



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**Abordaje enfermero de la bulimia en
adolescentes: una revisión bibliográfica**

Estudiante: Ana de Pablo Tabernero

Tutelado por: Manuel Cuervas-Mons Finat

Soria, fecha 29 de Mayo de 2017

RESUMEN

Introducción: La bulimia nerviosa es, junto a la anorexia, los principales Trastornos de la Conducta Alimentaria, y se caracteriza por episodios de ingesta voraz de comida o atracón, seguido de conductas compensatorias como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes o un exceso de actividad física. Su etiología es multifactorial, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. Actualmente, se han disparado las cifras de prevalencia e incidencia, sobre todo en población adolescente. Enfermería juega un papel fundamental ya que se encarga de la prevención de estos trastornos.

Objetivos: Conocer que son los Trastornos de la Conducta Alimentaria, aportar información actualizada sobre la bulimia y analizar el papel de Enfermería ante el manejo y prevención de este trastorno.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scielo, Medline/Pubmed, Cuiden Plus, Cuidatge, Dialnet; así como Guías o Programas de Salud oficiales. Se revisaron diversos artículos científicos, utilizando los que cumplen los criterios de inclusión.

Resultados y Discusión: El trabajo de enfermería se va a realizar mediante Programas de Salud, cuyo objetivo es ayudar al adolescente a alcanzar su salud física y psicología. Los programas deben ser de 2 tipos: dirigido a los adolescentes y dirigido a los padres o cuidadores. En los programas se trata entre, otras cosas, temas nutricionales, aspectos emocionales, manejo de las conductas y la mejora de las conexiones sociales. La interacción enfermera-paciente es primordial, ya que puede provocar un cambio de actitud. La eficacia de los Programas de Salud es mayor cuando van dirigidos a poblaciones de riesgo y cuando se desarrollan de forma interactiva, con multisesión y en terapias de grupo, ya que permite una retroalimentación positiva.

Conclusiones: Enfermería realiza una actuación fundamental en la bulimia nerviosa, tanto con el paciente como con la familia. El tratamiento ideal es el multidisciplinar incluyendo en este al paciente y la familia. Las intervenciones que se pueden llevar a cabo se basan en la educación sanitaria, el seguimiento del paciente y el apoyo emocional.

Palabras clave: bulimia, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Enfermería, adolescentes.

Key words: bulimia, eating disorders, Nursing, teenagers.



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

Campus Universitario Duques de Soria



ÍNDICE

Índice de abreviaturas.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Concepto.....	5
1.2 Antecedentes Históricos.....	5
1.3 Epidemiología.....	6
1.4 Etiología.....	6
1.5 Cuadro clínico.....	7
1.6 Diagnósticos.....	8
1.7 Tratamiento.....	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
3. COMPETENCIAS.....	10
3.1 Generales.....	10
3.2 Transversales.....	10
3.3 Específicas.....	10
4. OBJETIVOS.....	10
4.1 Objetivos generales.....	10
4.2 Objetivo específico.....	10
5. MARCO METODOLÓGICO.....	10
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	12
6.1 Objetivos Programa de Salud.....	12
6.2 Tipos de prevención.....	13
6.3 Sesiones con los pacientes.....	13
6.4 Sesiones con los padres.....	14
6.5 Eficacia de los Programas.....	15

6.6	Diagnósticos enfermeros más frecuentes.....	16
6.7	Asociaciones de ayuda	16
6.8	Programas de Prevención	17
7.	CONCLUSIONES	17
8.	BIBLIOGRAFÍA	18
9.	ANEXOS	21
9.1	ANEXO 1. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa.....	21
9.2	ANEXO 2. Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26)	22
9.3	ANEXO 3. Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria (EDI-II)	23
9.4	ANEXO 4. Test de Bulimia Revisado (BULIT-R)	26
9.5	ANEXO 5. Asociaciones FEACAB	29

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1	Tipos de síntomas de la bulimia nerviosa	7
Tabla 2	Metodología: artículos utilizados. Elaboración propia.....	11
Tabla 3	Metodología: otros recursos. Elaboración propia.....	12
Tabla 4	Bulimia nerviosa DSM-V	21
Tabla 5	Bulimia nerviosa CIE-10	21
Tabla 6	Test de Actitudes Alimentarias. Eating Attitudes test EAT-26	22
Tabla 7	Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Eating Disorder Inventory Test EDI-II	23
Tabla 8	Test de Bulimia Revisado. Bulimia Test Revised BULIT-R	26
Tabla 9	Asociaciones FEACAB	29

Índice de abreviaturas

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

AN: Anorexia nerviosa

BN: Bulimia nerviosa

TCANE: Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados

OMS: Organización Mundial de la Salud

ECG: Electrocardiograma

IRSS: Inhibidores de la recaptación de serotonina

AP: Atención Primaria

IMC: Índice de Masa Corporal

FEACAB: Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra Anorexia y la Bulimia nerviosas

EAT: Escala de Actitud Alimentaria

EDI: Inventario de Trastornos de la Conducta

BULIT-R : Test de Bulimia Revisado

1. INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, los términos belleza y delgadez son casi sinónimos. Están íntimamente ligados, al punto en el que “estar a dieta” es casi una forma de vida. Debido a esta búsqueda de la “perfección”, cada vez se dan más casos de trastornos de la conducta alimentaria y en edades más tempranas.

Los medios de comunicación y las redes sociales exaltan unos ideales físicos extremos, y estilos de vida poco saludables, imponiendo un canon de belleza dominado por la delgadez, que puede desencadenar coqueteos con la mala alimentación para verse y sentirse mejor en el grupo más susceptible de la población, los adolescentes ^(1,2).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han ganado relevancia en los últimos años debido a su gravedad, cronicidad y dificultad a la hora de confirmar un diagnóstico e imponer el tratamiento multidisciplinar necesario. Su etiología es multifactorial, ya sea por factores genéticos, biológicos, familiares, de personalidad o socioculturales, en los que entran en juego internet y los medios de comunicación. Generalmente va asociado a depresión, trastornos ansiosos o de la personalidad ^(3,4).

Los TCA se definen como un grupo de alteraciones mentales que se caracterizan por una conducta trastocada ante la ingesta de alimentos y un control excesivo del peso. Esto supone problemas físicos o psicosociales a la persona. Dentro de los TCA se incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia o bulimia nerviosa (BN) y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) ⁽³⁾.

1.1 Concepto

La bulimia se caracteriza por episodios de ingesta voraz de comida en un periodo corto de tiempo, también denominados atracones, en los cuales los alimentos suelen ser de alto contenido calórico o dulces. Los pacientes suelen intentar compensar la ingesta con vómitos autoinducidos, el abuso de laxantes y diuréticos y el aumento de la actividad física. Estos episodios no pueden controlarse ni interrumpirse, el paciente tiene una sensación de pérdida de control sobre la situación. En contraposición a la anorexia, las personas afectadas de bulimia no tienen que tener un peso excesivamente bajo, sino que también la pueden padecer personas con normopeso o sobrepeso. Suele ser un trastorno oculto y secreto por pasar desapercibido ^(3,5).

1.2 Antecedentes Históricos

El término bulimia proviene de la palabra griega *boulimos*, que es la unión de *bous* (buey) y *limos* (hambre), la traducción literal es “hambre de buey”. Este trastorno se remonta a la Antigüedad Clásica, en la que Aureliano describió “*hambre mórbida: apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito autoprovocado*” ⁽⁵⁾. En el siglo XVIII, James relató una entidad llamada *True boulimus* caracterizada por una preocupación extrema por la comida, la ingesta exagerada de alimentos en poco tiempo, seguido de desmayos. También describió otra variante denominada *Caninusappetitus* en la cual tras la ingesta se vomitaba.

