



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Trastornos de la Conducta Alimentaria:
Alternativas de tratamiento y propuesta de mejora.**

Autora: D^a Beatriz Velasco Cabrera.

Tutor: D. José Luis Viaña Caballero.

INDICE

1. Resumen.	2
2. Justificación.	3
3. Objetivos.	5
4. Trastornos de la conducta alimentaria.	6
4.1. Definición.	
4.1.1. Anorexia.	
4.1.2. Bulimia.	
4.2. Tratamiento.	
4.2.1. Atención primaria.	
4.2.2. Hospitalización.	
4.2.3. Asociación castellano leonesa de ayuda a familiares y enfermos de bulimia y anorexia (ACLAFEBA).	
4.3. Propuesta de mejora.	
5. Conclusiones.	23
6. Bibliografía.	24
7. Anexos.	27

1. RESUMEN.

Los trastornos de la alimentación son enfermedades que causan graves perturbaciones en la dieta diaria, generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también se pueden dar durante la niñez o la adultez avanzada. Afectan tanto a los hombres como a las mujeres. Los más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

Existen diferentes alternativas de tratamiento dependiendo de la gravedad física del paciente cuando se detecta el problema; el tratamiento puede ser llevado por Atención Primaria o deberá ser derivado a Atención Especializada, cuando la pérdida de peso es significativa, se acompañe de alteraciones físicas graves, patologías asociadas... En ambos, los objetivos son la realimentación, la normalización alimentaria y psicológica. Se llevará a cabo por un equipo multidisciplinar formado por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, trabajadora social y personal de enfermería.

Hay otra alternativa de tratamiento, la que se lleva a cabo en asociaciones de enfermos y familiares de anorexia y bulimia, donde además de lo realizado en los tratamientos propuestos por el Sacyl, se llevan a cabo terapias grupales e individuales, dando una mayor importancia a las alteraciones psicológicas que a las nutricionales.

Tras el análisis de los diferentes tratamientos que se llevan a cabo, sería necesario modificar los objetivos de asistencia del Sacyl, dando más importancia a la salud psíquica que a la física, además de aumentar la labor de prevención, de esta forma disminuirá la prevalencia de la enfermedad y el gasto sanitario generado por estos enfermos.

PALABRAS CLAVE: trastorno de alimentación, anorexia, bulimia, tratamiento.

2. JUSTIFICACION.

En los últimos años, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa han adquirido una gran relevancia entre los trastornos psiquiátricos debido a su elevada frecuencia, creciente incidencia, gravedad y trascendencia clínica y social. (1)

La incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es ahora más alta que nunca. La preocupación por la imagen corporal, un componente del concepto personal, ha aumentado en los últimos años, a medida que la industria alimentaria y de salud ha destacado que “lo delgado está de moda”. El estilo de moda de las estrellas de “pop” refuerza el ideal atractivo y delgado que las niñas se esfuerzan por lograr, además, en la televisión y en las películas se muestra “más piel” que nunca. Una preocupación persistente por la imagen corporal personal puede alterar el desarrollo emocional y cognitivo, interferir con las relaciones interpersonales, y poner al individuo en riesgo de manifestar un trastorno de la alimentación. (2)

Los datos epidemiológicos existentes, muestran un aumento progresivo de la incidencia y de la prevalencia de este trastorno en los países desarrollados, siendo más frecuente en mujeres que en varones, aunque en la última década el incremento en varones es notable, con una proporción mujer/varón de 9/1. Los estudios realizados en relación a la anorexia nerviosa señalan que el trastorno completo que cumple todos los criterios diagnosticados del DSM-IV, se da entre un 0,5 a un 1% de las mujeres entre 14-17 años (es menos frecuente por debajo de los 12 años y por encima de los 30 años) la edad de mayor riesgo es la adolescencia en los países industrializados, siendo este problema casi desconocido en los países menos industrializados. (3)

La etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria se ha intentado explicar como un modelo interactivo compuesto por múltiples factores de riesgo: individuales (edad, sexo, ciertas características de personalidad...), familiares (aspectos de la relación conyugal y familiar o expectativas paternas, entre otros) y socioculturales (ideal corporal, presión mediática hacia la delgadez...), sin que

causen la aparición de estos trastornos. Según el paradigma epidemiológico de causalidad (De Irala y cols., 2004), cada uno de estos factores constituirán causas componentes, aunque no suficientes, para desarrollar la enfermedad por sí sola, y sería la combinación de varios de ellos lo que daría lugar al desarrollo y mantenimiento de un trastorno alimentario.

Algunos de estos factores son predisponentes a la enfermedad y, por tanto, determinan la vulnerabilidad de la persona a padecerla, otros actúan como factores precipitantes, esto es, como desencadenantes del trastorno, dada una cierta predisposición, mientras que existen otros factores que son mantenedores de la enfermedad, es decir, inciden sobre la evolución del trastorno y hacen que éste se perpetúe; evidentemente un mismo factor puede actuar a distintos niveles. (4)

La anorexia y la bulimia nerviosa es una enfermedad crónica en una gran proporción de casos, siendo difícil definir los criterios clínicos de remisión, recaída y persistencia de la enfermedad. Los tantos por ciento de hospitalización, alta y rehospitalización van a depender de un grupo heterogéneo de factores y entre ellos están, los propios criterios clínicos de alta e ingreso, la infraestructura o logística del equipo de salud encargado de la atención de estos pacientes en cada área sanitaria. De aquí la importancia de un correcto tratamiento y criterios de alta.

