

Trastornos del Comportamiento Alimentario



**Trastornos del
Comportamiento
Alimentario**

Orientaciones para
Atención Primaria de Salud

*Blanca Rubio Velázquez
Pilar Sebastián Vicente*



Trastornos del Comportamiento Alimentario

Orientaciones para
Atención Primaria de Salud

Autores

Blanca Rubio Velázquez
Pilar Sebastián Vicente

Colaboradores

Gonzalo Pagán Acosta
Francisco Ramos Postigo
Pilar Salorio del Moral
Ana Sebastián Vicente
■ Ana Torres Ortuño

Edita

- © ADANER Asociación en Defensa de
la Atención a la Anorexia Nerviosa

ADANER MURCIA
HOSPITAL CRUZ ROJA
Tfno: 968 21 32 33
30003 Murcia

© **Autores**

Blanca Rubio Velázquez
Pilar Sebastián Vicente

**Profesionales que han participado
en la elaboración de este libro**

Gonzalo Pagán Acosta *Médico Psiquiatra*
Francisco Ramos Postigo *Médico*
Blanca Rubio Velázquez *Enfermera*
Pilar Salorio del Moral *Psicóloga*
Ana Sebastián Vicente *Pedagoga*
Pilar Sebastián Vicente *Enfermera*
Ana Torres Ortuño *Psicóloga*

Depósito Legal

MU - 1.044/1999

Diseño, Fotomecánica e Impresión

Jiménez Godoy, S.A.
Carretera de Alicante, Km. 3
Teléfono: 968 85 04 00*
Fax: 968 85 23 51 - 968 85 30 94
30160 Murcia

Índice

■	Prólogo.....	9
	Introducción.....	13
	Epidemiología.....	15
	Etiopatogenia.....	17
	Definiciones y Criterios Diagnósticos (DSM-IV).....	20
	Características Clínicas.....	24
	Complicaciones.....	29
	Tratamiento.....	34
	Atención Primaria de Salud y Trastornos del Comportamiento	
	Alimentario: objetivos y estrategias.....	36
	Atención Primaria de Salud y Comunidad Escolar.....	46
	 <i>ANEXOS:</i>	
	1. Fenomenología Básica.....	53
	2. Historia Clínica.....	54
	3. Exploración Física.....	56
	4. Pruebas Complementarias.....	58
	5. Pruebas Psicológicas.....	61
	6. Protocolo de hospitalización.....	72
	7. Derivaciones.....	74
	8. Cauces de comunicación.....	77
	9. Información a la población general.....	78
	10. Programa de Colaboración.....	87
	11. Aspectos organizativos del centro escolar.....	89
	 Recursos y direcciones de interés.....	90
■	Bibliografía.....	93

- Hoy en día, los trastornos de la conducta alimentaria constituyen uno de los problemas que más inciden en la salud pública de los ciudadanos, pues afectan de modo directo a la persona que los padecen, y, a su vez, repercuten sensiblemente en los familiares, amigos y personas que rodean al enfermo.

Se trata en origen de una enfermedad mental, pero con graves consecuencias en el terreno físico, que por su prevalencia, creciente incidencia, gravedad, curso clínico prolongado, tendencia a la cronicación, necesidad de tratamiento especializado y frecuencia de hospitalización, se ha convertido en las postrimerías del presente siglo en un auténtico problema de Salud Pública.

Desde este enfoque socio-sanitario, y desde la preocupación por la creciente incidencia que los casos de trastornos alimentarios están teniendo en la población, sobre todo juvenil, en nuestra sociedad, es desde donde las autoridades sanitarias han de intervenir con todo su celo y con todos los medios posibles, para lograr prevenir, tratar y curar esta enfermedad, cuya incidencia está alcanzando cifras alarmantes y cuya mortalidad la convierte en causa de especial interés para la Administración sanitaria, ya que, según los últimos estudios, han bastado diez años tan sólo para que nuestro país se equipare al resto de los países de Europa en cuanto a la incidencia de los trastornos alimentarios.

Es por ello por lo que desde la Administración siempre se impulsarán y alentarán cuantas acciones se lleven adelante tanto por las asociaciones que, como ADANER, persiguen en el día a día la mejora de los hábitos alimentarios de la población, para conseguir la erradicación de las enfermedades asociadas a sus desviaciones, como por los profesionales sanitarios que con su labor han hecho posible la edición de esta Guía para Atención Primaria de Salud que, sin lugar a dudas, contribuirá a un mejor conocimiento y tratamiento de los trastornos alimentarios.

Francisco Marqués Fernández
Consejero de Sanidad y Política Social.

■

La medicina moderna se basa principalmente en la prevención, tarea harto difícil si tenemos en cuenta, sobre todo en enfermedades cuya aparición es reciente, aunque se hayan dado casos aislados a lo largo de la historia, que no existen Tratados sobre la mejor forma de hacerla.

Con esta idea, y pensando que quizás una de las mejores fórmulas es la detección precoz, iniciamos la elaboración de este libro que puede considerarse, desde nuestro punto de vista, como una guía básica de la Anorexia y Bulimia Nerviosas.

Simplemente con que sirva de ayuda para el diagnóstico precoz y como guía para una buena derivación médica ya nos produciría satisfacción, pero si además con él se evita el desarrollo de la enfermedad antes de que se instaure totalmente, aunque sólo fuera un caso, ya nos daríamos por satisfechos.

Vaya pues nuestro agradecimiento a la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de su Servicio Murciano de Salud, que nos ha dado el soporte económico para realizarlo y como no a todas aquellas personas que con su interés y dedicación, sin tener en cuenta las horas, los días, y las noches de trabajo, lo han hecho realidad; un equipo multidisciplinar que no ha regateado esfuerzos para sacar este manual adelante.

Si con una sola mano
pudiese arrancar un día
el vacío de la mente
de los que no ven la vida,
de los que la rechazan,
de los que se la niegan,
de los que se la olvidan...
sentiría tanto, tanto...
que seguro bastaría
para realizar el sueño de aquesta vida mía.

Emilia Hernández López
Presidenta de ADAMER Murcia

▣ Prólogo

Todo el mundo es consciente de que la Patología de la alimentación se ha convertido en un tema central respecto a la Salud de la población, especialmente infanto-juvenil. Esta preocupación se refleja diariamente no solo entre los responsables de los temas de la Salud sino también en los medios de comunicación y entre otros colectivos relacionados más o menos directamente con los jóvenes y sus familiares. Expresión clara de esta preocupación es que se ha logrado sensibilizar al Ministerio de Sanidad que ha iniciado una serie de medidas orientadas a paliar esta situación.

Pero también es cierto que muchas veces las personas preocupadas con el tema exponen opiniones muchas veces no correctas sobre las características de esta enfermedad o sobre los medios adecuados para prevenirla o tratarla, por carecer de la preparación técnica adecuada. Como desde el inicio se dice en el Libro que prologamos, lo primero que hay que saber es que los trastornos de la alimentación son expresión de una "Enfermedad mental" y solo los profesionales de la Salud mental son las personas adecuadas para opinar sobre este tema. La intención del presente trabajo es informar a los responsables de la Salud en atención primaria sobre las características esenciales de estos trastornos y hay que decir que su actuación es el mejor método para informar adecuadamente a los pacientes y familiares, en cualquier tema relacionado con la salud, y por lo tanto en el que nos ocupa.

Al final de la Segunda Guerra Mundial, la OMS estaba convencida de que muchos de los temas relacionados con la Salud y la Enfermedad dependían de una adecuada información de la población y para actuar en este sentido se crearon los centros de Higiene mental y se desarrollaron importantes campa-



ñas y actuaciones por medio de los medios de comunicación, la incipiente TV, las radios, periódicos, etc, y se dictaron cursos y otras actividades con la finalidad de informar e intentar educar a los ciudadanos en múltiples cuestiones relacionadas con la prevención de las enfermedades, su tratamiento y el desarrollo de la Salud. El tiempo enseñó, sin embargo, que el mejor sistema era la información que los enfermos y familiares obtenían a través de los médicos y otros profesionales de salud en su contacto diario y cara a cara con ellos. Era una adecuada relación médico-enfermo en definitiva el primer instrumento terapéutico y pedagógico.

Naturalmente para que la función de estos profesionales sea eficaz se precisa que tengan una formación e información adecuada en todos los temas, lo cual no es sencillo dada la enorme variedad de ellos. Paliar esta situación en los aspectos relacionados con la Patología de la alimentación es la razón de este Libro.

Un equipo multidisciplinar de estudiosos y expertos en los temas de la salud y enfermedad relacionadas con la alimentación, han escrito un excelente trabajo en que se destaca la claridad y síntesis de los temas mas importantes relacionados con los conocimientos que los responsables de la Salud en atención primaria deben tener, y además hecho con gran rigor científico. Aquí el lector interesado encontrará las ideas y los modos adecuados para ejercer su función de actuación sobre los pacientes, las familias y la escuela como elemento esencial de educación a los jóvenes.

La patología de la alimentación es una de los que en la actualidad se denominan "Síndromes ligados a la cultura", un aspecto que se cita también en este trabajo, por lo que modifi-

car las pautas culturales sería una de las metas importantes, aunque en estos cuadros intervienen otras circunstancias etiológicas, también estudiadas aquí, pero cambiar las actitudes de nuestras poblaciones en el tema de los trastornos de la alimentación es compleja y excede la tarea de los profesionales de la Salud en atención primaria, pero creemos que es educación y actuación individualizada la que en principio, como decimos, es mas eficaz y los profesionales implicados encontraran es este trabajo una ayuda importante para realizar adecuadamente su función.

Prof. M^a Eulalia Ruiz
Profesor Titular de Psiquiatría

▫ 1. Introducción

Los **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)** y en especial, la **Anorexia Nerviosa** y la **Bulimia**, son hoy un problema de salud pública y de alarma social. Constituyen cuadros de incidencia y prevalencia elevadas, curso clínico prolongado y tendencia a la cronicidad. Su dificultad etiopatogénica, nosológica y terapéutica se debe, en gran medida, a que son trastornos multifactoriales y plurideterminados.

La **Anorexia** y la **Bulimia Nerviosa** son **enfermedades mentales** que se manifiestan por alteraciones frecuentes y graves de la conducta alimentaria. Han existido en otras épocas y culturas (no siempre con el mismo significado y motivaciones), si bien, hoy en día, han cobrado un interés e importancia considerables.

La **Anorexia Nerviosa** se caracteriza por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. La **Bulimia Nerviosa** es un trastorno caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida (CIE-10).

Afectan sobre todo a mujeres, en una proporción de 10 a 1, y se dan con mayor frecuencia en la población joven (son hoy la tercera enfermedad crónica de las adolescentes), habiendo disminuido la edad de aparición (Toro 1995, Morandé 1998).



En los últimos años, y debido sobre todo al auge de los factores socioculturales (aunque no exclusivamente), la **población de riesgo** ha aumentado considerablemente. La preocupación existente en miles de afectados y familiares, que demandan una mayor atención a este tipo de problemas, tiene una repercusión importante en todos los medios de comunicación.

La dispersión y descoordinación de los recursos sociosanitarios que abordan el problema y el elevado consumo de éstos (una terapia individual semanal, además de las posibles terapias grupales, familiares, e incluso estancia hospitalaria) hace necesario un abordaje del problema multiprofesional e interinstitucional, donde se intente dar un tratamiento integral al problema.

Desde la atención primaria de salud se puede llevar a cabo una gran labor comunitaria en relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, sobre todo en lo que se refiere a prevención, detección precoz, seguimiento y coordinación de recursos, con el fin de evitar la ruptura y discontinuidad en el tratamiento.

2. Epidemiología

En la actualidad, la incidencia de los TCA se sitúa en España entre el 0.3 y el 5% de la población, si bien cabe mencionar que existen escasos estudios epidemiológicos con metodología rigurosa y referidos a la población en general (Menéndez Osorio y Pedreira Massa, 1999). Predominan los síndromes parciales o incompletos y la Bulimia Nerviosa, habiéndose ampliado el rango de edades en las que aparece el trastorno. No se dispone de estudios epidemiológicos que permitan caracterizar la incidencia y prevalencia de estas patologías en la Región de Murcia. La utilización de múltiples servicios sociosanitarios (recursos públicos, privados, ONGs...) por los afectados —al no encontrar una respuesta adecuada y/o suficiente a sus demandas— y la falta de un documento unificado de registro, dificultan el conocimiento de la morbilidad real de estos trastornos.

“Se observa un evidente aumento de estos cuadros en los últimos años, así como de la población de riesgo, que se sitúa próxima al 17%... En la pasada década, la población adolescente española creció en estatura y peso, pero en mayor proporción “se ve gorda” y trata de adelgazar”. (Morandé, 1998).

“Una gran parte de nuestra población femenina tiene actitudes anormales frente a la alimentación (Toro, 1997). Los deseos de perder peso, mantener la figura o una excesiva credibilidad en los medios de comunicación (Martínez y col., 1993) son la causa principal de este aumento... Es evidente la presión que ejercen los medios de comunicación en la necesidad de estar delgado como expresión del modelo estético actual. Ello contribuye a que las conductas y actitudes anómalas, propias de estos trastornos, sean comunes en buena parte de la población, no llegando a establecer un cuadro clínico completo. Así, existe un continuum desde la normalidad a la patología, ya que muchos casos subclínicos se aceptan como conductas normalizadas de nuestra cultura o sociedad”. (Turón, 1997).



