



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Detección y prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Importancia de la consulta de enfermería adolescente.

Estudiante: Ángela Rosa De Miguel.

Tutelado por: Fátima María Laborda Higes.

Soria, 28 de mayo de 2019.

“Puede que olviden tu nombre, pero jamás olvidarán cómo les hiciste sentir.”

– Maya Angelou.

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de enfermedades mentales vinculadas a una percepción distorsionada del propio cuerpo y relacionadas con alteraciones en el comportamiento alimenticio. Suponen la tercera enfermedad crónica más común en adolescentes y se ven favorecidas por factores de riesgo individuales, grupales y sociales.

Objetivo: El objetivo general de este trabajo es comprender la importancia del papel de enfermería en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Los objetivos específicos son; describir los factores de riesgo asociados a este tipo de trastornos, exponer las intervenciones de la enfermera comunitaria en la detección precoz y mostrar la necesidad de crear una consulta de enfermería adolescente.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica de la investigación ya existente respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, su detección y prevención, empleándose las siguientes bases de datos: SciELO, CUIDEN, Google académico y PubMed, de las cuales se han seleccionado un total de 27 artículos.

Resultados: Es importante tener en cuenta los factores de riesgo implicados en el desarrollo de estos trastornos para poder identificar a una persona susceptible de padecer un TCA como son los medios de comunicación, la insatisfacción corporal y el acoso entre otros. Las actividades de prevención realizadas por parte de enfermería suponen uno de los pilares fundamentales de la consulta de atención primaria. La creación de una consulta enfermera en la adolescencia permitiría una mejor accesibilidad de esta población a los servicios de salud, una atención individualizada y un seguimiento más estrecho de las patologías más frecuentes en esta franja de edad.

Conclusiones: Los trastornos de la conducta alimentaria suponen un problema importante en nuestra sociedad. El profesional de enfermería como agente de salud comunitario, dispone de las herramientas necesarias para detectar precozmente aquellos problemas relacionados y asociados con los mismos. La educación sanitaria, la sensibilización de la población y la implicación del núcleo familiar en el cuidado y recuperación del adolescente se consideran aspectos clave para la mejora de la calidad de vida del adolescente y su entorno.

Palabras clave: Adolescente, consulta de enfermería, detección precoz y trastornos de la conducta alimentaria.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	5
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	7
5.1 Factores de riesgo relacionados.....	7
5.2 Familia y contexto: importancia de hacer partícipes a los padres/entorno durante el proceso de la enfermedad.....	10
5.3 Abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria desde los servicios de salud. Consulta de enfermería adolescente.....	11
6. CONCLUSIONES.....	18
7. BIBLIOGRAFÍA.....	19
8. ANEXOS	
Anexo I: Resumen del protocolo de actuación de la planta de psiquiatría del hospital virgen del mirón de Soria.....	I
Anexo II: Cuestionarios validados de detección de posibles trastornos de la conducta alimentaria.....	II
Anexo III: Cuestionario EAT-40 y cuestionario SCOFF.....	V

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Estrategia de búsqueda de artículos científicos y revisiones.....	6
Tabla 2: Clasificación según la OMS del IMC.....	7

LISTADO DE ABREVIATURAS:

TCA: Trastornos de la conducta alimentaria.

AN: Anorexia nerviosa.

BN: Bulimia nerviosa.

TA: Trastorno por atracón.

TCA-NE: trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.

EpS: Educación para la salud.

ODS: Objetivos de desarrollo sostenible.

OMS: Organización mundial de la salud.

AP: Atención primaria.

AE: Atención especializada.

IMC: Índice de masa corporal.

IIC: Insatisfacción de la imagen corporal.

SEMA: Sociedad española de medicina de la adolescencia.

SCOFF: Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire.

EAT-40: Eating Attitudes Test-40 ítems.

EAT-26: Eating Attitudes Test-26 ítems.

BUILT: Bulimia test.

BUILT-R: Bulimia test-revised.

BITE: Bulimic investigatory test Edinburgh.

USMIJ: Unidad de salud mental infanto-juvenil.

1. INTRODUCCIÓN: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU CLASIFICACIÓN.

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones relacionadas con los hábitos alimenticios del ser humano, la elección de los alimentos que se ingieren y las cantidades de estos. Los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, las tradiciones culturales, el estatus social y la disponibilidad de alimentos¹.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de enfermedades mentales vinculadas a una percepción distorsionada del propio cuerpo relacionada con alteraciones en el comportamiento y una excesiva preocupación por el peso y la figura. Se caracterizan por la dificultad para su diagnóstico, el tiempo prolongado para tratarlas, las recaídas y el riesgo de cronificación. Además, comprenden la tercera enfermedad crónica más común en adolescentes².

Hace ya más de cuatro siglos que el médico estadounidense Richard Morton se refería al tema y sus trastornos, y daba nombre al término anorexia nerviosa³.

La clasificación actual de los TCA según el DSM-V incluye la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA) y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCA-NE), siendo los dos primeros los más predominantes^{4,5}. La AN se caracteriza principalmente por la negativa del paciente a la ingesta normal de alimentos, lo que origina una notable pérdida de peso debido a su excesiva preocupación por la imagen corporal^{3, 6}. Por el contrario, en la BN se producen episodios de atracones sucedidos por un acto purgativo como puede ser el vómito. En este trastorno es menos notable la pérdida de peso pudiendo pasar más desapercibido. Además, son más conscientes de su enfermedad y la problemática que conlleva por lo que suelen acabar solicitando ayuda de un profesional³.

Las manifestaciones clínicas de la anorexia nerviosa más evidentes son la preocupación por la imagen corporal y el peso, alteraciones hormonales, síntomas depresivos o de ansiedad, aislamiento social, dificultad para la concentración, alteraciones del sueño, irritabilidad o pérdida de la libido, amenorrea, arritmias y bradicardias, hiperactividad física y sequedad de la piel^{6,7}.

Con respecto a la bulimia nerviosa, encontramos algunas como preocupación por el peso y la figura, pérdida del control de la ingesta alimentaria, uso de laxantes o diuréticos, la realización de ejercicio excesivo o el ayuno, alteraciones dentales por el vómito e inflamación de la garganta, depresión, baja autoestima y problemas emocionales^{3,7}.

Aunque actualmente esta enfermedad sigue siendo predominante en mujeres, cada vez se da más en hombres y a edades más tempranas. Estos trastornos pueden afectar a todas las etnias, culturas y grupos socioeconómicos sin distinción alguna. El rango más susceptible para padecerlo es desde los 12 a los 25 años, siendo de los años 14 hasta los 18 el periodo de mayor riesgo. A pesar de que existe una gran discrepancia en estos estudios, se puede concluir que entre el 4-12% de adolescentes puede existir riesgo de TCA, con una prevalencia diagnóstica del 1-5%, y que tienen una prevalencia de letalidad del 6% tanto a nivel mundial como nacional. Además, alrededor del 50-60% de los casos se recuperan totalmente, un 20-30% lo hacen parcialmente y solo en un 10-20% se cronifica la enfermedad^{3, 4,8}.

Además, estudios afirman que el riesgo de padecer estas enfermedades se asocia con otras patologías como son la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias tóxicas⁸.

Los factores de riesgo son aquellos que facilitan la aparición de los diferentes TCA. Estos pueden dividirse en individuales, grupales y sociales^{3, 9,10}.

Factores individuales:

Biológicos: centrándonos principalmente en los factores genéticos y las alteraciones neurobiológicas. Estudios aseguran que la presencia de antecedentes en la familia es un desencadenante para padecerlos.

