

**RECOMENDACIONES
DEL GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO
SOBRE LOS TRASTORNOS DEL
COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO**

NAVARRA, 2007

**RECOMENDACIONES
DEL GRUPO TÉCNICO
DE TRABAJO SOBRE LOS
TRASTORNOS
DEL COMPORTAMIENTO
ALIMENTARIO**

NAVARRA, 2007

“Ordenando los desórdenes de la alimentación”

“Teoría es cuando todo se sabe y nada funciona.
Práctica es cuando todo funciona y ninguno sabe por qué”.
(Wálter Hugo Ranieri)



Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

Titulo: Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario – Navarra, 2007

Autor: Alfredo Martínez Larrea, Margarita Aguinaga Aguinaga, Eva Ardanaz Aicua, Carmen García de Eulate Martín-Moro, Rosa López Garnica, Pablo Pascual Pascual, Raimon Pélach Paniker, Estrella Petrina Jáuregui, Javier Royo Moya.

Edita: GOBIERNO DE NAVARRA
Departamento de Salud. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios

© Gobierno de Navarra
Composición: Página, S.L.
Impresión: Ona Industria Gráfica
Diseño de cubierta: Alberto Navarro

ISBN: 978-84-235-3030-4
Dep. Legal: Na-985/2008

Promociona y distribuye: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra
(Dirección General de Relaciones Institucionales)
C/ Navas de Tolosa, 21
Teléfono: 848 427 121
Fax: 848 427 123
fondo.publicaciones@cfnavarra.es
www.cfnavarra.es/publicaciones
31002 PAMPLONA

ÍNDICE

Justificación de la creación de un Grupo Técnico de Trabajo sobre Trastornos del Comportamiento Alimentario (GTTCA)	15
Información general sobre los Trastornos del comportamiento Alimentario (TCA)	21
Epidemiología de los TCA	33
Recursos actuales del SNS-O para tratamiento de TCA	53
Prevención primaria de los TCA	61
Prevención secundaria de los TCA	67
Evaluación y diagnóstico de los TCA	75
Tratamiento de los TCA	83
Elección del ámbito de tratamiento de los TCA	95
Tratamiento nutricional de los TCA	103
Prevención terciaria de los TCA	111
Protocolos de actuación/ de intervención en TCA	119
1. Protocolo de intervención en Atención Primaria (AP)	121
2. Protocolo de prevención secundaria en atención especializada: atención ambulatoria en Centros de Salud Mental (CSM).....	127
3. Protocolo de atención en Hospital de Día a pacientes con TCA...	133
4. Protocolo de atención a los TCA en Hospital de Día infanto-juvenil “Natividad Zubieta”	139
5. Protocolo de tratamiento en régimen de hospitalización total de TCA.....	144
6. Protocolo de tratamiento nutricional de los TCA.....	149
Circuito asistencial de los TCA	155
Propuestas del Grupo Técnico de Trabajo sobre TCA	163
Anexos	175
Agradecimientos	185
Bibliografía	189

ABREVIATURAS

16PF	16 personal factors
ABAN	Asociación de familiares de Bulimia y Anorexia Nerviosa
ABOS	Cuestionario Familia
ACTA	Actitudes frente al cambio en los TCA
AE	Asistencia Especializada
AN	Anorexia Nerviosa
AP	Atención Primaria
APYMA	Asociación de Padres y Madres
ASPEN	Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients
AVD	Actividades de la vida diaria
BAT	Body Attitude Test
BDI	Beck Depression Inventory
BITE	Bulimic Investigatory Test Edimburgo
BN	Bulimia Nerviosa
CD	Centro de Día
CFN	Comunidad Foral de Navarra
CIAP-2	Clasificación Internacional de Atención Primaria 2ª edición
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición
CIE-9	Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición
CPK	Creatin fosfo Kinasa
CR	Clínica de Rehabilitación
CSM	Centro de Salud Mental
DSMIII	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III
DSMIV	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV

DSMIV-TR	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Texto revisado
DUE	Diplomados Universitarios de Enfermería
EAP	Equipo de Atención Primaria
EAT26	Eating Attitude Test
EAT40	Eating Attitude Test
ECG	Electrocardiograma
EDI-2	Inventario de Trastorno de la Alimentación
EEG	Electroencefalograma
FC	Frecuencia Cardíaca
GTT	Grupo Técnico de Trabajo
HCI	Historia Clínica Informatizada
HD	Hospital de Día
HDIJ	Hospital de Día Infanto-Juvenil
HDL	Lipoproteína de alta densidad
HN	Hospital de Navarra
HVC	Hospital Virgen del Camino
IMC	Índice de Masa corporal
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IPDE	Examen internacional de los trastornos de la personalidad
ISRS	Inhibidores de la recaptación de serotonina
ITA	Instituto de Trastornos Alimentarios de Cataluña
LDL	Lipoproteína de baja densidad
Lpm	latidos por minuto
MCFI-II	Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPHI-I	Occupational Performance History Interview I
OPHI-II	Occupational Performance History Interview II
PAPPS	Programa de actividades preventivas de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria
RAEM	Residencias asistidas para enfermos mentales
RMN	Resonancia Nuclear Magnética
Rx	Radiología
SM	Salud Mental
SNG	Sonda Naso-gástrica

SNS-O	Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
STAI	Cuestionario de Ansiedad: Estado /Rasgo
TA	Tensión arterial
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TCA	Trastornos del Comportamiento Alimentario
TCANE	Trastornos del Comportamiento Alimentario No Especificados
TCC-BN	Terapia Cognitivo Conductual para Bulimia Nerviosa
UHP	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
UHPIJ	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil
UME	Unidad de Media estancia
Vsg	Velocidad de Sedimentación

RESOLUCIÓN sobre implantación de las “Recomendaciones del Grupo Técnico de Trabajo sobre los Trastornos del Comportamiento Alimentario”.

Por Resolución 26/2007, de 17 de enero, del Director General de Salud, se crea un Grupo Técnico de Trabajo para elaborar un Programa de atención de los Trastornos del Comportamiento Alimentario en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Concluidos los trabajos y conforme a lo previsto en la Resolución de creación del Grupo Técnico de Trabajo, se debe presentar un informe final ante la Dirección General de Salud.

De conformidad con lo anterior,

HE RESUELTO:

1º. Tener por concluida la actuación del Grupo Técnico de Trabajo para la realización de un estudio sobre la atención a los Trastornos del Comportamiento Alimentario en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, creado por Resolución 26/2007, de 17 de enero, agradeciendo los servicios prestados a todos sus componentes.

2º. Aprobar las “Recomendaciones del Grupo Técnico de Trabajo sobre los Trastornos del Comportamiento Alimentario” elaborado por el Grupo Técnico de Trabajo, que se adjunta como Anexo a esta Resolución, encomendando al Director Gerente del SNS-O la adopción de las medidas oportunas en orden a la puesta en marcha de su contenido (Prevención primaria, Prevención secundaria, Prevención terciaria, Evaluación y diagnóstico, Tratamiento, Elección del ámbito de tratamiento, Tratamiento nutricional, Protocolos de actuación/ de intervención, Circuito asistencial de los TCA en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea), así como de las Propuestas contenidas en el mismo.

3º. Encomendar a la Agencia Navarra de la Salud la difusión y el seguimiento de la implantación del contenido de la presente Resolución.

4º. Trasladar la presente Resolución al Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y a los miembros del Grupo Técnico de Trabajo, a los efectos oportunos.

**JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN
DE UN GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO
SOBRE TRASTORNOS
DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO
(GTTCA)**

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) tienen una gran relevancia sociosanitaria por su peculiaridad, su gravedad, su interés social, su complejidad y sus dificultades de diagnóstico y tratamiento. Afectan preferentemente a mujeres jóvenes y adolescentes despertando un gran interés social.

En los últimos años estos trastornos constituyen un auténtico fenómeno social en todos los sentidos. Durante las últimas dos décadas del siglo XX se produjo una situación de alarma social al conferir a este problema connotaciones epidémicas. El incremento en el número de casos de TCA se relacionó con aspectos de gran relevancia social como el culto al cuerpo; los estereotipos de belleza y éxito, especialmente femeninos, centrados en la delgadez; los problemas existenciales de los adolescentes, así como con una intensa divulgación de estas patologías a través de los medios de comunicación. Simultáneamente, la mayor sensibilización de la sociedad y de los profesionales sanitarios propició una mayor y más rápida detección, diagnóstico y tratamiento.

Los afectos por TCA son pacientes que por regla general no piden inicialmente ayuda de forma voluntaria, sino que niegan su enfermedad. Como consecuencia, llegan a la consulta del profesional cuando el proceso ya está instaurado y puede ser causa de una grave y persistente discapacidad e incluso provocar la muerte por las complicaciones que acarrea.

Los TCA son enfermedades mentales íntimamente relacionadas con el cuerpo y el significado social del mismo, con los hábitos y costumbres alimentarias, y con las consecuencias de la desnutrición. El culto al cuerpo, la equiparación de autocontrol y delgadez, la identificación entre autoestima y aceptación social del propio cuerpo en función de unos cánones arbitrariamente fijados, constituyen un contexto que favorece el desarrollo de costumbres insanas frente a la propia imagen corporal.

Hacer dietas es vivido como un logro que se asocia a las virtudes de control sobre los deseos del propio cuerpo y puede hacer sentir a la mujer que también controla otras áreas de la vida. Las presiones que sufren las mujeres para realizarse, ser útiles, independientes y competitivas, a la vez que conservan su tradicional papel de esposa, madre, y amas de casa, crean un ambiente propicio para la expresión de estos trastornos, en caso de existir una predisposición individual. Sin embargo, no debemos olvidar que los TCA no son exclusivos del sexo femenino pues existen también varones afectados.

Por todo lo expuesto, el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra ha creído conveniente la creación de un Grupo Técnico de Trabajo (GTT) formado por especialistas con experiencia en el tratamiento de estos trastornos en la Comunidad Foral, para que analice los aspectos organizativos y de ordenación de los recursos sanitarios necesarios para lograr tanto el diagnóstico precoz como el tratamiento temprano y eficaz de los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia nerviosas).

Los componentes de este GTT son: Margarita Aguinaga Aguinaga, psicóloga clínica; Eva Ardanaz Aicua, médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública; Carmen García de Eulate Martín-Moro, psicóloga clínica, Rosa López Garnica, directora de la Agencia Navarra de la Salud; Alfredo Martínez Larrea, médico especialista en Psiquiatría; Estrella Petrina Jáuregui, médico especialista en Endocrinología; Pablo Pascual Pascual, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Raimon Pélach Pániker, médico especialista en Pediatría y Javier Royo Moya, médico especialista en Psiquiatría.

El objetivo principal del GTT es el desarrollo de un Programa de atención de los TCA en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que incluya aspectos relacionados con:

- PREVENCIÓN PRIMARIA. Reducir la incidencia de TCA: Detección precoz de los factores de riesgo de los TCA.
- PREVENCIÓN SECUNDARIA. Reducir la prevalencia de TCA: Diagnóstico y tratamiento precoz de los TCA.
- PREVENCIÓN TERCIAARIA. Reducir las consecuencias de los TCA: Rehabilitación de los pacientes con TCA. Reducción de las complicaciones de los TCA.

Para la consecución de estos objetivos, el encargo al GTT incluye:

- El desarrollo de estrategias para la detección precoz de los factores y de las conductas de riesgo asociados a los TCA, así como promover prácticas de alimentación saludables y hábitos físicos adecuados; enseñar a los jóvenes a desligar el éxito y la autoestima de la imagen corporal desde los recursos sanitarios.
- La organización y adecuación de los recursos y las actividades asistenciales para la más rápida y efectiva atención de los TCA, mediante la creación de un circuito asistencial para la atención de estos pacientes, definiendo especialmente los recursos de referencia y la protocolización de los tratamientos en todas sus modalidades (ambulatorio, hospital de día, hospitalización), así como la continuidad de los cuidados, implicando en ello a médicos de familia, pediatras y a las familias de los pacientes.

El grupo se ha reunido entre los meses de enero y junio de 2007 y el resultado de su trabajo y sus recomendaciones se recogen en el presente documento.

**INFORMACIÓN GENERAL
SOBRE LOS TRASTORNOS DEL
COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO
(TCA)**

Características generales de los TCA

El término TCA lo utilizamos para referirnos conjuntamente a la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), otros trastornos relacionados, no especificados o atípicos, principalmente el conocido como Trastorno por Atracón, y otras formas de la enfermedad incompletas o mixtas con síntomas de anorexia y/o bulimia nerviosa.

Estas enfermedades mentales se han constituido en un problema con gran relevancia social, que afecta fundamentalmente a una población especialmente vulnerable, las mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados. Sin embargo, si estas enfermedades pueden considerarse o no una epidemia en nuestros días es un tema debatido por las limitaciones que tiene la metodología empleada para estudiar su prevalencia en la población.

En cualquier caso, los síntomas de estas enfermedades son graves, pudiendo llegar a poner en peligro la vida del paciente; son difíciles de tratar y con frecuencia se prolongan en el tiempo durante años, con riesgo de presentar recaídas periódicas. No pocas veces se asocian con otras enfermedades mentales como el abuso de drogas o la depresión, lo que empeora su pronóstico.

Los TCA suelen comenzar con preocupaciones por la comida y peso, pero son mucho más que eso. Las personas con TCA utilizan la comida y el control de la comida en un intento de compensar sentimientos y emociones que de otra manera no son capaces de soportar. Para algunos, la dieta, el atracón y la purgación, pueden comenzar como una forma de lidiar con sentimientos dolorosos y para sentir que ejercen el control de su propia vida, pero al final estos comportamientos dañan su salud física y emocional, consiguiendo justo lo contrario de lo que se pretendía en un principio.

Anorexia nerviosa (AN)

Las personas afectadas por esta enfermedad intentan perder peso mediante dietas, vómitos o ejercicio excesivo, debido a la ansiedad que les produce su peso o su imagen corporal, por el miedo que sienten a estar gordos o por el deseo de estar más delgados.

La forma en que estas personas se ven a sí mismas no coincide con la forma en la que les vemos los demás y por ese motivo rechazan los con-

sejos sobre la necesidad de ganar peso. Para ellas, perder peso es un logro, fruto de su esfuerzo, que contribuye a aumentar aparente y temporalmente la confianza en sí mismos y su autoestima. Al mismo tiempo, les proporciona una falsa sensación de control sobre su peso y su imagen corporal.

La anorexia nerviosa es una enfermedad mental grave, que puede conducir a problemas serios de salud debidos a la desnutrición. Puede causar pérdida de masa muscular, incluido el músculo cardíaco; pérdida de masa ósea que conduce a problemas precoces de osteoporosis; alteración o pérdida de los ciclos menstruales en la mujer y falta de interés sexual o impotencia en el hombre.

La enfermedad afecta también a las relaciones con la familia y con los amigos, y puede hacer que los afectados se queden solos. También puede disminuir su rendimiento en los estudios o en el trabajo.

Las graves consecuencias de la enfermedad para la salud física y emocional no suelen ser reconocidas por las personas afectadas, por lo que no buscan ayuda. La mayor parte de las personas afectadas no se encuentran en tratamiento y cuando acuden a la consulta llevan meses, y en ocasiones años enfermas.

Cuando la enfermedad se inicia en la infancia las características psicológicas son similares a las de los adultos. Sin embargo, los niños y niñas no sólo presentan bajo peso, también son más bajos de altura y sufren retrasos en su desarrollo.

Bulimia nerviosa (BN)

La bulimia nerviosa es una enfermedad caracterizada por la sensación de haber perdido la capacidad para controlar la propia alimentación. Como las personas con AN se evalúan a sí mismas por su imagen corporal y su peso. En ocasiones, algunas personas con BN desarrollan también anorexia nerviosa.

Las personas con bulimia nerviosa se ven atrapadas en un círculo vicioso. De forma periódica se dan atracones, episodios en los que ingieren grandes cantidades de comida, y a continuación recurren a conductas purgativas, como vómitos, uso de diuréticos o laxantes, ejercicio físico excesivo o periodos de ayuno para evitar ganar peso. Este círculo vicioso llega a dominar su vida causándoles problemas en las relaciones y en la integración social. Con frecuencia intentan ocultarlo a los demás y a veces lo consiguen durante largos periodos de tiempo, ayudados por el hecho de que muchos pueden mantener un peso dentro de la normalidad. Estas personas no suelen buscar ayuda por su propia iniciativa y tienen que ser los familiares o amigos los que les induzcan a ello.

Psicológicamente suelen sentirse ansiosos y tensos. Sufren cambios en su estado de ánimo. Tienen una autoestima baja y con frecuencia se provocan lesiones mediante cortes o arañazos.

