



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Protocolo de actuación Enfermera frente a un diagnóstico de Trastorno por Atracón en Centros de Salud Mental de Atención Ambulatoria.

Nursing action protocol in the presence of a diagnosis of Binge Eating Disorder in Mental Health Centers with Ambulatory Care.

Autor/es

Alicia-Teresa González Acero

Director/es

Armando Colomer director

Facultad Ciencias de la Salud / Escuela de Enfermería
Año 2016

ÍNDICE

1. Resumen/Abstract	2-3
2. Introducción	4
3. Objetivos	7
4. Metodología	8
5. Desarrollo del protocolo	9
5.1 Autor	
5.2 Revisores externos	
5.3 Declaración de conflicto de intereses de los Autores / Revisores	
5.4 Justificación	
5.5 Objetivos	
5.6 Profesionales a quienes va dirigido	
5.7 Población diana / excepciones	
5.8 Metodología	
5.9 Actividades o procedimientos	
5.9.1 CONSULTA 1	12
5.9.2 CONSULTA 2	13
5.9.3 CONSULTA 3	14
5.9.4 CONSULTA 4	15
5.9.5 CONSULTAS DE SEGUIMIENTO	16
• ITINERARIO EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
5.9.6 CONSULTA FINAL	18
5.9.7 RELACION TERAPEÚTICA	19
5.10 Algoritmos de actuación	20
5.10.1 Acceso al protocolo	
5.10.2 CONSULTA 1	
5.10.3 CONSULTA 2	
5.10.4 CONSULTA 3	
5.10.5 CONSULTA 4	
5.10.6 CONSULTAS DE SEGUIMIENTO	
5.10.7 CONSULTA FINAL	
5.11 Indicadores de evaluación	28
5.11.1 Indicadores de estructura	
5.11.2 Indicadores de resultados	
5.11.3 Indicadores de proceso	
6. Conclusiones	32
7. Glosario	34
8. Bibliografía	36
9. Anexos	40
9.1 TRASTORNO POR ATRACÓN Y DSM-5	
9.2 PLAN DE CUIDADOS	
9.3 AUTORREGISTRO	
9.4 VALORACIÓN ENTRE SESIONES	
9.5 VALORACIÓN FINAL	
9.6 NIVELES DE EVIDENCIA	

1. RESUMEN

El Trastorno por Atracón (TA) o síndrome del comedor compulsivo es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) de reciente aparición, el cual fue incluido como diagnóstico oficial en el DSM-5 (2013) por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

Dicho trastorno se caracteriza por la presencia recurrente de ingestas compulsivas , con una frecuencia de al menos una vez a la semana a lo largo de tres meses; acompañado de malestar psicológico y ausencia de comportamientos compensatorios.

La importancia del tratamiento a nivel interdisciplinar y el conocimiento sobre cómo actuar frente a él, reside en la capacidad para poder evitar y/o reducir las posibles complicaciones que supone su presencia, tanto a nivel físico-patológico como por ejemplo la obesidad o enfermedades cardiovasculares, como a nivel psicológico, debido al posible desarrollo de otros trastornos afectivos así como una grave alteración en el autoestima de la persona que lo padece.

El objetivo principal consiste en restablecer una alimentación saludable y equilibrada a la vez que se ayuda al paciente a recuperar el control sobre la ingesta.

Por ello se elabora éste protocolo, para facilitar una herramienta de referencia a enfermería que permita realizar una adecuada intervención frente a un diagnóstico del mismo. Basándose todo ello en la actuación interdisciplinar del equipo en el que actuarán diferentes profesionales del sistema sanitario, donde Enfermería tiene una importante responsabilidad.

Palabras clave: Eating disorders, binge eating disorder, trastornos alimentarios, trastornos de la conducta alimentaria, DSM-5, obesity, anorexia nerviosa, bulimia.

ABSTRACT:

The Binge eating disorder (BED) is an emergin eating disorder (EAT) , which was included as official diagnosis in DSM-5 (2013) by American Psychiatric Association (APA).

The disorder is characterized by the recurring presence of Compulsive intakes, with a frequency of at least once a week over three months; accompanied by psychological distress and absence of compensatory behaviors.

The importance of treatment to interdisciplinary level and knowledge about how to deal with it, lies in the ability to prevent and / or reduce possible complications resulting from their presence, both physical and pathological level such as obesity or cardiovascular disease , and psychologically because of the possible development of other affective disorders and a serious disturbance in the self-esteem of the person who has it.

The main objective is to restore a healthy and balanced diet while helping the patient regain control over intake.

Therefore this convention is developed to facilitate nursing reference tool that allows appropriate intervention against a diagnosis of it. All based on interdisciplinary team performance in which act different health care professionals, where nursing has an important responsibility.

Key words: Eating disorders, binge eating disorder, eating behavior disorders, DSM-5, obesity, anorexia nervosa, bulimia.

2.INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos psiquiátricos, caracterizados por una alteración en la ingesta de alimentos que se acompañan de una intensa preocupación por el peso y la figura, constituyendo actualmente uno de los problemas psiquiátricos más serios⁽¹⁾⁽²⁾.

El Trastorno por Atracón (TA) o Binge Eating Disorder (BED) fue descrito inicialmente por Stunkard en 1959.

Fue clasificado por el DSM-IV-TR (APA,1994) como Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), y no ha sido hasta la revisión realizada en el DSM-5 (APA,2013) cuando se ha reconocido como diagnóstico oficial, y como el tercer trastorno de la conducta alimentaria más importante junto con la anorexia y la bulimia nerviosa⁽³⁾⁽⁴⁾.

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades realizada por la OMS (CIE-10-ES), lo denomina "*hiperfagia (overeating)*" incluyéndolo en: otras alteraciones psicológicas⁽¹⁵⁾⁽⁹⁾.

Según el DSM-5, se caracteriza por la presencia recurrente de episodios de ingesta compulsiva denominados atracones, los cuales se diferencian principalmente de los presentes en la Bulimia Nerviosa (BN) por la ausencia de comportamientos compensatorios⁽⁴⁾.

Los TCA son más frecuentes en los países desarrollados, siendo los individuos comprendidos entre los 12 y 24 años los más vulnerables de sufrirlos, por encontrarse en una etapa de la vida caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales, en la que existe una gran preocupación por la imagen corporal, y una tendencia natural a no considerar la alimentación como un factor de riesgo para la salud⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Respecto al TA, la edad de inicio es más tardía que en otros TCA siendo la franja con mayor prevalencia los 25-50 años (Grilo,2002)⁽⁹⁾.

Varios estudios coinciden, en que un 50% de pacientes con TA presentaban atracones antes de haber hecho su primera dieta, así como una relación directa con una historia de Bulimia Nerviosa previa⁽⁹⁾.

El TA puede predisponer al desarrollo de otros trastornos afectivos como el trastorno depresivo mayor o el trastorno distímico. Teniendo una clínica definida por un afecto deprimido o plano, desesperanza y sentimiento de culpa, sentido de inutilidad, baja autoestima, irritabilidad, insomnio y la presencia de tentativas suicidas.

Sin embargo, es la obesidad, la enfermedad comorbida más habitual en el trastorno, ya que las personas que lo padecen suelen presentar distintos grados de obesidad y sobrepeso, además de haber estado sometidos a diferentes métodos para conseguir bajar de peso.

La gravedad de la obesidad reside, principalmente, en el posible desarrollo de otras enfermedades como puede ser el aumento del riesgo cardiovascular o la Diabetes Mellitus⁽⁹⁾⁽¹⁴⁾⁽³⁴⁾.

Los TCA tienen altas tasas de mortalidad respecto a otros trastornos mentales. Por ejemplo la Anorexia Nerviosa (AN) presenta una mortalidad elevada de 5,6% por década, relacionada con la inanición, complicaciones cardíacas o el suicidio. Por otro lado la BN presenta datos crudos al respecto, mientras que la tasa de mortalidad estimada para el TA oscila entre un 0-3% estando asociada principalmente a las complicaciones relacionadas con la obesidad⁽⁹⁾.

Según los datos obtenidos, se estima que en España existe una prevalencia de TCA entre el 4,1-6,41%⁽¹⁰⁾. Dentro de la cual, el diagnóstico más frecuente es el de los TCANE, que suponen un 50-60% de los casos diagnosticados.