Existen muy pocas investigaciones y una ausencia clara de programas de prevención. Sin embargo, el aumento de estos casos y su aparición a través de los medios de comunicación han servido para alertar a la sociedad de este tipo de casos. Por eso, es importante incidir en la prevención, ya que realizando una buena labor preventiva, disminuirá la prevalencia de esta enfermedad.

3. OBJETIVOS.

- Disminuir la prevalencia de los trastornos de la alimentación en nuestra comunidad, mediante la mejora de los planes de prevención y de los tratamientos que ofrece el Sacyl.
- Dar a conocer las diferentes alternativas de tratamientos que se encuentran en Castilla y León.
- Lograr una mejora en el tratamiento realizado en el Sacyl (accesible a toda la comunidad), modificando los objetivos de éste.

4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

4.1. DEFINICION.

Un trastorno de la alimentación es una enfermedad que causa graves perturbaciones en su dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso. Una persona que tiene un trastorno de la alimentación puede haber comenzado por comer pequeñas o grandes cantidades de comida, pero en algún momento el impulso de comer más o menos se disparó fuera de control. Angustia severa o preocupación por la forma o el peso del cuerpo también se pueden caracterizar como un trastorno de la alimentación.

Los trastornos de la alimentación generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también se pueden dar durante la niñez o la adultez avanzada. Los más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

Los trastornos de la alimentación afectan tanto a los hombres como a las mujeres. Aunque las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de padecer estos. (5)

Suelen comenzar en la adolescencia y con frecuencia se presentan con depresión, trastornos de ansiedad y abuso de drogas.

Estos trastornos pueden causar problemas en el corazón, en los riñones e incluso la muerte. Es importante obtener ayuda a tiempo.

Los más comunes son:

4.1.1. ANOREXIA NERVIOSA.

La anorexia nerviosa se caracteriza clínicamente por el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla. El síndrome se caracteriza por pensamientos disfuncionales respecto a la comida, el peso y la imagen corporal, los pacientes manifiestan un miedo intenso a la obesidad, alteraciones perceptivas de su propio peso, tamaño o forma corporal, rechazo al consumo de alimentos, pérdida de peso extrema debido al

uso de dietas hipocalóricas o al empleo de conductas purgativas (vómitos autoinducidos, ejercicio físico extremo, abuso de laxantes) y que exclusivizan el éxito personal y la aceptación social en el hecho de conseguir y mantener una delgadez extrema, a pesar de poner en peligro su vida. (6)

Criterios diagnósticos según el DSM-IV:

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 origina un peso inferior al 85% del esperado, o no consecución del aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del esperado). *Figura 1.*

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. *Figura 2.*

D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea también cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos). (7)



Figura 1 (8)

Tipos:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o 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). (7)



Figura 2. (9)

4.1.2. BULIMIA.

Es un trastorno que se caracteriza por un patrón de conducta alimentaria disfuncional, con episodios de ingesta voraz, generalmente vividos con sensación de pérdida de control, seguidos por maniobras purgativas para eliminar las calorías ingeridas. La finalidad de las purgas es evitar ganar peso y, secundariamente, aliviar los enormes sentimientos de culpa, ansiedad o miedo a engordar. Además de las alteraciones alimentarias, el síndrome presenta una constelación de alteraciones cognitivas y emocionales, además de una habitual profusión de psicopatología asociada. (6)

Criterios diagnósticos según el DSM-IV:

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

1. Comer en un período corto de tiempo una importante cantidad de comida, más que la que podrían comer en circunstancias similares la mayoría de personas.

Figura 3.

2. Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sentimiento de no poder parar de comer o de no controlar lo que se come).

B. Conductas compensatorias inapropiadas y recurrentes para prevenir la ganancia de peso, como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo. *Figura 4.*

C. Frecuencia de al menos dos atracones por semana y conductas compensatorias inapropiadas durante tres meses.

D. Autoevaluación negativa motivada por el tipo y el peso corporal.

E. El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia. (7)

Tipos:

- Tipo purgativo: durante el episodio actual de bulimia, la persona presenta vómitos autoinducidos o abusa de laxantes, diuréticos o enemas.
- Tipo no purgativo: durante el episodio actual de bulimia la persona utiliza otros mecanismos compensadores inapropiados como ayuno, ejercicio excesivo, pero no vómitos ni abuso de laxantes, diuréticos o enemas. (7)



Figura 3 (10)



Figura 4 (11)

4.2. TRATAMIENTO.

Todos los tratamientos irán orientados a:

- La evaluación del estado nutricional.
- La realimentación y el mantenimiento del peso.
- La normalización de las complicaciones físicas.
- La normalización de las alteraciones psicopatológicas, para lo que debe utilizarse medicación psicofarmacológica.
- La normalización de: cogniciones alteradas, distorsión de la imagen corporal, habilidades sociales mediante psicoterapia individual, grupal y familiar.