Fue en el siglo XIX cuando se incluyó el concepto de Bulimia en la Enciclopedia Británica y en el Diccionario Médico y Quirúrgico publicado en París. Pero, no fue hasta 1979 que Russell publicó en un trabajo la primera descripción exacta de la enfermedad ⁽⁶⁾.

Podemos clasificar la BN de dos formas:

- La bulimia clásica o purgativa: las personas tienen atracones con gran cantidad de alimentos en poco tiempo y posteriormente lo compensan al autoinducirse el vómito. Muchas veces se utilizan también laxantes, diuréticos o enemas.
- La bulimia no purgativa: las personas tratan de compensar los atracones haciendo una cantidad excesiva de ejercicio ⁽⁷⁾.

1.3 Epidemiología

Los TCA se suelen mantener en secreto, por lo que no hay cifras exactas de prevalencia e incidencia en este tipo de enfermedades, pero sí se ha llegado a unas cifras aproximadas, así como la media de edad de incidencia.

La bulimia es más frecuente que la anorexia, siendo su prevalencia mundial del 1-3%, y como ya se ha comentado anteriormente, suele iniciarse en la adolescencia ⁽⁴⁾. En la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Sistema Nacional de Salud ⁽³⁾ se concluye que la prevalencia española en cuanto a la bulimia comprendida en los años de 12 a 21 es del 0,41-2,9% en mujeres y 0-0,36% en hombres ⁽³⁾.

Según un estudio de la Universidad Veracruzana realizado sobre adolescentes, se calculó que el 8% mostró riesgo de TCA y el 10% tenía ya una enfermedad instalada. El 5% de la población estaba en riesgo y el 4% posiblemente ya sufría una alteración ⁽⁸⁾. Debido a esto, es importante que a estas edades se detecten a los jóvenes que se muestren excesivamente preocupados por la ingesta de comidas y su imagen corporal. Es una edad muy delicada ya que es cuando el individuo se forma física y psicológicamente. A estas edades no se es ni un niño ni un adulto, por lo que se reafirma su independencia y su autonomía. Muchos muestran dificultades en esta transición, lo que algunas veces conduce a la extrañeza y al desagrado ⁽⁹⁾.

El curso de la bulimia es más caótico que el de la anorexia, ya que tiene más episodios de remisión, tentativas de suicidio y complicaciones más severas y frecuentes. Aproximadamente, en el 30% de las personas diagnosticadas de bulimia tienen dependencia y abuso de alcohol y/o drogas.

1.4 Etiología

Los TCA tienen una etiología multifactorial, ya que incluye factores biológicos, socioculturales y psicológicos, así como algunas situaciones estresantes que pueden afectar a los adolescentes.

- Factores biológicos. Hay una predisposición genética, hay estudios que muestran que hay mayor prevalencia de TCA en familias en las que ya hay personas con TCA.

En el caso de la bulimia encontramos que en el cromosoma 10 encontramos una mayor susceptibilidad a desarrollar esta enfermedad. También influye el ser mujer, ser adolescente y haber padecido obesidad en la niñez.

- Factores socioculturales. Los estudios relatan los siguientes factores como de riesgo: estructuras familiares poco unidas, sobreprotectoras, desestructuradas, antecedentes familiares de TCA, conductas alimentarias anormales en el nexo familiar, obesidad, alcoholismo, actividades o deportes que le dan demasiada importancia a la delgadez y el peso.

- Factores psicológicos. Se suelen asociar a los TCA: excesivo perfeccionismo, aislamiento social, trastornos afectivos, de la personalidad, obsesivo-compulsivos, de control de impulsos y trastornos de la ansiedad, así como el realizar dietas restrictivas y antecedentes de dificultades alimentarias.

- También influyen las situaciones estresantes en las que los adolescentes se pueden encontrar, como: abusos verbales, físicos o sexuales, críticas continuas con respecto al físico, fracasos amorosos, y los cambios escolares ^(7,3).

Como ya queda expuesto, los TCA no solo vienen determinados por factores biológicos, sino que también por factores psicológicos, socioculturales y ambientales. Debido a este origen multifactorial, en algunos estudios se ha investigado el desarrollo de TCA en gemelos, que compartan factores biológicos y socioculturales, y que se diferencian en las conductas alimentarias, siendo patológica en unos casos y en el resto no, con lo que se determina la importancia de la propia personalidad del individuo y los factores ambientales ^(3,10).

1.5 Cuadro clínico

El trastorno comienza cuando la persona se siente insatisfecha con su cuerpo e intenta adelgazar, generalmente se inicia una dieta, aunque muchas veces no se encuentra éxito en ella, por lo que se recurre a otras formas compensatorias como el vómito para poder comer sin engordar.

Una vez se conocen los “beneficios” del vómito, comer lo que quieras y no engordar, es cuando aparecen los atracones, ingiriendo una cantidad de comida altamente calórica para luego cometer el acto purgativo ⁽³⁾.

Entre los distintos síntomas encontramos:

Tabla 1 Tipos de síntomas de la bulimia nerviosa ^(3,6,11)

CONDUCTUALES	EMOCIONALES	FISIOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> – Vómitos autoprovocados – Almacenamiento de comida – Evitación de comidas familiares o sociales – Disminución del 	<ul style="list-style-type: none"> – Pavor a subir de peso – Deseo impulsivo de perder peso – Trastorno de la imagen corporal – Baja autoestima – Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> – Irregularidades menstruales – Ardor esofágico – Dolor abdominal inespecífico – Letargo

rendimiento escolar y/o laboral	– A veces, ideaciones suicidas	– Fatiga
– Falta al colegio o al trabajo	– Ocultamiento del problema	– Cefaleas
– Evitación a la familia	– Irritabilidad y cambios bruscos de humor	– Distensión abdominal
– Mentiras		– Diarrea/estreñimiento
– Robos		– Tumefacción de manos y pies
– Consumo de alcohol y drogas		– Dolor de garganta
– Promiscuidad sexual		– Hipoglucemia
		– Dolores musculares

Entre los signos fisiológicos destacamos:

- Callosidades en manos (Signo de Russell)
- Hipertrofia de las glándulas salivales bilaterales
- Erosión del esmalte dentario (perimólisis)
- Caries
- Petequias faciales
- Úlceras orales y esofágicas
- Alteraciones electrolíticas (alcalosis metabólica con hipo K e hipo Cl)
- Caída del cabello^(3,11)

1.6 Diagnósticos

La tardanza en identificar un TCA supone una mayor morbilidad por el retraso en administrar el tratamiento, lo que conlleva un peor pronóstico. Por esto, es muy importante que el personal sanitario conozca los síntomas y signos de alarma, así como las características para confirmar el diagnóstico. En la mayoría de ocasiones la identificación del trastorno se dificulta por la falta de conciencia de la enfermedad por parte de los adolescentes y su afán por esconder los síntomas, y porque la bulimia no siempre se acompaña por una pérdida significativa de peso^(3,11).

Para el diagnóstico, tenemos los criterios definidos por la Academia Americana de Psiquiatría DSM-V y por la OMS, CIE10 (**ANEXO I**)^(4,11), además es necesario realizar una historia clínica al paciente y a sus familiares, un examen físico y exámenes complementarios, como: Hemograma completo, glucemia, urea, colesterol, triglicéridos, hierro, electrolitos, gasometría, ECG, análisis de orina, estudio hormonal... La Bulimia, así como la Anorexia, se pueden detectar mediante diversos test⁽¹²⁾ como:

- Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT-26). Se trata de un cuestionario con 26 ítems con 6 opciones de respuesta. Presenta tres subescalas: hacer dieta, bulimia y preocupación por la comida y control oral (**ANEXO 2**)⁽¹³⁾.
- Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Inventory, EDI-II). Tiene 91 ítems con 6 opciones de respuesta sobre signos y síntomas asociados a la anorexia y la bulimia. Su objetivo es observar y evaluar conductas y rasgos psicológicos

para tratar los TCA. A mayor puntuación, existe un nivel elevado de psicopatología relacionada con la alimentación (**ANEXO 3**)⁽¹⁴⁾.

