



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa de salud sobre la detección temprana de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Centros de Atención Primaria

Health program about early detection of eating disorders in Primary Healthcare

Autor/es

Ana Cristina Santiago Couso

Director/es

Ángel Gasch Gallén

Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza

2018 - 2019

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. OBJETIVOS.....	8
4. METODOLOGÍA.....	8
5. DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	10
5.1.JUSTIFICACIÓN.....	10
5.2.POBLACIÓN DIANA.....	10
5.3.OBJETIVOS.....	11
5.4.DESARROLLO DE LAS SESIONES.....	11
5.5.RECURSOS.....	15
5.6. EVALUACIÓN.....	16
6. CONCLUSIONES.....	19
7. BIBLIOGRAFÍA.....	20
ANEXO I.....	23
ANEXO II.....	25
ANEXO III.....	27
ANEXO IV.....	29
ANEXO V.....	32

1. RESUMEN

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre la población adolescente. Su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas, encontrándose un pico de incidencia en las mujeres entre 13 y 18 años. La detección temprana del problema es el tipo de prevención más eficaz para mejorar el pronóstico de esta enfermedad.

Objetivo principal: Elaborar un programa de salud para profesionales sanitarios y de Enfermería de Atención Primaria sobre la detección temprana de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Metodología: Se ha realizado una amplia revisión bibliográfica para actualizar el problema de estudio, así como entrevistas a diferentes expertos/as en la materia, y se ha diseñado un programa de salud para Enfermería de Atención Primaria.

Desarrollo: El programa consta de 3 sesiones, en las que se ofrece información básica sobre los TCA y se trabajan estrategias como el desarrollo de una correcta relación terapéutica, manejo de recursos y derivación, resolución de casos prácticos y elaboración de check-list para detección temprana de los casos.

Conclusión: Debido al aumento de este tipo de trastornos en la población joven se considera importante una mayor formación desde los centros de salud puesto que son, con frecuencia, el primer punto de contacto con los servicios sanitarios en casos de Salud Mental.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, anorexia, bulimia, Atención Enfermería, Prevención Secundaria, Diagnóstico Precoz, Atención Primaria.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders (ED) are the third most frequent chronic disease among the adolescent population. Its prevalence has increased in the last decades, finding a peak incidence in women between 13 and 18 years. The early detection of the problem is the most effective technique to improve the prognosis of this disease.

Objectives: Develop a health program for Primary Healthcare professionals and nurses of Primary Healthcare about the early detection of eating disorders.

Methodology: An extensive bibliographical research has been carried out to update the study problem, as well as interviews with different experts in the field, and a health program for nurses in Primary Healthcare has been designed.

Development: The program consists of 3 sessions, in which basic information about de ED is offered, and strategies are developed such as the development of a correct therapeutic relationship, management of resources and referral, resolution of practical cases and preparation of a check-list for early detection.

Conclusions: Due to the increasement of this type of disorders in young population, it is well considered to provide more training to Primary Healthcare centres, since they are often the first point of contact with health services in Mental Health cases.

Keywords: Eating disorders, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Nursing care, Early diagnosis, Secondary prevention, Primary healthcare

2. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, uno de los principales problemas de salud mental en población joven son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Constituyen la tercera enfermedad crónica más frecuente en la adolescencia y primera juventud⁽¹⁾.

Sistemas de clasificación de las enfermedades mentales tales como CIE-10 y DSM-V dividen los TCA en tres grandes categorías: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). En estos últimos se incluyen casos que no cumplen todos los criterios diagnósticos de los grupos anteriores pero en los que sí existe una alteración de la conducta⁽²⁾.

En los últimos años ha habido un incremento en la incidencia y prevalencia de los TCA⁽³⁾ fundamentalmente entre mujeres adolescentes y jóvenes. Si bien existe discrepancia entre los estudios y variabilidad entre los diferentes tipos de trastornos, la edad de inicio general de mayor riesgo está comprendida entre los 13 y 18 años⁽⁴⁾.

En España, la incidencia de anorexia nerviosa es de 8/100000 población por año y de 12/100000 en la bulimia nerviosa. En cuanto a prevalencia, en la población adolescente femenina se acepta un 0,5-1% de AN, un 1-3% de BN y un 3% de TCANE, destacando el trastorno por atracón. La prevalencia total sería entre el 4,1% y el 6,41% de población. La proporción mujer/hombre en TCA es de 10/1^(5,6).

Los TCA no son enfermedades de comienzo súbito, se instauran poco a poco de manera sutil, por lo que resultan imperceptibles en sus inicios, tanto para la persona que lo sufre como para su familia y los responsables de su salud (tutores, sistema sanitario,...)⁽⁷⁾.

La causa de los TCA se entiende como biopsicosocial⁽⁷⁾. Los factores de desarrollo de la enfermedad se clasifican en predisponentes (psiquismo individual, familia y contexto sociocultural), precipitantes (estrés, régimen y

pérdida ponderal de peso) y de cronificación o mantenimiento, asociados al entorno⁽³⁾.

El tratamiento de estos trastornos exige colaboración multidisciplinar y puede realizarse en diferentes niveles de atención⁽⁸⁾. Se abordan objetivos a nivel físico (corrección de alteraciones y restablecimiento de peso), psicológico y social⁽⁹⁾, buscando el apoyo de la familia y la reeducación sanitaria de la paciente, en la que enfermería juega un importante papel.

Dentro de la patología mental, algunos autores han mostrado que, los pacientes con TCA, son los que presentan una menor adherencia al tratamiento⁽¹⁰⁾, principalmente debido a que no tienen conciencia de enfermedad y, por lo tanto, no ven la necesidad de seguir las pautas de tratamiento sugeridas por los profesionales sanitarios, por considerarlas innecesarias y suponer un cambio importante de hábitos⁽¹¹⁾.

El pronóstico de estas patologías difiere según los diferentes tipos. A pesar de ello, para todos los TCA, el mejor indicador de buen pronóstico es un breve periodo de tiempo entre el inicio del trastorno y el diagnóstico del mismo⁽¹²⁾.

Existen estudios que demuestran que 5 años antes del diagnóstico de TCA⁽¹³⁾, las y los pacientes acudieron a su centro de salud por diversos síntomas psicológicos, gastrointestinales o ginecológicos que de haberse identificado antes habrían ralentizado o incluso frenado la evolución de la enfermedad.

