalización completa.
4. Control del riesgo de las conductas de purga de intensidad y gravedad media. El HD puede revertir o reducir aquellas conductas de polifagia y purga que supongan un riesgo medio a las pacientes. El hecho de estar en el HD muchas horas y especialmente a las horas de las comidas, evita la mayor parte de estas conductas, ya que la comida está controlada. Uno de los objetivos del HD es cuantificar el dintel a partir del cual se dan las conductas de atracón y purga, así como los periodos de dieta restrictiva, lo cual es difícil y sin duda, los casos deben ser estudiados individualmente.
5. Fracaso del tratamiento en el ámbito ambulatorio. Sin ninguna duda, al tratarse de un peldaño superior de intervención, cuando la paciente ha fracasado en el tratamiento ambulatorio está indicado el ingreso en HD, siempre y cuando se haya evaluado el caso, el tratamiento prescrito en el ambulatorio sea el correcto y el fracaso terapéutico sea atribuible únicamente a la severidad de los síntomas. Es cierto, sin embargo, que a los HD llegan pacientes que han fracasado en tratamiento ambulatorio, bien porque éste haya sido incompleto, ineficaz o inadecuado. En estos casos el HD suple carencias aunque no siempre es lo más correcto, ya que las pacientes al salir del HD y volver a las áreas ambulatorias,



encontrarán las mismas dificultades. De ahí que sean recomendables las Unidades Específicas de Tratamiento de los TCA con atención en las tres áreas: hospitalización, HD y consulta ambulatoria.

6. Atención a las crisis familiares. No es infrecuente que esta patología ponga en crisis la estabilidad familiar, pues la convivencia se hace difícil. La actitud de la paciente refractaria al tratamiento, la dificultad de los padres para poner en marcha las medidas de control recomendadas en el tratamiento ambulatorio o el fracaso de este tratamiento hacen que esté recomendado el HD y allí se normalice el estado físico y reciba tratamiento psicológico. Este alejamiento de un núcleo familiar conflictivo es positivo y permitirá además tratar a la familia, educándola, comprometiéndola en el tratamiento y haciendo de ellos eficaces co-terapeutas.

#### Criterios de exclusión para el tratamiento en HD:

Cuando hay riesgo físico severo y la paciente no responde al tratamiento psicológico está indicada la hospitalización completa. Este riesgo físico se puede resumir de la siguiente manera:

- Peso extremadamente bajo, inferior al 25-30% del que correspondería.
- Complicaciones de la malnutrición que requieran hospitalización en áreas médicas o quirúrgicas o en unidades de psiquiatría del hospital general a cargo de los diferentes servicios implicados.
- Psicopatología secundaria o asociada que requiera el tratamiento en unidades de psiquiatría. Especialmente los trastornos afectivos y los estados de perplejidad, inhibición, oposicionismo y negativismo que se pueden dar en la malnutrición severa. Es inusual pero en algunas (muy pocas) ocasiones, se puede presentar clínica psicótica asociada a los TCA. La muy severa emaciación y los desequilibrios electrolíticos pueden inducir la presencia de trastornos psicóticos orgánicos en pacientes con TCA.
- Tentativas de suicidio graves y alto riesgo de suicidabilidad. Algunas pacientes con anorexia pueden tener un alto riesgo de suicidabilidad como una forma de huida por el sufrimiento psicológico que supone el rechazo a subir de peso, la

presión del entorno para que se recupere y su propia ambivalencia entre lo que sabe que le conviene y las conductas restrictivas o purgativas a las que se ve impulsada. La asociación más que casual entre la BN y la depresión hace que las conductas autolíticas ocupen el primer lugar como causa de muerte en la BN. Es pues fundamental establecer pautas de prevención del suicidio, por lo que el HD no es el lugar adecuado cuando éstas son de medio o alto riesgo.

Muchas pacientes verbalizan amenazas suicidas o presentan conductas de riesgo en un claro intento de manipular la situación, su situación frente al tratamiento y la hospitalización, que con sus amenazas pretenden retrasar o evitar. Se deberá analizar cada caso intentando huir del chantaje o la manipulación. Un aspecto importante es la ayuda que se debe ofrecer en estos casos a la familia bloqueada ante los chantajes emocionales.

- Situación social o familiar que impida que la paciente se trate en el HD. Por ejemplo, si la crisis familiar es muy severa o ésta no aporta aspectos positivos al tratamiento, o si el pronóstico de la paciente puede empeorar por tener que volver cada día con la familia, el HD no es el adecuado. Tampoco lo será cuando la paciente carezca de hogar o éste no aporte un mínimo de control.
- Cuando la paciente resida lejos del HD, éste no será un buen instrumento terapéutico, dada la imposibilidad para trasladarse a él con comodidad y asiduidad. Cuando se decide cuál es la distancia mínima recomendable se debe calcular, no tanto esta distancia como el tiempo para trasladarse en función de los medios de transporte o las vías de comunicación disponibles. En ocasiones las familias se comprometen a llevar y traer a la paciente a pesar de las distancias, pero en demasiadas ocasiones la voluntad decae y se impone la distancia, fracasando así el tratamiento por una mala recomendación del HD.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio. Insistir en un modelo de tratamiento cuando éste ha fracasado repetidamente no es la solución. Se puede obtener lo contrario de lo que se pretende, cronificando el cuadro. Si el tratamiento ambulatorio ha sido planteado correctamente o si la paciente ha recibido un número de intervenciones adecuado pero no mejora, y el fracaso no es atribuible al programa o a su aplicación, estará recomendado el HD. Antes de tomar la decisión del ingreso en HD, se debe evaluar el caso y reconocer aquellos

aspectos de la patología que han hecho fracasar el tratamiento ambulatorio para ser los primeros en ser abordados en HD.

Cuando el paciente ha fracasado en los tres niveles de tratamiento repetidamente y en una misma unidad, es recomendable, de ser posible, cambiar de centro hospitalario o unidad de tratamiento de los TCA.

- Problemas con la dieta. En los HD las intervenciones suelen ser grupales así como las actividades de comedor. Es cada vez más frecuente que pacientes subsidiarias de tratamiento en HD aleguen la necesidad, por motivos médicos, religiosos o filosóficos, de una dieta especial. Los pacientes diabéticos, vegetarianos o musulmanes plantean situaciones difíciles de manejar en HD. En algunos casos el rechazo dietético no es más que una extensión de los síntomas anoréxicos, pero en otros, especialmente los religiosos, la fundamentación es previa a la enfermedad. Son casos que requieren un análisis por paciente, y tal vez no sea el HD el marco adecuado para una paciente que haga dietas diferentes y que precise intervenciones individuales, radicalmente diferentes a lo que se expone en grupo. La mejor política en estos casos es el tratamiento en hospitalización completa, y de ser preciso el HD debe adecuar las intervenciones de forma individualizada. La dieta diferente no ha de ser un motivo de singularización de la paciente y entorpecimiento del proceso terapéutico, pero mucho menos causa de conflictos con el resto de pacientes.

#### Programas terapéuticos en los HD para los TCA

La mayoría de los HD referenciados en la literatura tienen unos programas terapéuticos comunes, las intervenciones son grupales, cinco días por semana, con una jornada de 6 a 8 horas. Durante ese tiempo se intercalan las diferentes actividades del grupo de pacientes, siendo el número de éstos variable y en función del equipo y del espacio.

Se expone a continuación el programa de tratamiento de la unidad de TCA del HD de Bellvitge, por ser el HD de referencia en nuestro país.

El HD de Bellvitge se inauguró 1972, con 12 plazas y un horario, en un principio, de 9.30 a 15 horas, tres días por semana, y progresivamente se amplió el horario y los programas hasta la actualidad, en que el horario es de 9 a 15 horas, de lunes a viernes.

Las intervenciones son básicamente grupales, el modelo psicológico es el cognitivo-conductual y la estancia media es de 4-5 meses.

En este HD se aplican técnicas para corregir y mejorar la recuperación ponderal, asesoramiento dietético y nutricional, técnicas para monitorizar las comidas a través de autorregistros, técnicas de control de estímulos con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva y resolución de problemas. También hay programas de prevención de recaídas, de habilidades sociales, tratamiento de la imagen corporal a través de la video-confrontación, terapia psicomotora, expresión corporal y técnicas de relajación.

#### Programas del HD de Bellvitge:

- Programa de monitorización de comidas

Es fundamental la monitorización de las comidas, tanto por lo que respecta al control de la dieta como la atención emocional y afectiva de las pacientes en el trance de comer. Es importante también la formación de los monitores, que regulan, atienden, aconsejan, supervisan y controlan las comidas. El papel y responsabilidad de éstos se puede resumir en los siguientes puntos:

- Capacidad para resolver problemas de manera individual
- Capacidad para ser asertivos
- Capacidad para demostrar a los pacientes que son capaces de controlar las situaciones sin ser rígidos y sin desautorizar a los demás compañeros del equipo.

Tienen que ser capaces de generar animación y estimular a los pacientes después de las comidas, manteniendo una relación positiva y dejando claro el papel de cada miembro del equipo, sabiendo reconducir las conversaciones y manteniendo una línea de actuación homogénea.

- Programa de reestructuración cognitiva

En estos grupos se pretende identificar los pensamientos distorsionados e irracionales para objetivarlos y poder modificarlos. Otra tarea fundamental es la reestructuración de dichos pensamientos por parte del paciente a través del feedback del resto del grupo con intervenciones específicas sobre la dieta, el peso, la imagen corporal y la autoestima.

Es muy importante la exposición y reconocimiento de situaciones o estímulos aversivos, desencadenantes de pensamientos distorsionados, así como saber identificar aquellos pensamientos y actitudes que son mantenedores de la enfermedad.

Hay que potenciar a los pacientes para conseguir el buen aprovechamiento del grupo y conducirles hacia la mejoría, así como ayudarles a mejorar la autoestima para fomentar una actitud sana hacia la alimentación.

- Programa de ergoterapia

Es una manera de profundizar en los aspectos personales e individuales de los pacientes. Se trata de que expresen sentimientos y emociones a través de la expresión artística. Tiene también como objetivo que se proyecten constructos del paciente de difícil interpretación para reconocerlos, desdramatizarlos y reconducirlos. La actividad plástica es alegre, relajada y favorece al grupo mejorando la comunicación

- Programa de habilidades sociales

Se aplican técnicas de habilidades sociales dirigidas hacia la adquisición de actitudes y conductas que permitan interacciones interpersonales satisfactorias. Ello implica:

- Controlar los componentes conductuales en una secuencia correcta, de manera coordinada y con resultado satisfactorio.

- Capacidad para mostrar estas habilidades, de manera espontánea y no automática, en situaciones que previamente se habían manifestado como interfirientes o bloqueadoras.

- Programa para el grupo temático

En estos grupos se abordan temas o situaciones comunes y corrientes para los pacientes. El grupo elige un tema a desarrollar, se elabora de forma escrita y se expone oralmente, fomentando las intervenciones del grupo para abordar especialmente los aspectos resolutivos del tema elegido. Se fomenta así la identificación de problemas y su mejor resolución a través de la reestructuración cognitiva.

- Programa de relajación

Se aplica la técnica de relajación de Jacobson, con la que se pretende contrarrestar la ansiedad y alarma frente a ciertos estímulos, estrés físico o emocional. Se aprende a controlar las respuestas excesivamente emocionales, buscar un estado de relajación que desbloquee ciertas conductas aprendidas y sanas.

- Programa de imagen corporal

A través de técnicas tales como: video feedback, espejos, marcados de silueta y terapia psicomotora de expresión corporal, se busca que los pacientes adquieran una experiencia corporal sana, que acepten su imagen y la de los demás, objetivándola y valorando el concepto de normalidad. Esto les ayuda a tener un concepto claro y realista del trastorno, de su propio cuerpo y a valorar el cambio hacia la mejoría.

- Programa de control médico y psiquiátrico

Una parte importante de las tareas y responsabilidades en un HD es la supervisión, control y seguimiento de la evolución física, la comorbilidad y la psicopatología.

### **3.12. Otros recursos**

- Los grupos de ayuda mutua (en adelante GAM)

Son grupos de personas que se reúnen de manera voluntaria para ayudarse mutuamente. En general, están formados por individuos que tienen un mismo problema o que se encuentran en una misma situación conflictiva. El GAM enfatiza la interacción personal y la capacidad de asumir responsabilidades por parte de sus miembros.

Acostumbra a proporcionar ayuda emocional y promueve unos valores por medio de los cuales sus miembros refuerzan su propia identidad. Estos grupos ofrecen ayuda y acompañamiento emocional a la familia y a los enfermos, que facilitan paralelamente el éxito de la terapia correspondiente. Los grupos son dirigidos por facilitadores (personas que han padecido el mismo problema o situación que los asistentes) y periódicamente reciben ayuda de un profesional que supervisa la acción y aporta instrumentos para la mejora de las dinámicas del grupo.

La acogida (counselling) consiste en la realización de una serie de entrevistas personales con enfermos y familiares que informan y forman sobre la enfermedad y sus principales consecuencias sanitarias, familiares y sociales, además de orientar sobre la situación

actual en la que se encuentran los recursos sanitarios, jurídicos, económicos y sociales con la finalidad última de tranquilizar y ayudar a la persona afectada y/o a su familia.

- Las Asociaciones

En España existen dos asociaciones de ayuda para pacientes con TCA y familiares:

- Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER)

Es una asociación de afectados de TCA y sus familiares. Actúa en todo el territorio nacional a través de sus delegaciones y grupos de apoyo. Sus objetivos se basan en mejorar la atención y la calidad de vida de los enfermos y sus familiares, difundir y sensibilizar a la sociedad en todos los aspectos relacionados con estas enfermedades, así como prevenir y apoyar la investigación.

- Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia (FEACAB)

Está formada por las asociaciones de diferentes provincias o comunidades autónomas españolas y agrupa a más de 20.000 personas afectadas por la AN y BN, así como a sus familias. Sus objetivos se basan en promover la existencia de soluciones sociosanitarias y educativas adecuadas y suficientes para la prevención y tratamiento en estas enfermedades, promover códigos de buenas prácticas, tanto para las asociaciones como para otros colectivos –medios de comunicación, comercio, etc.– y sumar los esfuerzos de prevención que ya están realizando cada una de las asociaciones.

Un 27% de los pacientes con TCA presentan una evolución negativa al tratamiento y un 24% se cronifica. En estos casos, estos colectivos de larga evolución tienen necesidades concretas más centradas en la rehabilitación psicológica y la reinserción social de la persona.

En 2003 la Fundación del Instituto de Trastornos Alimentarios (FITA) puso en marcha los llamados pisos terapéuticos, un nuevo recurso que tiene como objetivo básico la reinserción social y laboral de los pacientes. A principios de 2008 se ha dado un nuevo impulso a estos pisos con la creación del llamado piso de tercer nivel (o residencia) donde se ofrece atención las 24 horas reforzando el control alimentario, con apoyo sanitario, y en definitiva, apostando por la mejora de la calidad de vida de estas personas.

FITA (Fundación Instituto de Trastornos Alimentarios) es una entidad sin ánimo de lucro creada en 2002 para la prevención, la formación, la investigación y la creación de nuevos recursos sociales para personas con TCA.

FITA está vinculada a ITA (Instituto de Trastornos Alimentarios), red asistencial fundada en 1998 por profesionales con una larga experiencia en este tipo de trastornos y con la finalidad de dar respuesta integral y global a las diferentes demandas asistenciales existentes en los TCA. En estos años, ITA se ha consolidado como la única entidad de España que dispone de una red de recursos especializados en este tipo de trastornos.

De la experiencia de estos profesionales nace FITA, con el objetivo social y la misión de cubrir esferas más allá del ámbito clínico de la enfermedad.

La red asistencial ITA-FITA dispone de diferentes recursos asistenciales para conseguir sus objetivos:

- centros de hospitalización,
- hospitales de día,
- consultas externas,
- centro de día (gestionado por FITA)
- pisos terapéuticos (gestionados por FITA)

ITA es el primer centro de España en lo que se refiere al número de plazas y pacientes. El Instituto dispone de 188 plazas y durante 2006 atendió 1.200 pacientes de TCA. La mitad de sus pacientes provienen de fuera de Cataluña y destacan especialmente Canarias, Valencia y Madrid con un 7% cada uno de ellos y un 5% de Andalucía.

En estos momentos, FITA dispone de 42 plazas repartidas en tres pisos que pueden acoger enfermos en diferentes fases del tratamiento. Cada caso está personalizado y la residencia es un recurso pensado para aquellas personas con un largo historial de enfermedad y que necesitan más ayuda para conseguir su autonomía.

La estancia en este recurso cuenta con diferentes ayudas económicas públicas.

- Las Residencias



El perfil de los residentes es de personas con un largo historial de enfermedad, con posible cronicidad y otros trastornos mentales y diferentes ingresos hospitalarios anteriores. Todo ellos son factores que complican el tratamiento del TCA y alejan a la persona de una vida personal y social normalizada.

Una de estas residencias está situada en el centro de Barcelona y dispone de un servicio asistencial las 24 horas con personal sanitario y social para asegurar la contención de la enfermedad. Los pacientes conviven con otros pacientes con una problemática similar y participan en las actividades y servicios del Centro de día como la ayuda en la búsqueda de trabajo, la orientación en los estudios, talleres de ocio saludable y entrenamiento en las tareas de la vida cotidiana.

- Los pisos terapéuticos

En este recurso se abordan los TCA desde una vertiente más social y se centra en un acompañamiento del paciente en aquellos procesos que implican un acercamiento a una vida y hábitos normalizados, incidiendo mucho en la prevención de posibles recaídas del TCA.

En este caso, los enfermos recuperan su rutina normal de vida: la mayoría estudian o trabajan y tienen su propio horario; conviven con el resto de pacientes y comparten tareas como la limpieza; se ocupan de su alimentación elaborando sus propias comidas y haciendo la compra semanal, entre otras actividades y responsabilidades de la vida autónoma.

Los servicios que se ofrecen en los pisos son:

- Alojamiento y manutención
- Comedor terapéutico en busca de un acercamiento saludable a la comida
- Asambleas de grupo, con carácter participativo. Tienen el objetivo de solucionar los problemas de funcionamiento cotidiano y se hacen siempre bajo la supervisión de un profesional del centro.
- Tutorías individuales
- Intervención psicosocial grupal a través de talleres educativos y sociales.

- Supervisión dietética y nutricional.
- Control de medicación, la salud física y el descanso.
- Intervención familiar para implicar el ámbito más cercano del enfermo en su curación.

Los pisos terapéuticos cuentan con un equipo de profesionales formado por psicólogos, enfermeros, educadores y trabajadores sociales, médicos y psiquiatras.

Según un estudio elaborado por FITA, el paso de los enfermos por los pisos terapéuticos favorece la transición a una vida autónoma mejorando la calidad de vida de estas personas. Destacan los siguientes resultados:

- Se mantienen los resultados obtenidos en el tratamiento y se evitan recaídas.
- Se producen mejoras considerables en el funcionamiento y en la relación con la alimentación.
- Ayuda a la rehabilitación y reinserción social.
- Facilita el proceso de adaptación vital y social.
- Se produce un importante aprendizaje en la práctica de los hábitos domésticos y de vida.
- Se produce una mejora en el control y la estabilidad emocional, lo que permite la mejora en las relaciones con los otros.

### **3.13. Circuito de Salud Mental**

El paciente solicita cita en Atención Primaria, donde se le realiza la primera evaluación. De aquí se deriva al Centro de Salud Mental de Distrito (CSM), donde se hace el diagnóstico y la valoración de alternativas terapéuticas, decidiendo entonces el seguimiento del caso, que puede ser en:

- Centro de Salud Mental junto con Atención Primaria
- Centro de Salud Mental junto con Clínica de TCA
- Clínica de TCA

En los casos más graves y crónicos, en los que se ha objetivado una imposibilidad de tratamiento ambulatorio y las condiciones físicas del paciente lo permiten, el paciente puede ser derivado desde el CSM/Clínica TCA a:

- Hospital de Día Psiquiátrico, en los casos en los que el peso de la comorbilidad con otras patologías mentales así lo indiquen.
- Unidad de Día del Hospital.

En situaciones de descompensación aguda del estado físico o mental que requieren un ingreso hospitalario a tiempo completo, éste se realiza en:

- Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Psiquiatría del Hospital de referencia del Área donde vive el paciente.
- Unidades de Endocrinología del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital de referencia del Área donde vive el paciente.
- Subunidades de Hospitalización de TCA, en los casos que reúnan los criterios de ingreso para las mismas.

En los casos en los que por la gravedad de su situación clínica debutan con un ingreso hospitalario, el tratamiento al alta se realiza en la Clínica TCA o en el Hospital de Día, según las indicaciones concretas para cada paciente<sup>122</sup> (Gráfico 1).

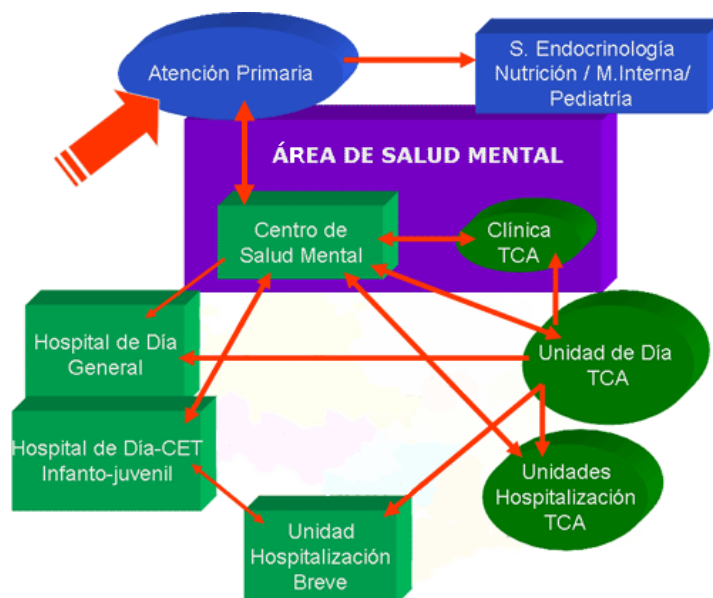


Gráfico 1. Circuito de Atención en Salud Mental<sup>122</sup>

### **3. 14. Situación actual de la Salud Mental en España**

En un primer encuentro de Enfermería en Salud Mental<sup>123</sup>, que tuvo lugar en Extremadura en octubre de 2008, los profesionales que trabajan en este campo de la salud, extrajeron algunas conclusiones importantes, en relación a la atención y tratamiento de las personas con estos trastornos.

Consideraron necesario que se generalice, en esta comunidad, el desarrollo de programas específicos de atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria, en los que se requiere la participación activa de las enfermeras de salud mental, prestando los cuidados especializados que precisen tanto las personas afectadas como sus familiares.

Si bien la Reforma Psiquiátrica se ha desarrollado con diferentes ritmos en las distintas Comunidades Autónomas, en Extremadura debe culminarse este proceso; para lo cual es imprescindible la integración de todos los servicios de salud mental en el SES. Las enfermeras de salud mental de Extremadura abogan por esta integración y por el desarrollo del modelo de intervención comunitario de atención a la salud mental, que implica la coordinación interdispositivos e intersectorial, posibilitando una atención no excluyente ni estigmatizadora.

Un Sistema de Información de Cuidados, en el seno del SES, permitiría hacer presente a las enfermeras de salud mental extremeñas, a través de un sistema de registro de indicadores asistenciales de las actividades enfermeras de salud mental, lo cual posibilitaría la evaluación de los servicios enfermeros de salud mental, detectar necesidades de formación y realizar investigaciones para la mejora de la práctica asistencial. Incorporar a la práctica de los cuidados un sistema de registro de actividad ha de ser un compromiso del SES.

Los asistentes a este encuentro constataron la escasez de dotación de enfermeras de salud mental en los dispositivos de la red de atención a la salud mental del SES. Por consiguiente, exhortaron a esta administración sanitaria extremeña para la provisión de plazas de enfermeras de salud mental suficientes, tanto en los centros de salud mental comunitarios como en los dispositivos intermedios y rehabilitadores, adecuando la dotación de profesionales de enfermería de salud mental a las necesidades de cuidados de la población extremeña y siguiendo las recomendaciones de organismos

internacionales a este respecto, evitando así caer en la imprudencia de ofrecer cuidados de escasa calidad por falta de efectivos.

La puesta en marcha de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, está contribuyendo al desarrollo del conocimiento enfermero en este ámbito de la Enfermería e, igualmente, a la inexorable cualificación de los profesionales; por ello, los asistentes a este encuentro reivindicaron la acreditación de Unidades Docentes para la formación de enfermeras especialistas en Enfermería de Salud Mental, la creación de la categoría profesional de Enfermera Especialista en Salud Mental y su consideración como requisito para la catalogación de los puestos de trabajo y en los procesos de selección de personal.

Por último, se destacó la evidente implicación de las enfermeras de salud mental en el desarrollo del conocimiento enfermero y de la profesión, lo que permitiría reclamar una participación activa de las mismas en las políticas de salud de esta Comunidad Autónoma, que comportaría el preciso reconocimiento de la Enfermería de Salud Mental y de las profesionales que la ejercen.

### **3. 15. Atención a los TCA en Andalucía**

#### **3.15.1. Red de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud**

La necesidad de organizar la atención a la salud mental en distintos niveles, diversificando así la oferta frente a la institución única, dio como resultado el modelo que se muestra en el Gráfico 2, en el que se combina la atención sanitaria a la Salud Mental con recursos específicos de apoyo social<sup>124</sup>.

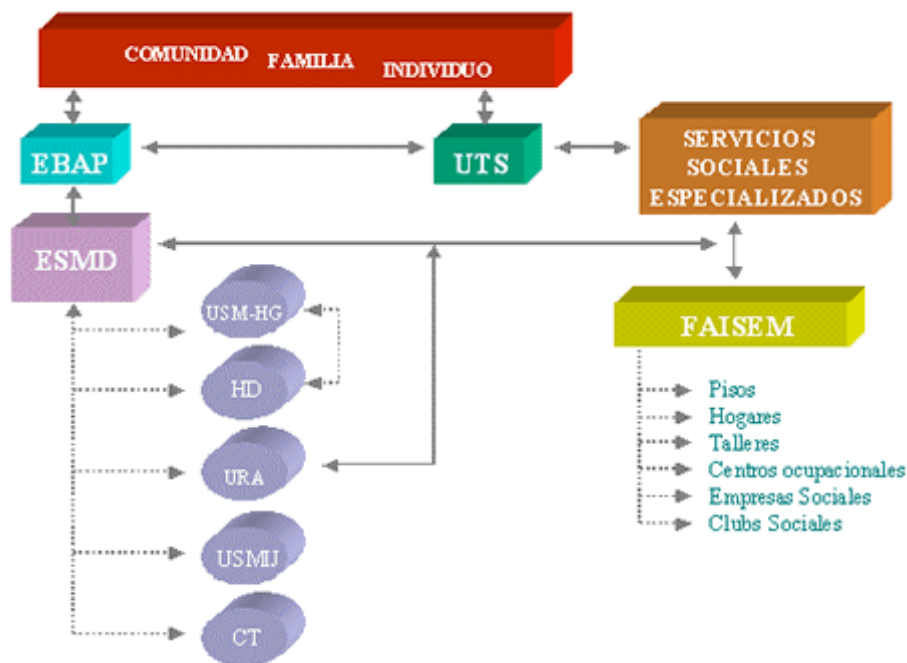


Gráfico 2. Red de servicios de atención a la salud mental en Andalucía<sup>124</sup>.

La atención a la salud mental se presta en el SSPA de la misma forma que se atienden los restantes problemas de salud de la población, con la implicación de la red de atención primaria, especializada y de urgencias. La efectividad de las intervenciones en el abordaje de los trastornos mentales, requiere la participación de equipos multidisciplinares que interactúan desde los diferentes niveles asistenciales. El establecimiento de criterios para las derivaciones y métodos de cooperación, permite prestar una atención de calidad con la integración de todos los servicios implicados en la atención a las personas con trastorno mental, siendo destacable el papel de los colectivos profesionales de atención primaria.

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se realiza a través de una red de dispositivos sanitarios, distribuidos por toda la geografía andaluza y estructurados, hasta la entrada en vigor del nuevo decreto de ordenación de servicios, en 15 áreas de salud mental, cuya cartera de servicios incluye atención ambulatoria y domiciliaria, programas de día y hospitalización. Con la entrada del Decreto 77/2008, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental, los dispositivos de salud mental se organizan en unidades de gestión clínica dependientes de las diferentes áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria.

A finales de 2007, esta red se compone de los siguientes dispositivos:

— 76 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC). Las USMC son los dispositivos básicos de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.

— 14 Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J). Las USMI-J prestan una atención especializada, tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización completa o parcial, a la población infantil y adolescente menor de edad, derivada desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

— 19 Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM). Las UHSM atienden las necesidades de hospitalización en salud mental de la población, prestando una atención especializada en régimen de hospitalización completa y de corta estancia.

— 14 Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM). Las CTSM son dispositivos asistenciales de salud mental dirigidos al tratamiento intensivo de pacientes con trastorno mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, que requieren una atención sanitaria especializada de salud mental, en régimen de hospitalización completa o parcial, de media estancia.

— 9 Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM). Las URSM tienen por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de pacientes con trastorno mental grave, derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia.

— 11 Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM). Los HDSM son dispositivos asistenciales de salud mental, configurados como recursos intermedios entre las unidades de salud mental comunitaria y las unidades de hospitalización de salud mental. Prestan una atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia<sup>125</sup>.

A estos recursos hay que añadir todos los recursos socio-sanitarios de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.

Pero no sólo se presta una asistencia sanitaria directa a los usuarios, sino que también se realiza asesoramiento y apoyo a los profesionales de Atención Primaria sobre los

problemas de Salud Mental de los pacientes que acuden a estos centros; se participa en programas de Educación Sanitaria de la población en donde están situados los centros sanitarios, se colabora con Organismos e Instituciones no sanitarios (Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental) en programas de reinserción social de los pacientes con trastornos mentales crónicos, así como con los Ayuntamientos, Asociaciones de Familiares de pacientes, etc. de Andalucía.

### **¿Cómo se accede a estos equipos?**

La vía de acceso a los Equipos de Salud Mental es el médico de Atención Primaria, quien, cuando considera oportuna la intervención de un especialista -recordemos que esto no siempre es necesario, ya que el médico general también posee conocimientos y herramientas técnicas para abordar algunos de estos problemas- lo deriva al equipo correspondiente a su lugar de residencia.