En cuanto a la epidemiología del TA no se han encontrado estudios relevantes centrados únicamente en él, sino que la mayoría de los datos disponibles hacen referencia a él, clasificándolo como TCANE⁽¹¹⁾.

Sin embargo, si que sabemos que la frecuencia del TA es similar en todos los países industrializados incluyendo; Estados Unidos, Australia y la mayoría de países Europeos, ya que según estudios Europeos y Americanos la prevalencia para el TA en los mismos, se encuentra entre 1,6-3%.

Según Grilo, la prevalencia estimada del TA en la población adulta es entre un 2-3% , y de un 8% en personas con obesidad. En muestras obtenidas en programas de reducción de peso, la prevalencia global oscila entre el 15-50% siendo 1,5 veces más frecuente en mujeres que en varones⁽¹²⁾⁽⁹⁾.

El desarrollo de los TCA se encuentra relacionada con la presencia de factores de riesgo, los cuales predisponen a su desarrollo. Entre ellos encontramos; la presencia de otros trastornos mentales, como por ejemplo, la ansiedad o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

La vulnerabilidad psicológica, es otro factor de riesgo, puesto que la finalidad de las conductas inapropiadas sobre la ingesta es amortiguar emociones, que éstas personas no son capaces de gestionar.

También existe una predisposición genética y fisiológica a la aparición de dichos trastornos; las tasas de transmisión hereditaria varían entre el 40-88% para la AN, 28-83% para la BN y 40-82% para el TA.

A nivel fisiológico, la explicación se encuentra en los genes relacionados con el sistema serotoninérgico (5-HT), actualmente en estudio.

Quizá el factor sociocultural sea, el factor más influyente en el desarrollo de los TCA debido al cambio en el ideal estético a lo largo de los siglos XX y XXI, en el cual se ha idealizado el cuerpo estilizado, ensalzando la juventud y el aspecto físico a favor de un cuerpo más delgado. Dentro de él, también se incluye la influencia de los comentarios críticos sobre el aspecto físico, el peso, la forma de comer, los menús desequilibrados...llevados a cabo por parte de familiares y otros grupos de apoyo⁽⁹⁾⁽⁴⁾.

Según la GPC (2009), los objetivos del tratamiento de los TCA son:

1) Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional 2) Tratamiento de las complicaciones físicas 3) Educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos 4) Modificar y/o mejorar disfunciones previas o adquiridas relacionadas con los TCA 5) Tratar otras dificultades asociadas 6) Conseguir una red de apoyo para el paciente con TCA y 7) Prevención de recaídas.

El tratamiento así pues, se puede realizar a distintos niveles en función del tipo de TCA y su gravedad, dónde podemos encontrar: tratamiento farmacológico (ansiolíticos, antipsicóticos...) y terapia cognitivo-conductual a través de un abordaje terapéutico en el que se incluye tanto terapia familiar, cómo terapia en grupo. Todo ello desde una perspectiva interdisciplinar⁽¹³⁾⁽¹⁰⁾.

3. OBJETIVOS

GENERAL:

- Facilitar un Protocolo de actuación para la Enfermería especializada en Salud Mental en Centros de Salud Mental de Atención Ambulatoria.

ESPECIFICOS:

1. Diseñar un protocolo de actuación Enfermera para el control, seguimiento y tratamiento del TA.
2. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes sometidos al protocolo.
3. Reducir la morbilidad de la obesidad, al año de recibir el alta del protocolo.

4. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica, mediante el uso de distintas fuentes de información:

- **BASES DE DATOS**

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	FILTROS	
<i>Base de datos del CSIC</i> (* ₁)	Eating Disorders	-últimos 10 años (* ₂) -texto completo (* ₃) -revistas de impacto (* ₄) -impacto autores	
<i>CUIDEN PLUS</i>	Binge Eating Disorder		
<i>MEDLINE</i>	Trastornos alimentarios		
<i>SCIELO</i>	Trastornos de la conducta alimentaria		
<i>PubMED</i>	DSM-5		
<i>PsycARTICLES</i> (* ₁)	Obesity Anorexia Nerviosa Bulimia Nerviosa		
TOTAL ARTICULOS		CONSULTADOS 38	SELECCIONADOS 19

(*₁) Base de datos con contenido de psicología y otras ciencias sociales.

(*₂) Algunos de los artículos consultados y seleccionados son más antiguos pero debido a la importancia del autor han sido incluidos en la bibliografía.

(*₃) Se han consultado artículos que no estaban disponibles y han sido obtenidos a través del Servicio de Obtención de Documentos de la Universidad de Zaragoza.

(*₄) Las principales revistas de impacto que han sido consultadas son: *Actas Españolas de Psiquiatría – Revista Presencia – Enfermería Clínica*

- **ScienceDirect** y el buscador **ALCORZE**.

- **OTRAS FUENTES**

	CRITERIOS	CONSULTADOS	SELECCIONADOS
LIBROS	• Impacto autores	7	4
	• Área de Enfermería de Salud Mental	1	1
PROTOCOLOS	• Salud Mental • Niveles de intervención en Salud Mental	5	3
GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	• Trastornos de la conducta alimentaria	4	2
OTROS	• Manuales • Clasificaciones oficiales	6	5

5. PROTOCOLO

5.1 AUTORA

Alicia-Teresa González Acero

5.2 REVISORES EXTERNOS

Armando Colomer. Profesor de Ciencias Psicosociales en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.

5.3 DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES/ REVISORES

El autor y revisores declaran no tener conflicto de interés en la elaboración y revisión del protocolo y en caso de que lo hubiere se comunica y se justifica.

5.4 JUSTIFICACIÓN

El Trastorno por atracón (TA) o Binge Eating Disorder (BED) es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizada por episodios recurrentes de ingesta compulsiva en un periodo corto de tiempo, sin comportamientos compensatorios posteriores desarrollándose de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Según el DSM-5 la prevalencia a 12 meses del trastorno por atracón en las mujeres o los hombres adultos (igual o mayores de 18 años) en EE.UU es de 1,6 y 0,8 respectivamente , siendo superior en las mujeres que en hombres. La razón de que dichos datos sobre prevalencia aparezcan referenciados en la población Americana reside principalmente en la autoría del DSM-5 que corresponde a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

La edad de aparición de dicho trastorno es a partir de los 25 años, por lo que se trata de una enfermedad que no afecta a un grupo etario pequeño y determinado, si no que la dimensión del problema es mayor que en otros trastornos de la conducta alimentaria, puesto que la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) se encuentran asociados con la adolescencia y la edad temprana.

Incrementar los conocimientos de actuación frente a su diagnóstico y tratamiento mediante un protocolo para enfermería permitirá una actuación unificada y homogénea. Lo que además de ayudar a la intervención y desarrollo tanto del tratamiento como de la recuperación de las personas que lo padecen, permitirá prevenir el desarrollo de las complicaciones que conlleva la presencia de dicho trastorno como pueden ser: obesidad, aumento del riesgo cardiovascular o desarrollo de otras patologías a nivel psicosomático.

La elaboración de dicho protocolo, permitirá tener unas directrices generales de actuación específicas para este de trastorno de reciente aparición, en lugar de aplicar otros protocolos existentes, genéricos para todos los TCA.

Es importante tener en cuenta que el protocolo ofrece unas directrices generales de actuación , pero en cualquier caso, el enfermero/a encargado de llevarlo a

cabo deberá adaptarlo e individualizarlo según su criterio a cada uno de los pacientes a los que se aplique.

5.5 OBJETIVOS

- **General:**

-Facilitar un Protocolo de referencia para una adecuada actuación Enfermera en Centros de Salud Mental de Atención Ambulatoria.

- **Específicos:**

1. Diseñar un protocolo de actuación Enfermera para el control, seguimiento y tratamiento del TA.
2. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes sometidos al protocolo.
3. Reducir la morbilidad de la obesidad al año de recibir el alta del protocolo.
4. Reducir el número de ingestas compulsivas hasta su total desaparición.

5.6 PROFESIONALES A QUIEN VA DIRIGIDO

Enfermeras especialistas en Salud Mental. Siendo responsables de su cumplimiento, aplicación y coordinación.