Psicológicos: ciertos rasgos de personalidad como auto exigencia elevada, perfeccionismo obsesivo, trastornos afectivos, de personalidad, obsesivos-compulsivos, de control de impulsos, realizar dieta anómala y restrictiva y preocupación por el cuerpo, excesiva rigidez, retraimiento social y baja autoestima. Así como tener una imagen corporal negativa de sí mismo.

Adolescencia: etapa vital en la que existe mayor riesgo de desarrollar un TCA debido a que la persona está en pleno desarrollo y por tanto son más vulnerables ante un entorno social en el que la presión por la imagen es excesivamente elevada.

Sexo femenino: la gran mayoría de casos de TCA diagnosticados son en mujeres por lo que ser mujer implica un mayor riesgo de padecer este tipo de enfermedad.

Factores grupales:

Socioculturales: formar parte de una familia desestructurada, conflictiva, modelos familiares sobreprotectores o rígidos con la imagen corporal, hábitos alimenticios poco regulares durante la infancia, obesidad y alcoholismo entre otros.

Acontecimientos vitales potencialmente estresantes como abusos sexuales, muerte de uno de los miembros de la familia, críticas respecto al físico y antecedentes de crisis vital^{3, 9}.

Factores sociales:

Como el modelo de belleza imperante, la presión social respecto a la imagen, determinados deportes o profesiones, críticas y burlas relacionadas con el físico y el sistema de tallaje actual¹⁰.

La organización mundial de la salud (OMS) define la adolescencia como: “El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales”. Por estos cambios que se producen en este periodo, este grupo tiene necesidades muy diferentes con respecto a los demás, las cuales deben ser tratadas de la manera más eficaz posible. Cabe destacar la estrategia mundial de la OMS aprobada en el 2015 hasta el 2030 para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Su finalidad es lograr hasta el año 2030 una transformación en materia de salud y desarrollo sostenible que beneficie al conjunto de mujeres, niños y por

primera vez, al grupo de adolescentes, a gozar del máximo grado de salud y bienestar posible y tener por lo tanto una mejor calidad de vida¹¹.

Con respecto al Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, cuenta con un conjunto coordinado de los servicios de salud de la administración del estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. Este está dividido en Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). La Atención Primaria cubre las necesidades básicas de toda la población. Los dispositivos asistenciales son los Centros de Salud, donde se trabaja de manera multidisciplinar unificándose Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras y personal administrativo. Sus tareas principales son la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. En estos Centros de Salud, existe una Consulta Pediátrica a la que acuden niños a revisiones periódicas desde los 0 a los 14 años. Una vez superada esta edad, los adolescentes pasarían a su Médico de Familia en el caso de necesitar sus servicios, sin seguir ningún programa de promoción de la salud llevado a cabo desde la consulta de Atención Primaria. De esta manera se reducen las actividades y programas propuestos en relación a la infancia quedándose la prevención y detección enfermera a merced de la demanda que hagan los colegios y la frecuencia con la que los adolescentes acudan a consulta^{12, 13}.

Hay que destacar la importancia del papel de enfermería como agente de salud. Debemos potenciar en nuestro país la educación para la salud (EpS) por su importancia para prevenir enfermedades y promocionar hábitos saludables. Nuestra función debe estar encaminada a facilitar, ayudar, apoyar, motivar y orientar. La clave para ejercer una buena Eps es crear un clima tolerante de entendimiento que favorezca la comunicación ente los profesionales de la salud y la población. Las vías por las que un profesional de enfermería puede realizar esta labor con respecto a los TCA, serían la consulta pediátrica, la enfermería escolar/instituto y en el caso de que se crease, una consulta de enfermería en la adolescencia. Con respecto a la enfermería escolar, esta se define como el profesional que desempeña sus funciones en el ámbito escolar, prestando atención y cuidados a la comunidad educativa, además de promover hábitos saludables y prevención de enfermedades a los más pequeños. Los niños y adolescentes de hoy en día tienen necesidades sanitarias que no pueden ser cubiertas sin la ayuda de profesionales de la salud. Además, los niños con enfermedades y discapacidades crónicas deben ser integrados y atendidos en sus necesidades de salud, por lo que requieren una serie de cuidados y atenciones en la escuela¹⁴.

Por esto mismo, es cada vez más demandada en nuestro país reclamando su instauración en todos los colegios de España debido a su notable necesidad. Por ahora, quien suple la figura de la enfermera escolar es la enfermera comunitaria, que se desplaza a los centros educativos para realizar promoción de salud y prevención de enfermedades. Otra buena opción para promover estos hábitos saludables sería la creación de una consulta de enfermería en la adolescencia. A día de hoy no contamos con este servicio en España y sería una buena oportunidad para mejorar la salud de los adolescentes, proporcionar la información necesaria y realizar una detección precoz adecuada¹⁴.

2. JUSTIFICACIÓN.

Según datos epidemiológicos, los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más común en adolescentes, aspecto verdaderamente preocupante, que con una correcta detección precoz permitiría una disminución de los casos graves, así como de los casos crónicos. Esta, junto con un tratamiento adecuado asegura una mejor evolución en la enfermedad y los resultados. Actualmente contamos con escasas herramientas para esta detección precoz en estos trastornos por lo que hace que las cifras de prevalencia aumenten en nuestro país cada año.

Además, en relación a nuestro Sistema Nacional de Salud, a partir de la edad de 14 años, los adolescentes pasan de la Consulta Pediátrica a la consulta del Médico de Familia cuando sea necesaria su asistencia, por lo que estas actividades preventivas y de educación para la salud que se proporcionaban en la consulta de pediatría se reducen considerablemente, por esto, la sociedad española de medicina de la adolescencia (SEMA) ya demanda la creación de una consulta de enfermería en la adolescencia, en la que el papel del profesional enfermero en la detección precoz de estos problemas sería fundamental. De esta manera se cubrirían las necesidades y demandas de las personas que se encuentran en este periodo tan vulnerable y específico dotándoles de mayor calidad de vida.

Según la OMS y su estrategia mundial aprobada desde el 2015 hasta el 2030, se anima a todos los países a instaurar este plan para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible pautados y lograr un máximo grado de bienestar posible.

Por esto, se destaca la importancia de crear una consulta de enfermería de la adolescencia, para poder incluir actividades preventivas que cubran las necesidades para esta población en particular y dar un mejor seguimiento a los pacientes diagnosticados de TCA así como proporcionar información y herramientas a familiares y amigos.

De esta manera, podrá ser la enfermera encargada de esa consulta, un nexo de enlace entre los servicios especializados de salud mental y el médico de referencia del adolescente.

Por otro lado, se reclama cada vez más la necesidad de instaurar enfermeras escolares en cada centro educativo, ya que es un contexto en el que confluyen diferentes factores de riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Además, es un núcleo esencial para el abordaje de los TCA.

3. OBJETIVOS DEL TRABAJO.

Con esta revisión bibliográfica se propone conseguir los siguientes objetivos:

- General:
 - Analizar la importancia del papel de enfermería en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

- Específicos:
 - Mostrar la necesidad de crear una consulta de enfermería para adolescentes.
 - Describir los factores de riesgo para desarrollar un trastorno de conducta alimentaria.
 - Exponer las intervenciones enfermeras en la detección precoz.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

Para analizar los objetivos nombrados anteriormente se realizó una revisión bibliográfica entre noviembre del 2018 a mayo del 2019. Las bases de datos utilizadas tras una búsqueda bibliográfica han sido: SciELO, CUIDEN, Google académico, y PubMed. Se han utilizado palabras clave como: “Trastorno de la conducta alimentaria”, “Anorexia nerviosa”, “Bulimia nerviosa”, “Enfermería”, “Detección precoz”, “Prevención”, “Adolescente”, “Prevalencia”, “Factores de riesgo”, “Autopercepción” y “Consulta de enfermería”.