**Población con
conductas de riesgo**
(17% de la población)

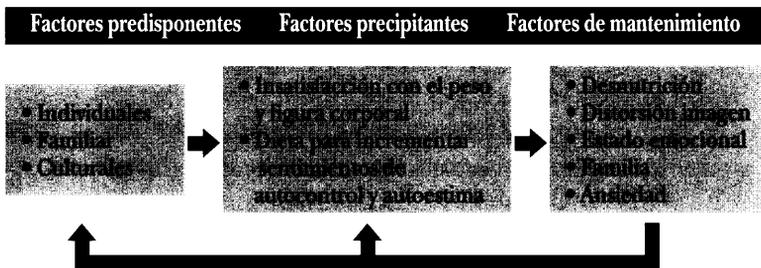
Factores
Precipitantes

**Población
con Trastornos
de la Conducta
Alimentaria**
(0,3-5% de la población)



3. Etiopatogenia

Los TCA deben ser explicados por hipótesis multifactoriales que conceptualizan el trastorno como heterogéneo y multideterminado, consecuencia de la interrelación entre tres tipos de factores:



a) Factores predisponentes

Son aquellos factores de vulnerabilidad de la persona, y pueden ser:

Individuales

- biológicos:
 - mujer adolescente
 - pubertad
 - llegada a la menarquia, con un IMC alto o bajo
 - hermanos de enfermos
- psicológicos:
 - baja autoestima
 - perfeccionistas
 - alto rendimiento escolar
 - tendencia a la sobrecarga de actividades
 - trastornos afectivos



Familiares

- historia familiar de: - TCA
 - trastornos afectivos
 - abuso del alcohol (bulímicas)
- entorno familiar rígido y poco tolerante
- relaciones familiares alteradas

Culturales

- los factores socioculturales parecen ser la clave del gran aumento en la incidencia de estos trastornos, y sobre todo del aumento de los casos incompletos así como de la población de riesgo.
- la existencia, hoy en día, de una “cultura de la delgadez”, hace que el estar delgado se asocie a valores muy positivos como el éxito, el autocontrol, la belleza, la felicidad...
- la influencia de los medios de comunicación en la interirización de estereotipos de belleza no realistas, generan gran insatisfacción corporal en la población. La adolescencia se muestra como la etapa más vulnerable, ya que se considera una época de crisis, de búsqueda de identidad y de necesidad de aceptación social, por lo que dichos factores le influyen especialmente.

b) Factores precipitantes

Este tipo de factores también llamados desencadenantes, son menos claros y verificables, pero entre ellos podemos destacar: *“la realización de dietas como consecuencia de la insatisfacción con el peso y la figura corporal”*, que invariablemente es el elemento central en el inicio del desarrollo del trastorno.

▣ [REDACTED]

Otros factores desencadenantes pueden ser: (Hubin, 1988)

- alejamiento o separación del entorno familiar
- muerte o separación de un familiar próximo
- fracaso escolar
- confrontación, incluso indirecta, de la problemática sexual.

c) Factores perpetuantes o de mantenimiento

Las consecuencias biopsicosociales de estos trastornos actúan como reforzadores, perpetuando la enfermedad a lo largo del tiempo. Según diversos autores, pueden considerarse como factores de mantenimiento;

- consecuencias biopsicológicas de la desnutrición
 - distorsión de la imagen corporal
 - estado emocional
 - ansiedad
 - afrontamiento ineficaz por parte de la familia
- ▣

▣ 4. Definiciones y criterios diagnósticos (DSM-IV)

Actualmente se entiende por Trastorno de la Conducta Alimentaria aquellos trastornos en los que la conducta alimentaria está afectada gravemente, teniendo en común una alteración en la percepción de la forma y el peso corporales. En la nueva versión DSM-IV (APA, 1994), estos trastornos adquieren entidad propia, incluyendo tres trastornos específicos: la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado (este último, codifica los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico).

La **Anorexia Nerviosa (A.N.)** se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores normales, es decir, la persona mantiene un peso por debajo de los límites normales para su edad y su talla.

Criterios diagnósticos A.N. (DSM-IV)

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

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; p. ej., ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

Para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de Anorexia Nerviosa, se usan los siguientes subtipos;

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o las purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

La **Bulimia Nerviosa (B.N.)** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad o atracones, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito autoprovocado, el abuso de fármacos laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa (DSM-IV)

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) *Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.*
 - (2) *Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).*
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces por semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se emplean dos subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

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

El Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado (EDNOS) se utiliza para incluir aquellos grupos de pacientes que no cumplen todos o cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados de trastorno típico alimentario de la conducta alimentaria como Anorexia Nerviosa o Bulimia:

- Mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero que, sin embargo, presentan una menstruación regular.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo que se encuentra en un peso normal.
- Masticar o expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno por ingesta compulsiva, que se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la BN.
- Fobia a la mayoría de alimentos y/o conductas de vómitos que, según la paciente, justifiquen el bajo peso y la escasa ingesta alimentaria; pero que, sin embargo, no exista un miedo intenso a engordar.

▫ 5. Características clínicas

Los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria suelen presentar una serie de alteraciones de tipo físico, cognitivo, conductual y aspectos psicopatológicos, que en ocasiones pueden ser los primeros signos que nos hagan sospechar de la presencia del trastorno y, otras veces, se manifiestan como consecuencia de la evolución del mismo.

En el caso de la Anorexia Nerviosa los signos y síntomas más frecuentes son:

Alteraciones Físicas

- IMC menor del 17,5 o pérdida de peso de origen desconocido.
- Malnutrición secundaria.
- Detención del crecimiento (en prepúberes).
- Amenorrea.
- Alteraciones dérmicas; aparición de vello (lanugo), piel seca y descamada, uñas y cabello frágiles.
- Estreñimiento.
- Hipotensión/Bradicardias.
- Arritmias.
- Hipotermia, intolerancia al frío, acrocianosis distal.

Nota: Todas estas alteraciones son consecuencia de la malnutrición. La recuperación del peso y una nutrición adecuada las corrigen.

Alteraciones Conductuales

- Negación o nula conciencia de enfermedad.
- Dietas hipocalóricas sin grasas ni hidratos de carbono.
- Alteraciones en las formas de comer:

*comen lentamente, o de pie
desmenuzan la comida
la cortan en pequeños trozos
se sacan la comida de la boca y la echan al plato
lavan la comida para quitarle grasas
pueden llegar a comer con las manos*

- Hiperactividad (para aumentar el gasto energético y secundaria a la malnutrición).
- Aislamiento social.
- Irritabilidad.
- Aumento de las horas de estudio.
- Conductas excesivas.
- Ejercicio excesivo (no relacionado con la práctica de ningún deporte).
- Para ocultar su restricción alimentaria, suelen decir que ya han comido o que no tienen apetito.
- Se convierten en expertas en cuestiones dietéticas, y se preocupan de que el resto de la familia esté bien alimentada.

Alteraciones Cognitivas

- Pensamientos irracionales con relación a la comida, peso y figura: *“La ganancia de peso es indefinida”. “Todos los alimentos que comen se convierten en grasas por sus características y no por su valor calórico”.*
- Interés excesivo en su figura y el peso (creen que estos pueden ser modificados a través de una dieta y a voluntad, más allá de los parámetros normales).
- No se aceptan como son. Esto es, quieren adelgazar para ser mejor aceptadas “socialmente”, y luego, para aceptarse

mejor. **Anteponen el sentirse a gusto con su cuerpo a la opinión de los demás sobre su peso y figura.**

- Evaluación errónea de las dimensiones de su cuerpo.
- Pensamientos erróneos como:
 - Ser delgado* = Éxito personal, aceptación social y competencia.
 - Ser gordo* = Enfermizo, imperfección, pérdida de autocontrol.
- Negación de las sensaciones corporales
- No valoran la gravedad de su estado y se resisten a la recuperación.

Aspectos Psicopatológicos

- Síntomas depresivos (manifiesta síntomas de tristeza, aislamiento, desesperanza y sentimientos de culpa, a veces dificultad en reconocer sus emociones).
- Ansiedad (con mucho temor a perder el control).
- Rasgos obsesivos (muestran rituales y conductas estereotipadas no solo relacionadas con la figura o peso sino en otras áreas de su vida: orden, meticulosidad, etc).
- Alteraciones del sueño.
- Dificultades de aprendizaje y concentración.

Al igual que en la AN, la **Bulimia Nerviosa** se caracteriza por trastornos conductuales y alteraciones cognitivas, presentando una rica psicopatología asociada y complicaciones físicas debidas a las alteraciones dietéticas y a las conductas de purga.

Destacar:

Alteraciones Físicas

- Signo de Russell (callosidad en dorso de las manos como consecuencia de los vómitos).
- Vómitos y diarreas.
- Subidas y bajadas de peso.
- Hipertrofia de las glándulas parotídeas / Esofagitis.
- Pérdida de esmalte dental, piorrea.
- Edemas en las extremidades, debilidad muscular.
- Calambres y parestesias.
- Signos de malnutrición con indicadores inmunológicos y endocrinos.
- Hipopotasemia.
- Estreñimiento/ Distensión abdominal.

Alteraciones Conductuales

- Conductas desordenadas no sólo con la comida sino en todas las áreas; descontrol de impulsos.
- Conductas purgativas.
- Períodos de ayuno entre crisis.
- Formas de comer y frecuencia de comidas anormal (a escondidas, ingestión de grandes cantidades y de alimentos variados, incluso congelados).
- Falta de habilidades para enfrentarse a problemas o situaciones estresantes.
- Supeditación de sus conductas al estado de ánimo y condiciones ambientales.
- Absentismo escolar o laboral/Disminución de su rendimiento.
- Robo de comidas, dinero u otros objetos.

Alteraciones Cognitivas

- Pensamientos erróneos en relación comida-peso y figura.
- Conciencia de enfermedad pero ocultación por vergüenza.
- Desconfianza hacia los demás, y a veces, un acercamiento pueril.
- Razonamiento empobrecido y dificultades para concentrarse o prestar atención.
- Baja autoestima tanto personal como física.
- Fijación de metas por encima de su capacidad.
- Preocupación excesiva por el peso y la figura.

Aspectos Psicopatológicos

- Irritabilidad, cambios bruscos de humor.
- Sentimientos de minusvalía y menosprecio de sí mismas.
- Amenazas de suicidio y frecuentes conductas autolíticas.
- Ansiedad y fobias a situaciones y objetos puntuales.
- Sensación de ansiedad difusa y envolvente.
- Fobia social en estados avanzados de la enfermedad.
- Terror a subir de peso y un deseo compulsivo de perderlo.

Comorbilidad

- Trastornos afectivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Abuso de alcohol y otras sustancias.
- Trastorno de personalidad.

▣ 6. Complicaciones

(Extraído de *Beaumont, PJ., Russell, JD., et al.: Treatment of Anorexia nervosa. The Lancet, 1993, 341: 1635-1640*)

COMPLICACIONES FÍSICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Metabólicas

- Hipotermia y deshidratación.
- Alteraciones hidroelectrolíticas: disminución del cloro, potasio, magnesio, calcio y sodio.
- Hipercolesterolemia y aumento de las enzimas hepáticas.
- Hipoglucemia.
- Creatinina aumentada o disminuida en función de la destrucción de masa muscular o de los cambios microvasculares renales.
- Los enzimas hepáticos suelen estar aumentados generalmente por degeneración grasa del hígado asociado a mal nutrición.
- Los niveles de albúmina están disminuidos o normales.
- Zinc disminuido.

Cardiovasculares

- Hipotensión, bradicardia, arritmia, QT alargado.
- Disminución del tamaño cardíaco.
- Peor adaptación al ejercicio.
- Toxicidad miocárdica por uso de eméticos.
- Síndrome de la arteria mesentérica superior.

Neurológicos

- Pseudoatrofia cerebral vista por TAC.
- Alteraciones EEG y crisis epilépticas.
- Neuritis periféricas.
- Compresiones nerviosas.
- Alteraciones en la actividad autonómica.

Hematológicas

- Anemia: normocrómica, normocítica o con déficit de Hierro.
- Leucopenia, trombocitopenia, pancitopenia.
- Disminución de la proteínas plasmáticas.

Renales

- Azoemia prerrenal.
- Diabetes insípida parcial.
- Fracaso renal agudo o crónico.

Endocrinológicas

- Disminución de gonadotropinas, estrógenos y testosterona.
- Alteración de las hormonas tiroideas: T4 normal, T3 disminuida. Test de la TSH retardado.
- Aumento de cortisol, test de supresión con dexametasona positivo.
- Aumento de GH.

Musculoesqueléticas

- Calambres, tetania, debilidad muscular, fatiga.
- Osteopenia, fracturas frecuentes.

Gastroenterales

- Inflamación de las glándulas salivares.
- Caries dentales y pérdida del esmalte.
- Retraso en el vaciamiento gástrico.
- Estreñimiento severo y obstrucción intestinal.
- Intestino irritable.
- Disminución de la lipasa y lactasa.

Inmunológicos

- Infecciones bacterianas diversas, sobre todo del aparato respiratorio.

COMPLICACIONES FÍSICAS DE LA BULIMIA NERVIOSA

Digestivas

- Hernia de hiato y úlceras esofágicas por el paso del contenido del estómago a la boca.
- Hipertrofia de las glándulas parótidas y submaxilares.
- Perforación del estómago.
- Pancreatitis.
- Lesiones en el dorso de la mano (signo de Russell).
- Reflujo gastrointestinal.
- Diarrea/estreñimiento: colon perezoso (aperistáltico, incapaz de propulsar las heces).
- Dolor abdominal.
- Vaciado lento del estómago.
- Ptosis gástrica.
- Dilatación gástrica y rotura, bien por la ingesta masiva o por el esfuerzo para vomitar.
- Faringitis.
- Esofagitis, erosiones y úlceras a este nivel.
- Síndrome de Boerhaave.
- Erosión en el esmalte y dentina de los dientes. Caries.