5.7 POBLACION DIANA/EXCEPCIONES

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PUC	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PUC
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticados de TA <ul style="list-style-type: none"> • 20-50 años • NORMOPESO/SOBREPESO/OBESIDAD 	<ul style="list-style-type: none"> • Menores 20 años • Mayores 50 años • No diagnosticados de TA <ul style="list-style-type: none"> • INFRAPESO

5.8 METODOLOGÍA

Éste trabajo trata de dar respuesta, a la ausencia de protocolos en el ámbito sanitario para la atención de personas con TA.

Debido a la inexistencia de protocolos de Enfermería que persigan el mismo objetivo, se realiza una búsqueda bibliográfica para la obtención de datos e información validada que permita la elaboración de éste protocolo, cuyo objetivo principal es servir como herramienta de consulta, para el manejo de éste tipo de pacientes en Centros de Salud Mental de Atención Ambulatoria.

5.9 ACTIVIDADES/ PROCEDIMIENTOS

Una vez diagnosticado el paciente por el Psiquiatra y el Psicólogo Clínico, es derivado a la consulta de Enfermería de Salud Mental, donde se iniciará el protocolo.

5.9.1 CONSULTA 1

ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	NIVEL EVIDENCIA	GRADO RECOMENDACIÓN
Presentación de la Enfermera y explicación del protocolo	<ul style="list-style-type: none"> Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> -Nombre y apellidos del responsable. -Explicación del protocolo. 	4	D
Administración y supervisión de los instrumentos de valoración	<ul style="list-style-type: none"> Administración y supervisión de la cumplimentación de los siguientes cuestionarios y escalas: <ul style="list-style-type: none"> - ALIMENTARIOS EAT40/EAT26-EDI-SCOFF-ACTA-BSQ-CIMEC26 - IMPULSIVIDAD BIS-II - ANSIEDAD HARS - DEPRESION ZUNG - PERSONALIDAD MCMII-III - OBSESIVIDAD Y-BOCS 	A	✓
Espacio físico y funcional	<ul style="list-style-type: none"> Condiciones habitación: <ul style="list-style-type: none"> - Sala de uso exclusivo - Iluminación y ventilación adecuada - Goma y lápiz Tiempo ilimitado No contacto con el exterior hasta cumplimentación total Paciente acompañado en todo momento por la enfermera 	4	✓
Recogida	<ul style="list-style-type: none"> Recoger una vez finalizados e inclusión en la Hª Clínica 	3	D

***Dejar un espacio temporal de 24-48h entre la Consulta 1 – Consulta 2. La decisión estará en manos del paciente.**

5.9.2 CONSULTA 2

ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	NIVEL EVIDENCIA	GRADO RECOMENDACIÓN
Valoración de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada basada en los patrones de Gordon A. FÍSICA <ul style="list-style-type: none"> - PESO - TALLA - IMC - GLUCEMIA - TA B. PSICOLÓGICA C. SOCIAL 	4	✓
Obtención de DxE y desarrollo de Plan de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de Plan de Cuidados en función de los DxE obtenidos tras la valoración. <p><i>*PAE desarrollado en función a los DxE comunes en éstos pacientes-Anexo 2</i></p>	4	D
Presentación de la valoración enfermera frente al equipo interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Puesta en común del caso con el equipo interdisciplinar. 	4	✓

***Dejar un espacio temporal de 24-48h entre la Consulta 2 – Consulta 3. La decisión estará en manos del paciente.**

5.9.3 CONSULTA 3

ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	NIVEL EVIDENCIA	GRADO RECOMENDACIÓN
Educación para la salud I	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el grado de conocimiento sobre el TA • Explicación del TA 	3	D
	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación nutricional <ul style="list-style-type: none"> - Explicación del autorregistro <p style="text-align: right;">Anexo 3</p>	4	D

***Dejar pasar un espacio temporal de 7 días entre la Consulta 3 – Consulta 4.**

5.9.4 CONSULTA 4

ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	NIVEL EVIDENCIA	GRADO RECOMENDACIÓN
Seguimiento	<p>DURACION 50min.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración con encuesta respecto a la consulta previa. 2. Medición de: <p>Anexo 4</p> <p>PESO TALLA IMC GLUCEMIA TA</p> 3. Control autorregistro 	4	D

5.9.5 CONSULTAS DE SEGUIMIENTO

Se establece una periodicidad de 1 consulta/semana, que se irá espaciando en el tiempo, en función de la evolución del paciente y las decisiones del equipo interdisciplinar.

ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	NIVEL EVIDENCIA	GRADO RECOMENDACIÓN
Seguimiento/ aplicación PAE/ Educación para la salud II	<p style="text-align: center;">DURACION 50min.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración con encuesta respecto a la consulta previa. Anexo 4 2. Medición de: PESO TALLA IMC GLUCEMIA TA 3. Control autorregistro 4. Psicoeducación nutricional *Seguir el itinerario 	4	D

JUSTIFICACIÓN

Mediante el seguimiento del paciente, y la educación psiconutricional se pretende establecer un patrón regular de alimentación y hábitos saludables, que lleven a una reducción paulatina de la ingesta compulsiva hasta su desaparición.

RECAÍDAS Y CÓMO ACTUAR FRENTE A ELLAS

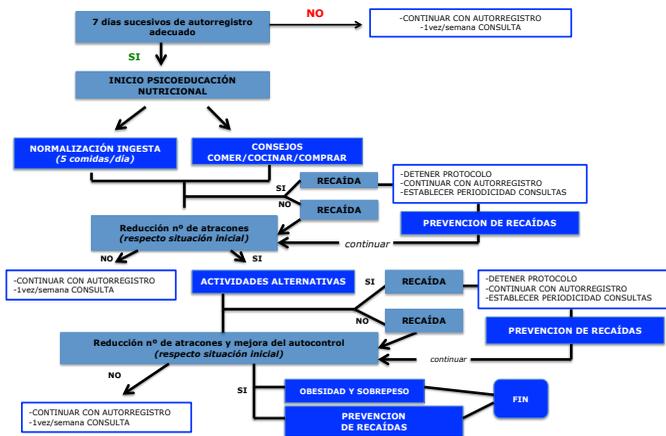
Se llama recaída a la presencia de pensamientos dicotómicos de todo/nada, los cuales limitan la reacción del paciente frente a la ingesta, con la consecuente pérdida de control sobre la misma, llevándole de nuevo a la instauración de atracones de manera frecuente, frente a los cuales no es capaz de detenerse para volver a aplicar las pautas aprendidas a lo largo del proceso.

Una 'caída' es una actitud concreta frente a un estímulo externo o interno, ante el cual el paciente reacciona con un atracón, pero siendo capaz de volver a aplicar las pautas aprendidas a lo largo del proceso inmediatamente después, recuperando el control y la normalidad.

En caso de recaída los pasos a seguir son:

1. Detener el protocolo.
2. Continuar con las actividades comunes: Valoración respecto a la consulta previa/Medición de parámetros/Seguimiento del autorregistro.
3. Establecer la periodicidad de las consultas en función de las decisiones del equipo interdisciplinar.

ITINERARIO EDUCACION PARA LA SALUD



5.9.6 CONSULTA FINAL

Terminado el proceso, previo a la obtención del alta del protocolo por parte del Psiquiatra y el Psicólogo Clínico, Enfermería será la encargada de realizar una consulta final centrada en la valoración.

ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	NIVEL EVIDENCIA	GRADO RECOMENDACIÓN
Evaluación final	<ul style="list-style-type: none"> Los indicadores obtenidos en el PAE deben tener una puntuación del 4 o 5 en un 70% de ellos. En caso contrario, poner en común con el equipo interdisciplinar. 	No hay evidencia	
Valoración Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> Valoración final a través de un cuestionario. Anexo 5 	4	D
Alta del protocolo	<ul style="list-style-type: none"> Alta del protocolo por parte de Enfermería. 	No hay evidencia	

5.9.7 RELACIÓN TERAPEÚTICA

La finalidad de la intervención enfermera es establecer una relación terapéutica basada en la confianza que consiga la colaboración del paciente, sobre la que sustentar todas las actividades e intervenciones llevadas a cabo.