Los operadores booleanos utilizados para combinar estas palabras clave utilizadas y por lo tanto llevar una búsqueda con éxito han sido “AND” y “NOT”.

Los criterios de inclusión utilizados para acotar la búsqueda de los artículos utilizados en esta revisión bibliográfica fueron los siguientes:

- Artículos originales.
- Documentos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria.
- Artículos que no superasen los 10 años de antigüedad.
- Guías de práctica clínica y protocolos basados en la evidencia científica.
- Artículos escritos en español e inglés.

Se realizó una primera búsqueda general que luego se fue limitando a aquellos artículos de mayor interés y relación con el tema. Finalmente se seleccionaron un total de 27 artículos originales. Estos se recogen en la **Tabla 1**.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda de artículos científicos y revisiones. Fuente: Elaboración propia.

FUENTES DE INFORMACIÓN.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.	Nº DE ARTÍCULOS DISPONIBLES.	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS.
SciELO	Trastornos de la conducta alimentaria AND prevalencia.	82	2
	Insatisfacción corporal AND trastornos de la conducta alimentaria.	54	3
	Prevención AND trastornos de la conducta alimentaria.	40	4
CUIDEN	Detección precoz AND trastornos de la conducta alimentaria.	3	1
	Autopercepción AND trastornos de la conducta alimentaria.	81	1
Google académico	Detección precoz AND trastornos de la conducta alimentaria NOT prevalencia.	13.450	7
	Trastornos de la conducta alimentaria AND enfermería	7.830	6
PubMed-MEDLINE	Eating disorders AND bulling	142	2
	Conducta alimentaria AND niño	46	1

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

5.1 Factores de riesgo relacionados:

Índice de Masa Corporal:

Según la OMS: “La talla y el peso son las medidas antropométricas básicas más accesibles que nos permiten hacer una valoración adecuada y rápida del estado nutricional y obtener el Índice de Masa Corporal”. Está definido por la relación peso (en kg,) dividido entre la talla en metros cuadrados ($\text{Kg}/(\text{T}^2)$)¹¹.

Los valores normales en un adolescente deben oscilar entre 18.5 y 24.9 (Normopeso). En el caso de ser superior o inferior, dependiendo de la cifra que obtengamos será:

Tabla 2: Clasificación según la OMS del IMC. Fuente: Elaboración propia.

CLASIFICACIÓN	VALOR IMC (Kg/m^2)	RIESGO
BAJO PESO	<18.5	EXISTE RIESGO
NORMAL	18.5-24.9	NO EXISTE RIESGO
SOBREPESO	25-29.9	RIESGO AUMENTADO
OBESIDAD GRADO 1	30-34.9	RIESGO MODERADO
OBESIDAD GRADO 2	35-39.9	RIESGO SEVERO
OBESIDAD GRADO 3 (MORBIDA)	40-49,9	RIESGO MUY SEVERO
OBESIDAD EXTREMA	A partir de 50	RIESGO MUY SEVERO

Diferentes estudios muestran que al incrementarse el valor del IMC (por encima de un IMC normal) de la persona, aumenta la distancia entre la figura real y lo “ideal” creciendo la insatisfacción corporal en la mayoría de los casos. Por ello, esta variable es considerada un buen predictor de riesgo para el desarrollo de un TCA^{15, 16}.

Sin embargo, a la hora de valorar el IMC en un posible caso de trastorno de la conducta alimentaria, no siempre debemos guiarnos por esta cifra para saber si tiene un valor nutricional adecuado o no ya que en ocasiones (sobre todo en la bulimia nerviosa) este valor no tiene por qué estar alterado. Se puede tener un IMC dentro del rango para su edad, talla y peso y sin embargo padecer un TCA, por lo que deberemos asegurarnos con otro tipo de métodos más fiables y con un mejor diagnóstico^{15, 16}.

Medios de comunicación y redes sociales:

En la actualidad, los medios de comunicación y las redes sociales tienen una gran repercusión en la población y en su manera de pensar, sobre todo en los adolescentes, ya que son más manejables y tienen mayor preocupación por los temas de belleza, imagen corporal y delgadez^{13, 17}.

Estas tecnologías mediante sus anuncios publicitarios, promueven la delgadez como única forma de belleza por lo que pueden fomentar que el adolescente desarrolle un TCA^{13, 17}.

El hábito de búsqueda en internet está muy extendido. Un estudio realizado por Guillamón N y Martínez M en 2012 mostró que el 75% de encuestados utilizó internet para buscar información sobre aspecto físico, dietas y problemas de alimentación. La exposición a contenidos peligrosos en un periodo vulnerable como es la adolescencia puede hacer que se desencadene un trastorno de la conducta alimentaria¹⁷.

Por ello, cabe destacar la página web Pro-Ana y Pro-Mia, blogs encargados de hacer apología a la red de la anorexia y bulimia presentando a estas no como enfermedades mentales relacionadas con la conducta alimentaria sino como estilos de vida. Estos dos trastornos de la conducta alimentaria son nombrados como si fueran dos amigas llamadas Ana y Mía. Se puede observar que dicha web presenta contenidos muy peligrosos, ofreciéndoles trucos para ocultar la enfermedad al entorno más cercano y ánimos para lograr una pérdida de peso significativa. El tono de estos mensajes web suele ser negativo hacia la valoración de uno mismo, incitando el autocastigo y despreciando a menudo el propio cuerpo de la persona. A pesar de todo ello y de la peligrosidad de este tipo de contenidos, estas páginas no son ilegales ya que no existe una ley concreta que regule específicamente este contenido^{10, 17}.

Por todo ello, mediante programas conjuntos, se busca la crítica a estos medios de comunicación, para así poder reducir el riesgo a padecer un trastorno de conducta alimentaria, adquiriendo habilidades cognitivo-conductuales para que puedan enfrentarse a la presión sociocultural. Tratan de trabajar en profundidad los temas de influencia de los medios de comunicación y los modelos de belleza de delgadez tanto masculinos como femeninos¹³.

Insatisfacción corporal:

La mayoría de estudios concluyen que sin una insatisfacción de la imagen corporal (IIC) muchas de las personas no sentirían esa necesidad de modificar su cuerpo a través de diferentes actos como son las dietas restrictivas o el excesivo ejercicio físico. Por lo que, desde hace un tiempo, se considera un aspecto a tener en cuenta que debe estar presente en los programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria. La medición de esta se lleva a cabo mediante cuestionarios como por ejemplo la escala de insatisfacción corporal para adolescentes, también llamada escala de Gardner, con 13 figuras (solo se muestra el contorno) con técnicas de fotografía y vídeo para hacerlas más reales^{9, 18, 19}.

El concepto de insatisfacción corporal (discrepancia entre la imagen corporal auto percibida y la imagen corporal ideal) se disocia en factores cognitivos, cuando la apariencia física se compara o quiere ser modificada; emocionales, asociada a la ira, ansiedad y tristeza; perceptivos, partes del cuerpo que se asocian a exageraciones o etiquetas ofensivas; y por

último comportamentales, acciones que llevamos a cabo para modificar el cuerpo o su apariencia^{18, 19}.