Sin embargo, aunque es la más habitual no es la única vía, ya que también se accede a nuestros centros a través de los Servicios de Urgencia de los Hospitales y, en general, de cualquier otro Servicio Sanitario, de los Servicios Sociales de los Ayuntamientos, de los Equipos de Orientación Escolar, de las Autoridades Judiciales o de las Fuerzas de Orden Público.

### **PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA**

En el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2003-2007) se hicieron algunas propuestas de mejora, teniendo en cuenta las necesidades de salud de la población. Se hablaba de un aumento en las demandas que la población realiza al sistema sanitario, relacionadas con la salud mental. Provocadas por los cambios sociales de las dos últimas décadas que han generado una profunda transformación en las estructuras de soporte y contención social (familia, redes sociales, escuela,...) a los que se une una mayor sensibilidad social ante determinadas patologías, sobre todo las de aparición en edades relacionadas con la infancia y adolescencia (patología dual, trastorno del comportamiento alimentario....).

La aparición de patologías emergentes que afectan fundamentalmente a adolescentes y jóvenes, han requerido el diseño de nuevos abordajes e intervenciones así como la reorientación de algunos dispositivos.



Persisten problemas organizativos -doble dependencia de los dispositivos de salud mental (Atención Primaria-Especializada)- que están originando disfunciones en la gestión de los recursos asistenciales.

Existían déficits en determinados dispositivos asistenciales -en concreto, hospitales de día y comunidades terapéuticas- y sociosanitarios-residenciales.

Desde el SSPA debía priorizarse un cambio del modelo asistencial tradicional, basado en la atención a los episodios, hacia un modelo de atención a procesos basado en la Gestión por Procesos Asistenciales en el área de salud mental, que en esos cuatro años se fueron concretando en cuatro líneas de intervención básicas:

- Trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión
- Trastornos mentales graves.
- Trastornos de la infancia y la adolescencia.
- Patologías emergentes

La evaluación del I Plan Integral de Salud Mental de Andalucía y la experiencia acumulada en su desarrollo encauzaron el segundo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía<sup>125</sup> (2008-2012), que es el actualmente vigente, y que tiene como principios fundamentales la mejora de la calidad, la equidad y la eficiencia de los servicios sanitarios, orientados hacia la promoción de la salud mental de la población andaluza, la prevención de la enfermedad y la mejora asistencial y de cuidados de pacientes y familiares.

Incorporar de forma explícita el principio de equidad supone el compromiso de trabajar en la reducción de las desigualdades (incluidas las inequidades debidas a los condicionantes de género), en la protección de las personas más vulnerables (prestando especial atención a garantizar los derechos de quienes padecen una enfermedad mental) y en el respeto a la identidad cultural, en una sociedad, como la andaluza, cada vez más diversa.

Asimismo, el fomento de la participación ciudadana se considera como uno de los componentes básicos propuestos por la OMS para alcanzar la equidad en salud. El modelo comunitario de atención a la salud mental implantado en Andalucía ya

establecía, entre sus principios, la implicación de pacientes y familiares en su proceso de tratamiento y su participación activa en los servicios de salud mental. Con el II Plan se pretendió dar un paso más en este sentido, incorporando la perspectiva de la recuperación. Y entendiendo como tal un proceso de crecimiento personal que va mucho más allá que la mera desaparición de los síntomas.

La atención a profesionales es otro aspecto que tiene en cuenta este Plan, con el fomento de la carrera profesional, la formación y la investigación. Y con medidas organizativas orientadas a hacer aflorar y aprovechar el capital humano de la organización.

En los últimos años, desde la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud se viene impulsando la creación de Unidades de Gestión Clínica (UGC) como estructura organizativa que hace partícipe a las y los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

En el ámbito de la atención a la salud mental se ha apostado por este nuevo modelo de gestión. En el año 2003 existían 7 UGC de salud mental, incrementándose hasta 24 en el año 2007. De éstas, 20 integran todos los dispositivos de salud mental de su área hospitalaria o área de gestión sanitaria; dos están formadas por una o dos unidades de salud mental comunitaria; y otras dos por comunidades terapéuticas.

Del total de la red de dispositivos de atención a la salud mental, a finales de 2007 un 65,03% estaba integrado en UGC. Asimismo, el porcentaje de profesionales de salud mental que a finales de ese año formaban parte de UGC era del 68 %.

#### Recursos humanos en salud mental

Los equipos de trabajo de los diferentes dispositivos de salud mental los componen profesionales de diversas titulaciones: Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Gestión administrativa y otras disciplinas.

Desde finales de 2003 a finales de 2007, el número de profesionales de los dispositivos de salud mental se ha incrementado en 303, pasando de 2.175 a 2.478. ,

Al total de profesionales de los diferentes dispositivos habría que añadirle los adscritos a las diferentes coordinaciones de área o direcciones de unidad de gestión clínica, contabilizándose un total de 2.200 profesionales a finales de 2003 y 2.501 a finales de 2007.

### Red de Ayuda Mutua

La ayuda mutua y en especial el apoyo entre iguales son fundamentales para el proceso de recuperación de las personas con enfermedad mental.

El fomento del apoyo social, en el que están implicadas las personas cuidadoras, el voluntariado y las asociaciones de ayuda mutua, es una estrategia de promoción de salud, en la medida que contribuyen a proporcionar a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su vida y su salud.

La red andaluza de ayuda mutua vinculada a la salud mental es amplia y diversa, con 79 asociaciones en 2007, estando muchas de ellas representadas por entidades de ámbito regional.

Las personas con trastornos mentales graves y sus allegadas se encuentran representadas a nivel regional por FEAFES-Andalucía (Federación Andaluza de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental), de la que forman parte 13 asociaciones y por la Plataforma de Asociaciones de Usuarios y Usuarías de Salud Mental de Andalucía, integrada por 9 asociaciones. Además, existen otras 8 asociaciones andaluzas de personas con enfermedad mental, familiares y personas allegadas.

Por otro lado, existen asociaciones “monográficas” orientadas a un determinado trastorno mental, de ámbito local, provincial y/o regional. En el caso de los TCA existen 13 asociaciones.

### **3. 15.2. Situación actual de la Salud Mental en Andalucía**

Según un informe especial sobre *La situación de los Enfermos mentales en Andalucía*<sup>126</sup>, presentado por el Defensor del Pueblo Andaluz, José Chamizo el pasado mes de abril, el sistema de salud mental de Andalucía presenta señales evidentes de “insuficiencia” y “descoordinación”.

El análisis de la situación revela que la atención que se presta a las personas con trastorno mental en Andalucía dista mucho de alcanzar los principios que basan el modelo de atención comunitaria. En palabras del Defensor del Pueblo Andaluz, estas carencias “*están situando al modelo en los límites del reconocimiento como tal, en detrimento de la calidad de las prestaciones y servicios*”.

Según los datos aportados, alrededor de 85.000 residentes en Andalucía presentan un trastorno mental de carácter “crónico” y un 25% de la población de esta comunidad ha acudido alguna vez a los servicios especializados de salud mental. A pesar de la elevada incidencia de estos problemas, el informe pone en evidencia la escasez de dispositivos y el descontento de los pacientes con la asistencia recibida.

Algunas de las graves carencias denunciadas en el informe y elaboradas “*tras el análisis recopilatorio de la multitud de quejas recibidas*”, hacen referencia a:

Las serias limitaciones en el acceso, nivel y calidad de las prestaciones sanitarias y sociales dirigidas a las personas con trastorno mental en Andalucía. Según el Defensor del Pueblo Andaluz, son notables las quejas sobre la sobresaturación de las unidades de salud mental comunitaria, el limitado desarrollo de los dispositivos de media y larga estancia de asistencia, rehabilitación y atención psicosocial, así como la demora en proporcionar plazas en los mismos, “*que lleva a los afectados a buscar costosos recursos privados*”. La ausencia de tratamiento domiciliario y la reticencia de los centros para llevar a cabo visitas domiciliarias en estos casos, se perfila como uno de los aspectos más deficitarios del sistema.

El alto nivel de estigmatización y vulneración de derechos fundamentales en los distintos aspectos de la atención (o desatención) que sigue sufriendo este colectivo.

La ausencia de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, especialmente con Atención Primaria.

La falta de adecuación de los servicios a los casos de concurrencia de patología mental y discapacidad intelectual, así como de patología mental y drogodependencias.

La falta de seguimiento, por parte de los Equipos de Salud Mental, de los casos más graves, lo que da lugar al abandono del tratamiento, que “*inevitablemente culmina con el padecimiento de nuevos brotes que requieren ingreso en la unidad de hospitalización*”.

En relación con los tratamientos en salud mental que se prestan desde el sistema sanitario público, el informe critica:

La carencia de programas de atención que contemplen una visión integral y multidisciplinar de la persona. A este respecto, el informe defiende que “*es crucial la*

*implantación total de los tratamientos asertivos comunitarios; el incremento del número de Comunidades Terapéuticas -elemento fundamental para garantizar la continuidad de los cuidados- y la mejora del ambiente terapéutico en las unidades de hospitalización".*

La tendencia excesiva hacia la medicalización: *"Hay que señalar que son precisamente los movimientos asociativos de familiares de enfermos mentales los que nos plantean denuncias, de manera genérica, sobre la elevada presencia del tratamiento farmacológico en detrimento de otras terapias alternativas no medicamentosas para estas enfermedades, tesis que apoyan con estudios de variada procedencia".*

La escasez con la que se prescribe el tratamiento psicológico y, sobre todo, la parquedad con la que se dispensa, que según especifica el Defensor del Pueblo Andaluz "ha sido calificada en muchas ocasiones como uno de los males del sistema". En esta línea, el informe critica el hecho de que la terapia psicológica aparece en muchos casos enfrentada a la farmacológica (que se establece en el sistema como la principal), a pesar de las solicitudes de los pacientes y de la evidencia científica.

La carencia de disponibilidad de tratamiento psicológico en el ámbito del sistema sanitario público, dan lugar a otro motivo de queja de los usuarios, relativo a la elevada demora para las citas y la subsiguiente amplitud del período interconsultas, con los riesgos que suponen para su salud y su integridad física.

En el ámbito de la población infanto-juvenil, el informe se muestra aún más crítico hacia la excesiva medicalización de ciertos trastornos conductuales, dados los riesgos para la salud que suponen en este rango de edad.

El documento dedica un apartado especial a determinados grupos especialmente vulnerables, donde la atención en salud mental es aún más precaria, si cabe. Tal es el caso de la población infantil.

En el ámbito de la población infanto-juvenil, el informe cita, entre otros problemas, la falta de especialización de la asistencia sanitaria que se oferta a los menores (que se traduce en una carencia de dispositivos específicos para ellos), la formación inadecuada de los profesionales que les atienden, la escasa o nula coordinación entre los distintos niveles asistenciales y entre éstos y los dispositivos educativos y sociales, la insuficiencia de recursos humanos, la falta de personal especializado en el ámbito

educativo que permita realizar el diagnóstico de los menores con necesidades educativas especiales, la interferencia de determinados tratamientos farmacológicos con el desarrollo madurativo del menor, las dificultades para el ingreso hospitalario de los menores con trastornos mentales, existiendo un largo peregrinaje de búsqueda de servicios por parte de los progenitores, y un largo etcétera.

Durante la rueda de prensa, el Defensor del Pueblo Andaluz ha remarcado, además, que esta situación se ha agravado notablemente debido a los recortes sanitarios derivados de la crisis económica y a la regresión a la que se está sometiendo a la denominada Ley de Dependencia, así como a las medidas legislativas adoptadas que afectan al Estado de Bienestar en materia de pensiones, educación o desempleo. Según Chamizo, se trata de una situación *“inadmisibile”* si tenemos en cuenta que la atención y la protección de las personas con trastorno mental *“constituyen una prioridad en las políticas de los países avanzados”*. *“La pandemia de siglo XXI, como definió la OMS a la enfermedad mental ya está aquí, y no nos ha pillado preparados, ni tan siquiera capaces de atender problemas que vienen de antiguo”*.

### **3.16. Recursos asistenciales para los TCA por comunidades**

#### **- Recursos para los TCA en la Comunidad de Madrid**

- Servicios de Salud Mental de Distrito:

Teniendo en cuenta sus necesidades asistenciales individuales, el paciente puede ser derivado por el médico de Atención Primaria para recibir atención especializada a su Centro de Salud Mental adscrito a su Hospital de referencia. En los 37 Servicios de Salud Mental de Distrito del Servicio Madrileño de Salud, la atención es realizada por equipos multidisciplinares compuestos, entre otros profesionales, por Médicos Especialistas en Psiquiatría, Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica, Enfermeras, Trabajadoras Sociales y Terapeutas Ocupacionales, diferenciando la atención a niños y adolescentes y a adultos mayores de 18 años.

- Clínicas de Trastornos de Conducta Alimentaria (Clínicas TCA):

Son dispositivos ambulatorios que ofrecen tratamiento y cuidados específicos a los pacientes con TCA y constituyen un apoyo y un complemento a su tratamiento en el Centro de Salud Mental. Las Clínicas TCA ofrecen un tratamiento individualizado, con

opciones de terapia individual, grupal y familiar, comedor terapéutico y seguimiento médico. El paciente acude de forma puntual a las distintas terapias que se consideran más indicadas según las necesidades de la situación clínica en la que se encuentra.

El acceso a las Clínicas TCA se realiza por derivación desde los Centros de Salud Mental de aquellos pacientes con cuadros completos de Anorexia y/o Bulimia Nerviosa o al alta de la Unidad de Día de TCA del Hospital Universitario Santa Cristina.

- Clínica de TCA del Hospital Universitario de Móstoles: de referencia para los Servicios de Salud Mental de Getafe, Parla, Leganés, Fuenlabrada, Móstoles, Alcorcón y Navalcarnero. Es una Clínica Ambulatoria para TCA.

- Clínica de TCA del Hospital General Universitario Gregorio Marañón: de referencia para los restantes Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Es una Clínica Ambulatoria para TCA.

- Clínica Puerta de Hierro, en Madrid. Hay una UTCA (14 camas) para mayores de 16 años.

- Unidad de Día TCA del Hospital Universitario Santa Cristina:

Unidad de referencia para toda la Comunidad de Madrid que ofrece tratamiento intensivo en régimen de HD a pacientes mayores de 18 años, cuya gravedad impide un abordaje ambulatorio. Dispone de 40 plazas divididas en turno de mañana y de tarde.

- Hospital de Día del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús:

HD para pacientes menores de 18 años con TCA con derivación interna desde la Unidad de Hospitalización del Hospital así como desde sus Consultas Externas. Dispone de 10 plazas para niños y 12 para adolescentes, con horario de mañana y tarde. Hacen terapias individuales y de grupo para pacientes ingresados, pacientes ambulatorios y para padres.

- Subunidades de Hospitalización Breve de TCA

- Hospital Universitario Infantil Niño Jesús: Subunidad de TCA con 10 camas, en Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Psiquiatría. Ingreso de menores de 18 años.

- Hospital Universitario Ramón y Cajal: Unidad de hospitalización para TCA con 4 camas anexas al Servicio de Psiquiatría para pacientes mayores de 18 años. Además dispone de un HD con 6 plazas para pacientes de todas las edades. Hacen terapias individuales y de grupo para pacientes ingresados, terapias ambulatorias y también para los padres.

- Hospital de la Paz: Hay 4 camas para pacientes de todas las edades. Hacen terapias individuales y de grupo para pacientes ingresados, pacientes ambulatorios y para padres.

- Unidad para el tratamiento de TCA del Hospital Clínico de San Carlos:

Unidad multidisciplinar orientada a diversos grupos de pacientes con TCA en la que se ofrece terapia grupal e individual. La Unidad se complementa con un HD para las formas más impulsivas de estos trastornos o para aquellas que tiene asociado un trastorno de la personalidad y con la posibilidad de ingreso hospitalario para aquellos pacientes con importante déficit nutricional o con graves dificultades en controlar su conducta. Dispone de 6 camas para menores de 18 años.

- Asociación ADANER, Madrid.

Horario: Todos los días de 10:00 a 13:00 h y de 17:00 a 20:00 h.

Servicios: no atienden a comedores compulsivos. Atención telefónica: dudas y consultas. Información sobre TCA. Grupos de autoayuda para afectados y familiares. Cursos y talleres. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos y voluntarios, cursos y talleres, conferencias, programas de prevención, biblioteca y documentación, formación de voluntarios.

- ANTARES (Asociación que pertenece a FEACAB), Móstoles.

Horario: de lunes a viernes de 10:00 a 19:00 h

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares dirigidos por voluntarios, conferencias, terapias individuales, programas de prevención, biblioteca y documentación, vídeo forum asesorado por psicólogos, disponen de un equipo multidisciplinar para afectados que



colaboran con la Asociación, intentan el no internamiento, mediante visitas a casa y telefónicamente con acompañamiento terapéutico.

- Asociación ADANER, Alcalá de Henares.

Horario: de lunes, miércoles y jueves de 17:00 a 19:00 h.

Servicios: no atienden a comedores compulsivos. No hace falta ser socio. Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos, conferencias, programas de prevención, biblioteca y documentación.

- AMCAB (Asociación de mujeres Contra la Anorexia y la bulimia), Getafe.

Horario: Todos los jueves de 17:00 a 20:00 h

Servicios: Talleres para los socios y consulta psicológica.

#### **- Recursos para los TCA en la Comunidad de Navarra**

- Centros de Salud Mental

Mayores de 15 años: el médico de Atención Primaria deriva al CSM. La primera consulta la realiza un psiquiatra.

Menores de 15 años: el Pediatra deriva al CSM. La primera consulta la realiza un psicólogo clínico o psiquiatra.

Actualmente existen nueve CSM en la Comunidad Foral.

- Hospitales de Día

Existen tres HD de adultos y un HD Infanto-Juvenil (HDIJ).

Los pacientes llegan a estos servicios derivados por los CSM o bien por las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

- Hospital de Día Área I. Hospital de Navarra, Pabellón Blanco.

- Hospital de Día Área II.

- Hospital de Día Tudela.

- Hospital Infanto-Juvenil Natividad Zubieta.

Aunque se constituyó como Hospital de Día su funcionamiento actual es el de consulta ambulatoria especializada.

- Centro de Día/Clínica de Rehabilitación (CD/CR).

Pacientes con TCA y comorbilidad psiquiátrica grave y sintomatología crónica, con afectación grave del funcionamiento en la vida diaria y susceptible de rehabilitación.

- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica I (UHP-I). Hospital Virgen del Camino, en Pamplona. En este hospital, hay un HD que no es específico de TCA. Atienden a pacientes de todas las edades, de lunes a viernes, en horario de mañanas y tardes.

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica II (UHP-II). Hospital de Navarra, Pabellón E.

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantil. Hospital Virgen del Camino

- Residencias psiquiátricas (Ingresos de media y larga estancia):

– UME: Unidad de Media estancia: 3-6 meses

– RAEM: Residencias asistidas para enfermos mentales

- Clínica Psiquiátrica Padre Menni.

- Unidad de Tratamiento Continuo Federico Soto. Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier.

- Recursos especializados en dietética y nutrición:

– Hospital de Navarra

– Hospital Virgen del Camino.

- ABAN (Asociación que pertenece a FEACAB), Pamplona.

Horario: atención telefónica permanente.

Servicios: atienden todos los TCA. Atención telefónica permanente. Entrevistas de acogida previa petición de hora. Atención por correo electrónico. Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares dirigidos para voluntarios.

### **- Recursos para los TCA en la Comunidad de Aragón**

- Hospital Clínico Universitario, en Zaragoza.

Dispone de UTCA, con 6 camas. También hay un HD.

- Hospital Royo Villanova, en Zaragoza.

Dispone de una unidad de psiquiatría para mayores de 18 años, con 3 camas. También hay HD (8 plazas).

- Centro ITABA, Zaragoza.

Servicios: El centro tiene un equipo multidisciplinario (psiquiatra, médico y terapeutas especializados) y ofrecen servicios de diagnóstico, consulta psiquiátrica, terapia psicológica, terapia familiar, grupo de obesidad, trastornos por atracón, grupos ambulatorios y hospital de día.

- ARBADA (Asociación que pertenece a FEACAB), Zaragoza.

Horario: de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 h y de lunes a jueves de 16:00 a 19:00 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por voluntarios, cursos y talleres, conferencias, terapias individuales, programas de prevención, biblioteca y documentación.

### **- Recursos para los TCA en la Comunidad de Cantabria**

- Hospital Sierra Llana, en Santander.

HD con 15 plazas, para todas las edades.

- Antigua Guardería del Príncipe Felipe, en Santander.

HD con 15 plazas para mayores de 18 años, de lunes a viernes de 8 a 21 h.

- Asociación ADANER, Santander.

Horario: de lunes a viernes de 17:00 a 20:00 h.

Servicios: no atienden a comedores compulsivos. Información y orientación, programas de acogida, valoración, diagnóstico y derivación, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos, cursos y talleres, conferencias, terapias individuales y grupales, programas de prevención, biblioteca y documentación, campamentos de verano.

#### **- Recursos para los TCA en la Comunidad de Galicia**

- Hospital de Conxo, en Santiago de Compostela.

Dispone de UTCA con un número de camas variable, para pacientes a partir de los 14 años. También tiene HD con 10 plazas.

- Complejo Hospitalario Xeral-cies, en Vigo.

No hay UTCA ni camas específicas. Un Endocrino y una Nutricionista atienden a pacientes de todas las edades. Además, hacen terapias ambulatorias para padres y para personas ingresadas.

- ABAC (Asociación que pertenece a FEACAB), A Coruña.

Horario de lunes a viernes de 17:00 a 20:00 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos terapéuticos para familiares dirigidos por psicólogos, cursos y talleres, centro de día, conferencias, terapias individuales y grupales, atención dietética, centro y comedor de día, programas de prevención y documentación. Cobran los servicios terapéuticos y de centro de día, variable según ingresos familiares.

- Asociación ABAP, Pontevedra.

Horario: de lunes a viernes de 10:00 a 13:30 h y 16:30 a 20:30 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Cobran los servicios terapéuticos. Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos, cursos y talleres, conferencias, terapias individuales y grupales, atención dietética, programas de prevención.

- Unidad Salmantina de Trastornos Alimentarios. Usta, A Coruña.

Servicios: Sesiones individuales y grupales, talleres y comedor terapéutico.

#### **- Recursos para los TCA en País Vasco**

- Hospital Santiago Apóstol, en Vitoria.

Dispone de UTCA y HD (sin número de plazas específicas), para pacientes de todas las edades. Se atienden de lunes a viernes, en horario de mañanas y tardes.

- ACABE (Asociación que pertenece a FEACAB), Álava

Horario: de lunes a viernes de 10:00 a 13:00 h y de 18:00 a 20:00h. Sábado de 9.30 a 14h.

Servicios: los comedores compulsivos los derivan al 689 623 925. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos y sexólogos, cursos y talleres, conferencias, terapias individuales y grupales. Prevención a familiares.

- ACABE (Asociación que pertenece a FEACAB), Guipúzcoa.

Horario: de lunes a viernes de 8:30 a 14:00 h y de 16:00 a 20:00 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos terapéuticos para familiares y afectados dirigidos por psicólogos clínicos, cursos y talleres, conferencias, terapias individuales y grupales, atención dietética, programas de prevención, biblioteca y documentación.

- ACABE (Asociación que pertenece a FEACAB), Vizcaya.

Horario: de lunes a viernes de 18:30 a 20:00 h.

Servicios: atienden sólo Anorexia y Bulimia. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos para psicólogos, cursos y talleres, conferencias, programas de prevención, biblioteca y documentación.

#### **- Recursos para los TCA en Asturias**

- ACBANER (Asociación que pertenece a FEACAB), Gijón.

Horario: miércoles 19.30 h

Servicios: información y orientación, GAM para familiares y pacientes, talleres.

- Asociación ACBANER, Oviedo.

Horario: es necesario concertar visita en el teléfono de Gijón.

Servicios: información y orientación, GAM para familiares y pacientes, talleres.

#### **- Recursos para los TCA en La Rioja**

- ACAB (Asociación que pertenece a FEACAB), Logroño.

Horario: martes y miércoles de 9:30 a 13:00 h y lunes y miércoles de 16:00 a 20:00 h.

Servicios: Información y orientación, programas de prevención y orientación, grupos de autoayuda para familiares y afectados y grupos psicoeducativos para pacientes.

#### **- Recursos para los TCA en Cataluña**

- Hospital de Santa Caterina, en Girona.

Hay una UTCA (con número no definido de camas de ingreso), en el que se atiende a adolescentes de 13 a 18 años, aunque se valoran otras edades. Además, hay dos HD: uno para adultos y otro para infantil-juvenil, con 20 plazas y horario de lunes a viernes de 8.15 a 17.00 h.

- Hospital de Santa María, en Lleida.

Hay una UTCA, con 4 camas de ingreso, en el que se atiende a mayores de 14 años. En régimen ambulatorio se trata a mayores de 12 años en horario de 9.00 a 19.00 h previa derivación del CSMIJ.

Los lunes, miércoles y viernes por la mañana, va dirigida al grupo de púberes.

Martes y jueves por la mañana, dirigida al grupo de pre-púberes.

Además, hay un HD con 15 plazas, que funciona de lunes a viernes de 9.30 a 16.00 h.

- Hospital de Bellvitge, en Barcelona.

Hay una UTCA para pacientes mayores de 16 años, con 5 camas (4 para anorexia y 1 para bulimia). Además, hay un HD con horario de lunes a viernes de 9.00 a 15.00 h.

- Hospital Clínic, en Barcelona.

Hay UTCA para menores de 18 años. Dispone de 11 camas de ingresos (10 para anorexia y 1 para bulimia). También hay un HD con 20 plazas, en el que se atienden todas las patologías por la mañana y TCA en horario de tarde de 14.00 a 21.00 h.

- Hospital Germans Trias i Pujol (can ruti), en Badalona.

Se atienden mayores de 18 años (valoran el caso en otras edades). Hay una UTCA con 4 camas para ingreso y un HD con 17 plazas, de lunes a viernes de 9.00 a 16.00 h.

- Hospital de Sant Pau, en Barcelona.

No hay UTCA, pero dispone de 1 a 4 camas para ingreso. Se atiende a mayores de 18 años pero valoran los casos. Hay HD con 12 plazas, de lunes a viernes de 8.30 a 17.30h.

- Hospital Sant Joan de Déu, en Barcelona.

Atienden a pacientes hasta los 18 años. Dispone de UTCA con 5 camas de ingreso. No hay HD para los TCA, pero realizan visitas ambulatorias, de lunes a viernes de 9.00 a 14.00 h.

- Hospital Joan XXIII, en Tarragona.

Atienden tanto población infantil-juvenil como adultos. Dispone de una UTCA, con un número variable de camas de ingreso. También hay un HD para adultos, con 20 plazas, en horario de lunes a viernes de 8.30 a 15.00 h.

- Hospital de Mataró, en Mataró.

Hay un HD genérico (4-5 plazas) en el que atienden a pacientes hasta los 18 años. El horario es de lunes a viernes de 9.00 a 17.00 h. Además, dispone de 4 camas de ingreso.

- Hospital General de Vic, en Barcelona.

No hay UTCA, pero dispone de 14 camas de ingreso para adultos y 3 camas para niños. Hay dos HD: una para adultos (15 plazas) y otra para infantil-juvenil (10 plazas).

- Hospital Parc Taulí, en Sabadell.

No hay UTCA, pero sí protocolo de tratamiento y un HD genérico, en el que se atienden a pacientes de todas las edades.

- Mútua de Terrassa, en Barcelona.

Hay una UTCA con 1-3 camas de ingreso. También hay un HD (15 plazas) para mayores de 18 años. El horario es de lunes a viernes de 9.00 a 16.30 h.

- Hospital Sant Joan de Déu Althaia, en Manresa.

Hay una UTCA que está englobada dentro del protocolo del Centro de Salud Mental y un HD, para mayores de edad, con horario de lunes a viernes de 9.00 a 15.00 h.

- Institut de Trastorns Alimentaris. Ita, en Barcelona.

Unidad de Hospitalización de Adultos.

Régimen: Hospitalización + Centro de Día + Tratamiento ambulatorio.

Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil, Argentona.

Régimen: Hospitalización + Centro de Día + Tratamiento ambulatorio.

- CENTRE ABB, en Barcelona.

Régimen: Centro de Día + Tratamiento ambulatorio.

Horario de Hospital de día: de lunes a viernes de 8,30 a 20,30 h.

Servicios: información y orientación, diagnóstico, tratamiento y prevención, atención ambulatoria y hospital de día, equipo interdisciplinario completo, programas específicos para mujeres adultas con perfil de bulimia y TA. Aplicación del programa “Nens i adolescents en moviment pel tractament de la obesitat”. Investigación, formación, consultas externas i grupos para familiares.

- SETCA Barcelona.

Servicio especializado en trastornos de la conducta alimentaria. Hospital de Niños Centro colaborador de SETCA, en Barcelona.

Régimen: Centro de día + Tratamiento ambulatorio.



Servicios: Tratamiento médico i psicológico de la anorexia, bulimia, trastornó por atracón y obesidad infantil, aplicación del programa “Nens en moviment”, orientación diagnóstica, terapia individual, terapia grupal, grupos ambulatorios, grupos específicos para comedores compulsivos.

- Centre ROCAFORT, en Barcelona.

Régimen: Centro de Día + Tratamiento ambulatorio.

Servicios: tratamiento ambulatorio i hospital de día en horario de tardes. Acogen a partir de 12 años. Además de terapia de grupo, servicio de comedor, taller de expresión corporal i taller de “tècniques de relaxació i respiració”. Terapia familiar y grupo de trabajo y apoyo interfamilias. Colabora con el Dr. Soriano.

- Centre CIANE, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Servicios: Trabajo con adultos, terapia individual i grupal para depende qué casos, el grupo es cerrado y dura un curso. Trabajo con familias. Dispone de 2 psicólogos y 1 endocrino.

- TU ERES + CLÍNIC. Tractament integral en TCA, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

- Institut GALTON, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Atienden todas las edades. El responsable es el Dr. Josep Toro, que se encarga de los menores.

- CITTA, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Atienden todas las edades. El responsable es el Dr. Vicente Turón.

- Centre Psicològic GAUDÍ, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Atienden todas las edades. El responsable es el Dr. José Antonio Soriano

- Dr. Sánchez Planells, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Atienden todas las edades. El responsable es el Dr. Sanchez Planells.

- Unitat de Teràpia de Conducta, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Atienden todas las edades. La responsable es Carmina Saldaña

- Centre Mèdic TEKNON, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Atienden todas las edades.

Otros datos de interés: Antoni Soto es psicólogo especialista infanto-juvenil en los TCA.

- Unitat d'Atenció Psicològica, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Dispone de un servicio de atención psicológica integral, para todas las edades.