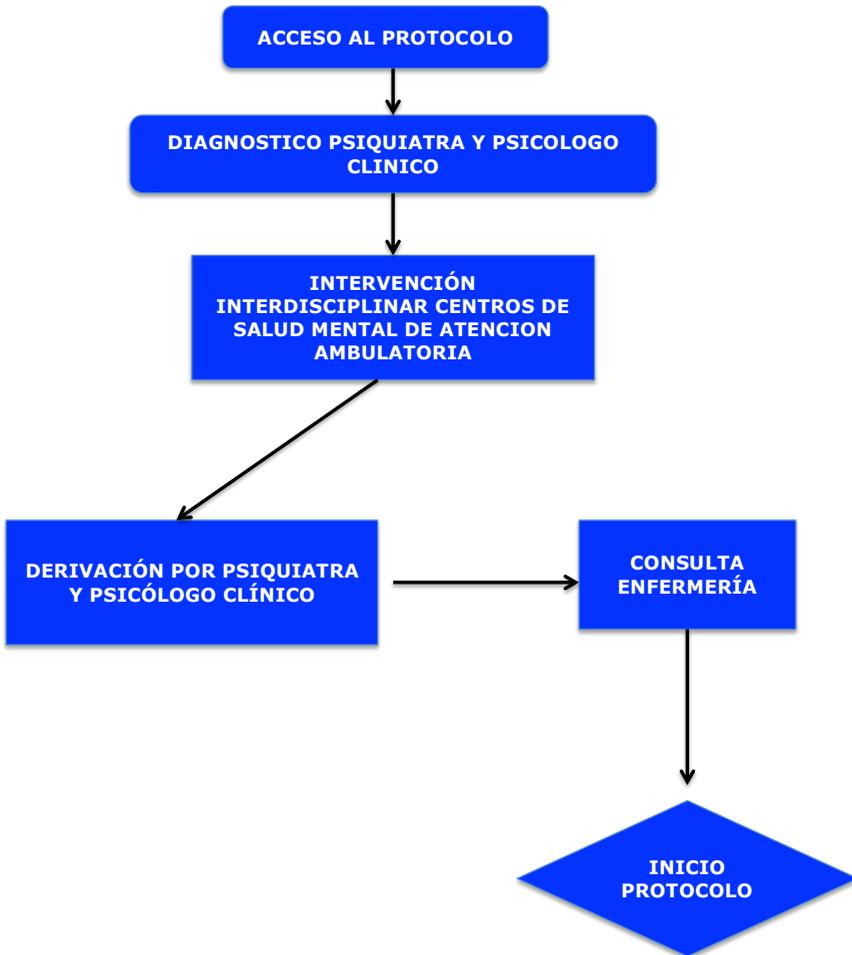
Los pilares fundamentales en los que se debe basar esta relación terapéutica son:

1. Empatía y comprensión
2. Acogida
3. Escucha activa
4. Apoyo y ánimo
5. Validación de la sintomatología
6. Ausencia de juicios propios, consejos u opiniones
7. Firmeza y consistencia respecto a las actitudes distorsionadas y conductas anómalas llevadas a cabo
8. Evitar el reproche
9. Evitar sentimientos de culpabilidad
10. Llamadas de atención de manera discreta
11. Refuerzo positivo: realzar/resaltar logros y aspectos favorables
12. Hacer participe al paciente en todo momento
13. Ceder la toma de decisiones

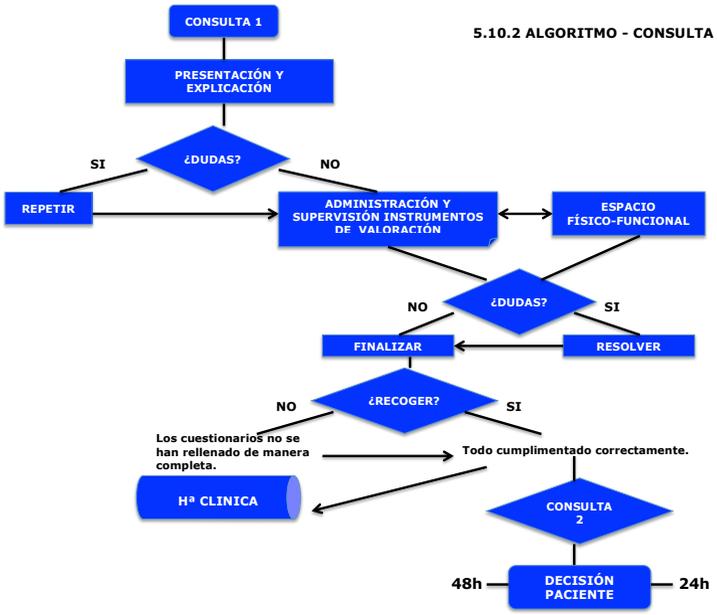
ELEMENTOS QUE FACILITAN LA RELACION TERAPEUTICA

- Escucha activa
- Persuadir y negociar obstáculos
- Reforzar progresos
- Trabajar de manera colaborativa
- Motivación
- Invitar a la reflexión mediante preguntas