Algunas de las señales de alerta para detectar un posible riesgo de padecer un TCA son: cambios en los hábitos alimentarios (uso de dietas injustificadas, etc.), cambios de peso sin explicación aparente, problemas en la menstruación, dificultad en relación con la imagen corporal, obsesión por el ejercicio físico o conductas extravagantes o extrañas que la persona antes no hacía (estado depresivo o irritable, disminución de la concentración y las relaciones sociales,...)⁽¹⁴⁾.

Con todo ello, se puede considerar que en lo referente a los TCA, tratar de modificar los comportamientos de la población podría reducir la incidencia y

prevalencia de dichas enfermedades. Sin embargo, los programas preventivos dirigidos a personas con estas patologías (prevención primaria) no acaban de demostrarse eficaces⁽⁷⁾. Algunos estudios remarcan que, por ejemplo, charlas divulgativas en el medio escolar podrían resultar contraproducentes, ya que, buscando prevenir, puede generarse un efecto de pánico con el que magnifiquemos conductas propias de determinada edad, pasajeras y exentas de gravedad⁽⁹⁾.

Se deduce por lo tanto que una parte importante del estudio sobre estas enfermedades debe basarse en una buena prevención secundaria, centrada en el pensamiento ampliamente extendido de que una detección temprana de los TCA mejora su pronóstico⁽¹⁵⁾. Se estima que el retraso en el diagnóstico y el inicio de un tratamiento adecuado es de un año para la anorexia nerviosa y más de cuatro para la bulimia⁽¹²⁾.

Los profesionales sanitarios deben estar formados sobre TCA debido al impacto económico que suponen para la Seguridad Social, determinado por la dificultad y tiempo prolongado de tratamiento, el riesgo de cronificación y las múltiples recaídas, el riesgo de suicidio y la elevada comorbilidad⁽¹⁶⁾. Deben ser conocedores de los criterios diagnósticos de estas enfermedades (ANEXO 1), los criterios de derivación y los recursos de la comunidad autónoma en la que se encuentran.

Por todo lo expuesto, parece pertinente realizar un programa de salud dirigido a profesionales sanitarios de AP ya que serán ellos los que decidan tratar o derivar los casos que llegan a sus consultas tras valorar la magnitud del problema⁽¹⁵⁾.

Según la NANDA, son muchas las intervenciones que enfermería puede llevar a cabo desde Atención Primaria en cuanto al tratamiento de pacientes con TCA (ANEXO 2)⁽¹⁷⁾.

Por último, se destaca la existencia de trabajos anteriores orientados a la actuación de la enfermería comunitaria en los TCA, en los que se explicita la necesidad de formación específica y experiencia para asegurar la capacitación, anticiparse a los problemas y garantizar unos cuidados de calidad⁽¹⁸⁾.

3. OBJETIVOS

Objetivo general: Elaborar un programa de salud para Enfermería y otros/as profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la detección temprana de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

4. METODOLOGÍA

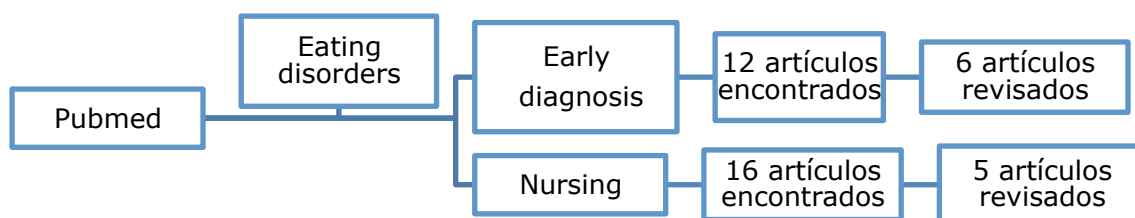
Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica entre los meses de Enero y Marzo de 2019. Se han utilizado bases de datos tanto específicas de Enfermería como de Ciencias Biomédicas.

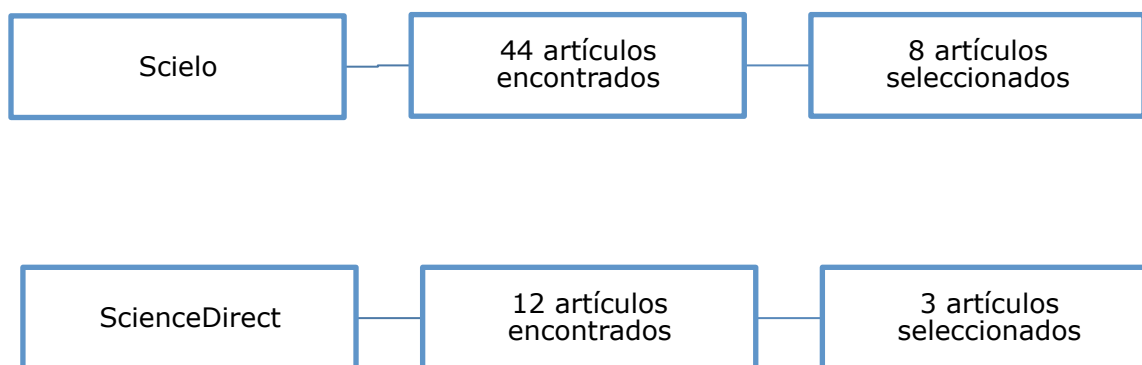
Los criterios de selección han sido los siguientes:

- Margen de 10 años desde su publicación (2009). Existen algunas referencias que no cumplen este criterio, pero se vio oportuno incluirlas.
- Centrado en el tema
- En inglés o español.

Las palabras clave según tipo de indicadores son:

- Decs: Trastornos de la Conducta Alimentaria, anorexia, bulimia, Atención Enfermería, Prevención Secundaria, Diagnóstico Precoz, Atención Primaria.
- Mesh: Eating disorders, early diagnosis, anorexia nervosa, bulimia nervosa, nursing care, Enfermería comunitaria.





Se utilizaron para realizar la búsqueda los operadores booleanos AND y OR.

En España existen asociaciones que luchan por aumentar la visibilidad e investigación de los TCA, tales como la Asociación en Defensa a la Atención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER), la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia Nerviosas (FEACAB) o la Asociación Española de Psicología Clínica para la Prevención y Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (APTAB).

