



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2015-2016

Trabajo Fin de Grado

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

Alumno: María Marijuán Cuevas

Tutor: D^a Fermina Alonso del Teso

Junio, 2016

Índice

Resumen	2
Palabras clave	2
Introducción	3
○ Justificación	3
○ Historia	3
○ Concepto y clasificación	4
○ Epidemiología	7
○ Etiopatogenia	8
○ Clínica	12
○ Comorbilidad	15
○ Evolución y pronóstico	15
○ Evaluación inicial y diagnóstico	16
○ Tratamiento	16
Objetivos	20
Material y métodos	21
Resultados y discusión	23
Conclusiones	35
Bibliografía	36
Anexos	44

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades de salud mental que afectan mayormente al sector infantojuvenil y sexo femenino. Tienen unas altas tasas de prevalencia e incidencia, así como una elevada morbimortalidad asociada. Se trata de trastornos con una etiología multifactorial con un gran auge en las sociedades de nuestro entorno.

El objetivo general de este trabajo es realizar una búsqueda sistemática en la literatura científica sobre qué cuidados de enfermería han de llevarse a cabo en los trastornos de la conducta alimentaria.

El método utilizado es el de una revisión bibliográfica. La búsqueda se ha realizado en diversas bases de datos, buscadores online, bibliotecas online y revistas científicas, obteniendo un total de 21 artículos.

Se han obtenido resultados de intervenciones enfermeras en seis ámbitos de actuación: valoración enfermera, hospitalización y atención ambulatoria, Atención Primaria, relación terapéutica con el paciente, ámbito familiar y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Como conclusiones, el profesional de enfermería está capacitado para aportar cuidados básicos y realizar estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria. La intervención familiar también debe estar presente en los cuidados de enfermería. Sin embargo, la evidencia científica de los cuidados enfermeros en este campo es aún escasa, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria, cuidados de enfermería, familia, prevención, educación para la salud.

INTRODUCCIÓN

Justificación

Los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante, TCA) constituyen en la actualidad una de las áreas de mayor preocupación social sobre la salud. Su gran potencial para producir alarma en la población deriva de sus características clínicas: afectación infantojuvenil, con una edad de inicio cada vez más precoz, tasas de incidencia y prevalencia en rápido ascenso, elevada morbimortalidad asociada y muy probable influencia del sistema de valores del mundo desarrollado (delgadez y belleza asociadas al triunfo) en su eclosión ¹.

En España, ha pasado de ser una patología poco frecuente a presentar cifras equiparables a las del resto de países Europeos, convirtiéndose en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia, después del asma y la obesidad. Uno de cada dos adolescentes de entre 15 y 16 años “piensa” que su peso es elevado ².

Este trabajo tiene como propósito aportar conocimiento e información a los profesionales de la enfermería sobre los cuidados en este trastorno, debido a la importancia y magnitud del mismo.

Historia

Los TCA están ligados a la historia de la humanidad. La alimentación deja de ser tan sólo una necesidad y adquiere rasgos culturales en el momento en el que la sociedad se consolida como forma organizada ³.

En el Imperio Romano, “comer” se consideraba un acto saludable y socialmente bien visto. Incluso, era habitual recurrir al vómito para seguir disfrutando de la comida. Sin embargo, en la Edad Media, se vio el ayuno como una forma de alcanzar la pureza del alma. La restricción alimentaria era sinónimo de penitencia y espíritu elevado ³.

A finales del S. XIX, en 1873, casi simultáneamente, Gull en Londres, y Lassège, en París, hicieron descripciones completas de cuadros anorécticos. Además Gull constató la inexistencia de patología orgánica que justificara la clínica anoréctica y se inclinó desde el principio por una etiología psicógena ⁴.

Los cuadros descritos por Lassège y Gull son muy parecidos a los que observamos en nuestros días, aunque ha ido variando notablemente la interpretación etiopatogénica ⁴.

Por su parte, el cuadro de la bulimia nerviosa tiene antecedentes recogidos desde del S. XIX en el diccionario médico de la ciudad de Londres con el nombre de “*true boulimus*” o “*caninus appetitus*”. Sin embargo, el nombre de bulimia nerviosa no fue acuñado hasta 1979 por Russell ¹.

En cuanto al trastorno por atracones, en 1951, Hamburger había descrito un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por un deseo compulsivo por la comida, que era con frecuencia incontrolable. En 1959 Stunkard identificó por primera vez la existencia de atracones en pacientes obesos como un patrón distintivo asociado. Finalmente, en 1970, Korhaber definió el “*stuffing syndrome*” como una entidad en obesos caracterizada por 3 síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión ⁵.

Concepto y clasificación

La quinta versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V)⁶ plantea las siguientes categorías diagnósticas para los TCA: Anorexia nerviosa (en adelante, AN), bulimia nerviosa (en adelante, BN), trastorno por atracones (en adelante, TPA) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (en adelante, TCANE) ⁶.

Anorexia nerviosa

La AN es una enfermedad psicosomática caracterizada por una pérdida ponderal inducida y mantenida por el propio paciente, que le conduce a una malnutrición prolongada con rasgos psicopatológicos peculiares (distorsión de la imagen corporal y miedo a la obesidad) ⁷.

Se diferencian dos tipos de AN ⁸:

- *AN de tipo restrictivo*: Durante los tres últimos meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto-provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida a dieta, ayuno y ejercicio excesivo.
- *AN de tipo con atracones/purgas*: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir: vómito auto-provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Bulimia nerviosa

La BN se caracteriza por la aparición de episodios de descontrol alimentario que llevan al paciente a efectuar un consumo rápido de grandes cantidades de comida (“atracon”). Acto seguido, es habitual que realicen diversas actuaciones destinadas a neutralizar los efectos de dichos atracones: inducción del vómito, ejercicio intenso, dietas muy restrictivas, utilización de diuréticos o laxantes ⁷.

Trastorno por atracones

Trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia regular de atracones, vividos con descontrol y malestar, los cuales no se intenta compensar con otras conductas, como vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno ⁹.

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados

Son presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un TCA, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los TCA ⁸.

Dentro de esta categoría se incluyen las siguientes patologías:

- *Trastorno dismórfico muscular o “anorexia inversa”*. Trastorno que se caracteriza por una preocupación extrema por verse con poca masa muscular, cuando en realidad se es musculoso, renunciando a oportunidades sociales y ocupacionales a causa de la necesidad de ejercitarse y evitando situaciones donde el cuerpo pueda ser visto en público ¹⁰.
- *Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria*. Trastorno en el que las comidas o la ingesta son evitadas no cubriéndose los requerimientos nutricionales, con la consiguiente pérdida importante de peso. Se observa especialmente en niños y se considera diferente de la AN y BN ⁶.
- *Pica*. Consumo persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos un mes, de forma inadecuada evolutivamente y siempre que su práctica no esté sancionada culturalmente ¹¹.
- *Rumiación*. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, tragar o escupir. Esta acción no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada (reflujo esofágico, estenosis pilórica, etc.) ⁸.
- *Anorexia nerviosa atípica*. Anorexia que, aún con una significativa pérdida de peso, éste se mantiene normal o incluso por encima de cifras de normalidad ⁶.
- *Anorexia nerviosa no fóbica a la gordura*. Variante de la AN, en la que no existe fobia a la gordura. Este trastorno posee una amplia distribución geográfica y ocurre en poblaciones occidentales y no occidentales ⁶.
- *Trastorno purgativo*. Conductas purgativas recurrentes para influir en el peso o forma corporal (vómitos provocados, diuréticos, otros fármacos, laxantes, todo ello sin atracones).

El auto-concepto está indebidamente influido por la forma corporal o el peso. También puede sentirse un intenso temor a ganar peso o convertirse en obeso ⁶.

- *Síndrome de ingesta nocturna*. Episodios recurrentes de ingesta nocturna, con despertares de noche o excesivo consumo de alimentos tras la cena, con conciencia y recuerdo de la ingesta pero no es explicado mejor por alteraciones vigilia/sueño o por normas sociales. Suele asociarse a malestar e interferencia en el funcionamiento del paciente ⁶.

Por último, un concepto reciente, aún no desarrollado como patología específica por el DSM-V ⁶, es la **ortorexia**. Se entiende como obsesión por la comida sana, hasta un nivel que cabe considerar patológico ¹².