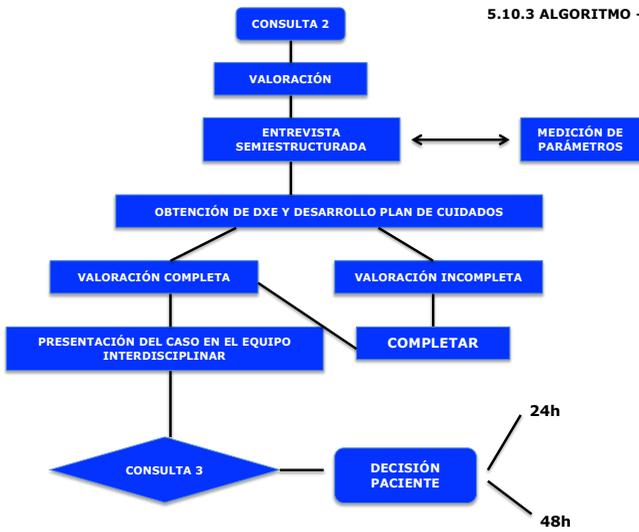
5.10 ALGORITMOS DE ACTUACIÓN

5.10.1 ALGORITMO - ACCESO AL PROTOCOLO

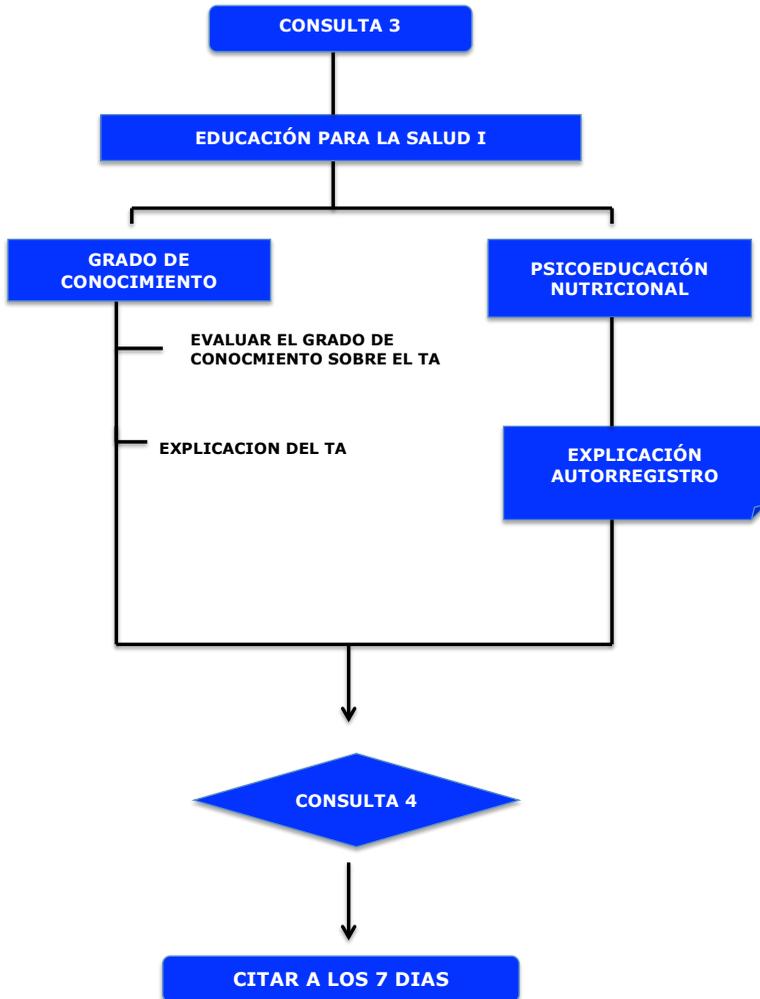
5.10.2 ALGORITMO - CONSULTA 1 ²²



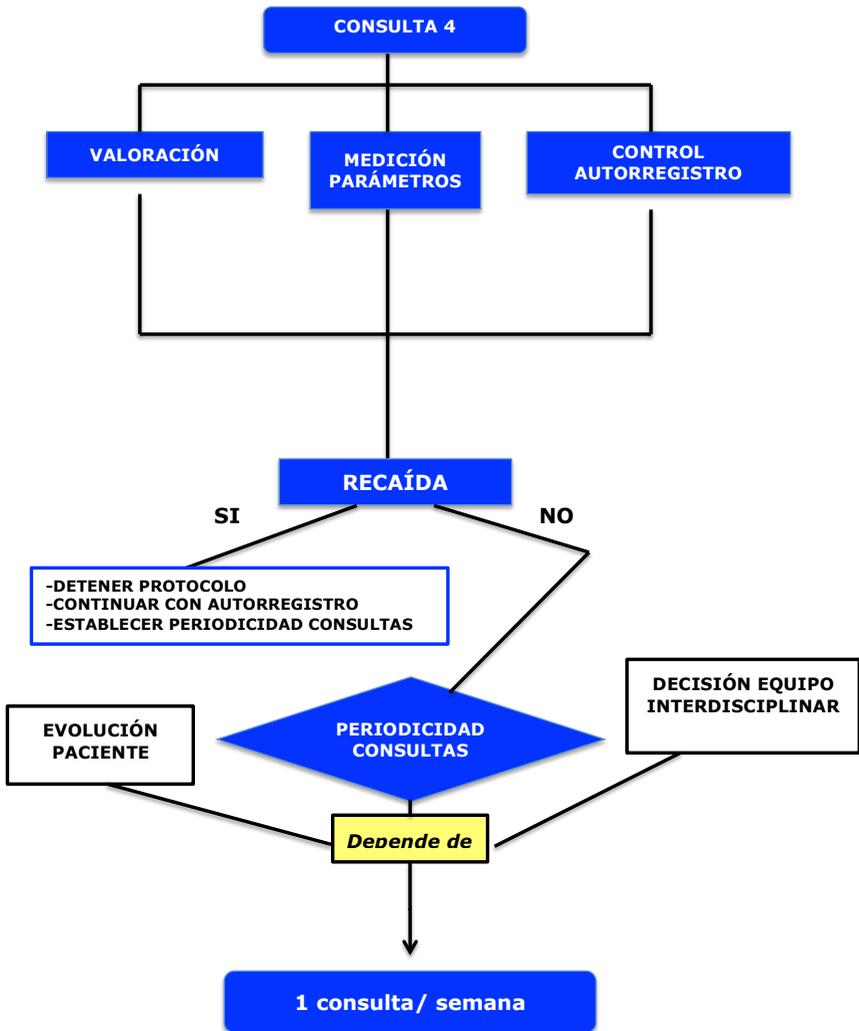
ç



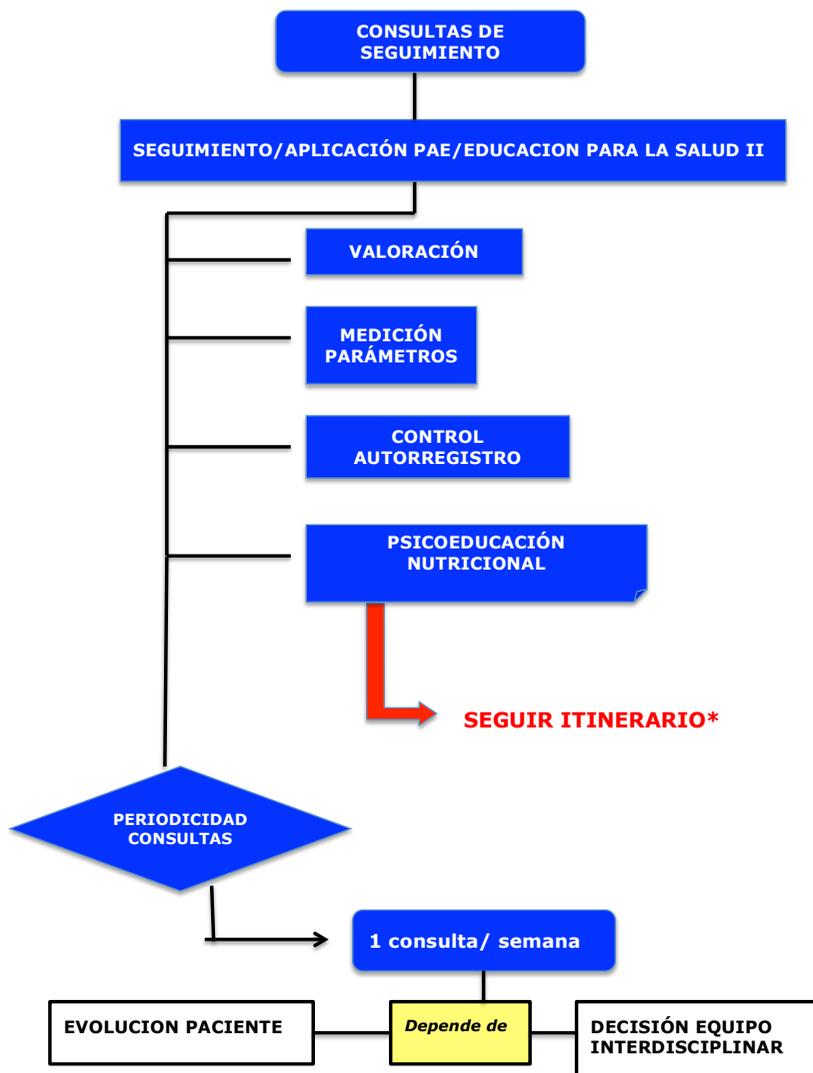
5.10.4 ALGORITMO - CONSULTA 3



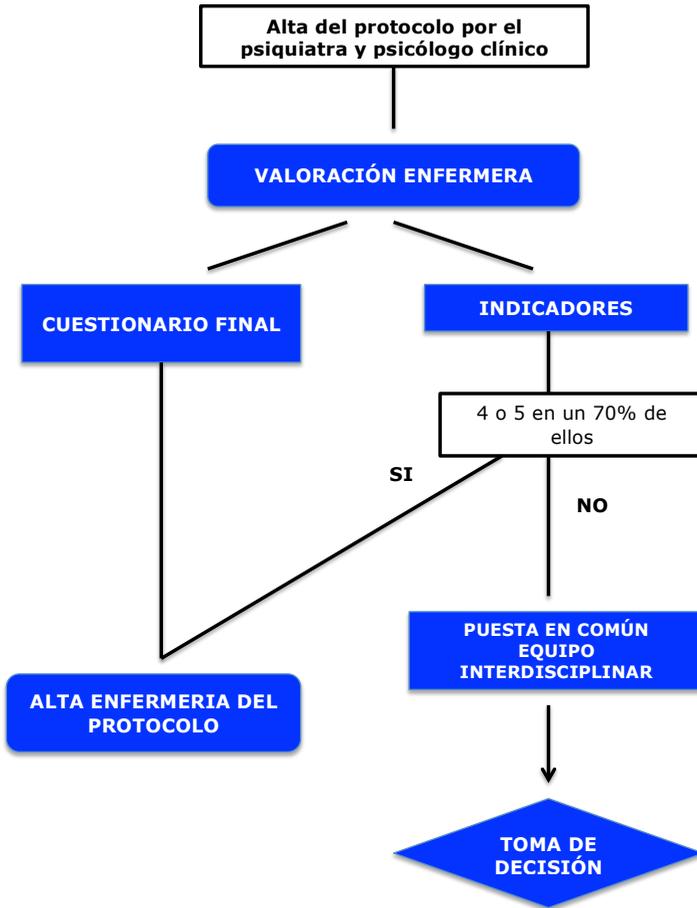
5.10.5 ALGORITMO – CONSULTA 4



5.10.6 ALGORITMO – CONSULTAS DE SEGUIMIENTO



5.10.7 ALGORITMO – CONSULTA FINAL



5.11 INDICADORES

5.11.1 INDICADORES DE ESTRUCTURA

Indicador: Centros de Atención Ambulatoria en Salud Mental
Dimensión: SEGURIDAD
<p>Descripción:</p> <p>Numerador: Número de Centros de Salud Mental de Atención Ambulatoria o Comunitaria acreditados para la aplicación del protocolo.</p> <p>Denominador: Número total de centros de Atención Ambulatoria o Comunitaria</p> <p>Periodo de tiempo: Anual</p> <p>Aclaración de términos: La acreditación/validación de los Centros de Atención Ambulatoria en Salud Mental implicará la presencia de al menos una Enfermera especializada en Salud Mental.</p> <p>Justificación: La aplicación del protocolo en los Centros de Atención Ambulatoria en Salud Mental facilitará la atención adecuada del equipo interdisciplinar al paciente con TA debido a las competencias profesionales del equipo; específicas en el ámbito de la Salud Mental.</p>
Indicador: Tasa de personal de enfermería de atención en salud mental por habitante.
Dimensión: EFICACIA-EFICIENCIA-EFECTIVIDAD
<p>Descripción:</p> <p>Numerador: Personal de enfermería de la red pública especializada en salud mental</p> <p>Denominador: Habitantes totales</p> <p>Periodo de tiempo: Anual</p> <p>Aclaración de términos: El personal de enfermería de la red pública especializada en salud mental, contabiliza a las enfermeras que han adquirido la titulación de especialistas en Salud Mental.</p>