Físicamente suelen estar con frecuencia cansados, se sienten hinchados, se quejan de estreñimiento, dolor abdominal, reglas irregulares y con menos frecuencia presentan las manos y los pies hinchados. Si vomitan muchas veces pueden tener problemas en los dientes, y si abusan de los diuréticos puede afectarse gravemente el corazón.

Su inicio en la infancia es poco frecuente, aunque algunos casos se presentan con los mismos síntomas que los adultos.

Trastornos del comportamiento alimenticio atípicos o no especificados (TCANE)

A este grupo pertenecen más de la mitad de las personas afectadas por estos trastornos. Se les denomina “atípicos” porque no cumplen exactamente los criterios diagnósticos ni de AN ni de BN. Pueden tener algunos síntomas de anorexia y de bulimia, como recurrir a dietas, atracones, vómitos, preocupaciones anómalas por la comida, pero no reúnen todos los síntomas o comparten síntomas de una y de otra simultáneamente, o cambian de una a otra a lo largo del tiempo. La mayoría han padecido anorexia o bulimia nerviosa típicas en algún momento de su vida o pueden llegar a sufrirlas.

El más conocido de este grupo de trastornos se denomina “Trastorno por Atracones”. Estas personas sufren los atracones, pero no recurren a conductas purgativas para controlar el peso. Se sienten ansiosos y tensos y pueden verse limitados en su vida social y en sus relaciones.

Los TCA en niños con frecuencia son atípicos, pero no son frecuentes los “Trastornos por Atracones”.

Causas de los TCA

Se han descrito muchos factores de riesgo para padecer estas enfermedades, como el perfeccionismo, la autoevaluación negativa, los antecedentes psiquiátricos personales y familiares, los problemas de alcohol y otras drogas en los padres, el escaso contacto entre padres e hijos y las alteraciones en la dinámica familiar. Pero es difícil precisar si estamos ante problemas que preceden a la aparición del trastorno o si son los primeros síntomas de la enfermedad. Con demasiada frecuencia estos datos se han utilizado para culpabilizar indiscriminadamente a los pacientes y a las propias familias sobre el origen del trastorno.

Algunos rasgos psicológicos de personalidad como el perfeccionismo, el neuroticismo o la baja autoestima desempeñan un papel importante y bien documentado en la vulnerabilidad ante estos trastornos. La obesidad premórbida, las críticas recibidas por el aspecto físico y la alteración de la imagen corporal de las mujeres adolescentes se han demostrado también como factores psicosociales de riesgo.

Los medios de comunicación ejercen un papel contradictorio. Por una parte idealizan y arraigan la delgadez como patrón de belleza y de éxito social. Por otra parte, la divulgación de los TCA en los medios informativos crea en ocasiones alarma social sobre los mismos y contribuye a una mayor demanda de atención médica y a la subsiguiente creación de recursos específicos que mejoran la prevención y el tratamiento. Toda la población está expuesta de manera similar al influjo de los medios de comunicación, por lo que parece razonable atribuir a los mismos un papel determinante en el auge de este tipo de trastornos, sin olvidar el incremento del problema de la obesidad infantil y en la población en general.

Los TCA son condiciones complejas que emergen de la combinación de factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales. Los científicos aún están investigando las causas de estas enfermedades. La tabla 1 resume los principales factores de riesgo conocidos.

Tabla 1. Factores que pueden contribuir al desarrollo de TCA

Factores Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima • Sentimientos de insuficiencia o falta de control de su propia vida • Perfeccionismo • Depresión, ansiedad, enojo y soledad
Factores Interpersonales
<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones personales y familiares problemáticas • Dificultad para expresar sentimientos y emociones • Historia de haber sido molestado o ridiculizado por motivo de la talla o el peso • Historia de abuso físico o sexual
Factores Sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Presiones culturales que glorifican la “delgadez” y le dan un valor excepcional a obtener un “cuerpo perfecto” • Definiciones muy concretas de la belleza que incluyen solamente mujeres y hombres con ciertos pesos y figuras • Normas culturales que valoran a la gente basándose en su apariencia física y no en sus cualidades y virtudes personales
Factores Biológicos
<ul style="list-style-type: none"> • En algunos individuos con trastornos alimentarios, se ha encontrado que ciertas sustancias químicas del cerebro (llamadas neurotransmisores) que controlan el hambre, el apetito y la digestión se encuentran desequilibradas. El significado exacto y las implicaciones de estos desequilibrios aún se encuentra en investigación. • Los trastornos del comportamiento alimentario usualmente se presentan en familias. Los estudios actuales nos indican que la genética tiene contribuciones significativas en los trastornos alimentarios.

Algunos de estos factores actúan predisponiendo a la persona, es decir, colocándola en una situación más vulnerable; por ejemplo, el hecho de ser mujer, adolescente, con sobrepeso, poca autonomía personal, nece-

alidad de controlar su propia vida y de triunfar en el intento, y además vivir en una familia con conflictos.

Estas personas más vulnerables se exponen cada vez con más frecuencia en nuestra sociedad a factores desencadenantes, dietas restrictivas, críticas sobre su imagen y peso, cambios evolutivos o situaciones estresantes. La exposición a estos factores desencadena el trastorno.

Una vez que comienza la enfermedad se crean círculos viciosos que tienden a autopropetuar y a la destrucción física y emocional, los cuales actúan en sí mismos como factores mantenedores o cronificadores de la enfermedad. En la tabla 2 se resumen los factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores de la AN y la BN.

Tabla 2. Factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes de la anorexia nerviosa y la bulimia

	Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
Factores predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> Modelos sociales estereotipados de delgadez, belleza y éxito 	<ul style="list-style-type: none"> Factores biológicos
	<ul style="list-style-type: none"> Deportes con controles estrictos del peso 	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes de AN
	<ul style="list-style-type: none"> Obesidad, exceso de peso 	<ul style="list-style-type: none"> Situaciones de estrés, inseguridad
	<ul style="list-style-type: none"> Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> Tendencias a la impulsividad y conductas desorganizadas
	<ul style="list-style-type: none"> Distorsiones cognitivas: pensamiento concreto, dicotomizado 	<ul style="list-style-type: none"> Conflictos familiares
	<ul style="list-style-type: none"> Baja autoestima 	
	<ul style="list-style-type: none"> Perfeccionismo 	
	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes familiares de obesidad, preocupación por dietas y peso o trastornos mentales 	
<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones de la dinámica familiar 		
Factores desencadenantes	<ul style="list-style-type: none"> Ciclo vital: pubertad, edad adulta 	<ul style="list-style-type: none"> Dieta restrictiva
	<ul style="list-style-type: none"> Incrementos bruscos de peso 	<ul style="list-style-type: none"> Exceso de peso acompañado de comentarios negativos al respecto
	<ul style="list-style-type: none"> Dietas restrictivas 	<ul style="list-style-type: none"> Baja autoestima
	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio físico excesivo 	
	<ul style="list-style-type: none"> Insatisfacción con la propia imagen corporal 	

	Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
	<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos vitales estresantes: Cambio de ciclo escolar, enfermedad, ruptura afectiva, separación de los padres, fallecimientos en la familia 	
Factores perpetuantes	<ul style="list-style-type: none"> • La desnutrición. • Pautas alimentarias inadecuadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos anómalos de alimentación: alternancia de atracones y ayunos
	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos familiares. • Rigidez, sobreprotección, falta de autonomía, preocupación por la apariencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas purgativas: vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo
	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos emocionales, ansiedad
	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsiones cognitivas: Miedo a perder el control de la comida, a ganar peso, a la ingesta de determinados alimentos; Negación. • Refuerzo de las consecuencias inmediatas de la delgadez. • Principio de demora: consecuencias a medio plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción negativa de su imagen corporal

Intervenciones necesarias en los TCA

Las medidas de una política de prevención y de tratamiento de los TCA deberán incidir en todos y cada uno de los factores que pueden ejercer una acción predisponente, desencadenante o de mantenimiento, especialmente aquellos que son comunes a un gran porcentaje de la población. Estos programas preventivos y terapéuticos se dividen en tres niveles: la prevención primaria atiende a los aspectos que condicionan el desarrollo de la enfermedad reduciendo su incidencia. La prevención secundaria facilita las intervenciones encaminadas a reducir el tiempo entre el diagnóstico del trastorno y el inicio del tratamiento y su buen resultado. Finalmente la prevención terciaria pretende eliminar o reducir los síntomas o complicaciones graves de la enfermedad.

Prevención primaria: evitar que aparezca la enfermedad

Se denomina prevención primaria al conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca la enfermedad, encaminadas a que ésta nunca llegue a presentarse.

Los programas de prevención de los TCA son escasos y la mayor parte no han sido ensayados ni evaluados adecuadamente, por lo que he-

mos de ser especialmente prudentes en la adopción de medidas de promoción de la salud relacionadas específicamente con los TCA.

Una difusión indiscriminada de información sobre los TCA puede tener un efecto de reclamo sobre las adolescentes, enseñándoles a ser anoréxicas o bulímicas, convirtiendo la enfermedad en una forma de rebeldía, algo de lo que sentirse orgulloso, un “estilo de vida” o una forma de chantaje, crítica o llamada de atención a la familia.

Es más prudente y aconsejable desarrollar estrategias que aborden los factores de riesgo de los TCA sin hacer mención explícita y detallada de los mismos, de forma similar a los programas de prevención del consumo de drogas. Programas que potencien el desarrollo de la autoestima, las actitudes críticas ante los medios de comunicación y la mejora de las relaciones familiares pueden tener un impacto positivo sobre la salud mental general y sobre los riesgos de padecer un TCA en particular.

Por lo tanto, hay justificación para plantearse poner en marcha actuaciones administrativas y de “autocontrol”, encaminadas a modificar aspectos relacionados con la moda, las tallas y las “dietas milagro” que se han relacionado directamente con el riesgo de TCA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso adecuado del sistema de asistencia sanitario.

Prevención secundaria: tratar de forma precoz y eficaz la enfermedad

Para una correcta prevención secundaria debemos valorar los siguientes aspectos:

1. Diagnóstico precoz

Este tipo de medidas están encaminadas a reducir el tiempo entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento. También se denomina cribado, o screening. Se basa en programas de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y aparentemente asintomática, una enfermedad grave en estadio inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad, el riesgo de deterioro asociado y la pérdida de calidad de vida subsiguiente, mediante un tratamiento eficaz o curativo.

Los TCA tienen una población de alto riesgo bien definida que puede beneficiarse de programas de detección precoz en Atención Primaria, tanto por parte de los pediatras, como por parte de los médicos de familia.

Su detección por parte de la familia o amigos puede preceder significativamente a la solicitud de atención por parte de la persona afectada, por lo que facilitar el acceso a los recursos asistenciales y a la información adecuada a los afectados y familiares puede tener un gran impacto en el pronóstico.

Alertados por la pérdida de peso, por la presencia de amenorrea, peculiaridades en la alimentación y preocupación por figura y el peso, las familias acostumbran a llevar a las personas afectadas al médico. En ocasiones el tratamiento correcto se demora no tanto por un diagnóstico incorrecto o tardío, sino por la negativa de las personas afectadas a acudir para tratamiento.

2. Tratamientos correctos

En muchas ocasiones se demora el proceso de curación no porque la paciente no inicie el tratamiento para la anorexia sino porque éste es inadecuado o insuficiente. Una auténtica prevención secundaria comienza cuando se inicia un tratamiento efectivo que atienda a las diferentes áreas comprometidas: dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales.

Los objetivos generales del tratamiento de los TCA se recogen en la Tabla 3. Para conseguir estos objetivos se han de garantizar una serie de procedimientos de evaluación, coordinación, información y apoyo, intervención precoz, atención a la salud física, tratamientos psicológicos, farmacológicos y nutricionales.

Tabla 3. Objetivos del tratamiento de los trastornos de la alimentación

Los objetivos iniciales del tratamiento deben reevaluarse y ajustarse a lo largo del curso de la enfermedad
1. Restaurar y mantener un peso saludable <ul style="list-style-type: none"> • Estimar el peso saludable para cada paciente
2. Minimizar las restricciones de comida
3. Reducir los atracones y las conductas purgativas si están presentes
4. Aportar educación sobre hábitos de nutrición y alimentación saludables
5 .Favorecer el ejercicio saludable, pero no excesivo
6. Potenciar la motivación del paciente a la cooperación y participación en el tratamiento
7. Identificar los problemas psíquicos subyacentes y corregir los pensamientos y actitudes desadaptativas nucleares: <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos del desarrollo • Formación de la propia identidad • Preocupaciones con la imagen corporal • Autoestima en áreas más allá del peso y la figura • Problemas relacionados con la sexualidad • Regulación de los afectos • Expectativas asociadas a los roles de género • Disfunciones familiares • Estilos de afrontamiento

8. Tratar las complicaciones físicas
9. Tratar las complicaciones psiquiátricas asociadas
10. Aportar asesoramiento y terapia familiar si está indicado
11. Prevenir recaídas

3. *Dispositivo asistencial adecuado*

El tratamiento adecuado de los TCA requiere de la participación de diversos profesionales y dispositivos. En atención primaria y especializada; en régimen ambulatorio y hospitalario y con diferentes perfiles profesionales: pediatras, médicos de familia, psiquiatras, psicólogos, especialistas en nutrición, trabajadores sociales y personal de enfermería.

La disponibilidad, coordinación y adecuada utilización de estos recursos es uno de los principales objetivos del grupo que desarrollaremos a continuación.

Prevención terciaria: evitar complicaciones y deterioro una vez desarrollada la enfermedad

Un porcentaje de los pacientes no evoluciona favorablemente y los síntomas se vuelven crónicos, refractarios al tratamiento curativo. A estos pacientes se les puede y debe ofrecer una prevención terciaria encaminada al alivio y control de sus síntomas más graves y de sus complicaciones más severas.

Algunas familias y personas afectadas, después de repetidos intentos de tratamiento para curar la enfermedad se pueden sentir fracasados, aceptando con fatalidad la inexorable y tórpida evolución de la enfermedad. En estos casos, mejor que esperar un fatal desenlace o una cronificación de la enfermedad con un riesgo vital siempre presente, es plantearse mejorar la supervivencia y la calidad de vida de la paciente.

Evitando la caquexia extrema, los desequilibrios electrolíticos, el riesgo autolítico y las complicaciones por déficit inmunitario se favorece la supervivencia. Si al mismo tiempo se aceptan algunas conductas y se pactan otras, el marco familiar no se deteriora y la paciente y su familia podrán mejorar las condiciones y la calidad de vida.

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TCA

Datos epidemiológicos internacionales

Anorexia nerviosa

Incidencia

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario cuya incidencia oscila alrededor de un 8 por 100.000 personas año en población general. La incidencia en Estados Unidos (EEUU) se situó en un 8,3 por 100.000 habitantes durante 1985 a 1989, mientras que en el Reino Unido osciló entre un 4,2 durante 1988-1993 y un 4,7 durante 1994-2000. En Holanda la tasa varió de un 7,4 en 1985-89 a un 7,7 en 1995-1999. En los últimos decenios se ha detectado un aumento de la incidencia de dicha patología en los países industrializados, dándose con mayor probabilidad en los niveles socioeconómicos medio y alto.

Es más frecuente en mujeres, sobre todo en adolescentes y jóvenes. Según la bibliografía el 40% de los casos se presentan en mujeres entre los 15 y 19 años de edad. En EEUU la tasa durante 1935 a 1989 fue de 74 por 100.000 mujeres entre los 15 a los 19 años. Por edad, en Suiza las mujeres atendidas de 12 a 25 años entre 1993 a 1995 presentaron una tasa de 20 por 100.000. Del conjunto de las pacientes que desarrollan anorexia nerviosa, el 85% debuta entre los 13 y 20 años.

En hombres la incidencia de esta patología según varios estudios alcanza una tasa en torno a 1 por 100.000.

En Estados Unidos se descubrió una tendencia ascendente significativa de la AN entre las mujeres de 15 a 24 años en el periodo de 1935 a 1989. En Europa la incidencia de la AN se incrementó hasta 1970 y a partir de este año se estabilizó. En Holanda la incidencia total permanece estable, pero aumenta significativamente entre las mujeres de 15 a 19 años (de 56,4 a 109,2 por 100.000 habitantes). En Reino Unido también fue estable en el periodo 1988-1993. En Suiza la incidencia de AN grave que precisa hospitalización sufrió un incremento entre 1960 y 1970 y después se estabilizó en un 1,2 por 100.000 habitantes

Prevalencia

La prevalencia anual de la AN en mujeres jóvenes de la población general se sitúa en un 0,37%, en atención primaria en el 0,16% y en salud mental en el 0,127%. La prevalencia puntual media alcanzó una tasa de

0,29%. En Suecia la prevalencia a lo largo de la vida en mujeres nacidas entre 1935 y 1958 se estimó en un 1,2%, y en Austria en un 1,2%. EEUU durante los años 2001 al 2003 fue del 0,9% en mujeres y del 0,3 % en hombres.