- Consulta Dr. Carlos Noria Bosch, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Atienden todas las edades.

Otros datos de interés: El ex jefe de la unidad de “Sant Joan de Deu”, atiende a familias, cuenta con psicóloga y psicopedagoga.

- Consulta Dr. Carmina Plà, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Atienden todas las edades.

Otros datos de interés: Dra. en psiquiatría, Doctorada en TCA con el Dr. Toro, ex jefe de psiquiatría del Hospital de Manresa, ex psiquiatra del Centre Alba.

- Consulta Dr. Josep Tomàs, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Otros datos de interés: Es psiquiatra y psicólogo, visita con su mujer, psiquiatra y psicóloga que también visita en “Vall d’Hebró”.

- Consulta Susana Isoleta, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Otros datos de interés: Psicóloga especialista en TCA, orientación dinámica freudiana. Coordinación con psiquiatra. Tiene bibliografía.

- Centre l’eix. Psicólogo Francesc Martínez, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Otros datos de interés: Es un centro genérico, Orientación cognitivo conductual. Terapia individual.

- Consulta Psicóloga Dolores San Juan, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Otros datos de interés: Terapia individual, orientación sistémica humanista.

- Consulta Psicóloga María Oliveras Farrés, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Otros datos de interés: Terapia individual, en grupo, familiar y de pareja.

- Consulta Psicólogo Luis Salar Vidal, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Otros datos de interés: Terapia individual, en grupo, terapéutico y Psicoeducación en trastornos.

- Consulta Psicòloga Brenda Torres Ramírez, en Barcelona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Otros datos de interés: Atención psicológica, evaluación, prevención e intervención para adultos y adolescentes/ Trastornos de la Conducta Alimentaria/ Terapia psicológica de tipo psico-corporal.

- Institut Gomà. Serveis Terapeutics Integrals/ Psicologa ares Anfurns Nomen, en Barcelona.
- ITACA. Centre de psicopedagogía infancia i adolescencia, Montcada i Reixac (Barcelona)

Régimen: Tratamiento ambulatorio. Responsable: Montse Vila.

- Centre Khepra. Unitat de Trastorns Alimentaris i Psicoterapia, Cornellà de Llobregat (Barcelona).

Régimen: Centre de día + Tratamiento ambulatorio.

Servicios: Terapia grupal e individual abordaje conductual sistémico-humanista.

Otros datos de interés: El equipo terapéutico está formado por psicólogos y psiquiatra. Parten de una orientación ecléctica basada en la integración de diferentes enfoques terapéuticos, con el modelo constructivista, el sistemático, el existencial o el enfoque gestáltico.

- Consulta Dr. Pedro Seaviaga, Mataró (Barcelona).

Régimen: Tratamiento ambulatorio

Otros datos de interés: Psiquiatra de orientación psicoanalítica.

- IADA SABADELL, Sabadell (Barcelona).

Régimen: Centre de Día + Tratamiento ambulatorio.

Horario del centro de día: de lunes a viernes de 10,00 a 18,00 h. Se hacen 5 comidas.

Servicios: Se realizan talleres de danza, educación emocional, dinámicas de cohesión, de habilidades sociales y de autoestima; tratamiento psicológico, individual, visitas

médicas, psiquiátricas, terapias familiares, terapias individuales y grupales, servicios de comedor y reeducación alimentaria así como un servicio de terapeutas a domicilio a las horas de las comidas. Se realizan reuniones familiares de manera semanal o quincenal. También hay un servicio de monitores de repaso escolar, el coste del cual es aparte.

Otros datos de interés: Se hace prevención de otras conductas de riesgo.

- UOTA. Unitat d'obesitat i Trastorns Alimentaris, Sant Cugat del Vallès.

Régimen: Hospitalización + Centre de Día + Tratamiento ambulatorio.

Edades que atienden: todas las edades.

Servicios: terapia cognitivo-conductual, enfoque terapéutico EMDR (tratamiento de traumas), apoyo pedagógico, terapia familiar, trabajo con pack de tratamiento.

Responsable: Raúl Martínez.

- UAIC (Unitat d'avaluació i Intervenció en Imatge Corporal), Cerdanyola del Vallès.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Se atienden todas las edades.

Responsable: Rosa M<sup>a</sup> Raich.

- Consulta Dr. Pere Bonet, Manresa.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Horarios: de lunes a viernes a partir de las 15 horas.

- Centre de Psicologia Naia. Psicóloga Elvira Puig i Vilaseca, Manresa.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Otros datos de interés: Terapia familiar, orientación sistémica. Trabaja al "hospital de Sant Pau" con el equipo del Dr. Soriano.

- CATA (Centro de Atención a los Trastornos Alimentarios), Vilafranca del Penedès

Régimen: régimen de hospitalización, hospital de día y tratamiento ambulatorio.

Edades que atienden: 14 a 28 años.

- Gabinet Psicopedagògic, en Tarragona.
- Consulta Marta Farreras, Cubelles.

Terapeuta humanista. Colabora con otros profesionales y hacen diversos talleres por personas con TCA gratuitos a Cubelles.

- IDN - Institut Europeu de Neurociencies, Barcelona.

Régimen: Hospital de día, Tratamiento ambulatorio.

- Clínica Bofill, Girona.

Régimen: Centro de Día, Tratamiento ambulatorio.

Horarios Hospital de día: de lunes a viernes de 9.00 a 18.30 h y martes hasta las 20 horas.

Atienden a pacientes de todas las edades.

Servicios: Hospital de día, terapia individual, servicios de diagnóstico gratuito, grupos de autoayuda para familiares y afectados, programas de prevención, tratamiento terapéutico y psiquiátrico, talleres de expresión corporal y de autoestima.

- TU ERES + CLÍNIC. Tractament integral en TCA, Girona.
- SETCA (Servei Especialitzat en Trastorns de la Conducta Alimentària), Girona.

Régimen: Tratamiento ambulatorio.

Servicios: Tratamiento médico y psicológico de la anorexia, bulimia, trastorno por atracón y obesidad infantil, aplicación del programa “Nens en moviment”, orientación diagnóstica, terapia individual, terapia grupal, grupos ambulatorios, grupos específicos para comedores compulsivos.

- ACAB (Asociación que pertenece a FEACAB), Barcelona.

Horario: de lunes a jueves de 9 a 21 h y viernes de 9 a 14 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares dirigidos por voluntarios, cursos y talleres, conferencias, programas de sensibilización y prevención, biblioteca y documentación.

#### **- Recursos para los TCA en Islas Baleares**

- Hospital de Son Espases, en Mallorca.

Dispone de una UTCA con 8 camas para ingreso y un HD (10 a 12 plazas) para todas las edades. El horario del HD es de lunes a viernes de 8.30 a 15.00 h.

- ACABB (Asociación que pertenece a FEACAB), Palma de Mallorca.

Horario: miércoles de 16:00 a 19:00 h y horas convenidas.

GAM: miércoles de 19:00 a 21:00 h

Servicios: no atienden a comedores compulsivos. No hace falta ser socio. Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos, conferencias, atención dietética, programas de prevención, biblioteca y documentación, colaboración con el “Proyecto Hombre”.

- ASAB (Asociación que pertenece a FEACAB), Menorca

Horario: de lunes a viernes de 9 a 13 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Cobran los servicios terapéuticos. Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos, conferencias, atención dietética, programas de prevención, biblioteca y documentación. Comedor de día.

#### **- Recursos para los TCA en la Comunidad Valenciana**

- Hospital Universitario la Fé, en Valencia.

Dispone de UTCA (10 camas) y HD (15 plazas) para mayores de edad. De lunes a viernes, en horario de mañanas y tardes.

- Fundación ABB (Valencia, Castellón y Alicante)

Servicios: Tratamiento individual y grupal. Centro de día.

- ACABA (Asociación que pertenece a FEACAB), Alicante.

Horario: miércoles de 18.00 a 20.00 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Información i orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para a familiares i afectados dirigidos por psicólogos, conferencias, programas de prevención.

- Asociación AVCOTA, Valencia.

Horario: de lunes a viernes de 17:00 a 20:00 h.

Servicios: atienden todos los TCA, charlas, información y orientación, grupos de autoayuda para familiares y afectados, dirigidos por psicólogos, y talleres de autoestima.

- AVALCAB (Asociación que pertenece a FEACAB), Valencia.

Horarios: lunes martes, miércoles y viernes de 9.30 a 14.30 h y de 16:30 a 20:30 h.

Servicios: atienden todos los TCA, GAM, charlas, información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos, cursos y talleres.

#### **- Recursos para los TCA en la Comunidad de Castilla y León**

- Hospital Divino Valle, en Burgos.

Dispone de 10 camas y HD (8 a 10 plazas) para todas las edades, con horario de mañana y tarde.

- Hospital Clínico Universitario, en Valladolid.

Dispone de una planta de Psiquiatría Infanto-Juvenil (hasta los 18 años) con 8 camas y un HD que funciona desde 2008.

- Unidad Salmantina de Trastornos Alimentarios. USTA, Salamanca.

Servicios: Posibilidad de piso tutelado en casos graves, seguimiento control, psicoterapia, control psiquiátrico, sesiones individuales, terapia grupal, talleres, escuela de padres y familias, comedor terapéutico.

- ADEFAB (Asociación que pertenece a FEACAB), Burgos.



Horario: lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de 10:00 a 12:00 h. Y lunes de 17:00 a 20.00 h.

Servicios: Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos, talleres de prevención.

- Asociación ASTRA, Salamanca.

Horario: lunes y miércoles de 18:00 a 20:00 h. Lunes a viernes de 9.30 a 10.30 h.

GAM: 2º, 3º y 4º miércoles de mes.

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares dirigidos por psicólogos, cursos y talleres, conferencias, programas de prevención, biblioteca y documentación, seminarios.

- JUNCOELLA (Asociación que pertenece a FEACAB), León.

Horario: 10 a 22 h de lunes a viernes.

Servicios: Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda.

- ACLAFEBA (Asociación que pertenece a FEACAB), Valladolid.

Horario: de lunes a viernes de 17:00 a 20:30 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos y voluntarios, conferencias, terapias individuales y grupales, atención dietética, programas de prevención, biblioteca y documentación.

- AZAYB (Asociación Zamorana contra Anorexia y Bulimia), Zamora.

Horario: de lunes a jueves de 17:00 a 20:00 h.

Servicios: Información y orientación. GAM en proyecto. Actividades diversas. Formación.

#### **- Recursos para los TCA en la Comunidad de Castilla La Mancha**

- Hospital Perpetuo Socorro, en Albacete.

Existe una UTCA con 4 camas, para todas las edades. También hay un HD con 15 plazas, que funciona de lunes a viernes, en horario de mañana y tarde.

- Hospital Virgen del Carmen, en Ciudad Real.

En el que también hay una UTCA con 4 camas para todas las edades y un HD con 14 plazas.

- Hospital Virgen de la Cruz, en Cuenca.

Dispone de UTCA a partir de los 14 años, pero no tienen camas específicas, se ingresan si es necesario. No hay HD.

- Asociación ADEFAB, Albacete.

Horario: de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 h.

Servicios: No atienden a comedores compulsivos. Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos y nutricionistas, cursos y talleres, conferencias, terapias grupales, atención dietética, comedor de día, programas de prevención, biblioteca y documentación.

- Asociación ADANER, Ciudad Real.

Horario: de lunes a viernes de 16:00 a 20:00 h. Por las mañanas sólo atienden por teléfono.

Servicios: no atienden a comedores compulsivos. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares dirigidos por psicólogos especializados, cursos y talleres, conferencias, terapias individuales y grupales, comedor de día, programas de prevención, biblioteca y documentación.

- Asociación ADANER, Guadalajara.

Servicios: Información y orientación.

- Asociación ADABAL, Guadalajara.
- Asociación AFEBAC, Cuenca.

Servicios: información, asesoramiento, orientación a familiares y enfermos, terapias corporales (yoga y talla de madera), actividades de prevención y promoción de la salud y ayuda psicológica individual y familiar. Ocio y tiempo libre.

- ABUCAMAN (Asociación San José), Toledo.

Servicios: información, asesoramiento, orientación a familiares y enfermos.

#### **- Recursos para los TCA en Extremadura**

- ADETAEX (Asociación que pertenece a FEACAB), Badajoz.

Horario: contactar por teléfono

Servicios: Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares, talleres escolares, grupos sociales.

- ADETAEX (Asociación que pertenece a FEACAB), Cáceres.

Horario: se reúnen los primeros jueves de mes de 19:30 a 20:00 h.

Servicios: no atienden a comedores compulsivos. Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares dirigidos por psicólogos, conferencias.

- ADETAEX (Asociación que pertenece a FEACAB), Mérida.

Horario: se reúnen los primeros jueves de mes de 19:30 a 20:00 h.

Servicios: no atienden a comedores compulsivos. Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares dirigidos por psicólogos, conferencias.

#### **- Recursos para los TCA en Murcia**

- Asociación ADANER, Murcia.

Horario: de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 h. Miércoles de 16:00 a 20:00 h.

Servicios: no atienden a comedores compulsivos. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos y psiquiatras, cursos, conferencias, terapias individuales y grupales, atención dietética, programas de prevención, biblioteca y documentación, tratamiento por imagen virtual para personas afectadas.

## **- Recursos para los TCA en Andalucía**

- Hospital Provincial de Almería, Almería.

Atienden a pacientes e todas las edades. Hay una UTCA, con 10 camas y un HD con 18 plazas, en horario de lunes a viernes, mañana y tardes.

Disponen de todas las condiciones para tratar los trastornos de la alimentación.

- Hospital General Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Atienden a mayores de 18 años, de lunes a viernes de 9:00 a 21:00 h. Pueden ingresar pacientes graves, pero no hacen terapias con ellos. Hacen consultas externas con terapias individuales. Disponen de grupos de ayuda para familiares. (Consultas externas). No hay HD.

- Hospital Vázquez Díaz, Huelva.

Dispone de una UTCA, con un número de camas variable, en la que atienden a mayores de 18 años. Pueden ingresar pacientes graves pero no hacen terapias con ellos. Hacen consultas externas con terapias individuales. Disponen de grupos de ayuda para familiares. (Consultas externas). No hay HD.

El Hospital Gral. Juan Ramón Jiménez y el Hospital Vázquez Díaz trabajan en cooperación.

- Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla.

No tienen Unidad de Trastornos Alimentarios propiamente dicha, pero sí pueden disponer de alguna cama cuando hay una persona grave y pueden hacer terapias individuales (Las camas pertenecen a psiquiatría general). Atienden a mayores de 18 años. Tampoco dispone de HD.

- Hospital Infanta Luisa, Sevilla.

No dispone de UTCA específica, sino de un número de camas para pacientes con TCA. La edad de los pacientes que ingresan depende del criterio del doctor Jáuregui, siendo la vía de acceso a dicho hospital, su consulta privada.

- ADAB (Asociación que pertenece a FEACAB), Cádiz.

Horario: de 9.30 a 14:00 h y de 17:00 a 20:00 h.

Servicios: Apoyo psicosocial, prevención y promoción; integración social; asistencia social, ocio y tiempo libre; asistencia sanitaria; asistencia nutricional.

- Asociación ADANER, Granada.

Horarios: de lunes a viernes de 10:00 a 13:00 h.

Servicios: atienden todos los trastornos de TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos y voluntarios, cursos y talleres, asesoramiento dietético, programas de prevención, biblioteca y documentación, campamentos terapéuticos de invierno y verano, encuentros interprovinciales entre afectados. Escuela de padres.

- Asociación ADANER, Huelva.

Horario: 10:30 a 14:00 h y de 17:00 a 20:00 h de lunes a viernes.

Servicios: no atienden a comedores compulsivos. Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares dirigidos por psicólogos y psiquiatras, conferencias, programas de prevención. Hospital de día: Hospital Vázquez Díaz en el que también ofrecen terapia ocupacional.

- Asociación ADANER, Jaén.

Horario: viernes de 18:00 a 21:00 h.

Servicios: no atienden a comedores compulsivos. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares afectados dirigidos por psicólogos, conferencias, terapias individuales y grupales, atención dietética, programas de prevención, campamentos de verano y centro de prácticas universitarias.

- Asociación ADANER, Málaga.

Horario: lunes, martes y miércoles de 10:00 a 13:00 h y de 17:00 a 19:30 h.

Información y asesoramiento mediante citas personalizadas.

GAM: viernes de 17:00 a 20:00 h en Centro social de Servicios Sociales.

Servicios: Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos, cursos y talleres, conferencias, programas de prevención.

Todas las personas que colaboran en Adaner Málaga son voluntarias.

- Fundación ABB, Málaga.

Atienden todos los TCA en todas las edades.

Servicios: información y orientación, diagnóstico, atención ambulatoria y hospital de día, equipo interdisciplinario completo, consultas externas.

- Asociación ADANER, Sevilla.

Horario: de lunes y viernes de 17:00 a 20:00 h. Martes a partir de las 18 horas (información y cita)

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos.

- Fundación ABB, Sevilla.

Servicios: información y orientación, diagnóstico, atención ambulatoria y hospital de día, equipo interdisciplinario completo, consultas externas.

#### **- Recursos para los TCA en Islas Canarias**

- Hospital Universitario de Canarias, en Santa Cruz de Tenerife.

Dispone de 2 camas para menores de 18 años. No hay HD.

- GULL-LASÉGE (Asociación que pertenece a FEACAB), Las Palmas.

Horario: de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 h. Martes y jueves de 14:00 a 20:00 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, grupos de autoayuda para familiares dirigidos por psicólogos, conferencias, terapias individuales y grupales, atención dietética, programas de prevención, tratamiento ambulatorio con psicólogos, asesoramientos familiares y cursos de formación.

- ALABENTE (Asociación que pertenece a FEACAB), Tenerife.

Horario: de lunes a viernes de 8.30 a 16.30 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por psicólogos, cursos y talleres, conferencias, terapias individuales y grupales, atención dietética, comedor de día, programas de prevención, biblioteca y documentación.

Cobran los servicios de terapia y de comedor de día, evaluando el nivel de ingresos familiares. Centro de día con afectados.

#### **4. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA**

##### **4. 1. Papel de la enfermera en los TCA**

La enfermera, sobre todo la especialista en Salud Mental, puede actuar en la atención a los TCA desde cualquier nivel: desde la prevención, pasando por el diagnóstico, hasta el tratamiento y rehabilitación. Según la bibliografía existente y más actualizada, y las entrevistas realizadas a profesionales que trabajan en unidades de Salud Mental, la enfermera desempeña un papel muy importante en la atención a los pacientes con este tipo de trastornos. Como hemos visto, se necesita un equipo multidisciplinar para la asistencia a los TCA, integrado por psiquiatras, psicólogos, endocrinos, nutricionistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, auxiliares administrativos. Cada uno de estos profesionales desempeña sus funciones propias, siendo todos ellos fundamentales, pero desde que se reconoce la especialidad de Enfermería en Salud Mental, el papel de esta profesión ha adquirido gran relevancia, de manera que cada vez adquieren más competencias y se les permite intervenir con pacientes con estos trastornos.

Uno de los aspectos en los que más interviene la enfermería en relación con los TCA es en la prevención. Para ello es preciso realizar programas de prevención y promoción de la Salud desde los ámbitos familiares, educativos y sociales.

Como disciplina que se interesa por el bienestar integral de las personas, la enfermería centra su acción en la familia, a través de la promoción de salud, la educación, el fomento del autocuidado de sus miembros y en las intervenciones específicas según las necesidades vitales.

En los últimos años se han venido desarrollando diferentes estudios que pretenden abordar el problema desde la prevención. La mayoría de los programas de prevención buscan reducir la probabilidad de que se desarrollen TCA al reducir la intensidad de los factores de riesgo o al prevenir que éstos se vuelvan más graves.

Algunas intervenciones de prevención que lleva a cabo la enfermera de Salud Mental son:

- Enseñar y educar desde la infancia, en la familia y en los centros escolares, a llevar una vida saludable inculcándoles hábitos de alimentación sana y de actividad física adecuadas a sus facultades.
- Ayudarles con comprensión y confianza a conocer su propia realidad biológica y psíquica, sus capacidades y limitaciones infundiéndoles seguridad en sus propios valores, de forma que puedan sentirse a gusto consigo mismas y se acepten como realmente son.
- Fomentar la autonomía y criterios capaces de evitar que los excesivos mensajes de los medios de comunicación y la publicidad sobre una imagen corporal falsamente perfecta, se convierta en una meta a conseguir y en un modelo que se olvida de los valores integrales de la persona.
- Es muy conveniente realizar las comidas en familia, a ser posible nunca en solitario, aprovechándolas para una verdadera comunicación y contacto.
- Evitar proponerles metas académicas, deportivas, o estéticas inalcanzables con arreglo a su capacidad mental o constitución física, ya que ello les podría producir una disminución de su autoestima.
- Si precisan perder peso por razones de salud, hacerlo siempre con un estricto control médico. Si manifiestan su deseo de perder peso innecesariamente o comienzan a reducir su alimentación y ante la más mínima sospecha de pérdida excesiva o reducción anómala de su alimentación, consultar con especialistas de atención primaria.
- Es preciso saber que la preocupación continua por la comida en este tipo de trastornos alimentarios se convierte en algo obsesivo, que la persona no puede



dejar de hacerlo con el consiguiente sentimiento de confusión y estados de ansiedad y depresión.

Cuando ya se haya detectado el trastorno alimentario, es importante que la enfermera transmita la calma y el sosiego para la búsqueda de soluciones, y para ello, es importante hacerle entender a la familia que no debe culpabilizarse ni recriminarse por estas conductas. Todo ello ayudará a una mayor eficacia. En estos casos también desempeña un papel fundamental a la hora enseñarles a buscar ayuda a través de los dispositivos sanitarios, los recursos disponibles y cómo acceder a ellos.

Es conveniente informarles sobre asociaciones de familiares con personas afectadas o grupos de ayuda mutua para intentar mejorar la atención a estos problemas, y sensibilizar a la sociedad sobre este tipo de enfermedades. Estas asociaciones realizan acciones reivindicativas para conseguir una mejor asistencia médica y psicológica denunciando a los medios de comunicación por la utilización de mensajes negativos.

Otra de las principales intervenciones que desde la enfermería se realiza en el tratamiento de los TCA se establece en la psicoeducación familiar, aspecto indispensable en la mayoría de tratamientos en Salud Mental. La psicoeducación familiar es uno de los elementos nucleares del tratamiento interdisciplinar de los TCA, clave para conseguir su plena recuperación, así como para disminuir la severidad y el riesgo de recaídas. De manera específica, para la AN, las principales guías clínicas aprobadas por los organismos de mayor prestigio científico, tales como la *National Institute for Health and Clinical Excellence* y la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de Conducta Alimentaria del Sistema Nacional de Salud*, incorporan entre sus recomendaciones con distintos niveles de evidencia las intervenciones que incluyen a la familia. En el Hospital de Día de Adolescentes (HDAd) de la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT), en Sabadell (Barcelona) la intervención con los cuidadores principales de los usuarios atendidos por AN se considera uno de los ejes fundamentales del tratamiento interdisciplinar, para establecer una relación terapéutica que facilite reducir la emoción expresada de estas familias, así como para favorecer la recuperación del trastorno.

A este efecto, se ha establecido un programa de entrevistas individuales semanales de enfermería con los cuidadores, donde se favorece la comprensión del trastorno, el manejo de la conducta alimentaria del paciente, la escucha activa y la resolución de las

dificultades planteadas por la familia en la comprensión y el cumplimiento de las intervenciones que se realizan.

Aunque no se ha localizado bibliografía específica en la educación familiar por parte de enfermería en AN, algunos estudios enfermeros se han dirigido hacia la comprensión de los factores que pueden influir en la intervención terapéutica y la percepción que el usuario tiene del rol de la enfermera en la recuperación.

Ante las demandas y necesidades familiares, durante el tratamiento se establecieron distintas intervenciones específicas, que se realizaron de modo individual por parte de la enfermera, y encaminadas a la resolución de los problemas planteados. Estas intervenciones se han agrupado en cuatro categorías, atendiendo a las conductas objetivo a modificar.

Intervención en la mejora de la estructura de los hábitos alimentarios familiares. Esto es, implementación de pautas educativas para el establecimiento de los horarios de las comidas, para llevar a cabo el control externo por parte de los cuidadores, para comer usando los utensilios necesarios y no manipular el alimento.

Intervención en pautas nutricionales sobre alimentación sana y equilibrada. Esto es, refuerzo individual sobre la necesidad de consumo de algunos grupos alimentarios evitados, psicoeducación en necesidades nutricionales propias de la etapa evolutiva y del número de ingestas necesarias a realizar.

Intervención en la elaboración de dieta individualizada. En los casos en que se ha solicitado explícitamente por parte de los cuidadores o donde se objetiva, a partir de los registros alimentarios, ciertas carencias a nivel nutricional.

Intervención en pautas conductuales básicas para el manejo eficiente de conductas disruptivas en el domicilio. Esto es, implementación de pautas dirigidas a la reducción de conductas problemáticas (extinción, contratoconductual, costo de respuesta), así como al desarrollo de conductas positivas y adaptadas (refuerzo positivo).

La intervención enfermera con los cuidadores principales se dirige a modificar las conductas familiares poco favorecedoras de la recuperación del trastorno, identificando a la familia como co-terapeuta esencial para la motivación al cambio, reduciendo la negación familiar del trastorno y aumentando su implicación en el tratamiento.

Establecer una relación terapéutica adecuada en el ámbito hospitalario, utilizando técnicas y estrategias que favorezcan tanto la comprensión y asimilación de las pautas, como la expresión de sus necesidades, es un elemento clave en el tratamiento de la AN. Para ello, se deben inhibir las respuestas familiares de sobreprotección y elevada emocionalidad, que dificultan la integración de las aportaciones enfermeras a la recuperación de peso en la AN (normalización, estructura y responsabilidad), según el análisis realizado en un reciente estudio dirigido por Van Ommen et al<sup>127</sup>.

Cyr<sup>128</sup> propone que entre las funciones nucleares que debe ejercer la enfermera en la terapéutica de los TCA está la de educar a la familia en la prevención de conflictos. Este es, por tanto, un aspecto que pese a su dificultad, se ha incorporado en la intervención enfermera con pacientes con AN, pues permite que los cuidadores tengan una percepción de mayor autoeficacia en el control de la conducta de su hija, sea por la autoobservación de su mayor competencia, por el refuerzo positivo/motivación incondicional que le transmite la enfermera, o por ambos elementos. Para poder abordar de forma conjunta todas las dificultades que expresan las familias se ha elaborado una guía para cuidadores, un documento básico que permite integrar los distintos abordajes planteados en los casos estudiados. El dossier incluye información explícita sobre los objetivos terapéuticos del ingreso en hospitalización parcial, sobre cómo cumplimentar los registros alimentarios, sobre cómo elaborar una dieta equilibrada para la etapa evolutiva adolescente, así como muestras de ejemplos de cada una de las ingestas programadas, con visualización gráfica de las preparaciones alimentarias y, finalmente, un ejemplo semanal de la dieta tipo en los ingresos para recuperación de peso. En conclusión, la propia práctica clínica pone en evidencia que la enfermera tiene un papel destacado en la psicoeducación familiar de la AN, ofreciendo unos cuidados centrados en la escucha activa y las técnicas motivacionales, que aumentan la percepción y capacidad de afrontamiento ante las diferentes dificultades que se presentan en el transcurso del trastorno.

Según los últimos estudios realizados sobre el tratamiento basado en la familia en los TCA, la incorporación de la Terapia Familiar en la terapia cognitivo conductual (TCC, en adelante) suele ser efectiva.

La TCC ha sido descrita como el tratamiento con mayor efectividad en la BN, pero no se puede trabajar en todos los casos, pudiendo provocar un aumento de las

características restrictivas de alguno de ellos. Respecto a la AN, no parece posible recomendar un enfoque terapéutico específico con los estudios realizados hasta ahora.

Esta terapia aborda diferentes áreas: fisiológica (aspectos relacionados con la tensión y las manifestaciones fisiológicas), cognitiva (interpretaciones irracionales y negativas sobre sí misma y sobre su entorno) y comportamental (evitación y afrontamiento incorrecto de situaciones). En definitiva, la TCC se basa en técnicas orientadas a la resolución de problemas, entrenamiento de habilidades sociales, técnicas de relajación y reestructuración cognitiva, complementadas, en algunos centros, con grupos de autoayuda. Su finalidad es interrumpir el ciclo “dieta restrictiva-violación de la dieta-episodio de voracidad-conducta purgativa”, re-estableciendo una adecuada alimentación y un estado nutricional óptimo; reducir las restricciones alimentarias continuadas; y mantener el cambio después del tratamiento.

Existen una serie de inconvenientes acerca de esta terapia: es un tratamiento muy especializado; necesita un espacio de tiempo considerable (16-20 sesiones semanales, de hora u hora media), y su oferta es insuficiente para absorber la demanda generada por un problema con una incidencia creciente. En definitiva numerosos estudios muestran la eficacia de la TCC en pacientes con BN, aunque muchos de ellos proponen la incorporación de otras técnicas, como es la introducción de un manual de autoayuda guiada, obteniendo buenos resultados.

### **Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante una intervención enfermera a través de Internet**

El uso de Internet con pacientes se viene desarrollando en los últimos años a un ritmo muy rápido. Diferentes intervenciones se han llevado a cabo utilizando la Web, tanto en enfermedades físicas (cáncer, diabetes, tabaquismo, alcoholismo, asma...) como mentales (fobia social, AN, depresión, trastorno de pánico, insomnio en pacientes mentales...). Del mismo modo, Internet también es utilizado por los pacientes como soporte terapéutico mediante la participación en foros de discusión y grupos de autoayuda, en distintas enfermedades. Existen diferentes experiencias en el contexto preventivo de los TCA que se han realizado a través de Internet con resultados esperanzadores. El uso de nuevas tecnologías (intervención telefónica, e-mail, Internet, CD-ROM, técnicas de realidad virtual, etc.) en el campo de los TCA no sólo se hace en el contexto preventivo sino también en el tratamiento y recuperación de estos pacientes.

El hecho de que la incidencia de los TCA haya ido aumentando en los últimos años así como los elevados costes sanitarios que se desprenden de estudios realizados en la Comunidad Autónoma de Madrid nos llevan a destacar la necesidad de adoptar medidas de prevención que puedan reducir la incidencia de estas patologías. Estas medidas preventivas deben incidir en los factores modificables que condicionan la aparición de la enfermedad (comunes en gran parte de la población afectada), reduciendo la intensidad de los factores de riesgo o impidiendo que éstos se vuelvan más graves. Mediante escalas de valoración, se pueden detectar aquellos sujetos que están en riesgo de desarrollar un TCA.