En Aragón cabe destacar la asociación pionera, Zarima - Prevención (1999), perteneciente a la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Existen asociaciones más recientes, tales como ARBADA o la Fundación APE, que trabajan activamente en programas de prevención y educación sanitaria, dirigidos tanto a familiares de afectados como a profesionales sanitarios, con el fin de formar y concienciar acerca de los TCA.

Además de la revisión bibliográfica, para la obtención de información se ha pedido ayuda a diferentes profesionales en la materia, tales como la Psiquiatra de la UCE del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Maite Zapata, y Raquel Pallás, Psicóloga Clínica con un amplio currículum en el ámbito de los TCA y diez años de experiencia en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del anteriormente citado hospital.

No se les realizó entrevista como tal, pero dispensaron información, materiales de trabajo, artículos y guías clínicas que constan en la bibliografía de este trabajo, y que ellas mismas consideraron relevantes para el tema a tratar.

Por último, para el diseño del programa de salud, se siguió la metodología que concibe estos programas como procesos cíclicos que cuentan con diferentes

fases que van desde la identificación de necesidades hasta la evaluación de forma dinámica y continua^(19, 20).

5. DESARROLLO

5.1 JUSTIFICACIÓN

El programa de salud desarrollado a continuación se llevará a cabo en el centro de salud Actur Sur. Dicho centro pertenece al Sector Zaragoza I. Tiene una población de 15676 habitantes, el 17% menores de 15 años⁽²¹⁾. El programa que se va a desarrollar se centra en la población infantojuvenil del barrio, de 13 a 18 años, ya que es la edad en la que encontramos mayor incidencia de casos de TCA.

El centro de salud Actur Sur cuenta, además, con una Unidad de Salud Mental de adultos (USM), y se asocia a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) del centro de Salud Actur Oeste.

Se justifica la pertinencia del programa con el hecho de que en dicho centro de salud no existen protocolos de atención a pacientes con sospecha de TCA en las consultas de pediatría y medicina comunitaria. Además, refieren no haber recibido en ningún momento sesiones formativas acerca de este tema que incluyesen al personal de enfermería.

5.2 POBLACIÓN DIANA

El programa de salud irá dirigido a enfermeras, pediatras y médicos de familia del centro de salud Actur Sur.

En total, dicho centro cuenta con una enfermera pediátrica, dos pediatras, once enfermeras comunitarias y once médicos de medicina general.

La captación de los profesionales se realizará de manera presencial. Tras hablar con el coordinador del centro, se repartirá en las reuniones de equipo un díptico informativo (ANEXO 3) con la información básica del programa de salud, al que se apuntarán de manera voluntaria, con un mínimo de 10 asistentes y un máximo de 25.

5.3 OBJETIVOS

Objetivo general:

- Concienciar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria en contacto con población en riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria de la importancia de la detección temprana de la enfermedad para mejorar el pronóstico de la misma.

Objetivos específicos:

- Aumentar el conocimiento de los profesionales sanitarios de Atención Primaria acerca de los síntomas de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- Ofrecer estrategias prácticas y aplicables para optimizar el cribado en Atención Primaria de los y las pacientes en los que se sospeche de un inicio de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

5.4 DESARROLLO DE LAS SESIONES

Antes de comenzar con el desarrollo de las sesiones del programa, cabe destacar que, aunque la idea principal sea centrarse en los pacientes de 12 a 18 años, la información sobre TCA, las herramientas y todo lo propuesto a continuación será aplicable también al paciente adulto.

Además, se ha de tener presente que el objetivo principal del programa será despertar la conciencia de los profesionales sanitarios acerca de la importancia de un diagnóstico precoz de TCA que mejore el pronóstico del mismo, para evitar alargar el proceso de enfermedad. A base de informar, ofrecer herramientas y realizar actividades didácticas y en grupo, se tratará de que el personal del Centro de Salud se mantenga alerta ante los nuevos posibles casos.

SESIÓN 1: Información básica sobre los TCA y relación terapéutica.

OBJETIVOS OPERATIVOS

- Identificar la clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y poder nombrar al menos diez de los primeros síntomas más frecuentes.

- Describir los componentes principales de una buena relación terapéutica.

TÉCNICA Y CONTENIDO TEMÁTICO

La sesión tendrá una duración aproximada de dos horas y se proyectará un PowerPoint con el contenido temático. Durante la primera hora se aportarán datos epidemiológicos, factores de riesgo y clínica del TCA, así como los primeros síntomas habituales de los dos trastornos más frecuentes: bulimia y anorexia nerviosa.

La segunda mitad de la sesión se dedicará a comentar el concepto de relación terapéutica, partiendo siempre de los conceptos de escucha activa y empatía⁽²²⁾ como clave para favorecer la mayor adherencia al tratamiento de la paciente. Debe favorecerse la comunicación médico - enfermera y el trabajo en equipo para aumentar el bienestar de la paciente y sus familiares.

Los últimos 20 minutos de la clase se dedicarán a un brainstorming y un simulacro de entrevista clínica.

MATERIALES

Recursos humanos: dos enfermeras que darán la charla.

Recursos materiales:

- Sala cedida por el centro de salud, con ordenador y proyector.
- Pen drive con presentación de PowerPoint.
- Paquete de folios y bolígrafos para los asistentes.

EVALUACIÓN

Al final de la sesión se le pedirá a los asistentes que escriban en un folio, que se recogerá después, al menos tres de los primeros síntomas de un TCA.

El brainstorming con 'Frases que no se deben decir a una paciente con TCA' (Ej.: "¿Y tú por qué no comes?") servirá para evaluar de manera subjetiva los conocimientos acerca de la relación terapéutica.

Se pedirá a dos voluntarios que simulen una primera consulta a una

paciente, que deberá referenciar un TCA no diagnosticado. El resto de asistentes podrá corregir y aportar ideas al trabajo de sus compañeros.

SESIÓN 2. Decisión de tratamiento, recursos del Salud y derivación a otras unidades.

OBJETIVOS OPERATIVOS

- Reconocer cuales son los signos y síntomas que permiten decidir la derivación de un paciente con TCA de Atención Primaria a otro servicio sanitario.
- Identificar las herramientas recomendadas para el cribado de pacientes con sospecha de TCA.

TÉCNICA Y CONTENIDO TEMÁTICO

La sesión, al igual que la primera, durará dos horas y se dividirá en dos bloques principales, con una presentación de PowerPoint.