- Test de Bulimia Revisado (Bulimia Test Revised, BULIT-R). Compuesto por 36 ítems con 5 opciones de respuesta, sirve para evaluar los síntomas característicos de la bulimia según el DSM-IV. Presenta cinco subescalas: atracones, control e imagen corporal, medidas radicales y ayuno, ejercicio físico, vómito y uso de laxantes y uso de diuréticos⁽⁸⁾ (**ANEXO 4**)⁽¹⁵⁾.

1.7 Tratamiento

El tratamiento que se requiere en este tipo de enfermedades es multidisciplinar, ya que así se ofrece una mayor posibilidad de recuperación y se evita la cronificación. El tratamiento debe ir encaminado a tratar el trastorno conductual alimentario, a trabajar sobre la personalidad del propio individuo, y a involucrar en el tratamiento a la familia y a los círculos cercanos. Los casos severos deben hospitalizarse para poder conseguir una estabilización y así poder iniciar el tratamiento, en los casos en los que se pueda el abordaje será en forma ambulatoria⁽⁴⁾.

La estrategia terapéutica consiste en restaurar el peso corporal, ya que sin esto no se podrá lograr la cura psicológica, aunque en muchos casos los pacientes están en normopeso o incluso con sobrepeso. El objetivo principal desde el punto de vista nutricional es conseguir una nutrición adecuada y equilibrada que permita mantenerse en un estado óptimo de salud. Asegurándonos de que no causará sobrepeso, ya que es muy común esa preocupación. Con frecuencia se utiliza tratamiento farmacológico con antipsicóticos, antidepresivos o fármacos para reducir la ansiedad.

Dentro de la gran diversidad de antidepresivos, valorando la efectividad, efectos secundarios y la calidad de vida, los que han demostrado ser mejores con los Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)⁽⁴⁾.

La función que tiene la Enfermería en este tipo de pacientes se explicará con detalle más adelante.

2. JUSTIFICACIÓN

Se ha elegido este tema para el Trabajo de Fin de Grado de Enfermería porque los TCA han aumentado en los últimos años, y dentro de estos, la bulimia es el trastorno con más prevalencia en los adolescentes, lo que constituye un grave problema de salud con grandes repercusiones sanitarias y socioeconómicas, por lo que debemos conocer, saber identificar y tratar estas enfermedades. Aunque la bulimia es más prevalente que la anorexia, existe menos bibliografía sobre este tema, por lo que este trabajo pretende revisar conocimientos actualizados sobre el papel de la Enfermería en el manejo de la Bulimia en adolescentes, así como aportar información actualizada sobre la propia enfermedad.

Es preciso que los profesionales sanitarios se actualicen sobre el tema de la bulimia, no solo por la sintomatología, sino también por las importantes consecuencias psicosociales, físicas y económicas. Es esencial identificar a los adolescentes que poseen un alto riesgo de desarrollar este trastorno, para poder mantener un índice de sospecha y prevenirlo.

3. COMPETENCIAS

3.1 Generales

- C.G.2. Serán capaces de aplicar los conocimientos a su trabajo de una forma profesional y poseer las competencias que demuestren por medio de la elaboración y defensa de argumentos y la resolución de problemas dentro del área de enfermería.
- C.G.3. Deben demostrar la capacidad de reunir e interpretar datos relevantes (dentro del área de enfermería) para emitir juicios que incluyan una reflexión sobre temas relevantes de índole social, científica o ética.

3.2 Transversales

- C.T.2. Capacidad para aplicar el razonamiento crítico.
- C.T.3. Capacidad de análisis y síntesis.
- C.T.18. Capacidad para demostrar habilidades de investigación.
- C.T.19. Capacidad para desarrollar habilidades de gestión de la información.

3.3 Específicas

- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivos generales

- Conocer qué es un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA).
- Aportar información actualizada sobre la bulimia, su epidemiología así como los grupos de riesgo, etiología y sintomatología.
- Dar a conocer los criterios diagnósticos de la BN en DSM-V y CIE-10.

4.2 Objetivo específico

Elaborar una revisión bibliográfica sobre intervenciones de Enfermería para el manejo y prevención de la bulimia en población adolescente.

5. MARCO METODOLÓGICO

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la bulimia, su etiológica, epidemiológica, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y el abordaje que realiza Enfermería

ante esta enfermedad. Para ello se ha realizado una búsqueda en las siguientes bases de datos: Scielo, Medline/Pubmed, Cuiden Plus, Cuidatge y Dialnet. Y el motor de búsqueda Google Académico, utilizando las palabras clave: bulimia (bulimia), bulimia nerviosa (Bulimia nerviosa), Trastornos de la Conducta Alimentaria (eating disorders), Enfermería (Nursing), prevención (prevention), autoestima (self-esteem), adolescentes (teenagers). Los operadores booleanos utilizados son “AND” y “OR”.

- Criterios de inclusión: artículos sobre la bulimia en general y los TCA para elaborar la introducción, la bulimia en adolescentes, artículos sobre bulimia en humanos, cuidados de enfermería, se han incluido 2 artículos del año 2004 por tener unas características descriptivas relacionadas al tema tratado

- Criterios de exclusión: artículos de más de 10 años de antigüedad, idiomas que no fueran español o inglés, artículos sobre los TCA centrados en la anorexia

Tabla 2 Metodología: artículos utilizados. Elaboración propia

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Scielo	- Eating disorders - Bulimia - Nursing - Prevention	20	8
Medline/Pubmed	- Eating disorders - Bulimia - Nursing	8	2
Cuiden	- Eating disorders - Bulimia - Nursing	6	0
Dialnet	- Eating disorders - Nursing - Bulimia	4	1
Cuidatge	- Eating disorders - Bulimia - Self-esteem - Teenagers	6	2
Google académico	- Eating disorders - Bulimia - Nursing - Prevention	20	4

Tabla 3 Metodología: otros recursos. Elaboración propia

OTROS	ENCONTRADOS	SELECCIONADOS
Libros	5	2
Documentos oficiales (Guías o Programas de Salud oficiales)	10	6
Páginas de relevancia oficiales	6	4

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La población general no conoce la existencia y el impacto que producen los Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo que mantienen los ‘ojos cerrados’ ante una realidad cada vez más común. Son una enfermedad secreta, por lo que se debe prestar atención a los grupos de riesgo (adolescentes, modelos, atletas, bailarines, varones homosexuales) para poder detectar precozmente signos y síntomas de alarma.

El papel de enfermería es importante ya que va dirigido a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. La enfermera debe trabajar en los diferentes ámbitos: paciente, familia, comunidad, escuela e instituciones sanitarias. Se debe preparar, sobre todo a los padres y cuidadores de niños y adolescentes para que sepan identificar factores de riesgo o signos y síntomas de un trastorno de la conducta alimentaria. La actuación de enfermería se realiza a través de programas de salud⁽¹⁶⁾.

6.1 Objetivos Programa de Salud

Los objetivos descritos por Banker et al.⁽³⁾ para un programa de salud sobre bulimia son:

- Rehabilitación nutricional
- Restauración del peso
- Estabilización clínica y prevención de complicaciones
- Interrupción de los atracones
- Interrupción de la alimentación disfuncional y la distorsión de la imagen
- Restablecer patrones de alimentación saludables
- Reiniciar conexiones sociales

Se ha observado, que los mejores resultados se obtienen cuando se realiza un abordaje multidisciplinar, donde se trata la recuperación y estabilización del peso y una

adecuada terapia psicológica y conductual al paciente y a los familiares. Los aspectos relacionados con la educación son primordiales, siendo parte del trabajo de Enfermería⁽¹⁷⁾.