En los últimos años se ha producido un cambio en la concepción de los TCA por parte de la población general, pasando de ser una patología que sólo parecía afectar a unos pocos a constituir un preocupante problema de salud pública que lleva consigo una cierta alarma social, lo que ha aumentado la demanda de medidas de abordaje del problema, fundamentalmente desde la prevención, ya sea aplicando normativas en los medios de información y en publicidad, desarrollando programas escolares, etc.

En este contexto, los profesionales de Enfermería disponen de la cualificación necesaria para llevar a cabo programas de tipo preventivo. Dadas las características epidemiológicas de los TCA, el medio educativo es un buen entorno para implantar estos programas, e Internet un buen vehículo para aplicarlos.

En la actualidad, la evidencia publicada en la literatura es limitada como para sugerir que un tipo particular de programa es efectivo para prevenir los trastornos de la alimentación, pero se han obtenido algunos resultados esperanzadores en las experiencias realizadas tanto en prevención primaria como en prevención secundaria, y es necesario continuar investigando en este sentido.

El desarrollo de nuevos espacios de actuación para la Enfermera Especialista en Salud Mental viene a impulsar el reconocimiento de esta profesión como pieza fundamental en la prevención, seguimiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

Al conseguir prevenir la aparición de estos trastornos, este coste sanitario y social disminuye notablemente, optimizándose por tanto los recursos existentes.

Además de evitar un TCA, las jóvenes que participan en este nuevo método de prevención adquieren una serie de conocimientos y habilidades prácticas que les

permitirán mantener una buena salud física y mental, como hábitos alimentarios adecuados, potenciación de su autoestima, capacidad para afrontar problemas de la vida diaria.

Pero no sólo las enfermeras pueden desarrollar esta labor. Todas las personas relacionadas con la educación también tienen un papel importante en la detección precoz de estos trastornos, observando los comportamientos, cambios emocionales y de aspecto físico que pueden hacer pensar en este tipo de trastornos alimentarios, desde el ámbito escolar.

Es preciso por lo tanto reorientar desde la escuela las ideas erróneas sobre la percepción de un cuerpo saludable, que no tiene que ser excesivamente delgado.

En la escuela se pueden observar fácilmente cambios físicos y psicológicos que van a hacernos reflexionar sobre chicas que están comenzando a padecer TCA.

Los adelgazamientos exagerados o muy rápidos, la palidez, tristeza, signos de ejercicio físico agotador, aislamiento, incomunicación son signos de que puede haber problemas.

Es fundamental potenciar la autoestima, ofrecer modelos humanos no estereotipados y favorecer positivamente las diferencias estableciendo medidas de acción positiva para compensar posibles situaciones de menosprecio en el ámbito escolar.

La prevención en la escuela va a consistir fundamentalmente en desarrollar habilidades personales y sociales, potenciar hábitos y actitudes saludables, así como promover una acción responsable y solidaria con la comunidad.

A través del denominado "currículum oculto" es decir los valores y actitudes que se encuentran de forma implícita en el quehacer cotidiano de las clases, conducta del profesorado repartición de papeles etc., se puede influir también positiva o negativamente en los trastornos de alimentación.

Es preciso que los programas que se desarrollen para esta prevención contengan mensajes positivos y no excesivamente dramáticos.

Respecto a materiales didácticos pueden recurrirse a cosas muy sencillas que pongan de relieve el atractivo del cuerpo humano en todos sus aspectos, buscar muñecos/as menos

estilizados que la Barbie, utilizar recortables con la figura humana sobre todo la femenina más redondeada y cubrirla con ropas divertidas.

En adolescentes, se puede trabajar mediante películas con protagonistas que no sean delgados/as y que planteen de forma muy explícita problemas con la ropa, las amistades, la familia, sus conflictos emocionales, etc. Que dichos protagonistas vayan evolucionando en la recuperación de su autoestima, que su propia identificación sea más positiva, que se les vea cada vez más guapos/as (pero no más delgados/as), que vayan consiguiendo las metas que se proponían y que tenga un final feliz.

Al finalizar la película, se puede desarrollar una charla por profesionales de Salud mental expertos en el tema de estos trastornos y establecer coloquios entre el alumnado.

Experiencias de este tipo se han llevado a cabo en varios institutos de enseñanza secundaria, las cuales parecen haber sido positivas.

Las chicas suelen expresar los problemas socioculturales de su anhelo de delgadez, mientras que a los chicos se les alerta de los peligros que supone el excesivo culto al cuerpo para hacerles conscientes del daño que se produce y se sufre al ridiculizar a las personas por su aspecto físico.

Otro método interesante es leer testimonios de jóvenes que han sufrido estos trastornos y los han resuelto. Se pueden ver programas de TV, estudiar anuncios publicitarios, obras de teatro, películas para discutir en grupo todos estos aspectos.

Además de las intervenciones anteriores, en determinados dispositivos asistenciales, como por ejemplo, el HD o las consultas ambulatorias de Salud Mental, la Enfermera desempeña otras tareas, como: administración y control de medicación, cuidados físicos y la realización de los talleres de: Habilidades Sociales, Habilidades de la Vida Diaria, Taller de Salud, Taller Expresivo y Relajación.

Además existen unas funciones comunes a todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental, que son entre otras: contención, facilitar un entorno seguro, escuchar y transmitir la información a sus terapeutas.

## 4. 2. Valoración enfermera

Desde el punto de vista de la valoración enfermera, en los TCA podemos encontrar alteraciones en todos los patrones. En la mayoría de los dispositivos sanitarios consultados (tanto en la bibliografía como en las entrevistas) se emplea el modelo de Marjory Gordon.

### Nutricional-metabólico

-La valoración física tiene que ver con el control del índice de masa corporal (IMC), que es el resultado de dividir el peso por la talla al cuadrado, y con el deterioro nutricional (hipotermia, deterioro de la integridad cutánea, de la mucosa oral, de la dentición y fragilidad capilar).

-La valoración de hábitos tiene que ver con la actitud en la mesa (ritmo de ingesta lento o muy rápido, manipulación de los alimentos –los tiran, esconden, esparcen por el plato-), negación a comer determinados alimentos (grasas, fritos, azucarados) y el tipo de dieta que siguen (normalmente desequilibrada). Para valorar la gravedad de estos aplicamos algunos cuestionarios validados (Bulimia Test of Edimburg –BITE- de Henderson y Freeman, 1987; y Eating Attitudes Test -EAT-40- de Garner y Garfinkel, 1979) y otros de construcción propia.

-La valoración de la ingesta, tanto de alimentos como de líquidos –sobre todo agua-, realizada a través de registros familiares, donde el profesional contrasta lo que la paciente considera que come con lo que considera la familia.

### Percepción/Mantenimiento de la Salud

Esta valoración está relacionada con el mantenimiento de hábitos higiénicos saludables y de hábitos terapéuticos adecuados. Para valorar el segundo aspecto se debe explorar la conciencia del trastorno, la aceptación de éste y la voluntad de colaborar en el tratamiento.

Es importante tener presente el modelo de Virginia Henderson cuando propone la valoración de las necesidades en función del aspecto que falla en el paciente: conocimiento, fuerza y voluntad. La función de la enfermera es suplir o ayudar a suplir el aspecto que falla. En estas o estos pacientes no suele existir conciencia del trastorno



y, por tanto, falla la voluntad, por lo que se tendrá que crear una alianza con los padres para que ellos sean los que ejecuten los cuidados.

#### Actividad-ejercicio

-La valoración de este patrón suele estar relacionado con un excesivo gasto de energía. Aunque dentro de un estilo de vida saludable es necesario incluir el ejercicio físico y el objetivo es que la paciente lo incluya, el momento va a depender del IMC. Este parámetro relaciona el peso con la talla y establece el riesgo de la persona para realizar ejercicio físico. Lo habitual es que en las conductas restrictivas se encuentre bajo peso y se recomiende a la familia prohibir el ejercicio. En las conductas con atracones y purgas, lo habitual es que el IMC esté en valores normales o muy cercanos y por tanto el ejercicio físico es recomendable si no hay otras alteraciones.

#### Sueño-descanso

-La valoración de este patrón está relacionado con la dificultad para conciliar el sueño: sueño muy ligero, sueño interrumpido o pesadillas. Independientemente de que el insomnio pueda ser tratado con hipnóticos (prescritos por el psiquiatra), la enfermera de salud mental puede prescribir cuidados inductores del sueño nocturno: técnicas de relajación, musicoterapia, lecturas, ambiente que favorezca el descanso (ausencia de ruidos), evitar el consumo de estimulantes (tabaco, alcohol).

#### Cognitivo-perceptivo

-La valoración de este patrón tiene que ver con una alteración en las percepciones sensoriales relacionadas con sensaciones corporales internas:

+sensación de plenitud aunque coma poco,

+percepción de que lo que come va directamente a una zona del cuerpo,

+incapacidad para diferenciar las emociones negativas de las sensaciones físicas.

+También en el nivel cognitivo se explora el perfeccionismo y la autoexigencia. Habitualmente el perfeccionismo y la autoexigencia se suelen dar en aquellas o aquellos pacientes que presentan conductas restrictivas.

#### Auto percepción-autoconcepto

-La valoración de este patrón está en relación con la imagen corporal y la autoestima. Existen cuestionarios validados para valorar la imagen y la autoestima (Body Shape Questionnaire -BSQ- de Cooper, Taylor y Cooper y Faiburn, 1987; y la escala de autoestima de Rosenberg, 1967). La imagen corporal se suele percibir distorsionada, aumentada y suele ser un motivo de autodesvaloración. Esta falta de valoración física también influye en la baja autoestima.

#### Rol y Relaciones

-Exploramos el ambiente familiar, el tipo de comunicación o la falta de ella en la familia, la aceptación del proceso de autonomía y de diferenciación de los hijos, los estilos de relación, etc. Es importante ayudar a la familia a entender que se da una paradoja. Cuando una familia tiene una hija enferma, por ejemplo, tiende a cuidarle y a protegerle porque enfermedad o trastorno es sinónimo de necesidad de cuidados; pero a la vez, esa protección frena el proceso de autonomía que ayuda a la persona a ser adulta. Por ello, tanto la valoración de los lazos familiares como la explicación a la familia del proceso en el que están inmersos requiere de intervenciones de cuidados especializadas.

#### Sexualidad/Reproducción

-Las pacientes que presentan conductas restrictivas suelen manifestar rechazo o pérdida de interés en el sexo. Mientras que las personas con conductas purgativas, mucho más abiertas e impulsivas, presentan conductas normales o incluso promiscuidad (que responde la mayoría de las veces a un intento de obtener valoración de los iguales y autoafirmación).

#### Adaptación-Tolerancia al estrés

-La evaluación de este patrón se debe realizar en el paciente y especialmente en la familia. Normalmente los padres, y más intensamente las madres, suelen presentar un alto grado de ansiedad en relación a la dificultad en el manejo con la hija o el hijo problemático.

Suele existir una fuerte tensión emocional y presión en la familia. La carga familiar en patologías crónicas, estudiada por muchos autores, es alta. Asociada a la ansiedad y a la depresión, produce un cansancio en el rol del cuidador que hace que maneje con dificultad la expresión de la emoción: excesiva protección y alto criticismo.

### **4. 3. Plan de cuidados**

El plan de cuidados estandarizado que a continuación se desarrolla es el que actualmente se utiliza en la mayoría de los centros especializados en TCA. Se basa en la definición de enfermería de Virginia Henderson “la única función de la enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo a realizar aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación”.

Se pretende que sea un instrumento de garantía para la persona y familia afectadas para que ante un mismo problema, a cualquier persona y cuidadores/as se les dé una misma respuesta y define la aportación enfermera al proceso asistencial integrado en Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Nos va a permitir elaborar un plan de cuidados individualizado a medida, ajustado a las necesidades y situación específica de cada persona afectada y familia, a su estilo de vida, cultura y creencias sobre la salud. Sirve de guía para la planificación de los cuidados para su implementación en los dispositivos de la red de salud mental y centros de Atención Primaria de acuerdo a su nivel de resolución.

Se han incluido los problemas que con más frecuencia pueden presentar estas personas y sus cuidadores/as durante el curso de la enfermedad, cuyo potencial de resolución depende de los conocimientos y actividades de las enfermeras, que intervienen de forma autónoma o en colaboración con otros profesionales. Para la descripción de estos problemas se ha utilizado las etiquetas de la taxonomía NANDA y las manifestaciones y relacionados que con más frecuencia se pueden presentar. Los criterios e indicadores que nos permitan evaluar la evolución de estas personas de acuerdo a los resultados esperados siguiendo la clasificación NOC y las intervenciones y actividades requeridas, de acuerdo con la clasificación NIC.

#### **DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS**

00118 Trastorno de la imagen corporal

00052 Deterioro de la interacción social

00079 Incumplimiento del tratamiento (especificar)

00074 Afrontamiento familiar comprometido

## RESULTADOS

1612 Control de peso

1802 Conocimiento: dieta

1402 Autocontrol de la ansiedad

1405 Control de los impulsos

0004 Sueño

1200 Imagen corporal

1503 Implicación social

1205 Autoestima

1803 Conocimiento: proceso de enfermedad

1813 Conocimiento: régimen terapéutico

1601 Conducta de cumplimiento

2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional

2600 Afrontamiento de los problemas de la familia

## INTERVENCIONES

**00118.-Trastorno de la imagen corporal r/c: Alteración de la conducta alimentaria  
m/p:**

-Desequilibrio nutricional por defecto

-Trastornos del sueño

-Ansiedad

-Aumento del ejercicio físico

-IMC disminuido

-Vómitos autoprovocados y purgas

Resultados e indicadores:

1612.- Control de peso

07. Mantiene un patrón alimentario recomendado

08. Retiene las comidas ingeridas

03. Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica

Intervenciones:

1030.- Manejo de los trastornos de la alimentación

-Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento, implicar a la persona y/o cuidador/a, si procede

-Hablar con la persona y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo, si no está dentro del margen de peso recomendado para la edad y estructura corporal

-Observar si hay náuseas y vómitos y en su caso, tratarlos

-Determinar con el profesional de dietética la ingesta calórica diaria necesaria para conseguir y/o mantener el peso marcado como objetivo

-Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con la persona y seres queridos, si procede

-Desarrollar con la persona una relación de apoyo

-Vigilar los parámetros fisiológicos (signos vitales y niveles de electrolitos etc.), mucosas y piel

-Pesarle diariamente (a la misma hora del día y después de evacuar)

-Vigilar y controlar la ingesta y eliminación de líquidos, si procede

-Restringir la disponibilidad de comida, establecer comidas programadas, servidas de antemano y los tentempiés

-Observarle durante y después de las comidas y tentempiés para asegurar que se consigue y mantiene la ingesta adecuada y reposos pautados

-Acompañarle al servicio durante los momentos de observación establecidos después de las comidas/ tentempiés

-Enseñar a la familia a limitar el tiempo que pasa esta persona el servicio, en su domicilio

-Utilizar técnicas de modificación de la conducta para promover conductas previamente acordadas que contribuyan a la ganancia de peso, si procede

-Proporcionar apoyo (terapia de relajación, ejercicios de sensibilización y oportunidades de hablar de los sentimientos) a medida que incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida

-Animarle a que lleve anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos, así como las circunstancias del entorno que le llevan a purgarse, vomitar o hacer ejercicio en exceso

#### Resultados e indicadores:

1802.- Conocimiento: dieta

01. Descripción de la dieta recomendada

12. Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios

1402.- Autocontrol de la ansiedad

07. Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad

1405.- Control de los impulsos

01. Identifica conductas impulsivas perjudiciales.

#### Intervenciones:

5246.- Asesoramiento nutricional

5820.- Disminución de la ansiedad

4360.- Modificación de conductas

- Limitar la actividad física, si es necesario, para promover la ganancia de peso y disponer un programa de ejercicios supervisado, cuando corresponda
- Dar la oportunidad de elegir de forma limitada el ejercicio y la alimentación a medida que tiene lugar la ganancia de peso de una manera deseable
- Proporcionar alimentación por medio de SNG y sus cuidados, si precisa
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razón de salud: pérdida/ ganancia de peso
- Determinar el conocimiento por parte de la persona y familia de los cuatro grupos alimenticios básicos así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta
- Animarle a realizar los auto-registros de la alimentación
- Valorar el progreso de las metas conseguidas y los esfuerzos realizados para conseguirlas
- Permanecer con la persona afectada para promover la seguridad, confianza y disminuir el miedo
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad, ira o tristeza
- Ayudarle a identificar las situaciones que precipitan ansiedad
- Instruirle sobre el uso de técnicas de relajación
- Enseñarle a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente
- Escuchar las manifestaciones de sentimientos, valores y creencias
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables, animarle a que examine su propia conducta
- Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias
- Identificar la conducta que ha de cambiarse en términos específicos y concretos y motivar al cambio

- Desarrollar un programa de cambio de conducta
- Animarle a participar en el registro de conductas
- Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación
- Animarle a participar en la selección de refuerzos

Resultados e indicadores:

0004.- Sueño

03. Patrón del sueño

1200.- Imagen corporal

02. Congruencia entre realidad, ideal e imagen corporales

Intervenciones:

5270.- Apoyo emocional

1850.- Mejorar el sueño

5220.- Potenciación de la imagen corporal

- Administrar los refuerzos inmediatamente después de que aparezca la conducta
- Comunicar el plan de intervención y las modificaciones al equipo de tratamiento regularmente
- Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal)
- Permanecer con la persona y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Propiciar que la familia le acompañe
- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa
- Incluir su ciclo regular de sueño/vigilia en la planificación de cuidados



- Determinar, observar y registrar su esquema y número de horas de sueño
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama
- Enseñarle a realizar relajación muscular, no farmacológica, de inducción del sueño
- Instruir a la persona y a los seres queridos acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida y demás factores ambientales) que contribuyen a trastornar el esquema del sueño
- Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño
- Determinar sus expectativas corporales y ayudarle a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas
- Ayudarle a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede
- Ayudarle a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción de su imagen corporal actual
- Ayudarle a discutir los cambios causados por la pubertad, si resulta oportuno
- Señalar la importancia de la cultura en la imagen corporal
- Observar si hay frases que identifican las percepciones de imagen corporal que tienen que ver con la forma y el peso corporal y su frecuencia
- Utilizar dibujos de sí mismo/a como mecanismo de evaluación de las percepciones de su imagen corporal
- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social
- Identificar grupos de apoyo disponibles

**00052.-Deterioro de la interacción social r/c**

- Baja autoestima situacional
- Trastorno del auto-concepto

**m/p:**

- Déficit de actividades recreativas
- Interacción social ineficaz
- Interacción disfuncional con los compañeros, familiares y amigos
- Pensamientos o ideas de muerte

Resultados e indicadores:

1503.- Implicación social

01. Interacción con amigos

03. Interacción con miembros de la familia

11. Participación en actividades de ocio

1205.- Autoestima

19. Sentimientos sobre su propia persona

Intervenciones:

5100.- Potenciación de la socialización

5400.- Potenciación de la autoestima

5390.- Potenciación de la conciencia de sí mismo/a

6654.- Vigilancia: seguridad

- Fomentar su participación en actividades familiares, sociales v comunitarias
- Fomentar su implicación en intereses totalmente nuevos
- Potenciar la mejora del cuidado del aspecto personal y actividades sociales
- Ayudarle a aumentar la conciencia de sus virtudes v sus limitaciones en la comunicación con los demás
- Facilitarle la planificación de actividades futuras

- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones
- Facilitar o fomentar la participación en grupos de apoyo y/o terapia de grupo
- Determinar su confianza en los propios juicios
- Animarle a identificar sus virtudes
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas
- Proporcionarle experiencias que aumenten su autonomía, si procede
- Mostrar confianza en su capacidad para controlar una situación, aumentando su responsabilidad
- Ayudarle a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta
- Animarle a evaluar su propia conducta
- Animarle a que acepte nuevos desafíos
- Recompensarle o alabarle sus progresos en la consecución de objetivos
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten su autoestima
- Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un concepto positivo de sí mismo/a
- Enseñar a los padres a establecer expectativas claras y a definir límites con su hijo o hija
- Enseñar a los padres a reconocer las conquistas de su hijo o hija
- Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos
- Observar los niveles de autoestima, si procede
- Ayudarle a identificar prioridades en la vida
- Manifestar verbalmente la negación de la realidad por parte de la persona, si procede
- Ayudarle a ser consciente de sus frases negativas acerca de sí mismo/a
- Ayudarle a identificar los atributos positivos de sí mismo/a

- Ayudar a la persona y familia a identificar razones para mejorar
- Observar si hay alteraciones de su función física o cognoscitiva que puedan conducir a una conducta insegura
- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad
- Determinar el grado de vigilancia requerido por la persona en función del nivel de funcionamiento y los peligros presentes
- Comunicar la información acerca del riesgo de esta persona a los otros miembros del personal de cuidados

**00079.-Incumplimiento del tratamiento (especificar) r/c**

- Falta de conocimientos
- Falta de motivación
- Desconfianza en el régimen terapéutico

**m/p:**

- Abandono del tratamiento
- Pruebas objetivas (IMC, valores analíticos, etc.)

Resultados e indicadores:

- 1803.- Conocimiento: proceso de enfermedad
- 02. Descripción del proceso de enfermedad
- 1813.- Conocimiento: régimen terapéutico
- 09. Descripción de los procedimientos prescritos
- 1601.- Conducta de cumplimiento
- 03. Comunica seguir la pauta prescrita
- 01. Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida

Intervenciones:

5240.- Asesoramiento

5602.- Enseñanza: proceso de enfermedad

5616.- Enseñanza: medicamentos prescritos

2300.- Administración de medicación

4420.- Acuerdo con el/la paciente

-Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad

-Favorecer la expresión de sentimientos

-Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista de la persona y el del equipo de cuidados acerca de la situación

-Determinar cómo le afecta el comportamiento de la familia

-Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados

-Reforzar nuevas habilidades

-Desaconsejarle la toma de decisiones cuando se encuentre bajo un estrés severo

-Evaluar sus conocimientos relacionados con el proceso de enfermedad específico

-Explicar la fisiología y psico-patología de la enfermedad

-Identificar las etiologías posibles, si procede

-Proporcionarle información acerca de la enfermedad

-Instruirle acerca de los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad

-Explorar los recursos y apoyos posibles

-Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo de cuidados

-Proporcionar información sobre dónde acudir si surgen complicaciones

-Informarle acerca de la dosis, vía y duración de los efectos

-Evaluar su capacidad para administrarse los medicamentos a sí mismo/a

- Informarle acerca de la acción, propósitos, efectos secundarios, suspensión brusca etc. de los medicamentos
- Observar los efectos terapéuticos y adversos de la medicación en la persona
- Preparación y administración de la medicación pautada
- Registro
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
- Determinar su capacidad mental y cognitiva para hacer un contrato
- Ayudarle a establecer objetivos realistas que puedan conseguirse a corto y largo plazo
- Explorar con la persona las mejores formas de conseguir los objetivos, examinando los recursos disponibles
- Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso del acuerdo
- Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si fuera necesario
- Ayudarle a comentar sus sentimientos sobre el contrato
- Establecer límites sobre las conductas manipuladoras
- Abstenerse de discutir o regatear sobre los límites establecidos con la persona

**00074.-Afrontamiento familiar comprometido r/c**

- Conocimientos inadecuados
- Manejo inefectivo de los cuidados
- Agotamiento

**m/p:**

- Conducta desproporcionada familiar
- Temor, impotencia del/de la cuidador/a principal
- Preocupación ante la enfermedad
- Sentimientos de culpa

Resultados e indicadores:

1803.- Conocimiento: proceso de enfermedad

02. Descripción del proceso de enfermedad

2605.- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional

01. Participa en la planificación asistencial

09. Participa en la toma de decisiones con la persona afectada

2600.- Afrontamiento de los problemas de la familia

05. Controla los problemas

09. Utiliza estrategias para controlar el estrés

Intervenciones:

5602.- Enseñanza: proceso de enfermedad

7110.- Fomento de la implicación familiar

7040.- Apoyo a la persona cuidadora principal

-Evaluar los conocimientos de la familia relacionados con el proceso de enfermedad específico

-Explicarle la fisiología y psico-patología de la enfermedad

-Identificar las etiologías posibles, si procede

-Proporcionar información acerca de la enfermedad

-Instruir acerca de los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad

-Explorar los recursos y apoyos posibles

-Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo de cuidados

-Proporcionar información sobre dónde acudir si surgen complicaciones

- Explicar el sistema de cuidados sanitarios, su funcionamiento y lo que pueden esperar de ellos
- Observar la estructura familiar y sus roles
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto de la persona
- Animar a los miembros de la familia y a la persona a participar en el plan de cuidados
- Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos y conductas de la persona
- Reconocer y respetar los mecanismos utilizados por la familia para enfrentarse con los problemas
- Identificar las dificultades de afrontamiento de la persona junto con los miembros de la familia
- Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado de la persona
- Animar a los miembros de la familia a mantener y mejorar relaciones familiares, según cada caso
- Determinar el nivel de conocimientos del/de la cuidador/a
- Determinar la aceptación del/de la cuidador/a de su papel
- Aceptar las expresiones de emoción negativa
- Estudiar junto con el/la cuidador/a los puntos fuertes y débiles
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del/de la cuidador/a
- Reconocer la dependencia que tiene la persona del/de la cuidador/a, si procede
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios
- Observar si hay indicios de estrés



- Enseñar al/a la cuidador/a técnicas de manejo del estrés
- Animar al/ a la cuidador/a a participar en grupos de apoyo

#### 7140.- Apoyo a la familia

- Enseñarle a establecer límites y estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener su propia salud física y mental
- Informarle sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad
- Determinar la carga psicológica que tiene el pronóstico para la familia
- Ofrecer una esperanza realista
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia
- Favorecer una relación de confianza con la familia
- Responder a las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas
- Proporcionar información frecuente a la familia acerca de los progresos de la persona, de acuerdo con los deseos de ella
- Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados
- Incluir a los miembros de la familia junto con la persona en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado

## **5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA**

### **Sobre Prevención:**

Las características de muestra, formato y diseño de los programas preventivos de TCA que han mostrado mayor eficacia deberían considerarse modelo de futuros programas.

Los programas tienen que ser más refinados para producir efectos más grandes de intervención. La adopción de principios sociales de persuasión psicológica, la

utilización de sesiones de refuerzo, biblioterapia adyuvante, o intervenciones de toda la escuela que desafían las normas no saludables, son posibles caminos a seguir para alcanzar este objetivo.

Dado que en la prevención de los TCA es crucial la elaboración de respuestas conjuntas de salud, educación, la familia y los/as mismos/as jóvenes participando e implicándose en el diseño de estrategias, sería interesante desde Educación, pedir a los servicios sanitarios del primer nivel más colaboración y más presencia en sus centros, implementando programas conjuntos de educación para la salud y de prevención de ciertos trastornos y llevando a los/as médicos/as al propio centro educativo.

En el diseño de estrategias universales de prevención de los TCA debe tenerse en cuenta que las expectativas de cambio de conducta y actitud de niños y adolescentes sin problemas de este tipo posiblemente sean diferentes a las de la población de alto riesgo.

Se deben transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre las pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable y realizar al menos una comida en casa al día con la familia, facilitar la comunicación y mejorar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen y evitar bromas y desaprobaciones sobre el cuerpo, el peso o la forma de comer de los niños y adolescentes.

De la misma manera que se ha implantado el programa de Salud Escolar en Atención Primaria, y que actualmente se lleva a cabo en la mayoría de los centros de salud, sería interesante instaurar algunos talleres de Educación para la Salud (sobre todo los relacionados con los problemas de jóvenes y adolescentes, como alimentación equilibrada, hábitos de vida saludables, alcohol y drogas, educación sexual, enfermedades mentales y estigmatización) en los programas de Salud Mental, para que las enfermeras especialistas en SM impartieran estas clases en colegios e institutos. Al fin y al cabo, son ellas las profesionales mejor formadas y más adecuadas para asumir esta tarea.

En cuanto a la enseñanza en los centros educativos sería interesante reivindicar que cumplan con su obligación de incorporar a la enseñanza otros temas, como la educación en valores, la educación para la salud, la educación sexual y que lo hagan sin perjuicio

de organizar también actividades específicas para que ciertos contenidos no se diluyan en esa transversalidad.

Teniendo en cuenta que no todos los educadores, maestros y profesores están interesados ni dispuestos a implicarse en estos temas, como muestra un análisis realizado a padres y profesionales sobre la prevención de los TCA mi propuesta es crear una especie de “subespecialidad” dentro del profesorado al que realmente les guste e interese este tema, que les permita formarse con el fin de detectar casos de riesgo en el colegio, así como formas de prevención e intervención con este tipo de niños-adolescentes. Se podría tratar como una materia optativa dentro de las competencias del profesor, para que pueda ser elegida por aquellos que quieren trabajar o intervenir en este campo, mientras que a los que no les atrae el tema, no se sientan obligados a hacer algo para lo que no poseen formación ni les gusta. Por otra parte, en cuanto a la carga lectiva de los profesores implicados, se podría sustituir o compaginar las asignaturas o talleres de los que he hablado anteriormente, y que servirían para potenciar y mejorar las habilidades sociales, de comunicación, en valores, en actitudes y ética, con el resto de las asignaturas propias de la enseñanza obligatoria, o incluso impartir estas clases fuera del horario lectivo (en caso de que no fuese posible incorporarlas en el calendario escolar). Los profesionales que desarrollen esta labor y que se impliquen en la consecución de los objetivos establecidos, serían gratificados con una compensación económica, académica, profesional o mejoras en las condiciones de su contrato laboral.

Desde mi punto de vista, esta es una forma de permitirles a las personas que así lo deseen, desarrollarse profesional o personalmente, y a la vez, obtener beneficios con ello. Estoy segura de que, ante la situación que estamos viviendo en nuestros días, hay bastantes profesionales interesados en esta propuesta.

- Mejorar en la prevención y detección precoz de los TCA.
- Cuidar el lenguaje y las actitudes que se emplean en las relaciones para no fomentar complejos.
- Contribuir al movimiento asociativo para cambiar la realidad y los mensajes mayoritarios que se reciben.
- Fomentar una conciencia ciudadana de participación activa y defensa de los derechos.