Mortalidad

En Suecia se siguieron 94 pacientes con AN durante 24 años de enfermedad y se detectó una mortalidad del 18%. En Estados Unidos no se detectó mayor mortalidad de la esperada entre 1939 y 1989. En Canadá, tras 20 años de seguimiento a 326 pacientes se obtuvo una mortalidad acumulada de 10,5%. En Escocia se siguió en una media de 11 años a 524 pacientes y se obtuvo una mortalidad acumulada de 4,4% que pasó a ser del 3,3% cuando se estandarizó por edad. Lo más importante de este estudio es que en los certificados de defunción sólo un tercio se atribuyó a la AN. En Alemania se siguieron a 103 pacientes durante 12 años y se obtuvo una mortalidad de 7,7%. En los estudios de metanálisis se ha situado la mortalidad acumulada en una década en el 5,6% y la anual en el 0,56 %. Esta cifra varía con los años de seguimiento.

Bulimia nerviosa

La epidemiología de la BN es más compleja, en parte porque su delimitación como entidad nosológica es más reciente. Rusell en 1979 describió esta patología de forma independiente de la AN, y en 1980 aparece por primera vez en la clasificación de las enfermedades mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Los estudios de prevalencia difieren por usar distintos criterios diagnósticos y también porque muchos casos pueden mantenerse ocultos al no haber compromiso del peso corporal. Su edad de inicio es generalmente más tardía, siendo más frecuente en los últimos cursos de la educación escolar secundaria y en los primeros cursos de universidad.

Incidencia

En EEUU entre 1985 y 1989 la incidencia anual por 100.000 habitantes se situó en 13,5. En Holanda de 1985 a 1989 fue de un 11,5 y en Reino Unido de un 6,6 con un incremento de BN hasta 1996 y en la segunda mitad de los 90 se observó un descenso sobre todo entre las mujeres de 20 a 39 años, sin embargo se mantuvo estable en el tramo de 10 a 19 años. También en EEUU se detectó un descenso en la incidencia en población escolar entre 1982 y 2002.

Prevalencia

La prevalencia de BN según Hoek 2003 se sitúa en 1% en mujeres jóvenes, 1,5% en la comunidad, un 0,17% en atención primaria y un 0,087% en

Salud Mental. En EEUU la prevalencia a lo largo de la vida para mujeres fue de 0,9% y para hombres de 0,3% durante 2001 a 2003.

TCA no especificados

En los TCANE se incluyen los síndromes parciales de AN, de BN y los “Trastornos por Atracones”. De todos los TCA, los no especificados suponen el 60,0%, la AN el 14,5% y la BN el 25,5%.

Datos epidemiológicos en España

Estudios sobre muestras clínicas

Según lo descrito por Ruiz Lázaro en 2002, las primeras informaciones y estudios sobre tasas de prevalencia e incidencia de los TCA en España proceden de investigaciones realizadas con muestras clínicas, en centros asistenciales. Los tramos de edad estudiados fueron diferentes en todas las muestras, si bien predominaba el periodo adolescente-joven.

En 1992, de 107 pacientes entre 12 y 33 años, diagnosticadas de AN con criterios DSM-III y hospitalizadas entre 1975-1990, el 96,3% eran mujeres y el 3,7% varones. Entre los 15 y los 25 años debutó en el trastorno el 52,3% de la muestra. Desde la edad de inicio de la enfermedad hasta la de hospitalización transcurrieron una media de dos años. Los autores concluyeron un incremento en la aparición de estos trastornos en menores de 15 años (Turón, 1992).

En Cataluña, Pla y Toro realizaron un estudio de seguimiento durante 8 años de pacientes con AN. Al terminar el estudio, el 6 % aún sufría una AN típica; el 4 % presentaba una anorexia parcial; el 23 % se recuperó pero presentaba preocupaciones relacionadas con el trastorno y el 67 % se recuperó totalmente. El 2% falleció.

En el año 2002, Vega y Rasillo, estudiaron los casos nuevos diagnosticados de TCA en los equipos de Salud Mental de la Comunidad de Castilla-León, durante 1998. De 205 casos, el 89,8% fueron mujeres y el 10,2% varones. La media de edad era de 21 años. Antecedentes familiares constaban en el 8,8% de las pacientes. El 69,5% de las pacientes cursó con AN restrictiva, y el 41,1% con purgativa. En las bulímicas, los vómitos estaban presentes en el 68,9% y un 28,4% no presentaba este síntoma.

Estudios en la población general

Estudios de screening con instrumentos estandarizados

Los estudios epidemiológicos sobre población general en la última década, colocan a España a la cabeza en la investigación epidemiológica sobre los TCA.

Son numerosos los estudios de prevalencia en población de riesgo basados en los cuestionarios EAT-40 y EDI. Estos cuestionarios no permiten realizar diagnósticos clínicos, pero detectan situaciones de riesgo entre el 7,3% y el 18% de las adolescentes-jóvenes. Toro y col., en 1989, realizaron un trabajo pionero con 1.264 adolescentes de 12 a 19 años en Barcelona y encontraron que el 9,8% de las mujeres y el 1,2% de los varones habían superado la puntuación 30 de corte en el EAT-40. Raich y col., en Cataluña, en 1991 hallaron en estudiantes de 14 a 17 años que el 2,7% de los varones (1155) y el 7,3% de las mujeres (1263) puntuaron en el EAT por encima de 34. Morandé y col., con similares instrumentos de medida, detectaron en una muestra de 722 escolares de Madrid, una población de riesgo del 11,6% en mujeres y del 1,2% en varones. Sainz Martínez y col. (1999) estudiaron una muestra de 816 estudiantes de enseñanza secundaria (50,9% varones y 49,1% mujeres) de Langreo, comprendidos entre los 13 y los 21 años de edad, encontraron que el 7,7% de las mujeres y el 1,1% de los varones eran posibles casos de TCA.

La incidencia de la AN parece haber sufrido un incremento progresivo desde 1960, pasando del 0,37 por año y 100.000 habitantes, en la década referida de los sesenta, al 0,64 en los setenta y al 6,3% de los años ochenta (Toro, 2000). En 1989, éste mismo autor encontró que el 9,8% de las mujeres de una muestra de 1264 adolescentes entre 12 y 19 años, superaba el punto de corte patológico igual o mayor a 30 del EAT-40.

Estudios con diseño de doble fase

Utilizan instrumentos de screening y entrevista clínica diagnóstica (Fig. 1).

Ruiz Lázaro (2000) realizó en 1997 un estudio epidemiológico transversal también en dos fases. La muestra estaba formada por 4.047 adolescentes de Zaragoza (54,2% mujeres y 45,8% varones), escolarizados de 12 a 18 años. Encontró una prevalencia de TCA en el 4,5% de las mujeres (0,1% de AN; 0,6% de BN y 3,8% de TCANE)

Morandé, Casas (1997, 1999) realizaron diversas investigaciones para analizar la prevalencia de TCA en la población femenina madrileña en el segmento de edad de los 15 años, a través de un estudio de doble fase así como la evolución de la misma en el tiempo. Los autores hallaron un 0,69% de AN, un 1,24% de BN y un 2,76% de TCANE.

Rojo investigó sobre 544 jóvenes de 12 a 18 años de Valencia. Según los Criterios de DSM-IV, la prevalencia de TCA fue del 5,9%; de AN del 0,74% y de TCANE del 4,40%.

En una muestra representativa de 1.534 alumnas, pertenecientes a la Comunidad de Madrid, Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y col. (2003) encontraron una prevalencia de TCA de 3,4%. Las edades de las adolescentes estaban comprendidas entre los quince y dieciocho años.

Rodriguez Cano y col. en 2005 estudiaron chicos y chicas de 13 años residentes en Ciudad Real y detectaron un 3,71% de TCA (0,10% de AN; 0,75% de BN y 2,88% de TCANE).

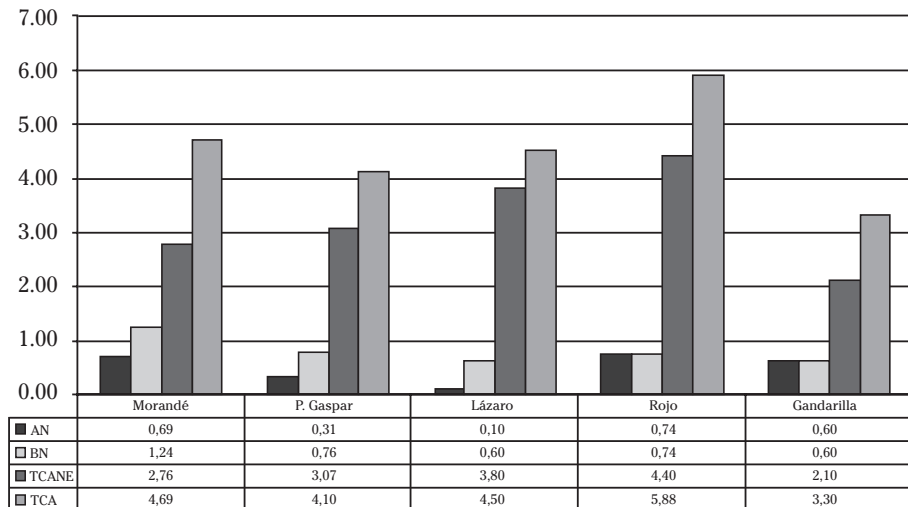
Estudios en Navarra

En Navarra, en 1997, se estudió, con un procedimiento de doble fase, una muestra de 2.862 chicas jóvenes estudiantes, comprendidas entre los 12 y los 21 años La edad media de las participantes fue de 15,4 años; el 80% procedía de Navarra y el 20% de otras CCAA y del extranjero. Vivía con sus familias el 85,6% y un 15,4% residía en pisos de estudiantes o en colegios universitarios. La muestra incluía a 39 centros escolares.

Los investigadores obtuvieron una prevalencia de AN de 0,31%, de BN el 0,8% y del 3,1% de TCANE (Fig. 1). (Pérez Gaspar M y col., 2000).

La incidencia en Navarra se situó durante 1997 y 1998 para la AN en un 200 por 100.000 mujeres escolarizadas entre 13 a 22 años y la misma tasa de BN, también 200 por 100.000). Para los TCANE la incidencia fue de 2.800 (Lahortiga-Ramos F y col., 2004).

Figura 1. Representación de los datos de distintos estudios de prevalencia de TCA realizados en España sobre población general en distintos grupos de edad



NUEVOS DATOS SOBRE LOS TCA EN NAVARRA

Objetivo

Estudiar actitudes y comportamientos de la juventud de Navarra respecto al riesgo de TCA y la incidencia y prevalencia asistida de los TCA en Navarra.

Metodología

Se han revisado los datos sobre actitudes de la juventud relacionadas con el riesgo de TCA en Navarra disponibles en el Diagnóstico de Salud de Navarra año 2003, en la V encuesta sobre Juventud de Navarra Bartolomé de Carranza, 2003 y en el Estudio sobre Salud, Bienestar y Calidad de Vida de la Comunidad Universitaria de la Universidad Pública de Navarra.

Para el estudio de incidencia se han utilizado los casos diagnosticados de Trastorno de Comportamiento Alimentario en el Sistema de Información de Atención Primaria de Navarra durante el año 2006 y los casos diagnosticados de TCA (AN, BN, y TCANE) desde 1994 a 2005 en el Sistema de Información de Salud Mental de Navarra.

Para analizar la prevalencia se utilizaron los casos atendidos durante el año 2006 en Atención Primaria diagnosticados de TCA según el Sistema de Información de Atención Primaria y para los años 1997, 2001 y 2005, los casos atendidos en la Red de Salud Mental de Navarra con diagnóstico de TCA registrados en el Sistema de Información de Salud Mental de Navarra.

Además se han obtenido datos sobre incidencia del Centro Infanto-Juvenil de los años 1994-2005 y datos de prevalencia para el año 2005.

Los datos sobre hospitalización parcial (Hospital de Día) se obtuvieron a través del Sistema de Información de Salud Mental para los tres centros existentes.

La fuente de información sobre el número de ingresos en las unidades de hospitalización psiquiátrica de la red pública ha sido el Sistema de Información de Asistencia Especializada y en el análisis se ha tenido en cuenta el diagnóstico principal del ingreso.

Respecto a la asistencia fuera de la red pública, se han incluido los datos aportados por la Fundación Argibide, la Clínica Psiquiátrica Padre Menni, la Clínica Universitaria de Navarra, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y el Instituto de Trastornos Alimentarios de Cataluña (ITA).

Los datos de mortalidad se obtuvieron del Instituto de Estadística de Navarra.

La población utilizada para el cálculo de las tasas ha sido la de 1 de julio de cada año por sexos, obtenida del Instituto de Estadística de Navarra y para la estandarización utilizó la población estándar mundial, realizándola por el método directo.

Resultados

Actitudes y comportamientos de la Juventud de Navarra respecto al riesgo de TCA

En el diagnóstico de salud de Navarra año 2003 y en la V Encuesta sobre Juventud de Navarra Bartolomé de Carranza 2003, donde se recogen datos sobre sentimientos y actitudes hacia la comida de las personas de Navarra entre 15 y 29 años se refleja que los atracones y los pensamientos desordenados ante la comida afectan al 1,9% de las mujeres y al 1,5% de los hombres, es decir, extrapolando al conjunto de adolescentes y jóvenes de Navarra, a unas 1.068 mujeres y 907 varones. Además la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar aparece en el 2,7% de las chicas y el 0,3% de los chicos.

En el estudio realizado entre los jóvenes estudiantes de la Universidad Pública de Navarra de 18 a 25 años durante el año 2006 sobre salud, bienestar y calidad de vida, el 4,5% del colectivo de estudiantes sobrepasa la puntuación de corte de 20 puntos en la escala EAT-26, y con ello el riesgo de presentar TCA. Por encima de dicha puntuación está el 6,5% de las mujeres y el 2,1% de los hombres, en ambos géneros los más jóvenes son los que superan en mayor proporción el corte de 20 puntos en el EAT-26.

Incidencia en Atención Primaria

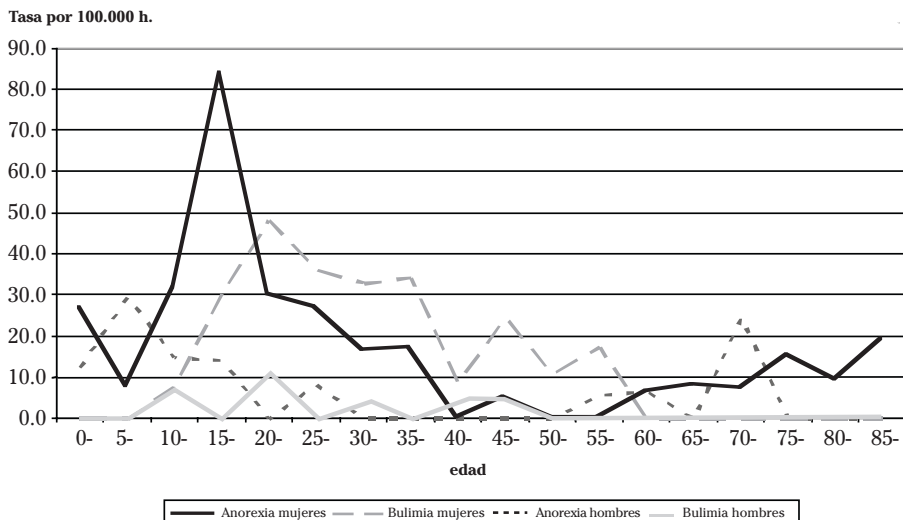
Un total de 120 personas han sido atendidas por AN o BN en Atención Primaria durante 2006 de las que el 80% son mujeres. El 50% de las diagnosticadas de AN tenían entre 10 y 29 años de edad. En el grupo de pacientes de 15 a 19 años la tasa de incidencia fue del 83,8 por 100.000 mujeres (Figura 2). La BN se ha diagnosticado también más frecuentemente en mujeres con una tasa de 16,6 por 100000. La tasa por grupos de edad en mujeres fue de 30,5 y 48,2 de 15 a 19 y de 20 a 24 años, respectivamente. En los hombres la tasa bruta se sitúa en un 2,0 (Tabla 4).