Dependiendo de la gravedad física de la paciente cuando se detecta el problema, el tratamiento puede ser llevado por Atención Primaria o deberá ser derivado a Atención Especializada, de forma ambulatoria en centros de día y/o especialidades o mediante ingreso hospitalario preferentemente en unidades TCA o en su defecto de Salud Mental. (12)

4.2.1. ATENCION PRIMARIA.

Una vez diagnosticado el TCA, hay que informar al paciente sobre su diagnóstico y plan de actuación.

Se debe transmitir que la situación es grave y que precisa tratamiento, así como instaurarle conciencia de enfermedad y motivación para el cambio.

Los objetivos del tratamiento son:

- La reeducación de los hábitos alimentarios del paciente
- La instauración o recuperación de una alimentación variada y suficiente que cubra sus requerimientos energéticos y metabólicos.

Proceso:

El tratamiento dietético se establecerá en función de las características individuales (tiempo de evolución del proceso, tipo de manipulaciones dietéticas

realizadas, existencia de conductas purgativas y grado de conciencia de la enfermedad).

A partir de la recogida de las encuestas alimentarias y de consumo, empezar un incremento calórico lento y progresivo, siempre pactar con el paciente y en función del grado de cumplimiento observado. (Anexo 1)

Protocolo de seguimiento por el personal de enfermería:

Las visitas se programaran como mínimo una vez a la semana.

1. Evolución ponderal: valorar la conveniencia de que el/la paciente conozca su peso.
2. En cada visita, recogida de registro alimentario de 3 días y valoración de la evolución de los hábitos alimentarios.
3. Realizar controles analíticos para vigilar posibles complicaciones
4. Introducción progresiva de alimentos “temidos”, cuando el grado de control de la situación sea el adecuado.
5. En las visitas, favorecer siempre el ritmo de expresión del propio paciente y seguir una conducta ecuánime, sin crear alarma.
6. Reforzar conductas positivas, tanto individualmente como en el ámbito familiar y social.
7. Control del cumplimiento del tratamiento farmacológico.
8. Control de complicaciones: cronificación, cardíacas, comorbilidades.
9. Control del reposo y del sueño.
10. Prevención de recaídas.
11. Proporcionar herramientas para superar los momentos de crisis.
12. Educación familiar, de forma cíclica desde el inicio, para identificar el reinicio de conductas patológicas, asegurar la consecución de objetivos y ayudar a minimizar la ansiedad y los miedos que genera la convivencia con las características de la enfermedad. (13)

4.2.2. HOSPITALIZACION.

La hospitalización debe considerarse como parte de un programa integrado más a largo plazo dirigido a la recuperación de un buen funcionamiento en los planos físico, mental, familiar y social.

Es necesario contar con un equipo multidisciplinar coordinado. Este debe estar integrado por:

- Psiquiatra y psicólogo.
- Enfermería.
- Trabajador social.
- Terapeuta ocupacional.
- Interconsultores: Endocrinología-Nutrición, Unidad de metabolismo óseo, Medicina interna.

Criterios generales de ingreso hospitalario:

- IMC \leq 15 (ó pérdida del 30 % del peso previo)
- Familias con relaciones muy deterioradas Riesgo de autolesión o suicidio.
- Pérdida de autocontrol con episodios de voracidad o purgado, o falta de colaboración total con las medidas terapéuticas.
- Trastornos concurrentes como: abuso de drogas o alcohol.
- Problemas fisiológicos: deshidratación, hipotermia mantenida, alteraciones hidroelectrolíticas, hipoalbuminemia, leucopenia, edemas en ayunas
- Trastornos digestivos: distensión abdominal aguda por atonía visceral, diarreas graves, vómitos espontáneos no controlables
- Trastornos cardiovasculares

La indicación de hospitalización debe analizarse siempre con la propia paciente y su familia, planteando con claridad sus objetivos y circunstancias. Hay que intentar establecer un pacto con ella, buscando su colaboración y despejando las fantasías y temores que puede albergar en relación con la realimentación y ganancia de peso .

Pasos a seguir ante un ingreso hospitalario:

- Entrevista de acogida: recibimiento del paciente y la familia, corroborar datos de la historia clínica, explicar normas de funcionamiento de la unidad y dar hoja informativa, explicar fases de tratamiento y consecuencias de la evolución y presentación del equipo y de la Unidad.
- Evaluación inicial: orgánica y psicológica
- Tratamiento.

Objetivos:

- Reestablecimiento y mantenimiento del peso corporal (IMC mayor de 18) y estabilización fisiológica.
- Normalización de la conducta alimentaria en tiempo, forma y contenido.
- Tratamiento de las complicaciones médicas.
- Normalización psicológica (creencias, pensamientos, autoestima, habilidades sociales).

Proceso:

La normalización biológica, la recuperación ponderal y el abordaje psicológico y familiar son los tres pilares básicos del tratamiento y necesariamente por este orden.