Encontramos diferentes dimensiones que deben valorarse ya que nos puede alertar de una posible insatisfacción corporal como son la flexibilidad psicológica de la imagen corporal para poder pronosticar la aceptabilidad de los cambios de tamaño y forma corporal en lugar de la alteración de contenido o la forma de los pensamientos y sentimientos de aversión relacionados con el cuerpo; la medida en que una persona valora su cuerpo según su funcionalidad en lugar de su aspecto, o de cómo valoran su personalidad en función del cumplimiento de unos estándares culturales, o del autocontrol percibido sobre su apariencia; y la evaluación de como la persona habla de su propio cuerpo^{9, 18}.

Que se lleve a cabo un estudio de la autopercepción de la imagen corporal en diferentes grupos de la población puede ser buen instrumento en la intensificación del *screening* en los sujetos susceptibles de mayor riesgo en la alteración de la imagen corporal y poner en marcha mecanismos que frenen nuevos casos¹⁸.

Acoso escolar:

El acoso escolar es un tipo de problemática que afecta a un gran número de jóvenes pudiendo facilitar la aparición de problemas psicológicos asociados como por ejemplo a los trastornos de la conducta alimentaria o el consumo de sustancias tóxicas. De hecho, está comprobado que los jóvenes que se ven afectados por el acoso escolar, presentan mayor nivel de sintomatología patológica que los no afectados^{20, 21}. Eisenberg y Neumark en su artículo publicado en 2008 afirman que ser insultado con relación al aspecto físico tiene una gran influencia en la insatisfacción corporal y en el desarrollo posterior de un TCA²².

Los insultos sobre el peso corporal, contribuye al desarrollo por parte de la víctima de la insatisfacción del propio cuerpo y llevar comportamientos alimentarios desorganizados. Las escasas investigaciones sobre el tema apuntan que existe una relación longitudinal en donde los insultos sobre cuestiones relacionadas con la imagen corporal serían el precedente previo a la aparición de patologías relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. Se estima que la probabilidad de presentar comportamientos no saludables relacionados con el control del peso y los atracones de comida, indistintamente del sexo, es dos veces mayor entre aquellos jóvenes que en el pasado sufrieron de manera frecuente insultos sobre su peso comparado con aquellos que no fueron víctimas de acoso^{20, 21}.

Psicopatología asociada a los trastornos de la conducta alimentaria:

En algunos casos, los trastornos de ansiedad (fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada), la depresión y la dificultad en el control de impulsos son causas y a la vez consecuencias del trastorno de la conducta alimentaria. En otros casos, aunque se sabe que existe una tendencia a que estos cursen de forma conjunta, se considera un factor de vulnerabilidad a padecer el trastorno y más concretamente a padecer bulimia nerviosa⁷.

La evaluación de esta patología asociada es muy importante a la hora del tratamiento, ya que es un factor importante de cara al pronóstico, así como a la hora de decidir si la

persona realiza el tratamiento en un ambiente hospitalario o de forma ambulatoria, acudiendo a su centro de salud con cierta regularidad⁷.

5.2 Familia y contexto: importancia de hacer partícipes a los padres/entorno durante el proceso de la enfermedad:

Poder convertir a los padres en agentes de prevención y en su caso, de detección precoz de estos trastornos, dotándoles del conocimiento necesario acerca de estos trastornos y de los factores relacionados con la aparición y mantenimiento de estos trastornos es un trabajo que podríamos desempeñar desde la consulta de enfermería del adolescente. Es muy importante que estos padres puedan reconocer todo tipo de señales de alarma o factores de riesgo que puedan desarrollar estos problemas de salud mental ya que son los que pasan gran parte del tiempo con el adolescente pudiendo ser los que primero detecten el problema o posibles recaídas en el futuro. Proporcionarles desde el ámbito de enfermería talleres en los que se dé información sobre alimentación y dietas, conocimientos de estos trastornos, del periodo de la adolescencia y la multitud de cambios que pueden surgir en sus hijos, habilidades sociales, entrenamiento en técnicas de manejo de conflictos y negociación entre otras¹⁵.

Es imprescindible que la familia permanezca junto al enfermo y le acompañe durante todo el proceso para ayudar a la persona a tomar conciencia de la enfermedad y que acepte la ayuda de los profesionales. Desde enfermería debemos conocer el ambiente familiar de la persona afectada, sus creencias y la importancia que le dan a la imagen corporal, la aptitud que adoptan a la enfermedad del familiar, así como las pautas de refuerzo o castigo que siguen para poder trabajar con ello^{10, 15}.

Además, está comprobado que las intervenciones con familiares de pacientes que sufren trastornos de la conducta alimentaria funcionan ya que mejora el conocimiento de la enfermedad y tratamiento, constituye el anclaje fundamental para disminuir el desajuste y/o desgaste que la enfermedad produce en la dinámica familiar, optimiza la implicación de la familia en el proceso terapéutico y facilita estrategias para afrontar las dificultades de la vida diaria^{10, 15}.

Explicar a los padres que existen asociaciones a las que pueden acudir para sentirse apoyados, conocer a más padres en su situación, para obtener información y que les proporcionen diferentes herramientas para afrontar de la mejor manera la enfermedad¹⁰.

Desde estas asociaciones como por ejemplo la Asociación contra la anorexia y la bulimia (ACAB), la cual he consultado, se aconseja a los padres de los adolescentes afectados que sean pacientes con el tema y la persona, a combatir el perfeccionismo, mostrar el núcleo familiar unido en cuanto al abordaje del tema, potenciar la autoestima de su hijo favoreciendo una imagen corporal positiva, fomentar la comunicación entre los miembros de la familia¹⁰...

En cuanto temas de alimentación, se les aconseja que sea variada y equilibrada, procurando que sus hijos realicen como mínimo una comida al día en casa, evitando que las conversaciones entre el núcleo familiar giren en torno únicamente a la alimentación y la imagen corporal¹⁰.

En dicha asociación nombrada anteriormente, también hay unas pautas para los amigos o el entorno de los afectados como, por ejemplo:

Escuchar a la persona y mostrarse comprensivo con su situación, animar a que pida ayuda profesional en el caso de que no la quiera ni la solicite y explicar sus beneficios, aconsejar que hable del tema con sus familiares y tratar de evitar que conecte o hable con personas o sitios web que puedan hacer que retroceda en su tratamiento¹⁰.

También, desde enfermería debemos tener en cuenta al centro escolar y a los docentes que trabajan en él. Los centros educativos son lugares en los que debido a la afluencia de jóvenes es probable encontrarnos con casos de TCA. Por eso, los colegios son idóneos para trabajar la prevención directamente con la población de riesgo. Es muy recomendable que el profesorado tenga ciertas nociones básicas sobre prevención de trastornos de la conducta alimentaria, pudiendo identificar cuáles son los comportamientos potencialmente peligrosos y llevar a cabo una prevención adecuada^{3, 15}.

Según la fundación imagen y autoestima, las señales de alarma en el colegio que pueden hacer tener la sospecha de una conducta de riesgo son: aumento o disminución del rendimiento escolar, aislamiento social o irritabilidad, excesiva preocupación por el peso o la figura, estado de ánimo bajo, elevada autoexigencia, bajada de peso drástica, uso de ropa demasiado ancha, excesivo ejercicio físico e inicio de restricción alimentaria entre otros.

En caso de detectar un comportamiento extraño es necesario hablar con el alumno y la familia, para que busquen ayuda como por ejemplo en asociaciones. El papel activo que deben tener los profesores no solo se centra en mantener una actitud vigilante frente a la aparición de este tipo de conductas. Los profesionales pueden velar por el correcto desarrollo psicoafectivo de los alumnos mediante herramientas que fomenten una buena salud mental y que permita que los alumnos desarrollen factores protectores como una autoestima positiva^{3, 15}.