- Educar para una actitud ante el consumo, crítica y coherente.
- Tener una actitud permisiva y coherente con uno mismo para aceptar su aspecto sin dejarse manipular por la publicidad y caer en una autoexigencia estética demasiado elevada
- Implicación de la familia y la escuela en la prevención de los TCA.
- Diseño de programas multidisciplinares para tratar los TCA implicando a diferentes servicios y centros.
- Que se realice más educación para la salud en las escuelas.
- Que se realice prevención inespecífica de los TCA, a través de educación alimentaria, talleres de autoestima, fomento de la perspectiva crítica, evaluación crítica de la publicidad, etc.
- Prevención de los TCA con la juventud pero también con sus familiares, realizada "siempre" en el medio escolar.
- Que todos los profesionales sanitarios implicados apoyen al profesorado en su labor preventiva.
- Que no se extienda la alarma, que no se haga una difusión general, sino una prevención cuidadosamente planificada.
- Que se investiguen nuevas herramientas preventivas.
- Herramientas para trabajar con la población adolescente.
- Que se tome más contacto con los orientadores escolares fomentando su papel como enlaces entre el Sistema Sanitario y el sector educativo, así como su rol preventivo en estos trastornos.
- Más formación e información sobre estos trastornos, para detectar y/o prevenir las disfunciones alimentarias.
- Es imprescindible la puesta en marcha de escuelas de padres/madres o de creación de espacios de encuentro con familiares, que participen más y más activamente en la vida escolar, que se impliquen.

- Emplear a personas jóvenes para que trabajen como mediadores de salud con otros jóvenes.
- Que se dediquen más recursos a la reestructuración de los servicios para construir un buen entramado preventivo.
- Corresponsabilidad de las instituciones educativas y sanitarias en un primer nivel, y de la familia y juventud en un segundo.
- Coordinación y suma de esfuerzos entre las diversas agencias públicas.

#### **Sobre Detección y Diagnóstico:**

- Que aporten datos y estudios para averiguar la incidencia real de los TCA y aclarar los conceptos que se manejan al respecto.
- Formación coordinada entre niveles, información y sensibilización a los profesionales sobre los TCA y salud mental.
- Que los orientadores escolares conozcan más y mejor los equipos de Salud Mental.
- Establecer mecanismos de "filtro" de estos pacientes para que no se "pierdan" por el Sistema Sanitario entre papeleos y listas de espera. Mejor coordinación y organización en ese sentido.
- Estructurar mejores relaciones de coordinación y comunicación entre los distintos servicios y niveles asistenciales.
- Potenciar el conocimiento personalizado de los distintos profesionales sanitarios que, en un momento determinado, hayan de colaborar.
- Que se agilice la atención a los TCA en Salud Mental, que se minimicen las listas de espera.
- Coordinación directa de Salud Mental con Atención Primaria. Línea directa con los equipos de Salud Mental. Tener reuniones conjuntas para la valoración de pacientes.
- Que los equipos de Salud Mental le den más importancia a estos trastornos.

#### **Sobre la atención y tratamiento:**

- Disponer de más tiempo para las consultas.
- Que existan más centros públicos especializados en el tratamiento de los TCA.
- Más personas en cada equipo de Salud Mental.
- Que en cada equipo de Salud Mental haya una persona para Salud Mental Infanto-Juvenil.

Las personas con AN deberían ser tratadas en el nivel asistencial adecuado según criterios clínicos: ambulatorio, hospital de día (hospitalización parcial) y hospital general o psiquiátrico (hospitalización completa).

Los profesionales de la salud sin experiencia especializada de los TCA, o ante situaciones de incertidumbre, deberán buscar el asesoramiento de un especialista formado cuando se planteen la hospitalización completa urgente de una persona con AN.

La mayoría de personas con BN pueden tratarse a nivel ambulatorio. La hospitalización completa está indicada ante el riesgo de suicidio, las autolesiones y las complicaciones físicas graves.

Los profesionales de la salud deberían evaluar y aconsejar a las personas con TCA y osteoporosis que se abstengan de realizar actividades físicas que incrementen de manera importante el riesgo de fracturas.

El pediatra y el médico de familia deberán realizar la supervisión en niños y en adolescentes con TCA. El crecimiento y desarrollo deberían ser monitorizados atentamente.

Debería ofrecerse supervisión y control de las complicaciones físicas en los centros de atención primaria a las personas con AN crónica y con repetidos fracasos terapéuticos que no deseen ser atendidas por los servicios de salud mental.

Los familiares y, en especial, los hermanos de las personas afectadas deberían estar incluidos en el plan de tratamiento individualizado (PTI) de niños y adolescentes con TCA. Las intervenciones más comunes suponen compartir información, aconsejar sobre conductas relacionadas con los TCA y mejorar habilidades de comunicación. Se debería

promover la motivación al cambio de la persona afectada a través de la intervención familiar.

Cuando se requiera hospitalización completa, ésta debería realizarse a una distancia razonable del domicilio del paciente para permitir la implicación de la familia y cuidadores en el tratamiento, mantener los vínculos sociales y laborales y evitar dificultades entre niveles asistenciales. Esto es particularmente importante en el tratamiento en los niños y en los adolescentes.

Las personas con AN cuyo trastorno no ha mejorado con el tratamiento ambulatorio deben derivarse a hospital de día u hospitalización completa. Para aquellos que presenten un riesgo importante de suicidio o autolesiones graves está indicada la hospitalización completa.

El tratamiento en hospitalización completa debería considerarse para personas afectadas con AN cuyo trastorno esté asociado con un riesgo alto o moderado por enfermedad común o complicaciones físicas de la AN.

Las personas con AN que requieren hospitalización completa deberían ingresar en un centro que garantice la renutrición adecuada evitando el síndrome de realimentación, una supervisión física cuidadosa (especialmente durante los primeros días) junto con la intervención psicológica pertinente.

El médico de familia y el pediatra deberían responsabilizarse de la evaluación e intervención inicial de los afectados de TCA que acuden a la atención primaria.

Cuando la atención se comparta entre la atención primaria y la especializada, debería haber una colaboración estrecha entre los profesionales de la salud, paciente y familia y cuidadores.

- Que los equipos de AE mejoren la atención a estos trastornos.
- Agilizar las derivaciones de estos pacientes. Que se les pueda derivar desde otros servicios a Salud Mental e, incluso, desde el medio escolar, con conocimiento del Médico de Familia/Pediatra.
- Creación de un programa conjunto Salud Mental-Endocrinología.

- Posibilidad de proporcionar una atención continuada, con las suficientes citas de psicoterapia para lo cual se necesita más tiempo, menos demanda o más profesionales.
- Contar en los equipos con personal de Enfermería para que se ocupe de cuestiones como el control de alimentos.
- Creación de suficientes hospitales de día donde se pueda tratar a estos pacientes.
- No tener problemas para los ingresos hospitalarios de estos pacientes, cuando lo requieran.
- Organizar más eficientemente las hospitalizaciones de estos pacientes, para que puedan estar en un mismo espacio, con personal de Enfermería entrenado para atenderlos.
- Formación en TCA para el personal de la planta hospitalaria donde se ingresen.
- Facilitar la hospitalización de niños/as.
- Potenciar la coordinación con Atención Primaria.
- Más tiempo para trabajar en estos trastornos desde Endocrinología.
- Que se agilicen las citas de Endocrinología, que se instauren mecanismos para garantizar una respuesta en un plazo adecuado.
- Coordinación directa de Salud Mental con Endocrinología.
- Facilidades para las hospitalizaciones en la unidad de Endocrinología, en casos necesarios.
- Que se entienda la derivación como un "continuo" en la atención, especialmente para el tratamiento de los TCA no tipificados.

En relación con la epidemiología, esta revisión permite deducir que la gran mayoría de los estudios epidemiológicos realizados en España se centran en la población adolescente, siendo muy escasos los estudios de población universitaria.

Según los datos de los documentos más actuales sobre el tema tratado, se puntualiza que no son tantos los casos de anorexia y bulimia que se presentan, sino TCA en general, sobre todo, desde Atención Primaria. Las entrevistas realizadas afirman que siguen



apareciendo mucho más estos trastornos en niñas que en niños, siendo la edad más frecuente entre los 8-10 años, es decir, que se mantiene el mismo perfil de hace 10 años. Sin embargo, hay profesionales que opinan que cada vez se detectan más temprano (entre 4-6 años), coincidiendo con la incorporación de la comida o dieta del adulto. Por otra parte, se confirma la hipótesis de que también están surgiendo nuevos casos de mujeres adultas (mayores de 30 años), aunque la información que revela estos datos procede sobre todo de Estados Unidos, pues no se ha encontrado artículos relacionados con este tema en nuestro país.

Respecto a las implicaciones prácticas de los estudios sobre la comorbilidad depresiva en mujeres con TCA, llevado a cabo por Rebuffo et al<sup>91</sup> cabe señalar que se aporta evidencia empírica a favor de la perspectiva dimensional, la cual sostiene que los límites entre entidades psiquiátricas no son tan definidos. Si bien el uso de delimitaciones sindrómicas acotadas por límites precisos favorece la comunicación y el consenso entre profesionales, también puede limitar la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que ofrecen los pacientes reales. De esta manera, la evidencia obtenida sugiere la adopción de un modelo de intervención basado en la atención global e integral de los pacientes. Dicho de otro modo, ningún síntoma padecido por el paciente debe parecer ajeno a la incumbencia o responsabilidad del psicólogo o profesional a cargo. Ello implica asumir la responsabilidad del bienestar general del paciente manteniendo una visión holística e integral de su salud, lo que exige un trabajo interdisciplinario e interconsultas permanentes entre los profesionales.

Se han analizado varias escalas que forman parte de las características de trastornos como la AN y la BN. Ha quedado demostrado que, factores como la insatisfacción corporal, el sentimiento de inseguridad, vacío, autodesprecio y falta de control sobre su propia vida, así como el perfeccionismo y pensar que sus resultados personales deberían ser mejores, etc. podrían -en muchos casos- disminuir su impacto, si los centros educativos desarrollaran una serie de actividades, talleres, conferencias o cursos, para fortalecer la personalidad de los alumnos, mostrándoles el camino a seguir en momentos de duda e informándoles de dónde acudir. Esta ayuda a su formación o fortalecimiento de su personalidad tendría repercusiones positivas a nivel académico, obteniendo la educación suma importancia para el alumnado.

En la actualidad, la evidencia publicada en la literatura es limitada como para sugerir que un tipo particular de programa es efectivo para prevenir los trastornos de la alimentación, pero se han obtenido algunos resultados esperanzadores en las experiencias realizadas tanto en prevención primaria como en prevención secundaria, y es necesario continuar investigando en este sentido.

De hecho, se está evaluando si las intervenciones enfermeras por Internet basadas en la terapia cognitivo-conductual son capaces de prevenir la aparición de TCA disminuyendo los factores de riesgo en adolescentes y mujeres, lo que supone un novedoso abordaje del problema en nuestro país.

A diferencia de lo que expresan los libros, guías, artículos y otros documentos sobre el volumen o cantidad de programas e intervenciones de prevención existentes, las entrevistas demuestran que en muchos de los recursos o dispositivos sanitarios, no se llevan a cabo dichos programas. No obstante, todos los profesionales entrevistados coinciden en que son favorables, tanto a nivel de población en riesgo como general.

En cuanto a los recursos sanitarios existentes en nuestro país, a pesar de la numerosa lista de hospitales, centros y asociaciones específicos para los TCA que se incluye en el apartado “Dispositivos y Recursos Sanitarios”, en realidad, no se conoce mucho sobre la existencia ni el modo de acceso a dichos recursos, y parece ser que Andalucía es una de las comunidades que menos facilidades posee para la atención a estos trastornos, siendo la más especializada Cataluña. Se sugiere que no son suficientes las unidades específicas y especialistas en TCA y que, por lo general, cuando una persona comienza con un problema de alimentación, la familia se ve en una situación de incertidumbre, angustia, miedo, porque no sabe dónde acudir ni cómo buscar ayuda. En los tiempos que corren, todavía no existe un consenso sobre qué hacer ante una situación así. Ante este panorama, paciente y familia emprenden un largo, duro y triste peregrinaje, de consulta en consulta, de unidad en unidad, de hospital en hospital, con numerosos profesionales distintos y versiones muy dispares sobre lo que le ocurre a esa niña, adolescente, jovencita o incluso mujer, que sin saber muy bien cómo ni por qué, de la noche a la mañana, cambió su forma de ser, de pensar y de vivir, y que no se ponen de acuerdo en dónde llevarle o ingresarle, para intentar ayudarle de la mejor forma posible, o incluso, para salvarle la vida sin que ello tenga graves consecuencias en su futuro.

Otro de los aspectos en los que existe total acuerdo, es en los ingresos pacientes con estos trastornos en unidades psiquiátricas. No sólo se considera que no es el lugar indicado, ni adecuado, sino que incluso parece que repercute negativamente en la mayoría de los casos. Ante tal situación, lo que todos suelen decir es: “Esto es lo que hay, es lo que tenemos”.

La mayoría los entrevistados no conoce de la existencia de los pisos tutelados y los que existen no son específicos para TCA. Sí se sabe acerca de alguna que otra asociación para pacientes y familiares, más por oída que otra cosa, pero la mayoría de los profesionales, si no están completamente implicados en el ámbito de los TCA, ni siquiera saben dónde se encuentran ni cómo acceder o contactar con ellas. No obstante, una enfermera que asistió al congreso de Salud Mental, sí estaba bastante informada sobre el tema, porque trabaja en una unidad específica para los TCA en Badajoz.

Otro aspecto en el que existe total acuerdo entre los profesionales es erradicar el estigma en las personas que sufren cualquier enfermedad mental, considerado como algo fundamental. Un error muy común es pensar que las personas con enfermedad mental no es “algo que alguien tiene”, sino “algo que alguien es”. Las etiquetas, sobre todo con connotaciones negativas, en cualquier persona, disminuyen su autoestima y dificultan su integración en el entorno social, laboral.

En cuanto a la difusión de información sobre estos trastornos a través de internet hay diversas opiniones. Hay quienes opinan que es una herramienta de gran utilidad a la hora de proyectar información, enfocada a la prevención y a los recursos a los que acudir a pedir ayuda. Sin embargo, para otros, la falta de control a la hora de acceder a determinadas páginas puede provocar un efecto contrario al deseado, ya que les facilita el aprendizaje sobre muchas técnicas, y un intercambio continuo de consejos y hábitos no saludables. En lo que sí hay acuerdo es que sería conveniente legislar todas esas páginas en las que se da información acerca de dichos trastornos.

Considero que ha quedado lo suficientemente clara la importancia del papel de la enfermera en Salud Mental en la prevención, atención, tratamiento y rehabilitación en estos trastornos. Desde que apareció esta especialidad dentro de la disciplina de enfermería hasta la actualidad, las labores que desempeñan y la responsabilidad que asumen, se han incrementado a un ritmo vertiginoso. No sólo forma parte del equipo multi o interdisciplinar encargado de la atención a estos pacientes, sino que constituye

una figura clave, pues también se intuye que, cuando una persona con un problema de alimentación acude a una consulta, sobre todo en las primeras citas, se abre mucho más ante la Enfermera que se sienta junto a ella y le escucha, simplemente le escucha y le habla cariñosamente, que ante el señor con bigote, corbata y bata blanca, que le invade con un diagnóstico extraño y con palabras hasta ahora desconocidas para ella, y que al final de la sesión le da a sus familiares una prescripción de “pastillas” que a partir de este momento ha de tomar, y le impone un tratamiento y un plan de vida que no entiende para nada y que, inevitablemente cambiará su forma de vida durante un largo período de tiempo.

## **6. ANEXOS**

### **ANEXO 1. Entrevista a profesionales de enfermería en Salud Mental**

Categoría profesional:

Lugar de trabajo y tipo de asistencia (Atención Primaria, Hospital de día, Unidad de Hospitalización, etc.):

Población:

Tipo de pacientes (sexo, edad, etc.):

#### **Cuestionario:**

1. ¿Cuál es la media de pacientes ingresados/as, tratamiento ambulatorio o seguimiento en su unidad?
2. ¿Cuál es la proporción de chicas (o mujeres) en relación al sexo masculino?
3. ¿Qué edades tienen las/los pacientes?
4. ¿Cuál es la edad más frecuente de casos en su unidad?
5. ¿Ha habido cambios en el perfil de las/los pacientes en los últimos diez años (en cuanto a edad o sexo)?
6. En su unidad, ¿qué profesionales integran el equipo multidisciplinar que lleva estos tipos de trastornos?
7. ¿Qué tipo de terapias/tratamientos se desarrollan?
8. ¿Cuál es su opinión personal acerca de la terapia grupal en los TCA? ¿Cree que es positiva?
9. ¿Qué intervenciones llevan a cabo en su unidad con la familia de los/las pacientes?
10. ¿Considera importante el papel de la familia en el tratamiento y recuperación de los/las pacientes con este tipo de trastornos? ¿Por qué?
11. En la unidad en la que trabaja, ¿llevan a cabo algún tipo de programa de prevención de los TCA, ya sea Educación para la Salud en colegios, centros de salud, etc.?
12. ¿Cree que el desarrollo de estos programas por parte de Enfermería son favorables para evitar estos trastornos en la población? ¿Por qué?
13. ¿Cómo piensa que se pueden prevenir los TCA en la población general?

14. ¿Cree que es necesario un seguimiento continuo en este tipo de trastornos, una vez que se les da el alta en la unidad (ya sea unidad comunitaria, hospital de día, hospitalización completa)? ¿Por qué?
15. ¿Existen hospitales de día para los TCA en su comunidad o en la comunidad en la que trabaja? En caso afirmativo, ¿son públicos o privados?
16. ¿Existen pisos tutelados o terapéuticos para los TCA en su comunidad o en la comunidad en la que trabaja? En caso afirmativo, ¿son públicos o privados?
17. ¿Conoce la existencia de algunos de estos dispositivos en España, aunque no trabaje en ellos?
18. ¿Considera usted que existen unidades específicas suficientes para los TCA en nuestro país?
19. ¿Y en Andalucía, concretamente?
20. ¿Conoce alguna asociación de ayuda para pacientes y familiares de pacientes con TCA? Nómbrelas.
21. ¿Cree que son favorables estas asociaciones? ¿Por qué?
22. En la unidad en la que trabaja, ¿qué tipo de enfermeras llevan a cabo el cuidado de estos trastornos, enfermeras generalistas o especialistas en Salud Mental?
23. ¿Considera que una enfermera generalista está lo suficientemente preparada para tratar y trabajar con este tipo de pacientes, o cree que es necesaria la especialización en Salud Mental para ello? ¿Por qué?
24. ¿Considera importante el papel de la enfermera en la prevención, cuidados y recuperación de los/las pacientes con este tipo de trastornos, o cree que es mejor que sean tratados/as por otros profesionales “más especializados”, como psiquiatras y psicólogos? ¿Por qué?
25. ¿Qué tipo de valoración realiza a estos/as pacientes en su unidad? ¿Qué modelo enfermero utiliza?
26. ¿Considera necesaria la elaboración de un plan de cuidados específico para los TCA o cree que es una práctica innecesaria, que se realiza sólo por protocolo, pero que no tiene utilidad en la práctica? ¿Por qué?
27. ¿Cree que es conveniente la difusión de información sobre estos trastornos a través de Internet? ¿Por qué?

28. Existe una gran variedad de páginas web sobre anorexia y bulimia, a la que los adolescentes y cualquier usuario pueden acceder fácilmente. ¿Hasta qué punto es favorable que una persona no diagnosticada, pero con síntomas evidentes de uno de estos trastornos, visite estas páginas?

29. ¿Piensa que las/los pacientes con TCA son estigmatizados por la sociedad?

30. ¿Cree que el hecho de poner una etiqueta a estos/as pacientes repercute de alguna manera en sus vidas, tanto en el presente como en el futuro? Explique su respuesta.

31. ¿Qué opina acerca de los ingresos en unidades de agudos a un paciente con TCA?

32. A su juicio, ya no sólo como profesional de la salud sino también personal, ¿cuál/es cree que son las causas que conllevan a los TCA?

33. ¿Considera que se hace lo suficiente para prevenir, cuidar y tratar a este tipo de pacientes?

34. ¿Qué propuestas haría usted para mejorar la atención a los TCA?

## **ANEXO 2. Estudios de prevalencia de TCA por Comunidades Autónomas.**

### **- Comunidad Autónoma de Madrid.**

En 1990 en la Comunidad Autónoma de Madrid, Morandé<sup>1</sup> llevó a cabo un estudio de doble fase en el municipio de Móstoles con 636 mujeres y 82 varones de 15 años, durante los años 1985-86. Las tasas de prevalencia de TCA encontradas fueron 0% en varones y 1,55% en mujeres.

Más tarde en 1997 Morandé y Casas<sup>2</sup> replicaron su estudio con la misma población (varones y mujeres de 15 años matriculados en colegios de Móstoles en el curso 1.993-1.994). Los resultados obtenidos informan de las siguientes tasas de prevalencia: 0,69% AN, 1,24% BN y 2,76% TCANE en mujeres, y 0% AN, 0,36% de BN y 0,54% de TCANE en hombres. Estos datos indican la presencia de un aumento en la prevalencia de estos trastornos.

En el año 2000 Gandarillas-Grande y Febrel<sup>3</sup> llevaron a cabo un estudio de una fase, cuyo objetivo era identificar la población de riesgo de padecer un TCA, con una muestra amplia y representativa (n = 4.500) de adolescentes escolarizados en la Comunidad de Madrid. Los resultados obtenidos indicaron que un 15,3% de las mujeres y un 2,2% de los hombres constituyen población de riesgo de padecer un TCA.

Dos años más tarde, estos mismos autores realizaron un estudio de prevalencia de TCA en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid, que fue publicado en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid en 2002. Para ello seleccionaron una muestra amplia y representativa (n = 1.534) de mujeres adolescentes (de 15 a 18 años en su mayoría) matriculadas durante el curso académico 2.000-2.001, en 3º y 4º curso de la E.S.O., 1º y 2º de Bachillerato-LOGSE y 1º y 2º de Formación Profesional, en 17 Centros de Enseñanza de la CAM. Los datos, tomados sobre el 81,4% de las participantes voluntarias, informan de una tasa de prevalencia de 3,4% de TCA (0,6% AN; 0,6% BN y 2,1% TCANE o cuadros incompletos)<sup>4</sup>.

En 2004 Sepúlveda<sup>5</sup> et al realizaron un estudio transversal, cuyo objetivo era determinar la magnitud de la población universitaria con riesgo elevado de desarrollar un TCA y el predominio de actitudes y comportamientos insanos a la hora de comer entre los grupos de riesgo; teniendo en cuenta diferencias de género, escuela o el año académico. El tamaño de muestra fue de 2551 estudiantes de la universidad de Madrid alistados en 13



escuelas entre las edades de 18 y 26 años. El índice de prevalencia para estudiantes con alto riesgo de desarrollar un TCA fue de 14.9% para los chicos, y 20.8% para las mujeres.

Posteriormente, en 2007, Peláez-Fernández, Labrador y Raich<sup>6</sup> estudiaron la prevalencia de TCA en una muestra representativa de 1.545 alumnos de ambos sexos de 12 a 21 años matriculados en colegios, institutos y universidades de la Comunidad Autónoma de Madrid. La tasa de prevalencia global de TCA fue del 3.43%. En mujeres, la tasa de prevalencia fue del 5.34% (0.33% para AN, 2.29% para BN y 2.72% para TCANE). En hombres, fue del 0.64% (0% para AN, 0.16% para BN y 0.48% para TCANE).

#### **- Comunidad de Cataluña.**

En Cataluña, cinco estudios<sup>7-12</sup> (Toro et al, 1989; Canals et al, 1990; Carbajo et al, 1995; Raich et al, 1991; de Gracia et al, 2002) estimaron la población en riesgo de padecer TCA entre adolescentes escolarizados con edades comprendidas entre los 12 y 19 años.

El primer estudio de una fase en nuestro país fue realizado por Toro et al<sup>7</sup>. Este trabajo estimó la prevalencia de chicos y chicas entre 12 y 19 años que presentaban conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA. Sus resultados indicaron que un 11% de los adolescentes (9.8% de las chicas y 1.2% de los varones) presentaba esta condición.

En Reus (Tarragona), Canals et al<sup>8</sup> en un estudio con adolescentes de entre 13 y 14 años encontraron que el 15,3% de las chicas y el 13,6% de los varones presentaban conductas de riesgo de TCA. Otro estudio<sup>9</sup> realizado en 1997 con jóvenes de entre 17 y 18 años, reportó una prevalencia de TCA en chicas de 5.2% (según la CIE-10) y 2.6% (según el DSM-III-R).

También en Reus, Carbajo et al<sup>10</sup> en 1995 encontraron que el 12,4% de las mujeres y el 8,3% de los varones cumplían criterios de riesgo de TCA.

Raich et al<sup>11</sup> en 1991 hallaron un 7,3% de mujeres (n = 110) y un 2,6% de varones (n = 40) como población en riesgo en ocho ciudades catalanas.

Al año siguiente, estos mismos autores<sup>12</sup> compararon la prevalencia de sintomatología de TCA en 3.544 adolescentes de ambos sexos matriculados en Educación General Básica (EGB) y Bachillerato en Cataluña con una muestra similar de 1.373 estudiantes

de EEUU. Para ello utilizaron el EAT-40 y unas preguntas sobre si deseaban pesar más, menos o lo mismo. La sintomatología de TCA fue significativamente superior entre las estudiantes americanas que entre las españolas. También fue superior en las primeras el grado en que manifestaron interés en perder peso.

En 2002, De Gracia et al<sup>13</sup> evaluaron a 1.025 estudiantes de secundaria de Gerona de 14 a 19 años (n = 1.025) encontrando que el 16% de las mujeres frente al 0,4% de los varones presentaba riesgo potencial de TCA.

En 2006, Arrufat<sup>14</sup> estudió la prevalencia TCA en 2280 adolescentes (1133 varones y 1147 mujeres) de 14 a 16 años en la comarca de Osona (Barcelona). La tasa de prevalencia global de TCA fue 1,9%. En mujeres el 3,49% (AN: 0,35%; BN: 0,44%; TCANE: 2,7%) y en varones el 0,27% (AN: 0,0%; BN: 0,09%; TCANE: 0,18%).

Muro-Sans y Amador-Campos<sup>15</sup> en 2007 evaluaron la prevalencia de TCA en estudiantes de Barcelona de ambos sexos de 10 a 17 años. El 1,28% de los estudiantes cumplieron criterios TCA; el 2,31% de las mujeres y el 0,17% de los varones.

Sancho, Arija, Asorey y Canals<sup>16</sup> en ese mismo año evaluaron la prevalencia e incidencia de TCA en Tarragona en una muestra representativa de adolescentes (N = 1336) con un estudio transversal y longitudinal de doble fase. La tasa de prevalencia inicial fue de 3,44%, que subió 3,81% a los dos años. La tasa de incidencia fue 2,02%. El 52,17% de los participantes con TCA continuaban cumpliendo criterios TCA dos años después.

En 2008 Olesti et al<sup>17</sup> llevaron a cabo un estudio de prevalencia en adolescentes femeninas (N = 551) de Reus, de entre 12-21 años. La prevalencia de TCA fue de 9,1%, siendo la prevalencia de AN de 0.9%, la de BN de 2,9% y la de TCANE de 5,3%.

#### **- Comunidad Autónoma de Navarra**

Gual<sup>18</sup> encontró en un estudio realizado con población juvenil de Navarra, en el que la prevalencia de la AN era del 0.36%, y para la bulimia era de un 0.7%. En cuanto al TCANE, los estudios epidemiológicos nos muestran una prevalencia del 3.07%.

Pérez-Gaspar et al<sup>19</sup> realizaron una investigación epidemiológica en esta comunidad sobre una muestra de 2.862 mujeres con edades comprendidas entre 12 y 21 años. La

prevalencia global encontrada fue del 4,2%, siendo del 0.3% para AN, del 0,8% para BN y del 3.1% para TCANE.

#### **- Comunidad de Aragón**

Ruiz-Lázaro et al<sup>20</sup> siguiendo una metodología similar a la que utilizaron Pérez-Gaspar et al<sup>19</sup> en el año 2000, estudiaron la prevalencia de los TCA en una muestra amplia (4.048 sujetos) y representativa de la población adolescente y juvenil de 12 a 18 años de Zaragoza. Los datos de prevalencia aportados fueron los siguientes: 4,52% de TCA; 0,14% de AN, 0,55% de BN y 3,83% de TCANE.

En 2007, estos mismos autores<sup>21</sup> estudian 701 alumnos de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, de 12 y 13 años, chicos y chicas, en 9 centros de secundaria públicos y privados concertados (30 aulas) en Zaragoza. La prevalencia puntual de TCA es el 0,7% de Trastornos Conducta Alimentaria no especificados (TCANE), siendo la prevalencia de TCA en mujeres de 1.5% y en hombres de 0%.

#### **- Comunidad Autónoma de Castilla y León**

En la Comunidad de Castilla y León, Vega, Rasillo y Lozano<sup>22</sup> estimaron asimismo la población en riesgo de padecer TCA en una amplia muestra (n = 2.482) de escolares (varones y mujeres) de 12 a 18 años matriculados en la E.S.O., mediante el cuestionario de autoinforme EAT-40.

Imaz, Ballesteros, Higuera y Conde<sup>23</sup> realizaron un estudio de doble fase en la provincia de Valladolid para estimar la prevalencia de TCA en adolescentes y jóvenes de ambos sexos de 12 a 18 años (N = 3434). Los autores informan de una prevalencia de 5,11% en mujeres (0,88% AN; 0,37% BN; 3,86% TCANE) y de 1,7% en varones (0,11% AN; 1,59% TCANE).

#### **- Comunidad Autónoma de Castilla La-Mancha**

En Castilla La-Mancha, Beato<sup>24</sup>, en un estudio de 2001, estimó la prevalencia de los TCA en una muestra de 1.076 estudiantes de la ESO. Fueron diagnosticados de TCA el 4,05% de las mujeres y el 0,45% de los varones.

Moraleda et al<sup>25</sup>, estudiaron la población en riesgo de padecer TCA con 503 estudiantes de la ESO en Toledo, empleando el EAT-40. La puntuación media en mujeres fue de 14,71 mientras que en varones fue de 11,82.

En Ciudad Real, Rodríguez et al<sup>26</sup> en 2005 realizaron un estudio de prevalencia de TCA en adolescentes de ambos sexos (de 12 a 15 años), encontrando en la muestra estudiada (N =1766) un índice de prevalencia de 3.71%. En las mujeres la prevalencia fue del 6,41% (AN: 0,17%; BN: 1,38%; TCANE: 4,86%) y en los varones, del 0,6% (AN: 0,00%; BN: 0,00%; TCANE: 0,6%).