5.11.2 INDICADORES DE RESULTADOS

<p>Indicador: Grado de satisfacción de los pacientes sometidos al protocolo respecto al mismo en los centros donde está siendo aplicado.</p>
<p>Dimensión: SATISFACCIÓN</p>
<p>Descripción: Numerador: Número total de pacientes sometidos al protocolo que están satisfechos con el mismo.</p> <p>Denominador: Número total de pacientes sometidos al protocolo.</p> <p>Periodo de tiempo: Cada mes y medio</p>
<p>Aclaración de términos: La satisfacción queda definida como la ratificación de la conformidad del paciente en el inicio del protocolo respecto al desarrollo del mismo.</p>
<p>Justificación: La periodicidad de la evaluación de dicho indicador se realiza cada mes y medio, para conocer el nivel de satisfacción de los pacientes respecto al protocolo, lo que permitirá realizar cambios y/o modificaciones que eviten el abandono del mismo.</p>
<p>Indicador: Prevalencia de pacientes sometidos al protocolo con obesidad a los 6 meses de finalizar el protocolo.</p>
<p>Dimensión: EFICACIA-EFICIENCIA-EFECTIVIDAD</p>
<p>Descripción: Numerador: Número total de pacientes que han sido sometidos al protocolo y presentan obesidad a los 6 meses de finalizar el mismo.</p> <p>Denominador: Número total de pacientes sometidos al protocolo.</p> <p>Periodo de tiempo: A los 6 meses de finalizar el protocolo.</p>
<p>Justificación: La evaluación del indicador a los 6 meses de finalizar el protocolo tiene como objetivo conocer y controlar a posteriori una de las complicaciones más frecuentes del trastorno tratado en el protocolo.</p>

5.11.3 INDICADORES DE PROCESO

Indicador: Porcentaje de la población a los que se le aplica el protocolo
Dimensión: EFECTIVIDAD
Numerador: Número de pacientes a los que se le aplica el protocolo x100
Denominador: Población total
Periodo de tiempo: Anual
Aclaración de términos: El número de pacientes a los que se le aplica el protocolo incluye la aplicación del cribado que supone la selección de aquellas personas que son diagnosticadas de TA entre los 25-50 años. El denominador; población total, debe incluir a todas las personas residentes en el área en que se aplique el protocolo.

6.CONCLUSIONES

1. La finalidad del trabajo es cubrir la ausencia de protocolos específicos frente al Trastorno por Atracón, dirigidos a Enfermería.
2. Es posible su aplicación en la práctica clínica. Incluso puede ampliar su margen de actuación a la Enfermería de Atención Primaria mediante la formación docente por parte de enfermeras especialistas en Salud Mental.
3. Su aplicación permitirá una reducción del sobrepeso y la obesidad a través de la instauración de una alimentación saludable y el control sobre la ingesta.
4. Mediante la evaluación de la satisfacción de las personas sometidas al protocolo, se podrán realizar modificaciones y mejoras, que eviten su abandono y por tanto el enlentecimiento de su recuperación, y la tendencia a la cronicidad del trastorno.

7.GLOSARIO

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

TA: Trastorno por Atracón

AN: Anorexia Nerviosa

BN: Bulimia Nerviosa

TCANE: Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

GPC: Guía de Práctica Clínica

OMS: Organización Mundial de la Salud

8.BIBLIOGRAFIA

1. M. L. Portela de Santana, H. Da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral, R. M. Raich. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*.2012;27(2):391-401.
2. Josefina Castro-Fornieles. Panorama actual de los trastornos de la conducta alimentaria. *Endocrinol Nutr*.2015;62(3):3-111.
3. Azucena García Palacios. El trastorno por atracón en el DSM-5. *C Med Psicosom*.2014;110:4-70.
4. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5º ed. Madrid: Editorial Panamericana;2014.
5. Javier Manuel Haro Lorente. Revisión bibliográfica de trastornos de la conducta alimentaria de reciente aparición. *Rev Paraninfo Digit*.2014;20.
6. Nazaret Gómez del Río, Francisco Javier Castro Molina, Josué Monzón Díaz, Elisa García Parra, Gustavo Monzón Díaz, Jesús Manuel Quintero Febles. Atención enfermera en el cuidado de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Presencia*.2013;9:8-17.
7. M. Olesti Baiges, J. L. Piñol Moreso, N. Martín Vergara, M. De la Fuente García, A. Riera Solé, J. Mª Bofarull Bosch et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr*.2008;68(1):18-23.
8. Eugenia Gil García. Anorexia, enfermedad y mal social. *Index Enferm*.2001;32-33:7-8.
9. Conxa Perpiñá Tordera. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. 1º ed. Madrid: Editorial Síntesis, S.A;2015.
10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya;2009.
11. Pedro María Ruíz-Lázaro. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Esp Psiquiatr*.2003;31(2)85-94.
12. Alejandra Larrañaga, María F. Docet, Ricardo V. García-Mayor. High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.2012;47:1669-1673.
13. Eby Linda, Nancy J. Brown. Cuidados de enfermería en salud mental. 2º ed. Madrid: Pearson education, S.A;2010.

14. James E. Mitchell. Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2016;49(3):319-323.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades. Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos [Internet]. 1.º ed; Enero 2016. Disponible en: https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
16. Simona Bertoli, Angela Spadafranca, Maira Bes-Rastrollo, Miguel Angel Martinez-González, Veronica Ponissi, Valentina Beggio et al. Adherence to the Mediterranean diet is inversely related to binge eating disorder in patients seeking a weight loss program. *Clinical Nutrition*. 2015;34:107-114.
17. Ronald C. Kessler, Patricia A. Berglund, Wai Tat Chiu, Anne C. Deitz, James I. Hudson, Victoria Shahly et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013;73:904-914.
18. Jokin de Irala, Adrián Cano-Prous, Francisca Lahortiga-Ramos, Pilar Gual-García, Miguel A. Martínez-González, Salvador Cervera-Enguix. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Med Clin*. 2008;130(13):487-491.
19. Jordi Torralbas-Ortega, Joaquim Puntí-Vidal, Eloisa Arias-Nuñez, M. Carmen Naranjo-Díaz, Jezabel Palomino-Escrivá, Ángel Lorenzo-Capilla. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enferm Clin*. 2011;21(6):359-363.
20. P. M. Ruiz-Lázaro, M. P. Comet, A. I. Calvo, M. Zapata, M. Cebollada, L. Trébol et al. Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(4):204-211.
21. M. Lameiras Fernández, M. Calado Otero, Y. Rodríguez Castro, M. Fernández Prieto. Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30(6):343-349.
22. Luis Rojo Moreno, Javier Plumed Domingo, Llanos Conesa Burguet, Francisco Vaz Leal, Marina Diaz Marsá, Luis Rojo-Bofill et al. Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(3)197-204.
24. Carlos M. Grilo, Valentina Ivezaj, Marney A. White. Evaluation of the DSM-5 severity indicator for binge eating disorder in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;71:110-114.
25. A.J Stunkard, W.J Grace, H.G Wolff. The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. 1995;19(1):78-86.
26. Christopher Fairburn. La superación de los atracones de comida. Cómo recuperar el control. 1.º ed. Barcelona: Espasa Libros, S.L.U.; 2012.