Figura 5 (14)

Realimentación: Se realizará de forma progresiva. La recuperación nutricional y metabólica en los primeros días, requiere estricta vigilancia. El principal riesgo de complicaciones médicas graves se relaciona con la hipopotasemia y con la hipofosfatemia generada durante la realimentación forzada. Es conveniente por

esto comenzar con una dieta oral preferiblemente hipocalórica y baja en hidratos de carbono. *Figura 5.*

Sólo si la ingesta oral es insuficiente o existe una grave desnutrición (peso menor al 65% del peso ideal o pérdida reciente del 30% o más) se utilizará la nutrición enteral por SNG.

Pautas de enfermería:

- Actitud firme, sin entrar a discutir el plan terapéutico con el paciente, sin dejarse envolver en comentarios críticos hacia otros miembros del equipo.
- Participar en la relación paciente y familia al ingreso.
- Administración de refuerzos del programa conductual.
- Recogida de datos generales.
- Historia de enfermería que incluye: Conducta alimentaria, ejercicio y movilización del paciente, seguridad de pacientes con riesgo, control del reposo, sueño y evolución del peso y pesaje en condiciones idóneas, control de la ingesta hídrica y del baño. (Anexo 2)

Criterios de alta:

- IMC mayor de 18 mantenido una semana.
 - Generalización de conducta alimentaria en su domicilio.
 - Mejoría psicopatológica.
 - Establecimiento o inicio del programa de tratamiento ambulatorio o de hospital de día.
 - Reestablecimiento de la actividad social y del funcionamiento familiar mínimos.
- (15)

4.2.3. ASOCIACION CASTELLANO LEONESA DE AYUDA A FAMILIARES Y ENFERMOS DE BULIMIA Y ANOREXIA (ACLAFEBA).

Esta asociación (16) realiza una labor a través de un excelente equipo de voluntarios y de un equipo técnico. Se da un enfoque global de la enfermedad, es decir, se trata desde un punto de vista psiquiátrico, psicológico, nutricional y también cuenta con dos trabajadoras sociales. Fundamental es también la implicación de las familias, y esto se hace a través de distintas terapias individuales, de familia y de grupo (conjuntas de familiares y enfermos y solo para enfermos o familiares). También se realiza una importante tarea de información y prevención a través de charlas y jornadas en colegios, institutos...etc.

A través de los recursos asistenciales con los que cuenta la asociación, se realizan los diferentes tratamientos. En general el proceso asistencial es el siguiente:

Acogida de voluntarios.

Cuando una persona llega a la asociación, se lleva a cabo una atención individualizada, en el que se explica el funcionamiento de la asociación y del centro, se hace entrega de información acerca de la enfermedad y se deriva a la trabajadora social.

Trabajadora social.

Se encarga de realizar un estudio biopsicosocial.

Además aportará a la persona, diferentes test para realizar un estudio psicológico (impulsividad, personalidad, insight, ansiedad y depresión), que luego serán evaluados para realizar un correcto diagnóstico.

Psiquiatra.

Realiza el diagnóstico tras el examen físico y psicológico y la evaluación de los test realizados.

Prescribe un tratamiento individualizado, éste normalmente constará de terapias psicológicas (individuales y grupales, consultas con la dietista y un tratamiento farmacológico.

Los fármacos más empleados son:

- Topiramato.
- Fluoxetina.
- Alprazolam.
- Domperidona.
- Diazepam.

Al inicio del tratamiento se realizan consultas de evaluación y seguimiento con el psiquiatra una vez al mes, y una vez que la paciente vaya estabilizándose, se realizan cada 2-3 meses.

Nutricionista.

En las consultas de nutrición, se trata, no sólo de normalizar el peso del paciente, sino también de educarle nutricionalmente para que normalice sus hábitos alimentarios, aprenda a comer correctamente, sepa lo que es bueno para él...

En una primera consulta se le explicará a que viene, que se le va a hacer, los objetivos del tratamiento (siempre han de ser realistas).

Lo primero con lo que se trabaja es con un diario dietético, en el que el paciente deberá escribir todo lo que come a lo largo del día, con quien, dónde, que pensamientos ha tenido antes y después de comerlo y si ha llevado a cabo conductas compensatorias. Esto será analizado conjuntamente, para resolver los problemas (sentimientos) que le hayan surgido, corregir errores dietéticos...

También se le pide al paciente que anote los alimentos preferidos (señalando forma de preparación), los que no le gustan nada y los sí le gustan pero no los toma por alguna razón (o no los tomas tan a menudo como te gustaría) y por qué. Esto es importante conocerlo ya que condicionan gran parte de las aversiones y de los atracones.

Se le pedirá también una analítica, para comprobar el estado del paciente (anemia, colesterolemia....)

Al inicio del tratamiento, se realizarán consultas cada 15 días, una vez el paciente vaya normalizándose, se llevarán a cabo una vez al mes.

