



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico: 2017/2018

TRABAJO FIN DE GRADO

**Trastornos Alimentarios y Adolescencia desde Atención
Primaria: Formación de Enfermería**

**Eating disorders and Adolescence from Primary Care:
Nursing training**

Autora: Ana Rita Arezes de Sousa

Director: José Manuel Granada López

ÍNDICE

Resumen	-----	2
Introducción	-----	4
Justificación	-----	6
Objetivos	-----	7
Metodología	-----	7
Desarrollo	-----	9

PROGRAMA DE FORMACIÓN

1. Diagnóstico	-----	9
a. Análisis	-----	9
b. Priorización	-----	11
2. Planificación	-----	12
a. Objetivos	-----	12
b. Población	-----	12
c. Recursos	-----	13
d. Estrategias	-----	15
e. Actividades	-----	16
f. Diagrama de Gantt	-----	20
3. Ejecución	-----	20
4. Evaluación	-----	23
Conclusiones	-----	24
Bibliografía	-----	25
Anexos	-----	28

RESUMEN

Introducción: Los trastornos alimentarios son enfermedades mentales complejas, multicausadas, que suponen un problema relevante de salud pública en los países desarrollados y cuya incidencia y prevalencia se incrementan dramáticamente en la adolescencia. Por consiguiente, en los países occidentales con sistemas sanitarios públicos, atención primaria tiene una posición privilegiada para la detección e intervención precoz en estos trastornos, previniendo así su cronicidad y mejorando el pronóstico. No obstante, ésta sigue siendo una cuestión pendiente.

Objetivo principal: Dotar a enfermería de atención primaria de las herramientas necesarias para el correcto manejo de los trastornos alimentarios, permitiéndoles desarrollar actividades de promoción, prevención y sobre todo, detección temprana de los mismos.

Metodología empleada: En primer lugar se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica a través de diversas bases de datos, el metabuscador Google Académico, además de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). A continuación se ha elaborado un programa de formación basado en la dinamización, motivación, comunicación e interacción de los asistentes a través de diferentes técnicas grupales distribuidas en cuatro sesiones.

Conclusión principal: Es necesario que los profesionales de atención primaria y sobre todo, enfermería, estén familiarizados con los trastornos alimentarios en el contexto de la adolescencia, para poder brindar intervenciones efectivas en cuanto a detección precoz.

Palabras clave: *Trastornos alimentarios, adolescencia, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, DSM-5, epidemiología, prevención, atención primaria, diagnóstico precoz.*

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders are complex mental illnesses with multiple factors involved in their development, which represent a relevant public health problem in developed countries and whose incidence and prevalence increase dramatically in adolescence. Therefore, in the Western world with public healthcare systems, primary care has a privileged position for the detection and early intervention in these disorders, preventing thus its chronicity and improving prognosis. However, this remains a pending issue, and it is necessary to train these professionals so that they are capable of providing effective interventions.

Main Aim: To provide primary care nurses with the necessary tools for the correct management of eating disorders, allowing them to develop promotion, prevention and mainly, early detection activities.

Methodology: First of all, a literature search was carried out through different databases, Google Scholar and Virtual Health Library. Then, a training programme based on the dynamics, motivation, communication and interaction of the attendees was developed through different group techniques distributed in four sessions.

Conclusion: It is necessary that primary care nurses become familiar with eating disorders in the context of adolescence in order to be able to provide effective interventions in terms of early detection.

Keywords: Eating disorders, adolescence, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, DSM-5, epidemiology, prevalence, primary health care, early detection.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha incrementado la presión social sobre el aspecto físico, sobre todo de los y las adolescentes, a los que se proponen modelos de identificación en los que la forma corporal adquiere un valor en sí misma, y con ellos la posibilidad de desarrollar un trastorno de la alimentación (1). En la adolescencia, además, tienen lugar una serie de cambios importantes para el desarrollo óptimo que suponen un reto añadido (2).

Estos trastornos se caracterizan por ser afecciones en que los patrones de consumo de alimentos o de la conducta sobre el control del peso, se ven muy alterados y frecuentemente tienen consecuencias graves en el estado de salud física y mental de quienes los padecen (3).

Atendiendo a la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-5, se ha producido un cambio en la nominación y definición de los trastornos alimentarios (Tabla 1), así como en la concepción de estas psicopatologías. (4).

Tabla 1. Cambios en el nombre y la definición de los trastornos alimentarios, del DSM-IV-TR al DSM-5

DSM-IV-TR (1994)	DSM-5 (2014)
Nombre	
Trastornos de la conducta alimentaria	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos
Definición	
Se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria	Alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial

Así pues, de acuerdo al DSM-5, los trastornos alimentarios se clasifican en: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracón

(TA), otro Trastorno Alimentario o de la Ingesta de Alimentos Especificado, entre otros (Anexo 1), siendo estos los más frecuentes y de mayor interés (3, 4).

Hasta la fecha, se desconoce la etiología de estos trastornos; sin embargo, se acepta que son multifactoriales (3) (Anexo 2), sumándose la predisposición genética, los antecedentes familiares psiquiátricos y/o de trastornos alimentarios, así como aspectos biológicos, ambientales, socioculturales y psicológicos (5). Cabe destacar que las experiencias adversas como el abuso aumentan la vulnerabilidad para este tipo de trastornos (6).

En cuanto a la epidemiología, el aumento de la prevalencia de los trastornos alimentarios (4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes), relacionada con el incremento de la incidencia (2,02%) (7), ha llevado a que estos sean considerados una "epidemia" en sociedades occidentalizadas (8). En España, presentan rangos de prevalencia en la población de mayor riesgo (mujeres entre 12 y 21 años) del 4,1-6,4%, disminuyendo hasta el 0,27-0,90% en los varones adolescentes (9).

El diagnóstico es eminentemente clínico, se basa en la entrevista psiquiátrica, pudiendo ser apoyado por pruebas psicométricas. Los criterios diagnósticos utilizados corresponden a las taxonomías DSM-5 o la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (10). (Anexo 3)

En relación al tratamiento es necesario un abordaje conjunto e interdisciplinar. El abordaje psicológico que ha obtenido mejores resultados es la terapia cognitivo-conductual, y el tratamiento farmacológico puede ser de ayuda administrado conjuntamente con la psicoterapia. (6)

JUSTIFICACIÓN

En definitiva, los trastornos alimentarios son problemas de salud graves, con muchas complicaciones físicas asociadas (Anexo 4), tendencia a la cronificación y altas tasas de comorbilidad (10), que los convierte en un importante problema de salud pública (9).

De este modo, en los países occidentales con sistemas sanitarios públicos en los que Atención Primaria (AP) constituye la entrada del paciente al sistema, su privilegiada posición de primera línea debería jugar un papel clave en la prevención y detección temprana (11) con el objetivo de cambiar el curso clínico y pronóstico de estos trastornos (12).

Sin embargo, la realidad es que AP no cumple con su papel por diversas causas, y no se sienten seguros con estos pacientes, percibidos como enfermos difíciles, consumidores de tiempo y que deben ser tratados específicamente por salud mental (9).

Por todo esto, es necesario desarrollar programas de formación que ayuden a reducir la vulnerabilidad de estos profesionales y de la población, y a favorecer su detección temprana para conseguir un mayor éxito terapéutico.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Dotar a enfermería de AP de las herramientas necesarias para el correcto manejo de los trastornos alimentarios, permitiéndoles desarrollar actividades de promoción, prevención y sobre todo, detección temprana de los mismos.

Objetivos específicos:

- Diseñar e implementar un programa de formación que favorezca un cambio en los conocimientos y actitudes de enfermería hacia los trastornos alimentarios.
- Realizar una revisión actualizada de las características clínicas y criterios diagnósticos de estos trastornos.
- Incrementar los conocimientos y la sensibilización, y contribuir así a una optimización general de la atención a la población.

METODOLOGÍA

En primer lugar, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica. Para la obtención de todo el material se han consultado las siguientes **bases de datos**: PubMed, SciELO, Cuiden Plus, Dialnet y ScienceDirect. Para completar la búsqueda, se ha realizado una indagación informática y manual de protocolos y guías. Asimismo se ha accedido a diferentes artículos a través del **metabuscador** *Google Académico*, además de la **Biblioteca Virtual en Salud** (BVS).

Entre los *criterios de búsqueda* se ha tenido en cuenta: el acceso gratuito al contenido, que los artículos estuvieran comprendidos entre el 2003

y 2017, y como idioma, inglés y español. De este modo, se han utilizado palabras clave recogidas en el Anexo 5 y vocabulario estructurado con los descriptores DeCS y MeSH (Tabla 2), en las fuentes de información disponibles en la BVS. Los términos se unieron haciendo uso del operador booleano 'AND'.

Tabla 2. Términos DeCS y MeSH utilizados

DeCS	MeSH
Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos	Feeding and Eating Disorders
Anorexia/Anorexia nerviosa	Anorexia/Anorexia nervosa
Bulimia/Bulimia nerviosa	Bulimia/Bulimia Nervosa
Trastorno por Atracón	Binge-Eating Disorder
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care
Atención de enfermería	Nursing Care
Prevención primaria	Primary Prevention

Finalizada la búsqueda, se han rechazado las publicaciones que carecían de evidencia científica, los artículos duplicados y aquellos que no aportaban información relevante sobre el tema, de manera que, de todos los artículos revisados, se han seleccionado aquellos que se ajustan mejor al tema de estudio y objetivos (Anexo 5).