#### **- Comunidad Autónoma de Galicia**

Loureiro, Domínguez y Gestal<sup>27</sup> en 1996 estimaron en La Coruña la proporción de alumnas de 3º de BUP que presentaban actitudes inadecuadas en la ingesta y, que por tanto, constituían población en riesgo de padecer TCA. El análisis fue realizado con el cuestionario EAT-40. Detectaron que el 13% de las alumnas (de un total de 607) tenían actitudes desordenadas en su alimentación.

#### **- Comunidad Autónoma de Valencia**

En la comunidad valenciana encontramos datos más recientes en un estudio realizado por Rojo et al<sup>28</sup> en 2003. Estos autores estimaron la prevalencia de TCA en una muestra de 544 jóvenes de 12 a 18 años. Cumplieron criterios DSM-IV-TR de TCA el 5,17% de las mujeres (0,45% AN; 0,41% BN; 4,31% TCANE) y el 0,77% de los varones.

En 2009, otro estudio llevado a cabo por Narváez et al<sup>29</sup>, determinó el riesgo para TCA en estudiantes de medicina, asociándolo a género, índice de masa corporal (IMC) y estrato socioeconómico. La población estuvo constituida por 120 estudiantes de un total de 495 estudiantes inscritos en el primer año de la Escuela de Medicina Universidad de Carabobo, de ambos géneros con edades comprendidas entre 15 y 18 años de edad. En este estudio se observó que 8,33% de los evaluados mostraron déficit nutricional los cuales presentaban riesgo moderado para TCA mientras que el 3,57% resultaron con riesgo alto para TCA. La frecuencia porcentual de riesgo alto para la AN fue de 2,38% y la de BN 5,95%.

Uno de los últimos estudios es el de Pamies-Aubalat<sup>30</sup>, realizado en 2010 en Alicante. El objetivo de este trabajo fue estimar el porcentaje de adolescentes que presentaban

conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), analizando las diferencias en función del género, la edad y su índice de masa corporal (IMC). Se utilizó una muestra representativa de 2.142 adolescentes (47,2% chicos; 52,8% chicas) de diferentes centros educativos de Alicante. El proceso de cribado se realizó mediante el cuestionario EAT-40 y se calculó su IMC. Los resultados obtenidos fueron que un 11,2% de los adolescentes presentó conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de un TCA, de los que un 7,79% fueron chicas y un 3,34% chicos. Los adolescentes de 12 años presentaban puntuaciones superiores en el EAT-40 que el resto de compañeros. Los adolescentes que presentaban conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el desarrollo de los TCA tenían un IMC superior al de los que presentaban en menor medida este tipo de conductas.

#### **- Comunidad Autónoma de Murcia**

En 2010, Jiménez-Rodríguez<sup>31</sup>, al observar la escasez de estudios epidemiológicos con población universitaria, realizados en España, llevan a cabo un estudio con mujeres estudiantes de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, con el fin de estimar el porcentaje de riesgo de padecer TCA en universitarias. Para ello, utilizaron una muestra de 515 mujeres, con una edad media de 22 años. Los resultados obtenidos indican una prevalencia de riesgo de TCA de 10.3%.

#### **- Comunidad Autónoma de Asturias**

Sáiz et al<sup>32</sup> hicieron un estudio transversal en Asturias para estudiar la prevalencia de actitudes distorsionadas hacia la alimentación en una muestra de 835 jóvenes de 13 a 21 años de ambos sexos. La prevalencia de actitudes alteradas en mujeres fue del 7,7% (n = 63), mientras que en varones fue del 1,1% (n = 9).

Martínez, Menéndez, Sánchez, Seoane y Suárez<sup>33</sup> en el año 2000 estudiaron la proporción de conductas de riesgo en escolares de Educación Secundaria en Gijón (Asturias) en una muestra de 860 alumnos. La prevalencia de actitudes anoréxicas en mujeres fue del 12,8% mientras que en varones fue de 1,8%.

#### **- Islas Canarias**

Cabrera Mateos<sup>34</sup>, en un estudio llevado a cabo en Lanzarote en el año 2005, en el que participaron 1122 adolescentes de 12 a 19 años obtuvieron que un total de 204

adolescentes presentaron riesgo de TCA, lo que supuso un 18,2%, superior en las mujeres: 21,9% frente al 13,8% en los chicos.

#### **- Comunidad Autónoma de Andalucía**

Rivas, Bersabé y Castro<sup>35</sup> estudiaron la prevalencia de sintomatología específica de TCA en una muestra de 1.757 escolares en Málaga (varones y mujeres) de 12 a 21 años. Los resultados indican que un 27,5% presentan síntomas de TCA y el 3,4% presentan criterios DSM-IV de TCA. Las mujeres presentaron: 0,4% AN; 0,6% BN y 3,9% TCANE; y los hombres: 0,5% AN; 0,2% BN y 0,5% TCANE.

Del Río et al y Rodríguez et al<sup>36</sup> en 2001 estudiaron en Sevilla y Cádiz respectivamente la población en riesgo de padecer TCA en una muestra de varones y mujeres matriculados en Educación secundaria Obligatoria (E.S.O). Encontraron que el 46,2% de los participantes presentaban una conducta alimentaria alterada: el 9% hacían dieta, el 42% presentaba episodios recurrentes de sobreingesta con sensación de pérdida de control y el 41% evitaban específicos tipos de alimentos.

#### **- Norte de España. Estudio comunitario multicéntrico.**

Ruiz-Lázaro<sup>21</sup> estudiaron la prevalencia de TCA de 1.831 alumnos de 1º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, chicos y chicas de 12 a 13 años, de centros secundaria públicos y privados (87 aulas) en 5 ciudades de la zona norte (Zaragoza, Santiago de Compostela, Vigo, Orense y Santander). La prevalencia TCA fue de 0,7% (todos los casos diagnosticados fueron TCANE): 0,7% en Zaragoza; 1,6% en Santiago de Compostela; 0,2% en Santander; 0,0% en Vigo y en Orense.

## **REFERENCIAS**

1. Morandé G. Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En Romero A, Fernández A. Salud mental. Formación continuada en Atención Primaria. Madrid: IDEPSA; 1990.
2. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*. 1997; (2): 243-260.
3. Gandarillas-Grande A, Febrel C. Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2000.
4. Gandarillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR, Muñoz PE. Trastornos del comportamiento alimentario. Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública 85. Madrid: Comunidad de Madrid; 2003.

5. Sepúlveda AR, Gandarillas A y Carrobles JA. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. *Psiquiatría.com*. [serie en internet]. 2004; 8 (2) [citado 20 Mar 2007]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/tralimentacion/14984](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/tralimentacion/14984)
6. Peláez Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res*. 2007; 62(6):681-90.
7. Toro J, Castro, J, García M, Pérez P, Cuesta L. Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*. 1989; (62): 61-70.
8. Canals J, Barceló R, Doménech E. Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. *Revista de Psiquiatría Infantil*. 1990; (4): 265-268.
9. Canals J, Doménech E, Carbajo G, Bladé J. Prevalence of DSM III Rand CIE 10 psychiatric disorders in a spanish population of 18- years old. *Acta Psychiat Scand*. 1997; 96: 287-294.
10. Carbajo G, Canals J, Fernández-Ballart J, Doménech E. Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*. 1995; (16): 21-26.
11. Raich RM, Deus J, Muñoz, MJ, Pérez O, Requena A. Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 1991; (18): 305-315.
12. Raich RM, Rosen JC, Deus J, Pérez O, Requena A. Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*; 1992 (11): 63-72.
13. Ballester D, de Gracia M, Patiño J, Suñól C, Ferrer M. Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: Un estudio de prevalencia. 2002. Disponible en: [http://www.universia.es/novedades/internet/satisfaccion\\_corporal.pdf](http://www.universia.es/novedades/internet/satisfaccion_corporal.pdf)
14. Arrufat FJ. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente de la comarca de Osona [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006.
15. Muro-Sans P, Amador-Campos JA. Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating and Weight Disorders* 2007; 12; e1-e6.
16. Sancho C, Arija MV, Asorey O, Canals J. Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 14.
17. Olesti M, Piñol JL, Martín N, De la Fuente M, Riera A, Bofarull JM<sup>a</sup>, et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(1):18-23.
18. Gual, P. Epidemiología de la bulimia nerviosa en la población juvenil navarra. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*. 1999; 26 (4): 97.
19. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(13):481-6.
20. Ruiz-Lázaro PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, Calvo AI. Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 1998; 3: 148-162.
21. Ruiz-Lázaro et al. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38(4):204-211
22. Vega T, Rasillo MA, Lozano JE. Estudio del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de enseñanza secundaria de Castilla y León. En: Junta de Castilla y León. *Trastornos de la conducta alimentaria en Castilla y León*. España: Lovader. 2001; 27-62.
23. Imaz C, Ballesteros M, Higuera M, Conde V. Análisis asistencial en los trastornos del comportamiento alimentario en Valladolid. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36: 75-81.
24. Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T, Belmonte-Llario A, Martínez-Delgado C. Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13: 287-94
25. Moraleda S, González N, Casado JM, Carmona de la Morena J, Gómez-Calcerrada R, Aguilera M, Orueta R. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Atención Primaria*. 2001; 28(7): 463-467.
26. Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detección of false negatives. *Eur Psychiatr* 2005; 20: 173-8.

27. Loureiro VE, Domínguez M, Gestal JJ. Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. *Anales de Psiquiatría*. 1996; 12: 242-247
28. Rojo L, Livianos L, Conesa L, García A, Domínguez A, Rodrigo G, et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord*. 2003; 34(3):281-91.
29. Narváez R, Ordóñez MF, Ochoa O, Peña G. Trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de primer Año de Medicina. *VITAE [revista en Internet]* 2011 julio-septiembre [citado 12 Marzo 2013]; (47). Disponible en: [http://vitae.ucv.ve/index\\_pdf.php?module=articulo\\_pdf&n=4389&rv=100](http://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo_pdf&n=4389&rv=100)
30. Pamies-Aubalat L, Quiles Marcos Y, Bernabé Castaño M. Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Medicina Clínica (Barc)*. 2011; 136(4):139-143.
31. Jiménez RD, Gómez DM, Salorio del Moral P, Hernández MJJ. Riesgo de trastornos de la alimentación en mujeres universitarias y su implicación a nivel sanitario. *Parainfo digital [revista en Internet]*. 2010 [acceso el 29 de febrero de 2013]; 4(9). Disponible en: <http://www.indexf.com/para/n9/i011.php>
32. Sáiz PA, González MP, Bascarán MT, Fernández JM, Bousoño M, Pobes J. Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: Un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 1999; 27(6): 367-74.
33. Martínez A, Menéndez D, Sánchez-Trapiello MJ, Seoane M, Suárez P. Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Atención Primaria*. 2000; 25(5): 313-319.
34. Cabrera Mateos JL, Toledo PI, Báez AA. Riesgo de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de un área de salud. *Semergen*. 2006; 32(6):258-64.
35. Rivas T, Bersabe R, Castro S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*. 2001; 24(2): 25-31.
36. Rodríguez A, Novalbos JP, Martínez JM, Ruiz MA, Fernández JR, Jiménez D. Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. *Journal of Adolescent Health*. 2001; 28(4): 338-45.



Tabla 2. Estudios de prevalencia de TCA realizados en España

Estudio	Lugar	Fecha	Edad	Prevalencia TCA		Prevalencia AN		Prevalencia BN		Prevalencia TCANE	
				Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Morandé, 1990 (1)	Madrid	1985-87	X= 15 a	Hombres 0%	Mujeres 1.55%						
Morandé y Casas, 1997 (2)	Móstoles	1993-94	X= 15 a	0.9%	4.69%	Hombres 0%	Mujeres 0.69%	Hombres 0.36%	Mujeres 1.24%	Hombres 0.54%	Mujeres 2.76%
Gandarillas et al., 2000 (3)	Madrid	2000	15-18 a	*Hombres 2.2%	*Mujeres 15.3%						
Gandarillas et al., 2003 (4)	Madrid	2000-01	15-18 a		3.4%		0.69%		0.6%		2.1%
Sepúlveda et al., 2004 (5)	Madrid	2000-01	18-26 a	14.9%	20.8%						
Peláez et al., 2007 (6)	Madrid	2007	12-21 a	0.64%	5.34%	0%	0.33%	0.16%	2.29%	0.48%	2.72%
Toro et al., 1989 (7)	Barcelona	1989	12-19 a	1.2%	9.8%						
Canals et al., 1990 (8)	Reus	1990	13-14 a	13.6%	15.3%						
Canals et al., 1997 (9)	Reus	1997	17-18 a	0%	CIE-10: 5.2% DSM-III-R: 2.6%						
Carbajo et al., 1995 (10)	Reus	1990-91	13-15 a	8.3%	12.4%						
Raich et al., 1991 (11)	8 ciudades catalanas	1990	14-17 a	2.6%	7.3%						
Raich et al., 1992 (12)	5 ciudades catalanas-EEUU	1991	Adolescente								
de Gracia et al., 2002 (13)	Gerona	2001	14-19 a	0.4%	16%						
Arrufat, 2006 (14)	Barcelona	2006	14-16 a	0.27%	3.49%	0%	0.35%	0.09%	0.44%	0.18%	2.7%

Muro y Amador, 2007 (15)	Barcelona	2006	10-17 a	0.17%	2.31%						
Sancho et al., 2007 (16)	Tarragona	2007	X= 13.4 a	3.44% a los 2 años pasó a 3.81%							
Olesti et al., 2008 (17)	Reus	2008	12-21 a		9,1%		0,9%		2,9%		5,3%
Gual, 1999 (18)	Navarra	1999	Juvenil	4.13%		0.36%		0.7%		3.07%	
Pérez-Gaspar et al., 2000 (19)	Navarra	1997	12-21 a		4.1%		Mujeres 0.31%		0.76%		3.07%
Vega et al., 2001 (22)	Castilla-León	2001	12-18 a								
Imaz et al., 2008 (23)	Valladolid	2008	12-18 a	1.7%	5.11%	0.11%	0.88%	0%	0.37%	1.59%	3.86%
Beato et al., 2001 (24)	Castilla La-Mancha	2001	X= 16 a	0.45%	4.05%						
Moraleda et al., 2001 (25)	Toledo	2001	13-16 a	*Hombres 11.82%	*Mujeres 14.71%						
Rodríguez et al., 2005 (26)	Ciudad Real	2005	12-15 a	0.6%	6.41%	0.00%	0.17%	0.00%	1.38%	0.6%	4.86%
Loureiro et al., 1996 (27)	La Coruña	1996	X= 16.7 a		*Mujeres 13%						
Rojo et al., 2003 (28)	Comunidad Valenciana	1999	12-18 a	0.77%	5.17%		0.45%		0.41%		4.31%
Narváez et al., 2011 (29)	Valencia	2009	15-18 a	* TCA 3.57%		* AN 2.38%		* BN 5.95%			
Pamies-Aubala, 2011 (30)	Alicante	2010	Adolescente	3.34%	7.79%						
Jiménez-Rodríguez, 2010 (31)	Murcia	2010	X= 22 a		*Mujeres 10.3%						
Sáiz et al., 1999 (32)	Asturias	1997-98	13-21 a	*Hombres 1.1%	*Mujeres 7.7%						
Martínez et al., 2000 (33)	Gijón	2000	14-22 a			*Hombres 1.8%	*Mujeres 12.8%				

Rivas et al., 2001 (35)	Málaga	2001	12-21 a	3.4%		0.5%	0.4%	0.2%	0.6%	0.5%	3.9%
del Río et al., 2001 (36)	Sevilla	2001	X= 16 a	* TCA 46.2%							
Rodríguez et al., 2001 (36)	Cádiz	1995-96	14-18 a	* TCA 46.2%							
Cabrera-Mateos et al., 2006 (34)	Lanzarote	2005	12-19 a	*Hombres 13.8%	*Mujeres 21.9%						
Ruiz-Lázaro et al., 1998 (20)	Zaragoza	1997	12-18 a	4.52%		0.14%		0.55%			3.83%
Ruiz-Lázaro et al., 2010 (21)	Zaragoza	2007	12-13 a	0%	1.5%						0.7%
Ruiz-Lázaro et al., 2010 (21)	Santiago de Compostela	2010	12-13 a								1.6%
Ruiz-Lázaro et al., 2010 (21)	Santander	2010	12-13 a								0.2%
Ruiz-Lázaro et al., 2010 (21)	Vigo	2010	12-13 a								0.0%
Ruiz-Lázaro et al., 2010 (21)	Orense	2010	12-13 a								0.0%

\*Riesgo

### ANEXO 3. Instrumentos de cribado. Cuestionarios.

Tipo de cuestionario	Objetivo	Nombre
De cribado para la identificación de potenciales casos de TCA	Identificar casos de TCA	SCOFF ( <i>Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire</i> ) EAT ( <i>Eating Attitudes Test</i> ): EAT-40, EAT-26 (Versión abreviada del EAT-40) y ChEAT (Versión infantil del EAT-26; <i>Children Eating Attitudes Test</i> ) BULIT ( <i>Bulimia Test</i> ) BITE ( <i>Bulimia Investigatory Test Edinburgh</i> )
Para la evaluación de los TCA	Detectar y evaluar los síntomas y conductas propias de los TCA.	EAT-40 ( <i>Eating Attitudes Test</i> ) EDI ( <i>Eating Disorder Inventory</i> ) BULIT ( <i>Bulimia Test</i> ) BITE ( <i>Bulimia Investigatory Test Edinburgh</i> ) EDE-Q ( <i>Eating Disorders Examination-questionnaire</i> ) SCOFF ( <i>Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire</i> ) ACTA (Actitud frente al cambio en los TCA) ABOS ( <i>Anorectic Behaviour Observation Scale for parents</i> )
Sobre la imagen corporal	Detectar actitudes, comportamientos e influencias respecto a la imagen corporal	BSQ ( <i>Body Shape Questionnaire</i> ) BIA ( <i>Body Image Assesment</i> ) BAT ( <i>Body Attitude Test</i> ) BES ( <i>Body-Esteem Scale</i> ) CIMEC (Cuestionario de influencias del modelo estético corporal) Escalas de siluetas EEICA (escala de evaluación de insatisfacción corporal en Adolescentes)

Tabla 6. Cuestionarios útiles para la detección precoz y evaluación de los TCA (elaboración propia)

- Versión española de la encuesta SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire). Morgan, et al., 1999

Nombre:

Sexo:

Edad:

1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?

SÍ                       NO

2. ¿Está preocupado porque siente que tiene que controlar cuánto come?

SÍ                       NO

3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de tres meses?

SÍ                       NO

4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado/a delgado/a?

SÍ                       NO

5. ¿Diría que la comida domina su vida?

SÍ                       NO

- Versión española del EAT-40. Cuestionario de actitudes ante la alimentación (Eating Attitudes Test). Castro J, *et al.*, 1991

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.
6. Me preocupó mucho por la comida.
7. A veces me he “atrachado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas).
11. Me siento lleno/a después de las comidas.
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
13. Vomito después de haber comido.
14. Me siento muy culpable después de haber comido.
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
17. Me peso varias veces al día.
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
19. Disfruto comiendo carne.
20. Me levanto pronto por las mañanas.
21. Cada día como los mismos alimentos.
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
23. Tengo la menstruación regular.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
26. Tardo en comer más que las otras personas.
27. Disfruto comiendo en restaurantes.

28. Tomo laxantes (purgantes).
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.
30. Como alimentos de régimen.
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.
32. Me controlo en las comidas.
33. Noto que los demás me presionan para que coma.
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
35. Tengo estreñimiento.
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
37. Me comprometo a hacer régimen.
38. Me gusta sentir el estómago vacío.
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

**Categorías de respuesta:**

Nunca / Casi nunca / Algunas veces / Bastantes veces / Casi siempre / Siempre.

- Versión española del EAT-26 (Versión abreviada del EAT-40). Gandarillas A, et al., 2003

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
2. Procuro no comer cuando tengo hambre.
3. La comida es para mí una preocupación habitual.
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.
9. Vomito después de comer.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.
17. Tomo alimentos dietéticos.
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.
23. Estoy haciendo régimen.
24. Me gusta tener el estómago vacío.
25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.



- Versión española del ChEAT (Versión infantil del EAT-26)  
Children Eating Attitudes Test. Gracia M, *et al.*, 2008

1. Me da mucho miedo pesar demasiado.
2. Procuero no comer aunque tenga hambre.
3. Pienso en comida continuamente.
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
5. Corto la comida en trozos pequeños.
6. Estoy informado/a de las calorías que tienen los alimentos que como.
7. Evito comer alimentos como pan, patatas o arroz.
8. Noto que los demás preferirían que comiese más.
9. Vomito después de haber comido.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
15. Tardo en comer más que las otras personas.
16. Procuero no comer alimentos con azúcar.
17. Noto que los demás me presionan para que coma.
18. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
19. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
20. Me comprometo a hacer régimen.
21. Me gusta sentir el estómago vacío.
22. Me lo paso bien probando comidas nuevas y sabrosas.
23. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.
24. Como alimentos de régimen.
25. Siento que los alimentos controlan mi vida.
26. Me controlo en las comidas.

**Categorías de respuesta:**

Siempre / Casi siempre / Muchas veces / Algunas veces / Casi nunca / Nunca

- Versión española del BULIT. Test de bulimia (Bulimia Test). Vázquez AJ, et al., 2007

Nombre:

Responda cada una de las preguntas siguientes señalando la opción correcta con una cruz. Por favor, responda con sinceridad y recuerde que toda la información será estrictamente confidencial.

1. ¿Ha comido usted alguna vez incontroladamente hasta el punto de sentirse hinchado/a?

1. Una vez al mes o menos (o nunca)
2. Dos o tres veces al mes
3. Una o dos veces a la semana
4. Tres a seis veces a la semana
5. Una vez al día o más

2. Estoy satisfecho/a con mi forma de comer

1. De acuerdo
2. Neutral
3. Un poco en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Completamente en desacuerdo

3. ¿Ha seguido usted alguna vez comiendo hasta el punto de sentir que va a explotar?

1. Prácticamente cada vez que como
2. Muy frecuentemente
3. A menudo
4. A veces
5. Raramente o nunca

4. ¿Actualmente se llamaría usted mismo/a un/a comilón/a?

1. Sí, por completo
2. Sí
3. Sí, probablemente
4. Sí, es posible
5. No, probablemente no

5. Prefiero comer
  1. En casa solo/a
  2. En casa con otros/as
  3. En un restaurante público
  4. En la casa de amigos/as
  5. No importa
6. ¿Siente que tiene control sobre la cantidad de comida que consume?
  1. La mayoría o todas las veces
  2. Muchas veces
  3. Ocasionalmente
  4. Raramente
  5. Nunca
7. Uso supositorios o laxantes para ayudar a controlar mi peso
  1. Una vez al día o más
  2. Tres a seis veces a la semana
  3. Una o dos veces a la semana
  4. Dos o tres veces al mes
  5. Una vez al mes o menos
8. Como hasta que me siento demasiado cansado/a para continuar
  1. Al menos una vez al día
  2. Tres a seis veces a la semana
  3. Una o dos veces a la semana
  4. Dos o tres veces al mes
  5. Una vez al mes o menos (o nunca)
9. ¿Con qué frecuencia prefiere comer helados, batidos durante una comilona?
  1. Siempre
  2. Frecuentemente
  3. A veces
  4. Raramente o nunca
  5. Yo no tengo comilonas

10. ¿Cuánto se preocupa usted sobre sus comilonas?

1. Yo no tengo comilonas
2. Me preocupa un poco
3. Preocupación moderada
4. Preocupación intensa
5. Probablemente la mayor preocupación en mi vida

11. La mayoría de la gente que conozco se asombraría si supiera cuánta comida consumo cada vez que me siento

1. Sin duda alguna
2. Muy probablemente
3. Probablemente
4. Posiblemente
5. No

12. ¿Ha comido alguna vez hasta el punto de sentirse enfermo/a?

1. Muy frecuentemente
2. Frecuentemente
3. A menudo
4. Ocasionalmente
5. Raramente o nunca

13. Temo comer cualquier cosa por miedo a no poder parar

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Frecuentemente
4. A veces
5. Raramente o nunca

14. No estoy contento/a conmigo mismo/a después de comer demasiado

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. A veces
4. Raramente o nunca

5. No como demasiado
15. ¿Con qué frecuencia vomita intencionadamente después de comer?
1. Dos o más veces a la semana
  2. Una vez a la semana
  3. Dos o tres veces al mes
  4. Una vez al mes
  5. Menos de una vez al mes (o nunca)
16. ¿Cuáles de los siguientes sentimientos tiene después de una comilona?
1. No tengo comilonas
  2. Me siento bien
  3. Me siento medianamente disgustado/a conmigo mismo/a
  4. Me siento bastante disgustado/a conmigo mismo/a
  5. Me odio
17. Como mucha comida incluso cuando no tengo hambre
1. Muy frecuentemente
  2. Frecuentemente
  3. Ocasionalmente
  4. A veces
  5. Raramente o nunca
18. Mi forma de comer es diferente de la forma de comer de la mayoría de la gente
1. Siempre
  2. Casi siempre
  3. Frecuentemente
  4. A veces
  5. Raramente o nunca
19. He tratado de perder peso ayunando o con regímenes intensos
1. No en el año pasado
  2. Una vez en el pasado año
  3. Dos o tres veces en el pasado año
  4. Cuatro o cinco veces en el pasado año

5. Más de cinco veces en el pasado año
20. Me siento triste después de comer más de lo que había planeado comer
1. Siempre
  2. Casi siempre
  3. Frecuentemente
  4. A veces
  5. Raramente, nunca o no es el caso
21. Cuando me meto en una comilona, tiendo a comer comidas altas en carbohidratos (azúcares, almidón)
1. Siempre
  2. Casi siempre
  3. Frecuentemente
  4. A veces
  5. Raramente, o no tengo comilonas
22. Comparado con la mayoría de la gente, mi capacidad para controlar mi conducta alimenticia parece ser:
1. Mayor que la capacidad de otros/as
  2. Más o menos igual
  3. Menor
  4. Mucho menor
  5. No tengo absolutamente ningún control
23. Uno de sus mejores amigos/as de repente sugiere que ambos vayan a cenar a un nuevo restaurante esa noche. Aunque usted haya planeado comer algo ligero en casa, usted va y come fuera, comiendo bastante y sintiéndose incómodamente lleno/a. ¿Cómo se sentiría consigo mismo/a en el camino de vuelta a casa?
1. Bien, contento/a de haber conocido un nuevo restaurante
  2. Lamentando un poco el haber comido tanto
  3. Algo frustrado/a conmigo mismo/a
  4. Disgustado/a conmigo mismo/a
  5. Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a
24. Actualmente yo podría considerarme un/a “comedor/a compulsivo/a” (que tiene episodios de comida incontroladas)

1. Absolutamente
2. Sí
3. Sí, probablemente
4. Sí, es posible
5. No, probablemente no

25. ¿Cuál es el máximo peso que ha perdido en un mes?

1. Más de 20 kg
2. 12-20 kg
3. 8-11 kg
4. 4-7 kg
5. Menos de 4 kg

26. Si como demasiado por la noche, me siento deprimido/a a la mañana siguiente

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. A veces
4. Raramente o nunca
5. No como demasiado por la noche

27. ¿Cree que es más fácil para usted vomitar que para la mayoría de la gente?

1. Sí, no me cuesta ningún trabajo
2. Sí, es más fácil para mí
3. Sí, es un poco más fácil para mí
4. Más o menos igual
5. No, es menos fácil para mí

28. Siento que la comida controla mi vida

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Frecuentemente
4. A veces
5. Raramente o nunca

29. Me siento deprimido/a inmediatamente después de comer demasiado

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. A veces
4. Raramente o nunca
5. No como demasiado

30. ¿Con qué frecuencia vomita después de comer tratando de perder peso?

1. Menos de una vez al mes (o nunca)
2. Una vez al mes
3. Dos-tres veces al mes
4. Una vez a la semana
5. Dos o más veces a la semana

31. Cuando consume una gran cantidad de comida, ¿con qué rapidez la come habitualmente?

1. Más rápido que cualquiera lo haya podido hacer en su vida
2. Bastante más rápido que la mayoría de la gente
3. Un poco más rápido que la mayoría de la gente
4. Como la mayoría de la gente
5. Más lentamente que la mayoría de la gente (o no aplicable)

32. ¿Cuál es la mayor cantidad de peso que usted haya ganado en un mes?

1. Más de 20 kg
2. Entre 12-20 kg
3. Entre 8-11 kg
4. Entre 4-7 kg
5. Menos de 4 kg

33. SÓLO MUJERES. Mi último período menstrual fue

1. Hace un mes
2. Hace dos meses
3. Hace cuatro meses
4. Hace seis meses
5. Hace más de seis meses

34. Uso diuréticos para ayudarme a controlar mi peso



1. Una vez al día o más
2. De tres a seis veces a la semana
3. Una o dos veces a la semana
4. Dos o tres veces al mes
5. Una vez al mes o menos (o nunca)

35. ¿Qué piensa de su apetito comparado con el de la mayoría de las personas que conoce?

1. Muchas veces mayor que la mayoría
2. Mucho mayor
3. Un poco mayor
4. Más o menos igual
5. Menor que la mayoría

36. SÓLO MUJERES. Mi ciclo menstrual se presenta una vez al mes

1. Siempre
2. Generalmente
3. Algunas veces
4. Rara vez
5. Nunca

PC      1      10      20      30      40      50      60      70      80      90      99

TOTAL \_\_\_\_\_

Exc \_\_\_\_\_

Sen \_\_\_\_\_

Vom \_\_\_\_\_

Com \_\_\_\_\_

Pes \_\_\_\_\_

- Versión española del BITE. Test de investigación de bulimia de Edimburgo (Bulimia Investigatory Test Edinburgh). Rivas T, et al., 2004

1. ¿Sigue diariamente las mismas costumbres en su alimentación?      Sí       NO
2. ¿Realiza usted dietas rigurosas?      Sí       NO
3. ¿Tiene sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta, aunque sólo sea una vez?      Sí       NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, aunque no esté a régimen?      Sí       NO
5. ¿Alguna vez ha ayunado durante un día entero?      Sí       NO
6. ... si responde «Sí», ¿con qué frecuencia lo hace?

- Un día sí y otro no      5
- 2-3 veces a la semana      4
- Una vez por semana      3
- De vez en cuando      2
- Una sola vez      1

7. ¿Se vale de alguno de los siguientes medios para perder peso? (Rodee en cada caso con un círculo según la frecuencia, de acuerdo con la tabla de abajo).