Respiratorias

- Neumomediastino, por los esfuerzos para vomitar.
- Ronquera crónica.
- Neumotitis o neumonías por aspiración.

Cardiovasculares

- Alteraciones ECG por hipopotasemia (vómitos y abuso de laxantes). Disritmia paroxística, arritmia, bradicardia, hipotensión.
- Alteraciones de la conducción cardiaca y miocarditis si se provoca el vómito con eméticos tipo ipecacuana.
- Muerte súbita secundaria a QT largo.
- Hipotensión ortostática por la deshidratación secundaria a laxantes, diuréticos o vómitos.
- Hemorragias conjuntivales por los esfuerzos para vomitar.
- Equimosis en cara o cuello.
- Edemas maleolares.
- Hemorragias por déficit de vitamina K.

Neurológicas

- Dilatación de los ventrículos laterales y surcos cerebrales.
- Miopatías secundarias a la hipopotasemia.
- Alteraciones de EEG y crisis epilépticas.
- Neuropatías periféricas por déficits vitamínicos.
- Letargia y dificultad de concentración.
- Tetania.

Electrolíticas y renales

- Hipocloremia, hipopotasemia e hiponatremia.
- Hiperaldosteronismo.
- Alcalosis metabólica sobre todo en vomitadores.
- Acidosis metabólica en ayuno o al abusar de laxantes.
- Hipofosforemia e hipomagnesemia.
- Disminución del filtrado glomerular.
- Urolitiasis por deshidratación, descalcificación ósea, etc.

- Diabetes insípida secundaria.

Sanguíneas

- Leucopenia, linfocitosis relativa y trombocitopenia.
- Amilaseemia aumentada.
- Alteraciones enzimáticas hepáticas.
- Insuficiencia renal con aumento de la uremia.
- Hipercolesterolemia.

Endocrinológicas

- Estradiol y progesterona disminuidos.
- Amenorrea o irregularidades menstruales.
- T3 y T4 disminuidas.

COMPLICACIONES PSÍQUICAS DE LOS TCA

- Síndrome depresivo.
- Intentos de suicidio.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Trastorno de pánico.
- Ansiedad generalizada.
- Fobia social.
- Fobias específicas.
- Irritabilidad.
- Alteraciones de la personalidad.
- Trastornos del control de los impulsos: cleptomanía, ludopatía, promiscuidad sexual.

■

7. Tratamiento

Debido a la complejidad de éstos trastornos y a la dificultad de su abordaje, los TCA necesitan de un tratamiento holístico, interdisciplinar y coordinado que opere en los dos niveles de atención: primaria y especializada (Chinchilla, 1995).

El tratamiento de los TCA ira dirigido a:

- a) la evaluación del estado nutricional.
- b) la realimentación y el mantenimiento del peso.
- c) la normalización de complicaciones físicas.
- d) la normalización de las alteraciones psicopatológicas, para lo que debe utilizarse medicación psicofarmacológica.
- e) la normalización de:
 - cogniciones alteradas.
 - distorsión de la imagen corporal.
 - habilidades sociales mediante psicoterapia individual, grupal y familiar (según los casos).

“Hasta la fecha, no hay una técnica terapéutica única y suficiente eficaz para todos los pacientes con TCA. Tampoco existe un profesional que posea todos los recursos y energía necesarios para satisfacer todas las necesidades de estos pacientes”. (Hsu, 1980 en Morandé, 1994).

Evolución y pronóstico: en estudios de seguimiento a largo plazo (Protocolo Insalud, 1995).

	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
Mortalidad	20% a los 20 años	5% a los 2-5 años
Cronificación	20% a los 20 años	25% a los 2-5 años
Recuperación	40-50% a los 20 años	50%-60% a los 2-5 años

□

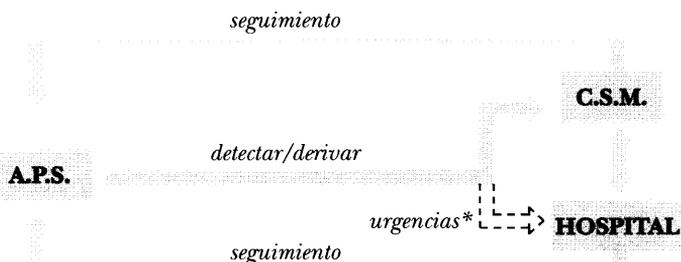
▫ 8. Atención primaria de salud (APS) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

La APS, base del sistema nacional de salud, constituye hoy en día, la manera más adecuada para aumentar el nivel de salud de la población y en este sentido, la promoción de la salud y la prevención adquieren un papel relevante.

Debido a la realidad alarmante de los TCA se demandan esfuerzos asistenciales en prevención primaria, secundaria y terciaria, y se ve la necesidad de que los profesionales de atención primaria de salud lleven a cabo estrategias de promoción y prevención adecuadas, incidiendo en los factores predisponentes y precipitantes de estos trastornos.

“En los TCA las medidas de prevención pueden reducir la incidencia de la enfermedad o mejorar su pronóstico”. (Turón, 1997).

Las claves de la prevención de los TCA en atención primaria son, por tanto, la educación para la salud, la detección y el diagnóstico precoz, la derivación y el seguimiento de los casos.



* ver página 43 criterios de hospitalización




OBJETIVOS

Prevención primaria: Educar al individuo/ familia/ comunidad, con el objeto de disminuir la incidencia de estos trastornos.

Prevención secundaria: detectar y diagnosticar precozmente los posibles casos de TCA y establecer una adecuada coordinación entre el Centro de Salud y los demás niveles asistenciales a la hora del tratamiento y seguimiento de estos casos, con el fin de reducir la duración del trastorno.

Prevención terciaria: Reducir la duración y efectos de las recaídas y minimizar las consecuencias adversas del trastorno a largo plazo, mediante un seguimiento de los casos crónicos.

En base a estos objetivos proponemos las siguientes estrategias:

8.1. ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

1. Educación para la salud orientada a:

Individuos	Familias	Comunidad
<ul style="list-style-type: none">- Actividades integradas dentro del PAN, adecuando la información al momento evolutivo y haciendo especial hincapié en las revisiones de los 6, 11 y 14 años:- Educar en hábitos sanos con respecto a la comida.- Vigilar posibles anomalías mediante encuestas dietéticas y somatometría.- • -- Actividades dirigidas al joven y al adulto:- Transmitir la importancia de una alimentación equilibrada y del riesgo de realizar dietas de adelgazamiento sin control.- Ofrecer recursos y orientación a aquellas personas que deseen o necesiten modificar su peso, y realizar su seguimiento.- Informar de las consecuencias negativas de la preocupación excesiva por adelgazar.	<ul style="list-style-type: none">- Actividades dirigidas sobre todo a padres, ya que es en el seno de las familias donde se adquieren estilos de vida.<i>Formar en relación a hábitos nutricionales y dietéticos sanos, e incidir también en otros aspectos muy importantes como son:</i>- Autoestima.- Autoconfianza.- Autonomía e independencia.- Aceptación de la propia sexualidad.- Cohesión y comunicación familiar.- Tolerancia a la frustración.- Habilidades sociales... los cuales actúan como <i>factores protectores</i>.	<ul style="list-style-type: none">- Actividades dirigidas tanto a centros de educación primaria y secundaria, como a grupos específicos;- Centros de la mujer.- Asociaciones infanto-juveniles.- Asociaciones de padres de alumnos. <p><i>Importante:</i> al trabajar con niños o jóvenes se hará prevención inespecífica incidiendo en factores predisponentes (sobre todo los socioculturales) y precipitantes, y no en la patología en sí.</p>

8.2. ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

1. Realizar un diagnóstico y tratamiento precoz

Un diagnóstico tardío así como un retraso en el inicio del tratamiento, son factores de pronóstico desfavorable en los TCA. Los profesionales del Centro de Salud deben estar alerta a indicadores tempranos de aparición, signos y síntomas que pueden inducir a la existencia de una Anorexia o Bulimia Nerviosa, así como identificar a personas de alto riesgo y realizar su seguimiento.

* Indicadores tempranos (Ochoa, 1996)

Anorexia	Bulimia
<ul style="list-style-type: none">- Aumento importante de la actividad física.- Excesiva importancia a lo que los demás piensen del propio físico.- Inseguridad y preocupación excesivas por la propia apariencia.- Uso injustificado de laxantes.- Vómitos autoprovocados.- Rechazo de la comida, pérdida excesiva de peso.- Disminución de las horas de sueño.- Ausencia de menstruación.- Aislamiento social.- Autoimagen distorsionada.	<ul style="list-style-type: none">- Preocupación excesiva por el peso.- Preocupación excesiva por la imagen corporal.- Práctica de dietas estrictas.- Provocación de vómitos.- Atracciones de comida recurrentes e incontrolados, llevados a cabo en secreto.- La persona es consciente de que algo anormal está pasando.- Aparentemente el peso es normal.- Incremento del ejercicio físico.- Consumo de laxantes, diuréticos y píldoras dietéticas.



Es conocida la habitual negación de estos trastornos por parte de las pacientes, así como su ocultación. También la familia niega a veces el problema, convirtiéndose en un factor de mantenimiento del mismo. En base a estas premisas, los profesionales de la atención primaria deben conocer otras formas de presentación de estos trastornos, así como estar atentos a la información remitida por el entorno socio-familiar.

* **Otras formas de presentación (Protocolo Insalud, 1995)**

Anorexia	Bulimia
<ul style="list-style-type: none">- Irregularidades menstruales.- Amenorrea primaria o secundaria.- Depresión.- Debilidad.- Lesiones deportivas.- Fracturas patológicas.- Edemas en tobillos.	<ul style="list-style-type: none">- Preocupante deseo de información acerca de dietas/obesidad.- Irregularidades menstruales.- Depresión.- Fatiga/cansancio.- Conducta purgativa.- Anomalías o alteraciones dermatológicas (signo de Rusell...).- Palpitaciones.

Las observaciones realizadas por el equipo, apoyadas por la cumplimentación de cuestionarios psicológicos (ver anexo 5), supondrá criterio de derivación al Centro de Salud Mental (CSM) de referencia (ver anexo 7).

2. Llevar a cabo un abordaje correcto que cubra las diferentes áreas implicadas en el trastorno

En base al modelo etiológico bio-psico-social el tratamiento



debe llevarlo a cabo un equipo interdisciplinar y cubrir las diferentes áreas comprometidas (dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales) (Turón, 1997). A menudo abarcará un compromiso de al menos dos años y con frecuencia cuatro o cinco.

Por todo lo cual, es necesario que los profesionales de la atención primaria sepan que el abordaje de estos trastornos es polidimensional y debe abarcar;

- cuidados enfermeros
- atención médica
- atención psicoterapéutica
- trabajo con la familia.

Aunque parezca obvio, esto se olvida con frecuencia en la práctica clínica intentando resolver el problema desde una vertiente estrictamente somática.

Si bien una vez se ha diagnosticado un caso, su tratamiento, será realizado básicamente por el *Centro de Salud Mental*, los profesionales del *Centro de Salud* han de llevar un seguimiento frecuente de este tipo de pacientes (al menos una vez cada dos semanas) atendiendo en la medida de lo posible a las diferentes áreas comprometidas.

“La resolución de los problemas psicológicos subyacentes al trastorno es por lo común una tarea larga y necesaria. Es dudoso que un terapeuta trabajando solo pueda atender adecuadamente este tipo de trastornos” (Stephenson, 1986, en Morandé, 1994).

Aunque el tratamiento psicoterapéutico sea la piedra angular de la mayoría de los casos, no por ello debe excluirse el abordaje de otras disciplinas como Enfermería, Medicina, Trabajo social... Ahora bien, se precisa de profesionales formados y con experiencia, siendo necesario avanzar en el proceso de evaluación de tratamientos y en la realización de programas y protocolos.

3. Demandar y establecer sesiones formativas sobre la patología para los profesionales de atención primaria, orientadas prioritariamente hacia la detección de factores predisponentes y precipitantes, así como al diagnóstico precoz, prevención de recaídas y control de los tratamientos de mantenimiento. Dichas sesiones deben realizarse en todas las Áreas

4. Posibilitar una coordinación asistencial eficaz para la detección y el diagnóstico precoz

Esta estrategia se llevará a cabo mediante el establecimiento de:

- cauces formalizados de derivación (ver anexo 7)
- protocolos de actuación y derivación para los TCA y grupos de riesgo
- protocolo de actuación en urgencias psiquiátricas
- cauces de comunicación específicos para cada centro de atención primaria y su centro de salud mental de referencia (ver anexo 8).

Está demostrado que un mejor tratamiento ambulatorio, siempre que éste sea polidimensional y los profesionales que aborden el caso estén coordinados, disminuye el número de ingresos. Esta premisa debe de tenerse muy en cuenta, sobre

todo ante la escasez de unidades hospitalarias especializadas y ante la existencia de ingresos que no se realizan en sitios apropiados y/o con los recursos necesarios.

Alrededor del 45% de los casos diagnosticados requerirán de un ingreso hospitalario (y de éstos, un 17% reingresarán). Debemos saber que la hospitalización es una parte del tratamiento, nunca la totalidad; por eficaz que sea, el paciente no es dado de alta curado. Es importante reseñar que no siempre se continúa o inicia un tratamiento ambulatorio tras el alta hospitalaria, lo que podría explicar la elevada tasa de reingresos, por no hablar de la impotencia de las familias de los afectados que ven como sus hijos aunque “han mejorado” en el hospital, vuelven a adoptar conductas desadaptativas. Es indispensable que el equipo de atención primaria sepa cuándo derivar al Centro de Salud Mental y en qué ocasiones tiene que hospitalizar de urgencia.