Las guías consultadas y que caben destacar se recogen en la Tabla 3.

Tabla 3. Guías de mayor relevancia

– Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. En Consejería de Sanidad de Cantabria: saludcantabria.es
– Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. En Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud: Guiasalud.es

Posteriormente, se ha elaborado un programa de formación dirigido a los profesionales de enfermería de los centros de salud Bombarda-Monsalud y Delicias Norte captados a través de carteles. En concreto, el programa se ha estructurado para que se pueda desarrollar en 4 sesiones en las que se usará una metodología eminentemente práctica basada en la dinamización,

motivación y participación de los asistentes. Por consiguiente, para su desarrollo se ha consultado material de apoyo bibliográfico que se recoge en la Tabla 4.

DESARROLLO

PROGRAMA FORMATIVO

1. DIAGNÓSTICO

a. ANÁLISIS

Progresivamente, los trastornos alimentarios han ido generando un creciente interés social e investigador, ya que el impacto en toda la esfera biopsicosocial de las personas afectadas está siendo devastador (13). La OMS los ha ubicado entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dado el riesgo para la salud que implican (14).

En el mundo occidental constituyen la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes (15,16), llegando a una incidencia del 5% (14). La prevalencia media es de 1/200 en adolescentes de raza blanca. Si bien su aparición es más común entre las mujeres (14), últimamente se detecta un incremento en varones, siendo su proporción actual de 1:6 (17).

Cada año, en Aragón, las unidades de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y del Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza atienden una media de 700 pacientes con trastornos alimentarios. En los últimos años, la incidencia ha ido en aumento, registrando su mayor pico en 2015, con más de 120 casos nuevos (18). Sin olvidar que un 70% van asociados a enfermedades como la depresión, la ansiedad o los comportamientos compulsivos, entre otros (19).

A la importancia de estas cifras se une la baja calidad de vida, la tendencia a la cronicidad, y el riesgo de mortalidad prematura, debido a

complicaciones médicas o incluso al suicidio (20,21). Tanto es así, que la AN es el trastorno psiquiátrico relacionado con mayor mortalidad (22,23).

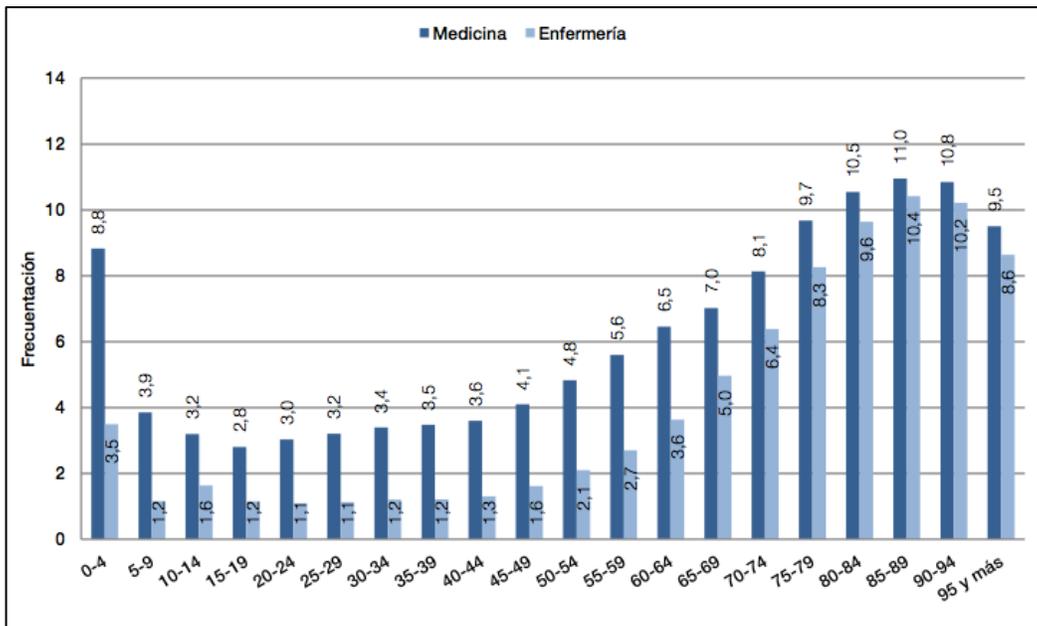
Ante esto, se hace necesario un abordaje correcto de éstos trastornos, así como su prevención y detección temprana, y es aquí donde AP adquiere un papel fundamental y determinante; de hecho, algunos autores opinan que estos pacientes sólo han de ser remitidos a un especialista en determinadas situaciones muy concretas (24,25).

Sin embargo, en el estudio de la bibliografía relacionada se ha podido comprobar que esto sigue siendo una cuestión pendiente.

Gil Canalda MI, et al. (26) refieren que la detección temprana es baja debido a causas como: *“poca información y conocimiento que generalmente posee el profesional de AP, escasa concienciación ante estos trastornos, falta de tiempo real para poder realizar actividades preventivas en la consulta, escasa frecuentación de los adolescentes a las consultas de AP, y su resistencia a reconocer estos problemas”*. Más concretamente, en enfermería, la frecuentación promedio es de 3,5 visitas/año en el grupo de 0 a 4 años, descendiendo hasta 1,6 y 1,2 consulta/persona y año en los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años, e iniciando un ascenso progresivo a partir de los 45 años (27), tal y como se observa en la *figura 1*.

Del mismo modo, *Aguilar Hurtado* (28) apunta a que dicha detección en la práctica resulta dificultosa dado que, por un lado, no se especifica cómo debe realizarse, y por otro, la atención al grupo poblacional de adolescentes resulta complicada. En *March JC et al.* (29) se determina que para los profesionales sanitarios existe una falta de formación específica y sensibilidad especialmente en AP, falta de recursos humanos y materiales, así como una falta de coordinación interniveles e interservicios.

Figura 1. Frecuentación por grupos de edad a la consulta de AP del SNS, 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

b. **PRIORIZACIÓN**

Por todas las consideraciones previas, se pretende elaborar un programa formativo que priorice la detección temprana de estos trastornos en la población de entre 12 y 21 años.

En la adolescencia temprana, el punto principal para ello sería la consulta de enfermería pediátrica de AP en sus revisiones periódicas; sin embargo, a partir de aquí, dada la problemática de frecuentación, se haría necesaria una colaboración con el médico e incluso con otros profesionales del ámbito educativo para que deriven a enfermería todos aquellos casos que estimen oportunos.

Para que esto sea posible, es imprescindible, en primer lugar, facilitar los conocimientos necesarios sobre los trastornos alimentarios, así como sensibilizarles sobre su trascendencia y repercusión. En segundo lugar, capacitarles para realizar una correcta evaluación psicométrica, y por último, que manejen correctamente estrategias básicas para la relación terapéutica y comunicación para con los adolescentes.

2. PLANIFICACIÓN

a. **Objetivos:**

General:

- Contribuir a la detección precoz de los trastornos alimentarios y mejorar su pronóstico a largo plazo, promoviendo además la salud y el bienestar del grupo de riesgo.

Específicos:

- Formar e incrementar los conocimientos de enfermería de AP aportando información adecuada y actualizada.
- Sensibilizar sobre la problemática que conllevan estos trastornos, y la importancia de su actuación.
- Capacitar y mejorar las habilidades en el trato con los adolescentes, permitiéndoles focalizar la atención en la población de riesgo.
- Empoderar a estos profesionales como agentes de prevención, y detección de síntomas y signos de alerta.

b. **Población:**

El programa se va a enfocar en el distrito de Delicias (Zaragoza), ya que es el que tiene mayor densidad de población, y cuenta con un importante número de jóvenes comprendidos entre las edades de 10 y 24 años.

De tal manera que la población diana son los profesionales de enfermería que conforman los centros de salud Bombarda-Monsalud y Delicias Norte, ya que cuentan con una mayor ratio profesional. Así, entre los dos centros de salud se estima un total aproximadamente de 30 profesionales de enfermería.

c. **Recursos:**

El programa se desarrollará en el período de un mes, en el seminario del Centro Cívico de Delicias que cuenta con una sala amplia, luminosa y acondicionada con una pizarra para las actividades que se van a realizar.

Tabla 4. Previsión de los recursos necesarios

Recursos humanos:	Sesiones dirigidas por dos enfermeras, la coordinadora del programa y otra especializada en Salud Mental. Además de la colaboración de un psiquiatra, un psicólogo clínico y un técnico voluntario de ARBADA y de la Fundación APE.
Bibliografía de apoyo:	<p>National Institute for Health and Care Excellence. Eating Disorders: Recognition and Treatment, Full Guideline. 2ª Ed. London (UK): National Guideline Alliance, 2017. Disponible en: https://www.nice.org.uk</p> <p>American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. Disponible en: http://www.psicoaragon.es</p> <p>Grupo de Estudio del Adolescente de la SAMFyC. Guía de Atención al Adolescente. Granada: Junta de Andalucía, Consejería de Sanidad; 2015. [citado 5 abr 2018] Disponible en: http://www.samfyc.es</p> <p>González Gmelch A, et al. Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria. Canarias: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2009. [citado 5 abr 2018]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/principal/</p> <p>Grupo de trabajo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), 2001. Disponible en: http://papps.es</p> <p>Libro: Perpiñá Tordera C. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. 1ª ed. España: Síntesis S.A; 2015.</p>

Material de apoyo didáctico:	Presentación en PowerPoint, fichas de trabajo, cuestionarios, Video (complemento de la sesión 2: "El peso de la vida" disponible en: http://www.rtve.es)
Material inventariable:	Ordenador portátil, proyector y puntero con láser
Material diverso:	Folios, bolígrafos, cuestionarios de evaluación y satisfacción, carteles y díptico divulgativo.