Tabla 4. Número de casos incidentes de AN y BN en 2006. Tasa bruta por 100.000 habitantes

	Total 2006	Tasa bruta por 100.000 habitantes
Hombres		
AN	17	5,8
BN	6	2,0
Mujeres		
AN	48	16,3
BN	49	16,6
Ambos sexos		
AN	65	11,0
BN	55	9,3

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria.

Figura 2. Tasa específica por edad de Incidencia de AN y BN en Atención Primaria. Navarra 2006



Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria

Incidencia en centros de Salud Mental

Han sido tratadas por TCA durante el periodo 2003-2005 un total de 312 personas de las que el 87% son mujeres. Por procesos el 32 % corresponden a AN, el 26% a BN y el resto a TCANE.

El estudio de la tendencia de la incidencia de las tasas ajustadas en mujeres en los 4 periodos refleja una disminución del trienio 1994-1996 al 2003-05 para el conjunto de los TCA. Este descenso de AN y BN se acentúa a partir del trienio 2000-2002. Por otra parte, se observa un ligero aumento de los TCANE, que no contrarresta en el conjunto de los TCA el descenso de los procesos anteriores.

El aumento del número de casos se inicia a partir de los 12 años y existe diferencia en la presentación por edad entre los distintos periodos. Durante el periodo 1994-96 la edad donde se presentó mayor número de casos fue la de 16 años, en el periodo 1997-99 pasó a los 15 años y en el 2000-02 se centró en los 17 años. En el último periodo estudiado 2003-2005 se observa el mayor número de casos en la edad de 14 años. La media de edad por periodos fue de 18,8, 19,9, 19,6 y 19,8 años respectivamente y la mediana fue de 18 en los tres primeros periodos y de 16,5 en el último.

De las 99 personas diagnosticadas de AN durante el periodo 2003-2005 un 95 % eran mujeres y de éstas el 82% tenía entre 10 y 24 años, destacando la edad de 15 a 19 con una tasa de 81,6 por 100.000 mujeres.

La tasa bruta en mujeres para este periodo se situó en 10,8. Se aprecia una tendencia descendente de la tasa bruta y ajustada para la AN durante los 4 periodos (Tabla 5, Fig. 3). Sobre todo ha disminuido la tasa por edad en el grupo de 15 a 19 años.

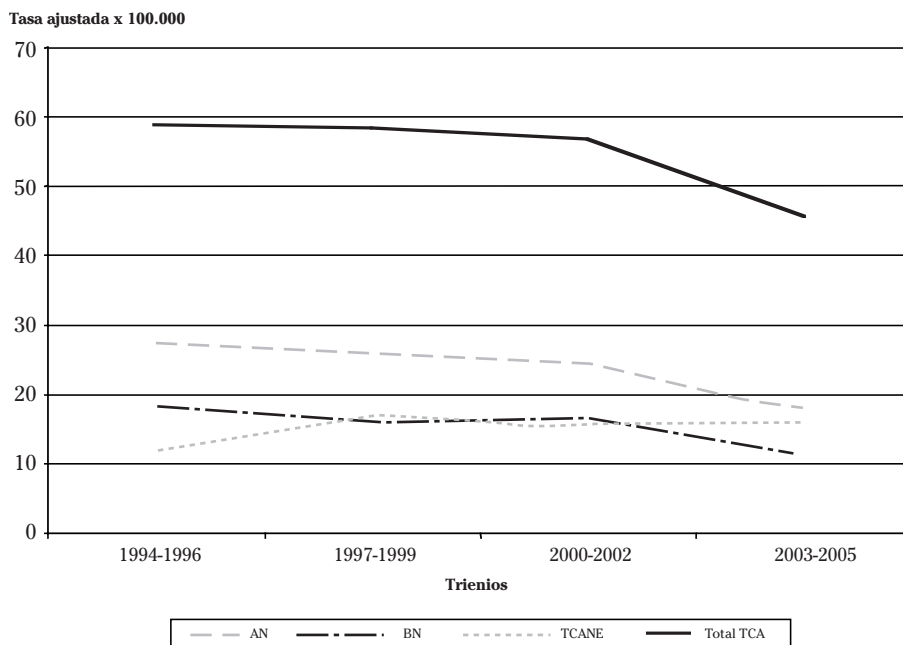
Respecto a la BN se diagnosticaron un total de 84 personas con este trastorno durante el trienio 2003-2005 de las que un 96% eran mujeres, el 80% se encontraba entre los 15 y 34 años. La tasa de mujeres de 15 a 19 años fue de 47 por 100.000. La tasa bruta de incidencia para el conjunto de los 3 años en las mujeres fue de un 9,3 por 100000. También se observa una tendencia descendente (Tabla 5, Fig. 3)

Tabla 5. Número de casos incidentes por trienio 1994-2005. Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes 1994-2005 por sexo

Trienio	Número de casos				Tasa bruta media anual por 100.000 habitantes			
	1994-96	1997-99	2000-02	2003-05	1994-96	1997-99	2000-02	2003-05
Hombres								
AN	10	10	6	5	1,3	1,2	0,7	0,6
BN	5	7	9	3	0,6	0,9	1,1	0,3
TCANE	16	20	31	33	2,1	2,5	3,7	3,8
Total TCA	31	37	46	41	4,0	4,6	5,4	4,7
Mujeres								
AN	176	160	138	94	22,3	19,7	16,3	10,8
BN	137	116	119	81	17,4	14,3	14,0	9,3
TCANE	79	103	98	96	10,0	12,7	11,5	11,0
Total TCA	392	379	355	271	49,7	46,7	41,8	31,2
Ambos sexos								
AN	186	170	144	99	11,9	10,5	8,5	5,7
BN	142	123	128	84	9,1	7,6	7,6	4,8
TCANE	95	123	129	129	6,1	7,6	7,6	7,4
Total TCA	423	416	401	312	27,1	25,8	23,7	17,9

Fuente: Sistema de Información de los Centros de Salud Mental de Navarra.

Figura 3. Evolución de la Tasa de Incidencia media anual Ajustada de TCA por trienio 1994 a 2005 en mujeres.



Fuente: Sistema de Información de los Centros de Salud Mental de Navarra.

Incidencia en el centro Infanto-Juvenil

A lo largo de los 12 años se han detectado 63 nuevos casos de TCA en el centro Infanto-Juvenil de los que el 74% son mujeres. El número de casos ha pasado de 20 en el primer trienio a 12 en el último con una media de caso por año de 4 personas para el conjunto de las TCA (Tabla 6). Destacan en AN sobre todo las mujeres. Por edades a lo largo de los cuatro periodos estudiados para la AN de un total de 29 mujeres que presentaban esta patología, 17 se encontraban entre los 10 y los 14 años y 11 casos estaban entre 15 y los 19 años.

Tabla 6. Número de casos y porcentaje de TCA en centro Infanto-Juvenil. Incidencia. 1994-2005

Trienio	Número de casos				Porcentaje sobre el total			
	1994-96	1997-99	2000-02	2003-05	1994-96	1997-99	2000-02	2003-05
Hombres								
AN	1	0	1	3	20,0	0,0	25,0	75,0
BN	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
TCANE	4	3	3	1	80,0	100,0	75,0	25,0
Total TCA	5	3	4	4	100,0	100,0	100,0	100,0
Mujeres								
AN	6	7	9	7	40,0	53,8	81,8	87,5
BN	2	2	1	0	13,3	15,4	9,1	0,0
TCANE	7	4	1	1	46,7	30,8	9,1	12,5
Total TCA	15	13	11	8	100,0	100,0	100,0	100,0
Ambos sexos								
AN	7	7	10	10	35,0	43,8	66,7	83,3
BN	2	2	1	0	10,0	12,5	6,7	0,0
TCANE	11	7	4	2	55,0	43,8	26,7	16,7
Total TCA	20	16	15	12	100,0	100,0	100,0	100,0

Prevalencia en Atención Primaria durante 2006

Según los datos obtenidos de Atención Primaria, durante el año 2006 en Navarra, hubo 409 personas con AN con una prevalencia en mujeres de 0,11 % y en hombres de 0,02%. En mujeres destaca el grupo de edad de 15 a 19 años donde la AN supuso el 0,66% de la población de esa edad. Respecto a la BN se atendieron un total de 282 casos con una prevalencia de 0,08 y 0,008 en mujeres y hombres respectivamente (Tabla 7), destacando el grupo de 20 a 24 años donde supuso un 0,25%. La tasa del grupo de edad de 15 a 19 años fue de 0,137%.

Tabla 7. Número de casos y porcentaje de personas diagnosticadas de anorexia y bulimia. Prevalencia. 2006

	Número de casos			Porcentaje de población		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
AN	60	349	409	0,0204	0,1185	0,0695
BN	25	257	282	0,0085	0,0873	0,0479

Fuente: Sistema de Información de atención Primaria.

Prevalencia en centros de salud mental 1997, 2001 y 2005

En los Centros de Salud Mental la prevalencia durante el año 1997 fue de 0,08% para el total de los TCA en ambos sexos y pasó a 0,07% en 2005 (Tabla 8, Fig. 4) Durante el año 2005 la prevalencia de AN en el total de la

población de Navarra fue para mujeres de un 0,04% y para hombres de un 0,0024% (Tabla 9). Por grupos de edad en mujeres destacan en el grupo de edad de 15 a 19 años donde la prevalencia fue un 0,279%.

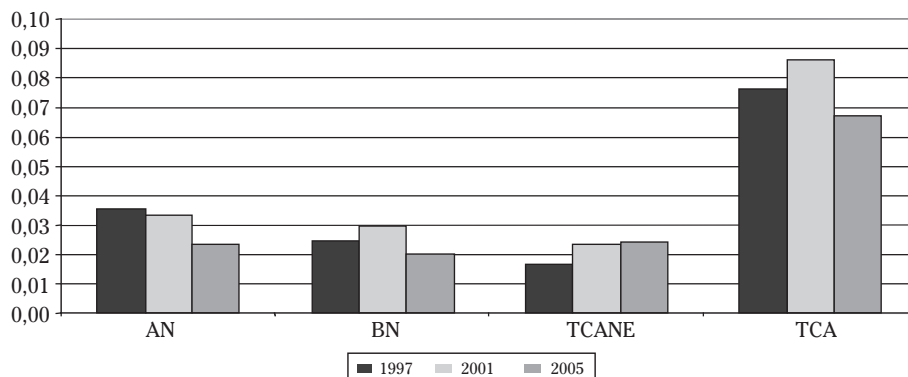
Respecto a la BN, en mujeres fue de 0,038 % para el total de la población y en hombres de 0,0014. Destacan los grupos de edad de 20 a 24 y de 25 a 29 años con un porcentaje de 0,10 y 0,12 respectivamente. En el grupo de 15 a 19 años se situó en un 0,06%.

Tabla 8. Número de casos prevalentes en los años 1997, 2001, 2005 y porcentaje de población según ambos sexos

Año	Número de casos			Porcentaje de población		
	1997	2001	2005	1997	2001	2005
AN	187	187	133	0,04	0,03	0,02
BN	129	168	115	0,02	0,03	0,02
TCANE	87	132	140	0,02	0,02	0,02
Total TCA	403	487	388	0,08	0,09	0,07

Fuente: Sistema de Información de los centros de salud mental de Navarra.

Figura 4. Prevalencia de TCA por 100 habitantes en Navarra 1997, 2001, 2005. Ambos sexos



Fuente: Sistema de Información de los centros de salud mental de Navarra.

Tabla 9. Número de casos prevalentes por sexo en el año 2005 y porcentaje de población

	Número de casos			Porcentaje de población		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
AN	7	126	133	0,0024	0,0431	0,0228
BN	4	111	115	0,0014	0,0380	0,0197
TCANE	30	110	140	0,0103	0,0377	0,0240
Total TCA	41	347	388	0,0141	0,1188	0,0665

Fuente: Sistema de Información de los centros de salud mental de Navarra.

Prevalencia de TCA en el Centro Infanto-Juvenil, 2005

El número de personas prevalentes durante el 2005 del centro Infanto-Juvenil fueron un total de 19 de las que un 79 % eran mujeres (Tabla 10). Por patología destaca la AN con 12 personas del total de las que un 83% eran mujeres, y por edad el grupo de 15 a 19 años en el que había 8 personas.

Tabla 10. Número de casos prevalentes en el año 2005 y porcentaje sobre el total. Centro Infanto-Juvenil

	Número de casos			Porcentaje sobre el total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
AN	2	10	12	50,00	66,66	63,15
BN	0	1	1	0,00	6,66	5,26
TCANE	2	4	6	50,00	26,66	31,57
Total TCA	4	15	19	100,00	100,00	100,00

Ingresos por TCA en los hospitales de Día de Navarra 2000-2005

Un total de 44 ingresos han sido atendidos durante el último trienio 2003-2005, todos ellos fueron mujeres principalmente por AN, con una tasa de ingreso para el conjunto de TCA de 5,06 por 100.000. Dentro de los TCA, la AN es la patología que más demanda produce en los Hospitales de día con un 68 % de los que utilizan este recurso sanitario en el último periodo.

Durante los años 2000 a 2005, de los 84 ingresos ocurridos en mujeres, 63 ingresos fueron por AN, por esta causa el número de personas distintas que ingresaron fueron 34, con el patrón siguiente: 21 pacientes con 1 ingreso; 6 pacientes con 2 ingresos; 3 paciente con 3 ingresos, 2 pacientes ingresaron 4 veces y un paciente ingresó 6 y otro 7 veces durante dicho periodo (Tabla 11).

El 61% de las personas atendidas tenían entre 14 y 29 años, con una edad media de 29,17 ($\pm 8,98$) y una estancia media de 63 días (en un 34 % se produjo una estancia menor a 30 días).

Tabla 11. Número de ingresos en los hospitales de Día por TCA y tasa de ingresos por 100.000 habitantes

	Número de ingresos atendidas por trienio		Tasa ingresos en hospital de día por 100.000 habitantes	
	2000-2002	2003-05	2000-02	2003-05
Hombres				
AN	0	0	0,00	0,00
BN	0	0	0,00	0,00
TCANE	1	0	0,12	0,00
Total TCA	1	0	0,12	0,00
Mujeres				
AN	33	30	3,89	3,45
BN	6	7	0,71	0,80
TCANE	1	7	0,12	0,80
Total TCA	40	44	4,71	5,06
Ambos sexos				
AN	33	30	1,95	1,77
BN	6	7	0,35	0,41
TCANE	2	7	0,12	0,41
Total TCA	41	44	2,42	2,60

Fuente: Sistema de Información de Salud Mental de Navarra.

Ingresos por TCA en las unidades de hospitalización Psiquiátrica de la red pública de Navarra

En total se produjeron 18 ingresos anuales en el trienio 2003-2005. El 94 % fueron mujeres, comprendidas entre los 10 y 24 años de edad, y dentro de este grupo de edad las que se encontraban entre 15 y 19 años fueron las que ocasionaron mayor porcentaje de ingresos. La AN fue el trastorno que provocó mayor porcentaje de ingresos.

Durante los años 2000 a 2005 el número de personas distintas que ingresaron con TCA fue de 7 hombres que generaron 7 ingresos, y de 74 mujeres que ocasionaron 119 ingresos (Tabla 12). Respecto a la AN en el periodo 2000-2005, un total de 51 mujeres originaron 89 ingresos, con el patrón siguiente: 34 pacientes con un ingreso, 8 pacientes con dos, y 5 con tres; un paciente ingresó 4 veces, otro 5, otro 7 y otro en 8 ocasiones.

Los hombres representaron el 6% de los ingresos del periodo. No precisaron ningún reingreso. La edad media de los hombres fue de 24,3 ($\pm 14,3$) y la estancia media fue de 27 días.

Las mujeres generaron un 94% de los ingresos. Su edad media fue de 26,3 ($\pm 14,3$). La estancia media fue de 46,2 días.

Tabla 12. Número de ingresos por TCA y tasa de ingresos por 100.000 habitantes en ambos sexos

	Número de ingresos por trienio		Tasa ingresos por 100.000 habitantes	
	2000-2002	2003-05	2000-02	2003-05
Hombres				
AN	0	1	0,00	0,12
BN	0	0	0,00	0,00
TCANE	4	2	0,47	0,23
Total TCA	4	3	0,47	0,35
Mujeres				
AN	45	44	5,30	5,06
BN	7	3	0,82	0,34
TCANE	15	5	1,77	0,57
Total TCA	67	52	7,90	5,98
Ambos sexos				
AN	45	45	2,66	2,59
BN	7	3	0,41	0,17
TCANE	19	7	1,12	0,40
Total TCA	71	55	4,19	3,16

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada.