* Criterios de hospitalización

- Pérdida de peso superior al 20%.
- Alteraciones biológicas severas (trastornos hidroelectrolíticos, arritmias, inestabilidad fisiológica, síncope, convulsiones, pancreatitis...).
- Comorbilidad psiquiátrica grave, especialmente si hay ideación suicida, depresión mayor asociada con actividad delirante, trastornos de personalidad, psicosis tóxica...
- Caos conductual generalizado, incluyendo conflictividad familiar aguda.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.



El equipo de atención primaria tiene que conocer los recursos existentes en la comunidad para ofertarlos a las personas que sufren estos trastornos y a sus familias (asociaciones, grupos de autoayuda y psicoeducación, unidades hospitalarias, etc.) –(ver direcciones de interés)–.

8.3. ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN TERCIARIA

1. *Llevar a cabo programas que aseguren el seguimiento de estos trastornos*

Los programas deben ser realistas y con metas limitadas que aseguren la calidad de vida de estas personas, teniendo en cuenta las posibles complicaciones para poder evitarlas, detectarlas precozmente y tratarlas cuando aparezcan. Mediante una buena relación terapéutica y comunicación se facilita que los pacientes y sus familias desarrollen un adecuado nivel de seguimiento de los cuidados y recomendaciones terapéuticas.

Existen pocas investigaciones en este tipo de prevención, teniendo en cuenta que aproximadamente el 20% de los afectados se cronifica. Parece natural que este tipo de pacientes tenga un seguimiento en su Centro de Salud, aparte de continuar con un abordaje en el Centro de Salud Mental, convenientemente con programas específicos. La responsabilidad es compartida.

“Obcecase en iniciar una y otra vez programas terapéuticos, encaminados a una recuperación ad integrum, es menos práctico que pactar con la paciente algunas metas más limitadas, o enseñarle a no colocarse en situaciones de riesgo. Con estos pacientes el plan de actuación debe tener unos objetivos realistas; fundamentalmente asegurar una

□ 

mínima calidad de vida y apoyo psicoterapéutico, puesto que algunos deciden reiniciar un tto. activo y se recuperan. No es posible predecir qué tipo de paciente, en particular, puede entrar en esta categoría”. (Turón, 1997; Morandé y cols. 1995).

※ **Recomendaciones para evitar recaídas**
(adaptado de Ochoa, 1996)

- Reflexionar sobre la situación actual. Usar técnicas que antes le fueron útiles.
- Utilizar las técnicas de resolución de problemas.
- Entrenarse en habilidades sociales.
- Tener presente que la belleza, la inteligencia, la simpatía y la profesionalidad no están relacionadas con el peso y la figura.
- Buscar ayudas si se observa falta de control.
- Procurar no pesarse continuamente.
- Desarrollar un espíritu crítico hacia los estereotipos referentes al culto al cuerpo y la delgadez.
- Buscar actividades que sean incompatibles con el atracón.
- Conocer la ineficacia y el “efecto rebote” de laxantes y diuréticos como estrategias para adelgazar.
- Planificar la jornada de modo que no haya mucho tiempo libre.
- Establecer metas realistas y posibles.
- Aprender a evitar las dietas de adelgazamiento, comer de forma equilibrada, varias veces al día, “no engorda”.
- No se debe estar pendiente de agradecer siempre a los demás.
- No perder nunca y cultivar siempre el sentido del humor.

□

▫ 9. Atención primaria de salud y comunidad escolar

La escuela, como promotora de salud y como elemento esencial de la educación en valores (siendo el contexto donde se sitúa la población con mayor riesgo de padecer estos trastornos); junto con la comunidad escolar, deben ser lugares prioritarios hacia donde el equipo de atención primaria dirija su acción, teniendo en cuenta que la prevención debe realizarse en coordinación con las familias, el profesorado e instituciones oficiales.

“En esta sociedad de futuro, la educación compartirá con otras instancias sociales la transmisión de información y conocimientos; pero adquirirá aún mayor relevancia su capacidad para ordenarlos críticamente, para darles un sentido personal y moral, para generar actitudes y hábitos individuales y colectivos, y para preservar en su esencia, adaptándolos a las situaciones emergentes, los valores con los que nos identificamos individual y colectivamente”. (LOGSE, 1990).

Los programas de prevención de los TCA deben enfocarse bajo una concepción de Educación para la Salud (EpS) liberada y pragmática; “... liberadora en el sentido de que permita crear conciencia de la realidad en que se vive, de sus riesgos, imposiciones y límites así como de los recursos, las ventajas y las posibilidades, y pragmática para hacer del saber científico una herramienta que permita a todos vivir mejor” (Castillo, 1993). Así la EpS se convierte en un instrumento para la interiorización de valores y de actitudes básicas para la vida, y para la configuración de unos comportamientos que nos permitan la construcción de un proyecto de calidad de vida sana y feliz; entendiendo la salud desde un modelo integral que incluye la interacción entre los aspectos físico, mental y social. “La EpS tiene un componente

claro de carácter social, es una educación para la participación en la mejora y en el cambio social” (Lucini, 1993).

El equipo de atención primaria adquiere así todo su protagonismo como asesor en temas de salud y como experto en educación sanitaria, convirtiéndose en nexo de unión entre el contexto escolar y el sistema sanitario.

DIRECTRICES:

- Las acciones de prevención de los TCA en la escuela, irán dirigidas primordialmente a formar y asesorar al profesorado para que puedan ser agentes de prevención de estos trastornos en el medio escolar, implicándolos a su vez en la detección precoz. El profesional sanitario se convierte así en una fuente de apoyo para que el docente desarrolle con éxito los contenidos de EpS que constituyan la base de dicha prevención. La EpS en la LOGSE está contemplada como tema transversal, lo que significa que de forma dispersa impregna todo el currículum del escolar hasta los 16 años.
- Las acciones formativas sobre TCA, deben incidir en:
 - etiopatogenia: factores predisponentes y precipitantes.
 - signos, síntomas e indicadores tempranos.
 - factores protectores.
- Es importante que todas las actuaciones estén planificadas de acuerdo con la realidad específica y necesidades de cada centro, en consonancia con el proyecto educativo de centro, así como basarse en una metodología participativa y crítica que suponga una línea de “trabajo con” y no de “intervención sobre” la comunidad escolar.
- Para la realización de todas estas actuaciones utilizare-

mos los cauces de los que disponen el sistema sanitario y el educativo; cartera de servicios del Insalud (ver anexo 10), cauces de formación del profesorado (Centros de profesores y recursos), órganos de participación y gestión de los centros escolares (Consejo escolar, equipo directivo...) y órganos propiamente de coordinación docente (Departamentos de orientación, tutores, comisión de coordinación pedagógica...). (ver anexo 11).

- Otro sector importante con el que debemos contar son los padres; y nuestro objetivo con ellos será favorecer que éstos eduquen a sus hijos en hábitos sanos de alimentación, así como en la responsabilidad, la autonomía, la autoestima... todos ellos factores protectores de estos trastornos.
- Es muy importante recordar que una demanda específica del centro escolar es una oportunidad idónea para comenzar una relación formal que culmine con la firma de un contrato de colaboración entre el centro escolar y el centro de salud (ver anexo 10), en el cual se podrán programar diferentes actividades que faciliten al profesorado abordar éste problema. No obstante y como caso excepcional, se realizarán actividades aisladas de prevención directamente con el alumnado, cuando no sea posible reconvertir dicha demanda en un contrato programa. En tal caso, se tendrá en cuenta que dichas actividades deben ir encaminadas a capacitarlos para que incorporen una postura crítica y constructiva ante los mensajes que fomentan la sobrevaloración de la delgadez, a modificar comportamientos e ideas erróneas sobre la alimentación y las dietas sin control, a mejorar su autoestima, autonomía y autoconfianza, etc... y nunca a dar información sobre las patologías en sí.

- Por último, recordar que el potencial educativo de la escuela va más allá de lo que se explica en las aulas; su funcionamiento diario transmite modos de comportamiento a los alumnos de forma no explícita que influyen más que el propio currículum formal, "...enseñanza tácita a los alumnos de normas, valores, disposiciones, derivadas únicamente de la vida en la escuela" (Apple, 1986). La prevención, por tanto, debe orientarse no solo al currículum oficial sino a toda la vida del centro (control de comedores, actitudes de los docentes y padres...) de una forma continuada y no sólo con actividades puntuales.

RESUMEN:

- *¿A quién va dirigida nuestra intervención?*

A toda la comunidad escolar, pero especialmente a los adolescentes y padres.

- *¿A través de qué cauces?*

A través de los cauces propios del sistema sanitario y del educativo:

- *Cartera de servicios del Insalud.*
- *Centros formativos del profesorado: CPR.*
- *Órganos de participación y gestión de los centros escolares: Consejos escolares, equipos directivos...*
- *Órganos de coordinación docente del centro escolar: Departamentos de orientación, tutores...*

- *¿Con qué contenidos?*

- *Etiología: factores predisponentes y precipitantes.*
- *Signos y síntomas, indicadores tempranos.*
- *Factores protectores.*

- *¿Con qué metodología?*

Participativa y crítica, en la línea de "trabajo con".

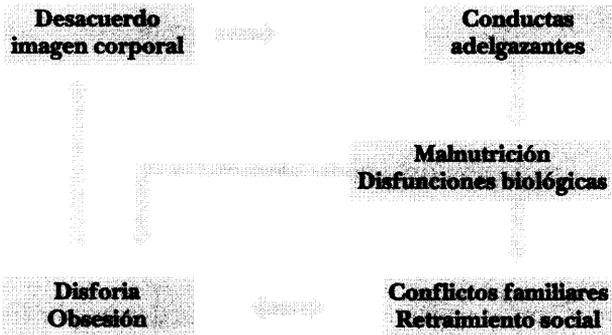
* Objetivos de EpS por etapas. (Miranda P., 1993)

Educación Infantil	Educación Primaria	Educación Secundaria
Descubrir y controlar progresivamente el propio cuerpo, formándose una imagen de sí mismo, valorando su identidad sexual, sus capacidades y limitaciones de acción y expresión y adquiriendo hábitos de salud y bienestar.	Conocer y apreciar el propio cuerpo y contribuir a su desarrollo, adoptando hábitos de salud y bienestar y valorando las repercusiones de determinadas conductas sobre la salud y calidad de vida.	Conocer y comprender los aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo y de las consecuencias para la salud individual y colectiva de los actos y las decisiones personales, y valorar los beneficios que suponen los hábitos del ejercicio físico, de la higiene y de una alimentación equilibrada, así como llevar una vida sana.

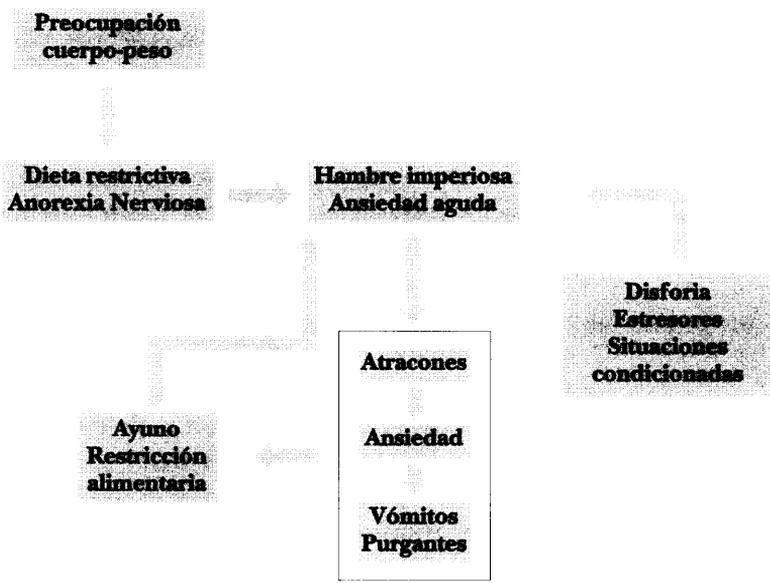


▫ Anexo 1: Fenomenología básica
(Toro, 1995)

FENOMENOLOGÍA BÁSICA DE LA ANOREXIA NERVIOSA



FENOMENOLOGÍA BÁSICA DE LA BULIMIA NERVIOSA



▫

▣ Anexo 2: Historia clínica (Adaptado del Protocolo Insalud, 1995)

En los pacientes con sospecha de padecer un TCA se debe realizar una historia clínica completa, tanto individual como familiar, teniendo en consideración varios aspectos fundamentales;

- a) Información específica a obtener en la historia clínica
- b) Conducta del paciente
- c) Evaluación del estado mental

Información específica

La mayoría de los pacientes conocen sus síntomas y signos y, superadas las reticencias iniciales, pueden explicarse ante un clínico interesado. Se debe completar la información obtenida del paciente con la aportada por los familiares. Los datos específicos a recoger serán:

- Cuándo y cómo empezó el problema y hasta dónde fue, en sus inicios, un acto voluntario. Algunos pacientes recuerdan situaciones que hipotéticamente lo desencadenaron.
- Si ha existido pérdida de peso, su magnitud, los kilos y oscilaciones desde el inicio del cuadro. Además, es necesario conocer si desean seguir perdiendo peso y si se sienten gordos total o parcialmente. Es muy importante saber cuál cree el paciente que es su peso ideal, para posteriormente poder pactar un peso adecuado.
- Conocer su ingesta y el tipo de alimentos que consume o evita, horarios de comida y forma de comer. Tiempo de evolución de estos “regímenes dietéticos anómalos”.
- Los métodos utilizados para perder peso (restricción alimentaria, vómitos, ejercicio excesivo, laxantes, diuréticos, anorexígenos...).