Tabla 5. Presupuesto del programa de formación

<i>Descripción</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Precio Unitario</i>	TOTAL
MATERIALES			
Alquiler seminario	1	12 €/h	96 €
Alquiler proyector	1	35 €/día	140 €
Puntero láser	2	7.15 €	14.30 €
Paquete folios	4	2.40 €	9.60 €
Bolígrafos	35	0.30 €	10.50 €
Carteles divulgativos	40	1 €	40 €
Díptico	35	0.30 €	10.50 €
Fotocopias (cuestionarios, etc.)	200	0.02 €	4 €
PERSONAL			
Enfermera	2	75 €/h	1200 €
Médico Psiquiatra	1	75 €/h	118.75 €
Psicólogo Clínico	1	50 €	50 €
Costes del desplazamiento:	ARBADA y APE → Transporte público	1.35 €	2.70 €
			1696.35€

d. **Estrategias:**

El equipo que se encarga de realizar y coordinar todas las sesiones está formado por 2 profesionales de enfermería, uno de ellos especializado en Salud Mental. Estos, además de sus conocimientos y experiencia, se han informado previamente a través de una revisión bibliográfica. Asimismo se ponen en contacto con asociaciones como ARBADA y Fundación APE. De igual forma, se cuenta con la colaboración de un psicólogo clínico especializado en adolescencia y un psiquiatra para aumentar la eficacia del programa y lograr unos mejores resultados.

El programa se desarrolla en 4 sesiones (1 a la semana) con el objetivo de conseguir una mejor asimilación de los contenidos.

- **Estrategias de captación:**

Se colocarán varios carteles (Anexo 6) en los diferentes tablones de anuncios de ambos centros de salud para que los profesionales puedan visibilizarlos. Este contará además con un e-mail y un teléfono de contacto por si les surge alguna duda, y para que puedan indicar su participación.

- **Estrategias de intervención:**

En la primera sesión se entregará un díptico (Anexo 7) que contiene información sintetizada sobre el programa y sus sesiones.

Además, estas sesiones se desarrollarán a nivel grupal, usando técnicas de dinamización como dividirlos en pequeños subgrupos para conseguir una experiencia más útil y fomentar una mayor asimilación de los contenidos. De igual forma, se usarán técnicas para favorecer su implicación: juego de roles, brainstorming, etc.

e. **Actividades:**

SESIÓN 1. Adentrémonos en el mundo de los trastornos de la alimentación, un problema presente.

Objetivo: Incrementar los conocimientos de los asistentes en cuanto a trastornos alimentarios aportando información adecuada y actualizada

ACTIVIDADES	OBJETIVOS OPERATIVOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	RECURSOS	DURACIÓN
Cuestionario inicial sobre conocimientos previos acerca de los trastornos alimentarios. (Anexo 8)	Evaluar la situación de partida respecto a los contenidos que se van a desarrollar en el programa.	Tras una breve presentación del grupo, se distribuirá el cuestionario que tendrán que rellenar de manera individual y de acuerdo a sus conocimientos.	Enfermería. Cuestionario y bolígrafos.	10 min
Explicación de los contenidos más teóricos acerca de los Trastornos Alimentarios, y resolución de dudas.	Adquirir los conocimientos más relevantes para su ejercicio profesional siendo capaces de expresar con sus palabras las ideas más importantes.	Simposio con presentación Power Point de apoyo de los aspectos más relevantes y básicos de estos trastornos, profundizando en Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por Atracón (TA). Al finalizar, se dejarán 10 minutos para resolver cualquier duda que haya podido surgir.	Enfermería y psiquiatra. Ordenador, proyector, puntero láser, Power Point, papel y bolígrafo.	60 min
Reflexión y análisis de sus creencias, 'prejuicios', estigmas sobre estos trastornos como obstáculos en su formación.	Reconocer su actitud y modificar creencias erróneas para poder identificarse como un miembro activo y responsable de estos trastornos.	"Brainstorming" sobre: opiniones, creencias de los trastornos alimentarios en el ejercicio diario de su profesión. Se concluirá con un breve resumen de las mejores ideas, y se corregirán aquellas que resulten incorrectas.	Enfermería y psiquiatra.	35 min
Selección y recomendación de material bibliográfico importante y de utilidad para la práctica clínica.	Emplear materiales adecuados que les permita optimizar su formación como profesionales en este ámbito.	Se les facilitará la consulta del material que se ha utilizado en la elaboración de esta sesión, entre otros, explicándoles cómo acceder a él a través de páginas web, o en su defecto, dónde pueden encontrarlo y el coste.	Enfermería. Bibliografía de apoyo, portátil y wi-fi.	15 min

SESIÓN 2. *Conociendo no solo las vivencias, sino la repercusión que traen consigo: "Hablemos de cifras y de AP"*

Objetivo: Sensibilizar a estos profesionales sobre la gravedad y problemática de estos trastornos, y la importancia de su actuación

ACTIVIDADES	OBJETIVOS OPERATIVOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	RECURSOS	DURACIÓN
Charla con ARBADA (Asociación Aragonesa de Familiares de Enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria) y Fundación APE .	Concienciar y conocer los datos epidemiológicos referentes a estas enfermedades, así como la importante labor de estas organizaciones.	A través de la técnica grupal "Panel" se abordarán temas como: datos estadísticos, sensibilización y concienciación social, la importancia de visibilizar los trastornos alimenticios, entre otros, con la colaboración de un miembro de ARBADA, así como de la Fundación APE.	Enfermería, miembros de ARBADA y fundación APE.	45 min
Documental "El peso de la vida" de TVE: 8 casos de trastornos alimentarios donde los protagonistas relatan su testimonio, junto con familiares y profesionales.	Analizar e identificar las graves consecuencias, secuelas irreversibles, pronóstico y evolución de estos trastornos, y de cómo dependen en gran medida de un diagnóstico precoz.	Se visualizarán los fragmentos más importantes de cada caso del documental; y con cada uno se utilizará la técnica "Philips 66" donde pequeños subgrupos discutirán brevemente sobre el contenido, exponiendo diferentes puntos de vista, para finalmente obtener una idea general de las conclusiones de cada grupo.	Enfermería. Ordenador, proyector, wi-fi y acceso a internet.	75 min
Atención primaria y trastornos de la alimentación, ¿Por qué nosotros y en qué podemos actuar?	Motivar la participación y el compromiso de estos profesionales de manera que al finalizar asuman y apoyen sus funciones.	Primero, se explicarán las funciones de AP sobre estos trastornos que se recogen en las guías clínicas nacionales, la importancia de su posición como entrada al sistema, y el impacto positivo en el pronóstico de estos. Seguidamente, se desarrollará un debate con dos equipos donde uno estará a favor de lo planteado, mientras que el otro sostendrá una posición contraria.	Enfermería.	30 min

SESIÓN 3. *El adolescente en la Consulta de Atención Primaria: Habilidades Psicosociales*

Objetivo: Capacitar y mejorar las habilidades de estos profesionales en el trato con adolescentes en la consulta

ACTIVIDADES	OBJETIVOS OPERATIVOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	RECURSOS	DURACIÓN
<p>Autoevaluación inicial: Planteamiento de interrogantes que permitan una valoración de su percepción inicial.</p>	<p>Evaluar el punto de partida e identificar oportunidades de mejora.</p>	<p>Cuestionario en torno a 4 preguntas breves que los asistentes deberán contestar con [Sí] o [No]. (Anexo 9)</p>	<p>Cuestionario y bolígrafo.</p>	<p>5 min</p>
<p>Aprendiendo sobre: el modelo de Comunicación Centrada en el Adolescente – Paciente.</p>	<p>Comunicarse adecuadamente y lograr los resultados esperados de esa comunicación.</p>	<p><u>Simposio donde se explicará:</u> a) Puntos a seguir para adoptar este modelo de comunicación. b) Técnicas de apoyo narrativo, comunicación no verbal y técnica del puente. c) Actitud en torno a 4 pautas principales: empatía, confianza, conectar con las emociones, conectar con la familia del adolescente, entre otras.</p>	<p>Psicólogo clínico y Enfermería. Guía de Atención al Adolescente. Esquema de las actividades.</p>	<p>60 min</p>
<p>Técnicas que permiten comunicarse de forma más eficaz con el adolescente.</p>				
<p>¿Cómo conectar con un adolescente?</p>				
<p>Herramientas de utilidad para la entrevista clínica.</p>	<p>Adoptar una actitud correcta durante la entrevista del adolescente.</p>	<p>Por último, "Role playing" donde se distribuirá el papel de adolescente, familiar y de enfermero/a entre los asistentes y tendrán que teatralizarlo, y poner en práctica todo lo expuesto anteriormente. Al finalizar, entrega de un documento con los puntos tratados (Anexo 10).</p>		
	<p>Reconocer y usar instrumentos de apoyo que les permitan llevar a cabo una atención clínica integral de un adolescente.</p>	<p>Proyección de un vídeo generado a partir de Power Point, donde se explicará: Consejo sociosanitario participativo (4 fases -ver, juzgar, actuar, evaluar- y pautas a seguir). Acrónimos FACTORES y HEEADSSS (Anexo 11).</p>	<p>Enfermería y Guía de Atención al Adolescente. Ordenador, proyector y vídeo.</p>	<p>25 min</p>

SESIÓN 4. Detección temprana de los trastornos alimentarios: ¿Qué podemos hacer nosotros y cómo?