En estas consultas de seguimiento, se trabajarán con el paciente diferentes aspectos en función de las necesidades específicas de éste. Por lo general, se trabaja con:

- La distorsión corporal.
- Hábitos alimenticios (comer de pie, muy frío o muy caliente, acabar toda la comida que haya para que no sobre, beber mucha agua, consumo excesivo de alimentos precocinados...).
- Manías a la hora de comer (cortar la comida en trozos muy pequeños, añadir salsas como la mayonesa para poder comerlo, servir el primer y segundo plato juntos, acabar cada comida con algún dulce...).
- Las consecuencias negativas de los vómitos (deterioro dental, del cabello, uñas y piel, hipoglucemias, desequilibrios iónicos, deshidratación, reflujo gastrointestinal, arritmias, parestesias, peligro de muerte súbita...)
- Conocer las sensaciones de hambre saciedad (un ejercicio muy útil es comer con los ojos tapados, puntuar de 0-10 el hambre/saciedad antes y después de comer, realizar fotos a la comida durante el proceso, y posteriormente analizarlo con la nutricionista.
- Se trabajarán técnicas para evitar los atracones: salir a la calle con el dinero justo, sin bolso, técnicas de distracción, apuntar una pizarra todo lo que se va cogiendo de la nevera para ser más consciente de lo que se está haciendo, no comprar caprichos, sólo lo necesario...
- En el caso de la anorexia se trabaja para entender la importancia de una correcta alimentación, que los alimentos no son buenos o malos, las aversiones de la paciente, se intentará corregir las falsas creencias que ésta tiene hacia algunos alimentos...

Psicóloga.

La psicóloga correspondiente realiza un diagnóstico tras el examen y evaluación del paciente. A partir de aquí se le proporciona un tratamiento individualizado, seguimiento y evaluación.

Este aspecto es el más importante en el tratamiento de los trastornos de la alimentación, ya que se tratan de enfermedades mentales, por lo que si no se

solucionan las alteraciones a este nivel, el paciente no estará rehabilitado del todo.

Al inicio del tratamiento se llevan a cabo consultas una vez a la semana, más adelante se espaciarán en función del estado psicológico de éste.

En estas consultas se abordan diferentes aspectos, en primer lugar los que nos solicite el paciente y aquellos que se hayan diagnosticado en éste (baja autoestima, distorsión de la imagen corporal, depresión, ansiedad, alteraciones de la personalidad, ideas irracionales...).

Por lo general, con la mayoría de ellos se tratan las habilidades sociales, se trabajan técnicas y herramientas para mejorarlas; esto hará que aumente la autoestima. Algunas de ellas son:

- La comunicación: podemos encontrarnos con personas pasivas (no muestran sus sentimientos), agresivas (imponen sus deseos y opiniones, expresan sus deseos de manera defensiva). El fin será que sean asertivos (que manifiesten sus sentimientos, pensamientos, temores, negocien para resolver conflictos, sin menospreciar a los demás).
- Buscar la solución a los problemas: muchos pacientes no saben cómo hacerlo, les crea angustia y ansiedad, lo que les lleva a darse un atracón o a no comer; por eso es importante enseñarles a darse cuenta de que hay un problema, que se paren a pensar en posibles soluciones y elijan la mejor.
- Saber decir no: son incapaces de decir no, por el medio a decepcionar, no gustar a los que tiene alrededor, esto disminuye su autoestima. La enseñanza a tomar decisiones por sí mismo es una parte importante del tratamiento.

La psicóloga también se encarga de las terapias realizadas con la familia o la pareja. Con ellas se pretende que los aspectos que el paciente no revela, salgan a la luz y puedan ser tratados (los enfermos de TCA tienden a ocultar cosas y a mentir), también se ayuda a resolver problemas surgidos en el núcleo familiar o de la pareja y se busca una mayor comprensión de la enfermedad por parte de éstos.

Terapias de grupo.

Se realizan terapias de grupo diferenciadas para anorexia y bulimia, una vez a la semana; terapias para sólo familiares una vez al mes y terapias para familiares y enfermos también una vez al mes. *Figura 6.*



Figura 6 (11)

Estas ayudan a integrar al paciente, y a cambiar el concepto de sí mismo (“no soy un bicho raro”). Se comparte un problema de salud o una situación social común. Proporcionan apoyo emocional entre sus miembros, así como sentimientos de pertenencia a un grupo.

Capacitan al individuo a hacerse cargo, al menos en parte, del cuidado de su salud y le devuelven el control sobre su propia vida.

Contribuyen a prevenir la enfermedad y son un fuerte instrumento de prevención de recaídas.

En estas terapias se facilita e intercambia información de “vida” y se promueve la organización de actividades y temas que resulten de ayuda.

Se proporcionan mayores recursos de afrontamiento e identifican nuevas formas de abordaje o aspectos que necesitan ser considerados en el tratamiento. Facilitar intercambios de recursos y estrategias para mejorar la situación. Estos son, por ejemplo:

- Medidas preventivas de las crisis: registro diario de alimentación, realizar las 5 comidas diarias sin excepción, realizarlas en compañía, no comprar o almacenar demasiada comida, si obsesiona el peso, no mirar la báscula, comunicarse con personas de confianza, realizar actividades de distracción...
- Cómo afrontar épocas del año en las que el ritmo de vida cambia: navidades, verano...

- Pautas de mantenimiento: planificar el tiempo de forma ordenada, no saltarse comidas, no dejar de tomar el tratamiento clínico, establecer metas posibles, no ser perfeccionista, valorar los logros, identificar los momentos que producen ansiedad, no aislarse, cultivar un punto de vista más positivo, ser sincero con uno mismo...
- Se repasarán las normas generales de la asociación y el decálogo alimentario que se proporciona al inicio del tratamiento.