- La presencia de atracones; cuándo se iniciaron, su frecuencia, lugar, tipo y cantidad de alimentos consumidos, si hay algún factor desencadenante y si existen períodos asintomáticos.
- Historia menstrual.
- Historia psicosocial del paciente (relación familiar y escolar); pérdida de alegría, de autoestima, de amistades, de respeto intrafamiliar, sufrimiento del paciente, disminución o pérdida de la escolarización o de la actividad laboral, aislamiento, malas relaciones interpersonales y sentimentales.
- Se deben descartar otras patologías orgánicas y mentales para poder realizar un buen diagnóstico diferencial.

Conducta del paciente (ver características clínicas comportamentales)

- Hacia la comida; restrictiva o bulímica.
- Hacia el peso; negación de la enfermedad y sus signos, alegría con la pérdida de peso, persecución infatigable por la extrema delgadez...
- Otras conductas asociadas; hiperactividad y ejercicio compulsivo, descontrol de impulsos, rituales, autolesiones.

Estado mental (ver características clínicas mentales y psicopatológicas)

- Grado de conciencia de enfermedad.
- Alteraciones del pensamiento.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Manifestación de ansiedad y angustia
- Alteraciones del estado de ánimo (en especial depresión e ideación autolítica).
- Otras.

— □ Anexo 3: Exploración física (Adaptado del Protocolo Insalud, 1995)

■ debe incluir siempre:

- *Antropometría*; al menos peso y talla para determinar el índice de masa corporal, teniendo en cuenta que todas las medidas deben referirse a las tablas de percentiles de crecimiento de la población normal. La circunferencia del brazo y el pliegue tricípital son dos medidas muy prácticas para valorar el estado nutricional.

Es muy importante tener presente, al pesar a estos pacientes, que son capaces de utilizar cualquier truco con tal de enganar al clínico sobre su peso (beber grandes cantidades de agua, no orinar, meterse cosas pesadas en los bolsillos, en la ropa interior o en los bajos de la ropa...). Se aconseja pesarles en ropa interior, a primera hora de la mañana y, en algunos casos, de espaldas al peso para que no puedan verlo, porque a efectos terapéuticos y de seguimiento, puede ser preferible que el paciente no esté informado del mismo.

- *Constantes vitales*; frecuencia cardiaca, temperatura, y tensión arterial en decúbito, después de 5 minutos en esta postura y después de 2 minutos en bipedestación.

- *Otros hallazgos*; la exploración física nos ayuda a demostrar al paciente las posibles alteraciones presentes y secundarias a su enfermedad como pueden ser;

- piel seca y fría
- lanugo
- carotenemia
- caída exagerada del pelo
- uñas quebradizas

- edemas
- fragilidad capilar y hematomas
- signo de Rusell
- erosión dental
- aumento de las glándulas salivares
- bradicardia e hipotensión... (*ver características clínicas; alteraciones físicas*)

El repasar estos signos con ellos, ayuda al paciente a tener sensación de realidad, y de que realmente existe un problema

- ▣ que debe ser controlado.

▣ Anexo 4: Pruebas complementarias (Adaptado del Protocolo Insalud, 1995)

La Anorexia y la Bulimia son trastornos mentales con graves complicaciones médicas, secundarias a la malnutrición y a los procedimientos utilizados para adelgazar. Sin embargo, una parte importante de los enfermos tiene una analítica completamente normal; la siguiente tabla resume las pruebas complementarias que podrán ser ampliadas según la clínica del paciente. **No es necesario someterles a múltiples exploraciones**, que no tengan una clara justificación, de ahí el carácter **individualizado de estas pruebas**.

* Pruebas complementarias para TCA

Iniciales	Individualizada
<ul style="list-style-type: none">• Hemograma, VSG.• Cloro, sodio, potasio.• Gasometría.• Urea, creatinina, glucosa, GOT, GPT, fosfatasa alcalina.• Colesterol, triglicéridos.• Proteínas totales, albúmina.• Hierro, ferritina, transferrina.• Orina.• Mantoux.• TSH, T-4.• ECG.	<ul style="list-style-type: none">• Estudio endocrinológico.• Densitometría ósea, edad ósea.• Test de embarazo.• Ecografía ginecológica.• Estudio inmunológico, neurológico, digestivo o hematológico.• TAC/Resonancia nuclear magnética craneal.• Amilasa (fracción salivar y total).• RX Tórax.

HALLAZGOS ANALÍTICOS

Hemograma;

- Tendencia a una leucopenia con neutropenia, acompañada de una linfocitosis relativa, y en algunos casos trombopenia.
- No suele haber anemia, si la presentan es leve, normocítica, normocrómica, con sideremia y ferritina normal o aumentada al diagnóstico; puede haber pancitopenia con médula ósea hipoplásica.
- VSG normal o baja.

Anomalías hidroelectrolíticas;

- Hiponatremia, hipokaliemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, principalmente si hay vómitos o uso crónico de laxantes o diuréticos.

Alteraciones bioquímicas;

- Tendencia a la hipoglucemia.
- Hipercolesterolemia, triglicéridos disminuidos.
- Hipercarotenemia.
- La hipoproteinemia es excepcional.
- GOT y GPT pueden estar aumentadas (reflejan una actividad de transaminación elevada).
- Disminución de la fosfatasa alcalina y LDH.
- Amilasa salivar aumentada.

Alteraciones en el electrocardiograma;

- Bradicardia sinusal, disminución de la amplitud del

QRS, alteraciones propias de la hipokaliemia, arritmia ventricular, prolongación del QT.

Alteraciones endocrinológicas;

- Niveles bajos de FSH, LH, estrógenos y progesterona, con un patrón de secreción prepuberal.
- Cortisol plasmático elevado, con pérdida del ritmo diurno.
- Nivel basal de GH elevado.
- Disminución de T-4, con T-3 normal o baja y TSH normal.

Alteraciones inmunológicas;

- Inmunoglobulinas G y A disminuidas en casos agudos
- Factores del sistema de complemento C3 y C4 bajos en casos agudos.
- Respuesta baja a tests cutáneos de hipersensibilidad retardada, con anergia e hipoergia (incluido Mantoux).
- Subpoblaciones linfocitarias alteradas.

Alteraciones renales;

- Nitrógeno uréico plasmático elevado.
- Cambios en capacidad concentración urinaria.
- Tasa de filtrado glomerular disminuida.

Alteraciones del aparato genital;

- Hipoplasia (Ecografía).

Alteraciones óseas;

- ▣ - Osteopenia demostrable en densitometría ósea.

▫ Anexo 5: Pruebas psicológicas de evaluación

El diagnóstico de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, la identificación y el registro de los síntomas poseen una relevancia decisiva. De ahí que la evaluación de éstos consista en explorar un amplio abanico de factores o variables físicos, conductuales, cognitivos y emocionales, etc., de manera psicométrica (para cuantificar objetivamente y generalizar resultados). Algunos de estos signos son más aparentes y otros menos, por eso es necesaria la utilización de escalas estandarizadas de tipo psicológico para una adecuada exploración a nivel psicopatológico y conductual —que ayuden a delimitar la etiología y patogenia, facilitando el posterior tratamiento.

En los últimos años, se han descrito numerosas pruebas psicométricas y autoinformes para la exploración de los distintos factores presentes en estos pacientes. Entre las más utilizadas (revisión entre 1988 y 1989, realizada por Fernández, 1993), encontramos el EDI (Garner y Garfinkel, 1983) y el EAT (Garner y Garfinkel, 1978), en cuanto a la evaluación de hábitos alimenticios y psicopatología coadyuvante. Para la exploración de sintomatología adicional como la depresión, el más utilizado es el BDI (Beck, 1961).

EAT (Garner & Garfinkel, 1978) y el EDI (Garner & Garfinkel, 1983), serían las más aconsejables como pruebas de screening inicial por parte del profesional de APS, puesto que son fáciles y rápidas de pasar, para despejar dudas sobre el posible diagnóstico de un Trastorno del Comportamiento Alimentario. También es aconsejable pasar una escala de Depresión porque es muy común que estos enfermos presenten dicha patología asociada al trastorno alimentario, en especial en el caso de la Bulimia .

Existen más pruebas específicas que deben utilizarse cuando se vaya a realizar un seguimiento del caso, siendo conveniente administrarlos no sólo al enfermo sino también a los familiares.

A continuación aparecen recogidas las escalas más utilizadas:

Administradas a la paciente

- DSED: Diagnostic Survey for Eating Disorders (Johnson, 1987).
EDI: Eating Disorder Inventory (Garner y Garfinkel, 1983).
EAT: Eating Attitude Test (Garner y Garfinkel, 1979).
BSQ: Body Shape Questionnaire (Cooper et al., 1987).
BITE: Bulimic Inventory Test Edinburg (Henderson and Freeman, 1987)
EDE: Eating Disorder Examination (Cooper and Fairburn, 1987)
ESI: Eating Symptom Inventory (Whittaker, 1989).
BULIT-R: Bulimia test revised (Smith and Thelen, 1984).
BDS: Body Dissatisfaction Scale (Garner, Olmsted, Polivy, 1983).

Test de Siluetas

- BAT: Body Attitudes Test (Coppennolle, Probst, Vandereycken, Goris and Meermann, 1984).
BSRQ: Body-Self Relations Questionnaire (Winstead and Cash, 1984).

Pruebas de personalidad y depresión (para tener en cuenta la patología asociada)

- 16 PF (Cattell, 1972).
EPQ-J o EPQ-A (Eysenck, 1973).
Escala de Hamilton para la Depresión y la ansiedad (Hamilton, 1978).
Cuestionario de Beck para la Depresión (Beck, 1978).
TSCS: Tennessee Self-Concept Scale (Fitts, 1975).
Test de la Figura Humana (Machover, 1948).
TAT: Test de Apercepción Temática (Murray, 1958).

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway and McKinley, 1951).

Test de Rorschach (Rorschach, 1921).

Administradas a los padres

SCL-90-R

EMBU

ABOS: Escala de Observación de Conducta anoréxica para familiares.

Adjuntamos dos de los test mencionados, que por su facilidad de aplicación y por la relevancia de sus hallazgos, pueden ser de gran interés para los profesionales de atención primaria de salud.

EATING ATTITUDES TEST (EAT)

Se trata de una versión reducida de la escala original que está compuesta de 40 ítems. Es una medida de screening para determinar la presencia o no de TCA, además de ser también muy específica para las formas subclínicas, teniendo en cuenta que minimiza los falsos negativos.

EAT (Eating Attitudes Test) Garner & Garfinkel (1979)

- | | Nunca | Muy a menudo | A menudo | Algunas veces | Raramente | Nunca |
|--|-------|--------------|----------|---------------|-----------|-------|
|--|-------|--------------|----------|---------------|-----------|-------|
1. Me aterroriza llegar a tener exceso de peso.
 2. Procuero no comer cuando no tengo hambre
 3. Me veo muy preocupada por la comida.
 4. Me he dado "atracones" en los que tenía la impresión de no ser capaz de parar de comer.
 5. Troceo la comida en pequeñas porciones.
 6. Soy consciente del contenido calórico.
 7. En concreto, evito los alimentos que tienen un alto contenido de hidratos de carbono (pan, arroz, patatas).
 8. Tengo la impresión de que los demás preferirían que yo comiera más.
 9. Vomito después de comer.
 10. Me siento culpable después de comer.
 11. Me preocupa especialmente el deseo de estar delgada.
 12. Cuando hago ejercicio, pienso sobre todo, en quemar calorías.
 13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.
 14. Me atormenta la idea de tener grasas en mi cuerpo.
 15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
 16. Evito los alimentos que contengan azúcar.
 17. Tomo alimentos dietéticos.



Continuación...

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
18. Tengo la impresión de que la comida controla mi vida.						
19. Puedo autocontrolarme en lo que respecta a la comida.						
20. Tengo la impresión de que los demás me presionan para que coma.						
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.						
22. Me siento a disgusto después de haber comido dulces.						
23. Hago régimen.						
24. Me gusta tener el estómago vacío.						
25. Disfruto probando nuevos platos ricos en calorías.						
26. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.						

Puntuación:

El punto de corte (en mujeres) es de 20.

<p>POBLACIÓN NORMAL: Puntuaciones entre 12-15. POBLACIÓN DE RIESGO: Puntuaciones > de 30. POBLACIÓN CLÍNICA: Puntuaciones > de 50.</p>

Las escalas que evalúa son:

1. Dieta (ítems 1,6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22,23, 24 y 25).
2. Bulimia y preocupación por la comida (ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26).
3. Control oral (ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20).