Objetivo: Empoderar a estos profesionales como agentes de prevención, y detección de síntomas y signos de alerta

ACTIVIDADES	OBJETIVOS OPERATIVOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	RECURSOS	DURACIÓN
Detección temprana encaminada a: Prevención Primaria	Reconocer y desarrollar aspectos que pueden desencadenar estos trastornos y prevenir la aparición de nuevos casos.	Simposio, en el que se les explicarán y enseñarán actividades de protección- prevención primaria de estos trastornos, profundizando en alimentación saludable y fomento de la autoestima.	Enfermería.	25 min
Detección temprana encaminada a: Prevención Secundaria	Llevar a cabo actividades adecuadas de detección precoz que reduzcan el tiempo entre el debut y e inicio de tratamiento, así como duración del trastorno.	Simposio con Power-Point de apoyo dónde se abordarán los siguientes puntos: Cuestionarios o pruebas psicométricas que ayudan en el cribado: Encuesta SCOFF y Escala de actitudes hacia la comida (Anexo 12). Exploración: qué debe incluir Atención a los síntomas y signos de alarma. (Anexo 13)	Enfermería. Ordenador, proyector, puntero láser, Power Point, papel y bolígrafo.	45 min
¿Cuándo remitir a un servicio especializado?	Distinguir criterios de gravedad, así como de hospitalización y derivar oportunamente al especialista de referencia.	Se entregará un esquema en el que se recojan todos estos criterios, y se comentarán los aspectos más importantes. (Anexo 14)	Enfermería y Esquema.	10 min
Análisis de un caso	Demostrar su capacitación poniendo en práctica todo lo expuesto anteriormente.	Se expondrá un caso concreto, y en pequeños grupos tendrán que analizar la situación y determinar de forma detallada qué harían y por qué.	Enfermería. Proyector, papel y bolígrafo.	40 min

f. **Diagrama de Gantt:**

	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
Búsqueda bibliográfica																
Captación de población diana																
Planificación de sesiones																
Preparación de sesiones																
Administración y análisis de cuestionarios																
Ejecución de sesiones																
Evaluación global																

3. **EJECUCIÓN**

En este punto, se exponen brevemente los aspectos más relevantes que se van a trabajar en las sesiones:

SESIÓN 1

Tras presentarse, se reparte el cuestionario inicial. Una vez finalizado, comienza un simposio para explicar los contenidos más teóricos sobre los trastornos alimentarios, contando con la colaboración de un psiquiatra. Aquí, se incide en: cambio de nominación y definición, clasificación, etiología, cambios en DSM-5, etc.

Para terminar, se dan unos 10 minutos para resolución de dudas. A continuación, se empieza con fraccionamiento del gran grupo fomentando así la participación de forma simultánea, generando ideas y extrayendo

información a través de un “Brainstorming” sobre prejuicios y estigmas que puedan surgir en el trato con estos pacientes y que obstaculizan su labor como profesionales de la salud.

Por último, se les explica cómo acceder a la bibliografía usada en la sesión, siendo esta:

Tabla 5. Bibliografía de la primera sesión

-
- ***Eating Disorders: Recognition and Treatment, Full Guideline***
 - ***Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.***
 - ***Libro: Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.***
-

Así se busca dar recursos que permiten ampliar sus conocimientos todavía más, mejorar sus capacidades y desarrollar una mejor labor profesional.

SESIÓN 2

La primera actividad cuenta con un voluntario de ARBADA y otro de la Fundación APE, quiénes además de informar sobre su labor, también contarán sus propias vivencias como familiares de enfermos. Junto con los profesionales de enfermería se abordarán también datos epidemiológicos y la importancia de la concienciación social.

Seguidamente, se proyecta el documental disponible en RTVE “El peso de la vida”. Así se pretende sensibilizar y acercar a los asistentes al mundo de miedos, soledad y dolor que causan estas enfermedades mentales.

Al finalizar, se profundizará en las funciones de AP en torno a estos trastornos, tales como identificar a las personas con riesgo, decidir si se puede tratar en AP o hay que derivar, informar a pacientes y familiares, iniciar el tratamiento nutricional y controlar las complicaciones físicas, entre otras.

Por último, se generará un debate en torno a estos conceptos para motivar su iniciativa y aprendizaje con argumentos objetivos.

SESIÓN 3

Se empieza la sesión con un cuestionario de tan sólo 4 preguntas dicotómicas. Seguidamente se imparte un simposio sobre: *comunicación centrada en el adolescente-paciente, técnicas que mejoran la comunicación, y por último actitudes que permiten conectar con el adolescente y sus familiares*; y se detallan en una ficha que se entrega al finalizar la actividad.

Para terminar, se explica a través de un vídeo herramientas de utilidad para la entrevista clínica. En primer lugar se exponen las fases del “consejo sociosanitario participativo”, y además, se les explica que su finalidad es que con su intervención los adolescentes sean más operativos y que para ello deben seguir unas recomendaciones como ayudar al adolescente a determinar las causas y condicionantes de su problema, alentarle a examinar posibles soluciones, etc.

De igual forma, se abordan los acrónimos FACTORES y HEEADSSS, muy útiles para hacer la entrevista con cierto orden y recolectar datos.

SESIÓN 4

La última sesión busca instruir sobre la detección temprana de los trastornos alimentarios.

En lo que respecta a **prevención primaria**, se abordan actividades de protección como proporcionar una información adecuada sobre nutrición, cambios corporales y ejercicio saludable, educar ciertas ideas y actitudes relativas al cuerpo, concienciar de la necesidad de ser críticos frente a la publicidad, entre muchas otras.

En cuanto a **prevención secundaria**, en primer lugar, se les explica y entregan *dos pruebas psicométricas* de ayuda en el cribado: SCOFF que valora la pérdida de control sobre la ingesta, purgas e insatisfacción corporal y Escala de actitudes hacia la comida (EAT-26), cuyo objetivo es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios.

En segundo lugar, se desarrolla qué debe incluir una correcta exploración ante una sospecha, incidiendo en:

- Exploración física con **índice de masa corporal y evolución ponderal** dos veces por semana durante al menos un mes, seguido de una **exploración detallada por aparatos**, y por supuesto acompañada de pruebas complementarias.
- Obtener la **historia del hábito alimentario**.
- Evaluación psicosocial con la exploración de los **síntomas cognitivos y emocionales**.

En tercer lugar, se comentan los síntomas y signos de alarma ante los que se requiere especial atención, y que se recogen en el Anexo 13.

En la siguiente actividad se entrega una ficha-esquema, también en anexos, en la que se recogen los criterios de derivación y de hospitalización ante casos graves, y se comentan brevemente.

Por último, y a modo de evaluación se lleva a cabo una actividad didáctica "Análisis de un caso".

4. **EVALUACIÓN**

En primer lugar, se distribuye un cuestionario en la primera y en la última sesión, sobre '*Conocimientos sobre trastornos alimentarios*' que permita determinar si se ha alcanzado el objetivo propuesto.

Así mismo, al inicio de la tercera sesión se reparte un breve cuestionario en torno a '*El adolescente en la consulta de AP*', y en este caso se hará una evaluación a largo plazo, de manera que al cabo de un mes tras finalizar el programa, se enviará el mismo cuestionario por e-mail para poder contrastar con las respuestas iniciales.

Además, en cada una de las sesiones se han utilizado diferentes métodos y actividades para evaluar si los objetivos de la propia sesión han sido cumplidos. Los recursos empleados, así como las actividades y los métodos se evaluarán mediante una encuesta de satisfacción (Anexo 15) que entregaremos a todos los participantes al finalizar la cuarta sesión, y a través de una puesta en común sobre "propuestas de mejora".

CONCLUSIONES

Los trastornos alimentarios por su repercusión en la salud y la calidad de vida, el coste económico y social, hacen necesaria una actuación integral que aborde el problema desde la promoción, la prevención y la detección precoz.

De manera que, por su accesibilidad, continuidad de la atención y múltiples posibilidades de contacto, atención primaria puede y debe desempeñar un papel relevante en torno a estos aspectos detectando factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad, y para ello es prioritario formar a estos profesionales en el trabajo con adolescentes y en los trastornos alimentarios, brindándoles herramientas que les sean útiles y apoyen su intervención.