Estas herramientas deben ser proporcionadas por el personal de enfermería mediante talleres y sesiones explicativas relacionadas con los TCA y su problemática, ya sea desplazándonos a los centros escolares, en el caso de que no existiera la figura de enfermera escolar, e impartiendo estas charlas, o en el caso de crearse una consulta de enfermería, citando a grupos reducidos de profesionales docentes en los que pudiésemos trabajar los trastornos de la conducta alimentaria para que puedan ser agentes de detección precoz y darnos la voz de alarma al profesional sanitario¹⁵.

5.3 Abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria desde los servicios de salud. Consulta de enfermería adolescente:

Nuestro SNS se puede dividir en dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada. En cada uno de estos niveles se ofertan diferentes servicios para tratar a personas con posibilidad de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria o con un diagnóstico ya impuesto por un profesional especializado en salud mental¹².

Con respecto a la Atención Primaria, que sería el primer nivel asistencial de la población, es decir, la prevención primaria, pone a disposición unos servicios básicos que se

prestan desde los centros de salud. En estos, la principal función es la de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pudiendo acudir regularmente a colegios e institutos a dar charlas y talleres informativos¹².

Después de conocer la prevalencia de casos de TCA en España, consultar los programas de la cartera de servicios de la comunidad de Castilla y León y de saber que una vez cumplidos los 14 años, se pasa de la consulta de Pediatría, donde se realizaban gran número de actividades de prevención, a la consulta del Médico de Familia, la SEMA cree necesaria la creación de una consulta de enfermería en la adolescencia que permita abordar de manera conjunta en atención primaria aquellos problemas de salud mental como los trastornos de la conducta alimentaria, ansiedad, depresión y trastornos de personalidad entre otros²³. De esta manera es posible dotar de una mejor calidad asistencial al adolescente y aportar herramientas para poner freno a esta problemática. Además, es importante tener en cuenta que el estigma, así como las creencias populares que existen entorno a las enfermedades mentales, impide en muchas ocasiones que los jóvenes accedan a la red de salud mental y obtengan una atención especializada. La creación de esta consulta permitiría una mayor accesibilidad de los jóvenes a la enfermera encargada de este dispositivo quien, en caso de ser necesario sería el nexo de unión entre el paciente y los especialistas en salud mental²⁴.

El Médico de Familia una vez evaluado el caso, derivaría al paciente a la consulta de salud mental del territorio donde se encontrase el paciente, pasando a la Atención Especializada en la cual los servicios que se ofertan son muy diferentes a los de Atención Primaria, proporcionando especialistas en salud mental infantojuvenil (psiquiatría, enfermería y psicología) y centros en los que se podría llevar a cabo un adecuado tratamiento y seguimiento de la enfermedad para alcanzar la recuperación completa²⁵:

- **Centro de salud mental:** compuesto por personal especializado como psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales entre otros. El usuario sería evaluado y tratado acorde a sus necesidades.
- **USMIJ:** implantada en muchas comunidades de España. Los pacientes serían derivados o desde el centro de salud de referencia o desde la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA). Estos centros tienen muy en cuenta las necesidades y características de la población con la que se trabaja.
- **Hospital de agudos:** se derivaría al paciente en el caso de que sufriera una crisis o en el caso de necesitar un tratamiento más intensivo y de mayor vigilancia. El objetivo sería reducir la crisis y conocer la causa de origen de esta. Estas estancias no suelen superar los 30 días. **(Anexo I)**
- **Rehabilitación psiquiátrica:** unidad que se encuentra dentro del servicio de psiquiatría. Realizan un tratamiento de rehabilitación psicosocial con intervenciones terapéuticas psicológicas, psicosociales y rehabilitadoras. Suelen ser derivados los pacientes de los hospitales de subagudos.
- **Centro de día:** que acudirían los adolescentes unas horas al día para seguir trabajando su rehabilitación psicosocial. Se debe trabajar en las habilidades y capacidades

sociales. Habitualmente la derivación al centro de día se lleva a cabo desde el centro de salud mental.

- Para finalizar apuntar que, aunque no estén dentro de la red del SNS, también son de suma importancia las Asociaciones creadas para ayudar o guiar a padres, entorno y los pacientes que sufren un trastorno de la conducta alimentaria. Son consideradas un gran activo para la salud, es decir, un recurso que potencia la capacidad de los individuos, de las comunidades y población para mantener la salud y el bienestar¹⁰.

Desde cualquier unidad tratada anteriormente se promoverá la coordinación con aquellos dispositivos que hayan estado implicados en la atención de los pacientes a fin de favorecer la adecuada continuidad de cuidados y un proceso integral de atención, rehabilitación y futura integración comunitaria (equipo interdisciplinar)²⁵.

Los criterios que se siguen para valorar la derivación entre los recursos asistenciales disponibles del SNS son los siguientes³:

Derivación de atención primaria a salud mental:

- Cuando existe un diagnóstico de TCA establecido.
- Pérdida de peso igual o superior al 10-25% sin una causa que lo justifique.
- Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobre ingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).
- Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas.
- Falta de conciencia de la enfermedad.
- Si a pesar de seguir las pautas de AP, no mejora su peso ni las conductas bulímicas.

Derivación al hospital urgente:

- 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.
- Arritmia grave o trastorno de la conducción.
- Bradicardia de <40 lpm.
- Otros trastornos del ECG.
- Sincopes o hipotensión con TAS <70 mmHg.
- Hematemesis, rectorragias.
- Dilatación gástrica aguda.

Derivación a valoración psiquiatra urgente:

- Negativa absoluta a comer o beber.
- Sintomatología depresiva con riesgo de autolisis.
- Conductas auto lesivas importantes.

Criterios de hospitalización completa:

- Estado biológico que implique riesgo de complicaciones graves (nula ingesta de alimentos y especialmente de líquidos).
- IMC<16.
- Alteraciones iónicas.
- Vómitos auto inducidos continuados.
- Abuso de laxantes y uso de diuréticos.
- Hematemesis.
- Síntomas depresivos importantes con riesgo de autolisis.
- Conductas auto lesivas importantes.

En relación a los diferentes niveles de prevención y las actividades incluidas en cada uno de ellos podemos decir que en la consulta de enfermería en la adolescencia se llevaría a cabo lo siguiente:

Prevención primaria:

La prevención primaria (antes de que se desarrolle la enfermedad), es decir, la educación para la salud de la población se ha empezado a realizar cuando nos hemos dado cuenta de la magnitud del problema social de los TCA y la de casos nuevos que surgen. Llevar a cabo una detección precoz en los posibles casos de TCA ha sido considerado como un importante factor de buen pronóstico en la evolución de la enfermedad. Además, se asegura que los profesionales de enfermería podrán dar un cuidado más individualizado a las personas que así lo requieran, desde unos diagnósticos enfermeros, unos objetivos y unas intervenciones adecuadas a cada persona. Cuanto antes detectemos el problema, más efectivos serán nuestros cuidados³.

Lo principal es actuar sobre los factores de riesgo y las principales estrategias que son de carácter educativo, para aumentar las capacidades de afrontamiento de cada persona, centrándose en las siguientes propuestas que se podrían llevar a cabo en la consulta de enfermería del adolescente¹³:

- Intervenciones psicoeducativas: Proporcionar información a la población en general, pero sobre todo a la población de riesgo.
- Identificar los grupos de mayor riesgo a padecer un TCA.
- Actuaciones dirigidas a modificar esas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad. En particular en relación con la dieta.
- Crítica de medios de comunicación en masa: habilidades cognitivo-conductuales para que puedan enfrentarse a la presión sociocultural.