Pacientes atendidos en Navarra fuera del sistema público

Según los datos aportados por la Fundación Argibide, un total de 14 personas al año fueron atendidas por esa entidad privada (12 en 2004, 12 en 2005 y 18 en 2006). Las mujeres representaron el 98% de los casos. Sobre el total de los TCA, por BN se atendió al 48% de los casos (Tabla 13).

Tabla 13. Número de casos atendidos durante 2004-2006. Fundación Argibide

	2004-2006	%
Hombres		
AN	1	100,0
BN	0	0,0
TCANE	0	0,0
Total TCA	1	100,0
Mujeres		
AN	14	34,1
BN	20	48,7
TCANE	7	17,1
Total TCA	41	100,0
Ambos sexos		
AN	15	35,7
BN	20	47,6
TCANE	7	16,6
Total TCA	42	100,0

En la clínica psiquiátrica Padre Menni durante el 2006 trataron por TCA a 6 pacientes en régimen de ingreso y de 25 en régimen ambulatorio.

En la Clínica Universitaria de Navarra en el mismo año, atendieron a 30 pacientes (14 con cargo al SNS-O, 4 por medio del Seguro Escolar y 12 acudieron a cargo de la Entidad Colaboradora), que generaron 145 consultas médicas y 7 hospitalizaciones durante este año.

Además en el ITA se atendieron 3 pacientes.

Como máximo un total de 76 personas fueron atendidas por entidades privadas durante el año 2006. Alguna de estas personas han podido ser atendidas previamente en el sistema público. En conjunto en Navarra durante el año 2006 la prevalencia de TCA se situaría en 767 personas si sumamos las personas prevalentes en Atención Primaria (691) a las que han sido atendidas fuera de la red pública (76), que supone un 9,9% sobre el total de los casos. La estimación de la tasa de prevalencia asistida en conjunto de las TCA para Navarra durante el 2006 fue de un 0,13% para el conjunto de la población.

Mortalidad por TCA

Aunque la causa básica de defunción no es un buen indicador debido a que la persona diagnosticada de TCA puede morir por otras causas relacionadas con su enfermedad, según los datos de 1985 a 2005, en Navarra han fallecido 3 mujeres por TCA y ningún hombre, lo que supone una tasa media anual de 0,0529 por 100.000 mujeres y 0 en hombres.

Conclusiones

- El 6,5% de las mujeres y el 2,1% de los hombres de 18 a 25 años estudiantes en Navarra, sobrepasan en el EAT-26 la puntuación indicativa de situación de riesgo de presentar TCA.
- Como en otras comunidades autónomas, en Navarra los TCA se presentan más en mujeres sobre todo adolescentes jóvenes.
- La incidencia de AN en mujeres en Atención Primaria durante el 2006 supuso una tasa bruta de 16,3 por 100.000 mujeres y en los centros de Salud Mental durante los años 2003 a 2005 la tasa media anual para mujeres fue de 10,8 por 100.000 mujeres. El contacto con el sistema sanitario en el último periodo se realizó en una edad más baja a la de periodos anteriores, bien debido a su presentación más temprana o a una mejor detección del problema.
- La prevalencia de AN en mujeres en Atención Primaria en 2006 fue de 0,118 por 100 mujeres y en los centros de Salud Mental du-

rante el año 2005 de 0,043 por 100 mujeres. La tasa de ingresos en un hospital fue de 5,06 por 100.000 mujeres.

- Durante el 2006 en el grupo de edad de 15 a 19 años la tasa de incidencia de AN en mujeres fue de 83,8 por 100.000 mujeres y la tasa de prevalencia fue de un 0,66 por 100 mujeres.
- La tasa bruta de incidencia de BN en mujeres en Atención Primaria en 2006 fue de 16,6 por 100.000 mujeres y en los centros de Salud Mental durante los años 2003 a 2005 se detectó una tasa media anual de 9,3 por 100000 mujeres
- La prevalencia de BN en Atención Primaria en 2006 alcanzó una tasa de 0,087 por 100 mujeres y en los centros de Salud Mental durante el año 2005 la tasa fue de 0,038 por 100 mujeres. La tasa de ingresos hospitalaria fue de 0,34 por 100.000 mujeres.
- Durante el 2006, en el grupo de edad de 15 a 19 años la tasa de incidencia de BN en mujeres fue de 30,5 por 100.000 mujeres y la tasa de prevalencia fue de un 0,137 por 100 mujeres.
- El estudio de la tendencia sobre la incidencia de las tasas ajustadas en mujeres en los 4 periodos refleja una disminución del trienio 1994-1996 al 2003-05 para el conjunto de los TCA, destaca el descenso la AN y la BN a partir del trienio 2000-2002. Por otra parte se observa un ligero aumento de los TCANE que no contrarresta en el conjunto de los TCA el descenso de los procesos anteriores.
- Para ambos sexos la prevalencia de AN en Atención Primaria en 2006 se presenta con una tasa de 0,069 por 100 habitantes y en los centros de Salud Mental durante el año 2005 con una tasa de 0,023 por 100 habitantes. La prevalencia de BN en Atención Primaria en 2006 fue de 0,047 por 100 y en los centros de Salud Mental para el año 2005 de 0,019 por 100 habitantes.
- La estimación de la tasa de prevalencia asistida de las TCA en 2006 para el conjunto de la población en ambos sexos en Navarra se situaría en 767 personas, un 0,13% de la población general.
- Fuera del sistema público han sido atendidas como máximo un 9,9% de los casos de TCA.

**RECURSOS ACTUALES DEL SNS-O
PARA TRATAMIENTO DE TCA**

Recursos de atención primaria: EAP

- Medicina Familiar y Comunitaria
- Pediatría

Recursos de salud mental

Según la edad:

- Adultos
 - Centro de Salud Mental
 - Hospital de Día
 - Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).
- Infanto-Juvenil
 - Centro de Salud Mental
 - Hospital de Día Infanto-Juvenil “Natividad Zubieta”
 - Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantil

Según el ámbito:

AMBULATORIOS

- **Centros de Salud Mental**
 - Consultas programadas todo tipo de enfermedades mentales y de todas las edades.
 - Acceso:
 - Mayores de 15 años: el médico de Atención Primaria deriva al CSM.
 - ▲ Primera consulta con un psiquiatra
 - Menores de 15 años: el Pediatra deriva al CSM.
 - ▲ Primera consulta con un psicólogo clínico o psiquiatra
 - Actualmente existen nueve CSM en la Comunidad Foral:

SUBDIRECCIÓN DE SALUD MENTAL Plaza de la Paz s/n TELEFONO: 848 429068 FAX: 848 429059 e-mail: ssmmental@cfnavarra.es		
CENTROS DE SALUD MENTAL	ZONAS BÁSICAS DE SALUD	DIRECCIÓN
SECTOR I-A (CASCO VIEJO)	Alsasua, Etxarri Aranaz, Irurzun, Leiza y Azpilagaña	C/Compañía s/n - 31002- Pamplona TFNO: 948 206635 FAX: 948 206409 e-mail: csmcviej@cfnavarra.es
SECTOR I-B (BURLADA)	Elizondo, Lesaca, Santesteban; Ulzama, Burguete, Aoiz, Huarte, Villava y Burlada	C/La Fuente s/n - 31600- Burlada TFNO: 948 136119 FAX: 948 136278 e-mail: csmburla@cfnavarra.es
SECTOR I-C (ROCHAPEA)	Berriozar, Orcoyen, San Jorge, Rochapea, Ansoain y Chantrea	C/Uztarroz, 24 - 31014- Pamplona TFNO: 948 136600 FAX: 948 136253 e-mail: csmrocha@cfnavarra.es
SECTOR II-A (MILAGROSA)	Isaba, Valle de Salazar, Sangüesa, Puente la Reina, Noain, Milagrosa y II Ensanche	C/Gayarre, 1 - 31005- Pamplona TFNO: 948 290466 FAX: 948 290171 e-mail: csmmilag@cfnavarra.es
SECTOR II-B (ERMITAGAÑA)	Cizur, Echavacoiz, Barañain, Ermitagaña y Mendebaldea	C/Ermitagaña, 20 - 31008- Pamplona TFNO: 948 198590 FAX: 948 198179 e-mail: csmermit@cfnavarra.es
SECTOR II-C (SAN JUAN)	Iturrana, San Juan, Mendillorri y Sarriguren	C/Avda. Barañain, 14 - 31008- Pamplona TFNO: 948 190040 FAX: 948 190043 e-mail: csmsjuan@cfnavarra.es
SECTOR III- (ESTELLA)	Estella, Villatuerta, Allo, Ancín-Amescoa, Los Arcos, Viana, Lodosa y San Adrian	C/ Camino de Logroño, 4 - 31200-Estella TFNO: 948556370 FAX: 948556369 e-mail: csmestel@cfnavarra.es
SECTOR-IV- (TAFALLA)	Tafalla, Artajona, Olite, Carcastillo y Peralta	C/ De la Pedrera s/n - 31300-TAFALLA TFNO.: 703921 FAX: 703920 e-mail: csmtafal@cfnavarra.es
SECTOR-V- (TUDELA)	Tudela, Valtierra, Corella, Cintruénigo, Cascante y Buñuel	C/ Gayarre s/n TFNO.: 848187 FAX: 848194 e-mail: csmtudela@cfnavarra.es

INTERMEDIOS

– Hospitales de Día

- Existen tres hospitales de Día (HD) de adultos y un hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ).
- Los pacientes llegan a estos servicios derivados por los CSM o bien por las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

- Pacientes en situación de crisis que requieren tratamiento intensivo.
 - **Hospital de Día Área I.** Hospital de Navarra, Pabellón Blanco. C./Irunlarrea, s. n. 31008 PAMPLONA (948-198595). Centro concertado con SNS-O y gestionado por FUNDACION ARGIBIDE. D^a Carmen García de Eulate Martín- Moro, Psicóloga Clínica. Directora del Centro.
 - **Hospital de Día Área II.** C/Magdalena, 1. 31015. PAMPLONA (948-136266) Dr. D. Roberto Velasco Arrondo, Psiquiatra. Director del Centro.
 - **Hospital de Día Tudela.** C/Gayarre, s/n. 31500 TUDELA (948-848187). Dr. D. José Andrés Aguirre Pérez, Psiquiatra.
 - **Hospital Infanto-Juvenil Natividad Zubieta.** C/San Cristóbal, s/n. 31015 PAMPLONA (948-136666) Dr. D. Javier Royo Moya, Psiquiatra. Director del Centro. Aunque se constituyó como Hospital de Día su funcionamiento actual es el de consulta ambulatoria especializada.
- **Centro de Día/Clínica de Rehabilitación (CD/CR)** Hospital Psicogeriátrico San Francisco Javier. Avda. Villava, 53. 31015 PAMPLONA (848-422702).
- Pacientes con TCA y comorbilidad psiquiátrica grave y sintomatología crónica, con afectación grave del funcionamiento en la vida diaria y susceptible de rehabilitación. D^a Margarita Zabala Baquedano, Psicóloga Clínica. Directora del Centro.

HOSPITALARIOS

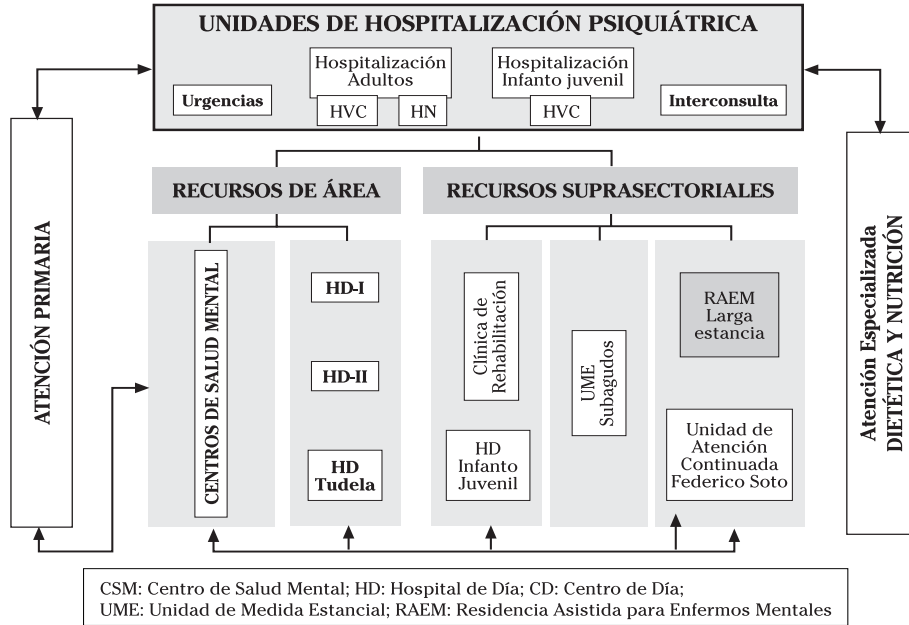
- **Unidades de Hospitalización Psiquiátrica**
- Ingresos breves, en situación de crisis.
 - **Unidad de Hospitalización Psiquiátrica I (UHP-I).** Hospital Virgen del Camino. Pabellón M-5. C./Irunlarrea s/n. 31008 PAMPLONA (848-422488). Dr. D. Víctor Peralta Martín, Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Psiquiatría.
 - **Unidad de Hospitalización Psiquiátrica II (UHP-II).** Hospital de Navarra, Pabellón E. C/Irunlarrea s/n. 31008 PAMPLONA (848-422 254). Dr. D. José M^a Salazar Fernández, Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Psiquiatría.
 - **Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantil.** Hospital Virgen del Camino. Pabellón M5. (848-422893). Dr. D. Víctor Peralta Martín, Psiquiatra. Jefe de la Unidad.
- **Residencias psiquiátricas**
- Ingresos de media y larga estancia

- UME: Unidad de Media estancia: 3-6meses
- RAEM: Residencias asistidas para enfermos mentales
 - Clínica Psiquiátrica Padre Menni. Avda. Marcelo Celayeta, 10, 31014 Pamplona. 948 140 611. Director Médico Dr. D. Manuel Martín, Psiquiatra.
 - Unidad de Tratamiento Continuo Federico Soto. Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier. Avda. Villava, 53, 31015 Pamplona.

Recursos especializados en dietética y nutrición

- **Hospital de Navarra**
 - Dr. D. Javier Olóndriz Huarte. Médico especialista en medicina interna. Sección de Dietética y Nutrición Clínica. Hospital de Navarra. Director. Tf. 848 42 21 00/42 22 19
 - Dr. D. Eugenio Oria Mundín. Médico especialista en medicina preventiva. Sección de Dietética y Nutrición Clínica. Hospital de Navarra.
 - Dr. D^a. Estrella Petrina Jaúregui. Médico especialista en medicina en Endocrinología. Sección de Dietética y Nutrición Clínica. Hospital de Navarra.
- **Hospital Virgen del Camino**
 - Dra. D^a. Ana Zugasti Murillo. Médico especialista en Endocrinología. Sección de Dietética y Nutrición Clínica. Hospital Virgen del Camino.

Recursos del SNS-O para el tratamiento de los TCA



PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS TCA

Objetivo

Actuar directamente para reducir la incidencia del trastorno, es decir, evitar la aparición de nuevos casos. Es la forma más eficaz de prevención.

El ámbito de la prevención primaria de los TCA rebasa los límites de los recursos sanitarios asistenciales y los objetivos de este grupo, pero dada su importancia nos parece oportuno reseñar algunos aspectos.

Método

Actuar disminuyendo la vulnerabilidad y controlando los factores de riesgo.

Aunque no se conocen en su totalidad los factores que desencadenan la enfermedad (Tablas 1 y 2 ya citadas en las págs. 26 y 27) se sabe que algunos están presentes en la mayoría de las pacientes con TCA. Un programa de prevención primaria debe abordar los aspectos siguientes:

1. Información

Dirigida en primer lugar a los sujetos de riesgo y a sus familias, y en segundo lugar a la población en general.

Esta información tiene que llegar a los hogares, colegios y universidades.

Las consultas de Pediatría y Medicina de Familia pueden participar en la difusión de dicha información, especialmente entre las personas de mayor riesgo.

La difusión en los medios de comunicación debe ser prudente y basada en conocimientos sólidos.

2. Modificación de conductas precursoras de la enfermedad

Una acción más específica de la prevención primaria se basa en desarrollar programas que propicien la corrección de aquellas conductas que se ha demostrado son precursoras de los trastornos alimentarios.

Principalmente se ha de intentar evitar que se realicen variaciones en la dieta por motivos no claramente justificados o el inicio de dietas res-

trictivas, a escondidas o con el beneplácito familiar, con la finalidad hipotética de mejorar su figura.