6.2 Tipos de prevención

La función de Enfermería se va a centrar en la prevención, dividiéndose en 3 tipos:

- **Prevención primaria:** la mejor prevención, enfocada en reducir la incidencia del trastorno. Aunque no se conozcan con exactitud los factores predisponentes, hay algunos que podemos abordar: el uso de dietas hipocalóricas, la desinformación dietética, la esclavitud a los estereotipos culturales y el deseo de ser delgadas. Se realiza en Atención Primaria (AP), mediante programas de salud.
- **Prevención secundaria:** Este tipo se dirige a disminuir el tiempo entre la aparición del trastorno y el comienzo del tratamiento. Puede abordarse en Atención Primaria o Atención Hospitalaria en los casos requeridos.
- **Prevención terciaria:** tiene gran relación con la efectividad de los tratamientos aplicados, se pretende reducir recaídas y mortalidad en el caso de casos crónicos. Como en el caso anterior, puede realizarse desde Atención Primaria u Hospitalaria⁽¹⁸⁾.

Como ya se ha comentado antes, el trabajo de Enfermería en AP va a ser mediante Guías o Programas de Salud, cuyo objetivo principal es ayudar al adolescente a alcanzar su salud física y psicológica y poder mantenerla, gracias a una buena relación con la alimentación y su cuerpo. Los programas de salud se deben diferenciar en 2 tipos, dependiendo de a quién va dirigidos: por un lado tenemos a los adolescentes, y por otro a los padres o cuidadores, con el fin de resolver dudas sobre la enfermedad e instruirles para identificar los signos y síntomas de aparición⁽¹⁷⁾.

Algunos estudios defienden que el mejor enfoque para el desarrollo de un programa para la prevención de los TCA es que deben ser interactivos y de multisesión. La prevención será más eficaz si se realizan, en el ámbito escolar, dirigidas a poblaciones de riesgo y ofertadas por profesionales cualificados, y deben ser terapias de grupo, ya que esto ayuda a mejorar a los pacientes en cuanto a la conducta social y produce una retroalimentación positiva brindada por el propio grupo^(18,19).

En esta revisión bibliográfica se ha recopilado numerosos artículos y Guías o Programas de Salud sobre los TCA para analizar las actividades y educación que se realizan ante los adolescentes y ante las familias, haciendo recopilación de las intervenciones señaladas en ello:

6.3 Sesiones con los pacientes

Los objetivos que hay que alcanzar son:

- Rehabilitación nutricional
- Restaurar y mantener el peso
- Estabilización clínica y prevenir complicaciones

- Interrupción de los atracones
- Interrupción de ideas distorsionadas sobre la propia imagen
- Restablecer y promover las conexiones sociales
- Recuperación de la salud psicológica
- Restablecer la menstruación, en los casos que se requiera ⁽²⁰⁾

Esto se debe conseguir mediante actividades como:

- Enseñar las diferencias entre los conceptos hambre, apetito y saciedad
- Dar información y consejos nutricionales
- Recalcar la importancia de hacer 5 comidas al día, con una distribución calórica

adecuada:

- Desayuno 25% de las calorías totales
- Almuerzo 10-15%
- Comida 30-40%
- Merienda 10-15%
- Cena 20-30%

- Desmitificar la eficacia de las dietas restrictivas
- Proporcionar conocimientos que expliquen las variaciones de peso ⁽²¹⁾
- Trabajar factores de riesgo comunes: dieta, autoestima y habilidades sociales
- Identificar los elementos negativos y manipulativos de los medios de comunicación
- Ayudar a los adolescentes a realizar una crítica del modelo estético impuesto por los medios ⁽¹⁸⁾
- Cooperar con el paciente para reconocer sus emociones, diferenciando las propias y las ajenas, haciendo hincapié en la autoestima y el autoconcepto

En cuanto a las sesiones con los padres, se debe buscar un doble objetivo: dotar a los padres y cuidadores de la información y tácticas para reconocer signos o conductas que puedan estar relacionados con el trastorno, y saber actuar ante ella; y averiguar los conocimientos base ante este trastorno de los padres de adolescentes de riesgo ⁽²²⁾.

6.4 Sesiones con los padres

Los objetivos a tratar son:

- Evaluar inicialmente las actitudes y conocimientos
- Analizar el rol parental en casa y como afecta a los adolescentes
- Estudiar los factores de riesgo asociados a los trastornos de la alimentación y como minimizar su influencia
- Entrenar en técnicas de comunicación y resolución de conflictos
- Fomentar la empatía en la relación padres-hijos ⁽²²⁾

- Enseñar las pautas necesarias para una nutrición sana y equilibrada. Realizando la importancia de las distribuciones de comidas y la proporción de nutrientes recomendada en cada ingesta:
 - Proteínas: 7%
 - Lípidos: 30-35% (la principal fuente es el aceite de oliva)
 - Ácidos grasos monoinsaturados: 15-19%
 - Ácidos grasos saturados y poliinsaturados: 7-9%
 - Colesterol: 300 mg/día
 - Hidratos de carbono: 50-60%
 - Fibra: 25-30 g/día⁽²²⁾
- Educar sobre los trastornos de alimentación, los diferentes subtipos y las características de cada uno
 - Recaltar los signos y síntomas de los TCA para detectar conductas de riesgo
 - Explicar cuáles son las preocupaciones más frecuentes de los adolescentes en cuanto al peso, la figura, la alimentación y la autoestima
 - Ofrecer información para que se realice la prevención desde la infancia hasta la adolescencia.
 - Aclarar a los padres cual es el momento oportuno para pedir ayuda a un especialista
 - Explicar cuáles son los temas que se han tratado con sus hijos^(22,23)

Hay algunas familias que suelen acomodar y restar importancia a la sintomatología para evitar conflictos, momentos de estrés e impotencia. Incluso algunas familias organizan la vida en torno al trastorno en cuestión, reduciendo cantidades de comida, eliminar alimentos de la dieta, no cumplir una organización horaria para las comidas son algunos de los ejemplos⁽²⁴⁾.

En los programas revisados, todos coinciden en tratar temas como la alimentación, el estilo de vida saludable, el ejercicio, trabajar en el autoconcepto, el restablecimiento de las relaciones sociales y la presión que ejercen los medios de comunicación. Se debe resaltar el papel de estos y las redes sociales ante el desarrollo de estos trastornos, ya que en ellos se ensalzan los cánones de belleza de la delgadez impuestos en la sociedad. En las redes sociales, se pueden encontrar usuarios que fomentaban tanto anorexia como bulimia, ofreciendo técnicas con las que ocultarlo al entorno que les rodea y destacando beneficios de su práctica. Asocian la delgadez extrema con una victoria personal, como si ello fuese sinónimo de éxito⁽²⁵⁾.

6.5 Eficacia de los Programas

Según un estudio hecho por Stice et al., en el que se revisaron 51 programas de prevención de los TCA sobre la población general, con los cuales se buscaba promover la autoestima, la aceptación corporal, el afrontamiento al estrés, conductas saludables nutricionales y conseguir hacer un análisis crítico sobre los ideales de belleza actuales que ensalzan la delgadez extrema⁽²⁶⁾.

A partir de los resultados, se pudo ver que el 51% de los programas reducían los factores de riesgo y el 29% disminuían la patología ya asentada o futura. La efectividad de estos programas fue mayor si se dirigían a población de alto riesgo, mayoritariamente a mujeres, y a personas mayores de 15 años, realizando multis Sesiones interactivas con personal entrenado y con periodos de seguimiento cortos^(3,26).