Epidemiología

La prevalencia de los TCA ha ido aumentando en los últimos años de forma considerable. Son enfermedades de salud mental que se asocian a una elevada morbilidad y mortalidad biomédica y psiquiátrica. Tanto es así, que la morbilidad y mortalidad de la AN están entre las más altas dentro de las enfermedades psiquiátricas debido a la malnutrición, conductas de purga y actos suicidas. La tasa de mortalidad de la AN es de 0,56%^{13, 14}.

La prevalencia de AN oscila entre el 0,5 y el 1%. Es más frecuente en mujeres, siendo la proporción mujer/hombre de 9 a 1. La prevalencia de BN es del 1-3%, siendo mucho más frecuente en mujeres que en hombres (10:1). No obstante, el TPA afecta a ambos géneros por igual. La prevalencia de los TCANE fluctúa entre 2,4% y 12,6%, representando el $\frac{3}{4}$ de todos los casos comunitarios de desórdenes alimentarios ^{7, 15}.

La edad media de comienzo de la AN es a los 14 años, con otro pico a los 18 años. La BN suele iniciarse al final de la adolescencia (17-20 años). También se han descrito casos de comienzo precoz, antes de iniciarse o durante el desarrollo puberal. Sin embargo, la prevalencia del TPA es mayor en adultos que en adolescentes ^{7, 15}.

Se ha observado un mayor número de casos en ciertos grupos (bailarinas, modelos, gimnastas, atletas...), y en determinados problemas médicos crónicos que afectan a la autoimagen (diabetes mellitus, fibrosis quística, escoliosis, obesidad, colitis ulcerosa...). Parece existir una mayor vulnerabilidad individual en las mujeres puberales o adolescentes, sobre todo si llegan a la menarquia con un índice de masa corporal alto o bajo y con ciertos rasgos de personalidad: baja autoestima, trastornos afectivos, afán de perfeccionismo, problemas de identidad, elevado rendimiento escolar, tendencia a la sobrecarga de actividades. También es más frecuente en hermanos de enfermos de la misma patología, y en familias con antecedentes de TCA o de trastornos afectivos ⁷.

Etiopatogenia

En la etiopatogenia intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad, considerándose en la actualidad un trastorno multifactorial. ⁷.

Factores biológicos

- ✓ *La genética.* No se ha identificado un marcador genético específico, los estudios se centran en el análisis de polimorfismos de genes, relacionados con el control del peso corporal, con vías serotoninérgicas y dopaminérgicas alteradas en estos pacientes. El papel de la genética se sustenta por estudios (contribución en el 50% de la varianza) de agregación familiar y en gemelos (concordancia de monocigotos en el 50%) ⁷.

- ✓ *Papel de la pubertad.* El inicio de la misma se produce por la liberación de hormonas a través del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, caracterizándose por la maduración de los caracteres sexuales secundarios, el crecimiento lineal acelerado, así como la dinámica de aumento de peso y del desarrollo de la identidad.

Es destacable la acción de las hormonas esteroideas en la psicología de las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la alteración organizacional de los rasgos psicológicos y comportamentales y en los cambios físicos, como el aumento de la cantidad de grasa corporal en niñas ¹⁶.

- ✓ *Sobrepeso y obesidad.* Las presiones socio-culturales por tener un cuerpo “ideal” promueven una mayor valoración de la apariencia, pudiendo generar sobre todo en aquella población con obesidad, una mayor insatisfacción corporal y como consecuencia riesgo significativo de comportamientos alimentarios gravemente negativos ¹⁶.

Factores psicológicos

- ✓ *Preocupación por el peso.* La amplificación de la discrepancia entre el cuerpo ideal y real que puede ocurrir en las niñas tras la pubertad, es un período de gran vulnerabilidad en el que el aumento de la adiposidad dirige a las niñas a los ideales de atractivo interiorizados ¹⁶.
- ✓ *Insatisfacción con la imagen corporal.* La construcción de la imagen corporal es un fenómeno social y está sujeta a cambios por la influencia sociocultural. La insatisfacción corporal está presente de un 25% a un 81% en los adolescentes, y contribuye a la aparición de diversas condiciones físicas y psicológicas ¹⁶.
- ✓ *Comportamiento inadecuado para bajar peso: dieta.* Para lograr la apariencia ideal, a menudo se realizan comportamientos inadecuados de control de peso, tales como la dieta restrictiva, el ayuno, los vómitos, el uso de laxantes y diuréticos, con la falsa creencia de que se traducirá en beneficios físicos y psicosociales.

Hoy en día, el recurso más utilizado es la dieta restrictiva. Sin embargo, la dieta restrictiva auto-informada incrementa el riesgo de problemas de salud relacionadas con la apariencia física (aumento de peso, atracones, bulimia, depresión y baja autoestima) ¹⁶.

- ✓ *Baja autoestima.* Este factor ha sido considerado como un factor relevante de vulnerabilidad para el desarrollo de estos trastornos. Desde edades tempranas la autoestima baja se ha relacionado con la aparición de comportamientos dirigidos a bajar de peso ¹⁷.

Factores familiares

- ✓ *Las familias de los pacientes con TCA muestran ciertos rasgos comunes:* son sobreprotectoras, con comportamientos algo rígidos y cierta incapacidad para resolver sus propios conflictos. La figura materna se describe como “controladora” de la familia, y la figura paterna como “distante”. En muchas familias el paciente sólo es reconocido como individuo a partir del momento del desencadenamiento de la enfermedad, y es entonces cuando éste ejerce cierta tiranía perpetuando el proceso para seguir siendo el centro de atención familiar ⁷.
- ✓ *Experiencias vitales estresantes.* Cambios traumáticos en la estructura familiar como, por ejemplo, la muerte de uno de los miembros, puede aumentar la probabilidad de padecer un TCA ¹⁸.

Factores socio-culturales

- ✓ *Presión social respecto a la imagen corporal.* La sociedad actual está viviendo en un total y absoluto culto al cuerpo y que, constantemente, es bombardeada a través de la televisión, los anuncios publicitarios, la moda, la prensa, etc., con mensajes que preconizan un cuerpo esbelto y delgado para triunfar tanto a nivel personal como social ¹⁹:

- Televisión. Se han realizado varios estudios relacionando esta entidad mediática y los TCA. Los pacientes con TCA presentan una “dependencia psicológica” de la televisión estando más horas diarias viendo la misma y estando más influenciadas sus compras por los anuncios que en el grupo control ¹⁹.
Schooler D et al. (2011)²⁰ infirieron en un estudio longitudinal, que el perfil de uso de la televisión (ver programas de televisión de 28 horas por semana) fue el predictor más fuerte de insatisfacción con la imagen corporal, en concreto, en el grupo de niñas que a menudo y de forma indiscriminada veían los programas de televisión.
- Medios impresos (revistas, prensa, etc.) Field AE et al. (1999)²¹ observaron que en adolescentes universitarias, ante la visión de fotografías de modelos se producía un incremento del humor depresivo y de la irritabilidad en el grupo experimental con respecto al grupo control, al que únicamente se le mostraban imágenes de figuras humanas.
- ✓ *Sistema de tallaje actual.* Según el informe realizado por la FEACAB (Asociación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia nerviosas) llamado “No encontrar tu talla promueve la anorexia” denuncia que el sistema de tallaje textil no está unificado. Constata que cuando una persona se siente deprimida y/o culpable al comprobar que ha variado de talla se siente responsable de ello, y en más del 40% de los casos se plantea hacer dieta restrictiva sin control médico. Esto aumenta mucho el riesgo de padecer un TCA ²².
- ✓ *Páginas web que hacen apología de estos trastornos.* La aparición de páginas web que hacen apología de los TCA se ha disparado en España en la última década en un 470%. Hace unos años, comenzaron a aparecer páginas web que ensalzaban la enfermedad como forma de vida.

- ✓ En el año 2004 se denunciaron y clausuraron estos espacios virtuales. Sin embargo, aun así, siguen presentes en la red apareciendo en forma de blogs con el sobre-nombre de “Ana y Mía”. Por tanto, la blogosfera se ha consolidado como punto de encuentro de millones de internautas proclives a los desórdenes alimentarios.

Según un informe de la Policía Nacional Española, durante el año 2008 se detectaron 150 espacios similares, que bajo la apariencia de diario personal actuaban como instructores para miles de jóvenes en fases iniciales del trastorno. Estos blogs recibían entre 1.500 y 8.000 visitas al mes ²³.

Emociones como factor de riesgo

Las personas que padecen un TCA tienen claras dificultades con el mundo emocional. Asimismo, el estado emocional de estas personas influye directamente en la ingesta de comida que realizan ²⁴.