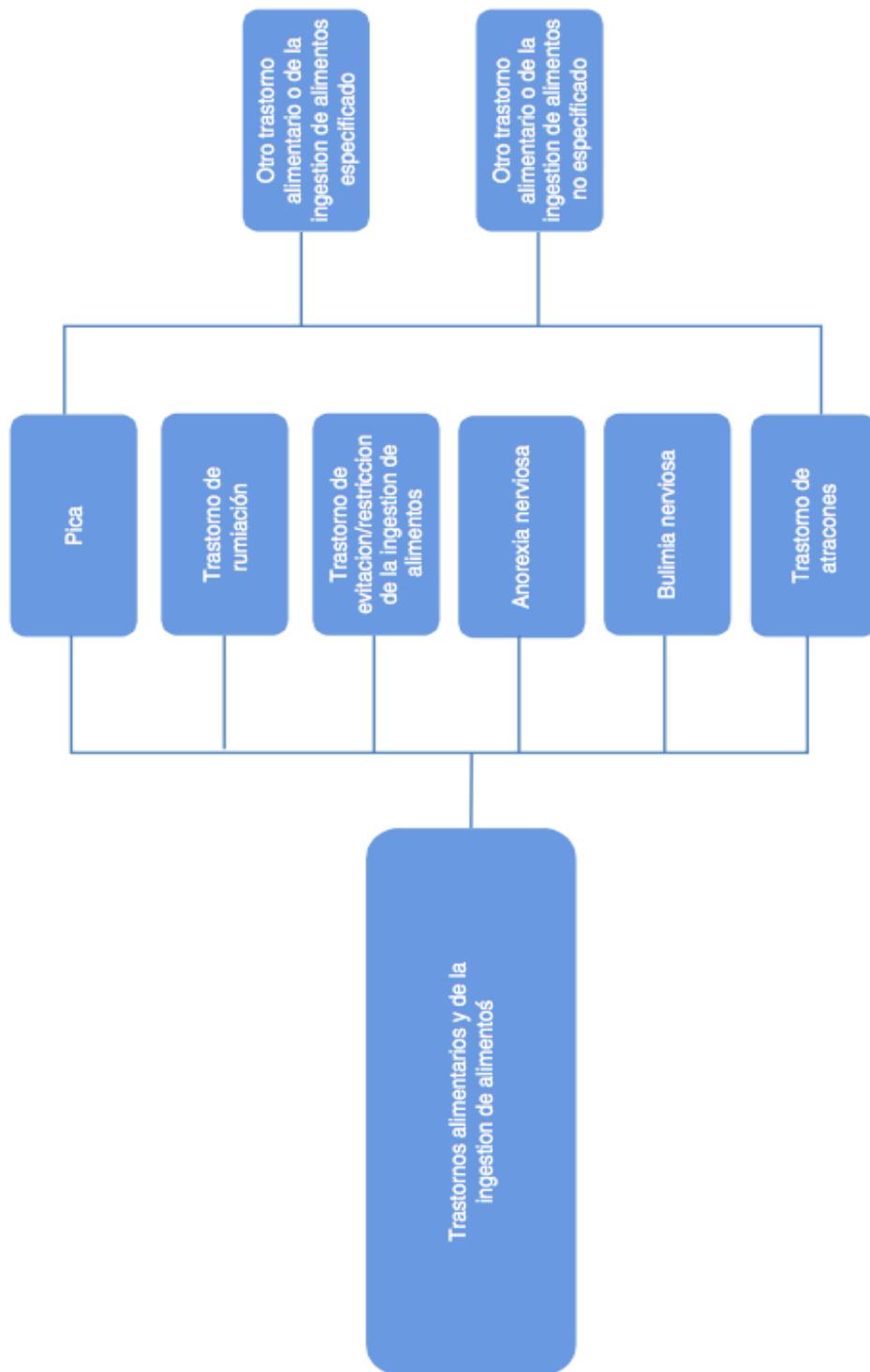
BIBLIOGRAFÍA

1. González-Juárez C, Pérez-Pérez E, Martín Cabrera B, Mitja Pau I, Roy de Pablo R, Vázquez de la Torre Escalera P. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Aten Primaria*. 2007;39(4):189-94
2. Jiménez Ortega AI, González Iglesias MJ, Gimeno Pita P, Ortega RM. Problemática nutricional de la población femenina adolescente. *Nutr Hosp*. 2015;32(1):5-9
3. Hernández-Muñoz S, Camarena-Medellin B. El papel del gen del transportador de serotonina en los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Colomb Psiquiat*. 2014;43(4):218-24.
4. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Diaz JM. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2015;6:108-20
5. Dueñas Disotuar Y, Murray Hurtado M, Rubio Morell B, Murjani Bharwani HS, Jiménez Sosa A. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutr Hosp*. 2015;32(5):2091-97
6. Castro-Fornieles J. Panorama actual de los trastornos de la conducta alimentaria. *Endocrinol Nutr*. 2015;62(3):111-13
7. Sánchez Socarrás V, Aguilar Martínez A, Vaqué Crusellas C, Milá Villarroel R, González Rivasa F. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos generales en trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de ciencias de la salud. *Aten Primaria*. 2016;48(7):468-78
8. Peláez Fernández MA, Raich Escursell RM, Labrador Encinas FJ. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2010;1:62-75.
9. Garcia-Campayo J, Cebolla A, Baños RM. Trastornos de conducta alimentaria y atención primaria: el desafío de las nuevas tecnologías. *Aten Primaria*. 2014;46(5):229-30
10. Fernández Rojo S, Grande Linares T, Banzo Arguis C, Félix-Alcántara MP. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*. 2015;11(86):5144-52.

11. Del Rey Calero J. Manejo de la salud y atención primaria. An R Acad Nac Med (Madr). 2009;126:35-49.
12. Graell Berna M, Villaseñor Montarroso A, Faya Barrios M. Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Del nacimiento a la adolescencia. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015:423-30.
13. Calero Marín de Villodres P. Anorexia y bulimia: Guía de cuidados enfermeros en trastornos de la conducta alimentaria. Hospitalización completa. Vol 24. 3ª ed. Madrid: Index Enferm; 2015.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200017 (último acceso 31 marzo)
14. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Rev Med Clin Condes. 2011; 22(1):85-97
15. Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la Juventud de Aragón. Guía Práctica: Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2ª ed. 2014. Disponible en:
https://imagenysalud14.files.wordpress.com/2014/09/001_prevencion_tca-aragc3b3n.pdf (último acceso 31 marzo)
16. Gómez del Barrio JA, Gaité Pindado L, Gómez E, Carral Fernández L, Herrero Castanedo S, Vázquez-Barquero JL. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Cantabria: Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2012.
17. Romanillos Vidaña T. Trastornos de la conducta alimentaria y medios de comunicación. FMC. 2014;21(9):517-9
18. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón [Internet]. Zaragoza: Berné; [5 abr 2017; citado 7 abr 2018].
Disponible en: <http://www.iisaragon.es/buenas-practicas-en-la-prevencion-de-la-anorexia-y-la-bulimia/>
19. Instituto Aragonés de la Juventud. Informe 2010: Población Joven en Aragón. 171-173

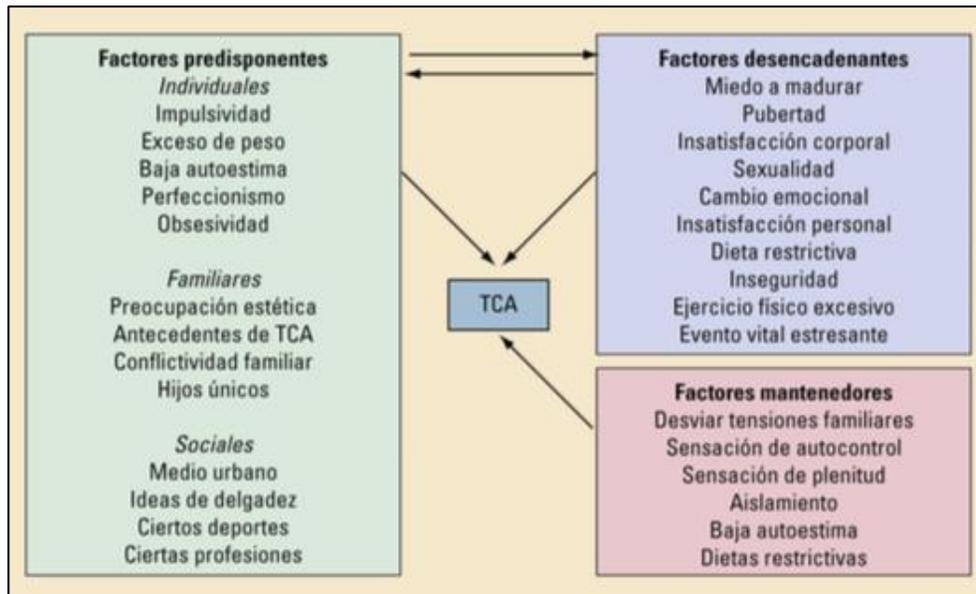
20. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM^a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp.* 2012;27(2):391-401
21. Martínez-González L, Fernández Villa T, Molina de la Torre AJ, Ayán Pérez C, Bueno Cavanillas A, Capelo Álvarez R. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutr Hosp.* 2014;30(4):927-934
22. Gaete MV, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte I. Epidemiología, clasificación y evaluación inicial. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2012; 23(5):566-578
23. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(7):724-731.
24. Gil Canalda MI, Candela Villanueva JP, Cecilia Rodríguez M. Atención primaria y los trastornos de la alimentación: ¿qué podemos hacer nosotros? (II). *Aten Primaria* 2003;31(4):248-51
25. González Gmelch A, González Isasi A, Beneyto Naranjo C, González Noguera C, Salesansky Davidovsky A, Gamero Arias L, et al. Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria. Canarias: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2009.
26. Gil Canalda MI, Candela Villanueva JP, Cecilia Rodríguez M. Atención primaria y trastornos de la alimentación: nuestra actitud frente a ellos (I). *Aten Primaria* 2003;31(3):178-80
27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Promoción, prevención y atención a los problemas de salud. Informe anual del Sistema Nacional de Salud; 2016.
28. Aguilar Hurtado E. Atención al adolescente y detección de las alteraciones del comportamiento alimentario: tenemos que dar un paso al frente. *Aten Primaria.* 2007;39(1):7-13
29. March JC, Suess A, Prieto MA, Escudero MJ, Nebot M, Cabeza E, Pallicer A. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutr Hosp.* 2006;21(1):4-12