PÍLDORAS ADELGAZANTES	0	2	3	4	5	6	7
TOMAR DIURÉTICOS	0	2	3	4	5	6	7
TOMAR LAXANTES	0	2	3	4	5	6	7
PROVOCARSE EL VÓMITO	0	2	3	4	5	6	7

- Nunca 0

- Ocasionalmente 2

- Una vez a la semana 3

- 2 o 3 veces a la semana 4

- Diariamente 5

- 2 o 3 veces al día 6

- 5 o más veces al día 7

8. ¿Siente usted perturbada severamente su vida por los hábitos alimentarios?      Sí       NO

9. ¿Considera que la comida domina su vida?  SÍ  NO
10. ¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal?  SÍ  NO
11. ¿Hay veces que lo único que puede hacer es pensar en la comida?  SÍ  NO
12. ¿Come cantidades razonables delante de los demás y luego se atiborra en secreto?  SÍ  NO
13. ¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo?  SÍ  NO
14. ¿Experimenta alguna vez un deseo ARROLLADOR de comer y comer?  SÍ  NO
15. ¿Cuando se siente ansiosa tiende a comer mucho?  SÍ  NO
16. ¿Le ATERRORIZA la idea de llegar a convertirse en obesa?  SÍ  NO
17. ¿Alguna vez consume grandes cantidades de alimentos (no sólo durante las comidas)?  SÍ  NO
18. ¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios?  SÍ  NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come?  SÍ  NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?  SÍ  NO
21. ¿Es capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer?  SÍ  NO
22. ¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come?  SÍ  NO
23. La cantidad que come, ¿depende directamente del hambre que tenga?  SÍ  NO
24. ¿Se da siempre grandes atracones de comer?  SÍ  NO
25. ... si responde «Sí», ¿se desprecia a sí misma si se excede comiendo?  SÍ  NO
26. Si se excede comiendo, ¿lo hace únicamente cuando está sola?  SÍ  NO
27. Si se excede comiendo, ¿con qué frecuencia lo hace?
- 2-3 veces al día  6
- Diariamente  5
- 2-3 veces a la semana  4

Una vez por semana            3

Una vez al mes                    2

Casi nunca                        1

28. ¿Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de darse un atracón?            Sí     NO

29. Si come en exceso, ¿se siente muy culpable?    Sí     NO

30. ¿Come alguna vez en secreto?    Sí     NO

31. ¿Considera normales sus hábitos alimentarios?    Sí     NO

32. ¿Se considera a sí misma una glotona compulsiva?                                        Sí     NO

33. ¿Varía su peso en más de 2,5 kg a la semana?    Sí     NO

- EDI. Inventario para trastornos de la alimentación (Eating Disorder Inventory).  
Guimerá y Torrúbia, 1987

Identificación..... Fecha .....

Debes contestar a las frases que se proponen. Algunas se refieren a la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas. En cada frase contesta si lo que se dice te ocurre:

**A:** nunca **B:** pocas veces **C:** a veces **D:** a menudo **E:** casi siempre **F:** siempre

**A B C D E F**

- 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 resultados sobresalientes. ....
- 14.- La infancia es la época más feliz de la 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.- Exagero o doy demasiada importancia al peso. ....
- 26.- Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento. ....
- 27.- Me siento incapaz. ....
- 28.- He ido a comilonas en las que sentí que no podía comer. ....
- 29.- Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores. ....
- 30.- Tengo amigos íntimos. ....
- 31.- Me gusta la forma de mi trasero. ....
- 32.- Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada. ....
- 33.- No sé qué es lo que ocurre en mi interior. ....
- 34.- Me cuesta expresar mis emociones a los demás. ....
- 35.- Las exigencias de la vida adulta son excesivas. ....
- 36.- Me fastidia no ser el mejor en todo. ....
- 37.- Me siento seguro de mí mismo. ....
- 38.- Suelo pensar en darme un atracón. ....
- 39.- Me alegra haber dejado de ser un niño. ....
- 40.- No sé muy bien cuando tengo hambre o no. ....
- 41.- Tengo mala opinión de mí. ....
- 42.- Creo que puedo conseguir mis objetivos. ....
- 43.- Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes. ....
- 44.- Temo no poder controlar mis sentimientos. ....
- 45.- Creo que mis caderas son demasiado anchas. ....
- 46.- Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van. ....
- 47.- Me siento hinchado después de una comida normal. ....
- 48.- Creo que las personas son más felices cuando son niños. ....
- 49.- Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.

- 50.- Me considero una persona valiosa.....
- 51.- Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
- 52.- Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas. ....
- 53.- Pienso en vomitar para perder peso. ....
- 54.- Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado. ....
- 55.- Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado. ....
- 56.- Me siento emocionalmente vacío en mi interior. ....
- 57.- Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos. ....
- 58.- Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto. ....
- 59.- Creo que mi trasero es demasiado grande. ....
- 60.- Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo. ....
- 61.- Como o bebo a escondidas. ....
- 62.- Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado. ....
- 63.- Me fijo objetivos sumamente ambiciosos. ....
- 64.- Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer. ....

**DT**

**B**

**BD**

**I**

**P**

**ID**

**IA**

**MF**

- EDE-Q. Cuestionario examen de trastornos de la conducta alimentaria (Eating Disorders Examination-questionnaire). Fairburn y Beglin, 1993

El EDE-Q es un cuestionario autoadministrado (se cumplimenta en menos de 15 minutos) derivado de la entrevista semiestructurada EDE desarrollada por Fairburn y Beglin (1993), y que contiene sus tres principales subescalas (restricción, preocupación por el peso y preocupación por la figura). Los resultados indican de forma consistente una correlación positiva, aunque moderada, entre el EDE y el EDE-Q. La correlación fue superior en características que no presentan problemas de definición (por ejemplo, frecuencia de vómitos autoinducidos o promedio —en días por semana— de abuso de laxantes); encontrándose los mayores índices de discrepancia en la evaluación de días por semana en los que tuvieron lugar los episodios de sobreingesta. De forma consistente, estos valores fueron superiores en el EDE-Q. No se tiene conocimiento de la adaptación y validación en población española del EDE-Q. No obstante, se dispone de la versión adaptada al castellano en una muestra de población colombiana (S-EDE-Q).

- ACTA (Actitud frente al cambio en los TCA). Beato y Rodríguez, 2003

El cuestionario ACTA fue desarrollado por Beato y Rodríguez, (2003), con el objetivo de evaluar la actitud frente al cambio en los TCA. Consta de 59 ítems distribuidos en 6 subescalas: precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída. El ACTA es un instrumento fácil de administrar con adecuada fiabilidad y validez, cuyo empleo dentro del enfoque motivacional puede aportar información de utilidad en cuanto al conocimiento del proceso terapéutico.



- ABOS. Escala de observación de conducta anoréxica para padres/esposo (Anorectic Behaviour Observation Scale for parents). Vandereycken, 1992

Versión española del ABOS. No se tiene conocimiento de la disponibilidad de la versión adaptada y validada en nuestro medio de la escala ABOS.

Conteste las siguientes preguntas sobre la base de las observaciones hechas al paciente durante el último mes en casa. Conteste SI o NO, únicamente si está seguro (por ejemplo, si vio que eso sucedía). Conteste (¿?) si no está seguro (por ejemplo, si no ha podido observarlo, pero lo ha oído o supone que ha sucedido).

**SI 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, water). ....
- 15.- Oculta o atesora comida en su propia habitación o el 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). ....
- 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. ....

**TOTAL:**

- BSQ. Cuestionario sobre forma corporal (Body Shape Questionnaire).

El BSQ fue elaborado por Cooper y otros en 1987. Ha sido adaptado y validado en nuestra población por Raich, et al., 1996

Consta de 34 preguntas que se puntúan en una escala de 1 a 6. Permite obtener una puntuación global (suma de las puntuaciones directas de los ítems) y se pueden derivar 4 subescalas:

- Insatisfacción corporal
- Miedo a engordar
- Baja estima por la apariencia
- Deseo de perder peso

El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. Se considera patología una puntuación superior a 105 al final del test.

- BIA. Evaluación de la imagen corporal (Body Image Assesment). Collins, et al., 1991

Versión española del BIA. Versión española de Sánchez, 2005

- BAT. Cuestionario de actitud corporal (Body Attitude Test). Probst, 1995

Versión española del BAT. Dispone de versión española adaptada y validada en nuestro medio por Gila, et al., (1999), en una muestra de 165 pacientes con TCA (79 AN y 86 BN) y 220 niñas de la población general. Sus resultados indican adecuada validez y fiabilidad.

- BES. Escala de autoestima corporal (Body-Esteem Scale). Mendelson y White, 1982

Versión española de la BES. Se dispone de la versión española adaptada y validada en nuestro medio por Sperber, et al., (2004).

- CIMEC. Cuestionario de influencias del modelo estético corporal. Toro, et al., 1994

El CIMEC fue diseñado para intentar medir las influencias culturales relevantes que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones

estéticas y sociales. Está compuesto por 40 ítems directos que evalúan la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales. Las respuestas son evaluadas en una escala de 0 a 3 puntos. Una puntuación mayor denota una mayor influencia de los modelos sociales. Su puntuación máxima es de 80, la mínima de 0 y el punto de corte de 23/24 puntos. Fue elaborado y validado en una muestra de jóvenes españolas (59 AN y 59 controles), igualadas en cuanto a edad y clase social. El cuestionario mostró una adecuada consistencia interna, así como una apropiada sensibilidad (81,4%) y especificidad (55,9%), por lo que podría servir como instrumento de cribado debido a la relación de la AN con las influencias socioculturales.

- CIMEC-26 (Versión abreviada del CIMEC)

Cuando se investigó el CIMEC-40 en un grupo clínico y otro control, se aislaron 26 ítems cuyas diferencias fueron estadísticamente significativas. Estas preguntas formaron el CIMEC-26, del cual se derivan 5 dimensiones: malestar por la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de mensajes verbales, influencia de los modelos sociales e influencia de las situaciones sociales.

Los resultados indican que el CIMEC (CIMEC-40 y CIMEC-26) es un cuestionario válido y fiable para evaluar la influencia de los modelos estéticos corporales en la población española por medio de algunos medios específicos (la publicidad, los modelos sociales y las situaciones sociales).

- CIMEC-12 (versión para prepúberes del CIMEC)

Versión española de T Saucedo, 20002

- Escala de evaluación de la imagen corporal –GARDNER. Gardner R.M., 1999

Se trata de un cuestionario de 11 siluetas autoadministrado y heteroadministrado por un clínico con experiencia en este campo. La silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las situadas a su derecha obtienen puntuaciones positivas (de 1 a 6).

Primero, la paciente señala con una "P" la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal y con una "D" la silueta que desearían tener.

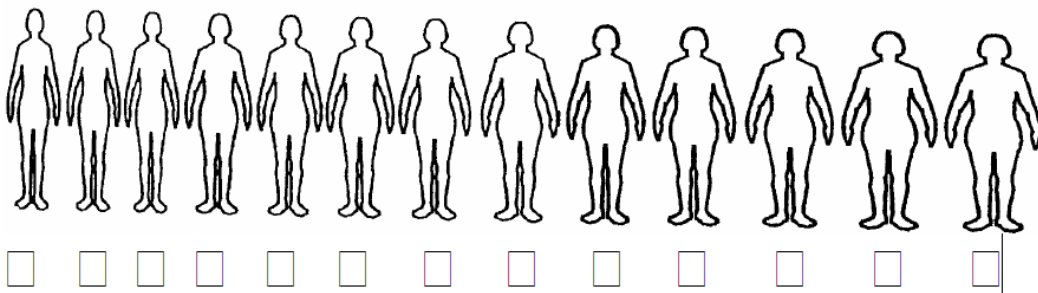
Posteriormente, el entrevistador señala con una "R" su estimación de la imagen corporal real del paciente. La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada se considera el *Índice de Insatisfacción* de la imagen corporal, y la diferencia entre la imagen percibida y la Real se considera el *Índice de Distorsión* de la imagen corporal. No se han establecido puntos de corte.

### Índice de Insatisfacción

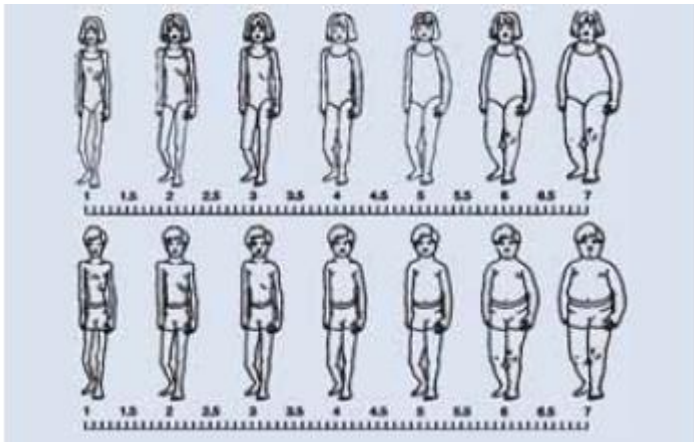
### Índice de Distorsión

**Instrucciones para el profesional:** Doble este documento por la línea discontinua y muestre a la paciente las figuras sin el texto.

-----



- Escala de siluetas de imagen corporal de Collins. Collins, 1991



Una gran diferencia entre la figura que el preadolescente identifica como más parecida a la propia y la que señala como deseable para él sugiere insatisfacción con su imagen corporal.

- Escala de evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes – EEICA.  
Ignacio Baile J, Guillén Grima F & Garrido Landívar E., 2003

Instrucciones para el profesional:

Se trata de un cuestionario autoadministrado dirigido a una población entre 12 y 19 años, que consta de 32 ítems. Dichos ítems responden a la siguiente forma de puntuación en los ítems positivos (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31): 3= Siempre, 2= Casi siempre, 1= Algunas veces, 0= A veces, 0= Casi nunca y 0= Nunca; y al revés en los ítems negativos (6, 10, 18, 21, 27, 29, 32): 3= Nunca, 2= Casi nunca, 1= a veces, 0= Algunas veces, 0= Casi siempre y 0= Siempre. El punto de corte sugerido se sitúa en 39 puntos.

1. ¿Con qué frecuencia crees que tus amigo/as, en general, tiene un cuerpo más bonito que el tuyo?
2. ¿Con qué frecuencia piensas que te verías mejor si pudieras ponerte una talla menos de ropa?
3. ¿Con qué frecuencia consideras que la cirugía estética es una opción para mejorar tu aspecto físico en el futuro?
4. ¿Con qué frecuencia te has sentido rechazado/a y/o ridiculizado/a por los demás por culpa de tu apariencia.
5. ¿Con qué frecuencia analizas la composición de calorías de los alimentos para controlar lo que engordan?
6. ¿Con qué frecuencia piensas que la forma de tu cuerpo es la que ahora se considera atractiva?
7. ¿Con qué frecuencia tu imagen corporal te ha hecho estar triste?
8. ¿Con qué frecuencia el pesarte te genera ansiedad?
9. ¿Con qué frecuencia llevas ropas que disimulan la forma de tu cuerpo?
10. ¿Con qué frecuencia piensas que lo más importante para mejorar tu aspecto sería ganar peso?
11. ¿Con qué frecuencia después de comer te sientes gordo/a?
12. ¿Con qué frecuencia has considerado la posibilidad de tomar algún tipo de pastillas o medicamento que te ayude a perder peso?
13. ¿Con qué frecuencia temes perder el control y convertirte en un/a gordo/a?
14. ¿Con qué frecuencia inventas excusas para evitar comer delante de otras personas (familia, amigos, etc) y así controlar lo que comes?
15. ¿Con qué frecuencia piensas que te gustaría tener más fuerza de voluntad para controlar lo que comes?
16. ¿Con qué frecuencia sientes rechazo hacia alguna parte de tu cuerpo que no te gusta (trasero, muslo, vientre, etc)?

17. ¿Con qué frecuencia dejas de hacer cosas porque te sientes gordo/a?
18. ¿Con qué frecuencia piensas que los/ las hombres/mujeres de tu edad parecen estar más gordos/as que tú?
19. ¿Con qué frecuencia dedicas tiempo en pensar cómo mejorar tu imagen?
20. ¿Con qué frecuencia crees que si tu aspecto físico no mejora, tendrás problemas en el futuro para relacionarte?
21. ¿Con qué frecuencia te sientes muy bien al probarte ropa antes de comprártela (sobre todo pantalones)?
22. ¿Con qué frecuencia te pesas en tu casa?
23. ¿Con qué frecuencia piensas que la ropa de hoy día no está hecha para gente con el cuerpo como el tuyo?
24. ¿Con qué frecuencia has llegado a sentir envidia del cuerpo de modelos o artistas famosos/as?
25. ¿Con qué frecuencia evitas salir en fotos en las que se vea todo el cuerpo?
26. ¿Con qué frecuencia piensas que los demás ven tu cuerpo diferente de cómo tú lo ves?
27. ¿Con qué frecuencia te sientes delgada?
28. ¿Con qué frecuencia te has sentido mal porque los demás han visto tu cuerpo desnudo o en bañador (vestuarios, playa, piscina, etc.)?
29. ¿Con qué frecuencia te sientes satisfecha con tu aspecto físico?
30. ¿Con qué frecuencia te has sentido inferior a los demás por culpa de tu físico?
31. ¿Con qué frecuencia cuando te ves todo el cuerpo en el espejo, no te gusta?
32. ¿Con qué frecuencia sientes que te gustaría estar más gordo/a?

**PUNTUACIÓN TOTAL**



## **ANEXO 4. Detección precoz de los TCA**

### **1. Anamnesis dirigida a la detección precoz de los TCA:**

#### 1a. Alimentación:

- ¿Qué come?
- ¿A qué hora come?
- ¿Qué le gusta?
- ¿Qué no le gusta?
- ¿Tiene manías con la comida?

#### 1b. Imagen corporal:

- ¿Cómo se ve?
- ¿Qué no le gusta de su cuerpo?

#### 1c. Otras:

- ¿Ha cambiado su carácter?
- ¿Hace ejercicio físico?
- ¿Hace dieta? ¿Cómo es?
- ¿Vomita?
- ¿Se da atracones?
- ¿Toma algún tipo de pastillas?

### **2. Valoración de signos y síntomas de alarma característicos:**

#### 2a. Signos y síntomas de alarma físicos:

- Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, sobre todo en las chicas.
- Fallo en el crecimiento normal para la edad y peso del paciente.
- Irregularidades de la menstruación y/o amenorrea.
- Complicaciones médicas por ejercicio físico abusivo.
- Osteoporosis en jóvenes.
- Hirsutismo o lanugo.
- Anomalías dentarias.
- Hipertrofia parotídea.
- Callosidades en los nudillos de las manos.

#### 2b. Signos y síntomas de alarma conductuales:

- Desaparición inmediatamente después de las comidas y encierro en el baño.
- Preocupación desorbitada por temas gastronómicos, ropas y modas.
- Uso de pantalones de forma exclusiva y tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo.
- Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente.
- Retraimiento de amistades y compañeros.
- Aumento de actividades “útiles” y horas de estudio.
- Miembros de un subgrupo vulnerable de población (bailarinas, modelos, gimnastas, actrices, etc.)

### **3. Evaluación de TCA**

#### **3.1. Consulta inicial**

Cuando se sospeche un TCA por síntomas y signos de alarma, se realizarán unas preguntas clave y una exploración física básica.

##### **Sobre el peso:**

- ¿Se han producido cambios en tu peso recientemente?
- ¿Te pesas con mucha frecuencia?

##### **Sobre la alimentación:**

- ¿Comes todo tipo de alimentos? ¿Excluyes alguno?
- En ocasiones, ¿te saltas alguna comida principal?
- ¿Prefieres comer solo o acompañado de tu familia?
- ¿Haces algún tipo de dieta para adelgazar? ¿Haces alguna otra cosa para adelgazar?
- ¿Alguno de tu familia hace algún tipo de dieta?

##### **Ejercicio:**

- ¿Haces mucho ejercicio?
- ¿Descansas lo suficiente?

##### **Sobre la autoestima y la autoimagen:**

- ¿Crees que el aspecto físico es muy importante?
- ¿Te gusta cómo eres físicamente?
- ¿Te has visto gordo alguna vez?
- ¿Te gusta cómo eres en general?
- ¿Eres muy exigente contigo mismo?

##### **Sobre la integración familiar y social:**

- ¿Tienes buenos amigos?
- ¿Te llevas bien con tu familia?
- ¿Te encuentras a gusto en el colegio, instituto,...?

En niñas: edad de menarquía, fecha de última regla y ciclos menstruales.

#### Exploración física básica:

- Medir peso y talla: cálculo del IMC y comparación con percentiles.
- Tensión arterial, temperatura y pulso.

### 3.2. Detección de TCA en niños/as

NIÑO/A	FAMILIA
<b>Sobre el peso</b>	
• ¿Te parece que tu peso es el adecuado?	• ¿Ha aumentado o disminuido de peso recientemente?
<b>Sobre la alimentación</b>	
• ¿Comes todo tipo de alimentos?	• ¿Excluye algún tipo de alimento? ¿Ha mostrado preferencia por alimentos con bajo contenido en calorías y grasa? • ¿Se salta alguna comida? • ¿Están preocupados por la alimentación de su hijo?
<b>Ejercicio</b>	
• ¿Haces mucho ejercicio?	• ¿Cree que su hijo realiza una práctica de ejercicio excesiva? • ¿Su tiempo de descanso es suficiente?
<b>Sobre la autoestima y la autoimagen</b>	
• ¿Te gusta cómo eres físicamente? • ¿Crees que el aspecto físico es muy importante?	• ¿Cree que su hijo está muy preocupado por su aspecto físico?
<b>Sobre la integración familiar y social</b>	
• ¿Te encuentras a gusto en el colegio? • ¿Tienes buenos amigos? • ¿Te llevas bien con tu familia?	• ¿Es sociable? • ¿Son buenas sus relaciones sociales?
En niñas: edad de menarquía, fecha de última regla y ciclos menstruales.	

Exploración física básica:

- Medir peso y talla: cálculo del IMC y comparación con percentiles.
- Tensión arterial, temperatura y pulso.

### 3.3. Historia clínica

La recogida de información incluirá aspectos físicos, psicológicos y sociales. Es conveniente obtener información que aporta la familia, los profesores, etc.

- Cuándo y cómo se inició el trastorno. Posibles factores desencadenantes: enfermedades, acontecimientos vitales. Tratamientos previos (duración y motivo de interrupción).

- Pérdida de peso desde el inicio del problema. Dietas realizadas. Métodos utilizados para perder peso: diuréticos, laxantes, ejercicio excesivo, medicamentos, vómitos, restricción dietética.
- Alimentación actual. Especificar la ingesta a lo largo del día: horario, tipo y cantidad de alimentos, número de comidas, toma de líquidos, presencia de atracones. Interesa conocer los hábitos familiares de alimentación.
- Conductas anómalas en relación con las comidas: rituales, manipulaciones, almacenarla y tirarla, etc.
- Actitud ante el peso: sensación de triunfo ante la pérdida de peso, insatisfacción permanente con el peso alcanzado.
- Distorsión de la imagen corporal: cómo se ve, si hay alguna parte de su cuerpo que no le guste, etc.
- Historia menstrual: fecha de la menarquía, trastornos menstruales, última regla, uso de anticonceptivos. Actividad sexual.
- Relaciones interpersonales: familia, escuela/trabajo, amigos, pareja.
- Repercusiones sociales de la enfermedad: absentismo escolar/laboral, aislamiento y restricción de actividades habituales.
- En la exploración psicopatológica se puede prestar atención a la valoración del estado de ánimo, ansiedad, ideación suicida y grado de conciencia de la enfermedad.

### **3.4. Exploración física**

– Se efectuará un examen físico general valorando:

- Peso y talla actual (pesar desnudo o en ropa interior). Índice de masa corporal.
- Constantes vitales: tensión arterial, temperatura y pulso.

– Se tendrán en cuenta los posibles hallazgos exploratorios que siguen:

- Aspecto triste y ojeroso.
- Atrofia muscular y aumento de los relieves óseos.
- Piel seca agrietada, pérdida del tejido celular subcutáneo, aumento de la pigmentación (a veces), carotinemia, acrocianosis con frialdad de manos y pies.
- Pelo seco, áspero y frágil, uñas quebradizas.
- Lanugo.
- Atrofia mamaria; vaginitis hipertrófica por disminución de estrógenos.
- Edemas en extremidades.
- Fragilidad capilar y hematomas.
- En la auscultación cardíaca: tonos apagados, bradicardia sinusal, arritmia, soplo cardíaco (prolapso mitral).

- En el abdomen es frecuente palpar masas fecales en FII y distensión abdominal.
- Disminución de reflejos, parestesias.
- Signo de Russell (callosidades en los nudillos de las manos por los vómitos autoprovocados).
- Lesiones en el paladar, erosiones dentarias por el repetido contacto con el jugo gástrico.
- Hipertrofia parotídea.

## **ANEXO 5. Criterios clínicos de derivación entre los recursos asistenciales en el SNS**

### Derivación a salud mental

Los criterios de derivación de atención primaria a salud mental (CSMA y CSMIJ) son los siguientes:

- Cuando existe un diagnóstico de TCA establecido.
- Pérdida de peso igual o superior al 10%-25% del peso, sin una causa que lo justifique.
- Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).
- Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas.
- Falta de conciencia de enfermedad.
- Si, a pesar de seguir las pautas de la AP, no mejoran el peso ni las conductas bulímicas.

### Derivación a hospitalización urgente

Los criterios de derivación de la AP a la hospitalización urgente (servicio de Urgencias de hospital general) para recibir tratamiento médico urgente son los siguientes:

- Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (30% en los últimos 3 meses).
- Alteraciones de la consciencia.
- Convulsiones.
- Deshidratación.
- Alteraciones hepáticas o renales severas.
- Pancreatitis.
- Disminución de potasio <3 mEq/l o sodio (<130 o >145).
- Arritmia grave o trastorno de la conducción.
- Bradicardia de <40 bpm.
- Otros trastornos ECG.
- Síncopes o hipotensión con TAS <70 mm Hg.
- HDA: hematemesis, rectorragias.
- Dilatación gástrica aguda.

### Derivación a valoración psiquiátrica urgente

Los criterios de derivación de la AP a valoración psiquiátrica urgente (servicio de Psiquiatría de un hospital) son los siguientes:

- Negativa absoluta a comer o beber.
- Sintomatología depresiva, con riesgo de autolisis.
- Conductas autolesivas importantes.

#### Criterios de hospitalización completa

- El estado biológico que implique riesgo de complicaciones graves (nula ingesta de alimentos y especialmente de líquidos, IMC<16, alteraciones iónicas, vómitos autoinducidos continuados, abuso de laxantes y uso de diuréticos, hematemesis y rectorragias).

#### Criterios somáticos:

- Pérdida de peso superior al 25% con respecto al previo en menos de 6 meses o al 10% en 1 mes.
- Frecuencia cardíaca < de 50 spm o TA < 90/60 mmHg o 80/50 en niños, y/o síntomas derivados.
- Potasio < 3 meq/l o Na < 130 mg/dl, y/o alteraciones en ECG.
- Hipoproteinemia severa y/o edemas en miembros inferiores.
- Hipoglucemia persistente y/o hipertransaminasemia (APA).

#### Criterios psíquicos:

- Cuando el TCA se vea acompañado de uno de los siguientes trastornos: trastorno obsesivo-compulsivo grave, esquizofrenia, depresión grave, trastorno por adicción, psicosis sintomática, trastorno del control de los impulsos.
- Dificultades de diagnóstico diferencial.
- Ideación-conducta autolítica directa o indirecta.
- Conflicto familiar severo que impida la posibilidad de aplicar las normas terapéuticas prescritas en el domicilio.
- Conocimiento de presencia de estresores o del peso previo a recaídas anteriores y que es señal o señales de declive rápido.

#### Otros criterios:

- Negativa absoluta a comer o imposibilidad de control de conductas bulímicas.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- Embarazo con riesgo de aborto.
- Lejanía geográfica del centro de tratamiento.
- Hay síntomas depresivos importantes con riesgo de autolisis.
- Conductas autolesivas importantes.

No son criterios absolutos y, según la intensidad, puede estar indicado el hospital de día (hospitalización parcial).

Hay otros trastornos psicopatológicos que impiden el tratamiento de manera ambulatoria:

- La persona afectada es incapaz por su psicopatología de seguir las pautas del programa ambulatorio: frecuencia de visitas, limitación de actividad física, alimentación indicada, etc.
- El comportamiento problemático de la persona afectada en el domicilio, la existencia de conflictos en las relaciones familiares y/o psicopatología familiar son excesivos e imposibles de controlar ambulatoriamente.
- La evolución del peso no sigue el ritmo pautado en el programa de recuperación de peso.

Para la hospitalización completa será necesaria la autorización del juez y, aconsejable pero no imprescindible, la de los padres y el juez en caso de menores de edad y autorización judicial en mayores de edad.

La hospitalización completa puede realizarse en un hospital general (o monográfico de TCA) siendo el hospital psiquiátrico el recurso recomendable ante casos especiales como cronicidad y trastornos mentales graves (delirio, autoagresiones reiteradas, deterioro cognitivo, etc.)

Las unidades específicas de TCA se encuentran en los hospitales generales y dependen del servicio de psiquiatría (aunque en algunos casos aislados dependen del servicio de endocrinología).

Entre otras funciones, tienen la de atender aquellos casos resistentes. Estas unidades específicas están en contacto con otros servicios del hospital como los de Medicina Interna, Ginecología, etc. e intervienen ante complicaciones derivadas de los TCA.

#### Criterios de ingreso en el hospital de día

- Desde el CSMA/CSMIJ. Si el paciente no cumple los criterios de atención médica urgente ni de ingreso psiquiátrico urgente y cumple alguno de los criterios siguientes:

– La persona afectada es incapaz por su psicopatología de seguir las pautas del programa ambulatorio: frecuencia de visitas, limitación de la actividad física, alimentación indicada, etc.

– Hay problemas graves de comportamiento en el domicilio, existen conflictos en las relaciones familiares y/o psicopatología familiar y no se modifica ambulatoriamente.

– La evolución del peso no sigue el ritmo pautado en el programa ambulatorio de recuperación de peso.

Criterios somáticos:

– Cuando al inicio o durante la evolución del proceso aparezca una situación nutricional inestable, que precise para su control revisiones inferiores a 15 días.

– Trastornos electrolíticos que requieran suplementación (Potasio  $<3,5$  y  $>$  de 3 meq/l, hipoproteinemia moderada).

– No cumple criterios de ingreso completo.

– Al alta de hospitalización completa.

Criterios psíquicos:



- Pacientes con grave aislamiento social, dificultades relacionales graves o de autonomía personal secundario al TCA.
- Necesidad de tratamiento intensivo y/o precoz, previniendo el deterioro en sus capacidades cognitivas, emocionales y relacionales.
- Escasa vinculación con ESMD o descompensaciones continuas.
- Episodios frecuentes de atracones y/o purgaciones.
- Pacientes sin descompensación orgánica pero que precisan control de la conducta alimentaria y educación nutricional.
- Capacidad para trabajar en actividades grupales.
- Desde la hospitalización completa (una vez cumplidos los criterios de alta) si se debe mantener más control sobre la alimentación o las conductas, pero se puede hacer de manera ambulatoria. También en aquellos casos que por la intensidad de su psicopatología necesitan un tratamiento psicológico para modificar su imagen, sus cogniciones, asertividad u otros aspectos de los TCA.