Clave de corrección:

EAT (Eating Attitudes Test) Plantilla

	Siempre	Muys a menudo	A menudo	Algunas veces	Raras veces	Nunca
1. Me aterroriza llegar a tener exceso de peso.	3	2	1	0	0	0
2. Procuro no comer cuando no tengo hambre	3	2	1	0	0	0
3. Me veo muy preocupada por la comida.	3	2	1	0	0	0
4. Me he dado "atracones" en los que tenía la impresión de no ser capaz de parar de comer.	3	2	1	0	0	0
5. Troceo la comida en pequeñas porciones.	3	2	1	0	0	0
6. Soy consciente del contenido calórico.	3	2	1	0	0	0
7. En concreto, evito los alimentos que tienen un alto contenido de hidratos de carbono (pan, arroz, patatas).	3	2	1	0	0	0
8. Tengo la impresión de que los demás preferirían que yo comiera más.	3	2	1	0	0	0
9. Vomito después de comer.	3	2	1	0	0	0
10. Me siento culpable después de comer.	3	2	1	0	0	0
11. Me preocupa especialmente el deseo de estar delgada.	3	2	1	0	0	0
12. Cuando hago ejercicio, pienso sobre todo, en quemar calorías.	3	2	1	0	0	0
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.	3	2	1	0	0	0
14. me atormenta la idea de tener grasas en mi cuerpo.	3	2	1	0	0	0
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.	3	2	1	0	0	0
16. Evito los alimentos que contengan azúcar.	3	2	1	0	0	0
17. Tomo alimentos dietéticos.	3	2	1	0	0	0
18. Tengo la impresión de que la comida controla mi vida.	3	2	1	0	0	0
19. Puedo autocontrolarme en lo que respecta a la comida.	3	2	1	0	0	0
20. Tengo la impresión de que los demás me presionan para que coma.	3	2	1	0	0	0
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.	3	2	1	0	0	0
22. Me siento a disgusto después de haber comido dulces.	3	2	1	0	0	0
23. Hago régimen.	3	2	1	0	0	0
24. Me gusta tener el estómago vacío.	3	2	1	0	0	0
25. Disfruto probando nuevos platos ricos en calorías.	0	0	0	1	2	3
26. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.	3	2	1	0	0	0

2. EATING DISORDER INVENTORY (EDI)

Es una escala autoaplicada que consta de 64 ítems agrupados de acuerdo con 8 factores:

Evalúa las áreas cognitivas y conductuales características de la AN y la BN. Lo más importante de dicha escala, es la diferenciación cuantitativa de las subescalas;

1. *Impulso de adelgazamiento (IA)* Items 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49. Valora la preocupación excesiva por hacer dieta, por el peso, deseo de perder peso y miedo a ganarlo.

2. *Bulimia (BU)* Items 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61. Valora la tendencia a episodios de atracones e impulso de vómitos autoinducidos.

3. *Insatisfacción corporal (IC)* Items 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62. Mide la creencia de qué partes corporales son demasiado grandes.

4. *Ineficacia (IF)* Items 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56. Hace referencia a sentimientos de inadecuación general, inseguridad, inutilidad y sentimiento de no tener control sobre su propia vida.

5. *Perfeccionismo (PER)* Items 13, 29, 36, 43, 52, 63. Expectativas excesivas de rendimiento superior.

6. *Desconfianza interpersonal (DI)* Items 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57. Rechazo a tener relaciones profundas.

7. *Conciencia interoceptiva (CI)* Items 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64. Valora la falta de confianza en el reconocimiento e identificación de emociones o de las sensaciones viscerales de hambre y saciedad.

8. Miedo a madurar (MM) Items 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58. Mide el deseo de volver a la seguridad de la preadolescencia a causa de las abrumadoras demandas de la adultez.

EDI (Eating Disorder Inventory) Garner & Garfinkel (1983)

1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas) sin ponerme nerviosa.
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría volver a sentirme tan segura como cuando era pequeña.
4. Como cuando estoy irritada o alterada.
5. Me atraco de comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en hacer régimen para adelgazar.
8. Me asusto cuando mis sentimientos son demasiado intensos.
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos.
10. Me siento inútil como persona.
11. Me siento culpable después de comer en exceso.
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. En mi familia sólo se valora lo que uno hace por encima de lo normal.
14. La niñez es la época más feliz de la vida.
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos.
16. Me aterroriza aumentar de peso.
17. Confío en los demás.
18. Me siento sólo/a en el mundo.
19. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.
20. Creo que controlo las cosas que me suceden.
21. No sé muy bien qué emociones siento.
22. Prefiero ser una adulta que una niña.
23. Puedo comunicarme fácilmente con otras personas.

24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero la importancia del peso.
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento.
27. No me gusto como persona.
28. He hecho atracones de comida que no podía detener.
29. Cuando era niña, intentaba por todos los medios no decepcionar a mis padres y maestros.
30. Tengo amistades íntimas.
31. Me gusta la forma de mis nalgas (mi trasero).
32. Me preocupa el deseo de estar más delgada.
33. No sé lo que está pasando dentro de mí.
34. Me es difícil expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias de la vida adulta son demasiado grandes.
36. Me desespera no ser la mejor en las cosas que hago.
37. Me siento segura de mi misma.
38. Pienso en atracarme (comer en exceso).
39. Me siento feliz por no ser nunca más una niña/o.
40. No estoy segura de si tengo hambre o no.
41. Tengo una mala opinión de mí misma.
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas.
43. Mis padres han esperado grandes cosas de mí.
44. Me preocupa que no pueda controlar mis sentimientos.
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como moderadamente cuando estoy con otros
y me atraco cuando me quedo solo/sola.
47. Me siento como hinchada después de una comida normal.
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niños.
49. Si gano algo de peso, me preocupa que pueda seguir aumentando.
50. Pienso que soy una persona valiosa.
51. Cuando estoy alterada, no se si estoy triste, asustada o enfadada.
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
53. Pienso en vomitar a fin de perder peso.
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia
(pues me siento incómoda si alguien intenta intimar conmigo).
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado.
56. Me siento interiormente vacía (sin sentimientos).
57. No me cuesta hablar sobre mis sentimientos y pensamientos.
58. La mejor época de la vida es cuando uno se hace adulto.
59. Creo que mis nalgas (mi trasero) son demasiado grandes.
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar claramente.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Mis metas son excesivamente altas.
64. Cuando estoy alterada, me preocupa que pueda empezar a comer.

S= Siempre. H= Habitualmente. M= A menudo. V= A veces. R= Raramente. y N= Nunca.

Puntuación

Los items negativos puntúan en este orden: (-) 000123.

Los items positivos puntúan en este orden: (+) 321000.

La puntuación total que se puede alcanzar es de 192.

Puntuaciones medias:

IA	Normal=3.6	A.N./B.N.=15.0
BU	Normal=0.3	A.N.r.=2.7 /B.N.=10.8
IC	Normal=6.3	A.N.r.=14 /B.N.=17.4
IN	Normal=3.1	A.N./B.N.=14.4
PER	Normal=6.5	A.N./B.N.=10.0
DI	Normal=1.9	A.N./B.N.=7.7
CI	Normal=2.1	A.N./B.N.=12.5
MM	Normal=1.1	A.N./B.N.=6.0

Clave de corrección

EDI (Eating Disorder Inventory) Garner & Garfinkel (1983)

	S	H	M	V	R	N
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas) sin ponerme nerviosa.	0	0	0	1	2	3
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande.	3	2	1	0	0	0
3. Me gustaría volver a sentirme tan segura como cuando era pequeña.	3	2	1	0	0	0
4. Como cuando estoy irritada o alterada.	3	2	1	0	0	0
5. Me atraco de comida.	3	2	1	0	0	0
6. Me gustaría ser más joven.	3	2	1	0	0	0
7. Pienso en hacer régimen para adelgazar.	3	2	1	0	0	0
8. Me asusto cuando mis sentimientos son demasiado intensos.	3	2	1	0	0	0
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos.	3	2	1	0	0	0
10. Me siento inútil como persona.	3	2	1	0	0	0
11. Me siento culpable después de comer en exceso.	3	2	1	0	0	0

Continuación...

	S	H	M	V	R	N
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.	0	0	0	1	2	3
13. En mi familia sólo se valora lo que uno hace por encima de lo normal.	3	2	1	0	0	0
14. La niñez es la época más feliz de la vida.	3	2	1	0	0	0
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos.	0	0	0	1	2	3
16. Me aterroriza aumentar de peso.	3	2	1	0	0	0
17. Confío en los demás.	0	0	0	1	2	3
18. Me siento sólo/a en el mundo.	3	2	1	0	0	0
19. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.	0	0	0	1	2	3
20. Creo que controlo las cosas que me suceden.	0	0	0	1	2	3
21. No sé muy bien qué emociones siento.	3	2	1	0	0	0
22. Prefiero ser una adulta que una niña.	0	0	0	1	2	3
23. Puedo comunicarme fácilmente con otras personas.	0	0	0	1	2	3
24. Me gustaría ser otra persona.	3	2	1	0	0	0
25. Exagero la importancia del peso.	3	2	1	0	0	0
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento.	0	0	0	1	2	3
27. No me gusto como persona.	3	2	1	0	0	0
28. He hecho atracones de comida que no podía detener.	3	2	1	0	0	0
29. Cuando era niña, intentaba por todos los medios no decepcionar a mis padres y maestros.	3	2	1	0	0	0
30. Tengo amistades íntimas.	0	0	0	1	2	3
31. Me gusta la forma de mis nalgas (mi trasero).	0	0	0	1	2	3
32. Me preocupa el deseo de estar más delgada.	3	2	1	0	0	0
33. No sé lo que está pasando dentro de mí.	3	2	1	0	0	0
34. Me es difícil expresar mis emociones a los demás.	3	2	1	0	0	0
35. Las exigencias de la vida adulta son demasiado grandes.	3	2	1	0	0	0
36. Me desespera no ser la mejor en las cosas que hago.	3	2	1	0	0	0
37. Me siento segura de mi misma.	0	0	0	1	2	3
38. Pienso en atracarme (comer en exceso).	3	2	1	0	0	0
39. Me siento feliz por no ser nunca más una niña/o.						
40. No estoy segura de si tengo hambre o no.	3	2	1	0	0	0
41. Tengo una mala opinión de mí misma.	3	2	1	0	0	0
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas.	0	0	0	1	2	3
43. Mis padres han esperado grandes cosas de mí.	3	2	1	0	0	0
44. Me preocupa que no pueda controlar mis sentimientos.	3	2	1	0	0	0
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.	3	2	1	0	0	0
46. Como moderadamente cuando estoy con otros y me atraco cuando me quedo solo/sola.	3	2	1	0	0	0
47. Me siento como hinchada después de una comida normal.	3	2	1	0	0	0
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niños.	3	2	1	0	0	0
49. Si gano algo de peso, me preocupa que pueda seguir aumentando.	3	2	1	0	0	0
50. Pienso que soy una persona valiosa.	0	0	0	1	2	3
51. Cuando estoy alterada, no se si estoy triste, asustada o enfadada.	3	2	1	0	0	0
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.	3	2	1	0	0	0
53. Pienso en vomitar a fin de perder peso.	3	2	1	0	0	0

Continuación...

	S	H	M	V	L	N
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia (pues me siento incómoda si alguien intenta intimar conmigo).	3	2	1	0	0	0
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado.						
56. Me siento interiormente vacía (sin sentimientos).	3	2	1	0	0	0
57. No me cuesta hablar sobre mis sentimientos y pensamientos.	3	2	1	0	0	0
58. La mejor época de la vida es cuando uno se hace adulto.	0	0	0	1	2	3
59. Creo que mis nalgas (mi trasero) son demasiado grandes.	3	2	1	0	0	0
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar claramente.	3	2	1	0	0	0
61. Como o bebo a escondidas.	3	2	1	0	0	0
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	0	0	0	1	2	3
63. Mis metas son excesivamente altas.	3	2	1	0	0	0
64. Cuando estoy alterada, me preocupa que pueda empezar a comer.	3	2	1	0	0	0

▫ Anexo 6: Protocolo de hospitalización (G. Morandé)

FASE 1: EVALUACIÓN PREVIA

- a) Entrevista familiar.
- b) Entrevista psiquiátrica.
- c) Historia clínica, examen físico y analítica.
- d) Cuestionarios para TCA.

FASE 2: DIAGNÓSTICO Y CONTRATO CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA

FASE 3: HOSPITALIZACIÓN 1 (7 DÍAS)

- a) Aislamiento en cama.
- b) Realimentación progresiva.
- c) Completar estudio médico.
- d) Psicoterapia a pie de cama.
- e) Inicia diario-gráficos.

FASE 4: HOSPITALIZACIÓN 2 (3 A 5 SEMANAS)

- a) Habitación.
- b) Comidas en comedor con enfermera.
- c) Cuarto de baño.
- d) Reposos controlados.
- e) Visitas normales.
- f) Grupo terapéutico y de padres.
- g) Diario y psicoterapia.
- h) Peso diario.

FASE 5: HOSPITALIZACIÓN 3 (1 A 3 SEMANAS)

- a) Iguales pautas anterior.
- b) Horario escolar parcial.
- c) Fines de semana en casa.

- d) Los padres asisten a las comidas.
- e) Merienda en la calle.