Anexo 1. Esquema de la Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo al DSM-5



Fuente: American Psychiatric Association (APA, 2013)

Anexo 2. Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria



Fuente: Fernández Rojo S, Grande Linares T, Banzo Arguis C, Félix-Alcántara MP. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*. 2015;11(86):p.5144-52.

Anexo 3.

A. Criterios diagnósticos para la AN según el DSM-IV-TR y cambios en el DSM-5

Criterios de anorexia nerviosa según el DSM-IV-TR

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable)
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal
- D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos

Criterios actuales según el DSM-5

- A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo
Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura
- 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

B. Criterios diagnósticos para BN según el DSM-IV-TR y cambios en el DSM-5

Criterios de la bulimia nerviosa según el DSM-IV-TR

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por
1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, 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
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo, no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses
- D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y silueta corporales

Criterios actuales según el DSM-5

- A. Se mantiene igual
- B. Se mantiene 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
- D. Se mantiene igual

C. Criterios diagnósticos del TA

DSM-IV-TR (F 50.9) y CIE-10 (F50.8)

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

DSM-5 (307.51)

Trastorno de atracones

- A) Episodios recurrentes de atracones
- Cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de la gente ingeriría
 - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere (por ejemplo, no poder parar)
- B) Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes
- Comer mucho más rápidamente de lo normal
 - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 - Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente
 - Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere
 - 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
- No cumple criterios (< vez/semana o < 3 meses)
- "Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado" 307.59

D. CIE 10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades)

F50.0 Anorexia nerviosa

- a. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento
- b. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos
- c. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal
- d. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina
- e. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía

F50.2 Bulimia nerviosa

- a. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo
- b. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina
- c. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea

Fuente: Fernández Rojo S, Grande Linares T, Banzo Arguis C, Félix-Alcántara MP. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*. 2015;11(86):p.5144-52.

Anexo 4. Complicaciones médicas según la evolución y gravedad del TCA

Metabólicas	Hipoglicemia
Hidro-electrolíticas	↓Potasio ↓Sodio ↓Cloro ↓Fosfato ↓Calcio ↓Magnesio ↓Zinc
Hematológicas	Anemia Leucopenia Trombocitopenia
Cardiovasculares	Hipotensión Arritmias Cambios en el ECG (bajo voltaje, bradicardia sinusal, inversión de la onda T, depresión del segmento ST e intervalo QT prolongado)
Pulmonares	Neumotórax (rara)
Gastrointestinales	Hematemesis Úlcera gástrica ↓Motilidad intestinal (constipación)
Renales	↑ Urea y creatinina Oliguria Anuria

Neurológicas o de la función cognitiva	Convulsiones Encefalopatías metabólicas Disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.) Disminución del volumen cerebral
Músculo-esqueléticas	Osteoporosis Pérdida de fuerza muscular Miopatía proximal
Endocrinas	Amenorrea y otras alteraciones menstruales Retardo de crecimiento Ovario poliquístico ↑ Cortisol Secreción inapropiada de hormona antidiurética
Otras secundarias a purgas	Erosiones del esmalte dental Esofagitis Síndrome de Mallory-Weiss Ruptura esofágica o gástrica Neumonía aspirativa Acidosis metabólica Deshidratación crónica Aumento nitrógeno ureico sanguíneo Predisposición a nefrolitiasis

Fuente: Gaete MV, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. Rev Med Clin. Condes.2012;23(5):p.579-91

Anexo 5. Metodología (Bases de datos consultadas y artículos)

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
PubMed	“Eating disorders” “Early detection” “Adolescence”	3	1
Scielo	“Trastornos de la Conducta Alimentaria” “Prevalencia” “Jóvenes”	2	1
Cuiden Plus	“Bulimia Nerviosa” “Anorexia Nerviosa”	3	2
Dialnet	“Trastornos de la alimentación” “Atención Primaria” Diagnóstico precoz”	6	4
Science Direct	“Prevención” “Trastornos Alimentarios” “Anorexia Nerviosa”	7	4
Metabuscador Google Académico	“Trastornos Alimentarios” “Adolescencia” “Atención Primaria”	12	9
BVS	Descriptores DeCS y MeSH (tabla 2)	15	8
TOTAL	-	48	29

Fuente: elaboración propia

Anexo 6. Cartel de divulgación

Trastornos Alimentarios y Adolescencia en Atención Primaria

TÚ PUEDES SER

AGENTE DE SALUD ¡FÓRMATE!

Programa de formación para enfermería
Ponte en contacto:
☎ 675 411 132
✉ ana.enferzaragoza@hotmail.com

ARBADA
ASOCIACIÓN ARAGONESA DE FAMILIARES DE ENFERMOS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA Y BULIMIA

Fundación APE

salud
servicio aragonés de salud

Fuente: elaboración propia

Anexo 7. Díptico informativo

Quiénes somos:

Grupo formado por *dos enfermeras*: la coordinadora del programa y otra especializada en Salud Mental. Además de la colaboración de un *psiquiatra*, un *psicólogo clínico* y un *técnico voluntario de ARBADA y de la Fundación APE*, quiénes impartirán las diferentes actividades durante las cuales se pretende instruir sobre el trabajo con adolescentes y los trastornos alimentarios.

Contacto:

Coordinadora: Ana

Teléfono: (+34) 675 411 132

Fax: (+34) 976 784 389

E-mail: ana.enferzaragoza@hotmail.com



PROGRAMA DE FORMACIÓN DIRIGIDO A ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y ADOLESCENCIA

JUSTIFICACIÓN:

Atención Primaria con su privilegiada posición de primera línea de atención sanitaria, debería jugar un papel clave en la prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento precoz de estos trastornos.

OBJETIVO:

Contribuir a la detección precoz de los trastornos alimentarios y mejorar su pronóstico a largo plazo, promoviendo además la salud y el bienestar del grupo de riesgo.

DIRIGIDO A:

Profesionales de enfermería de los centros de salud:
Bombarda-Monsalud y Delicias Norte, Zaragoza.

DURACIÓN:

8 horas repartidas en 4 sesiones

FECHAS Y HORARIO: Miércoles de Abril

4 - 17 a 19h
11 - 16 a 18:30h
18 - 16 a 17:30h
25 - 17 a 19h

CONTENIDOS:

SESIÓN 1. Adentrémonos en el mundo de los trastornos de la alimentación, un problema presente.

Objetivo: Incrementar los conocimientos aportando información adecuada y actualizada

SESIÓN 2. Conociendo no solo las vivencias, sino la repercusión que traen consigo: "Hablemos de cifras y de AP"

Objetivo: Sensibilizar sobre la gravedad y problemática de estos trastornos, y la importancia de nuestra actuación

SESIÓN 3. El adolescente en la Consulta de Atención Primaria: Habilidades Psicosociales

Objetivo: Capacitar y mejorar nuestras habilidades como profesionales en el trato con adolescentes en la consulta

SESIÓN 4. Detección temprana de los trastornos alimentarios: ¿Qué podemos hacer nosotros y cómo?

Objetivo: Empoderarnos como agentes de prevención, y detección de síntomas y signos de alerta

LUGAR DE CELEBRACIÓN:

Centro Cívico Delicias
Avenida Navarra, 54 - 50010
Zaragoza

☎ 976 726 169

✉ civicodealicias1@zaragoza.es

Anexo 8. Cuestionario inicial

Cuestionario de conocimientos sobre los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos

1. ¿Qué son los Trastornos Alimentarios? Rodee con un círculo aquella respuesta que considere correcta:

- a) Enfermedades mentales que afectan al cuerpo de las personas, y que están causadas por factores psicológicos y socio-culturales con complicaciones físicas y psicológicas que ponen en alto riesgo la salud de las personas que las padecen.
- b) No se pueden definir como una enfermedad puesto que en muchos casos tan solo se trata de desórdenes alimenticios que se adquieren como una tendencia para "llamar la atención".
- c) Trastornos caracterizados por alteraciones graves de la conducta alimentaria que se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo,...).
- d) Graves alteraciones en las conductas relacionadas con la alimentación y el control de peso, que llevan a una alteración en el consumo o absorción de los alimentos produciendo una gran variedad de consecuencias psicológicas, físicas y sociales adversas.