En el caso de tener ya diagnosticada la bulimia nerviosa, el personal de enfermería aparte de realizar su función docente educando a los pacientes y a los familiares o tutores con las actividades ya comentadas anteriormente, realizará una labor asistencial mediante un Proceso de Atención de Enfermería (PAE), ya sea en un ambiente hospitalario o gracias al seguimiento ambulatorio.

6.6 Diagnósticos enfermeros más frecuentes

- Desequilibrio nutricional: por exceso r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas
- Desequilibrio nutricional: por defecto r/c aporte insuficiente en relación con las necesidades metabólicas
- Deterioro de la dentición r/c vómitos autoprovocados
- Diarrea r/c abuso de laxantes
- Estreñimiento r/c malos hábitos alimentarios
- Deterioro de la mucosa oral r/c vómitos autoprovocados o abuso de tóxicos
- Riesgo de automutilación r/c autoestima baja
- Ansiedad r/c crisis madurativa
- Deterioro de la interacción social r/c alteración en el autoconcepto
- Afrontamiento familiar comprometido r/c crisis situacional
- Trastorno de la imagen corporal r/c alteración de la autopercepción
- Baja autoestima crónica r/c alteración de la autopercepción⁽²⁷⁾

El trabajo de enfermería desde la educación y la asistencia puede mejorar la promoción y prevención de los TCA, al manejar tanto temas nutricionales, como aspectos emocionales, manejo de las conductas y la mejora de las conexiones sociales. La interacción enfermera-paciente es primordial en este tipo de enfermedades, ya que esta influye en la actitud tomada por el adolescente y la familia ante el tratamiento y los cuidados. Es necesario que el enfermero mantenga una postura de confianza que transmita seguridad a los pacientes durante el cuidado⁽¹⁶⁾.

6.7 Asociaciones de ayuda

Se recogen las asociaciones de FEACAB (Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra Anorexia y la Bulimia nerviosas) en el **ANEXO 5**⁽²⁸⁾.

6.8 Programas de Prevención

Según la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria ⁽³⁾ no ha sido demostrada la efectividad de los programas de prevención de los TCA dirigidos a la población universal y la denominada de alto riesgo.

Sin embargo, el estudio de Stice et al. ⁽²⁶⁾ en el cual se analizaron 51 programas, los resultados han sido positivos en cuanto a la prevención, disminuyendo un 51% los factores de riesgo y un 29% la propia patología. Además, la efectividad aumentaba si estos programas se realizaban a población de alto riesgo.

En el artículo publicado por Gómez et al. ⁽¹⁸⁾ se defiende que la mejor forma de desarrollar un programa de prevención es que sea interactivo, de multisesión y de terapia de grupo, ya que fomenta una retroalimentación positiva por el propio grupo.

Según Castro et al. ⁽⁸⁾, en cuyo estudio se confirma la eficacia de incluir sesiones con los padres, ya que disminuye el porcentaje de abandonos y de recaídas de los adolescentes. Además, los propios padres son los que instauran unas normas sobre los hábitos alimentarios y de ejercicio.

Algunos autores como Soldado ⁽²⁹⁾, mantienen que al propagar esta información se crean las conductas que se quieren evitar, por lo que el programa de salud debe de estar minuciosamente planificado.

En definitiva, existe evidencia de que la aplicación de programas de salud en grupos de riesgo, en este caso en adolescentes, produce una respuesta positiva en lo referido a la prevención. Por ello, considero que se deben desarrollar de forma más rigurosa en el ámbito escolar, formando parte del proyecto educativo y adaptándose progresivamente a la edad de los adolescentes. También es de gran importancia que el encargado de brindar y poner en práctica este programa debe ser personal sanitario cualificado que conozca en profundidad la materia.

7. CONCLUSIONES

Los TCA son cada vez más frecuentes en la sociedad, que afectan sobre todo a la población adolescente y al sexo femenino, aunque cada vez se dan más casos en hombres. No presentan una etiología determinada, sino que son multifactoriales, teniendo consecuencias físicas, psicosociales y económicas.

El tratamiento debe ser multidisciplinar, incluyendo en este no solo al paciente, sino a la familia también. El tratamiento precoz es signo de buen pronóstico, ya que este tipo de trastornos pueden tener consecuencias de salud potencialmente irreversibles.

El papel de Enfermería es el de prevenir que se den casos avanzados y graves de TCA mediante la educación de la población, permitiendo que los padres, profesores o los propios adolescentes sean agentes activos en la prevención.

El objetivo de los programas de prevención es provocar un cambio de actitud y de pensamiento, esto es posible gracias a que son sesiones interactivas, de grupo y de multisesión en las que se realizan debates y reflexiones, y que han demostrado tener efectos positivos ante estos trastornos.

Fomentar un feedback positivo entre enfermera-paciente/familia es primordial para producir un cambio de actitud ante la enfermedad. Los profesionales de enfermería podemos provocar un cambio en el paciente gracias a la palabra, por lo que debemos conocer bien el tema a tratar para poder posteriormente reflexionar en la forma y el contenido de los que decimos.

Como conclusión final, recalcar que no hay mucha bibliografía actualizada sobre la bulimia en los adolescentes de forma específica, ya que en muchas ocasiones se encuentra asociada a la anorexia, incluso tratándose más en profundidad esta última.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Seva Ruiz M, Casadó Marín LC. La construcción de la identidad e imagen corporal en la adolescencia a través de los medios de comunicación social: estrategia para el desarrollo de un modelo de prevención. *Enfermería Integral*. 2015 Junio;: p. 68-73.
2. Behar R. La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2010 Diciembre; 48(4).
3. Grupo de trabajo de la Guía Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria Madrid: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
4. Bermúdez P, Machado K, García I. Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento. Caso clínico. *Arch. Pediatr. Urug*. 2016; 87(3): p. 240-244.
5. Lozano Teruel JA. La nutrición es Con-Ciencia. Segunda edición ed.: Editum; 2011.
6. Rava F, Silber T. Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch. argent. pediatr*. 2004; 102(5): p. 353-361.
7. Gamboa A, Rolando A. Estudio de los trastornos de la conducta alimentaria en la población estudiantil en la adolescencia temprana en la ciudad de Guayaquil. 2007. 7.
8. Castro-Zamudio S, Castro-Barea J. Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. *Escritos de Psicología*. 2016; 9(2): p. 22-30.
9. Camarillo Ochoa N, Cabada Ramos E, Gómez Méndez AJ, Munguía Alamilla EK. Prevalencia de trastornos de la alimentación en adolescentes. *Rev Esp Méd Quir*. 2013;

18(1): p. 51-55.