- Intervenciones centradas en eliminar o reducir los factores de riesgo de los TCA.
- Intervenciones centradas en fortalecer a la persona con riesgo de ser afectada: que los jóvenes adquieran habilidades para mejorar el afrontamiento y la resolución de problemas.
- Intervenciones sobre los estereotipos culturales, adelgazamiento y belleza.

Según el artículo publicado por los autores: Casado morales y Helguera Fuentes llamado “Prevención de trastornos de la alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases” se distingue tres trabajos diferentes en la prevención primaria²⁶:

- Primera generación de programas: proporcionar información acerca de los trastornos de conducta alimentaria a la población en general, sobre todo adolescentes. Estas iniciativas, se fundamentan en la idea de que la simple información acerca de las consecuencias de un TCA, puede detener las posibles conductas de riesgo.
- Segunda generación de programas: dirigidas igualmente a la población en general, centrándose en contenidos didácticos, pero incluyendo aspectos referentes a la resistencia y el afrontamiento de la presión social hacia la delgadez.
- Tercera generación de programas: dirigidos solo a sujetos de riesgo y centrados en trabajar sobre los factores de riesgo.

En estos talleres se proporciona información a la población sobre hábitos saludables, dietas que están más de moda, promocionar una nutrición sana y equilibrada, hablar acerca de los TCA, sus signos de alarma, factores de riesgo, falsos mitos, información sobre el IMC, enseñanza de los familiares a como poder detectar los signos de alarma, factores de riesgo, o incluso un posible diagnóstico de TCA, además de saber tratar con los adolescentes³.

Prevención secundaria:

Cuando la prevención primaria no es efectiva, se pasa a la prevención secundaria siendo esta la detección precoz (screening sensibles para poder detectar a personas de riesgo) en la que se realizan actividades de diagnóstico precoz y tratamiento intensivo. Consiste en identificar los signos y síntomas conductuales de alerta e intentar eliminar la enfermedad en sus estados iniciales y evitar que no se cronifique. Para ello se lleva a cabo pruebas de cribado en forma de cuestionarios (**Anexo II**) que nos ayudan a conocer más sobre la persona, en las que se pregunte acerca de la preocupación por la comida, conductas compensatorias y otros indicadores de un posible TCA. Muchos de estos cuestionarios se llevarían a cabo por profesionales especialistas en salud mental, sin embargo, algunos se podrían realizar desde la consulta de enfermería adolescente, siendo el enfermero comunitario el que diese la voz de alarma^{7,13}.

Según los datos recogidos en la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Pendiente de actualización), estos son algunos de los cuestionarios para la detección de los trastornos de la conducta alimentaria más utilizados³:

SCOFF: Sick, control, one, fat, food questionnaire (**Anexo III**). Es un cribado para detectar potenciales casos de TCA, que se utiliza desde los 11 años en adelante (generalmente se suele

utilizar en adultos). La versión en español fue validada en 2005, por García- Campayo et cols. Está compuesta por 5 preguntas dicotómicas. Es fácil de aplicar debido a su escasa cantidad de preguntas que se responden con sí o no, siendo buena alternativa para tamizar grandes grupos de población por su sencillez y rapidez de administración. Es autoadministrado. Este cuestionario por lo tanto se podría realizar en la consulta de enfermería del adolescente y los casos positivos se estudiarían con mayor profundidad en atención primaria, antes de realizar una remisión automática.

EAT-40: Eating attitudes test- 40 ítems. Tiene como objetivo identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas. La versión en español fue validada en 1991 por Castro, Toro, Salamero et Guimerá. Es el cuestionario más conocido y utilizado actualmente (**ANEXO III**) el cual consta de 40 ítems sobre diferentes síntomas relacionados con la anorexia nerviosa que se contestan desde nunca hasta siempre. No discrimina entre AN y BN. Este es otro de los cuestionarios que se podrían realizar en la consulta de enfermería en atención primaria.

EAT-26: Eating attitudes test- 26 ítems. El objetivo de dicho cuestionario es identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas. Validado al español en 2003 por los autores Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda et Muñoz. Tiene 6 opciones de respuesta. Todos los ítems son directos excepto el ítem 25. Este cuestionario va más enfocado a la Anorexia nerviosa. Es autoadministrado.

BULIT: Bulimia test. El objetivo es detectar y evaluar la población de riesgo en el desarrollo de los síntomas de la BN. Validada en el 2007 por Vázquez et Cols. Tiene 36 reactivos con 5 opciones de respuesta que hacen referencia a intensidad o frecuencia, y se califican del 1 al 5. Utilizada a partir de los 12/13 años.

BULIT-R: Bulimia test revised. Evalúan y detectan en la población riesgo de desarrollar una posible BN. Evalúa aspectos de la conducta del atracón, conductas purgativas, afecto negativo y fluctuaciones en el peso. Validada al español en 2007 por Berrios-Hernández et cols. Tiene al igual que el cuestionario BULIT, 36 ítems. También es conveniente que se utilice a partir de los 12/13 años de edad.

BITE: Bulimic investigatory test Edinburgh. Tiene como objetivo evaluar aspectos cognitivo-conductuales de la BN con especial énfasis en la medición del atracón. Validada al español en 2004 por los autores Rivas, Bersabé et Jiménez. Consta de 33 reactivos de los cuales, 30 son con un formato de respuesta dicotómica (sí o no), mientras que los 3 reactivos restantes tienen de 5 a 7 respuestas posibles. Cuestionario autoadministrado. Aconsejan que sea utilizada a partir de los 12/13 años.

Los resultados que se obtengan de estos cuestionarios no se pueden considerar directamente un diagnóstico, solo un posible caso de TCA, por lo que se aconseja que se realice una entrevista clínica estructurada con el adolescente en la que se evalúe la posible presencia de un TCA de forma más precisa. Se deben tratar temas relativos a los trastornos de la conducta alimentaria, la preocupación por la imagen corporal y la obsesión por el control del peso. Por este motivo, es importante seleccionar un adecuado instrumento de evaluación para detectar un posible TCA. Hay una dificultad en estas evaluaciones ya que la información solo la tenemos de la persona evaluada la cual nos puede contar unas cosas y otras omitirlas. Por eso es aconsejable incorporar en estas evaluaciones cuestionarios en los que los familiares puedan

aportar información que pueda ayudar a los profesionales a dictaminar el diagnóstico de la forma más apropiada posible. Es necesario que el paciente note por parte del profesional ese apoyo, empatía y compromiso para conseguir que explique sus miedos, sus conductas alimentarias, conductas de purga...

Es importante crear un clima de privacidad donde pueda responder a las preguntas de forma libre. También se pueden detectar estos trastornos mediante la exploración física, la psicopatológica y la conductual y las exploraciones complementarias con el objetivo de valorar la existencia de alteraciones somáticas, emocionales, conductuales y cognitivas^{3, 7, 27}.

Prevención terciaria:

El último paso a realizar sería la prevención terciaria o rehabilitación, teniendo como objetivo entretener el progreso de la enfermedad con las actividades ejecutadas y con la ayuda de profesionales especializados en salud mental^{3, 7}.

En esta fase, la persona ya tendría un diagnóstico de TCA, por lo tanto, nuestro objetivo sería intentar que esta enfermedad no vaya en progreso y de esta manera, reducir la morbilidad y mortalidad de los casos crónicos^{3, 7}.