#### Criterios de alta de hospitalización completa

- Normalización de las alteraciones biológicas que han motivado la hospitalización completa.
- Recuperación del peso según un programa individualizado.
- Mejora del estado psicopatológico.
- Desaparición de las conductas autolesivas.
- Remisión de las conductas alimentarias anómalas y las conductas compensatorias.
- Mejora de los conflictos familiares.
- Mejora del funcionamiento general.

#### Criterios de alta del hospital de día

Para derivar a consultas ambulatorias (CSMA/CSMIJ):

- Recuperación y/o mantenimiento del peso según PTI.
- Finalización de los programas de grupo que haya iniciado.
- Mejora del patrón de ingesta y las conductas compensatorias (si las hubiere).
- Mejora de los conflictos familiares y del funcionamiento general que permitan el tratamiento ambulatorio.

Para ingreso hospitalario:

- No aumenta el peso según el programa de recuperación de peso.
- No cumple las normas establecidas en el hospital de día respecto a comidas, restricción de la actividad física y funcionamiento en general.
- Presencia de psicopatología importante.

- Estado biológico de la persona afectada de TCA que implica riesgo de complicaciones graves (frecuencia cardíaca menor de 45, potasio menor de 3,5 mEq/l, hematemesis y rectorragias).
- En cualquier momento de la estancia en el hospital de día puede estar indicada la derivación de la persona afectada al servicio de Medicina Interna.

#### Criterios de alta del programa de tratamiento ambulatorio

Los criterios de alta dependerán del PTI.

- Mantenimiento de conductas alimentarias no alteradas (dietas, sobreingestas y purgas) durante un año.
- Mantenimiento del peso estable y dentro de la normalidad durante un año.
- Ausencia de irregularidades menstruales secundarias a los TCA.
- Disminución del riesgo de recaída.
- Ausencia de otras alteraciones psicopatológicas que requieran tratamiento.

#### Criterios de alta del TCA

La finalización del proceso tendrá lugar cuando la mejoría clínica sea evidente y permita la incorporación del paciente a la vida cotidiana, verificando que durante un período de tiempo superior a dos años cumple los siguientes criterios:

- Mantenimiento del peso y ausencia de alteraciones nutricionales.
- Ausencia de peculiaridades alimentarias perjudiciales para la salud.
- Vida relacional adecuada.

## **ANEXO 6. Propuesta de contenido de historia clínica de salud mental según el Plan Integral de SM de Andalucía**

- Cuándo y cómo se inició el trastorno. Posibles factores desencadenantes: enfermedades, acontecimientos vitales. Tratamientos previos (duración y motivo de interrupción).
- Pérdida de peso desde el inicio del problema. Dietas realizadas. Métodos utilizados para perder peso: diuréticos, laxantes, ejercicio excesivo, medicamentos, vómitos, restricción dietética.
- Alimentación actual. Especificar la ingesta a lo largo del día: horario, tipo y cantidad de alimentos, número de comidas, toma de líquidos, presencia de atracones. Interesa conocer los hábitos familiares de alimentación.
- Conductas anómalas en relación con las comidas: rituales, manipulaciones, almacenarla y tirarla, etc.
- Actitud ante el peso: sensación de triunfo ante la pérdida de peso, insatisfacción permanente con el peso alcanzado.
- Distorsión de la imagen corporal: cómo se ve, si existe alguna parte de su cuerpo que no le guste, etc.
- Historia menstrual: fecha de la menarquía, trastornos menstruales, última regla, uso de anticonceptivos.

### Actividad sexual.

- Relaciones interpersonales: familia, escuela/trabajo, amigos, pareja.
- Repercusiones sociales de la enfermedad: absentismo escolar/laboral, aislamiento y restricción de actividades habituales.
- Evaluación de alteraciones psiquiátricas comórbidas, especialmente los trastornos afectivos y de ansiedad, comportamientos suicidas, abuso de drogas, síntomas obsesivos y compulsivos y alteraciones de la personalidad, cleptomanía, hurtos de comida y conductas autolesivas.
- Historia del desarrollo, incluyendo temperamento, abuso psicológico, sexual y físico e historia sexual.
- Conciencia de enfermedad y grado de compromiso con el tratamiento.

## **ANEXO 7. Propuesta de normas para pacientes con TCA (hospitalización parcial) según el Plan Integral de SM de Andalucía**

Todos los ingresos en esta unidad deben ser indicados por el referente terapéutico del paciente.

1. Todos los pacientes acudirán diariamente a actividades ocupacionales. Excepto para aquéllos que tengan una indicación contraria, esta actividad es OBLIGATORIA.
2. Se evitará que las pacientes hablen en “apartados”, promoviendo la comunicación del grupo y evitando las conversaciones sobre las comidas y la estética.
3. Los sillones de reposo estarán SIEMPRE razonablemente separados uno de otro, y la ubicación de los pacientes estará en función de sus características.
4. Se procurará crear un ambiente relajado evitando las estridencias y los ruidos excesivos (TV, radio, gritos, etc.).
5. En ningún caso se permitirá la entrada de objetos punzantes en la unidad.
6. Las comidas tendrán una duración máxima de 20 minutos para desayuno y merienda, y de 45 minutos para el almuerzo y cena. En el caso de que no la hayan completado en este tiempo, se le retirará la bandeja cuando el personal encargado lo estime oportuno.
7. Los pacientes deberán comer todo lo administrado en la bandeja. No se permiten cambios de alimentos, excepto los indicados por el personal de Enfermería.
8. En caso de incumplimiento de la anterior norma se procederá al sondaje nasogástrico para el aporte nutricional correspondiente en cada caso, y se retirará cuando el equipo lo considere más beneficioso y oportuno para el paciente.
9. No se permite ninguna comida extra, sólo la suministrada por el hospital e indicada por el médico nutricionista.
10. Después de cada comida, siempre se realizará un reposo de 1 hora después del desayuno, merienda y cena, y de 2 horas después del almuerzo en los sillones de reposo.
11. El cuarto de baño permanecerá siempre cerrado con llave.
12. Hasta que no transcurran 2 horas de la ingesta, no se podrá ir al baño. Se informará antes de las comidas de esta norma.
13. Los pacientes siempre irán acompañados al cuarto de baño de un Auxiliar de Enfermería.
14. La televisión permanecerá apagada durante las comidas.
15. Los pacientes realizarán paseos acompañados por personal sanitario, según indicación del facultativo.
16. Los pacientes serán valorados nutricionalmente 2 veces por semana exclusivamente por el médico nutricionista o el personal de Enfermería en quien se delegue dicha tarea. El peso sólo se le comunicará a los pacientes según los objetivos terapéuticos en ese momento.

17. A la hora estipulada para la salida, se les acompañará con sus familiares, a los que se entregará la medicación correspondiente y la información y las pautas que se han de seguir en domicilio.

Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS.

- Salvo en situaciones de riesgo, todo paciente con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) tendrá establecido el diagnóstico y el plan terapéutico individual en un plazo inferior a dos meses desde la primera consulta.
- La entrevista de acogida y la valoración orgánica-funcional en ESM-USMIJ-Endocrinología tienen que estar realizadas antes de 15 días desde la solicitud de asistencia.
- La confirmación diagnóstica del TCA en AP, según criterios de la CIE-10, no debe ser superior a un mes desde la primera visita. Si en este periodo de tiempo no se ha podido confirmar el diagnóstico, pero se tienen sospechas fundadas de la presencia de un TCA, se derivará al paciente a Atención Especializada para su valoración.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

### REFERENCIAS

1. Graván Morales MJ, coordinadora. Proceso asistencial integrado de TCA. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2004.
2. Meade C, Gold L, Burls A. How effective is out-patient care compared to in-patient care for treatment of anorexia nervosa? A sistematic review. *Eur Eat Disord Rev.* 2001; 9:229-41.
3. Birchall H, Palmer R, Waine J, Gadsby K, Gatward N. Intensive day programme treatment for severe anorexia nervosa - The Leicester experience. *Psychiatr Bull.* 2002; 26:334-6.
4. Krauth C, Buser K, Vogel H. How high are the costs of eating disorders - anorexia nervosa and bulimia nervosa - for German society? *Eur J Health Econ.* 2002; 3(4):244-50.
5. Koran LM, Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Schneider JA, Telch CF, et al. Comparing the cost effectiveness of psychiatric treatments: bulimia nervosa. *Psychiatry Res.* 1995; 58(1):13-21.
6. Kalisvaart JL, Hergenroeder AC. Hospitalization of patients with eating disorders on adolescent medical units is threatened by current reimbursement systems. *Int J Adolesc Med Health.* 2007; 19(2):155-65.
7. Cordy H. A European Collaboration on the efficiency of psychotherapeutic treatment of patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2005; 13:153-8.
8. Gowers S, Edwards S, Fleminger S, Massoubre C, Wallin U, Canalda G. Treatment aims and philosophy in the treatment of adolescent anorexia nervosa in Europe. *Eur Eat Disord Rev.* 2002; 10:271-80.
9. Wikipedia.com, Anorexia nervosa [sede Web]. Cádiz: Wikipedia.com [consultada el 26 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org>
10. Fisterra.com, Anorexia nervosa [sede Web]. Cádiz: Fisterra.com; 1990 [consultada el 26 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
11. Giberti F, Rossi R. *Manuale di Psichiatria.* Piccin; 2007. p. 231. [ISBN 978-88-299-1851-5](#).
12. Bell, RM.; epílogo di Davis William N. *El ayuno y el misticismo desde la Edad Media hasta hoy.* GLF editori Laterza; 2002. [ISBN 88-420-5629-4](#).
13. Guidetti V. *Fundamentos de la neuropsiquiatría infantil y del adolescente.* El Molino; 2005. p. 164. [ISBN 88-15-10284-1](#).
14. Crichton P. Were the Roman emperors Claudius and Vitellius bulimic? *Int J Eat Disord.* 1996; 19(2):203-207.
15. Fairburn C, Wilson G. *Binge eating: Nature, assessment and treatment.* London: Guilford Press. 1995; 16-17; 25-28.
16. Stein D, Laakso W. Bulimia: A historical perspective. *Int J Eat Disord.* 1988; 7 (2):201-210.
17. Rava MF, Silber TJ. Bulimia nerviosa. Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch argent Pediatr.* 2004; 5(Pt 1): 102.
18. Russell G. Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Pshycol Med.* 1979; 9:429-448.
19. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 1994.

20. Gismero-Gonzalez, M. E. Factores Causales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria atribuidos por profesionales sanitarios. *Acción Psicológica*. 2012; 9(2): 77-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4106>
21. Stewart MC, Schiavo RS, Herzog DB y Franko DL. Stereotypes, prejudice and discrimination of women with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2008; 16(4): 311-318. DOI: 10.1002/erv.849.
22. Peláez MA, Labrador FJ y Raich RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2005; 5(2): 135 – 148.
23. Instituto Nacional de la Salud.Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo de los trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: INSALUD, Secretaría General; 1995.
24. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association (APA); 2000.
25. Vaquero SM, Solano PN. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. *TOG [revista en internet]*. 2012 [consultada el 4 de abril de 2013]; 9(15): [21 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>
26. Fombonne E. Anorexia Nervosa. No evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*. 1995; 166: 462-471.
27. Fombonne, E. Is Bulimia Nervosa increasing in frequency? *International Journal of Eating Disorders*. 1996; 19: 287-296.
28. Hof S. Anorexia Nervosa. The historical and cultural specificity. Fallacious theories and tenacious “facts”. Amsterdam: Sweets & Zeitlinger. 1994.
29. Hsu LKG. Epidemiology of the Eating Disorders. *Psychiatry Clinic of North America*. 1996; 19: 681-700.
30. Menéndez OF, Pedreira Massa JL. Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1999; 69: 7-22.
31. Kendell RE, Hall DJ, Hailey A, Babigan HM. The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1973; (3): 200-203.
32. Lucas AR, Beard M, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*. 1991; 148: 917-922.
33. Hawkins RC, Clement PF. Development and construct validation of a self-report measure of binge-eating techniques. *Addictive Behaviours*. 1980; 5: 219-226.
34. Halmi KA, Falk JR, Schwartz E. Binge eating and vomiting: a survey of a college population. *Psychological Medicine*. 1981; 11: 697-706.
35. Patton GC. Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*. 1988; 18: 947-951.
36. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*. 1996; 169: 705-712.

37. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester / London: The British Psychological Society. The Royal College of Psychiatrists; 2004.
38. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2003; 34(4):383-96.
39. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2006; 19(4):389-94.
40. Silva C. *Trastornos Alimentarios.* México: Editorial 11. Pax México; 2007. p.32
41. Keel K, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL y Crow SJ. Predictive Validity of Bulimia Nervosa as a Diagnosis. *Category. Am. J. Psychiatry.* 2000; 157(1):136-138.
42. Ruiz Martínez AO, González SR y Valdez NS. Sintomatología de anorexia y bulimia nerviosa en universidades privadas y públicas. *Episteme [internet].* 2005 [consultada 14 Jul 2008]; (3). Año 1, enero-marzo. Disponible en: <http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero2-05>
43. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux CP, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica* 2007; 38(4).
44. Rivero L, Vivas E. Conducta y actitudes sugestivas de riesgos de padecer trastornos alimentarios en estudiantes universitarios venezolanos. *Revista de la facultad de medicina.* 2006; Volumen 29. n.2. Caracas.
45. Ruiz - Lázaro, PM. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. Trabajo presentado en el Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis; 2002 Feb 1-28.
46. Guerrero Prado D, Barjau JM, Chinchilla A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2001; 29: 403 – 410.
47. Van Hoeken D, Lucas AR, Hoeck HW. Epidemiology. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA, ed. *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 1998. p. 97 – 126.
48. Lázaro, L. Epidemiología y factores socioculturales. *Trastornos del comportamiento alimentario.* Jano. 1999; LVI (1298): 49 – 55.
49. Ruiz - Lázaro PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Bulimia y Anorexia.* 2ª ed. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Arbada. 2001.
50. Turón V. Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. En: TURÓN GIL, Vicente. *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad.* Barcelona: Masson. 1997. p. 99–113.
51. Abraham S, Llewellyn Jones D. *Eating Disorders. The facts.* 5th edition. New York: Oxford University Press. 2001.
52. Lameiras M, Calado M, Rodríguez Y, Fernández M. Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002; 30: 343-349.
53. Sepúlveda AR, Carboles JA, Gandarillas A. Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC Public Health.* 2008; 8:102–24.



54. Jiménez RD, Gómez DM, Salorio del Moral P, Hernández MJJ. Riesgo de trastornos de la alimentación en mujeres universitarias y su implicación a nivel sanitario. *Parainfo digital [revista en Internet]*. 2010 [acceso el 29 de febrero de 2013]; 4(9). Disponible en: <http://www.indexf.com/para/n9/i011.php>
55. Peláez Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res*. 2007; 62(6):681-90.
56. Perpiñá C. Trastornos Alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología, Volumen 1*. Madrid: McGraw-Hill. 1996.
57. Sánchez-Planell L. Trastornos de la alimentación. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat. 1993.
58. Zipfel S, Lowe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*. 2000; 355(9205):721-2.
59. Lowe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas DL, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med*. 2001; 31(5):881-90.
60. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(8):1259-65.
61. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(8):1284-93.
62. Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa--course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 42(5):603-12.
63. Pyle RL, Mitchel JE, Eckert ED. Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1981; 42: 60 – 64.
64. Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA, Gendall KA, Joyce PR. The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1996; 20: 253 – 261.
65. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(12):1434-40.
66. Hoek HW. Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*. 1993; 5: 61 – 74.
67. Jáuregui LI. Cronicidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2009; (10): 1086-1100.
68. Kahn C, Pike KM. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2001; 30(3): 237-244.
69. Quadflieg N, Fichter MM. The course and outcome of bulimia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 12 Suppl 1:199-109.
70. Birmingham CL, Beumont P. *Medical management of eating disorders*. Cambridge: Cambridge University Press. 2004.
71. Calvo R. *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta. 2002.

72. Tierney S, Fox J.R.E. Chronic anorexia nervosa: A Delphi study to explore practitioners' views. *Int J Eat Disord.* 2009; 42(1): 62-67.
73. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1995; 152(7):1073-4.
74. Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 1991; 48(8):712-8.
75. Theander S. Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *J Psychiatr Res.* 1985; 19(2-3):493-508.
76. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry.* 1998; 173:11-53.
77. Berkman ND, Bulik CM, Brownley KA, Lohr KN, Sedway JA, Rooks A, et al. Management of eating disorders. Rockville, MD (US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2006. Informe núm. 135
78. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord.* 2000; 28(1):20-6.
79. Ortega M, Laverde A. "Anorexia, en niñas". En: *el tiempo. Salud.* 2000. p. 3-8
80. Sauval M. Anorexia y Locura. *Psiconet.* 1999 Nov [consultada 24 Mayo 2013]; (10).n Disponible en: <http://www.psiconet.com/michel/articulos/anorexia.htm/ms@psiconet.com>
81. Pierre PC. *El lenguaje Secreto de los Trastornos de la Alimentación.* Vergara J, editor, Buenos Aires, 1998.
82. Díaz M, Martínez Fornés A. Las tallas de ropa, cada vez más pequeñas, empujan a la anorexia a miles de adolescentes. *Diario ABC, Madrid.* Disponible en: <http://www.eltercertiempo.net/recortes/recort07.htm>
83. Koudsi S. Behind the Shadows: Males with Eating Disorders. Disponible en: <http://children.jrn.columbia.edu/stories/roberto1.html>
84. Phiper M. *Hambre a la moda - Hunger Pains* (org. Inglés). Editorial Grijalbo: Barcelona; 1999. p. 37.
85. Barisoff I. The Effects of the Media on Male Body Image [tesis]. Thesis of Psychology the University of Regina, Saskatchewan, Canada; August 1999.
86. CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Ed. Panamericana; 2000.
87. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association (APA); May 2013.
88. Cía A. *Trastorno de ansiedad social.* Buenos Aires: Polemos. 2004.
89. Feinstein A. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal Chronic Diseases.* 1970; 23: 455-468.
90. Quiroga S, Cryan G. Comparación de la evolución clínica de la depresión en dos tipos de abordaje terapéutico para adolescentes tardías con trastornos en la alimentación. *Fundamentos en Humanidades.* 2005; 1(10): 103.
91. Rebuffo M, Siravegna MS, Medrano LA. Comorbilidad depresiva en mujeres con trastornos de conducta alimentaria. *Psicología y Salud.* Julio-diciembre 2012; 22(2): 215-224.

92. Daley KA, Jimerson DC, Heatherton TF, Metzger ED, Wolfe BE. State self-esteem ratings in women with bulimia nervosa and bulimia nervosa in remission. *International Journal of Eating Disorders*. 2008; 41:159-163.
93. Etxeberria Y, González N, Padierna JA, Quintana MJ, Ruiz de Velasco I. Calidad de vida en pacientes con trastornos en de alimentación. *Psicothema*. 2002; 14(2): 399-404.
94. Bardone-Cone AM, Schaeffer LM, Maldonado RC, Fitzsimmons EE, Harney M, Lawson MA et al. Aspects of self-concept and eating disorder recovery: What does the sense of self look like when an individual recovers from an eating disorder? *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009; 29(7): 821-846.
95. Curial DJ, Repila BA. Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 1997; 5(10).
96. Salazar M. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*. 2008; 87(2): 67-80.
97. Nielsen S. Eating disorders in females with type 1 diabetes: an update of a meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2002; 10(4):241-54.
98. Toro J. La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Med Clin*. 2000; 114:543-4.
99. ICD-10. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization; 1992.
100. First M, Frances A, Pincus H. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Madrid: Ed. Masson; 2008.
101. Infocop.com [internet]. España; 2010 [Actualizado el 29 de marzo de 2010; consultado el 18 de mayo de 2013]. Se publica un informe preliminar del DSM 5. Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2817](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2817)
102. Elpaís.com [internet]. Washington; 2010 [Actualizado el 29 de marzo de 2010; consultado el 18 de mayo de 2013]. [La Asociación Americana de Psiquiatría publica su 'biblia' en pleno debate](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/17/actualidad/1368744205_051777.html). Disponible en: [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/17/actualidad/1368744205\\_051777.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/17/actualidad/1368744205_051777.html)
103. Psicologos-online.es [internet]. España; 2013 [Actualizado el 29 de marzo de 2010; consultado el 18 de mayo de 2013]. [El DSM-5, la nueva biblia de los psiquiatras, atacada por los psicólogos](http://www.psicologos-online.es/index.php/actualidad/internacional/item/1246-dsm-5-atacada-por-psicologos). Disponible en: <http://www.psicologos-online.es/index.php/actualidad/internacional/item/1246-dsm-5-atacada-por-psicologos>
104. Quirós AE. Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante una intervención enfermera a través de Internet. *Nure Investigación*. Enero- Febrero 2008; (32).
105. Paredes Sierra MA. La enfermera psiquiátrica comunitaria como recurso para la formación del profesorado de educación secundaria en la prevención escolar de la anorexia nerviosa. *Nure Investigación*. Julio-Agosto 2005; (17).
106. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books. 1964.
107. Erikson E. Childhood and society. 2<sup>nd</sup> ed. New York: W.W. Norton. 1963.
108. Townsend Mary C. Fundamentos de Enfermería en psiquiatría. 4<sup>a</sup> Ed. McGraw-Hill / Interamericana de México, 2011. ISBN 9789701072431

109. Consejería de Salud – Servicio Andaluz de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2008 – 2012; 2008.
110. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.
111. Defensor del Pueblo. Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid: Defensor del Pueblo; 1992.
112. Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E. Promotion of Mental Health on the European Agenda (Relatório Técnico); 2000. Recuperado de: <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/F744090C-6539-484D-A87A-36BFDFE0CACE/0/Promotion.pdf>
113. López M, Benítez F, García MJ, Weisman LC. Un programa para la supresión de los hospitales psiquiátricos públicos en Andalucía (1985- 1995). In J. Garcia, A. Espino, & L. Lara (Orgs.), La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos. 1998; (pp. 101-116).
114. Fernández Liria, A. La reforma psiquiátrica en España: en qué (y en qué no) metimos la pata. Psiquiatría Pública. 1997; 9(15): 167-175.
115. Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson; 1990.
116. Análisis histórico de la reforma psiquiátrica andaluza: la salud mental reformada sin manicomios. José Carmona Calvo, Francisco del Río Noriega. Estudios de Psicología. Septiembre-diciembre 2011; 16(3): 341-352.
117. Desviat Manuel. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 Oct [consultado 10 Mayo 2013]; 85(5): 427-436. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es)
118. Zipfel S, Reas DL, Thornton C, Olmsted MP, Williams on DA, Gerlinghoff M et al. Day hospitalization programs for eating disorders: a systematic review of the literature. Int J Eat Disord 2002; 31(2):105-117.
119. Piran N, Kaplan A, Kerr A y cols. A day hospital program for anorexia nervosa and bulimia. Int. J. of Eating Disorders. 1989; (8): 511-521.
120. Hertz MI. Partial hospitalization, brief hospitalization and aftercare. In Kaplan H, Freedman AM, Sado BJ. (Eds). Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore. Williams y Wikes. 1989; Vol III: p. 236-238.
121. Pike KM. Long-term course in anorexia nervosa: Response, relapse, remisión, and recovery. Clinical Psychology Rev. 1998; 18(4): 447-475.
122. Madrid.org [internet]. Madrid: Portal de Salud de la Comunidad de Madrid; 2013 [consultado 4 Septiembre 2013]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142444208287&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1142342657410](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142444208287&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142342657410)
123. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM). 1er Encuentro Extremeño de Enfermería de Salud Mental. Rev Presencia 2008 jul-dic, 4(8). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n8/p0145.php>> Consultado el 7 de mayo de 2013-06-1
124. Sistema de Información de Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud. Andalucía; 2007.

125. Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2008-2012. Sevilla; 2008. p. 48-49.
126. Defensor del pueblo andaluz. La situación de los enfermos mentales en Andalucía. Abril 2013.
127. Van Ommen J, Meerwijk EL, Kars M, Van Elburg A, Van Meijel B. Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. J Clin Nurs. 2009; 18:2801-8.
128. Cyr NR. Considerations for patients who have eating disorders. AORN J. 2008 Nov; 88:807-15.

## OTRA BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- Townsend Mary C. Fundamentos de Enfermería en psiquiatría. 4ª Ed. McGraw-Hill / Interamericana de México, 2011. ISBN 9789701072431
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cataluña; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Grupo de trabajo sobre guías de práctica clínica. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: I+CS N°2006/1.
- Madruga AD, Leis TR, Lambruschini FN. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica [internet] [consultado 12 Mayo 2013]. SEGHNPAEP. 325-339. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia\\_bulimia.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf)

## COMENTARIO SOBRE LA BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

Las referencias del apartado REFERENCIAS, son de los artículos y documentos que he consultado, analizado y utilizado para la realización de mi revisión, y de los cuales he sacado datos. Todos ellos los he citado en el texto.

En el apartado OTRA BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA, he puesto todos los artículos, documentos, libros, manuales que he leído y consultado, de forma general, para mi estudio. Éstos no tienen cita en el texto, porque no los he utilizado de forma específica, como los del apartado anterior.

Para la INTRODUCCIÓN he utilizado el libro Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría.

El apartado ANTECEDENTES HISTÓRICOS lo he realizado con ayuda de las páginas web y artículos citados en el texto.

Para el apartado DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS TCA he utilizado la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Para el apartado ETIOPATOGENIA O FACTORES CAUSALES he empleado la Guía de Práctica Clínica. También he utilizado los siguientes artículos:

- Madruga AD, Leis TR, Lambruschini FN. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica [internet] [consultado 12 Mayo 2013]. SEGHNPAEP. 325-339. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia\\_bulimia.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf)

- Gismero-Gonzalez ME. Factores Causales de los Trastornos de la Conducta Alimentaria atribuidos por profesionales sanitarios. Acción Psicológica. 2012; 9(2); 77-86 DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.2.4106>

Para el estudio y redacción de la epidemiología (apartados PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LOS TCA, ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE TCA REALIZADOS EN ESPAÑA y SÍNTESIS SOBRE EPIDEMIOLOGÍA), además de los numerosos artículos citados en el texto, me he basado en varios trabajos, tesis, páginas web, guías. Son los siguientes:

- Peláez Fernández MA. Estudio epidemiológico de los trastornos de la conducta alimentaria en población escolarizada de la comunidad de Madrid [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2003. ISBN: 84-669-2381-0

- Jorquera RM. Un taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2009

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cataluña; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.

El apartado CURSO Y PRONÓSTICO DE LOS TCA lo he realizado con la ayuda del estudio de Jáuregui (2009), citado en Referencias con el número (67).

Para los apartados EN RELACIÓN CON LA EDAD DE COMIENZO y EN RELACIÓN CON EL SEXO MASCULINO, he utilizado, además de la bibliografía citada, las siguientes páginas web:

[www.agingincanada.ca/anorexia.htm](http://www.agingincanada.ca/anorexia.htm)

[www.guardian.co.uk/health/story/0,3605,502901,00.html](http://www.guardian.co.uk/health/story/0,3605,502901,00.html)

[www.publicaffairs.ubc.ca/media/releases/1996/mr-96-85.html](http://www.publicaffairs.ubc.ca/media/releases/1996/mr-96-85.html)

HEED-Helping to End Eating Disorders. Introduction to HEED homepage. Disponible en:

<http://www.eatingdis.com/men.htm>

Para los apartados COMORBILIDAD, DIAGNÓSTICO DE LOS TCA y DETECCIÓN DE LOS TCA también he utilizado la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Para el apartado de PREVENCIÓN me he basado en el libro Fundamentos de Enfermería en psiquiatría y en los artículos citados en el texto.

Para el apartado MEDIDAS TERAPÉUTICAS, también me he ayudado del libro Fundamentos de Enfermería en psiquiatría, además del siguiente artículo:

- Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2012 [citado 14 Mayo 2013]; 9(15): [21 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original3.pdf>

Para la EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL me he basado en el libro Fundamentos de Enfermería en psiquiatría.

Los apartados HOSPITALES DE DÍA PARA LOS TCA y DISPOSITIVOS SANITARIOS los he realizado usando el capítulo del libro de Vicente Turón:

Turón Gil VJ, Turón Viñas L. ¿Qué son los trastornos de la alimentación? Manual TCA [consultado 30 Mayo 2013]. Disponible en: [http://www.aetca.com/descargas/Manual\\_TCA.pdf](http://www.aetca.com/descargas/Manual_TCA.pdf)

El apartado OTROS RECURSOS lo redacté guiándome de la Guía de Práctica Clínica.

Para el apartado EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LOS TCA he utilizado los siguientes artículos:

- Torralbas-Ortega J, Puntí-Vidal J, Arias-Núñez E, Naranjo-Díaz MC, Palomino-Escrivá J, Ángel Lorenzo-Capilla A. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. Enferm Clin. 2011; 21(6):359-363.

- Bravo Ferrón S. Eficacia de un manual de autoayuda guiada por la enfermera Especialista en salud mental como complemento a la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de pacientes diagnosticados de Bulimia Nerviosa. Nure Investigación. 2006 Jul-ago; (23).

- Quirós Abajo E. Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante una intervención enfermera a través de Internet. Nure Investigación. 2008 Ene-feb; (32).

- Calderón Serrano MJ, Ruiz Galán AM, Gómez Galindo A. Taller expresivo: ejemplo de trabajo de equipo en un hospital de día. Nure Investigación. 2010 Jul-ago; (47).

Para el apartado VALORACIÓN me guié del siguiente artículo:

- Perea Baena JM, Espina Eizaguirre A, Ortego Sáenz de Cabezón A. La valoración enfermera en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Rev Presencia [Internet]. 2007 ene-jun [consultado 7 may 2013]; 3(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n5/61articulo.php>

El apartado CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA lo realicé siguiendo las directrices de la Guía de Práctica Clínica publicada por el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) y el NCCMH (National Collaborating Centre for Mental Health), cuya referencia es:

National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester / London: the British psychological society. The royal college of psychiatrists; 2004.

Y también utilicé el siguiente artículo:

Prieto Rodríguez MA, Escudero Carretero MJ. Escuela Andaluza de Salud Pública. Análisis y Expectativas e profesionales y familiares sobre la Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Agosto 2002.