10. Klump K, Suisman J, Burt S, McGue M, Iacono W. Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *J Abnorm Psychol.* 2009; 118(4): p. 797-805.
11. Madruga Acerete D, Leis Trabazo R, Lambruschini Ferri N. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y bulimia. In AEPED. *Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición.* Segunda edición ed.: Ergón S.A.; 2010. p. 325-338.
12. Banker J, Becker A, Bermudez O, Berthou K, Devlin M, Katzman D, et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano y Manejo de.* Segunda edición ed.: Academy For Eating Disorders (AED); 2012.
13. Ruiz Lázaro P. Medicina de la adolescencia. *Medicine.* 2010; 10(61).
14. Universidad Complutense Madrid. Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. EDI-2. Cuestionario. [Online].; 2007 [consultado 10 Mayo 2017]. Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EP C%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/IN VENTARIO%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20LA%20CONDUCTA%20ALIMENTARI A%20\(EDI-2\)/EDI-2_P.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EP C%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/IN VENTARIO%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20DE%20LA%20CONDUCTA%20ALIMENTARI A%20(EDI-2)/EDI-2_P.pdf).
15. Universidad Complutense de Madrid. Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. BULIT-R. [Online].; 2007 [consultado 10 Mayo 2017]. Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EP C%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/C UESTIONARIO%20DE%20BULIMIA%20REVISADO%20\(BULIT-R\)/BULIT-R_P.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EP C%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/C UESTIONARIO%20DE%20BULIMIA%20REVISADO%20(BULIT-R)/BULIT-R_P.pdf).
16. Alvarado Romero HR. Los problemas de salud mental en los adolescente, el derecho a la salud. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2011; 13(1): p. 80-90.
17. Moreno MdM, Pérez-Fuentes MdC, Gázquez JJ, Barragán AB, Martos Á, Simón MdM. *Intervención en contextos clínicos y de la salud: ASUNIVEP;* 2016.
18. 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: Imprenta J. Martínez;* 2008.
19. López Alvarado F, Ortiz Ávila A. Caso clínico de adolescente con bulimia nerviosa. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* 2014; 18(4): p. 322-325.
20. Grupo de Trabajo de Normas para el Cuidado Médico de la AED. *Trastornos de la conducta alimentaria. Puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano y Manejo de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria.* Segunda edición ed. USA: AED; 2012.

21. Tiempo de respuestas. Guía de trastornos de conducta alimentaria: anorexia, bulimia y obesidad Maphre PVEsdf, editor.; 2008.
22. Casado Morales MI, Helguera Fuentes M. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. Clínica y Salud. 2008; 19(1).
23. Salud Castilla La Mancha. Programa de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2012..
24. Sáez Ruiz IM, Aranda Hernández B, Abad del Pino J. Abordaje de la enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria. Intervención en contextos clínicos y de la salud. 2016.
25. Bermejo BG, Saul LÁ, Jenaro C. La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mia dos "malas compañías" para las jóvenes de hoy. Acción Psicológica. 2011; 8(1).
26. Stice E, Black Becker C, Yokum S. Eating Disorder Prevention: Current Evidence-Base and Future Directions. Int J Eat Disord. 2013; 46(5): p. 478-485.
27. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Novena edición ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
28. FEACAB. Trastornos del comportamiento alimentario. Asociaciones FEACAB. [Online].; 2015 [consultado 17 Mayo 2017]. Disponible en: <http://feacab.org/asociaciones-feacab/>.
29. Soldado Mérida M. Prevención primaria en Trastornos de Conducta Alimentaria. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2007;; p. 336-347.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa

Tabla 4 Bulimia nerviosa DSM-V ⁽⁴⁾

BULIMIA NERVIOSA según DSM-V
A. Presencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por comer en un corto periodo de tiempo, una cantidad de comida excesiva, con sensación de pérdida de control sobre la ingesta
B. Conductas recurrentes e inapropiadas con carácter compensatorio para prevenir la ganancia ponderal (vómitos, laxantes, diuréticos; ayuno o ejercicio físico excesivo)
C. Atracones y comportamientos compensatorios al menos dos veces a la semana en un periodo de 3 meses
D. Autoevaluación indebidamente influenciada por la figura corporal y el peso
Especificar el tipo: <ul style="list-style-type: none">• Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso• Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tabla 5 Bulimia nerviosa CIE-10 ⁽¹¹⁾

BULIMIA NERVIOSA según CIE-10
A. Preocupación 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 periodos 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, periodos intercalantes 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 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 anorexia nerviosa 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 larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

9.2 ANEXO 2. Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26)

Tabla 6 Test de Actitudes Alimentarias. Eating Attitudes test EAT-26⁽¹³⁾

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso									
A: Nunca	B: Casi nunca	C: Algunas veces	D: Bastantes veces	E: Casi siempre			F: Siempre		
				A	B	C	D	E	F
1. Me da mucho miedo pesar demasiado									
2. Procura no comer aunque no tenga hambre									
3. Me preocupó mucho por la comida									
4. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer									
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños									
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como									
7. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono									
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más									
9. Vómito después de haber comido									
10. Me siento muy culpable después de comer									
11. Me preocupa el deseo de estas más delgado/a									
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías									
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a									
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo									
15. Tardo en comer más que otras personas									
16. Procuo no comer alimentos con azúcar									
17. Como alimentos de régimen									
18. Siento que los alimentos controlan mi vida									
19. Me controlo en las comidas									
20. Noto que los demás me presionan para que coma									
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida									
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces									
23. Me comprometo a hacer régimen									
24. Me gusta sentir el estómago vacío									
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas									
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas									

9.3 ANEXO 3. Inventario de Trastornos de Conducta Alimentaria (EDI-II)

Tabla 7 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Eating Disorder Inventory Test EDI-II ⁽¹⁴⁾

<i>Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso</i>									
1: Nunca	2: Pocas veces	3: A veces	4: A menudo	5: Casi siempre			6: Siempre		
				1	2	3	4	5	6
1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme									
2. Creo que mi estómago es demasiado grande									
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro									
4. Suelo comer cuando estoy disgustado									
5. Suelo hartarme de comida									
6. Me gustaría ser más joven									
7. Pienso en ponerme a dieta									
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes									
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos									
10. Me considero una persona poco eficaz									
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso									
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado									
13. En mi familia solo se consideran suficientemente buenos resultados sobresalientes									
14. La infancia es la época más feliz de la vida									
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos									
16. Me aterroriza la idea de engordar									
17. Confío en los demás									
18. Me siento solo en el mundo									
19. Me siento satisfecho con mi figura									
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida									
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones									
22. Preferiría ser adulto a ser niño									
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás									
24. Me gustaría ser otra persona									
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso									
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento									
27. Me siento incapaz									
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer									
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores									
30. Tengo amigos íntimos									
31. Me gusta la forma de mi trasero									
32. Estoy preocupada porque querría ser más delgada									
33. No sé qué es lo que ocurre en mi interior									
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás									

35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas						
36. Me fastidia no ser el mejor en todo						
37. Me siento seguro de mí mismo						
38. Suelo pensar en darme un atracón						
39. Me alegra haber dejado de ser un niño						
40. No sé muy bien cuando tengo hambre o no						
41. Tengo mala opinión de mí						
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos						
43. Mis padres esperaba de mí resultados sobresalientes						
44. Temo no poder controlar mis sentimientos						
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas						
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van						
47. Me siento hinchado después de una comida normal						
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños						
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso						
50. Me considero una persona valiosa						
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado						
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas						
53. Pienso en vomitar para perder peso						
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si se acercan demasiado						
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado						
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior						
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos						
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a adulto						
59. Creo que mi trasero es demasiado grande						
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo						
61. Como o bebo a escondidas						
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado						
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos						
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer						
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome						
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas						
67. La gente dice que soy emocionalmente inestable						
68. Me gustaría poder tener control total sobre mis necesidades corporales						
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo						
70. Digo impulsivamente cosas que después me arrepiento						
71. Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer						
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas						
73. Soy comunicativo con la mayoría de la gente						

74. Las relaciones con los demás me hacen sentir atrapado						
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente						
76. La gente comprende mis verdaderos problemas						
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza						
78. Comer por placer es signo de debilidad moral						
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira						
80. Creo que la gente confía en mí tanto como merezco						
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol						
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo						
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad						
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal						
85. Tengo cambios de humor bruscos						
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo						
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás						
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor						
89. Sé que la gente me aprecia						
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás y a mí mismo						
91. Creo que realmente sé quién soy						