Los objetivos del tratamiento de los TCA son restablecer o normalizar el peso y estado nutricional a un nivel saludable para el paciente en caso de que padezca AN, tratar complicaciones físicas, proporcionar información sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos, mejorar las disfunciones previas o adquiridas, tratar los trastornos asociados tanto físicos como psiquiátricos, conseguir el apoyo familiar, prevenir las recaídas, y el tratamiento de los casos crónicos de TCA³.

En el tratamiento de los casos crónicos de TCA, la prevención terciaria incluye control del estado orgánico (caquexia, desequilibrio electrolítico, déficit inmunitario...) y control mental (pérdida de control de los impulsos, riesgo de autoagresiones, prevención del suicidio...), tratamiento farmacológico de mantenimiento, pacto de conductas en el ámbito familiar y medidas de reinserción social en las cuales la familia, los recursos asistenciales y las asociaciones de ayuda a pacientes con TCA y sus familiares juegan un papel muy importante³.

En el caso de que se crease la consulta de enfermería del adolescente, el enfermero sería el nexo de unión entre el paciente y familia, y los servicios como la unidad de salud mental infanto-juvenil (USMIJ), médico de Familia, etc. Desde enfermería, haríamos un seguimiento más exhaustivo del paciente pudiendo valorar sus mejorías o por el contrario posibles recaídas las cuales daríamos aviso al enfermero de salud mental que estuviese implicado en el tratamiento del paciente. Este profesional encargado de ese caso de TCA crónico debe informar al paciente en su probable mejoría si acude regularmente a la consulta del especialista, independientemente de los años transcurridos y de los fracasos terapéuticos previos. Es muy necesario disponer de recursos asistenciales para poder llevar a cabo ese seguimiento a largo plazo y seguir la evolución de los casos crónicos de manera ambulatoria³.

6. CONCLUSIONES.

En la actualidad, es cada vez más frecuente encontrar en la población adolescente problemas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria. Cada vez son más y en edades más tempranas los hombres y mujeres que desarrollan este tipo de problemas de salud mental. Se han registrado datos estadísticos que colocan el TCA como la tercera enfermedad crónica más común en esta etapa.

Los trastornos de la conducta alimentaria están muy asociados a otros problemas de salud mental como la ansiedad, la depresión y el consumo de sustancias. De ahí radica la importancia de la detección precoz y la instauración temprana de medidas con el objetivo de frenar la prevalencia de los mismos. La detección precoz y la intervención sanitaria temprana es un factor de buen pronóstico en el TCA, evita la cronificación, mejora la evolución y las posibilidades de recuperación de aquellas personas que padecen esta enfermedad.

Es el entorno más cercano del joven (familia, amigos) quienes suelen detectar el problema y solicitar ayuda profesional. La enfermera comunitaria mediante la educación para la salud y la creación de programas psicoeducativos tiene la posibilidad de enseñar y ofrecer pautas de detección, prevención e intervención a familiares y usuarios. La implicación del núcleo familiar es, por lo tanto, clave en el tratamiento y mejora del usuario con trastorno de la conducta alimentaria.

El profesional de enfermería comunitario se encuentra en una posición facilitadora y clave entre el usuario, la familia y los dispositivos especializados en salud mental. La creación de una consulta de enfermería adolescente facilitaría el seguimiento y la atención de estos pacientes y sus familias. Además, la enfermera se convierte una figura de enlace entre los dispositivos comunitarios y aquellos dispositivos de salud mental, facilitando la coordinación y comunicación entre los diferentes equipos profesionales que lleven el caso.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Oyarce Merino K, Valladares Vega M, Elizondo-Vega R, Obregón AM. Conducta alimentaria en niños. *Nutr hosp*. 2016; 33(6): 1461-469.
2. Escolar-Llamazares MC, Martínez Martín MÁ, González Alonso MY, Medina Gómez MB, Mercado Val E, Lara Ortega F. Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2017;8(2):105–12.
3. Arrufat F, Badia G, Benítez D. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de salut. 2009. 297 p. Available from: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alím_compl_(4_jun).pdf)
4. Martínez-González L, Villa TF, De La Torre AJM, Pérez CA, Cavanillas AB, Álvarez RC, et al. Prevalence of eating disorders in college students and associated factors: UniHcos project | Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: Proyecto uniHcos. *Nutr Hosp*. 2014; 30(4):927–34.
5. Scappatura ML, Bidacovich G, Banasco Falivelli MB, Rutzstein G. Dimensions of perfectionism (adaptive and maladaptive) in adolescents with eating disorder. *Rev Mex Trastor Aliment* [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.; 2017; 8(2):131–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.03.001>
6. Petry N, Vasconcelos F de AG de, Costa L da CF. Feelings and perceptions of women recovering from anorexia nervosa regarding their eating behavior. *Cad Saude Pública*. 2017; 33(9).
7. Salamanca Castro AB. Atención de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria. Aula virtual Fuden [Internet].
8. Álvarez-Malé ML, Bautista Castaño I, Serra Majem L. [Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria]. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015; 31(5):2283–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25929405>
9. López Ferreruela I, Anarte Ruíz C, Lorenzo Piqueres A, Masoliver Forés Á, Martínez Sebastián N y Perelló M. Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2017 Noviembre; 5(4): 49-60
10. Asociación contra la anorexia y la bulimia: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
11. Organización mundial de la salud. Adolescencia. [Online]; 2018 [cited 2019 febrero 12] Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
12. Gobierno de España. Full-Text. 2012; 50.
13. Gil Vega L, Gómez López N. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: prevención primaria, detección precoz y papel enfermero. 2016; Available from: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/675742>

14. Encinar Casado A. Enfermería escolar, la situación hoy en día. *Revista Enfermería CyL* [Internet]. 2015; 7(1):56–61. Available from: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/144>
15. Aguza Q, Fernández C, Encarnación M, Cabello M, García J, Rivera P, et al. BIBLIOTECA LAS CASAS-Fundación Index <http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php> Cómo citar este documento Programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. 2015; Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0839.php>
16. Castejón Martínez MÁ, Berengüí Gil R, Garcés de Los Fayos Ruiz EJ. Relation of the body mass index, weight perception and variables related to eating disorder in university students. *Nutr clínica y dietética Hosp* [Internet]. 2016;36(1):54–63. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5405203&info=resumen&idioma=SPA>
17. Lladó G, González-Soltero R, Blanco MJ. Anorexia y bulimia nerviosas: Difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutr Hosp*. 2017;34(3):693–701.
18. Solano Pinto N, Cano Vindel A, Blanco Vega H, Fernández César R. Psychometric data of the abbreviated version of IMAGEN questionnaire; Evaluation of body dissatisfaction [Datos psicométricos de la versión abreviada del cuestionario IMAGEN; Evaluación de la insatisfacción corporal]. *Nutr Hosp* [Internet]. 2017;34(4):952–60. Available from: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/695>
19. Baladia E. Percepción de la imagen corporal como factor predisponente, precipitante y perpetuante en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2016; 20(3): 161 - 63. doi: 10.14306/renhyd.20.3.303
20. Carmona-Torres JA, Cangas AJ, Langer ÁI, Aguilar-Parra JM, Gallego J. Acoso Escolar Y Su Relación Con El Consumo De Drogas Y Trastornos Alimentarios: Comparación Entre Adolescentes De Chile Y España. *Psicol Conductual* [Internet]. 2015; 23(3):507–27. Available from: <https://search.proquest.com/docview/1749660537?accountid=44394>
21. Copeland W, Bulik C, Zucker N et al. Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *International journal of eating disorders* [Internet]. 2015; 48: 1141-49
22. Crow S, Eisenberg ME, Story M, Neumark-Sztainer D. Are body dissatisfaction, eating disturbance, and body mass index predictors of suicidal behavior in adolescents? A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76(5): 887-892.
23. Cartera de servicios: Duarte Climents G, Sánchez Gómez B. Cartera de servicios. *Manual Práctico Enfermería Comunitaria*. 2014;98–104.
24. Patiño Masó J, Puig Congost M. Cuidados enfermeros dirigidos a la infancia y adolescencia: la necesidad de una especialidad propia e independiente. *Rev Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2004;6(24):605–15. Available from: <http://pap.es/files/1116-392-pdf/405.pdf>
25. Comunidad terapéutica del Maresme, Salud mental. Cataluña. Disponible en: <http://www.salutmental.cat/quienes-somos/historia-esp.html>
26. Casado Morales MI, Helguera Fuentes M. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y salud* [Internet]. 2008;19 n°1:5–26. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a01.pdf>