Variables emocionales como: ansiedad-rasgo, alexitimia (dificultad para identificar y expresar las emociones), baja autoestima, actitud negativa hacia la expresión emocional, percepción negativa de las emociones, influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo, necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones) pueden ser consideradas factores de riesgo de los TCA ²⁴.

Clínica

Las manifestaciones clínicas de estas enfermedades son multisistémicas debido a que se afectan casi todas las partes del organismo como consecuencia de la malnutrición, pudiendo producir en ocasiones daños irreversibles ²⁵.

El cuadro clínico de la AN es más representativa, ya que generalmente se observa caquéctica, emaciada, con signos de malnutrición como piel seca, arrugada y fría, cabello seco, lacio y frágil; uñas quebradizas y cianóticas, y lanugo (vello muy fino) sobre todo en cara, cuello, brazos, espalda y piernas.

En la mucosa oral pueden presentar aftas y queilosis (lesiones en las comisuras orales). Es frecuente la presencia de una coloración amarillenta en la piel, en particular en las palmas y plantas (producto del contenido de caroteno en suero). También se pueden observar signos como bradicardia, hipotensión e hipotermia ²⁶.

El cuadro clínico de la BN dependerá de las conductas compensatorias que realice como el vómito, abuso de laxantes, diuréticos, etc. Algunos signos clínicos de vómito son callosidades en el dorso de las manos (también denominado “signo de Russel”), pérdida del esmalte dental e inflamación de las glándulas parótidas ²⁶.

Tabla 1-Exploración física en TCA: síntomas y signos ²⁵

- Aspecto triste y demacrado.
- Resaltes óseos marcados.
- Atrofia muscular
- Piel agrietada, seca, pigmentada.
- Extremidades frías y cianóticas.
- Palmas y plantas amarillentas.
- Lanugo, vello axilar y púbico conservado.
- Caída de pelo.
- Atrofia mamaria
- Hipertrofia parótida
- Alteraciones dentarias
- Edemas
- Corazón. Bradicardia, arritmias, hipotensión
- Abdomen: palpitations, masas fecales

Tabla 2- Complicaciones de la AN y BN ²⁵

Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
<p>1. Alteraciones metabólicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la tasa metabólica basal - Distermia - Hipercolesterolemia - Hipercarotinemias <p>2. Sistema cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bradicardia - Hipotensión - Disminución del tamaño cardíaco - Alteraciones del EGC <p>3. Sistema gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastroparesia - Estreñimiento - Distensión abdominal <p>4. Sistema renal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones hidroelectrolíticas - Uremia prerrenal - Fallo renal crónico <p>5. Endocrinológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipogonadismo hipogonadotrófico - Aumento de cortisol y GH - Disminución de T3 <p>6. Óseas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osteopenia - Retraso en maduración ósea <p>7. Dermatológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piel seca - Lanugo <p>8. Hematológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pancitopenia - Hipoplasia de la médula ósea <p>9. Cognitivas y del comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Dificultad de la concentración - Obsesión por la comida 	<p>1. Metabólicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcalosis metabólica hipoclorémica <p>2. Cardiovasculares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prolapso mitral - Alteraciones en el EGC <p>3. Renales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones hidroelectrolíticas - Fracaso renal agudo - Nefropatía hipopotasémica <p>4. Dermatológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Callosidades en nudillos (Signo de Russell) <p>5. Tracto digestivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erosión del esmalte dental - Gingivitis - Hipertrofia de glándulas salivales - Esofagitis - Regurgitaciones - Rotura esofágica - Dilatación/perforación gástrica - Pancreatitis aguda

Comorbilidad

En la AN la morbilidad asociada es muy frecuente: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, y dependencia del alcohol. Un 10-20% de pacientes evolucionan hacia BN ⁷.

La morbilidad asociada en la BN es también habitual: depresión, ansiedad, abuso o dependencia del alcohol, trastornos de la personalidad, y dificultad para controlar los impulsos que se manifiesta de múltiples maneras (mentiras, hurtos, consumo de tóxicos, promiscuidad sexual, tentativas de suicidio, etc.) ⁷.

La comorbilidad psiquiátrica del TPA es ligeramente menos grave que la que presenta la BN, encontrándose con frecuencia trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo, control de los impulsos, trastornos de la personalidad y trastornos obsesivo-compulsivos ⁹.

Evolución y pronóstico

Se observa una recuperación de los TCA que, en general, alcanza el 86% en seguimientos de más de 5 años y una mortalidad del 0-6,6%. La mortalidad puede ser temprana, alrededor del 5% a los 5-8 años de la presentación del cuadro, aumentando tardíamente hasta un 13-20% a los 20 años de seguimiento. La causa de muerte suele deberse a complicaciones médicas o al suicidio. En España, analizada retrospectivamente una amplia serie de adolescentes con AN, se comprobó que la depresión grave y el trastorno obsesivo-compulsivo eran las alteraciones psiquiátricas comórbidas más frecuentes ⁷.

Con respecto a los TCANE, es difícil generalizar sobre el curso y pronóstico de los mismos ya que cubren un amplio espectro. Además, temporalmente, ocurren cambios desde una a otra categoría diagnóstica ¹⁵.

Evaluación inicial y diagnóstico

Establecer el diagnóstico de un TCA no es sencillo, ya que el paciente tiende a esconderlo o negarlo debido a que posee escasa conciencia de la enfermedad y motivación al cambio ¹⁴. Un problema añadido es la forma de presentarse estos trastornos, ya que habitualmente se enmascaran tras síntomas bastante inespecíficos. En resumen, las principales formas de presentación se podrían agrupar en: alteraciones físicas, síntomas psicológicos y cambios conductuales y sociales ¹.

Diagnóstico

Cabe destacarse que el diagnóstico de los TCA es eminentemente clínico y se realiza en especial mediante una buena anamnesis ¹⁴.

El DSM-V ⁶ establece una serie de criterios diagnósticos para los TCA (*ver anexo 1*).

Tratamiento

El tratamiento debe estar enfocado en la atención global e integral de los pacientes. Esto implica mantener una visión holística e integral de la salud del paciente, lo que exige un trabajo interdisciplinario e interconsultas permanentes entre los profesionales ²⁷.

El tratamiento integral de los TCA se basa en tres pilares fundamentales: rehabilitación nutricional, psicoterapia y tratamiento con psicofármacos ²⁸.

1. Rehabilitación nutricional

El objetivo de la misma es la corrección de las alteraciones de la conducta alimentaria y el establecimiento de un manejo saludable y flexible de la alimentación y el peso ²⁸.

2. Psicoterapia

La psicoterapia es una de las intervenciones centrales para la recuperación. En ella, se aborda la psicopatología propia del trastorno, el manejo de la comorbilidad, las dinámicas familiares y la prevención de recaídas ²⁸.

La motivación a recuperarse en este trastorno es muy baja y existe una gran ambivalencia para recibir tratamiento. En muchos casos, los pacientes tienen una escasa, o nula conciencia de la enfermedad. Por tanto, es de considerar que la preparación para el cambio en el contexto motivacional resulta fundamental ²⁸.

La terapia basada en la familia (TBF) es la intervención de elección para la AN. Es un modelo terapéutico focalizado en las soluciones, que tiene como objetivo ayudar a los padres a modificar los factores de mantención de conducta del paciente ²⁸.

En cuanto a la BN, la terapia cognitivo conductual (en adelante, TCC) es la terapia de elección. La TCC se basa en una importante alianza colaborativa para desafiar pensamientos y conductas disfuncionales en relación a los síntomas de TCA, y ha demostrado una reducción significativa y rápida de atracones y purgas ²⁸.

3. Psicofármacos

El uso de psicofármacos se centra fundamentalmente en reducir la ansiedad o aliviar los síntomas del estado de ánimo asociados. No existen fármacos que actúen específicamente sobre las características esenciales del trastorno, como la distorsión de la imagen corporal, el perfeccionismo extremo, los pensamientos obsesivos, y la ansiedad anticipatoria en relación con la alimentación ²⁸.

En general, puede decirse que la AN es refractaria a los psicofármacos disponibles en la actualidad. Sin embargo, se recomienda el tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos, como el trastorno obsesivo-compulsivo o los síndromes depresivos, para evitar caídas en el patrón de AN ¹.

Los antidepresivos (como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ISRS) y los antipsicóticos atípicos son fármacos de elección para este trastorno ²⁸.