3. Identificación de los grupos de riesgo

Mediante evaluaciones clínicas en las consultas de revisión pediátricas o en consultas motivadas por otras causas y en ocasiones aplicando cuestionarios (EAT-26), se pueden detectar aquellas personas que están en situación de riesgo de padecer la enfermedad. Estos grupos de riesgo suelen tener problemas con la aceptación de su figura, forma, peso y tamaño, pero sólo una minoría cumple todos los criterios diagnósticos de un TCA, por lo que es de gran interés detectar precozmente este grupo y trabajar con él.

Una vez detectada la situación de riesgo deben aplicarse las medidas adecuadas de prevención. Debe iniciarse con una información y consejo sanitario adecuado, y acompañarse de un seguimiento a lo largo del tiempo, intentando evitar la eclosión del trastorno y en todo caso propiciando su detección y tratamiento precoz si aparece.

4. Acción sobre los estereotipos culturales de delgadez y belleza

Mediante intervenciones sociosanitarias encaminadas a proteger a la población del riesgo de la actual presión dirigida a potenciar los aspectos estéticos, la promoción de una figura inalcanzable para muchas adolescentes, la vinculación de la belleza física y la delgadez con el éxito y sobre todo intervenir en la exigencia de un control sobre el llamado “Body Business”. La pretendida consecución de un cuerpo atractivo mueve grandes intereses económicos, las formas para conseguirlo son muy variadas y no todas son correctas, algunas incluso son claramente perjudiciales para la salud.

5. Educación escolar

Para prevenir los trastornos de la alimentación especialmente la anorexia nerviosa puede ser necesario establecer medidas muy tempranas. Los programas de educación alimentaria en las escuelas son un buen medio para prevenir los trastornos de la alimentación. Se ha observado que si se reduce el número de personas jóvenes que hacen dieta de forma innecesaria se reduce la incidencia de anorexia nerviosa.

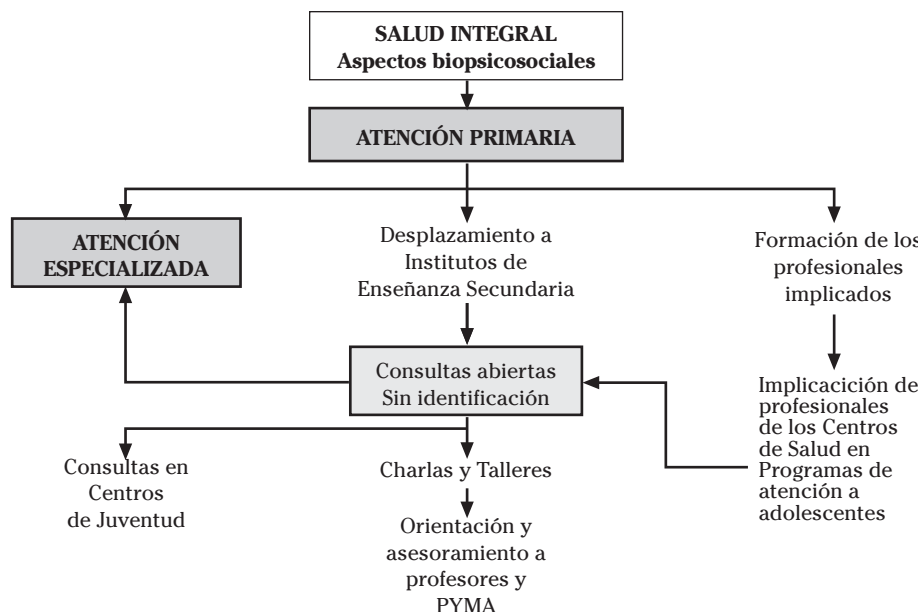
Propuestas

- Prevención en el ámbito escolar en las etapas previas a la adolescencia entre los 7-11 años.

- Información sobre los riesgos de la desnutrición, malnutrición y la necesidad y características de una nutrición equilibrada.
 - Desmitificación de la imagen-aspecto como elemento esencial para la autoestima y el éxito.
- Campañas de prevención y concienciación familiar y social sobre medidas generales de salud mental y específicas en relación con los TCA
- Informar a padres, profesores y educadores no sólo desde una perspectiva de la enfermedad y su sintomatología sino desde la necesidad de crear una autoestima adecuada.
 - Fomentar la escucha y la tolerancia haciéndolas compatibles con normas educativas consistentes, sin hacer hincapié solamente en lo negativo y en normas coercitivas y punitivas, ni caer en el permisivismo.
Si se siente apoyado por los padres y tiene una asertividad suficiente solucionará con más éxito los problemas que le surjan durante la etapa de socialización.
 - Mayor implicación parental en el control/educación alimentarios. Potenciar al menos una comida en familia intentando que la experiencia sea percibida de modo agradable mediante la creación de un clima adecuado y cordial.
 - Favorecer el conocimiento de los padres de los factores de vulnerabilidad de los trastornos alimentarios. Así se podrán adelantar a los prejuicios contra las diferentes constituciones corporales, informando de lo inadecuado de los mensajes críticos contra la obesidad emitidos por los medios de comunicación. Evitar la adopción de dietas salvo por prescripción facultativa.
 - Fomentar el hábito de lectura en todas sus variantes y no sólo de revistas dirigidas al público femenino en general y que fomentan la estética y la corporalidad como valores importantes.
- Intervenir sobre las dietas
- Desde las consultas de AP se tiene se deben detectar las conductas de dieta para monitorizarlas en los grupos de población vulnerables (escolares y adolescentes) por medio de programas educativos y de información. Hay que insistir en la importancia de una dieta equilibrada.
 - Los farmacéuticos deben conocer estas patologías y reconsiderar sus actitudes hacia los productos dirigidos al control del peso, anorexígenos, laxantes, diuréticos y productos dietéticos. Habría que exigir a la administración un mayor control en la dispensación de estos productos.

- La actividad deportiva
 - Es importante que el deporte no sea enfocado sólo como una manera de perder peso sino como un hábito saludable.
 - Hay determinadas actividades, como el ballet y la gimnasia rítmica, que se asocian a un alto riesgo de presentación de TCA por las a veces excesivas exigencias ponderales sobre todo cuando se trata de la alta competición. Estas actividades de mayor riesgo han de monitorizarse específicamente.
 - Potenciar la intervención de los servicios médicos de las federaciones en las concesiones de licencias deportiva.
- Programas de Salud Infantil: “Programa de Atención al niño sano”.
 - Intervenir para potenciar hábitos de alimentación sana y equilibrada.
 - Programar consultas específicas de revisión a la edad de 12 años, con esta finalidad.
- Trabajar con modelos integrados e integradores

La multidisciplinariedad no puede significar la oferta de una multitud dispersa de profesionales



PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LOS TCA

Objetivo

- Reducir la prevalencia, acortando la duración del trastorno una vez presentado.
- Detectar en la población general casos no asistidos.

Métodos

- Detección precoz.
- Tratamiento precoz y eficiente.

Fundamentos

- Cuanto más tiempo de evolución lleve un TCA más difícil va a ser su tratamiento y más probabilidades tendrá de cronificarse.

Situación actual

- Existe un gran retraso entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento.
- Un porcentaje significativo de personas no son diagnosticadas ni tratadas por los servicios sanitarios.
- Hay diferentes causas que influyen en ello:
 1. La información y conocimiento que de estos trastornos tienen los profesionales de Atención Primaria.
 2. La concienciación de los profesionales sanitarios hacia estos problemas.
 3. Falta de instrumentos adecuados y validados de utilidad en nuestra población que permita un diagnóstico temprano y preciso.
 4. Falta en las actividades PAPPS (programa de actividades preventivas de la sociedad de medicina familiar y comunitaria), de actividades orientadas a la detección y prevención de los TCA.
 5. El programa del niño sano tampoco incluye nada al respecto.

6. La falta de tiempo real para poder realizar actividades preventivas en las consultas.
7. Escasa frecuentación de los adolescentes a las consultas de Atención Primaria.
8. La resistencia de los adolescentes a reconocer estos problemas.

Estrategias

Para hacer posible la reducción del tiempo que media entre la aparición del trastorno y la puesta en marcha de un tratamiento eficaz se pueden utilizar las siguientes estrategias:

- Formación adecuada de los diferentes profesionales que pueden estar en contacto con la población de riesgo y actuar como elementos de detección de los TCA (maestros, profesores, psicólogos escolares, farmacéuticos, personal de atención primaria y pediatría, etc.).
- Formación adecuada de los profesionales de atención primaria, para que sean capaces de diagnosticar lo más precozmente posible, y, en consecuencia, tratar o derivar los casos que llegan a sus consultas.
- Trabajar con las familias: capacitarlas para detectar precozmente los signos y conductas de riesgo y formas de recibir atención sanitaria.
- Apoyo y coordinación con Asociaciones de Familiares.
- Revisiones periódicas:
 - Reforma del programa del niño sano para que, sobre todo en las revisiones de los 12 y 14 años, se realice una búsqueda activa de este problema.
 - Reconsiderar el papel de enfermería en este campo.

Recomendaciones generales para la detección e intervención precoz en atención primaria. (ANEXO 1)

- Para que la detección de los TCA en AP sea eficaz hay que realizarla dentro de las actividades habituales de la consulta y en un período de tiempo lo más corto posible.
- Hay que prestar especial atención a la población de riesgo (Tabla 14).

Tabla 14. Población de riesgo a evaluar especialmente

- Pacientes con IMC bajo.
 - Un IMC < de 18 en una persona adolescente nos debería obligar a descartar un cuadro de AN.
 - No sucedería lo mismo en el caso de un BN ya que el IMC puede ser normal.
- Pacientes que consultan por temas relacionados con el peso y que no estén en relación con sobrepeso u obesidad.
- Mujeres con alteraciones menstruales o amenorrea.
- Pacientes con síntomas gastrointestinales inespecíficos.
- Pacientes con signos clínicos de desnutrición.
- Pacientes con vómitos repetidos.
- Niños con retraso del crecimiento.
- Diabéticos jóvenes con poca adherencia al tratamiento.

- Realizar un primer screenig con una o dos preguntas simples:
 - ¿Piensas que puedes tener algún problema relacionado con la alimentación?
 - ¿Te parece que te preocupas demasiado por cuestiones relacionadas con tu peso?
- Valorar la utilización de algún instrumento de screenig: especialmente útil en Atención Primaria puede ser el EAT-26 (Test de actitudes hacia la alimentación) (ANEXO 2).
- Si tenemos sospecha de un posible TCA
 - Buscar conductas de riesgo y signos y síntomas de enfermedad (Tablas 15 y 16).

Tabla 15. Conductas sintomáticas de riesgo

Las conductas de riesgo son aquellas que si se realizan con cierta regularidad pueden conducir a la aparición de una anorexia o bulimia nerviosas.

Si se observan algunas de las siguientes conductas en algún familiar o compañero es conveniente consultar con el pediatra o médico de familia:

- Modificación de las costumbres alimentarias.
- Seguimiento de dietas restrictivas.
- Reducción en las cantidades de comida.
- Saltarse las comidas.
- Evitar de forma continuada tomar ciertos alimentos (p.ej.: helados, dulces, etc.).
- Evitar carnes rojas o sustituirlas por pescados.
- Consumo de productos bajos en calorías o ricos en fibra (productos integrales)
- Uso de diuréticos y abuso de laxantes.
- Hacer ejercicio físico para perder peso.
- Vomitar.
- Presencia de atracones en las últimas semanas.
- Falta de los tres últimos ciclos menstruales.
- Pérdida de aproximadamente 5 Kg. de peso, en 6 meses.
- Intenso miedo al aumento de peso.
- Verse grueso a pesar de estar en un peso normal (o sobrevalorar determinadas partes del cuerpo).
- Preocupación excesiva y frecuente por el cuerpo o la silueta.
- Pesarse con frecuencia.
- Exagerado interés en la publicidad sobre productos adelgazantes.
- Cambio del estado de ánimo o de carácter (depresión, irritabilidad,...).

- Distanciamiento de los amigos y familiares.
- Si evita ir a lugares públicos donde haya que comer.
- Si tiene excesivo interés por todo lo relacionado con el mundo de la moda y las modelos o bailarinas de ballet.
- Excesiva preocupación por el orden, y aumento en las actividades de limpieza en casa y hacia el estudio.
- Frecuentes comentarios sobre el peso, las tallas, el aspecto físico y la alimentación.
- Preocuparse en exceso cuando otras personas le hacen algún comentario sobre el aspecto físico.
- Considerar que el aspecto físico tiene mucho valor como medio para conseguir el éxito en cualquier área de su vida.
- Engañar a los demás sobre su alimentación y conductas de purga.
- Inquietud y nerviosismo en las horas de las comidas.
- Desaparición de comida de la cocina.
- Aparición de comida escondida en el bolso o en diferentes lugares de la habitación.
- Acudir al lavabo al finalizar las comidas con excesiva frecuencia.
- Sentimientos de falta de valía personal.
- Necesidad de aprobación.

Tabla 16. Signos y síntomas de alerta que indican la necesidad de una evaluación más exhaustiva

<p>A. Signos y síntomas físicos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, sobre todo en chicas. • Obsesión por la báscula. • Retraso en el crecimiento normal para la edad del paciente. • Irregularidades de la menstruación y/o amenorrea. • Complicaciones médicas por ejercicio físico abusivo. • Osteoporosis en jóvenes. • Hirsutismo o lanugo. • Anomalías dentarias. • Hipertrofia parotídea. • Callosidades en los nudillos de las manos.
<p>B. Signos y síntomas conductuales de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desaparecer inmediatamente después de las comidas y encerrarse en el baño. Conductas purgativas. • Creciente interés en temas gastronómicos, ropa y modas. Uso de pantalones de manera exclusiva y tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo. • Reducción y/o evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente. • Irritabilidad ante la comida. Rechazo a comer en lugares públicos. • Retraimiento de amistades y compañeras/os. • Aumento de actividades “útiles” y horas de estudio. • Miembros de un subgrupo vulnerable de población (bailarinas, modelos, gimnastas, actrices, etc.).

- Aplicar criterios diagnósticos (Tabla 17).

Tabla 17. Criterios diagnósticos

<p>Anorexia nerviosa</p> <p>Las pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se niegan a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal que le corresponde por edad y estatura. • Tienen un miedo intenso a ganar peso aunque estén por debajo de su peso normal. • Ven su silueta más gruesa de lo que realmente está. • Menstruación irregular o falta completa de la regla. <p>Se dividen en dos subtipos:</p> <p>1. Restrictivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduce de forma excesiva su alimentación. • Hace ejercicio físico <p>2. Purgativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparecen “atracones” regulares. • Se provoca vómitos, usa o abusa de laxantes, diuréticos o enemas (lavativas).
<p>Bulimia nerviosa</p> <p>Se caracteriza por la presencia de:</p> <p>1. Atracones, y éstos se caracterizan por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta exagerada durante largo tiempo (hasta dos horas). • Sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está tomando. <p>2. Poner en práctica, de forma repetida, una serie de métodos con el fin de evitar el aumento de peso, con una frecuencia de como mínimo 2 veces a la semana en los últimos 3 meses. Estos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vómito. • Uso y/o abuso de laxantes. • Diuréticos, enemas u otros fármacos. • Periodos de ayuno. • Ejercicio físico excesivo. <p>3. La valoración que hace de sí mismo/a está exageradamente influenciada por la figura corporal y el peso.</p> <p>Se dividen en dos subtipos:</p> <p>1. Purgativo: Tras el “atacón” la persona se provoca el vómito o abusa de laxantes, diuréticos o enemas.</p> <p>2. No purgativo: Tras el “atacón”, la persona deja de comer durante un tiempo o hace ejercicio físico intenso.</p>

- Diferenciar PROBLEMA de TRASTORNO:
 - Problema: Presenta conductas de riesgo, pero no cumple los criterios de diagnóstico de la enfermedad.
 - Trastorno: Cumple criterios diagnósticos.
- En los TCA es frecuente la alta comorbilidad psiquiátrica por lo que también deberemos valorar la existencia de síntomas de otros trastornos mentales:
 - Trastornos del control de los impulsos, trastornos afectivos y por abuso de sustancias en la BN.
 - Trastornos afectivos, de ansiedad y rasgos obsesivos en la AN.