27. Leyva Vela B, Henarejos Alarcón S, Martínez Rodríguez A. Revisión de las herramientas en español para la detección de los trastornos del Comportamiento Alimentario En Adultos. 2014;20(3):109–117

8. ANEXO

Anexo I

RESUMEN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LA PLANTA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL MIRÓN DE SORIA:

Recepción del paciente:

- Programado (valoración por el psiquiatra responsable).
- Urgencia (valoración por el psiquiatra de urgencias).

Firma de contrato terapéutico.

Realización de la evaluación física:

- Peso en ayunas.
- Medidas antropométricas: talla, IMC, toma de constantes.
- Encuesta dietética

En aquellos ingresos programados se tendrá en cuenta la lista de espera en función de la disponibilidad de la plaza. En los ingresos de urgencias, en los que exista riesgo vital y se precisen cuidados específicos a nivel psiquiátrico, se procederá a su ingreso de manera excepcional fuera de la cama específica.

Instalación del usuario/a:

Preferente el usuario se situará en una habitación individual con baño cerrado. El profesional sanitario del dispositivo supervisará en todo momento al paciente evitando, en la medida de lo posible, que el usuario se quede aislado y sin supervisión profesional. Se realizarán en todo momento unos cuidados especializados e individualizados, se dotará al usuario de los cuidados y necesidades básicas y se favorecerá su descanso y los reposos después de la ingesta alimenticia.

El usuario realizará todas las ingestas en el comedor general, se evitará el material de entretenimiento personal y se controlará las pertenencias personales (aseo y otras) antes de instalarse en la habitación y después de los permisos terapéuticos (en caso de tenerlos).

Régimen de comidas:

El paciente (siempre que no exista contraindicación) seguirá una dieta normal. Se controlará y fomentará la ingesta hídrica y se realizarán pautas dietéticas en aquellos usuarios que lo precisen (evitando en la medida de lo posible el uso de laxantes).

Condición de ingreso:

Se evitará el contacto físico y telefónico con personas externas a la unidad (familia, amigos...). Si fuera preciso el contacto con el exterior se realizaría a través del profesional de enfermería. La familia podrá recabar información sobre el paciente (una vez al día) dirigiéndose a la responsable de enfermería siempre que el usuario se muestre de acuerdo y ofrezca su consentimiento para ello.

Anexo II

CUESTIONARIOS VALIDADOS PARA DETECTAR POSIBLES TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA^{3,27}.


ESCALAS	OBJETIVO	POBLACIÓN	ESCALAS	INFORMACIÓN
SCOFF	Cribado para detectar posibles TCA.	Adultos, estudiantes universitarios y At. Primaria.	Compuesto por 5 preguntas dicotómicas.	Pocas preguntas que se contestan con sí o no. Rápida y sencilla.
BITE	Evaluar aspectos cognitivo-conductuales de la BN.	Adultos.	Evalúan síntomas y severidad de los mismos.	33 preguntas las cuales 30 son de respuesta dicotómica. Las restantes tienen de 5 a 7 opciones.
BES	Evaluar características cognitivo-conductuales del atracón y diferenciar entre niveles de severidad del atracón.	Adultos y pacientes en tratamiento conductual para la obesidad.	Evalúan sentimientos, cogniciones y manifestaciones conductuales.	16 preguntas de las cuales la mitad miden aspectos del atracón y las otras 8, sentimientos asociados al mismo.
QUEWP-R	Identificar individuos con episodios de atracón recurrente, así como discriminar entre pacientes con TPA y BN.	Adultos que asistían a programas de control de peso.	La conforman 13 reactivos con un formato de respuesta en escala dicotómica.	Identifica la frecuencia y duración del atracón, uso de métodos para controlar el peso y la ansiedad.
BULIT	Evaluar y detectar en la población de riesgo el desarrollo de síntomas de BN.	Población en general.	Valoran atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón y conductas compensatorias.	36 preguntas, cada una de ellas con 5 respuestas. Miden intensidad o frecuencia.

BULIT-R	Evaluar y detectar en la población de riesgo el desarrollo de síntomas de BN.	Población en general.	Valoran el atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón y conductas compensatorias.	36 preguntas. Al igual que en el BULIT, aconseja excluir 8 ítems (uso de laxantes, amenorrea y diuréticos) para calcular su puntuación.
EAT-40	Identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas.	Población adulta.	Dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral.	El más conocido y utilizado. 40 preguntas relacionadas con la AN. No discrimina entre AN y BN. (ANEXO III).
EAT-26	Identifica problemas alimenticios en poblaciones no clínicas.	Población adulta.	Dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral.	6 opciones de respuesta.
TFEQ/EI	Evaluar tres dimensiones de la conducta alimentaria: control consciente, desinhibición y susceptibilidad al hambre.	Población adulta.	Restricción: ingesta emocional. Desinhibición y hambre: ingesta descontrolada	51 preguntas de las cuales 36 son con una respuesta dicotómica y 16 con cuatro opciones.
EDI	Evaluar características psicológicas propias de pacientes con trastorno alimentario.	Población adulta.	Valora la motivación para adelgazar, la insatisfacción corporal, la ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva y el miedo a madurar.	Evalúa las características conductuales de la AN y BN. También evalúa las características de personalidad relevantes en estos trastornos.

EDI-2	Evalúa características cognitivo-conductuales asociadas a la AN y la BN.	Población adulta.	Aparte de las escalas del EDI , mide: Ascetismo, regulación del impulso e inseguridad social.	Cada pregunta tiene 6 posibles respuestas. Tiene una hoja demográfica: genero, edad, peso actual, estatura...
EDE-Q	Valoración más detallada y exhaustiva de los episodios bulímicos.	Población adulta.	Valora la restricción dietética, la preocupación por la comida, la preocupación por el peso y la preocupación por la figura corporal.	40 preguntas que evalúan actitudes, sentimientos y comportamientos relacionados con la alimentación y la imagen del cuerpo los últimos 28 días.

*Tabla basada en dos artículos de mi revisión bibliográfica: 3 y 27. Elaboración propia

CUESTIONARIOS EAT-40 Y SCOFF:



EAT-40

Identificación **Fecha**

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

A: siempre **B:** casi siempre **C:** a menudo **D:** a veces **E:** pocas veces **F:** nunca

	A	B	C	D	E	F
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.- Procuero no comer aunque tenga hambre.						
6.- Me preocupo 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 (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc).						
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 comer.						
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.- Procuero 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.						

TOTAL:

TABLA 1 Traducción al español del cuestionario SCOFF

Pregunta 1. ¿Usted se provoca el vómito porque se siente muy llena?

Pregunta 2. ¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?

Pregunta 3. ¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un período de 3 meses?

Pregunta 4. ¿Cree que está gorda aunque los demás digan que está demasiado delgada?

Pregunta 5. ¿Usted diría que la comida domina su vida?