A diferencia de lo que ocurre en la AN, el tratamiento químico de la BN es mucho más eficaz. Los ciclos de atracón-purga se controlan bien con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), especialmente con altas dosis de fluoxetina (40-60 mg/día). Los antiepilépticos de última generación (topiramato, oxcarbacepina) se están mostrando muy eficaces para controlar tanto los ciclos de atracón-purga como las conductas impulsivas. Las benzodiacepinas deben ser utilizadas con cautela dado el alto potencial de los pacientes con BN para desarrollar dependencia de sustancias ¹.

En cuanto al TPA, el tratamiento farmacológico tiene como objetivos: la disminución de la frecuencia y posterior logro de abstinencia de los atracones, además de la pérdida de peso. Los ISRS tienen el mayor número de estudios que avalan su uso en la reducción de episodios de atracones. Sin embargo, aún se desconoce su eficacia a largo plazo ²⁸.

Hospitalización

La hospitalización de pacientes con TCA puede ser necesaria tanto por causas biomédicas como psiquiátricas, o cuando existe fracaso en el tratamiento ambulatorio ²⁸.

Los criterios de hospitalización se indican en la tabla 3.

Tabla 3-Indicaciones de hospitalización en pacientes con TCA ²⁸

Una o más de las siguientes justifican la hospitalización:

1. Desnutrición severa (peso menor o igual al 75% del peso corporal promedio para la edad, sexo y talla)
2. Deshidratación
3. Alteraciones electrolíticas (hipokalemia, hiponatremia, hipofosfemia)
4. Arritmia cardíaca
5. Inestabilidad fisiológica:
 - Bradicardia severa
 - Hipotensión (<80/50 mm Hg)
 - Hipotermia (temperatura corporal <35.6°C)
 - Cambios ortostáticos en pulso (>20 latidos/minuto) o presión arterial (>10 mm Hg)
6. Detención del crecimiento y desarrollo
7. Fracaso en el tratamiento ambulatorio
8. Rechazo agudo a comer
9. Atracones y purgas incontrolables
10. Complicaciones médicas agudas de la desnutrición (por ej. síncope, convulsiones, insuficiencia cardíaca, pancreatitis, etc.)
11. Emergencias psiquiátricas (por ej. Ideación suicida, psicosis aguda)
12. Comorbilidad que interfiere con el tratamiento del TCA (por ej. Depresión severa, trastorno obsesivo-compulsivo, disfunción familiar severa)

OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar una búsqueda sistemática de las investigaciones realizadas sobre las actuaciones de enfermería que se han de llevar a cabo en los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos

- ✓ Definir los cuidados de enfermería dentro de un equipo multidisciplinar en la atención de los trastornos de la conducta alimentaria.
- ✓ Ofrecer las herramientas necesarias al personal de enfermería para administrar unos cuidados integrales, de calidad y efectivos, tanto al paciente como a su familia.
- ✓ Dar a conocer el papel de la enfermería en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del presente trabajo es el de revisión bibliográfica.

La estrategia de búsqueda comenzó con la elaboración de la pregunta objeto de investigación en formato PICO (Paciente, Intervención, Comparación, Resultados) que se estructuró de la siguiente manera: **¿Qué cuidados de enfermería existen para los pacientes con TCA?**

Se identificaron y seleccionaron diversas bases de datos biomédicas, así como bibliotecas y buscadores online. También se revisaron varias revistas específicas.

La búsqueda de información se realizó durante los meses de Marzo-Mayo del 2016.

Tabla 4-Recursos utilizados

Bases de datos	Bibliotecas online	Buscadores online	Revistas específicas
-Pubmed-Medline -Cuiden -SciELO España -Cinhal	-Biblioteca sanitaria online de Castilla y León	-Google académico	-Hygia de enfermería. -Nursing New Zealand. -The international journal of eating disorders. -Journal of Nursing Scholarship. -Journal of advanced Nursing. -Journal of pediatric health care. -Journal of child and adolescent psychiatric nursing.

Posteriormente, se tradujo la pregunta de investigación al lenguaje natural de las bases de datos: Descriptores de Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH).

Tabla 5-DeCS y MeSH utilizados

DeCS	MeSH
Enfermeras	Nurses
Cuidados de enfermería	Nursing care
Anorexia	Anorexia
Bulimia	Bulimia
Familia	Family
Prevención	Disease prevention
Hospitalización	Hospitalization
Atención primaria	Primary health care

Para limitar el campo de interés de la búsqueda se utilizaron operadores lógicos AND y OR.

Se recopiló la literatura más importante y acorde al tema del trabajo, conforme a los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Año de publicación posterior a 1993.
- Idioma español o inglés.
- Documentos con acceso al texto completo.

Criterios de exclusión

- Toda aquella documentación, que a pesar de adecuarse a la búsqueda, contenía información no relacionada con el tema del trabajo o no cumplía los objetivos del mismo.

Finalmente, se ha contado con un total de 21 artículos, junto a bibliografía especializada y páginas web actualizadas, como soporte de conocimientos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para presentar de forma organizada los artículos hallados se ha procedido a clasificarlos en seis apartados, en función del área de intervención del equipo de enfermería:

1. Valoración enfermera en los TCA.
2. Cuidados de enfermería en el área Hospitalaria y Ambulatoria.
3. Cuidados de enfermería en el área de Atención Primaria.
4. Cuidados de enfermería centrados en el paciente y en la relación terapéutica.
5. Cuidados de enfermería en el entorno familiar.
6. Intervención de enfermería en la prevención de los TCA.

Valoración enfermera en los TCA

Desde el punto de vista de la enfermería, se han realizado esfuerzos por acotar las necesidades de cuidados de los pacientes que presentan esta enfermedad ³.

Siguiendo la evaluación de necesidades según el modelo de Marjory Gordon, realizada por Perea Baena JM et al. (2007)²⁹, en los TCA se pueden encontrar alteraciones en casi todos los patrones (*ver anexo 2*).

El patrón Nutricional-Metabólico, desde el punto de vista de la Evaluación de necesidades según el modelo citado, se sitúa como el principal factor a medir en estos pacientes, especialmente en la AN. El principal problema no es la alimentación. Sin embargo, ésta se sitúa en el primer plano y a medida que la gravedad del caso aumenta, se priorizan los cuidados nutricionales como los principales a tratar o incluso los únicos. Esto hace que desde el punto de vista de la enfermería se haga necesario en todos los casos de una participación en la valoración e intervención prioritarias con aspectos de alimentación, amén de los aspectos colaborativos con otros profesionales: endocrinos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, etc. ³.

La evaluación de este patrón nutricional se debe realizar sobre tres aspectos ³:

- Valoración física (Índice de Masa Corporal y deterioro nutricional)
- Hábitos y conductas de la ingesta
- Conocimientos sobre dieta saludable

La forma de garantizar que estos factores sean tenidos en cuenta en el proceso de evaluación es empleando un método protocolizado con instrumentos de evaluación adecuados. Además, ello permite poder comparar resultados en diferentes Unidades de Tratamiento, así como poder medir la calidad de las intervenciones ³.

Tabla 6-Patrón 1 según la valoración de Marjory Gordon

1. <u>Nutricional-metabólico</u>
✓ Valoración física, relacionada con el IMC (Índice de Masa Corporal) y con el deterioro nutricional (hipotermia, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la mucosa oral, de la dentición y fragilidad capilar).
✓ Valoración de hábitos, relacionado con la actitud en la mesa (manipulación de alimentos), negación a comer alimentos determinados (grasas, fritos y azucarados) y el tipo de dieta que siguen (normalmente desequilibrada). Para valorar la gravedad de éstos, se aplican algunos de los siguientes cuestionarios validados: <i>Bulimia Test of Edimburg (BITE), Henderson y Freeman, 1987.</i> <i>Eating attitudes test (EAT 40), Garner y Garfinkel, 1979.</i>
✓ Valoración de la ingesta, tanto de alimentos como de líquidos -sobre todo agua- realizada a través de registros familiares, donde el profesional contrasta lo que el paciente considera que come, con lo que considera la familia.

Con la detección precoz de los casos de TCA, los enfermeros podrán dar cuidados individualizados, desde unos diagnósticos enfermeros (NANDA) ³⁰, unos objetivos (NOC) ³¹ y unas intervenciones (NIC) ³², adecuadas a cada persona.