2. De las siguientes opciones señale todas aquellas que se pueden clasificar como Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos:

- | | |
|----------------|------------------------------|
| I. Ortorexia | V. Tanorexia |
| II. Anorexia | VI. Obesidad |
| III. Vigorexia | VII. Bulimia |
| IV. Pica | VIII. Trastorno de rumiación |

3. En cuanto a la etiología, ¿cuál de los siguientes factores pueden desencadenar la aparición de un trastorno alimentario?

- a) Antecedentes de Trastornos Alimentarios en la familia
- b) Evento vital estresante
- c) Ciertas profesiones que requieren un alto rendimiento
- d) Ideal de delgadez en la cultura y sociedad actual
- e) Dieta restrictiva
- f) Conflictividad familiar

4. Y de los anteriores mencionados: Cita cuáles son factores predisponentes de estos trastornos.

5. Indica cuál es la respuesta INCORRECTA:

- a) Entre los factores biológicos que participan en su desarrollo, se han descrito alteraciones de las funciones fisiológicas y mecanismos encargados de la ingesta alimentaria, tales como el sistema serotoninérgico.
- b) Es importante que se diagnostiquen de forma precoz para incrementar las posibilidades de mejoría con el tratamiento.
- c) Los estudios epidemiológicos indican un mayor riesgo de presentar una AN en familiares de primer grado de pacientes, y la heredabilidad según algunos estudios de gemelos llegaría al 80%.
- d) El pronóstico de estos trastornos a menudo es bueno: tan solo en el 5% de los casos persiste de forma crónica y en el 40% la sintomatología es mínima.

6. ¿A qué edad suelen aparecer este tipo de trastornos con mayor frecuencia?

Rodee con un círculo aquella respuesta que considere correcta

- a) En adultos entre los 25 y 30 años
- b) Entre los 12 y 21 años
- c) En menores de 10 años
- d) En ninguna, pueden afectar a cualquier persona a cualquier edad indistintamente.

7. Estos destacan de una forma considerable en el sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) Igual en ambos

8. Señale la respuesta INCORRECTA:

- a) Estos trastornos cuentan con una de las tasas de mortalidad más elevada de todos los trastornos psiquiátricos, causada principalmente por fallo cardíaco o suicidio.
- b) La proporción actual es de 1 hombre por cada 6 mujeres, mientras que en los ochenta era de 1:9.
- c) La anorexia se ha convertido en la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes, por detrás del asma y la obesidad.
- d) Se asocian con baja calidad de vida y mortalidad prematura, pero en ningún caso con altas tasas de comorbilidad psicosocial.

9. Entre los cambios realizados del DSM-IV-TR al DSM-5 (última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), **cuál no es uno de ellos:**

- a) Los antes llamados 'Trastornos de la conducta alimentaria no especificados' ahora pasan a denominarse 'Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado'.
- b) Se elimina la concepción de trastornos de la infancia y de la adolescencia integrándose todos en un mismo grupo.
- c) En cuanto al trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos se añade un nuevo criterio que indica que el inicio es anterior a los 6 años de edad.
- d) En la anorexia nerviosa, el criterio D, presencia de amenorrea en mujeres pospuberales, durante al menos tres ciclos, es retirado.

10. En cuanto a la Bulimia Nerviosa, señala la CORRECTA:

- a) Esta es característica de personalidades que tienden al perfeccionismo y a la rigidez.
- b) Los signos físicos más frecuentes son la hipertrofia de las glándulas parótidas, alteraciones dentales y el Signo de Russel.
- c) La ansiedad, por miedo a engordar y la sensación de plenitud tras los atracones, no se calman con conductas compensatorias.
- d) Presenta una edad de aparición más tardía, es más prevalente en varones y tiene un curso oscilante.

Fuente: elaboración propia

Anexo 9. Cuestionario evaluativo de la tercera sesión de formación

<p>¿Realmente soy el referente en salud de estos adolescentes?</p> <p>[Sí] [No]</p>
<p>¿La atención integral al adolescente es una realidad en mi consulta?</p> <p>[Sí] [No]</p>
<p>¿Nos consideramos suficientemente capaces de atender sus necesidades de salud?</p> <p>[Sí] [No]</p>
<p>¿Disponemos de herramientas y tiempo para atenderles adecuadamente?</p> <p>[Sí] [No]</p>

Fuente: elaboración propia

Anexo 10. Esquema entregado sobre *Habilidades psicosociales con el adolescente*

1. **Comunicación centrada en el Adolescente**, se basa en los siguientes puntos:

- Explorar la enfermedad y sus vivencias: síntomas, experiencias previas, expectativas, emociones e impacto en su función.
- Comprender al adolescente de forma global (valoración BIO PSICO SOCIAL)
- Buscar acuerdos
- Incorporar actividades preventivas y de promoción de la salud: mejorar el nivel de salud, identificar y abordar factores de riesgo.
- Cuidar la relación médico-adolescente: avanzar en la relación, crear intimidad,...
- Ser realista: planificar y organizar los recursos, realizar trabajo en equipo, establecer prioridades, marcar objetivos razonables y alcanzables, y controlar el tiempo y la energía emocional.



2. **Técnicas que permiten comunicarse de forma más eficaz con el adolescente:**

Dado el poco tiempo en consulta, se aconseja el uso de la **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA** mezclando momentos de libre narración con la orientación del entrevistador.

TÉCNICAS DE APOYO NARRATIVO

Facilitación: conducta verbal o no verbal que ayuda a iniciar o proseguir el relato sin indicar ni sugerir contenidos (ej.: hacer un movimiento con la mano, fijar la mirada en el interlocutor...).

Preguntas abiertas: para recabar información y para guiar la conversación. Debe ser de alto valor informativo y no intrusiva. Preguntas tipo "qué" "cómo"...

Señalamientos: ponen de manifiesto emociones o conductas, profundizando en las motivaciones del adolescente (ejemplo: "Te veo muy a disgusto").

COMUNICACIÓN NO VERBAL

Rostro (expresiones faciales, gestos...)

Apariencia física

Proxémica (cómo estructura inconscientemente su microespacio)

Quinésica (movimientos instintivos y espontáneos del cuerpo reflejan y expresan la reacción mental y emocional)

Posición corporal

Paralenguaje (el cómo se dicen las cosas –ritmo, tono, intensidad y volumen-)

Los Tiempos (saber escuchar en una cualidad muy importante en la atención al adolescente).

TÉCNICA DEL PUENTE -en la entrevista con padres-

Pasar en la entrevista de padres a hijos, haciendo que comenten lo dicho por la otra parte ("¿qué te parece lo que ha dicho tu madre?"). Esto permite ofrecer al adolescente un punto de fuga mediante una escucha atenta y sin interrupciones.

¡Información completa y adecuada usando un lenguaje comprensible con un vocabulario entendible!

3. ¿Cómo conectar con un adolescente?

- **Empatía:** ponerse en su lugar sin juzgarle, que se sienta escuchado y comprendido y que se tienen en consideración sus opiniones.
Diálogo de tú a tú, evitar el proteccionismo y la invasión del espacio vital del adolescente.
- **Confianza:** se debe hablar su "mismo idioma". Evitar el paternalismo. Es importante tanto interesarse por ellos como que ellos perciban nuestro interés. Aclarar los límites del secreto profesional, si es preciso.
- **Conectar con las emociones:** tener tolerancia a la frustración, capacidad para manejar la rabia, el dolor y la ira. Todo ello se manifiesta en forma de brotes de ansiedad o agresividad. El entrenamiento en relajación y control de la respiración es una de las herramientas que nos puede ayudar.
- **Conectar con la familia del adolescente:** su presencia real y activa es determinante.

Quando el adolescente NO COLABORA:

Ante una discrepancia → se pierde clima de confianza

Cediendo protagonismo al adolescente se puede recuperar, haciéndole ver cómo sus opiniones nos importan.

No discutir sino señalar la resistencia que él mismo está haciendo mediante una respuesta evaluativa: "no parece muy de acuerdo, ¿no?".

Ante una actitud hostil:

- No involucrarse en la acción negativa
- Recordar que el padre-madre/tutor-a no es el motivo de rabia
- Aludir a su actitud ("veo que no quieres hablar")
- Mostrar los propios sentimientos (self-disclosure)
- Poner límites si fuera necesario
- Pedir disculpas si se ha cometido una falta



El punto de partida será el motivo de consulta pero conviene explorar todos aquellos detalles que nos interesan de la vida del adolescente y a su vez todos los motivos por los que viene.