27. José Luis Álvarez Suarez, Fernanda del Castillo Arévalo, Delia Fernández Fidalgo, Montserrat Muñoz Meléndez. Manual de valoración de patrones funcionales. Gijón: Dirección de enfermería Área Sanitaria V-Gijón; 2010.

28. J. Vallejo-Ruiloba. Introducción a la psicología y psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson SAS; 2015.

29. Subdirección general de Salud Mental. Guía Práctica Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Murcia: Servicio Murciando de Salud; 2005.

30. Alfredo Martínez Larrea, Margarita Aguinaga Aguinaga, Eva Ardanaz Aicua, Carmen García de Eulate Martín-Moro, Rosa López Garnica, Pablo Pascual Pascual, Raimon Pélach Paniker, Estrella Petrina Jáuregui, Javier Royo Moya. Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario. Navarra: Gobierno de Navarra; 2007.

31. José Pereira Miragaia. José Luis Hernández Fleta, coordinador. Protocolo de actuación de los trastornos de la conducta alimentaria según niveles de intervención de la Comunidad Autónoma de Canarias. Canarias: Gobierno de Canarias; 2009.

32. Mª A. Tomér Martínez de Rituerto, Mª J. Gastañaduy Tilve, I. González Lado, Mª T. Lord Rodríguez, M. Lorenzo Solar, Mª C. Martínez Calvo, R. Peinó García, O. Pérez Cancio, J. Pérez Hornero, Mª J. Rodríguez Iglesias. Protocolos operativos de la unidad de desórdenes alimentarios (UDAL). Santiago de Compostela: SERGAS; 2002.

33. Harbour R, Miller J, for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323: 334-336.

34. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso: OMS; [Enero 2015-Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>

35. T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuni, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier, D.L; 2015.

36. Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman, Howard K. Butchen, Cheryl M. Wagner, editor. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier, D.L; 2013.

37. Sue Moorhead, Marian Johnson, Merideau L. Maas, Elizabeth Swanson, editor. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier, D.L; 2013.

9.ANEXOS

ANEXO 1/DSM-5**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
(F50.8)****307.51**

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un período determinado (p. Ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. Ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

- **En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado.
- **En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación).

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5º ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.

ANEXO 2/ PLAN DE CUIDADOS**PLAN DE CUIDADOS**• **DIAGNÓSTICOS NANDA**

00188
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c autoeficacia baja
m/p fracaso al intentar conseguir una sensación de autocontrol óptima.

00119
Baja autoestima crónica r/c
m/p

- Enfermedad psiquiátrica
- Fracasos repetidos
- Refuerzos negativos repetidos
- Culpabilidad
- Vergüenza
- Subestima su habilidad para gestionar la situación
- Exagera la retroalimentación negativa sobre sí mismo

00234
Riesgo de sobrepeso r/c

- Comer en respuesta a estímulos externos (p.ej., hora del día, situaciones sociales)
- Comer en respuesta a estímulos internos distintos del hambre (p.ej., ansiedad)
- Percepciones alteradas relacionadas con la comida
- Puntuación elevada en las conductas alimentarias de atracones y restricción
- Trastorno de las conductas alimentarias (p.ej., atracones, control extremo del peso)

00146
Ansiedad r/c
m/p

- factores estresantes
- necesidades no satisfechas
- angustia
- irritabilidad
- disminución de la habilidad para resolver problemas

• **INDICADORES NOC**

Conocimiento: manejo del trastorno de la alimentación (1853)			
I N D I C A D O R	185301	Peso diana saludable	
	185302	Prácticas nutricionales saludables	
	185308	Estrategias para situaciones que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos	
	185311	Ingesta diaria de calorías adecuadas para las necesidades metabólicas	
	185317	Estrategias para aumentar la sensación de control personal	
	185318	Estrategias para disminuir la preocupación por los alimentos	
	185320	Estrategias para evitar los atracones	
	185325	Estrategias para prevenir las recaídas	

NINGÚN CONOCIMIENTO	CONOCIMIENTO O ESCASO	CONOCIMIENTO O MODERADO	CONOCIMIENTO O SUSTANCIAL	CONOCIMIENTO O EXTENSO
1	2	3	4	5

Motivación (1209)			
I N D I C A D O R	120902	Desarrolla un plan de acción	
	120903	Obtiene los recursos necesarios	
	120905	Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos	
	120907	Mantiene un autoestima positivo	
	120910	Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción	
	120911	Expresa que la ejecución le conducirá al resultado deseado	
	120912	Expresa intención de actuar	

NUNCA DEMOSTRADO	RARAMENTE DEMOSTRADO	A VECES DEMOSTRADO	FRECUENTEMENTE DEMOSTRADO	SIEMPRE DEMOSTRADO
1	2	3	4	5

Autocontrol del trastorno de la alimentación (1411)			
I N D I C A D O R	141107	Sigue un plan de alimentación saludable	
	141108	Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos	
	141109	Identifica situaciones sociales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos	
	141110	Planifica estrategias para situaciones que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos	
	141111	Identifica conductas de alimentación desadaptativas	
	141112	Verbaliza el deseo de disminuir las conductas de alimentación desadaptativas	
	141113	Elimina conductas de alimentación desadaptativas	
	141114	Sigue el plan de tratamiento	
	141116	Consumo una ingesta diaria de alimentos y líquidos que satisfada las necesidades nutricionales	
	141122	Expresa satisfacción con la imagen corporal	
	141124	Expresa satisfacción con el autocontrol personal	
	141127	Expresa determinación para recuperarse del trastorno de la alimentación	
	141129	Preocupación por los alimentos	
	141130	Preocupación por el peso	
141132	Atracones		

NUNCA DEMOSTRADO	RARAMENT DEMOSTRADO	A VECES DEMOSTRADO	RARAMENTE DEMOSTRADO	SIEMPRE DEMOSTRADO
1	2	3	4	5

Autocontrol de la ansiedad (1402)			
I N D I C A D O R	140204	Busca la información para reducir la ansiedad	
	140205	Planifica estrategias para superar situaciones estresantes	
	140206	Planifica estrategias de superación efectivas	
	140208	Refiere disminución de la duración de los episodios	

NUNCA DEMOSTRADO	RARAMENT DEMOSTRADO	A VECES DEMOSTRADO	RARAMENTE DEMOSTRADO	SIEMPRE DEMOSTRADO
1	2	3	4	5

Autocontrol de impulsos (1405)				
I N D I C A D O R	140502	Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas		
	140503	Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas		
	140507	Verbaliza control de los impulsos		
	140511	Confirma el acuerdo para el control de la conducta		
	140512	Mantiene el autocontrol sin supervisión		
NUNCA DEMOSTRADO	RARAMENT DEMOSTRADO	A VECES DEMOSTRADO	RARAMENTE DEMOSTRADO	SIEMPRE DEMOSTRADO
1	2	3	4	5

• **INTERVECCIONES NIC**

<p>ASESORAMIENTO NUTRICIONAL (5246) MANEJO DE LOS TCA (1030)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración a través de una entrevista semiestructurada de los patrones de Gordon <ul style="list-style-type: none"> -Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente -Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. -Determinar los patrones de comidas -Evaluar el estado mental (p.ej.confusión, depresión y ansiedad)
<p>MANEJO DE LOS TCA (1030) MONITORIZACION NUTRICIONAL (1160)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de los parámetros PESO TALLA IMC GLUCEMIA TA
<p>ASESORAMIENTO NUTRICIONAL (5246) MANEJO DE LOS TCA (1030)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación e instrucción respecto al autorregistro. <ul style="list-style-type: none"> -Ayudar al paciente e instruir en el autorregistro que debe llevar a cabo en casa de forma diaria, el cual fomenta la autovigilancia por parte del paciente y además permite el registro de emociones y sentimientos relacionados con los momentos de las ingestas.
<p>MONITORIZACION NUTRICIONAL (1160) ASESORAMIENTO NUTRICIONAL (5246) ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR IMPULSOS (4370) DISMINUCION DE LA ANSIEDAD (5820)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del autorregistro del paciente de manera periódica • Valoración en cada consulta respecto a la sesión previa. <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar el progreso a intervalos regulares. -Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada -Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente. -Ayudar al paciente a determinar cómo se podrían haber evitado los resultados si se hubiera elegido otra conducta. -Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL (5246) MANEJO DE LOS TCA (1030)	<ul style="list-style-type: none"> • Educar al paciente respecto a: <ul style="list-style-type: none"> -Normalización de la ingesta -Consejos a la hora de comer/cocinar/comprar -Actividades alternativas a los atracones -Sobrepeso y obesidad -Pensamientos saludables -Prevención de recaídas
ASESORAMIENTO NUTRICIONAL (5246) MANEJO DE LOS TCA (1030)	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
ASESORAMIENTO NUTRICIONAL (5246) MANEJO DE LOS TCA (1030)	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar y disponer de una derivación/consulta a otros miembros del equipo asistencial según corresponde.
DISMINUCION DE LA ANSIEDAD (5820)	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA (5395) MANEJO DE LOS TCA (1030)	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta. • Refuerzos positivos

T.Heather Herdman, Shigemi Kamitsuni,editor.NANDA Internacional.Diagnósticos Enfermeros.Definiciones y clasificación 2015-2017.Madrid:Elsevier,D.L;2015.