En el primer bloque se mostrarán los algoritmos recomendados por el Ministerio de Sanidad (ANEXO 4) acerca de cómo cribar a los pacientes de 12 a 18 años en consulta de atención primaria para descartar un TCA: los test y las escalas que se les deben pasar y qué hacer cuando se confirman las sospechas.

En segundo lugar, se enumerarán y explicarán los recursos infantojuveniles del Salud en materia de TCA⁽²³⁾, tanto de Zaragoza al completo como los específicos del sector 1(ANEXO 5).

MATERIALES

Recursos humanos: dos enfermeras que darán la charla.

Recursos materiales:

- Sala del centro de salud, con ordenador, proyector y pen drive.
- Algoritmos de cribado y derivación impresos para cada consulta. Añadirlos además a la base de datos del ordenador.

EVALUACIÓN

La evaluación de la segunda sesión tendrá lugar en la tercera y última, ya que es un compilado en el que se evaluarán todos los conocimientos adquiridos con anterioridad.

SESIÓN 3. Casos prácticos y elaboración de un Check - List

OBJETIVOS OPERATIVOS

- Comprobar el nivel de conocimientos adquiridos por los y las profesionales sanitarios del centro de manera didáctica.

TÉCNICA Y CONTENIDOS TEMÁTICOS

Al igual que las dos sesiones anteriores, durará dos horas.

Se comenzará con un breve repaso de la clínica de un TCA. A partir de ahí, se repartirán tres ejemplos de entrevista clínicas realizadas en consulta a pacientes anónimas para tratar de, entre todos, aportar ideas sobre qué le está pasando a la paciente y que deberíamos hacer a continuación.

Se buscará después la elaboración de un check-list, así como determinar sus criterios de rellenado, partiendo de la idea de encuesta fácil con pocos ítems que hacerle a las pacientes que en consulta refieran comentarios o actitudes que nos hagan sospechar de un posible TCA.

Una vez acabado, el check-list se añadirá a las bases de datos de los ordenadores de las consultas de enfermería y medicina del centro.

MATERIALES

Recursos humanos: dos enfermeras que impartirán la charla.

Recursos materiales:

- Sala del centro de salud, ordenador, proyector.
- Papel y bolígrafo para cada asistente.
- Fichas ejemplares impresas (una por paciente).

EVALUACIÓN

Toda la sesión en sí, con la resolución de los casos prácticos ayudará a evaluar de manera subjetiva los conocimientos adquiridos sobre clínica de un TCA, relación terapéutica, derivación y recursos del Salud.

Si al acabar las tres sesiones se determinara que no se han adquirido los conocimientos esperados, se plantearía la realización de una cuarta sesión en la que se reforzaría lo expuesto anteriormente, permitiendo a los profesionales sanitarios del centro que creasen una batería de preguntas con dudas que se responderían en dicha sesión.

5.5 RECURSOS

ACTIVIDADES	Un mes antes del inicio del programa	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	Un año tras acabar el programa
Captación					
Sesión 1					
Sesión 2					
Sesión 3					
Evaluación inmediata					
Evaluación tardía					

Recursos Humanos		Recursos materiales
Captación	-	Dípticos: 40 x 0,2 cent: 8€
Sesión 1	2 enfermeras x 35€/h x 2h: 140€	Sala + ordenador: cedidas por el centro de salud: 0€ Pen drive: 5€ 20 bolígrafos x 0,10€: 2€ Paquete de folios: 3,5€
Sesión 2	2 enfermeras x 35€/h x 2h: 140€	Sala + ordenador cedidos por el centro de salud: 0€ Algoritmos de derivación impresos para consultas: 25 x 0,2: 5€
Sesión 3	2 enfermeras x 35€/h x 2h: 140€	Sala + ordenador cedidos por el centro de salud: 0€ Fichas de entrevista clínica impresas: 3 casos x 25 personas x 0,2 cent: 15€ Check-list impresos como ejemplo: 25 x 0,2 cent: 5€
TOTAL	420€	43,50€
		463,50€

5.6 EVALUACIÓN

• ESTRUCTURA

Con los indicadores de estructura presentados a continuación se tratará de evaluar lo que se necesita y lo que se ha obtenido en cuanto a recursos materiales y humanos para el desarrollo del programa.

- Número de incidencias en cuanto a la falta de espacios, material electrónico e impresos. Se registrará en una hoja de seguimiento de las actividades después de cada sesión.

- Número de otro tipo de incidencias durante las sesiones. Tanto las manifestadas por los asistentes como las detectadas por los profesionales sanitarios encargados del programa.

- **PROCESO**

Con los siguientes indicadores se evaluará cómo se lleva a cabo el programa de salud, en cuanto al desarrollo funcional de las sesiones.

- Número de asistentes / total profesionales en el centro a los que se les ofertó participar en el programa.
- Sesiones realizadas / total de sesiones programadas
- Horas dedicadas a cada sesión / horas preparadas para cada sesión

- **RESULTADOS**

La evaluación de la consecución o no de los objetivos determinados en la planificación del programa se dividirá en dos bloques: la evaluación inmediata al acabar cada sesión, y la evaluación tardía, un año después del fin del mismo.

Evaluación inmediata:

- Procesos evaluadores después de cada sesión, plasmadas en los desarrollos de las sesiones mostrados anteriormente.
- Tercera sesión: Encuestas o resolución de casos prácticos al acabar el programa (evaluará conocimientos y habilidades adquiridos por los participantes).

Evaluación tardía:

- Número de derivaciones correctas / total menores 12 a 18 años
- Prevalencia anterior al inicio del programa comparada con prevalencia de TCA después de llevar a cabo el programa: Número de personas con TCA actual / total menores de 12 a 18 años
- Casos evitados = prevalencia actual (un año después del programa) –

prevalencia anterior (al inicio del programa)

- Número de check-list registrados / casos reales TCA

6. CONCLUSIONES

Debido al aumento de los TCA entre la población joven y adolescente, se considera importante formar a las y los enfermeros/as de Atención Primaria en la actuación en casos de sospecha.