A continuación se muestra un esquema del proceso de atención de enfermería que parte de los diagnósticos enfermeros más frecuentes en los TCA ²⁹:

Tabla 7-Esquema del plan de cuidados para TCA ²⁹

Valoración	Diagnóstico	Factores relacionados	Criterios de resultado	Intervención
- Nutrición -Percepción de enfermedad -Ejercicio físico -Imagen corporal -Autoestima -Tolerancia al estrés	-ALTERACIÓN -NUTRICIÓN -ALTERACIÓN IMAGEN CORPORAL -ANSIEDAD	-Conocimientos -Dieta -Pautas de alimentación -Distorsión cognitiva -Afrontamiento del proceso -Emancipación -Autonomía	-Mejora de la relación peso-talla. -Describe dieta recomendada. -Uso de técnicas de relajación. -Satisfacción con el aspecto corporal.	-Enseñanza: nutrición -Técnicas de relajación. -Potenciación de la imagen corporal.

Las intervenciones de la enfermera en relación a las valoraciones realizadas, se especifican como actividades en ²⁹:

- ✓ Psicoeducación nutricional.
- ✓ Seguimiento del peso y constantes vitales.
- ✓ Asesoramiento en pautas de alimentación en coordinación con el médico.
- ✓ Entrenamiento en técnicas de relajación.

Cuidados de enfermería en el área Hospitalaria y Ambulatoria

Dentro de los objetivos del equipo multidisciplinar que se proponen con el ingreso hospitalario del paciente con TCA se encuentran ³³:

- Alcanzar un peso mínimo saludable.
- Corregir los déficits nutricionales y tratar las complicaciones específicas asociadas.
- Eliminar y/o controlar el uso de laxantes, diuréticos o enemas.
- Eliminar la provocación del vómito y/o el ejercicio como medio para perder peso.
- Conocer en qué consiste una dieta adecuada.
- Adquirir hábitos saludables de alimentación.
- Mejorar el afrontamiento personal y familiar.

En muchas ocasiones es imprescindible la combinación de nutrición enteral con la ingesta oral. La renutrición se inicia con una dieta de 1200-1500 Kcal, aumentando éstas de forma progresiva. En hospitalización se alcanzan, según las características del paciente, hasta 3500 Kcal en mujeres y 4000 en varones ³³.

La mayoría de los modelos terapéuticos actuales en el tratamiento ambulatorio apuestan por la terapia psicológica. Esto se debe a que la evidencia científica demuestra que la terapia cognitiva-conductual es tan efectiva como la medicación a corto y largo plazo ³⁴:

- Surtees R (2007)³⁵ aboga por un modelo cognitivo-conductual multidisciplinar acompañado de psicoterapia. Modelo que consta de tres fases, cuyo objetivo es el de restaurar física y nutricionalmente al paciente. A medida que aumenta el IMC, el paciente se vuelve más persistente al cambio por el miedo a engordar. Es en ese punto donde se desarrolla la labor de la enfermería: ayudar al paciente a lograr su autonomía haciéndole entender que sus sentimientos, pensamientos y acciones están interrelacionados.
- En el hospital infantil de Denver se usa un modelo cognitivo-conductual, pero con un nuevo enfoque, ya que existe una colaboración entre enfermeras de salud mental junto a un trabajador social especialista. Se realizan actividades centradas en disminuir la ansiedad y en la fijación persistente en la imagen de belleza que propagan los medios. Para ello, se ocupa el tiempo de los pacientes con artesanías, juegos, rompecabezas, etc., que además les permite interaccionar y expresar sus sentimientos ³⁴.

Maestro González MB (2007)³⁶ propone que la aplicación de métodos de relajación, con metodología de educación grupal, podría ser una herramienta bastante útil para enfrentarse a la ansiedad presente en pacientes con TCA, específicamente en la BN.

Porro Santos C (2011)³⁷ diseñó un proyecto de investigación con el objetivo de analizar la eficacia de la incorporación de un programa de relajación por la enfermera especialista en salud mental, a la terapia cognitivo-conductual en la mejoría de la BN.

Perea Baena JM et al. (2007)³⁸ presentan un programa de educación para la salud en hábitos alimentarios, para trabajar con pacientes que han sido diagnosticados de AN. El diseño de programas de alimentación que establezcan unas pautas equilibradas en el comportamiento alimentario de la familia, tanto en la dieta como en las actitudes y comportamientos en la alimentación, son necesarios para vencer el trastorno.

Debido a la escasez de evidencia científica, es clara la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación que pongan de relieve la efectividad de programas como éste. Asimismo, es necesario publicar en la literatura científica experiencias, de cara al avance de la enfermería en la intervención con pacientes diagnosticados de TCA ³⁸.

En cuanto a la revisión de la literatura acerca de la TCC, Bailer U et al. (2005)³⁹ realizaron en Austria un estudio de investigación sobre la incorporación de manuales de autoayuda guiados, siendo éstos efectivos en aproximadamente un 74% de los casos, frente al 44% de la eficacia observada en el grupo que sólo recibía TCC.

Bravo Ferrón S (2006)⁴⁰ propone un proyecto de investigación para analizar la eficacia de un manual de autoayuda, guiado por la enfermera especialista de salud mental, incorporado a la TCC para la mejoría de los TCA.

Una revisión bibliográfica realizada por Berdasco López AM (2015)⁴¹ sobre la eficacia de guías de autoayuda en los TCA concluye que éstas son eficaces junto con una orientación mínima ofrecida por un profesional de salud.

Cuidados de enfermería en el área de Atención Primaria

Meades S (1993)⁴² manifiesta que las intervenciones realizadas por las enfermeras de Atención Primaria son muy importantes para un mejor cumplimiento del régimen terapéutico de los TCA. Éste se basa en enseñar al paciente a corregir pensamientos erróneos y re-estructurar su forma de pensar mediante un enfoque cognitivo-conductual apoyándose en terapias grupales y/o familiares. El objetivo es el de mejorar las estrategias de afrontamiento y entender la enfermedad.

Según Muscari ME (1996)⁴³ la enfermera pediátrica se encuentra altamente capacitada en el ámbito de la atención comunitaria para proporcionar cuidados en los TCA, ya que se encuentra presente en todas las fases del desarrollo del niño.

Satter E (1995)⁴⁴ considera a la enfermera pediátrica como la profesional más adecuada para educar a padres y niños en conocimientos de una correcta alimentación. A esta tarea, se une la de prevención y detección precoz en los desórdenes de la alimentación, así como la de proporcionar ayuda en el tratamiento de los problemas ya establecidos. La tarea asistencial de la Atención Primaria centrada en la educación para la salud (en adelante, EpS) durante todas las etapas del desarrollo del menor, como la prevención primaria, se vuelven fundamentales para detectar los primeros síntomas de los desórdenes alimentarios.

Cuidados de enfermería centradas en el paciente y en la relación terapéutica

Bakker R et al. (2011)⁴⁵ demostraron que las intervenciones realizadas (reanudación de la alimentación, ejercicio adaptado a las necesidades, desarrollo de habilidades sociales y apoyo del ambiente familiar) son más eficaces si se establece una buena relación terapéutica con el paciente.

Kong S (2005)⁴⁶ concluyó que la TCC aumenta su eficacia si es realizada por la enfermera, ya que mantiene una implicación empática con el paciente.

Una adecuada relación terapéutica contribuye a favorecer la adherencia al tratamiento, mejorando la satisfacción de los pacientes y la eficacia en la evolución de los problemas clínicos. El rol que juega el profesional de enfermería en estas situaciones es fundamental. A nivel hospitalario-ambulatorio es la encargada de establecer la alianza terapéutica. A nivel de Atención Primaria, es la que detecta y avisa de los síntomas de alerta, y la que realiza el seguimiento una vez se ha insaturado el tratamiento ³⁴.

Cuidados de enfermería en el entorno familiar

Torrallas Ortega J et al. (2011)⁴⁷ realizaron un estudio donde se analizaba las dificultades de las familias para cumplir el plan terapéutico establecido. Como resultados obtuvo que las intervenciones que realiza la enfermera en la EpS orientada hacia la familia son fundamentales para ayudar a que cada uno de los miembros mejore su capacidad de afrontamiento y el manejo emocional-conductual del adolescente.

En él se constató que la intervención enfermera en los cuidadores principales se dirige a modificar las conductas familiares poco favorecedoras de la recuperación del trastorno, identificando a la familia como coterapeuta esencial para la motivación al cambio, reduciendo la negación familiar del trastorno y aumentando su implicación en el tratamiento. Se debe establecer una relación terapéutica adecuada, utilizando técnicas y estrategias que favorezcan tanto la comprensión y asimilación de las pautas, así como la expresión de sus necesidades. Para ello, se deben inhibir las respuestas familiares de sobreprotección y elevada emocionalidad, que dificulten la integración de las aportaciones enfermeras a la recuperación del peso en los TCA ⁴⁷.