Gloria M.Bulechek, Joanne M.Dochterman, Howard K.Butchen, Cheryl M.Wagner,editor.Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).5ºed.Barcelona:Elsevier,D.L;2013.

Sue Moorhead, Marian Johnson, Merideau L. Maas, Elizabeth Swanson,editor.Clasificación de resultados de Enfermería (NOC).4ºed.Barcelona:Elsevier,D.L;2013.

ANEXO 3/AUTORREGISTRO

DÍA

FECHA

HORA	COMIDA Y BEBIDA CONSUMIDA	LUGAR	*	V/L	CONTEXTO Y COMENTARIOS

DIA *Sábado*FECHA *22 de Marzo 2016*

HORA	COMIDA Y BEBIDA CONSUMIDA	LUGAR	*	V/L	CONTEXTO Y COMENTARIOS
8.10h	1 taza de café 1 ensaimada	Oficina			Me siento bien Me propongo hacer bien las cosas.
8.35h	1 taza de café	Oficina			
11.00h	1 plátano	Oficina			
14.00h	1 plato de puré vegetal yogurt de vainilla	Casa			Ya he roto la dieta. Otra vez he comido demasiado.
20.00h	1 plato de espaguetis a la carbonara y una ensalada de patatas	Cocina	*		
20.30h	2 helados, 12 galletas, 1 paquete de patatas fritas, media tableta de chocolate, 1 bocadillo de jamón serrano.	Cocina	*		
21.50h	4 galletas light	Baño	*		
22.30h	4 galletas light	Baño	*		Lo hago en la cocina para que nadie en casa me vea lo que estoy haciendo. Lloro y siento que he perdido el control otra vez. No puedo parar.

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DIARIO DE CONTROL:

COLUMNA 1: Anota la hora en que comes o bebes cualquier cosa. Procura ser preciso.

COLUMNA 2: Registra exactamente lo que comes y bebes, incluyendo las ingestas compulsivas. No olvides nada, aunque no es necesario que anotes las calorías. Haz una descripción simple de lo que comes y bebes. Anota cada comida tan pronto como sea posible después de ingerirla, ya que intentar recordar qué has comido o bebido unas horas después sería poco fiable y no te ayudaría a cambiar. Por tanto, es primordial rellenar los registros en el momento de comer, o lo más inmediatamente posible; por ejemplo, si estás comiendo fuera de casa, puedes llevar el registro mientras esperas entre un plato y otro, o retirándote al cuarto de baño para poder rellenarlo en privado. Esta técnica, te ayudará a cambiar sólo si te acostumbras a hacer los registros inmediatamente después de cada comida. Los episodios de ingesta que consideras comidas principales puedes identificarlas en los registros poniéndolos entre corchetes, pero no debes poner corchetes en los bocadillos, tentempiés...

COLUMNA 3: Especifica dónde has consumido la comida o bebida, y si ha sido en casa, anota la habitación.

COLUMNA 4: Coloca un asterisco en esta columna a la altura de los ítems de ingestas que consideras excesivas. Las ingestas compulsivas quedarán representadas por una cadena de asteriscos.

COLUMNA 5: Registra en ella cada vez que vomitas o usas laxantes o diuréticos.

COLUMNA 6: Utiliza esta columna de forma parecida a un diario, anotando cualquier incidencia que influya en tus comidas. Por ejemplo, siempre que pongas un asterisco en la columna 4, debes anotar en la columna 6 las circunstancias que concurrían en ese momento para identificar los desencadenantes del episodio de ingesta excesiva. Podría haber ocurrido, por ejemplo, tras una discusión o cuando alguien te ha presionado para comer más de lo que deseabas.

Anota también en esta columna el resultado obtenido cada vez que te peses.

Christopher Fairburn. La superación de los atracones de comida. Cómo recuperar el control. 1º ed. Barcelona: Espasa Libros, S.L.U; 2012.

ANEXO 4/VALORACIÓN ENTRE SESIONES

DIMENSIÓN	CONSTRUCTO
AUTOPERCEPCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • ¿He sido capaz de llevar el control? • ¿Puedo mejorar mi control? • ¿Me detengo a pensar antes de comportarme compulsivamente?
ATRACONES	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Están evidenciándose algunas pautas habituales de interés en mi forma de alimentarme? • ¿Existe algún tipo de emoción o acontecimiento que detone la ingesta compulsiva?
ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Planifico cada día comidas y tentempiés regularmente? • ¿Intento restringir mi ingesta de comidas y tentempiés planificados? • ¿Omito algunas de mis comidas o tentempiés? • ¿Los intervalos entre mis comidas o tentempiés sobrepasan las tres o cuatro horas? • ¿Estoy comiendo entre mis comidas o tentempiés? • ¿Estoy comiendo a intervalos regulares? • ¿Tomo cantidades de comida normales o estoy restringiéndola en exceso?
AUTORREGISTRO	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Anoto en el registro diario de alimentación los impulsos de comer entre mis comidas planificadas?
AUTOCONTROL	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Soy capaz de tomar cualquier comida que me gusta sin sentirme ansioso por ello?

Christopher Fairburn. La superación de los atracones de comida. Cómo recuperar el control. 1º ed. Barcelona: Espasa Libros, S.L.U;2012.

ANEXO 5/VALORACIÓN FINAL

DIMENSIÓN	CONSTRUCTO
ALIMENTACION	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Estoy llevando a cabo una ingesta diaria dividida en 3 comidas principales y 2 tentempiés? • ¿Los intervalos entre mis comidas o tentempiés no sobrepasan las tres o cuatro horas? • ¿Soy capaz de adaptar el horario de mis comidas y tentempiés para acomodarlos a situaciones especiales? • ¿Estoy comiendo a intervalos regulares? • ¿Tomo cantidades de comida normales o estoy restringiéndola en exceso? • ¿Soy capaz de llevar una alimentación sana y equilibrada sin tener necesidad de ingesta compulsiva?
ATRACONES	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha disminuido el número de atracones desde la primera consulta?
AUTORREGISTRO	<ul style="list-style-type: none"> • ¿He sido capaz de llevar el autorregistro diario de manera adecuada sin omitir información?
AUTOCONTROL	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Soy capaz de tomar cualquier comida que me gusta sin sentirme ansioso por ello?
GESTION DE EMOCIONES/ IMPULSOS	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Vuelvo al buen camino lo más pronto posible cuando me doy cuenta de que he cometido algún error? • Cuando la oportunidad lo requiere, ¿estoy utilizando mi lista de actividades alternativas? • ¿Soy capaz de controlar aquellas situaciones que anteriormente desencadenaban ingestas compulsivas?¿Cómo? • ¿Soy capaz de gestionar emociones de otras maneras que no sea mediante la ingesta de comida en cantidades excesivas?

Christopher Fairburn. La superación de los atracones de comida. Cómo recuperar el control. 1º ed. Barcelona: Espasa Libros, S.L.U;2012.

ANEXO 6/NIVELES DE EVIDENCIA

NIVEL DE EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIO
1 ++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o Estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causa.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).
4	Opiniones de expertos.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN (SIGN)	
GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA
A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o Una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.
B	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
C	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	Niveles de evidencia 3 o 4, o Extrapolación de estudios calificados como 2+.

✓ : Buena práctica clínica, recomendación realizada por consenso del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria.

Harbour R, Miller J, for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001;323:334-336.