Al final de cada terapia se pesa a los pacientes (sin que miren el valor), para llevar un seguimiento de éste.

4.3. PROPUESTA DE MEJORA.

Tras el análisis de los diferentes tratamientos que se llevan a cabo, opino sería conveniente la modificación de los objetivos de la asistencia del Sacyl, puesto que los resultados no son muy positivos, con un gran número de reingresos, y el aumento de la prevalencia de la enfermedad.

1. Los pacientes atendidos a través de este sistema suelen tener bastantes recaídas, y puede deberse a que el tratamiento se centra fundamentalmente en la nutrición (recuperación ponderal y de hábitos alimenticios) y las alteraciones físicas correspondientes.

Los trastornos de la alimentación son enfermedades mentales, por lo que el peso más importante del tratamiento debería recaer sobre la **normalización psicológica**, no a base de fármacos, si no que el paciente sea capaz, sin ellos, de tener salud psicológica.

Esto se conseguiría con el tratamiento que ofrece la asociación, ya que se centra fundamentalmente en la ayuda psicológica gracias a las terapias individuales y grupales, las cuales juegan un papel muy importante en la recuperación definitiva del paciente.

Los enfermos de anorexia y bulimia suelen ser muy inteligentes y tienden normalmente a la ocultación y el engaño. En muchos casos ocurre que el paciente haya recuperado peso y engañe al equipo médico, haciéndoles pensar que está

recuperado, cuando en realidad no es así, y una vez dado el alta y estar fuera del control hospitalario, recaer.

Esto se evitaría con un buen abordaje psicológico de aspectos tales como la autoestima, el autoconcepto, las habilidades sociales (asertividad, comunicación, resolución de problemas...), técnicas para afrontar los momentos de angustia, ansiedad, miedo... sin tener que recurrir a la comida.

2. Otro aspecto importante es la **prevención primaria**, para reducir la incidencia de estos trastornos y prevenir así la aparición de nuevos casos. En esto, el papel más importante lo tiene la enfermería que debería realizar ésta actividad, actuando sobre la vulnerabilidad y los factores de riesgo. En este caso, la población más vulnerable son los jóvenes, mayoritariamente mujeres; y si la intención es prevenir la aparición del problema hay que realizar la intervención previa al inicio del posible problema, por lo que el abanico de edad en el que debemos de movernos es desde la adolescencia temprana, 11 años a los 30 años.

También habría que centrar la atención en la población de riesgo por su tipo de actividad desarrollada (deportistas, bailarinas, gimnastas, modelos...) y en sus profesores, monitores o tutores. (12)

2.A. Una forma de llevar a cabo esta prevención es en los centros de salud, con sesiones informativas en los que se tratarían contenidos cómo: los trastornos de la conducta alimentaria (definición, consecuencias, factores de riesgo, síntomas de alarma, tratamientos...), información nutricional, autoestima, imagen corporal y actividad física, habilidades sociales y técnicas de comunicación.

2.B. Otra forma de realizar la prevención es en la escuela (mayor número de personas con riesgo de padecer la enfermedad), a través de programas educativos basados en los contenidos anteriormente citados, en desarrollar un juicio crítico frente a los medios de comunicación y reconocer lo apropiado o no de sus mensajes, administrar a la población adolescente o preadolescente, cuestionarios autoevaluativos, como el Eating Attitudes Test: EAT-26, (Anexo 3) que permitan la valoración sistemática del comportamiento alimentario.

Estos programas no sólo deben ir destinados a los posibles pacientes, sino también a las familias, que deben saber reconocer los síntomas de alarma, evitar la sobreprotección, mejorar la comunicación, afectividad, valores...

Estas mejoras requieren una mayor inversión para aumentar la labor de prevención y los recursos personales, destinado a la realización de terapias grupales y psicológicas. Con todo ello creo que disminuiría la prevalencia de la enfermedad, y el gasto sanitario generado por estos enfermos.

5. CONCLUSIONES.

- Tras el análisis de los diferentes tratamientos que encontramos, opino sería necesario modificar los objetivos de la asistencia del Sacyl, puesto que los resultados no son muy positivos.
- Los trastornos de la alimentación son enfermedades mentales, por lo que el peso más importante del tratamiento debería recaer sobre la normalización psíquica y no centrarse tanto en la nutrición y alteraciones físicas.
- Habría que hacer más hincapié, en la prevención primaria, para reducir la incidencia de estos trastornos y prevenir así la aparición de nuevos casos.

6. BIBLIOGRAFIA.

1. Diez-Marsá, M., Basurte, E., Carrasco, J.L. Antecedentes traumáticos y respuesta hipotalámica al estrés en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Psiquiatría y mujer. Madrid: Grupo Aula Médica S.L. 2006.425-443.
2. Rebeca Shives, L. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Enfermería psiquiátrica y de Salud Mental. Conceptos básicos. Madrid: Mc graw-hill-interamericana. 2007. capítulo 25: 379-402.
3. Martinez Gonzalez, M.A. y de Irala, J. Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿ Estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública? Gaceta sanitaria v.17 n. 5. Barcelona 2003.
4. Lahortiga Ramos, F., Gual García, P., Alonso Pérez, Y., y cols. Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Psiquiatría y mujer. Madrid: Grupo Aula médica S.L. 2006. 445-466.
5. Trastornos de alimentación. Instituto Nacional de la Salud Mental Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. 2014. Disponible en:
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-la-alimentaci-n/eating-disorders.pdf>
6. Martín Murcia F.M. Manual de Psicología: Trastornos de la conducta alimentaria. Capítulo 14. Disponible en:
<http://www.cop.es/colegiados/GR02024/Trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf>
7. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. 2003. Barcelona.