A pesar de que no se ha localizado bibliografía específica en la educación familiar por parte de enfermería en los TCA, la propia práctica clínica pone en evidencia que la enfermera tiene un papel destacado en la psicoeducación familiar de los TCA, ofreciendo unos cuidados centrados en la escucha activa y las técnicas motivacionales, que aumenten la percepción y capacidad de afrontamiento ante las diferentes dificultades que se presentan en el transcurso del trastorno ⁴⁷.

Las familias pueden convertirse en una importante herramienta para dar cuidados. Las estrategias se ven materializadas en terapias de tipo familiar, en la educación a la familia y en la implicación de ésta en el plan terapéutico, lo que favorece la recuperación del paciente. Todo ello, siempre y cuando la familia se convierta en un apoyo en la terapia, y no en otro factor o condicionante, que pueda propiciar la recaída del enfermo. Es por ello que es fundamental que la enfermera conozca el entorno del paciente y establezca intervenciones que ayuden a los familiares a crear estrategias de afrontamiento, mejorando sus conocimientos como cuidadores y adoptando sus roles y relaciones interpersonales ³⁴.

Intervención de enfermería en la prevención de los TCA

La adolescencia es una etapa idónea para realizar programas de prevención primaria (tabla 8), ya que en este momento de la vida es donde confluyen muchos factores de riesgo que hacen a los jóvenes más vulnerables para desarrollar un TCA ⁴⁸.

Es necesario tener en cuenta los efectos asociados a una mala prevención. Se debe evitar el efecto rebote, ya que ofrecer mucha información sobre los TCA no es sólo inútil, sino que puede ser contraproducente al poder surgir en los adolescentes la sugestión o la inducción mimética de conductas de riesgo ⁴⁸.

Tabla 8-Tipos de prevención en los TCA ⁴⁹

<p>Prevención Primaria</p>	<p>Conjunto de intervenciones que pueden realizarse antes del desarrollo de la enfermedad. Se actúa sobre los factores de riesgo, con estrategias de carácter educativo y centrado en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información a la población general y en particular a la población de riesgo • Identificación de grupos de riesgo. • Actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta. • Intervención sobre los estereotipos culturales, adelgazamiento y belleza.
<p>Prevención Secundaria</p>	<p>Todas aquellas intervenciones dirigidas al diagnóstico y tratamiento precoz.</p>

En cuanto al rol de enfermería en el campo de la prevención de los TCA, se han encontrado los siguientes ámbitos de actuación:

Prevención familiar

La familia debe estimular actitudes positivas hacia los alimentos propios de la cultura a la que pertenece el individuo, seguir las recomendaciones de la guía alimentaria controlando las aversiones alimentarias, respetar las preferencias alimentarias sin caer en la monotonía, promover dietas variadas y equiparadas respetando la calidad y cantidad recomendadas, estimular el sentido de solidaridad, e implicar a todos los miembros en las actividades relacionadas con la comida. La realización de programas de educación nutricional en niños y adolescentes mejora los conocimientos de éstos acerca de alimentación y salud. Para que realmente sean efectivos en niños y adolescentes, es importante implicar a los adultos en dichos programas pudiendo así contar con su apoyo y colaboración, facilitando el cambio de hábitos en los más jóvenes ⁵⁰.

Una herramienta fundamental para esta intervención es “Eps”. Proporciona conocimientos, actitudes y habilidades necesarias, inculcando la conciencia de los factores determinantes de la salud y capacitando para que pueda llevarse a cabo esa participación activa individual y colectiva en los procesos ⁵⁰.

Quinta Aguza C et al. (2005)⁵⁰ realizaron un programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.

Si los padres estuvieran formados en los TCA, sabiendo identificar sus signos y síntomas, podría influir positivamente en la detección precoz de la enfermedad y poder detener o ralentizar su curso, evitándose así casos graves de TCA e incluso su cronicidad ⁵⁰.

Prevención en el Medio Escolar

La población adolescente es la que menos frecuenta los centros de salud, quedando alejada de las intervenciones en educación sanitaria. Los profesionales de enfermería de Atención Primaria, deben desarrollar estrategias conjuntas con los centros educativos de EpS para la formación y asesoramiento en salud de adolescentes en el medio escolar, ya que se sabe que es un entorno altamente favorable en la potenciación de la salud juvenil ⁵¹.

En el diseño de un programa de una consulta joven de enfermería en Atención Primaria realizado por Bennasar Veny M et al. (2007)⁵¹, uno de los objetivos específicos que se establece es el de mentalizar de la importancia de una alimentación sana y equilibrada así como prevenir las enfermedades relacionadas con una alimentación incorrecta.

“Las intervenciones comunitarias con programas escolares con un enfoque global dentro del modelo de la educación para la salud en la adolescencia, puede ser uno de los caminos para lograr la prevención de los TCA” ⁴⁸.

El profesor involucrado en la prevención debe estar preparado y tener un papel activo, no puede limitarse únicamente a transmitir información sobre los TCA, sino que debe motivar y potenciar cualidades, además de diseñar actividades de aprendizaje orientadas a la prevención. De acuerdo con el concepto según la OMS de la salud entendida como el desarrollo de potencialidades, lo que se pretende es que el profesor sea capaz de desarrollar sujetos competentes para que puedan solucionar sus conflictos de forma adecuada ⁴⁸.

La enfermería especializada en salud mental puede ayudar desde el Centro de Salud Mental de la comunidad, en temas de prevención, ofreciendo información y materiales para que los docentes puedan crear su propia estrategia preventiva dependiendo de las características de sus alumnos. El papel de la enfermera no debe ser puntual, sino deberá implicarse de forma activa e integrada, apoyándose en la estructura y los recursos que le ofrece el sistema educativo para realizar una prevención efectiva ⁴⁸.

De los programas preventivos conocidos en España en escolares sobre los TCA, muy pocos tienen incorporada a la enfermería como parte del equipo multidisciplinar ⁴⁸.

Es necesario que la prevención esté enfocada al fomento de la motivación por los hábitos saludables, habilidades personales y aumento de autoestima. Labor que debe desempeñarse día a día y que la enfermera de forma independiente no puede lograr con una charla aislada y descontextualizada, por ello debe de apoyarse en la estructura y recursos de la comunidad educativa ⁴⁸.

Long JD et al. (2004)⁵² realizaron un estudio cuasi-experimental consistente en una combinación de educación tradicional y a través de la web comparada con la educación tradicional por sí sola en adolescentes en el ámbito escolar para la prevención de TCA, obteniéndose mejores resultados en el grupo experimental de estudiantes que en el grupo control.

A pesar de que la intervención enfermera en este estudio fue efectiva, los resultados no se pueden generalizar. Es clara la necesidad de realizar más estudios con metodología longitudinal, para que esta relación causal pueda ser analizada y respaldada científicamente ⁵².

CONCLUSIONES

- El profesional de enfermería, gracias a sus competencias y habilidades, está capacitado para aportar cuidados básicos, así como estrategias de prevención desde la perspectiva social y educadora en los TCA.
- El rol que juega el profesional de enfermería en el establecimiento de una buena relación terapéutica con un paciente con TCA mejora la consecución de los objetivos prefijados en el tratamiento.
- Las intervenciones de enfermería también deben dirigirse a la familia, ya que se considera que la intervención familiar es un factor clave en el proceso de recuperación.
- Actualmente, existe escasa evidencia científica que respalde la efectividad de los diferentes programas llevados a cabo por el personal de enfermería en este tipo de trastornos. Es necesario que aumente la investigación en este campo para el avance de la profesión de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huertas Sánchez D, Núñez Lloveres MA, Ferrero Turrión M. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Lorenzo García L, editor. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Ars Media; 2004. p. 107-123.
2. Guardiola Wanden-Berghe R. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria [tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2014.
3. Perea-Baena JM, Sánchez Gil ML. Estudio Preliminar de un Cuestionario de Valoración de Enfermería en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Enferm Docente [Internet]. 2007 [citado 5 Ene 2016]; 86: [aprox. 5 p.]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-86-04.pdf>
4. Madruga Acerete D, Leis Trabazo R, Lambruschini Ferri N. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Peña Quintana L, editor. Manual de psicopatología clínica. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer; 2000. p. 325-339.
5. Guisado JA, Vaz FJ. Aspectos clínicos del trastorno por atracón o <<binge eating disorder>>. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2001 [citado 5 Ene 2016]; 21(77): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n77/n77a03.pdf>
6. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5^o ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