FASE 6: TRATAMIENTO AMBULATORIO Y SEGUIMIENTO

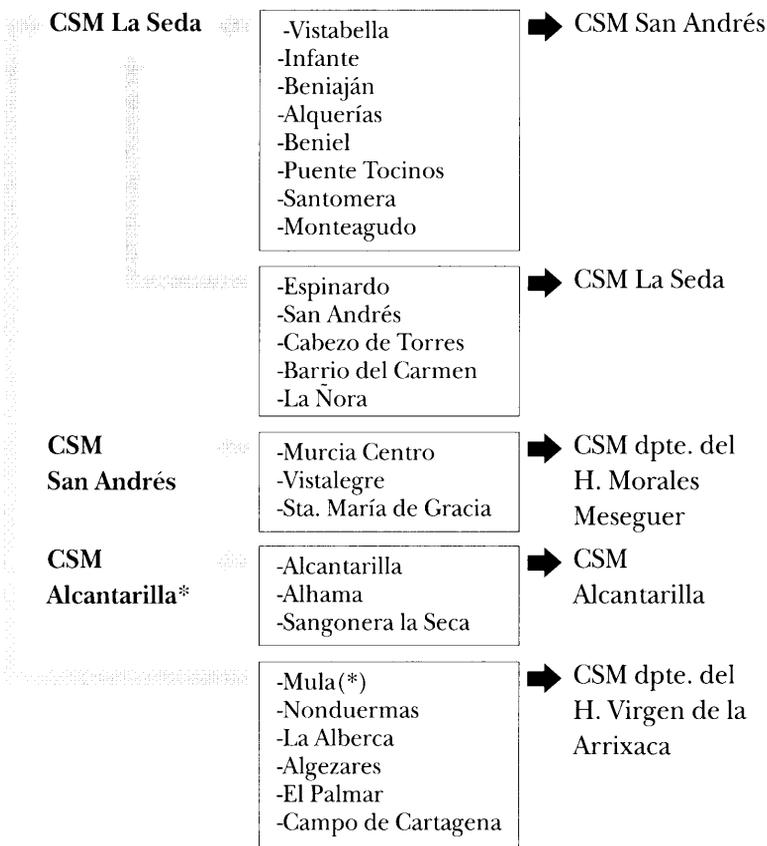
- a) Tratamiento ambulatorio: 2 años. Grupo de padres, grupo de padres y plan nutricional.
- b) Seguimiento: 4 años. Médico, nutricional y psicológico.

▪ Anexo 7: Derivaciones

DERIVACIONES

ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

ATENCIÓN ADULTOS
(Mayores de 16 años)



* Deriva infanto juvenil a

ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL**ATENCIÓN ADULTOS**
(mayores de 16 años)**CSM
Cartagena**

-Cartagena
-Torre Pacheco
-Fuente Álamo
-Mazarrón
-San Javier
-San Pedro del Pinatar
-La Unión

**➡ CSM
Cartagena****CSM Lorca**

-Lorca
-Aledo
-Totana
-Puerto Lumbreras

➡ CSM Lorca**CSM Águilas**

-Águilas

➡ CSM Águilas**CSM Caravaca
de la Cruz**

-Caravaca
-Cehegín
-Bullas
-Calasparra
-Moratalla

**➡ CSM Caravaca
de la Cruz****CSM Yecla**

-Yecla

➡ CSM Yecla**CSM Jumilla**

-Jumilla

➡ CSM Jumilla**CSM Cieza**

-Cieza
-Abarán

➡ CSM Cieza**CSM Molina**

-Molina
-Molina-La Ribera
-Alguazas
-Las Torres de Cotillas
-Archena

➡ CSM Molina**CSM dpte. del
H. Morales
Meseguer**

-Fortuna
-Abanilla

**➡ CSM dpte. del
H. Morales
Meseguer**

▫ Anexo 8: Cauces de comunicación

Con el fin de garantizar al máximo la comunicación e información clínica entre los profesionales de atención primaria y salud mental, se aconseja que;

- El informe clínico que debe realizar el médico de atención primaria, de cada paciente que se remita al CSM, se haga en el modelo 317 (Insalud) u otro cualquiera en que se defina;
 - motivo de consulta
 - tiempo de padecimiento
 - tratamientos realizados
 - información sobre su estado somático
 - petición que realiza el médico Junto a este informe la enfermera de primaria debe remitir el suyo, en el que incluirá valoración y cuidados realizados.
- Desde el CSM se devuelva la siguiente información;
 - copia del modelo establecido (modelo 317 o similar)
 - tras el alta médica, informe completo que explicita como ha sido la evolución del paciente, tratamientos y cuidados enfermeros realizados, así como pautas para el seguimiento en el centro de atención primaria.
- Las altas hospitalarias (alta médica y alta de enfermería), deben remitirse tanto al centro de atención primaria como al CSM —según protocolo de derivación—. En ellas debe especificarse la próxima cita para su seguimiento en el CSM y las pautas para el seguimiento del paciente.

▫

▫ Anexo 9: Información a la población general

ACTITUD DEL PROFESIONAL ANTE EL ENFERMO Y SU FAMILIA

■ Nuestra actitud es muy importante, ya que de ella dependerá la obtención de una información fiable, una colaboración adecuada y la continuidad del proceso terapéutico. Es aconsejable que nuestra disposición como profesionales sea receptiva y de escucha, recabando la información de la forma más tranquila posible y evitando todo comentario crítico, peyorativo e innecesario. Con nuestro gesto debemos transmitir que se está ante una situación clínica grave, donde no caben precipitaciones sino una rigurosa aproximación.

“El profesional de la salud debe informar, orientar, aconsejar a la familia y al paciente de la forma más abierta y concreta posible sobre la enfermedad y las alternativas de tratamiento existentes en este momento, sus ventajas y desventajas y, en algunos casos límite, tomar la decisión de una hospitalización” (Ochoa, 1996).

RECOMENDACIONES PARA LOS CONSEJOS INDIVIDUALES

Metodología de la entrevista

- Parta de la realidad del usuario (raza, edad, nivel instrucción, nivel socioeconómico, etc.).
- Investigue el nivel de conocimientos sobre el problema.
- Aporte información de lo que debe saber y lo que debe hacer.
- Investigue los obstáculos para obtener los cambios deseados.
- Consensúe con el paciente lo que está dispuesto a cambiar y empiece de 1 en 1 de menor a mayor dificultad.
- Apoye su información con material impreso.
- Haga un plan de seguimiento con el paciente para apoyar/asesorar sobre el problema e identificar los obstáculos.



Características de los mensajes

- Pocos mensajes e inteligibles.
- Ilustración con ejemplos cercanos.
- Confirmar que se ha asimilado el mensaje.
- Poca información y clara.
- Evitar mensajes contradictorios verbales y no verbales.
- Resaltar los aspectos positivos de la conducta a adoptar.
- Información objetiva, veraz y científica.
- Repetir los mensajes.
- Dar normas claras, concretas y precisas.

Características de la comunicación

- Bidireccional.
- Empatizar (ponerse en la realidad del paciente).
- Razonar y consensuar con el usuario los objetivos.

A continuación, se expone un modelo de información a la población general y la metodología de trabajo a seguir con la familia del afectado/a.



INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN GENERAL

Existen algunos trastornos de la alimentación relacionados con la conducta a la hora de comer, que crean graves problemas de salud, como son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. Afectan sobre todo a niñas y jóvenes.

La **Anorexia Nerviosa** es una enfermedad mental que consiste en una pérdida de peso derivada de un intenso temor a engordar y conseguida por la persona que enferma, que se ve gorda, a través de una serie de conductas como son la dieta y el ejercicio excesivo.

La **Bulimia Nerviosa** es un trastorno mental que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un vasto espacio de tiempo en forma de “atracones”, y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal que lleva a la persona afectada a adoptar conductas inadecuadas y peligrosas para su salud como pueden ser los vómitos y la automedicación.

Estos trastornos **no tienen una causa única** (por eso se dice que son multicausales o multifactoriales) y **requieren de un tratamiento largo y complejo**; es conveniente reconocer su seriedad sin pensar que se trate de algo pasajero o de manías, y no esperar por miedo o porque se crea que se pueden resolver sin ayuda de profesionales.

Si usted sospecha que algún familiar puede padecer un trastorno de la alimentación, utilice la calma y el sosiego para la búsqueda de soluciones. En estos casos es importante buscar ayuda a través de los dispositivos sanitarios de atención primaria, quienes evaluarán el problema y le orientarán.

□ 

¿Qué puede hacer la familia para prevenir un trastorno de este tipo?

- Conocer y practicar hábitos de alimentación saludables;
 - alimentación equilibrada
 - comida en familia
 - adecuar la ingesta a la actividad que se realiza
 - distribuir las comidas en 5 tomas...
- Cuando un familiar plantee el deseo de adelgazar, hablar con él para intentar buscar soluciones. Si se empeña en perder peso llévelo a su centro de salud. Es muy probable que esté en fase de crecimiento y no deba seguir un régimen sino seguir una pautas de alimentación y de ejercicio más saludables. Si de verdad existe un sobrepeso, el profesional sanitario le orientará, le asesorará y llevará a cabo un seguimiento.
- Consultar siempre a los profesionales cualquier duda o temor, ellos están para ayudarle y asesorarle.
- Fomentar la comunicación en casa
- Ayudar al familiar con comprensión y confianza a conocer su propia realidad biológica y psicológica, sus capacidades y limitaciones, infundiéndole seguridad en sus propios valores para que se sienta a gusto consigo mismo
- Fomentar la autonomía y las relaciones sociales

METODOLOGÍA DE TRABAJO CON LA FAMILIA

El papel de la familia en los trastornos de la alimentación ha variado en los últimos años, pasando de considerarla como culpable y origen del problema a ser un elemento fundamental en el proceso de recuperación. Debido a esto es importante contar con la colaboración de la familia desde el comienzo de la enfermedad, debiendo ser incluido siempre el abordaje familiar en el tratamiento de estas pacientes, ya que el desarrollo de sentimientos de culpabilidad o de fracaso en los padres puede fomentar el desánimo y desesperación del enfermo, entorpeciendo su mejoría.

Vandereycken y cols. (1991) desarrollaron *grupos de asesoramiento para padres*, siendo el objetivo de estos grupos aconsejar y apoyar a los padres, combinando elementos de apoyo, educativos y de toma de conciencia. Estos grupos son útiles para ayudar a los padres a afrontar los sentimientos de ambivalencia hacia el tratamiento, tomar conciencia sobre la enfermedad, subrayar la necesidad de contar con la colaboración de la familia y aumentar su motivación hacia la introducción de cambios en el sistema familiar.

Proponemos grupos de **Psicoeducación Familiar** (*Salorio y cols. 1999*), como un método que pretende proporcionar a los padres u otros familiares de los pacientes información detallada y clara sobre la enfermedad, datos concretos y específicos acerca de lo que ocurre durante el proceso de la enfermedad y pautas a seguir para hacer frente a los problemas que está causando no sólo en el individuo enfermo sino también en los demás miembros de la familia.

Este Programa se lleva a cabo en grupos de discusión de padres (con un número no superior a 12 ó 14 personas) que presentan el mismo problema. El objetivo de estas sesiones es el proporcionar in-

formación acerca de los distintos trastornos, tratando de aclarar conceptos, ideas erróneas, así como señalar formas de actuar más adecuadas y eficaces para abordar las dificultades que crea el trastorno.

El papel del terapeuta en este tipo de sesiones es el de un informador neutral cuyo objetivo es ayudar a los padres a conseguir una sensación de mayor control y capacidad para enfrentarse al problema de sus hijos sin sentirse culpables y aprendiendo nuevas pautas de comportamiento más eficaces.

Las características en cuanto al *encuadre, procedimiento y contenido* de las sesiones aparecen recogidos en el siguiente cuadro:

ENCUADRE

- Grupo cerrado.
- 20 miembros.
- 8 sesiones.
- 1 sesión cada 15 días

PROCEDIMIENTO

- 15' a 20' exposición del tema.
- Participación de los miembros del grupo.
- En la 1ª y 8ª sesión administración de los Cuestionarios de Conocimientos y Creencias sobre los Trastornos de la Alimentación.

CONTENIDO

- Trastornos de la Alimentación.
 - Generalidades.
 - Nutrición y Educación Nutricional.
 - Hospitalización.
- Tratamiento.
- Áreas afectadas por la enfermedad.
- Lo que la familia puede hacer.

• Desarrollo de cada Tema

-Trastornos de la Alimentación. Generalidades

En este tema se explican los conceptos de Anorexia y Bulimia Nerviosas, haciendo hincapié en los factores etiopatogénicos (Biológicos, Psicológicos, Familiares y Socio-culturales), así como las características clínicas (Alteraciones cognitivas, conductuales, físicas y emocionales) el diagnóstico diferencial y las patologías asociadas.

□ [REDACTED]

Todo este contenido es explicado con sencillez, procurando no utilizar un lenguaje lleno de tecnicismos.

-Nutrición y Educación Nutricional

Se definen conceptos como: alimentación, nutrición, dieta, dietética. Se habla también sobre el comportamiento alimentario, el proceso nutricional, la valoración del estado nutricional y la necesidad de una alimentación equilibrada (aportación diaria de nutrientes, el valor calórico adecuado, aportes de vitaminas, proteínas, fibra, etc.). Por último se explica como una dieta restrictiva puede llevar a ataques de voracidad y reglas para normalizar la dieta (comer a las horas regulares, conveniencia de no saltarse ninguna comida para evitar el descontrol, evitar dietas restrictivas y ayudar a que sean equilibradas, evitar comidas a solas, conveniencia de comer a una velocidad moderada, etc.).

-Hospitalización

En este tema se explica la necesidad de la hospitalización cuando se cumplen los criterios de gravedad que aconsejan el ingreso (IMC <17, descontrol excesivo en el ritmo atracción vómito, intentos de suicidio graves, hipopotasemia, etc.), así como la necesidad de colaboración de los padres en el tratamiento desde este momento.

- Tratamiento

Se explican los diferentes abordajes de tratamiento: Abordaje individual, farmacológico y psicológico (terapia cognitivo-conductual, interpersonal); abordaje grupal y abordaje familiar.

■

- *Áreas afectadas*

Aquí se explica como los trastornos de la alimentación afectan a la vida personal, familiar y social de los pacientes.