8. El blog de dietética. Casa piá. Anorexia nerviosa. 2014. Disponible en:
<http://blog.casapia.com/que-es-la-anorexia/>
9. Vive sana. Trastornos de la alimentación. 2014. Disponible en:
<http://vivesana.blogspot.com.es/2010/09/que-yo-tengo-anorexia-nerviosa-anda-ya.html>
10. The prisma. Bulimia nerviosa. 2013. Disponible en:
<http://www.theprisma.co.uk/es/2013/11/17/bulimia-nerviosa-silenciosa-y-asesina/>
11. Psicología prendes. Trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia. 2013. Disponible en: <http://www.psicologiaprendes.com/bulimia/>
12. Nieto García, E., Casado Lollano, A., García Pérez, C. Peláez Rodríguez, L. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2008 Edita: FAECAP Disponible en:
http://www.semmap.org/boletinSEMMap/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf
13. Martín Cardizales, R., García Andrade, R., Aivar Blanch, M. Guía clínica de atención primaria para trastornos de la conducta alimentaria. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC). Barcelona. 2009. Disponible en: aificc@aificc.cat
14. El periódico de Extremadura. El SES estima que unas 1.200 personas padecen anorexia o bulimia en la región. 2007. Disponible en:
http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/temadeldia/ses-estima-1-200-personas-padecen-anorexia-bulimia-region_345377.html

15. Pereira Miragaya, J., Hernández Fleta, J.L. Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programa Asistenciales Gobierno de Canarias. Gráficas Sabater. 2009
16. Asociación Castellano leonesa de familiares y pacientes de anorexia y bulimia. ACLAFEBA. CETRAS. 2014. Disponible en: www.aclafeba.com
17. Conferencia: Dr. Carlos Imaz Roncero. Especialista en psiquiatría infantil y juvenil. Prevención de los trastornos en la alimentación infantil y a adolescencia. 28/05/2014.

7. ANEXOS

ANEXO 1.: Plan de alimentación. Dirigido a Atención Primaria. (13)

1. Educación alimentaria con respecto a una alimentación equilibrada, con el objetivo de parar la pérdida de peso.
2. Pacto de ganancia ponderal semanal. La ganancia de peso puede oscilar entre 0,5-1 Kg de peso/semana. Dar una información veraz y adaptada a las características y fase en la que se encuentra el paciente.
En las últimas fases determinar conjuntamente con el paciente el peso final a lograr.
Informar de la aparición frecuente de molestias digestivas (sensación de plenitud y distensión abdominal). Tranquilizar al paciente, ya que es una situación fisiológica y transitoria.
3. Incluir todos los grupos de alimentos respetando siempre que sea posible los hábitos familiares y las preferencias del paciente.
 - a. Proporcionar una información general de los diferentes grupos de alimentos y recomendar una frecuencia de consumo diaria o semanal.
 - b. Establecer mediante el uso de medidas caseras la ración aconsejada de cada alimento.
 - c. Sólo en situaciones concretas especificar el gramaje de algunos alimentos.
 - d. Establecer el número de comidas diarias, fraccionando la ingesta total en 4-6 tomas, con el objetivo de regularizar la pauta de alimentación.
4. Recomendar que los pacientes no intervengan en la elaboración de la comida ni en la compra de los alimentos. Asimismo recomendar que realicen las comidas en el entorno familiar habitual.
5. Recomendar que el paciente no esté presente durante la preparación de las comidas; sólo permanecerá en la cocina en las horas de las comidas (si tienen lugar allí).
6. Recomendar que el paciente coma el mismo menú que los otros miembros de la familia. Siempre le habrán de servir la comida.

7. Durante la comida evitar temas que traten de alimentación, así como evitar correcciones y quejas hacia el/la paciente. Intentar que las comidas sean tranquilas y evitar estar pendientes de el/la paciente y su ingesta.
8. Realizar las comidas de manera correcta (uso adecuado de los cubiertos, orden de los platos), el pan se empezara a tomar desde el inicio de la comida, poco a poco. Evitar manipulaciones de la comida por parte de le/la paciente: triturar, desmenuzar... Los trozos (pedazos) se deben cortar a medida que se van tragando.
9. Realizar las comidas siempre sentada en la mesa y acompañada; nunca sola. Durante la comida, no realizará otras actividades (leer, mirar TV, etc.). No abandonará la mesa hasta terminar la comida.
10. Recomendar que una vez servidos los platos, retirar de la mesa las bandejas, cazuelas, envases, cajas, botes, etc. Sólo se dejaran las raciones que se hayan de comer en esa comida.
11. No prolongar la duración de la comida más allá de unos límites razonables (duración no menor de 30 minutos, ni mayor de una hora).