Los programas dirigidos a estos profesionales que se centren en la importancia de la detección temprana, el aumento de conocimientos y el desarrollo de estrategias prácticas y aplicables para optimizar el cribado en Atención Primaria, así como del desarrollo de una correcta relación terapéutica, pueden ser efectivos en la detección, pronóstico y prevención de estos casos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.** 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* [Internet]. 2017 [citado 24 de Febrero de 2019];8(2):105-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007152317300198>
- 2.** Behar R, Arancibia M. DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Chil Neuro Psiquiat*. 2014;52(1):22-33
- 3.** Ruiz PM. Guía práctica. Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Bulimia y anorexia. 2ª Ed. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo Nacional de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón; 2000.
- 4.** Bermúdez P, Machado K, García I. Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento. Caso clínico. *Arch Pediatr Urg*. 2016;87(3):240-4.
- 5.** Olesti M, Piñol JL, Martín N, De la Fuente M, Riera A, Bofarull JM, et al. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *An Pediatr*. 2009;68(1):18-23
- 6.** Ruiz P, Alonso J, Velilla J, Lobo A, Martín A, Paumard C, et al. Estudio de prevalencias de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatr Infanto Juv*. 1998;3:148-62.
- 7.** Villas Pérez E. Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España [tesis doctoral]. Zaragoza: Servicio de Publicaciones, Universidad de Zaragoza; 2013.
- 8.** Gil Vega L, Gómez López N. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes: prevención primaria, detección precoz y papel enfermero [trabajo fin de grado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2016.
- 9.** 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. [Internet] 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. [citado 4 Mar 2019]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Aliment_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Aliment_compl_(4_jun).pdf)

10. Timlin U, Hakko H, Heino R, Kyngäs H. A systematic narrative review of the literature: adherence to pharmacological and non pharmacological treatments among adolescents with mental disorders. J Clin Nurs. 2014;23(23-24):3321-34.

11. Alegre Gallego N. Adherencia al tratamiento en pacientes con Anorexia Nerviosa [trabajo fin de grado]. Casa de Salud Valdecilla: Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria; 2015.

12. Lorenzo Pérez T. Anorexia nerviosa: una revisión actualizada del trastorno [trabajo fin de master]. Universidad de les Illes Balears; 2017.

13. Gil Canalda MJ, Candela JP, Cecilia M. Atención Primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I). Aten Primaria 2013;31(3):178-80.

14. Fernandez Millas S. Para entendernos: qué son los trastornos de la conducta alimentaria. En: Martinez Fernandez J, Navarro García S, Perote Alejandro A, Sanchez Povedano M, directores. Educar y crecer en salud. El papel de padres y educadores en la prevención de trastornos alimentarios. 1ª ed. Madrid: International Marketing & Communication; 2010. p. 15 - 26.

15. Ruiz Lázaro PM. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad. En: Ruiz Lázaro PM, Velilla Picazo JM, González Fraile E, directores. Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria. 1ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2017. p. 25-53.

16. Álvarez-Malé ML, Bautista Castaño I, Serra Majem L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [citado 24 de febrero de 2019]; 31(5):2283-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000500050

- 17.** NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación. Madrid: Elsevier; 2015.
- 18.** De la Serna Mate J. Rol de Enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria [trabajo fin de grado]. Casa de Salud de Valdecilla: Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria; 2017.
- 19.** Hernández-Aguado I, Gil A, Delgado M. Manual de Epidemiología y Salud Pública para grados en Ciencias de la Salud. Médica Panamericana. Madrid. 2011.
- 20.** Martín Zurro A, Jodar Solá G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. En: Martín-Zurro A, Jodar Solá G. Atención familiar y salud comunitaria. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2011.p. 3-16
- 21.** Amorín Calzada MJ. Mapa Sanitario de la Comunidad de Aragón 2007. Sector Zaragoza I. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo; 2008.
- 22.** Valls Medina M. La relación terapéutica: la experiencia en pacientes con esquizofrenia [trabajo fin de grado]. Barcelona: Escuela Superior d'Infermeria del Mar, Universitat Pompeu i Fabra; 2017.
- 23.** Gobierno de Aragón. Plan de Salud Mental 2017 - 2021. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad; 2017.
- 24.** CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Ed. Panamericana; 2000.

ANEXO 1. DSM - V Y CIE 10

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que describe de manera clara las categorías diagnósticas con el fin de unificar los criterios entre diferentes profesionales⁽²⁾.

A continuación se presentan unas tablas comparativas de los criterios anteriores con las innovaciones de la quinta edición.

<u>Criterios actuales de la anorexia nerviosa según el DSM - IV - TR</u>
A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal
D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos
<u>Criterios propuestos por el DSM V</u>
A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo (inferior al mínimo normal).
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual
D. Se elimina el criterio de amenorrea

Adaptado de: López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Rev Med Clin Condes 2011;22(1):85-97.

<u>Criterios actuales de la bulimia nerviosa según el DSM - IV - TR</u>
<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias</p> <p>2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.</p>
B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses
D. Autoevaluación exageradamente incluida por el peso y silueta corporales
<u>Criterios propuestos según el DSM - V</u>
A, B y D se mantienen igual
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses

Adaptado: López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Rev Med Clin Condes 2011;22(1):85-97.

Existe también, pero con menos relevancia en salud mental, el **CIE - 10**⁽²⁴⁾, acrónimo de Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª edición. Está creada por la OMS, y al igual que el DSM, sirve para la clasificación y codificación de las enfermedades, además de múltiples signos y síntomas, no exclusivamente mentales. Mencionar que en julio de 2018 se publicó la 11ª edición, pero la OMS permite el uso de la anterior hasta el 1 de Enero del 2020.

ANEXO 2. DIAGNÓSTICOS NANDA

A continuación, se muestra una tabla con los principales diagnósticos enfermeros utilizados en casos de TCA, basándose en el modelo NANDA - NIC - NOC⁽¹⁷⁾.