7. Muñoz Calvo MT. Trastornos del comportamiento alimentario. En: López Sigüero JP, editor. Protocolos de Endocrinología. Madrid: Exlibris; 2011. p. 255-267.
8. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Díez JM. Eating Disorders Diagnostic: from de DSM IV to DSM-5. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2015 Jul-Dic [citado 10 Ene 2016]; 6(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en:
<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/viewFile/354/505>
9. Cuadro E, Baile JI. Binge eating disorder: analysis and treatment. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. [Internet]. 2015 Jul-Dic [citado 11 Ene 2016]; 6(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en:
<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/article/view/345/507>
10. Molero López Barajas D, Castro-López R, Zagalaz-Sánchez ML. Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. CPD [Internet]. 2012 Dic [citado 13 Ene 2016]; 12(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232012000200010
11. Viguria Padilla F, Miján de la Torre A. La pica: retrato de una entidad clínica poco conocida. Nutr Hosp [Internet]. 2006 Jun [citado 13 Ene 2016]; 21(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n5/revision.pdf>
12. Muñoz R, Martínez A. Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria?. Trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. 2007 [citado 13 Ene 2016]; 5: [aprox. 26 p.]. Disponible en:
http://www.tcasevilla.com/archivos/ortorexia_y_vigorexia.pdf

13. Seijas D, Sepúlveda X. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2005 [citado 26 Ene 2016]; 16(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en:
http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_16_4/TrastornosDeLaConductaAlimentaria.pdf
14. 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 [Internet]. 2012 Sept [citado 2 Feb 2016]; 23(5): [aprox. 13 p.]. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703516>
15. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2008 Dic [citado 25 Ene 2016]; 136(12): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200013
16. Portela de Santana ML, Da Costa Ribeiro H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr Hosp [Internet]. 2012 Mar-Abr [citado 7 Ene 2016]; 27(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008
17. Asuero Fernández R, Avargues Navarro ML, Martín Monzón B, Borda Mas M. Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. Escritos de Psicología [Internet]. 2012 May-Ag [citado 8 Feb 2016] 5(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092012000200005

18. ACAB: Associació contra l' Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Barcelona: ACAB; c2013 [citado 21 Feb 2016] Factores de riesgo para sufrir un TCA; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:
<http://www.acab.org/es/documentacion/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
19. Guerra-Prado D, Barjau Romero JM, Chinchilla Moreno A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2001 [citado 22 Feb 2016]; 29(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en:
<http://vidaoptima.com/uploads/biblioteca/20.%20Trastornos%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria/transtornos-conducta-alimentaria.pdf>
20. Schooler D, Trinh S. Longitudinal associations between television viewing patterns and adolescent body satisfaction. Body Image. 2011 8(1): 34-42.
21. Field AE, Cheung L, Wolf AM, Herzog DB, Gortmaker SL, Colditz GA. Exposure to the mass media and weight concerns among girls. Pediatrics. 1999 Mar; 103(3): E36.
22. Carretero Jardí C, Díaz Ortuño M, Ojados F, Rosés Gómez MR, Toro Tralero J, Turón Gil V. Análisis sobre el grado de unificación de tallas de ropa en España y el impacto en la salud de las personas [Internet]. Barcelona: Fundación Imagen y Autoestima; 2010 Jun [citado 21 Feb 2016]. Disponible en:
http://www.f-ima.org/fitxer/388/INFORME_COMPLETO_BAROMETRO_TALLAS.pdf

23. Jiménez Morales M. Trastornos del comportamiento alimentario en internet, de la blogosfera a las redes sociales. *Icono 14* [Internet]. 2010 [citado 22 Feb 2016]; 8(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en:
<http://www.icono14.net/ojs/index.php/icono14/article/view/230/107>
24. Pascual A, Etxebarria I, Cruz MS, Echeburúa E. Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet]. 2011 [citado 22 Feb 2016]; 11(2): [aprox. 18 p.]. Disponible en:
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-378.pdf
25. Madruga Acerete D, Leis Trabazo R, Lambruschini Ferri N. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: Peña Quintana L, editor. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP*. Madrid: Ergon; 2010. p. 325-339.
26. Barrigete Menéndez JA, Viladoms Portugal A. Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Odontológica Mexicana* [Internet]. 2008 Jun [citado 27 Feb 2016]; 12(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo082h.pdf>
27. Rebuffo M, Siravegna MS, Medrano LA. Comorbilidad depresiva en mujeres con trastornos de conducta alimentaria. *Psicología y Salud* [Internet]. 2012 Jul-Dic [citado 27 Feb 2016]; 22(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/546/932>
28. 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* [Internet]. 2012 Sept [citado 28 Feb 2016]; 23(5): [aprox. 12 p.]. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703528>

29. Perea Baena JM, Espina Eizaguirre A, Ortego Sáenz de Cabezón A. La valoración enfermera en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Rev Presencia [Internet]. 2007 Ene-Jun [citado 15 Mar 2016]; 3(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/presencia/n5/r61articulo.php>
30. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación (2015-2017). 10^o ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
31. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5^a ed. Madrid: Elsevier; 2013.
32. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
33. Vega Lora J, Gaiteiro Ramírez de Verger V. Intervención enfermera en el plan terapéutico de los trastornos de la conducta alimentaria: renutrición. Hygia de Enfermería. 2013; 84(1): 36-40.
34. Gómez del Río N, Castro Molina FJ, Monzón Díaz J, García Parra E, Monzón Díaz G, Quintero Febles JM. Atención enfermera en el cuidado de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Rev Presencia [Internet]. 2013 Ene-Dic [citado 12 Mar 2016]; 9(17-18): [aprox. 13 p.]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/presencia/n17-18/p9156r.php>
35. Surtees R. Developing a therapeutic alliance in an eating disorders unit. Nurs N Z. 2007 Nov; 13(10): 14-15.

36. Maestro González MB, García Andiano P. Educación grupal: Técnicas de relajación en Atención Primaria. [Internet]. Palencia: Rev Paraninfo Digital; 2007 [citado 23 Abr 2016]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/para/n2/140.php>
37. Porro Santos C. Eficacia de un programa de relajación para mejorar el manejo del control de impulsos en pacientes con bulimia. Biblioteca Las Casas [Internet]. 2011 Jun [citado 16 Abr 2016]; 7(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0592.php>
38. Perea Baena JM, Espina Eizaguirre A, Ortego Sáenz de Cabezón A, Calzado Luengo J, Villanueva Calvero E, Sánchez Gil L. Taller de alimentación para pacientes con Anorexia Nerviosa. Rev Presencia [Internet]. 2007 Ene-Jun [citado 10 Abr 2016]; 3(5): [aprox. 12 p.]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/presencia/n5/r60articulo.php>
39. Bailer U et al. Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. Int J Eat Disord. 2005 May; 25(4): 522-537.
40. Bravo Ferrón S. Eficacia de un manual de autoayuda guiada por la enfermera especialista en salud mental como complemento a la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de pacientes diagnosticados de bulimia nerviosa. Nure Investigación [Internet 29 Abr 2016]. 2006 Jul-Ag [citado 20 Abr 2016]; 23: [aprox. 20 p.]. Disponible en:
<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/302>
41. Berdasco López AM, Cimadevilla Quirós L. Eficacia de las guías de autoayuda en la anorexia nerviosa [Internet]. Oviedo: Rev Paraninfo Digital; 2015 [citado 5 May 2016]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/para/n22/488.php>

42. Meades S. Suggested community psychiatric nursing interventions with clients suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Adv Nurs*. 1993; 18(3): 364-370.
43. Muscari ME. Primary care of adolescents with bulimia nervosa. *J Pediatr Health Care*. 1996; 10(1): 17-25.
44. Satter E. Feeding dynamics: helping children to eat well. *J Pediatr Health Care*. 1995; 9(4): 178-184.
45. Bakker R, Meijel B, Beukers L, Ommen J, Meerwijk E, Elburg A. Recovery of normal body weigh in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective of effective interventions. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2011; 24(1): 16-22.
46. Kong S. Day treatment programme for patients with eating Disorders: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2005; 51(1): 5-14.
47. Torralbas Ortega J, Puntí Vidal J, Arias Núñez E, Naranjo Díaz MC, Palomino Escrivá J, Lorenzo Capilla A. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enferm Clin*. [Internet]. 2011 Nov [citado 26 Abr 2016]; 21(6): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-intervencion-enfermera-el-plan-terapeutico-90057801>
48. Paredes Sierra M. La enfermera psiquiátrica comunitaria como recurso para la formación del profesorado de educación secundaria en la prevención escolar de la anorexia nerviosa. *Nure Investigación* [Internet]. 2005 Jul-Ag [citado 24 Abr 1016]; 17: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/258>