ANEXO 2: Normas para pacientes con anorexia nerviosa. Dirigido a Atención Especializada.

Aprobado por el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

- A los pacientes anoréxicos se les pesará diariamente en ayunas nada más levantarse, con la vejiga vacía y después de evacuar si es posible.
- Pesar en ropa interior, sin pijama ni zapatillas ni calcetines.
- No sacar el peso del cuarto, se desequilibra al desplazarlo.
- Es conveniente calibrar el peso diariamente antes de pesar a los pacientes. Se pueden realizar comprobaciones utilizando un brik de leche de un litro. Si se detectan errores resetear el peso apretando los dos botones a la vez.
- Encender el peso y cuando aparezca 0.0 podrá subir el paciente.
- Asegurarse que están centrados en la báscula y que no apoyan en ninguna parte de la misma o con el cuerpo en la pared.
- Pesarlos de espaldas a la pantalla de la báscula, evitando que vean el peso y no hacer comentarios del mismo si lo pueden escuchar.
- Si existen variaciones de peso desproporcionadas con respecto al día anterior repetir la medición después de la ducha o en algún otro momento de la mañana.
- Pesar de nuevo si después de pesarles orinan o hacen deposición.
- Comerán en mesas separadas (siempre que sea posible) y si fuera necesario dándose la espalda.
- Los baños permanecerán cerrados durante todo el día.
- El personal auxiliar o la enfermera supervisará la ducha y acompañará a los pacientes cuando quieran ir al baño, para vigilar posible ejercicio o vómitos...
- Cumplimentar la hoja de registro nutricional, apuntando las cantidades de comen y los líquidos que beben.
- Control riguroso de la ingesta hídrica, máximo 2 l/día; durante la comida y la cena beberán máximo dos vasos de agua.
- Valorar al ingreso la existencia del signo de Russel.
- No se permitirán realizar cambios de los menús que traigan de cocina.
- Tiene que acabarse toda la comida de la bandeja, incluso postre, pan,..todo.

- En el desayuno tiene que echar el sobre de nesquik completo, el azúcar es opcional.
- Por la noche todos los pacientes anoréxicos tomarán leche entera con Nesquik, nunca sustituible por zumo.
- Restricción de actividad física (incluido el hacerse la cama). Valoración de concesión de privilegios según conducta.
- Cuando se evidencie que están haciendo ejercicio hay que especificar lugar y medidas que se toman.
- Se establece tiempo limitado para las comidas: desayuno y merienda 30 min, comida y cena 45 min.
- Los reposos postprandiales se harán sentados frente al control. El tiempo será de 1 hora después de comida y cena y de 1/2 hora en desayuno y merienda.
- Por regla general no pueden dormir siesta.
- Retirar las batas durante las comidas, es fácil guardar algo en los bolsillos.
- Si están repartiendo la comida del carro supervisarlos atentamente, no dejarlos sin vigilancia solos en el comedor porque pueden quitar algo de alguna bandeja y pasarlo a otra o tirarlo.
- Cuidar que las ventanas no están abiertas de forma directa. (tiran comida)

ANEXO 3: Eating Attitudes Test (EAT 26/cheat 26). (13)

El EAT-26 (Garner et al., 1982) es un cuestionario de 26 ítems diseñado para identificar hábitos de alimentación anormales y en las preocupaciones por el peso, derivado a partir del cuestionario original de 40 ítems (Garner y Garfinkel, 1979).

Tiempo de duración: 15 minutos

Las respuestas puntúan: Las preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos.

Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y Control Oral compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20 (Eating Disorders: Afflicting Mind, Body & Soul, 1999).

Sensibilidad del 91%.

Valores de Corte: + de 20 puntos.

Advertencia: posibilidad de falseo en las respuestas, cosa que nos puede inducir a error.

1. Engordarme me horroriza.
2. Procuo no comer aunque tenga hambre.
3. Me preocupo mucho por la comida.
4. A veces me quedo muy harta/o de la comida, pero me veo incapaz de parar de comer.
5. Corto los alimentos en trozos pequeños.
6. Tengo cuidado con las calorías de los alimentos que como.
7. Evito, especialmente, alimentos ricos en hidratos de carbono (como pan, arroz, patatas, etc.).
8. Noto que los otros preferirían que comiera más.
9. Vomito después de haber comido.

10. Me siento muy culpable después de haber comido.
11. Estoy preocupado/a. Deseo estar más delgado/a.
12. Pienso que he de quemar calorías cuando hago ejercicio.
13. Los otros piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Estoy preocupado/a con la idea de tener grasa en el cuerpo.
15. Tardo más en comer que las demás personas.
16. Evito comer alimentos dulces.
17. Como alimentos de régimen.
18. Siento como si los alimentos me controlasen.
19. Demuestro autocontrol en las comidas.
20. Me da la sensación que los demás me presionan para que coma.
21. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome por la comida.
22. Me siento incómodo después de comer dulces.
23. Me comprometo a hacer régimen.
24. Me gusta sentir el estómago vacío.
25. Me gusta probar nuevos sabores.
26. Me vienen ganas de vomitar después de las comidas.