Diagnóstico	NOC	NIC	Actividades
Trastorno de la imagen corporal (118)	Imagen corporal	Potenciación de la imagen corporal	Corregir pensamientos distorsionados
		Potenciación de la autoestima	Marcarse objetivos realistas esperando un cambio lento
	Afrontamiento de problemas	Asesoramiento	
Baja autoestima situacional (120)	Autoestima	Apoyo emocional	Observar las frases del paciente sobre su propia valía
		Potenciación de la autoestima	Enseñar a cambiar autoafirmaciones
Ansiedad (146)	Control de la ansiedad	Disminución de la ansiedad	Realizar relajación y respiraciones
		Intervención en caso de crisis	Técnicas de control de impulsos
Afrontamiento ineficaz (69)	Control de impulsos	Fomentar la adaptación	Búsqueda de motivaciones para ejercer cambio en ciertos aspectos de la vida Trabajar habilidades sociales
	Afrontamiento de problemas	Apoyo en la toma de decisiones	
Riesgo de violencia autodirigida (140)	Control del riesgo	Acuerdo con el paciente	Vigilancia asesoramiento
		Escucha activa	
	Represión de automutilación	Apoyo emocional	Medidas de protección

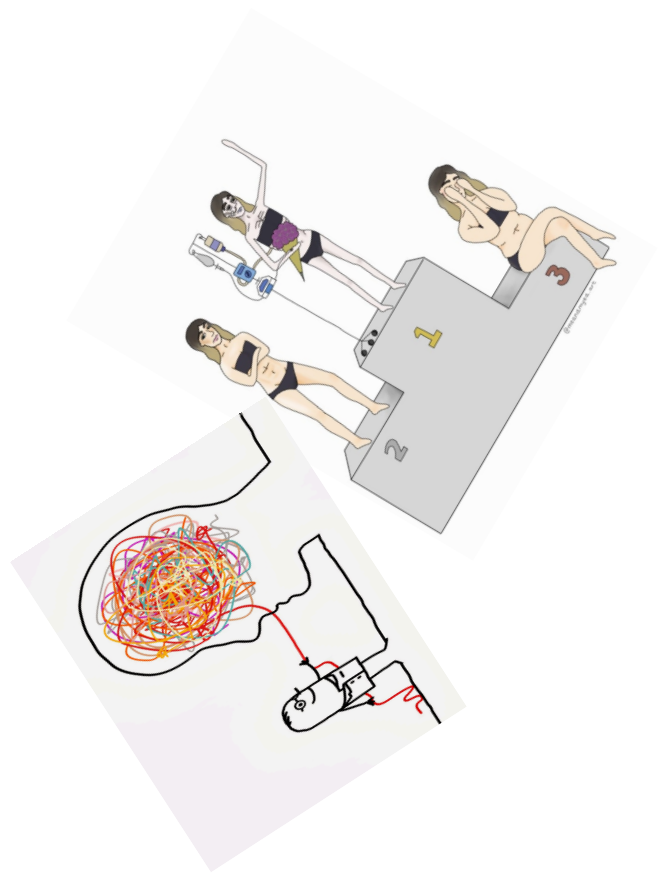
Desequilibrio nutricional por defecto (2)	Control del peso	Ayuda a ganar peso	Alcanzar un peso óptimo
	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	Monitorización nutricional	Pequeñas cantidades aumentadas progresivamente Valorar los logros
Gestión ineficaz de la salud (78)	Conducta de cumplimiento	Enseñanza proceso de enfermedad	Hacer reposo después de las comidas
	Conocimiento: régimen terapéutico	Apoyo a la familia	Mantenerse cercano, dando apoyo, trabajarse la conciencia de enfermedad
Riesgo de deterioro del patrón del sueño (95)	Sueño	Fomentar el sueño	Higiene de sueño Mejorar el ambiente para favorecer el sueño
		Disminuir la ansiedad	Control de la administración y efecto de los estimulantes.

Elaboración propia con fuente: NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros : definiciones y Clasificación 2015-2017. Madrid: Ed Elsevier; 2015.

ANEXO 3 - DÍPTICO PARA CAPTACIÓN DE PERSONAL

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

DETECCIÓN PRECOZ
PROGRAMA DE SALUD PARA
PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA



Imágenes sujetas a Creative Commons
Díptico: elaboración propia.

TÚ PUEDES SER EL PUNTO DE PARTIDA.
DETECTA. ORIENTA. AYUDA

*“Una enfermedad no es más que eso:
no le permitas que sea más que eso.*

*Eres mucho más que tu dolor o tu angustia.
Aprende de ella. Conviértela en tu aliada y acaba con ella.
Tu cuerpo te está hablando. No lo amordaces.
Entonces, dejará de estar enfermo”.*

- Espido Freire. *Cuando comer era un infierno* -



Zaragoza
AYUNTAMIENTO



Universidad
Zaragoza



salud
servicio aragonés
de salud

ALGUNOS DATOS SOBRE TCA ...

3ª Enfermedad crónica más frecuente en la adolescencia y primera juventud.
Más en mujeres, de 12 a 18 años.

6 de cada 100 adolescentes padecen un TCA en nuestro país.

¿CÓMO PUEDO DETECTARLO? ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Estudios demuestran que **5 AÑOS ANTES** del diagnóstico los y las pacientes acudieron al centro de salud por síntomas relacionados con su TCA.

Amenorrea, impotencia

Depresión, irritabilidad

Dietas injustificadas

Exceso de ejercicio físico

Dismorfofobia

Desde Atención Primaria, debemos tener en cuenta que se trata de una enfermedad **BIOPSICOSOCIAL**, por lo que desde el momento en que sospechemos de su existencia, es una parte importante de nuestra labor el **ACOMPañAMIENTO** del/la paciente, el **APOYO**, la **EMPATÍA** y la **ESCUCHA ACTIVA**.

Si contamos con todo ello, será mucho más sencillo conseguir adherencia al tratamiento y actitud colaboradora por su parte.

Sesión 1: Generalidades TCA y relación terapéutica



Sesión 2: Derivación, decisión de tratamiento y recursos Salud



Sesión 3: Resolución de casos clínicos

Lugar: Centro de Salud Actur Sur

Plazo de Inscripción: 17 - 21 Septiembre de 2019.

Vía mail: tcaprimaria@salud.aragon.es

Máximo de asistentes: 10 - 25 profesionales.

Fecha de realización:

- 22 de Octubre 2019
 - 29 de Octubre 2019
 - 5 de Noviembre 2019
- En **horario** de 16-18h (6 horas totales)

Para contactar con nosotros, en caso de tener cualquier duda...