9.4 ANEXO 4. Test de Bulimia Revisado (BULIT-R)

Tabla 8 Test de Bulimia Revisado. Bulimia Test Revised BULIT-R⁽¹⁵⁾

1. **¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de hincharte (atracándote)?**
 - (a) Una vez al mes o menos (o nunca)
 - (b) 2-3 veces al mes
 - (c) 1-2 veces a la semana
 - (d) 3-6 veces a la semana
 - (e) 1 vez al día o más
2. **Estoy satisfecho/a de mi patrón alimenticio.**
 - (a) De acuerdo
 - (b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - (c) Algo en desacuerdo
 - (d) En desacuerdo
 - (e) Muy en desacuerdo
3. **¿Has comido alguna vez hasta el punto de pensar que ibas a explotar?**
 - (a) Casi cada vez que como
 - (b) Muy frecuentemente
 - (c) A menudo
 - (d) A veces
 - (e) Casi nunca o nunca
4. **¿Te denominarías actualmente como alguien que come a atracones?**
 - (a) Sí, totalmente
 - (b) Sí
 - (c) Sí, probablemente
 - (d) Sí, posiblemente
 - (e) No, probablemente no
5. **Prefiero comer...**
 - (a) En casa, solo/a
 - (b) En casa, con otras personas
 - (c) En un restaurante público
 - (d) En casa de una amigo
 - (e) No me importa el sitio
6. **¿Sientes que controlas la cantidad de comida que consumes?**
 - (a) La mayor parte del tiempo o siempre
 - (b) Muchas veces
 - (c) Ocasionalmente
 - (d) Rara vez
 - (e) Nunca
7. **Uso laxantes y supositorios para controlar mi peso**
 - (a) Una vez al día o más
 - (b) 3-6 veces a la semana
 - (c) 1-2 veces a la semana
 - (d) 2-3 veces al mes
 - (e) Una vez al mes o menos (o nunca)
8. **Como hasta sentirme demasiado cansado/a para continuar**
 - (a) Al menos una vez al día
 - (b) 3-6 veces a la semana
 - (c) 1-2 veces a la semana
 - (d) 2-3 veces al mes
 - (e) Una vez al mes o menos (o nunca)
9. **¿Con qué frecuencia prefieres comer helados, dulces o batidos durante una comilona?**
 - (a) Siempre
 - (b) Frecuentemente
 - (c) Algunas veces
 - (d) Pocas veces o nunca
 - (e) No me doy atracones
10. **¿Cuánto te preocupan tus atracones de comida?**
 - (a) No me doy atracones
 - (b) Me importa un poco
 - (c) Me importa moderadamente
 - (d) Me importa bastante
 - (e) Es probablemente lo que más me preocupa en mi vida
11. **La mayoría de la gente se sorprendería si supiese cuánta comida podría consumir de una vez.**
 - (a) Sin ninguna duda
 - (b) Bastante probablemente
 - (c) Probablemente
 - (d) Posiblemente
 - (e) No
12. **¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte enfermo/a?**
 - (a) Muy frecuentemente
 - (b) Frecuentemente
 - (c) Bastantes veces
 - (d) Ocasionalmente
 - (e) Raramente o nunca
13. **Temo comer algo por miedo a no poder parar.**
 - (a) Siempre

- (b) Casi siempre
 - (c) Frecuentemente
 - (d) Algunas veces
 - (e) Casi nunca o nunca
- 14. Me siento mal conmigo mismo/a** después de haber comido demasiado.
- (a) Siempre
 - (b) Frecuentemente
 - (c) Algunas veces
 - (d) Casi nunca o nunca
 - (e) No como demasiado
- 15. ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?**
- (a) Dos veces o más a la semana
 - (b) Una vez a la semana
 - (c) 2-3 veces al mes
 - (d) Una vez al mes
 - (e) Menos de una vez al mes o nunca
- 16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen tus sensaciones después de un atracón?**
- (a) No me doy atracones
 - (b) Me siento bien
 - (c) Me siento un poco disgustado conmigo mismo/a
 - (d) Me siento bastante disgustado conmigo mismo/a
 - (e) Me odio a mí mismo/a
- 17. Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento/a.**
- (a) Muy frecuentemente
 - (b) Frecuentemente
 - (c) Ocasionalmente
 - (d) Algunas veces
 - (e) Pocas veces o nunca
- 18. Mis patrones alimenticios son diferentes a los de las demás personas**
- (a) Siempre
 - (b) Casi siempre
 - (c) Frecuentemente
 - (d) Algunas veces
 - (e) Casi nunca o nunca
- 19. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas intensivas.**
- (a) No durante el año pasado
 - (b) Una vez durante el año pasado
 - (c) 2-3 veces durante el año pasado
 - (d) 4-5 veces durante el año pasado
 - (e) Más de 5 veces durante el año pasado
- 20. Me siento triste y deprimido/a después de comer más de lo que había planeado comer.**
- (a) Siempre
 - (b) Casi siempre
 - (c) Frecuentemente
 - (d) Algunas veces
 - (e) Casi nunca o nunca
- 21. En una comilona tiendo a comer alimentos más altos en calorías.**
- (a) Siempre
 - (b) Casi siempre
 - (c) Frecuentemente
 - (d) Algunas veces
 - (e) Casi nunca, nunca, o no es aplicable
- 22. Comparado con la mayoría de la gente, mi habilidad para controlar mi comportamiento al comer parece ser**
- (a) Mayor que la de los demás
 - (b) Más o menos igual
 - (c) Menor
 - (d) Mucho menor
 - (e) No tengo control en absoluto
- 23. Uno de tus mejores amigos de repente sugiere que vayáis los dos a un nuevo restaurante tipo buffet esta noche. Aunque habías planeado cenar algo ligero en casa, aceptas y cenas fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías contigo mismo/a de vuelta a casa?**
- (a) Bien, encantado/a de haber probado un nuevo restaurante
 - (b) Un poco apenado/a por haber comido mucho
 - (c) Un poco decepcionado/a conmigo/a
 - (d) Triste conmigo mismo/a
 - (e) Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a
- 24. Actualmente me etiquetaría como un/a “comedor/a compulsivo/a” (alguien que cae en episodios de comer incontrolablemente)**

- (a) Absolutamente
 - (b) Sí
 - (c) Sí, probablemente
 - (d) Sí, posiblemente
 - (e) No, probablemente no
- 25. ¿Cuánto peso has perdido en un mes?**
- (a) Alrededor de 9 kilogramos
 - (b) Entre 5.5 y 9 kilogramos
 - (c) Entre 3.5 y 5 kilogramos
 - (d) Entre 2 y 3 kilogramos
 - (e) Menos de 2 kilogramos
- 26. Si como mucho por la noche me siento deprimido/a por la mañana**
- (a) Siempre
 - (b) Frecuentemente
 - (c) Algunas veces
 - (d) Casi nunca o nunca
 - (e) No como mucho por la noche
- 27. ¿Crees que es más fácil para ti vomitar que para el resto de la gente?**
- (a) Sí, no supone ningún problema para mí
 - (b) Sí, es fácil
 - (c) Sí, es un poco fácil
 - (d) Más o menos igual
 - (e) No, es menos fácil
- 28. Siento que la comida controla mi vida**
- (a) Siempre
 - (b) Casi siempre
 - (c) Frecuentemente
 - (d) Algunas veces
 - (e) Pocas veces o ninguna
- 29. Me siento deprimida inmediatamente después de haber comido mucho**
- (a) Siempre
 - (b) Frecuentemente
 - (c) Algunas veces
 - (d) Pocas veces o ninguna
 - (e) No como mucho
- 30. ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?**
- (a) Menos de una vez al mes o nunca
 - (b) Una vez al mes
 - (c) 2-3 veces al mes
 - (d) Una vez a la semana
 - (e) 2 veces o más a la semana
- 31. Cuando comes mucho, ¿a qué velocidad lo haces habitualmente?**
- (a) Mucho más rápido de lo que la mayoría de la gente haya comido en sus vidas
 - (b) Mucho más rápido que el resto
 - (c) Un poco más rápido que el resto
 - (d) Más o menos igual que el resto
 - (e) Más despacio que el resto de la gente (o no es aplicable)
- 32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?**
- (a) Alrededor de 9 kilogramos
 - (b) Entre 5.5 y 9 kilogramos
 - (c) Entre 3.5 y 5 kilogramos
 - (d) Entre 2 y 3 kilogramos
 - (e) Menos de 2 kilogramos
- 33. Mujeres solo: Mi último periodo fue...**
- (a) El mes pasado
 - (b) Hace dos meses
 - (c) Hace cuatro meses
 - (d) Hace seis meses
 - (e) No he tenido el periodo en los últimos seis meses
- 34. Uso diuréticos para controlar mi peso**
- (a) Una vez al día o más
 - (b) 3-6 veces a la semana
 - (c) 1-2 veces a la semana
 - (d) 2-3 veces al mes
 - (e) Una vez al mes o menos (o nunca)
- 35. ¿Cómo crees que puede compararse tu apetito con el del resto de gente que conoces?**
- (a) Muchas veces más grande que el del resto
 - (b) Mayor
 - (c) Un poco mayor
 - (d) Más o menos igual
 - (e) Menor que el del resto
- 36. Mujeres solo: Mi periodo menstrual ocurre una vez al mes...**
- (a) Siempre
 - (b) Usualmente
 - (c) Algunas veces
 - (d) Casi nunca
 - (e) Nunca