- Si consultan personas del entorno pero no el paciente, informarles y orientarles para una adecuada intervención sanitaria.
- Situaciones especiales en la evaluación del paciente con TCA:
 - La falta de conciencia de enfermedad.
 - La negación del trastorno.
 - La escasa motivación al cambio, siendo ésta más acusada en las fases iniciales de la enfermedad.
 - En las fases iniciales son las familias las que suelen detectar el trastorno y presionan al adolescente para que aumente la ingesta en la AN o modifique el patrón atracón-purga en la BN. Esto suele generar que el ambiente familiar se deteriore.
 - Hay que realizar inicialmente una entrevista con el paciente y siempre después de habérselo comunicado al paciente, con la familia.
 - Generalmente será el pediatra o médico de atención primaria quien recibirá en primer lugar al paciente y captará los primeros síntomas de la enfermedad, siendo muy importante una adecuada evaluación diagnóstica.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TCA

Recomendaciones básicas de evaluación y coordinación de la atención a los TCA

1. La evaluación ha de ser completa: física, psíquica y social.
 - Hay que evaluar específicamente las situaciones de riesgo vital:
 - Riesgo nutricional.
 - Riesgo de suicidio.
 - Evaluar la necesidad de intervención médica o psiquiátrica urgente.
2. Monitorización del riesgo vital a lo largo de todo el proceso y especialmente.
 - Al inicio del tratamiento.
 - Tras ganancias de peso.
 - En las transiciones entre los diferentes dispositivos de atención.
3. En los pacientes que acceden a Atención Primaria, los pediatras y médicos de familia asumen la responsabilidad de la evaluación inicial y la coordinación de la atención.
4. Cuando intervienen en el tratamiento recursos de atención primaria y asistencia especializada debe existir un acuerdo claro entre los profesionales que intervienen sobre quién asume la responsabilidad de monitorizar a los pacientes y la distribución de las actividades y responsabilidades.
 - El acuerdo debe ser plasmado por escrito, a ser posible en la Historia Clínica Informatizada.
 - El acuerdo debe ser conocido por el paciente y por los familiares o cuidadores del paciente.

Acceso de los TCA al sistema sanitario

1. El acceso normal de los TCA al sistema sanitario se realiza a través de los Equipos de Atención Primaria.
2. Este acceso puede realizarse por medio de consultas del propio paciente o por consultas de asesoramiento a familiares o personas del entorno del afectado.

3. Ocasionalmente la detección puede realizarse en otros dispositivos de asistencia especializada o de Urgencias. En estas ocasiones, los profesionales que detecten o sospechen el trastorno deben ponerlo en conocimiento de los servicios de Atención Primaria o de Salud Mental correspondiente.

Detección precoz de los TCA en AP

1. Mediante un “screening” o pruebas de detección precoz en la población general y especialmente en la población de riesgo que acude a consulta por otros motivos.
2. Mediante consulta específica por sospecha de TCA.

Evaluación clínica completa

Objetivo

1. Historia clínica completa.
2. Evaluación física.
 - Examen físico rutinario
 - Talla, Peso, IMC (índice de masa corporal), TA (tensión arterial), FC (frecuencia cardíaca).
 - Analítica de rutina en TCA.
3. Evaluación de Hábitos Alimentarios: EAT-26. (ANEXO 2)
4. Evaluación del estado mental.
5. Exploración de variables psicosociales y familiares.
6. Definición de la demanda de los pacientes y cuidadores y en ocasiones reorientación de la misma.
7. Motivación al tratamiento.
8. Diagnóstico y orientación sobre el tratamiento a seguir.

Recomendaciones generales

- Hay una serie de signos y síntomas físicos de alarma así como aspectos conductuales que en caso de estar presentes indican la necesidad de realizar una exploración más exhaustiva (Tabla 16 de la pág. 72).
- En ocasiones para recoger toda esta información será necesaria la colaboración de algún familiar o informador próximo al paciente.

- En la primera entrevista es importante llevar a cabo una adecuada valoración de los riesgos físicos y psíquicos. Estos riesgos se han de reevaluar en todas y cada una de las consultas.
- La evaluación completa puede requerir varias consultas que se realizaran en el intervalo de tiempo más corto posible.
- La evaluación debe acompañarse de pautas generales de intervención y autoayuda.

Historia clínica completa

Debe incluir

- Sintomatología actual:
Ej. pérdida de peso, demanda de dietas de adelgazamiento o laxantes sin causa justificada, cambios en los hábitos alimentarios, signos de ansiedad frente a la comida, preocupación excesiva por el peso y la figura, presencia de atracones, de ejercicio excesivo o hiperactividad, etc.
- Tiempo de evolución del trastorno.
- Historia menstrual y trastornos ginecológicos.
- Presencia de complicaciones médicas. (ANEXO 3)
- Conciencia de enfermedad y grado de colaboración del paciente.
- Apoyo familiar y social.
- Antecedentes médicos y psiquiátricos personales y familiares.
- Acontecimientos estresantes.
- Consumo de sustancias.

Algunas preguntas que nos orientan en la evaluación son:

- En relación a las comidas: ¿qué come, a qué horas, qué le gusta o no le gusta, qué manías tiene con las comidas?
- Respecto a su imagen corporal: ¿cómo se ve?, ¿qué no le gusta de su cuerpo?
- También investigar acerca de cambios de carácter, ejercicio físico excesivo, si hace dieta y el tipo de dieta, si vomita o se da atracones, si toma laxantes.
- Indagar sobre el uso de fármacos no prescritos.

Exploración física

- Peso, talla, e índice de masa corporal (IMC).
- Constantes vitales.

- Grado de deshidratación y presencia de edemas.
- Valoración del estado nutricional.
- Establecimiento de peso mínimo, máximo e ideal individualizado.
- Diagnóstico diferencial con Anorexias secundarias a trastornos orgánicos.

Exploraciones complementarias

Variarán según el estado orgánico y el estado de nutrición:

- Analítica: Hemograma, proteínas totales, albúmina, prealbúmina, retinol, ionograma, urea, pruebas de función hepática, calcio, magnesio, fósforo, creatinina, glucemia, Ferritina, Colesterol total; HDL y LDL; Triglicéridos, B12, Folatos, Hormonas Tiroideas. Analítica de Orina.
- ECG.
- Radiología: Edad Ósea en Pediatría y Tórax.

Evaluación de hábitos alimentarios

Hábitos alimentarios y sintomatología acompañante de los TCA:

- Peso y altura actual, fluctuaciones y evolución del peso, relación con acontecimientos.
- Alteraciones de la imagen corporal y su impacto en la autoestima.
- Alteraciones de la conducta alimenticia:
 - Episodios bulímicos: frecuencia y severidad de estos episodios, sensación de pérdida de control, etc.
 - Conductas restrictivas: alimentos excluidos, tiempo de la comida, forma de comer.
 - Conductas purgativas vómitos, uso de purgantes y/o diuréticos, ejercicio excesivo
- Distorsiones cognitivas.
- Uso de registros de comida.

Aplicar escalas de evaluación de los TCA (según cada caso): (ANEXO 4)

- *Eating Attitudes Test* (EAT- 26). (ANEXO 2)
- Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2).
- Cuestionario de Edimburgo para el estudio de la Bulimia (BITE).
- *Body Attitude Test* (BAT).

- *Self-Rate Scale for Bulimia.*
- *Body Shape Questionnaire.*
- *Body Image Avoidance Questionnaire.*
- Cuestionario de Burlas.

Exploración del estado mental; psicopatología y rasgos de personalidad

- Antecedentes psiquiátricos personales:
Es importante investigar sobre la posible comorbilidad y precisar si los síntomas de estas patologías comenzaron antes o después del TCA:
 - Trastornos afectivos y riesgo autolítico.
 - Trastornos de personalidad.
 - Uso y abuso de tóxicos.
 - Otros trastornos mentales.
- Historia del desarrollo: antecedentes de abusos (psicológicos, físicos y sexuales).
- Historia familiar:
 - Antecedentes familiares de TCA u otros trastornos psiquiátricos.
 - Alteraciones de la estructura y dinámica familiar.
 - Calidad de las relaciones, alianzas entre ellos, relación entre padres y entre hermanos, modelos de comunicación, respuesta que recibe el paciente con la enfermedad.
 - Nivel de preocupación de la familia por la patología y conocimiento que tienen sobre la misma.
- Variables psicológicas:
 - Perfeccionismo
 - Estilo de toma de decisiones,
 - Mecanismos de defensa
 - Pautas de relación con los demás
 - Locus de control
- Instrumentos de evaluación: (Según casos y necesidad). (ANEXO 5)
 - Cuestionario Clínico Multiaxial MCMII.
 - Inventario de Beck (BDI).
 - Cuestionario de Ansiedad: Estado /Rasgo (STAI).
 - Cuestionario de Actitudes frente al cambio en los TCA: ACTA (Prochaska, Di Clementi).
 - Otros inventarios de personalidad, como 16PF, MMPI, IPDE.

Valoración social

- Especialmente necesidades de escolarización, ocupacionales, sociales y económicas.

Diagnóstico diferencial y de comorbilidad

- Algunas enfermedades físicas o psiquiátricas graves pueden presentarse como TCA.
- Los TCA pueden asociarse con patología física y psiquiátrica de forma comórbida.

Evaluación de la calidad de vida. (ANEXO 6)

Solicitud de interconsultas o derivación si precisa según criterios

- Interconsulta o derivación de Primaria a Salud Mental.
- Interconsulta de Salud Mental a Primaria.
- Interconsulta de Atención Primaria o Salud Mental a Dietética y Nutrición.

Devolución de los resultados

- Orientación diagnóstica.
- Orientación terapéutica (tipos de tratamientos indicados).
- Pautas a seguir con los pacientes y con la familia.
- Establecer calendario y Contrato terapéutico con pacientes y familias.

TRATAMIENTO DE LOS TCA

Medidas generales de intervención en los TCA

Evaluación y coordinación

- Monitorización a lo largo del proceso del riesgo vital:
 - Tras ganancias de peso.
 - En las transiciones entre dispositivos de atención.
- Monitorización de los cambios y adecuación de las pautas y ámbito del tratamiento a la evolución del paciente.
- *Cuando intervienen en el tratamiento varios recursos de atención primaria y asistencia especializada debe existir un acuerdo claro entre los profesionales que intervienen sobre quien asume la responsabilidad de monitorizar a los pacientes y las funciones de cada uno de los intervinientes. El acuerdo debe ser plasmado por escrito, a ser posible en la Historia Clínica Informatizada, debe ser conocido por el paciente y por los familiares o cuidadores del paciente.*

Objetivos del tratamiento de los TCA (Tabla 3)

Tabla 3. Objetivos del tratamiento de los trastornos de la alimentación

Los objetivos iniciales del tratamiento deben reevaluarse y ajustarse a lo largo del curso de la enfermedad
1. Restaurar y mantener un peso saludable <ul style="list-style-type: none">• Estimar el peso saludable para cada paciente
2. Minimizar las restricciones de comida
3. Reducir los atracones y las conductas purgativas si están presentes
4. Aportar educación sobre hábitos de nutrición y alimentación saludables
5. Favorecer el ejercicio saludable, pero no excesivo
6. Potenciar la motivación del paciente a la cooperación y participación en el tratamiento
7. Identificar los problemas psíquicos subyacentes y corregir los pensamientos y actitudes desadaptativas nucleares: <ul style="list-style-type: none">• Aspectos del desarrollo• Formación de la propia identidad• Preocupaciones con la imagen corporal• Autoestima en áreas más allá del peso y la figura• Problemas relacionados con la sexualidad• Regulación de los afectos• Expectativas asociadas a los roles de género• Disfunciones familiares• Estilos de afrontamiento
8. Tratar las complicaciones físicas
9. Tratar las complicaciones psiquiátricas asociadas
10. Aportar asesoramiento y terapia familiar si está indicado
11. Prevenir recaídas

Información y apoyo

- Poner a disposición de los pacientes, familiares y cuidadores información adecuada sobre los TCA y su tratamiento.
- Informar de la disponibilidad de grupos de autoayuda: Asociación de familiares de Bulimia y Anorexia Nerviosa (ABAN).
- Aceptar y afrontar la ambivalencia del paciente para fomentar su motivación al tratamiento.

Intervención precoz

- Los pacientes con TCA que demandan ayuda deben ser evaluados y tratados con la mayor rapidez posible.
- Los pacientes con desnutrición grave o en riesgo de padecerla deben ser considerados URGENCIAS MÉDICAS.

Intervenciones básicas sobre la salud física

- **Uso de laxantes**
 - Cuando se abusa de laxantes hay que reducirlos gradualmente.
- **Diabetes**
 - En pacientes con diabetes se ha de tratar activamente los síntomas de Bulimia nerviosa, aunque no cumplan los criterios completos para su diagnóstico.
 - En personas con Diabetes tipo I se requiere un control médico periódico intensivo para reducir el riesgo de retinopatías y otras complicaciones.
- **Embarazo**
 - Las mujeres embarazadas requieren una monitorización cuidadosa durante el embarazo y en el postparto.
- **Cuidado dental**
 - Cualquier paciente con TCA que presente vómitos está en riesgo de sufrir complicaciones dentales.
 - Recomendar revisiones dentales periódicas.
 - Informar sobre higiene dental.
 - Evitar cepillarse los dientes después de vomitar.
 - Enjuagarse la boca con un producto que no sea ácido tras el vómito.
 - Reducir la acidez de la boca.

Intervenciones específicas en niños y adolescentes

- Todos los miembros de la familia, incluidos los hermanos, se pueden beneficiar de intervenciones encaminadas a informar, acon-

sejar sobre pautas de comportamiento y facilitar la comunicación intrafamiliar.

- El desarrollo y crecimiento deben monitorizarse cuidadosamente.
- Debe evaluarse el riesgo de abusos emocionales o físicos.
- Debe respetarse el derecho a la confidencialidad adecuado a las condiciones del menor.

Fases del tratamiento de los TCA (Tabla 18)

Tabla 18. Fases del tratamiento de los TCA

<p><i>FASE 1. TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES SOMÁTICAS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación de peso con aporte dietético adecuado: establecimiento de hábitos alimentarios saludables. • Medidas de control externo. • Educación nutricional. • Tratamiento de las complicaciones orgánicas.
<p><i>FASE 2. TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación de la conducta y modificación de actitudes. • Psicoeducación. • Psicoterapia individual y/o grupal. • Tratamiento psicofarmacológico. • Intervención familiar. • Terapia ocupacional.
<p><i>FASE 3. REAJUSTE DEL PACIENTE EN SU MEDIO FAMILIAR Y SOCIAL</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención familiar y evaluación socio-familiar. • Apoyo psicoterapéutico. • Intervención/ Orientación ocupacional. • Intervención social.
<p><i>FASE 4. PREVENCIÓN DE RECAIDAS Y SEGUIMIENTO DE LA RECUPERACIÓN ALCANZADA</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas: identificación de factores de riesgo y desarrollo de pautas de manejo adaptativas/eficaces. • Incorporación progresiva al medio natural hasta el alta terapéutica. • Orientación para el seguimiento tras el alta: derivación al Servicio adecuado. • Seguimiento y orientación del plan de actividades comunitaria.
<p><i>FASE 5. PREVENCIÓN TERCIARIA</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y tratamiento de complicaciones somáticas, psíquicas, psiquiátricas, familiares, sociales y académico/laborales

Ámbito de tratamiento de los TCA

- **Personas de riesgo bajo o moderado**
 - Tratamiento Ambulatorio.
- **Personas de alto riesgo**
 - Considerar tratamiento en régimen de ingreso y/o derivar urgentemente a un servicio especializado de salud mental:
 - Desnutrición grave.

- Riesgo de suicidio.
- Deterioro grave del funcionamiento general.
- Pobre respuesta a los tratamientos previos.

Anorexia nerviosa

Tratamiento ambulatorio

Intervenciones psicológicas

Son el tratamiento clave en el manejo de la AN.

- La aplicación de las mismas debe ir acompañada de una periódica monitorización del peso y de los indicadores específicos de riesgo médico.
- Se trata de lograr la ganancia de peso, la alimentación saludable y la reducción de los síntomas relacionados con los TCA:
 - Reestructurar las cogniciones de la paciente.
 - Afrontar el miedo a “la gordura” y al descontrol.
 - Aprender a manejar las emociones y corregir las creencias erróneas sobre su propio cuerpo.
 - Mejorar las relaciones interpersonales.
 - Fomentar la asertividad.
 - Reducir el estrés.
- Existen distintas alternativas:
 - Terapia Cognitivo analítica.
 - Terapia Cognitivo conductual.
 - Terapia Interpersonal.
 - Terapia psicodinámica focal.
 - Intervenciones familiares focalizadas en los TCA.
 - El consejo dietético: no es suficiente como único tratamiento del la AN.
- Intervenciones familiares focalizadas en los TCA con el objetivo de conseguir:
 - Colaboración terapéutica de la familia.
 - Reorganización de la comida en casa. Cumplimiento de normas a seguir: el contrato terapéutico.
 - Desarrollar habilidades para contestar y resistir las exigencias de la paciente.
 - Cambio del clima familiar; establecimiento de límites; reestructuración de los roles familiares.