Cristina Santiago (enfermera y organizadora): 664821393

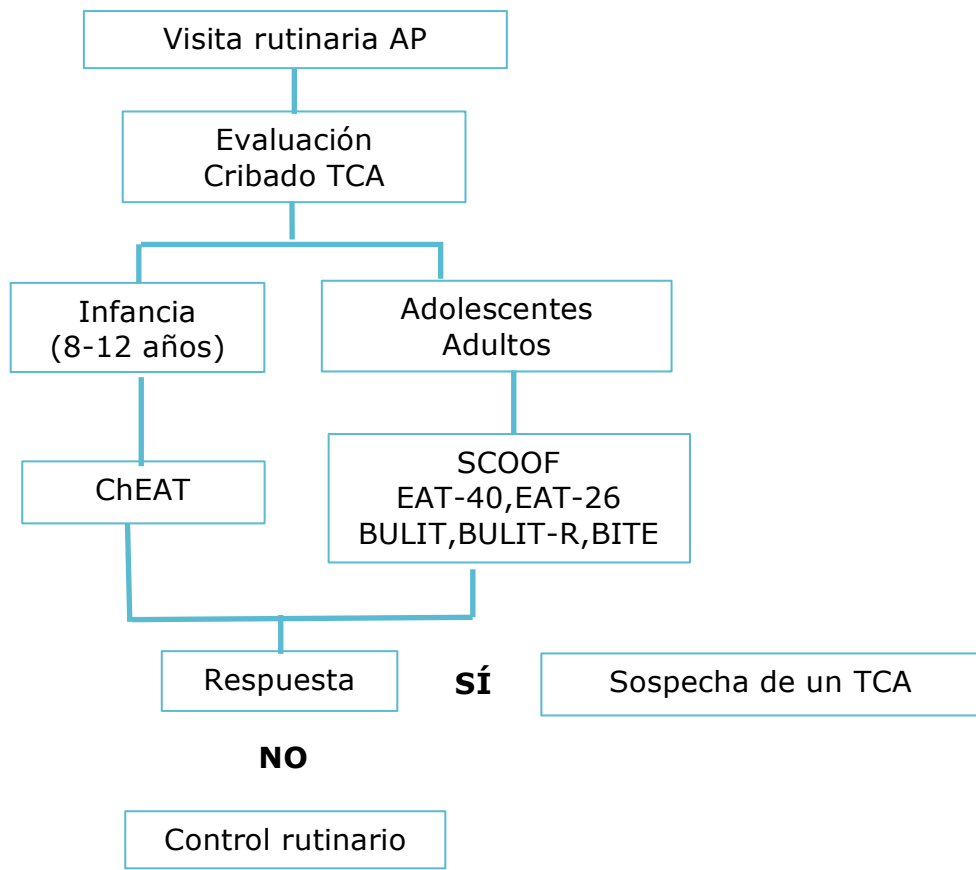
Correo electrónico: acsantiagoc@salud.aragon.es

ANEXO 4. DERIVACIÓN Y DECISIÓN DE TRATAMIENTO

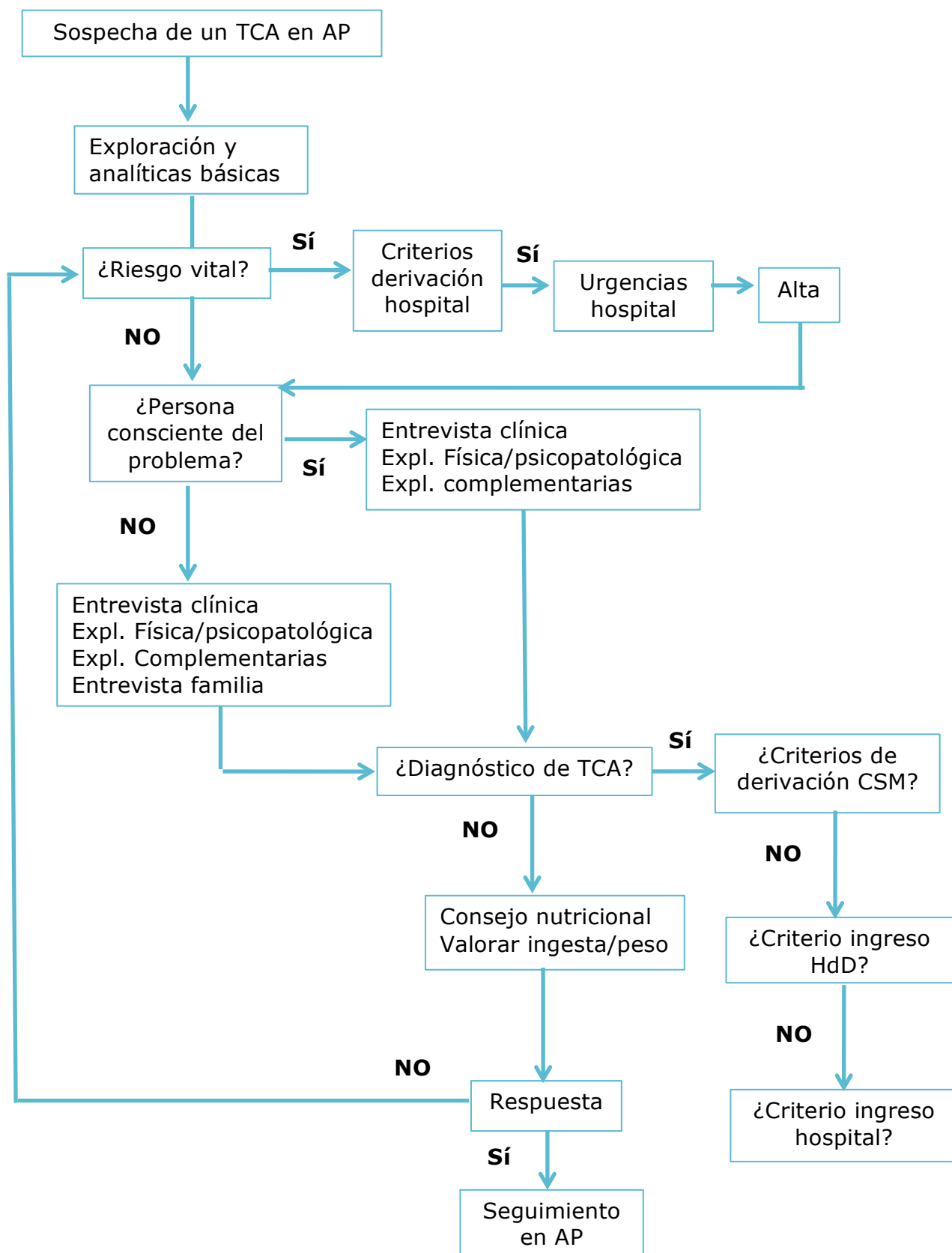
A continuación, se muestra una tabla en la que quedan reflejados los criterios de detección de un TCA, así como de derivación a hospital de día e ingreso hospitalario.