Anexo 11. Cuestionarios FACTORES y HEEADSSS

<p>Acrónimo de García Tornel: F.A.C.T.O.R.E.S.</p> <hr/> <p>Familia: dinámica familiar, funcionalidad y estructura Amistades: tipo de relaciones, apoyo social, actividades de ocio, satisfacción Colegio-trabajo: integración y satisfacción, rendimiento académico Tóxicos: contacto, consumo y abuso de tabaco, alcohol, drogas, ambiente y patrones de consumo Objetivos: perspectivas de futuro, ideales, ilusiones. Riesgos: uso de vehículos a motor y seguridad vial en general, deportes de riesgo, conductas sexuales de riesgo, alteraciones en la alimentación, medicación. Estima: aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen, percepción corporal Sexualidad: información, identidad, actividad, precauciones.</p> <hr/> <p>Acrónimo propuesto por Goldenring: HEADSS ampliada a H.E.E.A.D.S.S.S.</p> <hr/> <p>H Hogar E Educación-Empleo E Eating: Alimentación A Actividades extraescolares D Drogas-Dieta S Sexualidad S Suicidio S Safety: Seguridad</p>

Fuente: Elaboración propia

Anexo 12. SCOFF y Escala de actitudes hacia la comida

<p>SCOFF</p> <p>Identificación: Fecha:.....</p> <p><i>Seleccione la respuesta que más se ajuste a lo que le ocurre.</i></p> <table><tr><td>1. ¿Tiene sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?</td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td>2. ¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuánto come?</td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td>3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de tres meses?</td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td>4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a?</td><td>Sí</td><td>No</td></tr><tr><td>5. ¿Diría que la comida domina su vida?</td><td>Sí</td><td>No</td></tr></table> <p>TOTAL: <input type="checkbox"/></p> <p><i>Por cada sí: 1 punto. Una puntuación mayor o igual a 2 puntos indica un probable caso de TCA.</i></p>	1. ¿Tiene sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?	Sí	No	2. ¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuánto come?	Sí	No	3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de tres meses?	Sí	No	4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a?	Sí	No	5. ¿Diría que la comida domina su vida?	Sí	No
1. ¿Tiene sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?	Sí	No													
2. ¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuánto come?	Sí	No													
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de tres meses?	Sí	No													
4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a?	Sí	No													
5. ¿Diría que la comida domina su vida?	Sí	No													

Eating Attitudes Test –EAT 26-:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado	<input type="checkbox"/>					
2. Procuro no comer aunque tenga hambre	<input type="checkbox"/>					
3. Me preocupa mucho por la comida.....	<input type="checkbox"/>					
4. A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	<input type="checkbox"/>					
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	<input type="checkbox"/>					
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	<input type="checkbox"/>					
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)	<input type="checkbox"/>					
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.....	<input type="checkbox"/>					
9. Vomito después de haber comido	<input type="checkbox"/>					
10. Me siento muy culpable después de comer.....	<input type="checkbox"/>					
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>					
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	<input type="checkbox"/>					
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	<input type="checkbox"/>					
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	<input type="checkbox"/>					
15. Tardo en comer más que las otras personas	<input type="checkbox"/>					
16. Procuro no comer alimentos con azúcar	<input type="checkbox"/>					
17. Como alimentos de régimen	<input type="checkbox"/>					
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.....	<input type="checkbox"/>					
19. Me controlo en las comidas	<input type="checkbox"/>					
20. Noto que los demás me presionan para que coma	<input type="checkbox"/>					
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>					
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces	<input type="checkbox"/>					
23. Me comprometo a hacer régimen	<input type="checkbox"/>					
24. Me gusta sentir el estómago vacío	<input type="checkbox"/>					
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	<input type="checkbox"/>					
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.....	<input type="checkbox"/>					

Fuente: 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.

Anexo 13. Síntomas y signos de alarma

SÍNTOMAS, SIGNOS Y CONDUCTAS DE ALERTA:	
ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inexplicada y/o detención en el crecimiento corporal - Evitación e irritabilidad ante la comida - Evita comer en compañía y las comidas familiares - Actividad para adelgazar: dietas, aumento de ej. físico, signos indirectos (edemas de cara, erosión esmalte dental, etc.). - Supervisa las calorías de todo lo que come, y sólo come alimentos bajos en calorías - Excesiva preocupación por el peso y la figura - Trastorno obsesivo-compulsivo - Demanda de diuréticos o laxantes - Lanugo 	<ul style="list-style-type: none"> - Intentos fallidos de pérdida de peso - Historia familiar de depresión - Vómitos y signos indirectos (edemas de cara, erosión del esmalte dental, etc.). - Fluctuación de peso - Hipertrofia parotídea - Reflujo gastroesofágico - Ejercicio obsesivo y excesivo - Disforia

Posibles hallazgos en el examen físico:

• Afecto plano o ansioso
• Hipotermia (temperatura oral < 35.6 °C)
• Bradicardia
• Ortostatismo (aumento > 20 latidos/minuto en la frecuencia cardíaca o caída > 10 mm Hg en la presión arterial entre el decúbito dorsal y la posición de pie); hipotensión
• Disminución o aumento del panículo adiposo
• Disminución de la masa muscular
• Retraso del desarrollo puberal
• Pérdida de grosor, volumen y brillo del cabello.
• Piel seca, pálida; lanugo en tronco y/o extremidades; coloración naranja, especialmente de palmas y plantas
• Equimosis; Petequias alrededor de los ojos
• Acanthosis nigricans, acné, hirsutismo
• Hipertrofia parotídea; congestión faríngea
• Trauma y laceraciones orales; erosiones del esmalte dental en las superficies oclusales y lingual; caries
• Atrofia de mamas
• Soplo cardíaco (1/3 con prolapso de la válvula mitral)
• Extremidades frías; acrocianosis; perfusión pobre
• Signo de Russell (callosidades en los nudillos por la inducción de vómitos)
• Edema de extremidades

Fuente: González Gmelch A, González Isasi A, Beneyto Naranjo C, González Noguera C, Salesansky Davidovsky A, Gamero Arias L, et al. Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria. Canarias: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2009.

Fuente: Gaete MV, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte I. Epidemiología, clasificación y evaluación inicial. Rev. Med. Clin. Condes. 2012; 23(5) 566-578

Anexo 14. Criterios de derivación

a) Signos físicos para examinar severidad o compromiso nutricional:

	Signo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
Nutrición	IMC IMC percentil Pérdida de peso semanal Rash purpúreo	< 15 < 3 > 0.5 kg.	< 13.5 < 2 > 1.0 kg. +
Circulatorio	Presión sistólica Presión diastólica Decrecimiento postural Tasa de pulso Saturación de oxígeno Extremidades	< 90 mm Hg < 60 mm Hg > 10 mm Hg < 55 / min	< 80 mm Hg < 50 mm Hg > 20 mm Hg < 50 /min < 90% Edematosas
Temperatura central		< 35.5 ° C	< 34.5 ° C
Resultados de laboratorio	Hemograma, urea, electrolitos (incluye fosfato), LFT, Albuminas, Creatinina, Glucosa ECG	Preocupación si sobrepasa los límites normales < 60/min	K < 3.0 mmol/l Na < 135 mmol/l Fosfato < 0.8 mmol/l < 50/min

b) Criterios de hospitalización para adolescentes con Trastornos Alimentarios:

Uno o más de los siguientes criterios justificarían la hospitalización
1. Desnutrición severa (peso igual o bajo el 75% del peso ideal para la edad, sexo y estatura)
2. Deshidratación
3. Alteraciones electrolíticas (hipocalcemia, hiponatremia, hiposfosfatemia)
4. Arritmias cardíacas
5. Inestabilidad fisiológica <ul style="list-style-type: none"> - Bradicardia severa (<50 latidos por minuto en el día y <45 en la noche) - Hipotensión (<80/50 mm Hg) - Hipotermia (temperatura corporal <35.5°) - Cambios ortostáticos en pulso (> 20 latidos por minuto) o presión arterial (> 10 mm Hg)
6. Detención en el crecimiento o desarrollo
7. Fracaso de tratamiento ambulatorio
8. Rechazo agudo a alimentación
9. Atracones y purgas incontrolables
10. Complicaciones médicas agudas debido a la malnutrición (ej. síncope, mareos, fallas cardíacas, pancreatitis, etc.)
11. Emergencias psiquiátricas agudas (ej. ideación suicida, psicosis aguda)
12. Comorbilidad que interfiere con el tratamiento del trastorno alimentario (ej. depresión severa, trastorno obsesivo compulsivo, disfunción familiar severa)

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

c) Criterios de derivación a unidades de salud mental:

- Diagnóstico de Trastorno Alimentario establecido
- Peso < 15% menos del correspondiente a su edad y altura o peso ideal, IMC < 17.5, ó pérdida de peso > 25% del peso inicial durante los últimos 6 meses
- Empleo frecuente de conductas purgativas (diuréticos, laxantes o inducción al vómito)
- Presencia de alteraciones psicopatológicas asociadas
- Falta de consciencia de enfermedad
- Si a pesar de seguir las pautas de AP no mejoran el peso ni las conductas bulímicas

Fuente: González Gmelch A, González Isasi A, Beneyto Naranjo C, González Noguera C, Salesansky Davidovsky A, Gamero Arias L, et al. Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria. Canarias: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad; 2009.

Anexo 15. Encuesta de satisfacción

Contenidos:	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente						
Material audiovisual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Claridad y lenguaje comprensible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Cantidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Adecuación al tema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Relación teoría/práctica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Profesionales:	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente						
Conocimientos teóricos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Capacidad de fomentar participación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Trato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Metodología:	Deficiente	Adecuada	Buena	Excelente						
Adecuación objetivos y métodos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Relación trabajo individual y grupal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Adecuación material didáctico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
Valoración global:										
	DEFICIENTE				BUENA				EXCELENTE	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fuente: elaboración propia