49. Casado Morales MI, Helguera Fuentes M. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. Clínica y Salud [Internet]. 2008 May [citado 26 Abr 2016]; 19(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000100001
50. Quinta Aguza C, Cabello Fernández ME, Verónica Martínez Cabello, Jiménez García A, Payán Rivera P, Sánchez Moreno, R. Programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Biblioteca Las Casas [Internet]. 2005 [citado 5 May]; 11(2): [aprox. 86 p.]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0839.pdf>
51. Bennasar Veny M, González Torrente S, Pericas Beltrán J. Diseño de un programa de educación para la salud en adolescentes: consulta joven de enfermería en Atención Primaria. Rev Presencia [Internet]. 2007 Jul-Dic [citado 5 May 2016]; 3(6): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/presencia/n6/r74articulo.php>
52. Long JD, Steevens KR. Using Technology to Promote Self-Efficacy for Healthy Eating in Adolescents. Journal of Nursing Scholarship. 2004; 36(2): 134-139.

ANEXO 1

Tabla 9-Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa según el DSM-V ⁶

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia propia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.
Especificar si: <ul style="list-style-type: none">- Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto-provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida del peso es devisa, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.- Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto-provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)
Especificar si: <ul style="list-style-type: none">- En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el criterio B o el C.- En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.
Especificar la gravedad actual: <p>La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños o adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la OMS para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.</p> <p><i>Leve:</i> IMC > 17 kg/m²</p> <p><i>Moderado:</i> IMC 16-16.99 kg/m²</p> <p><i>Grave:</i> IMC 15-15.99 kg/m²</p> <p><i>Extremo:</i> IMC <15 kg/m²</p>

Tabla 10-Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa según el DSM-V ⁶

<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <p>1.- Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.</p> <p>2.- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere)</p>
<p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto-provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p>
<p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>
<p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p>
<p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>
<p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado. - En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.
<p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.</p> <p><i>Leve:</i> un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p><i>Moderado:</i> un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.</p> <p><i>Grave:</i> un promedio de 8-13 episodios de comportamientos inapropiados a la semana.</p> <p><i>Extremo:</i> un promedio de 4 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>

Tabla 11-Criterios diagnósticos del Trastorno Por Atracones según el DSM-V ⁶

<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Ingestión, en período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2.- Sensación de pérdida de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej. Sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
<p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Comer mucho más rápido de lo normal. 2.- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3.- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4.- Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5.- Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
<p>C. Malestar intenso respecto a los atracones</p>
<p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p>
<p>E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.</p>
<p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado. - En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.
<p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación)</p> <p>La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional:</p> <p><i>Leve:</i> 1-3 atracones a la semana</p> <p><i>Moderado:</i> 4-7 atracones a la semana</p> <p><i>Grave:</i> 8-13 atracones a la semana</p> <p><i>Extremo:</i> 14 o más atracones a la semana</p>

ANEXO 2

Tabla 12-Valoración enfermera según el modelo de Marjory Gordon ²⁹

1. <u>Nutricional-Metabólico</u>
<ul style="list-style-type: none">✓ Valoración física, relacionada con el IMC (Índice de Masa Corporal) y con el deterioro nutricional (hipotermia, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la mucosa oral, de la dentición y fragilidad capilar).✓ Valoración de hábitos, relacionado con la actitud en la mesa (manipulación de alimentos), negación a comer alimentos determinados (grasas, fritos y azucarados) y el tipo de dieta que siguen (normalmente desequilibrada). Para valorar la gravedad de éstos, se aplican algunos de los siguientes cuestionarios validados: <p style="text-align: center;"><i>Bulimia Test of Edimburg (BITE), Henderson y Freeman, 1987.</i> <i>Eating attitudes test (EAT 40), Garner y Garfinkel, 1979.</i></p>✓ Valoración de la ingesta, tanto de alimentos como de líquidos -sobre todo agua- realizada a través de registros familiares, donde el profesional contrasta lo que el paciente considera que come, con lo que considera la familia.
2. <u>Percepción/mantenimiento de la salud</u>
<ul style="list-style-type: none">✓ Valoración relacionada con el mantenimiento de hábitos higiénicos saludables y de hábitos terapéuticos adecuados. Para poder valorar esto último, se debe explorar la conciencia del trastorno, la aceptación de éste y la voluntad de colaborar con el tratamiento.✓ Es importante tener presente el modelo de Virginia Henderson cuando propone la valoración de las necesidades en función del aspecto que falla en el paciente: conocimiento, fuerza y voluntad. Los pacientes con este trastorno no suelen tener conciencia del mismo y, por tanto, falla la voluntad, por lo que se tendrá que crear una alianza con los padres para que ellos sean los que ejecuten los cuidados.
3. <u>Actividad y ejercicio</u>
<ul style="list-style-type: none">✓ Este patrón se suele ver relacionado con un excesivo gasto de energía. Lo habitual es que en las conductas restrictivas se encuentre bajo peso y se recomiende a la familia prohibir el ejercicio. Sin embargo, en las conductas con atracones y purgas, lo habitual es que el IMC esté en valores normales y por lo tanto el ejercicio físico es recomendable, si no hay otras alteraciones.
4. <u>Sueño-Descanso</u>
<ul style="list-style-type: none">✓ Independientemente de que el insomnio pueda ser tratado con hipnóticos (prescritos por el psiquiatra), la enfermera de salud mental puede prescribir cuidados inductores del sueño nocturno: técnicas de relajación, musicoterapia, lecturas, ambiente que favorezca el descanso (ausencia de ruidos), evitar el consumo de estimulantes (tabaco, alcohol, etc.)

5. <u>Cognitivo-Perceptivo</u>
<p>✓ La valoración de este patrón está vinculada a la alteración en las percepciones sensoriales relacionadas con las sensaciones corporales internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensación de plenitud aunque coma poco. ○ Percepción de que lo que come va directamente a una zona del cuerpo. ○ Incapacidad para diferenciar las emociones negativas de las sensaciones físicas. ○ Habitualmente, las conductas restrictivas se relacionan con niveles cognitivos de perfeccionismo y autoexigencia.
6. <u>Autopercepción y autoconcepto</u>
<p>✓ La valoración de este patrón está en relación con la imagen corporal y la autoestima. Existen cuestionarios validados para valorar la imagen y autoestima:</p> <p style="text-align: center;"><i>Body Shape Questionnaire (BSQ), Cooper, Taylor y Cooper y Faiburn, 1987.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Escala de autoestima, Rosenberg, 1967.</i></p> <p>La imagen corporal se suele percibir distorsionada, aumentada y suele ser un motivo de auto-desvaloración. Esta falta de valoración física también influye en la baja autoestima.</p>
7. <u>Rol y relaciones</u>
<p>✓ Se debe explorar el ambiente familiar, el tipo de comunicación o la falta de la misma, estilos de relación, etc. Es importante ayudar a la familia a entender que una excesiva protección frena la autonomía que ayuda a la persona a ser adulta. Por tanto, la valoración de los lazos familiares como la explicación a la familia del proceso en el que están inmersos, requiere de intervenciones de cuidados especializadas.</p>
8. <u>Sexualidad/Reproducción</u>
<p>✓ Pacientes con conductas restrictivas suelen manifestar rechazo o pérdida de interés en el sexo. Mientras que pacientes con conductas purgativas, presentan patrones normales o incluso, comportamientos de promiscuidad (lo que corresponde en la mayoría de los casos en un intento de obtener valoración de los iguales y autoafirmación).</p>
9. <u>Adaptación y tolerancia al estrés</u>
<p>✓ Evaluar al paciente y familia, es fundamental en este patrón. Esto se debe a que la familia suele presentar un alto grado de ansiedad en relación a la dificultad en el manejo con el paciente con el trastorno.</p> <p>✓ Es frecuente que exista una tensión emocional y presión en la familia. La carga familiar en patologías crónicas, es alta. Asociada a la ansiedad y depresión, produce un cansancio en el rol del cuidador, que hace que maneje con dificultad la expresión de la emoción: excesiva protección y alto criticismo.</p>