Signos y síntomas de detección de TCA	<p>Restricción alimentaria sin control médico. Adelgazamiento Cambios en hábitos alimentarios: prolongar el tiempo para realizar comidas, rituales. Síntomas y signos físicos de malnutrición. Atracones Vómitos autoprovocados Ejercicio físico con exageración Irritabilidad, inestabilidad emocional</p>
Signos y síntomas de derivación de TCA a Hospital de Día	<p>Pérdida de peso con IMC < 16 kg/m² (o equivalente según tablas percentiladas). Pérdida ponderal que no remite, acelerada de más de 1 kg por semana Comorbilidad psiquiátrica: ansiedad, depresión, TLP. ECG anormal con QT > 450ms, ritmo anormal o disritmia ventricular Deficiencia de P, Mg, K Baja albúmina sérica Temperatura menor de 36° Tratamiento ambulatorio sin éxito tras 3 meses de tratamiento intensivo en AP</p>
Criterios para ingreso hospitalario de TCA	<p>Pérdida ponderal grave: IMC < 15 en mayores de 14 años, pérdida de peso >20-25% Alteraciones hidroelectrolíticas: hipokaliemia < 3 mEq/L, hiponatremia < 125 mEq/L Alteraciones hemodinámicas graves: bradicardias < 40 pm, arritmias Abuso incontrolado de laxantes, diuréticos, descontrol de atracones o vómitos Crisis familiar grave, alteraciones del comportamiento Comorbilidad psiquiátrica grave (depresión, idealización autolítica, tóxicos) Fracaso reiterado del tratamiento ambulatorio especializado</p>

Adaptado de: Asociación de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Protocolos clínicos. Madrid: Ed Siglo;2010.



Adaptado de: Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Ministerio de Sanidad⁽⁹⁾.



Adaptado de: Guía Práctica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Ministerio de Sanidad⁽⁹⁾.

ANEXO 5. RECURSOS EN SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL

A continuación, se explican los recursos de Servicio Aragonés de Salud en cuanto a Salud Mental Infantojuvenil⁽²³⁾.

Unidades de Salud Mental en Atención Primaria pertenecientes al Sector Zaragoza I.

Unidad de Salud Mental de Adultos: USM ACTUR SUR

AVDA. G. Gómez de Avellaneda, 3 - 50.018 Zaragoza 976 52 48 45

Unidad de Salud Mental infantojuvenil: USMIJ ACTUR OESTE

Sector	USM	Población de referencia >18 años	Psiquiatra	Psicólogo clínico	Enfermero especialista en Salud Mental	Trabajador Social	Administrativo
Zaragoza I	Actur Sur	157363	6	3,2	3	2	3
	Actur Oeste (USMIJ)	38994	1,8	2	1		1

C/ Emilia Pardo Bazán, s/n - 50.018 Zaragoza 976 54 75 00

Centros de salud asignados: Actur Norte, Oeste y Sur, Alfajarín, Arrabal, Avenida Cataluña, Bujaraloz, Luna, Parque Goya, Santa Isabel, Villamayor, Zalfonada, Zuera.

Unidades de Salud Mental Hospitalarias

Unidad de Corta Estancia Infantojuvenil : unidad multiprofesional destinada a la hospitalización de niños entre 12 y 18 años con patología mental grave en fase aguda o con requerimientos especiales. Está formada por un equipo interdisciplinar cuyo trabajo debe estar en constante coordinación con la USMIJ de referencia.

Sector	UCE Infantojuvenil	Población referencia	Plazas	Psiquiatra	Enf. SM	TS	TCAE
Zaragoza III	UCEIJ Hospital Clínico	217015	6	1	8	0,33	6

Centro de Día Infantojuvenil: Dispositivo integrado por un equipo interdisciplinar especializado en niños menores de 18 años con patología mental grave. Orientado a la rehabilitación del paciente, cuenta con el apoyo docente de profesores de pedagogía terapéutica. La derivación se realiza desde el equipo de la USMIJ.

Sector	Centro de Día Infantojuvenil	Población referencia	Plazas	Psiquiatra	Psicólogo clínico	Enf. SM	TS	TO
Zaragoza I	CD Infantojuvenil Movera	217015	10	0,2	1	1	1	1

Unidades especializadas en TCA

Unidad de Trastorno de la Personalidad - Unidad de Trastorno de la Conducta Alimentaria de adultos – Hospital de Día de Conducta Alimentaria y Trastornos de la Personalidad

Unidad monográfica multiprofesional especializada en el tratamiento integral de los TLP. Incluye hospitalización, tratamiento en hospital de día y seguimiento ambulatorio. Unidad monográfica multiprofesional especializada en el tratamiento integral de los trastornos de la personalidad.

Compartiendo ubicación se encuentra la unidad especializada en TCA. Dotada de todos los recursos necesarios para una atención integral de los pacientes, comparten psiquiatra y trabajadora social, el ingreso, si se precisa, en espacios y con profesionales comunes a la UTP.

El Hospital de Día de Conducta Alimentaria y Trastornos de la Personalidad se encuentra también en la misma ubicación que las anteriores, comparte con estos equipos: psiquiatra, psicólogo clínico y trabajadora social, tiene dedicación a jornada completa de una enfermera especialista en salud mental y un TCAE. Realiza tratamiento intensivo en horario de mañana con personas con problemas de conducta alimentaria y/o trastornos de la personalidad.

Sector	Unidad de TLP y TCA	Población referencia	Plazas	Psiquiatra	Psicólogo clínico	Enf. SM	TS	TCAE	Otro
Zaragoza I	UTCA HNSG	1072645	2	1	1	2	0,5	1	0,33
	UTP HNSG	1072645	6	2	1	7	0,5	7	0,33
	HD UTP-UTCA	1072645	9	0,5	0,5	1	-	1	0,33

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria Infantojuvenil : Unidad monográfica multiprofesional especializada en el tratamiento integral de los pacientes con TCA en menores de 18 años.

Sector	Unidad de TCA Infantojuvenil	Población referencia	Psiquiatra	Psicólogo clínico	Enf. SM
Zaragoza III	UTCA IJ Hospital Clínico Lozano Blesa	217015	1	1	1

Tablas e información adaptada de: Gobierno de Aragón. Plan de Salud Mental 2017 - 2021. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad; 2017.