• *Lo que la familia puede hacer*

Se analizan las reacciones comunes (sorpresa, incredulidad, impotencia, tristeza, culpabilidad, pasividad, negación etc.), lo que la familia no debe hacer y lo que la familia debe hacer (ver cuadros adjuntos).

Reacciones comunes

- Sorpresa.
- Incredulidad.
- Impotencia.
- Tristeza.
- Angustia.
- Culpabilidad.
- Nerviosismo.
- Pasividad.
- Negación.
- Preocupación.
- Agresividad.
- Resignación.
- Miedo.
- Sobreprotección.
- Incomprensión.
- Inestabilidad.

* Recomendaciones para la familia con un problema de TCA

Lo que no se debe hacer

- Preocuparse excesivamente por la comida.
- Reforzar conductas anormales en relación a la alimentación.
- Culpabilizar al hijo enfermo de los problemas de la familia.
- Hablar constantemente de la comida, peso, figura...
- Sobreprotegerlo.
- Infantilizarlo.
- Dejar que haga todo lo que quiera porque está enfermo.
- Amenazarlo para que coma.
- Reducir su vida a la comida.
- Tener un control estricto sobre su vida (mirar su comida, acompañarlo al WC, cerrar la despensa...)
- Mentir.
- Considerar al hijo enfermo como un "monstruo", no como una persona enferma que necesita ayuda.
- Permitir que el hijo enfermo decida qué come toda la familia.

Lo que la familia debe hacer:

- Cooperar con el profesional y seguir en casa todas y cada una de las pautas establecidas por éste.
- Seguir informándose sobre los trastornos de la alimentación mediante libros, manuales de psicoeducación, etc.
- Respetar y tener en consideración al hijo enfermo, sin críticas, sin control excesivo y sin invadir su vida privada.
- Ayudar a que se desarrollen hábitos alimenticios adecuados.
- Cuando se hospitaliza a un hijo enfermo se debe apoyar el tratamiento preocupándose cada vez menos por el peso, centrándose en la discusión de otros problemas.
- Se le debe tratar como al resto de los hijos.
- No se debe mentir.
- Se deben resolver conflictos, no negarlos.

▣ Anexo 10: Programa de colaboración

CARTERA DE SERVICIOS DEL INSALUD

SERVICIO 105: Información sanitaria en la escuela

Programa de colaboración con las escuelas:

■ quel que recoge la planificación y desarrollo de todos los aspectos relevantes a éste Servicio (objetivos de la información, actividades para alcanzarlos, organización de los profesionales, protocolización de la información, sistema de registro, sistema de evaluación...).

Este servicio debe ser demandado por la escuela y requiere la existencia de un Programa de Colaboración realizado conjuntamente.

Para la inclusión de este servicio en la cartera específica del Equipo, se debe garantizar siempre la existencia de:

Prerrequisitos

Un grupo de trabajo multidisciplinario E.A.P./Institución escolar.

Un proyecto educativo de duración mínima de un año, que contenga:

- La población diana a quien va dirigido el proyecto.
- Priorización de los problemas detectados.
- Objetivos del proyecto.
- Plan de actividades.
- Evaluación.

N.T.M. 105.1

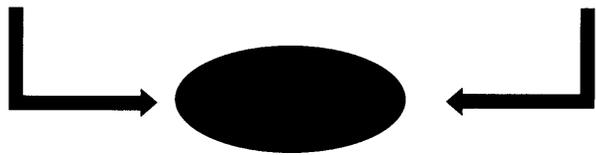
Todo proyecto de colaboración deberá tener una memoria anual que contenga.

- Evaluación del grado de consecución de los objetivos propuestos.
- Evaluación de las actividades realizadas.
- Actas de las reuniones de trabajo.



CENTRO DE SALUD

CENTRO ESCOLAR



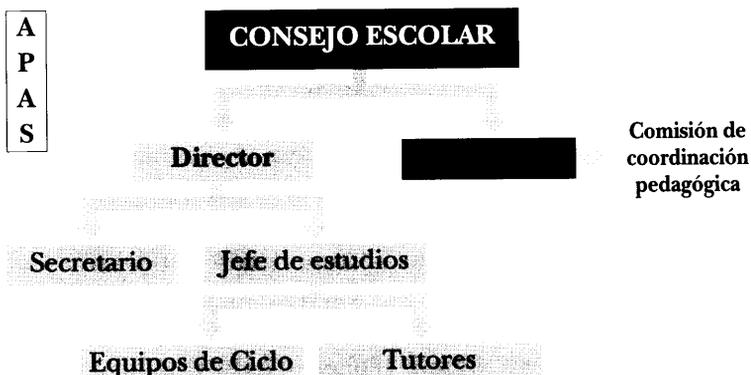
Actividades:

- Docentes: cursos de formación, talleres, seminarios...
- Padres: charlas, debates, talleres...
- Comunidad: estudios de talla/peso, hábitos de salud...

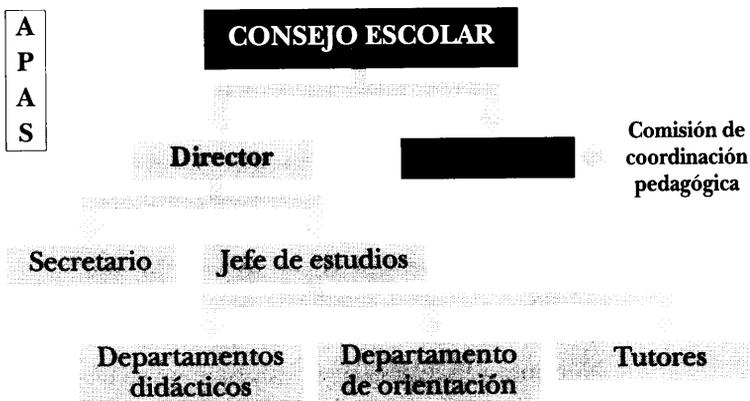


— ■ Anexo 11: Aspectos organizativos de un centro escolar

ORGANIGRAMA GENERAL DE UN CENTRO DE INFANTIL Y PRIMARIA



ORGANIGRAMA GENERAL DE UN CENTRO DE SECUNDARIA



■ Órganos colegiados de gobierno.

• Órganos ejecutivos y/o de coordinación docente.

• Órganos de coordinación docente.

RECURSOS

Material informativo-educativo

- *Guía de salud para jóvenes* (Libro). Consejería de Sanidad. Murcia. 1997.
- *Anorexia y Bulimia* (Folleto). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad y Consumo. 1997.
- *Anorexia Nerviosa: Guía de Información y Prevención* (Folleto). Insalud. 1995.
- *Trastornos de la Alimentación* (Tríptico). Gobierno de Navarra.
- *Atención de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia. ¿Dónde? ¿Quién? ¿Cómo?* (Folleto). ADANER. Madrid. 1994.
- *Dieta Mediterránea* (Folleto). Consejería de Sanidad. Murcia. 1991.
- *Prevención de los TCA* (CD Rom). Laboratorio Esteve. 1999.
- *Alimentación y Nutrición* (Diapositivas). Consejería de Sanidad. Murcia. 1995.
- *Recomendaciones adelgazantes y demás productos milagro* (Tríptico). Consejería de Sanidad. Murcia. 1995.

Direcciones de interés

ADANER:

Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia.

C/. General Pardiñas, 3- 1º A. 28001 Madrid. Telf. 91 577 02 61.

Delegación en Murcia: Hospital Cruz Roja. Telf. 968 21 32 33.

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL:

C/. Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia.

- Oficina de Información. Telf. 968 36 61 58.
- Sección de Educación para la Salud. Telf. 968 36 20 00. Ext. 1425.
- Sección de Salud Mental. Telf. 968 36 20 00. Ext. 2671.

CENTROS DE SALUD MENTAL:

- CSM. San Andrés. C/. Escultor Sánchez Lozano, s/n. Murcia.
- CSM. La Seda. C/. Olof Palme, en el barrio de La Seda. Murcia.
- CSM. Dpte. Del Hospital Morales Meseguer. C/ Marqués de los Vélez, s/n. Murcia.
- CSM. Alcantarilla. C/. Carmen, s/n. Alcantarilla.
- CSM. Dpte. Del Hospital Virgen de la Arrixaca. Ctra. Cartagena, s/n. El Palmar.
- CSM. Cartagena. C/. Real, 8. Cartagena.
- CSM. Lorca. C/. Abad de los Arcos, s/n. Lorca.
- CSM. Águilas Avda. Juan Carlos I, s/n. Águilas.
- CSM. Caravaca de la Cruz. C/. Alfonso Zamora, 15. Caravaca de la Cruz.
- CSM. Yecla. C/. San José, 8. Yecla.
- CSM. Jumilla. C/. Barón del Solar, s/n. Jumilla.
- CSM. Cieza Avda. Italia, s/n. Cieza.
- CSM. Molina de Segura. Avda. Levante, s/n. Molina de Segura.

Unidades de hospitalización psiquiátrica

- H. General Universitario Avda. Intendente Jorge Palacios, 1. Murcia.
- H. Morales Meseguer Avda. Marqués de los Vélez, s/n. Murcia.

- H. Virgen de la Arrixaca Ctra. De Cartagena, Km. 7. El Palmar.
- H. Ramón Alberca Ctra. De Mazarrón s/n. El Palmar.
- H. Virgen del Rosell Avda. Alfonso XIII s/n . Cartagena.
- - H. Rafael Méndez Ctra. De Granada, Km. 264. Lorca.

BIBLIOGRAFIA

- AAVV. (1995). *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Insalud. Madrid.
- Abraham, S; Llewellyn, D. (1994). *Anorexia y Bulimia*. Alianza Editorial. Madrid
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª ed.)*. Washington DC.
- Beamunt, PJ., Rusell, JD., et al. (1993). Treatment of Anorexia Nervosa. *The Lancet*, 341: 1635-1640
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Pirámide. Madrid.
- Castillo F. (1995). "La escuela promotora de salud". En Dirección general de salud, *V Jornadas de Educación para la salud en la escuela*. Consejería de Sanidad y Política Social de Murcia.
- Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y Bulimia Nerviosas*. Ergón. Madrid.
- Contreras, J. (1993). *Antropología de la alimentación*. Eudema. Madrid.
- Cruz, J. (1991). *Alimentación y cultura*. Eunsa. Pamplona.
- Fernández, F., Turón, V.G. (1998). *TCA; una guía práctica*. Masson. Barcelona
- García A. (1998). *Claves de Educación para la salud*. DM-Universidad de Murcia.
- Guillemot, A., Laxenaire, M. (1994). *Anorexia Nerviosa y Bulimia; el peso de la cultura*. Masson. Barcelona.
- Mans Steiner and James Lock. (1998). Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa in children and adolescents; a review of the past 10 years. *J. Am. Accd. Child Adolesc Psychiatry*; 37:4.

- Lucini, F. (1993). *Temas transversales y valores*. Anaya.
- Maldonado y Llinger. (1995). "Adolescencia y Trastornos de la conducta alimentaria". *Revista F.M.C. de Atención Primaria*; 2:2.
- Martínez, N. (1998). "Nivel de conocimientos sobre la alimentación / nutrición en adolescentes escolarizados en Cádiz". *Revista de Atención Primaria*; 22: 33-38.
- Mazarrasa L. (1996). "Educación para la salud en el marco de la promoción de la salud". En: Mc Graw-Hill Internacional (ed.), *Enfermería Profesional, Salud pública y Enfermería comunitaria*.
- Menéndez O. y Pedreira M. (1999). "Trastornos de la conducta alimentaria en niños y adolescentes". *Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 19:69
- Morandé, G. (1990). *Trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes*. Tesis Doctoral. Madrid.
- Morandé, G. (1995). *Un peligro llamado Anorexia*. Temas de Hoy.
- Morandé G. (1998). "Trastornos de la conducta alimentaria: ¿ Una epidemia?" *Anales Españoles de Pediatría*; 48:3.
- Nuñez, C. (1992). *Estado nutricional juzgado por la ingesta, parámetros bioquímicos y composición corporal de pacientes con Anorexia Nerviosa de diferentes subtipos y tratamientos dietéticos*. Tesis Doctoral. Madrid.
- Ochoa E. (1996). *De la Anorexia a la Bulimia*. Aguilar. Madrid.
- OMS (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades*. Ginebra.
- Ramo, Z.; Rodríguez, M. (1993). *Organización de los colegios de primaria y de las escuelas infantiles: Reglamento Orgánico*.

Escuela Española. Madrid.

- Ramo, Z.; Rodríguez, M. (1997). *Guía de organización de los institutos de Educación Secundaria*. Escuela Española. Madrid.

- Salorio, P.; Ruiz, M.E.; Torres, A.; Sanchís, F.; Navarro, L. (1999). "Psicoeducación familiar en grupos de TCA; Aplicación de un programa". *Psiquiatría. Com. Vol 3; n° 1*.

- Serrano, M., Cabrero, M.J. (1998) "Necesidad de prevenir la Anorexia Nerviosa". *Centros de Salud y Escuela*. 23:12-14.

- Toro, J.; Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Martínez Roca, Barcelona

- Toro, J. (1995). "Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. FMC". *Revista de Atención Primaria*. Vol. 2 n° 2.

- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia Bulimia cultura y sociedad*. Ariel Ciencia, Barcelona

- Turon Gil (1997). *Trastornos de la alimentación*. Masson, Barcelona.

- Vandereyken, W.; Castro, J.; Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*.

■ Martínez Roca, Barcelona.



*Asociación en Defensa de
la Atención a la Anorexia Nerviosa*

ADANER MURCIA
HOSPITAL CRUZ ROJA
Tfno: 968 21 32 33
30003 MURCIA



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social
Dirección General de Salud