9.5 ANEXO 5. Asociaciones FEACAB

Tabla 9 Asociaciones FEACAB ⁽²⁸⁾

ADAB Cádiz, ANDALUCIA

Domicilio Social: C/ General Florencio Montojo nº 23. 11.100 – San Fernando (Cádiz)

Teléfonos: 956 59 28 28 /609667487

Correo electrónico:

adabsanfernando@yahoo.es

www.adabsanfernando.es

Arbada, ARAGÓN

TELÉFONO: 976 389 575

DIRECCIÓN: Pº Sagasta, 51 5º Izq Zaragoza 50007

Email: arbada@arbada.org

www.arbada.org

ACABB Palma de Mallorca, BALEARES

DIRECCIÓN: C/ de la Rosa, 3 2n 07003

Palma de Mallorca

TELÉFONO: 971 713 311

MÓVIL: 646 420 515

Email: acabb@telefonica.net

www.acabb.com

GULL-LASÉGE Las Palmas, CANARIAS

DIRECCIÓN: Antonio Manchado Vigletti, 1 Centro Fátima 35007 Las Palmas

TELÉFONO: 928 242 345

Email: info@anorexiabulimiacanarias.org

www.anorexiabulimiacanarias.org

ALABENTE Tenerife (Tenerife), CANARIAS

DIRECCIÓN: Camino del Hierro, Grupo 120 viviendas, bloque 5. Local 1-3.

38009, Santa Cruz de Tenerife.

Teléfono: 922 64 12 06

e-mail: alabente@alabente.org

www.alabente.org

ADEFAB Burgos, CASTILLA Y LEÓN

DIRECCIÓN: c/ Jerez, 13 09006 Burgos

TELÉFONO: 947 221 857

Email: adefabburgos@gmail.com

www.adefabburgos.com

APATCA León, CASTILLA Y LEÓN

DIRECCIÓN: Avda. Padre Isla, 57 A, León

TELÉFONO: 638 824 312

Email: apatca.leon@gmail.com

www.apatca.com

ACLAFEBA Valladolid, CASTILLA Y LEÓN

DIRECCIÓN: Av. Valle de Esgueva, 8 bajos 47011 Valladolid

TELÉFONO: 983 263 811

Email: info@aclafeba.com,

presidente@aclafeba.com

www.aclafeba.com

ADABAL Guadalajara, CASTILLA LA MANCHA

Dirección: C/ Atienza nº 4. Centro San José. 19003. Guadalajara.

Teléfono: 949235956

E-mail: asociacion.adabal@gmail.com

asociacionadabal.blogspot.com.es/

AFEBAC Cuenca, CASTILLA LA MANCHA

DIRECCIÓN: C/ República Argentina, 27 5ª planta 16002 Cuenca

TELÉFONO: 665 479 898

Email: afebac@gmail.com

ACAB, CATALUÑA

DIRECCIÓN: Mallorca 198, pral 2a, 08036 – Barcelona.

TELÉFONO: 934 549275

e-mail: acab@acab.org

www.acab.org

ADETAEX, Cáceres, EXTREMADURA

C/ Tiendas, 3 – 10003

Telfs: 924 22 67 65 – 619 683 927

ADETAEX, Badajoz, EXTREMADURA

C/ Godofredo Ortega Muñoz, 1, Local 9 –
06011

Telf: 924 23 39 50 – 679 322 593

ADETAEX, Mérida, EXTREMADURA

C/ Concordia, 1 – 06800

Telf: 620 248 877

e-mail: adetaex@teleline.es

www.badajoz.org/adetaex

ABAC A Coruña, GALICIA

Oficinas centrales: C/ Begonias nº 33 bajo.
15.008- La Coruña

Teléfonos de información: 981 16 04 62 –
644 27 73 10

e-mail: info@abacoruna.com

www.abacoruna.com

ABAN Pamplona (Pamplona), NAVARRA

DIRECCIÓN: C/ Ermitagaña nº 8; 8º A.
31008 Pamplona.

TELÉFONO: 948 262 163.

e-mail: info@aban.biz

aban.es

ACABE – ARABA, PAIS VASCO

DIRECCIÓN: c/ Pintor Vicente Abreu, 7,
01008 – Vitoria (Araba).

TELÉFONO: 945 242 578.

e-mail: contacto@acabealava.es

www.acabeuskadi.org

ACABE – GUIPUZKOA, PAIS VASCO

DIRECCIÓN: Pº de Mons, 32 bajo 20015 –
Donostia – San Sebastian.

TELÉFONO: 943 326 250.

e-mail: guipuzkoa@acabeuskadi.org

www.acabeuskadi.org

ACABE – GUIPUZKOA Arrasate**Mondragón, PAIS VASCO**

DIRECCIÓN: C/ Jose Luis Iñarra Pasealekua,
30-32 Bajo. Bº Altamira Arrasate.

TELÉFONO: 943 796 927.

e-mail: arrasate@acabeuskadi.org

www.acabeuskadi.org

ACABE – BIZKAIA, PAIS VASCO

DIRECCIÓN: c/ Ronda s/n 3ª G (Ganbara)
48005 – Bilbao

TELÉFONO: 946 569 203.

e-mail: acabebi@hotmail.com

www.acabebizkaia.com

ACAB Logroño, LA RIOJA

DIRECCIÓN: C/ Muro de la Mata, 8; 4º Ctro
Drcha. 26001. Logroño.

TELÉFONO: 941 232 343 / 609 727 797.

e-mail: acab@acab-rioja.org

www.acab-rioja.org

ACABA Alicante, COMUNIDAD**VALENCIANA**

DIRECCIÓN: Rafael Asín, 12 03010 Alicante

TELÉFONO: 965 259 460 (miércoles 6h.)

MÓVIL: 620 316 130

FAX: 965 259 587

Email: acaba.alicante@gmail.com

AVALCAB, COMUNIDAD DE VALENCIA

TELÉFONO: 963 462 120 / 629 639 182.

DIRECCIÓN: C/ Lérida 12, puerta 8, 46009 –
Valencia.

e-mail: avalcab@gmail.com

www.avalcab.org/