- Estrategias para una comunicación positiva y rectificación de la comunicación negativa.
- Técnicas para la reducción del estrés en la familia.
- Apoyo a cuidadores y familiares.
- La duración mínima es de 6 meses.

Intervenciones farmacológicas

- Escasa evidencia científica.
- No puede ser el único tratamiento ni el fundamental para la AN.
- Algunos síntomas diana como la depresión y los síntomas obsesivo-compulsivos mejoran con la renutrición.
- Vigilar especialmente el riesgo de efectos secundarios, sobre todo cardíacos.

Tratamiento en regimen de ingreso

Aspectos generales

- Criterios de ingreso: (ANEXO 7)
 - Alto o moderado riesgo físico.
 - No responden al tratamiento ambulatorio.
 - Riesgo significativo de suicidio o autolesión.
- Dispositivo idóneo:
 - Debe poder prestar los cuidados psiquiátricos y médicos necesarios.
- En ocasiones puede ser necesario el ingreso contra la voluntad del paciente.
- En periodo previo y posterior al ingreso ha de controlarse especialmente el riesgo de autolesiones y conductas suicidas.

Tratamientos psicológicos

- Son fundamentales durante el ingreso, pero no existe evidencia sobre modelos estructurados concretos a utilizar.
- Un abordaje estructurado, focalizado en los síntomas, encaminado a la ganancia de peso debe realizarse de forma conjunta con una monitorización estricta de los parámetros físicos.
- El tratamiento psicológico debe centrarse en los comportamientos alimentarios, las actitudes ante el peso y la imagen corporal y en aspectos psicosociales relevantes para el objetivo de ganar peso.

- Programa operante: Plan de intervención que define las normas y los cuidados que la paciente debe seguir para restablecer su salud, recuperar el peso y estabilizarlo.
 - Requiere contrato paciente-terapeuta-familia.
 - Definir refuerzos y el coste de la respuesta.
 - Lograr durante el ingreso un ejercicio físico moderado y saludable.
- Técnicas basadas en el condicionamiento clásico, tales como control estimular, desensibilización sistemática para afrontar las reacciones emocionales contradictorias ante la comida y algunas partes del cuerpo (exposición a través de técnica del espejo, etc).
- Modelado de conductas de alimentación adecuadas.
 - Los programas de modificación de conducta rígidos pueden ser contraproducentes.

Intervenciones contra la voluntad del paciente

- Son el último recurso.
- Deben realizarse de acuerdo con el marco legal (Ley de Enjuiciamiento Civil, art 763, que regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico).

Tratamiento psicológico post-hospitalización

- Tras un ingreso el tratamiento debe ser prolongado, mínimo de un año.
- Debe seguir los mismos principios que el tratamiento psicológico durante la hospitalización.

Tratamiento médico de la AN

Aspectos generales

- En la AN los riesgos de morbilidad médica son importantes.
- Deben ser monitorizados cuidadosamente.
- Deben evaluarse por médicos especializados: servicios de Dietética y Nutrición.

Manejo de la renutrición

- Ganancia de peso:
 - Durante el ingreso: Media de 0,5-1 Kg por semana.
 - En ambulatorio: Ganancia de 0,5 Kg por semana.

- Aportes nutricionales extras. Necesidad de Nutrición enteral o suplementos alimenticios especiales en ocasiones.
- Monitorización periódica del estado físico.
- Evitar nutrición parenteral.

Manejo de los riesgos

- Informar al paciente y cuidadores de los riesgos potenciales.
- Implicar a un médico o pediatra cualificado en los pacientes con riesgos médicos especiales.
- Atención especial a mujeres embarazadas.
- Precaución con la utilización de estrógenos en niñas y adolescentes con problemas de densidad ósea por riesgo de fusión prematura de las epífisis.
- Prevenir sobre el riesgo de fracturas asociadas a actividad física intensa en pacientes con TCA y osteoporosis o trastornos óseos relacionados.

Consideraciones adicionales para niños y adolescentes

Aspectos generales

- Es necesario involucrar a familia y cuidadores.
- El derecho a la confidencialidad ha de manejarse con especial precaución.
- Todos los miembros de la familia, incluidos los hermanos, pueden beneficiarse de las intervenciones y deben ser incluidos en el tratamiento.
 - Compartir la información.
 - Aconsejar sobre el manejo de los comportamientos anómalos.
 - Facilitar la comunicación.

Anorexia Nerviosa

- Debe ofrecerse intervención familiar que aborde directamente el problema del TCA.
- Debe ofrecerse abordaje individual al niño o adolescente, independiente del familiar.
- Una vez alcanzado el peso, se debe garantizar una aportación nutricional que garantice el crecimiento y desarrollo.
- Involucrar a la familia y cuidadores en programas de educación nutricional y en la planificación de comidas.

Ingreso de niños y adolescentes con AN

- El ingreso de niños y adolescentes debería:
 - Realizarse en un dispositivo adecuado para la edad.
 - Contraponer las necesidades de tratamiento y ganancia urgente de peso con las necesidades educativas y sociales de los menores.
- Todo ingreso de menores debido a enfermedad mental debe notificarse al Juzgado correspondiente y solicitarse la correspondiente autorización.

Bulimia nerviosa

Tras la evaluación inicial y aplicando los mismos criterios que para la AN:

Plantear un programa de autoayuda basado en la evidencia

- Animar directamente y apoyar al paciente en el desarrollo de estos programas que pueden mejorar la evolución.
- Pueden ser suficientes para algunos pacientes.

Tratamientos psicológicos: deben constituir el pilar del tratamiento.

- En adultos:
 - Terapia Cognitivo Conductual para Bulimia Nerviosa. (TCC-BN).
 - Estructurada en 16-20 sesiones distribuidas en 4-5 meses.
- En adolescentes:
 - Terapia Cognitivo Conductual para Bulimia Nerviosa adaptada a su edad, circunstancias y nivel de desarrollo.
- Si no responde a TCC-BN o se rechaza este tipo de tratamiento:
 - Alternativas psicoterapéuticas.
 - Psicoterapia Interpersonal.
Plan de 8-12 meses.

Tratamientos farmacológicos

- El uso de antidepresivos puede ser una alternativa o un tratamiento añadido a los programas de autoayuda basados en la evidencia.
- En términos de tolerancia y reducción de síntomas los ISRS, especialmente la fluoxetina, son los fármacos de primera elección.

- La dosis eficaz de los fármacos es mayor que para la depresión.
 - Fluoxetina: 60 mg.
- Los beneficios del tratamiento suelen verse rápidamente, reduciendo los atracones y las conductas purgativas, pero los efectos a largo plazo no son conocidos.

Tratamiento en régimen de ingreso total o parcial

- En casos de riesgo de autolesiones o suicidio.

Coordinación entre atención primaria y secundaria

- A los pacientes con antecedentes de AN que no acuden a tratamiento en un dispositivo de asistencia especializada, los Médicos de Familia o Pediatras deberían proponerles una evaluación física y del estado mental anualmente.
- En los casos compartidos entre AP y AE se debe llegar a un acuerdo entre los profesionales implicados sobre la distribución de responsabilidades en el seguimiento. Este acuerdo debe ser por escrito, a ser posible en la Historia Clínica Informatizada, y comunicado al paciente y cuidadores.

ELECCIÓN DEL ÁMBITO DE TRATAMIENTO DE LOS TCA

- El tratamiento de los TCA se realiza en distintos **ámbitos o niveles**:
 - Consultas ambulatorias:
 - Para recibir tratamiento médico, asesoramiento nutricional, psicoterapia individual, de grupo o familiar.
 - En ocasiones requieren programas ambulatorios intensivos de 2-3 consultas por semana.
 - Hospitalización completa:
 - En las unidades hospitalarias psiquiátricas o en camas de los hospitales generales.
 - Programas residenciales:
 - En unidades de media estancia o de rehabilitación.
 - Programas de hospitalización parcial.
- La determinación del **nivel inicial de tratamiento** (Tabla 19) y el cambio a un nivel diferente de atención se debe basar en la evaluación global del paciente.

Tabla 19. Elección del ámbito de tratamiento de los TCA

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Características	Ambulatorio	Ambulatorio Intensivo	Hospitalización parcial	Residencia psiquiátrica	Hospitalización completa
Complicaciones médicas	Médicamente estable			No necesita sueros intravenosos, ni nutrición enteral mediante sonda nasogástrica, o determinaciones analíticas frecuentes	Anexo 2
Conductas suicidas	Ni tentativas ni planes			Planes sin tentativas	Planes y tentativas
% Peso saludable estimado individualmente	>85%	>80%	>75%	<85%	<70-75% IMC<16* Niños y adolescentes con pérdidas agudas y rechazo de la comida
Motivación, cooperación y autocontrol	Buen-moderada	Moderada	Parcial, cooperador pero con pensamientos recurrentes varias horas al día	Escasa disposición, cooperador sólo en ambientes muy estructurados, preocupaciones muy frecuentes	Muy escasa, continuamente preocupado por el tema, no cooperador o precisando una supervisión muy alta
Trastornos comórbidos	La presencia de trastornos comórbidos influye en la elección del nivel asistencial				Cualquier trastorno psiquiátrico que requiera hospitalización
Estructura necesaria para comer o aumentar de peso	Autosuficiente o con supervisión familiar		Necesita cierta estructura para comer y ganar peso	Necesita supervisión en todas las comidas o pierde peso	Necesita supervisión durante y después de las comidas o alimentación por sonda nasogástrica
Control del ejercicio	Capaz de realizar un ejercicio normal, y de controlar el ejercicio compulsivo		Se requiere una estructura para evitar el ejercicio compulsivo	Requiere supervisión continua para evitar que el paciente realice ejercicio compulsivo	
Conductas purgativas	Pueden controlarse o reducirse en un medio no estructurado. No presenta complicaciones médicas significativas como alteraciones ECG o metabólicas			Puede solicitar ayuda si necesita para controlar las conductas purgativas	Precisa supervisión durante y después de las comidas y en el cuarto de baño
Estrés ambiental	Dispone de personas que le aportan estructura, soporte emocional y práctico adecuado		Dispone de personas para prestarle apoyo pero de forma limitada	Conflictos, problemas o ausencia de familiares por lo que no es posible proporcionar un tratamiento estructurado en casa, o vive solo sin un sistema de apoyo adecuado	
Disponibilidad de recursos y accesibilidad	Vive cerca del centro de tratamiento			Demasiado alejado para vivir en casa	

- Adaptado de La Via M, Kaye WH, Andersen A, Bowers W, Brandt HA, Brewerton TD, Costil C, Hill I, Lilienfeld L, McGuilley B, Powers PS, Prior T, Yager J, Zucker ML. Anorexia Nervosa: criteri for levels of care. Eating disorders research Society Annual Meeting, Boston, 1998.
- Son recomendaciones que requieren del juicio individualizado por parte del médico
- Uno o más ítems pueden hacer que un paciente sea derivado al nivel superior
- El peso saludable debe estimarse individualmente. Las recomendaciones sobre el peso son aproximaciones y no valores absolutos basados en tablas estandarizadas
- * Depende de la velocidad de pérdida de peso : Pérdidas rápidas > 10-20% en tres meses previos y/o > 5% en el mes previo también es aconsejable ingreso

- Las condiciones físicas, particularmente el peso y estado cardíaco: (ANEXO 7)
 - Con pesos inferiores al 85% del estimado como peso saludable para el paciente es muy difícil recuperar peso sin la ayuda de un régimen de tratamiento muy estructurado.
 - Los que están por debajo del 75% de su peso saludable estimado probablemente requieran una hospitalización completa.
 - Los pacientes con pérdidas graves de peso, como para tener que indicar su ingreso médico urgente, con mayor probabilidad responderán peor al tratamiento, sufrirán más complicaciones y tendrán peor pronóstico.
 - En consecuencia, la hospitalización debe programarse antes de llegar a una situación de inestabilidad médica. Los criterios se resumen en la Tabla 20.

Tabla 20. Criterios médicos de tratamiento en hospitalización

Adultos	Niños y adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente, un peso inferior al 65% del estimado como peso saludable para el paciente • Pérdida del 30% del peso previo • IMC menor de 16 o pérdida rápida de peso (> 5% 1 mes / > 20% 3 meses) 	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente, un peso menor del 70% del peso estimado como saludable para el paciente o una pérdida brusca de peso con rechazo de la comida
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca menor de 40 lpm 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca próxima a 40 lpm
<ul style="list-style-type: none"> • Tensión Arterial menor de 80/50 mm Hg 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión ortostática (con un incremento del pulso en más de 20 lpm o una caída en la presión arterial mayor de 10-20 mm Hg /minuto tras incorporarse de la posición tumbado)
<ul style="list-style-type: none"> • Glucosa menor de 50 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión Arterial menor de 80/50
<ul style="list-style-type: none"> • Potasio menor 3 mEq/L 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipokalemia
<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio de electrolitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipofosfatemia
<ul style="list-style-type: none"> • Hipotermia (menor de 35,5°C) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipomagnesemia
<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación 	
<ul style="list-style-type: none"> • Fallo hepático, renal o cardiovascular que precise tratamiento urgente 	
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mal controlada 	

- Las alteraciones psicopatológicas o conductuales: Son criterios para valorar el ingreso:
 - Las restricciones rápidas o persistentes de la ingesta oral de alimento.

- Las reducciones de peso tras haberse llevado a cabo intervenciones intensivas en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial.
- La presencia de factores estresantes adicionales o circunstancias sociales que dificulten el cumplimiento de los tratamientos y la comorbilidad psiquiátrica (Tabla 21).

Tabla 21. Otros factores para tratamiento en hospitalización

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Intentos de suicidio, planes de suicidio u otros factores que sugieran un alto riesgo de suicidio• Pobre motivación para la recuperación• Preocupación por pensamientos desadaptativos egosintónicos o egodistónicos• Falta de cooperación con el tratamiento o cooperación sólo en ambientes muy estructurados• Cualquier trastorno psiquiátrico coexistente que requiera hospitalización• Trastornos graves de abuso de sustancias concurrentes• Necesidad de supervisión en todas las comidas y visitas al baño• Vómitos incontrolados o hematemesis• Presencia de factores estresantes adicionales que interfieren con la capacidad del paciente para comer; por ejemplo, infecciones virales intercurrentes, estresantes psicosociales importantes o falta de soporte social• Peso próximo al que en otras ocasiones se produjo la inestabilidad médica• Síntomas de bulimia gravemente incapacitantes que no responden al tratamiento ambulatorio |
|---|

- Las Bulimias Nerviosas no complicadas no suelen necesitar ingresos hospitalarios. Solo se recomendará el ingreso si:
 - Aparecen síntomas graves e incapacitantes que no responden a los tratamientos ambulatorios.
 - Problemas médicos graves concomitantes como alteraciones metabólicas, hematemesis, alteraciones de las constantes vitales o vómitos incontrolados.
 - Conductas suicidas o alteraciones psiquiátricas que justifiquen el ingreso independientemente de la Bulimia Nerviosa.
- Las **intervenciones legales** para ingresos involuntarios pueden ser necesarias para garantizar la seguridad de los pacientes que rechazan el tratamiento y cuyo estado pone en peligro su vida.
- Si el paciente precisa un ingreso, para **elegir el dispositivo de hospitalización** médico o psiquiátrico, de pediatría o de psiquiátrica de menores se valorará:
 - El estado médico y psicopatológico del paciente.
 - La disponibilidad de los recursos y la capacitación del personal.
- Algunos pacientes que precisan un tratamiento psiquiátrico intensivo pero médicamente están fuera de riesgo se pueden beneficiar del ingreso en **recursos residenciales psiquiátricos** fuera de los hospitales generales (Tabla 22).

Tabla 22. Considerar tratamiento en régimen de ingreso no hospitalario (unidad de media estancia, clínica de rehabilitación)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad médica que haga innecesarios los sueros intravenosos, la nutrición enteral mediante sonda nasogástrica, o las determinaciones analíticas frecuentes • En pacientes con un peso inferior al 85% del estimado como saludable para ellos • Que tengan poca motivación para la recuperación • Con preocupación por pensamientos desadaptativos egosintónicos o egodistónicos • Que no pueden comer o ganar peso por sí mismos; y precisan supervisión en todas las comidas para evitar la restricción de la alimentación • Necesitan una supervisión estructurada para evitar el ejercicio compulsivo • Deterioro marcado del funcionamiento general • Conflictos o problemas familiares graves; ausencia de familia, de soporte social adecuado o de ambos |
|--|

- La **hospitalización parcial** en Hospitales de Día permite reducir el número y duración de los ingresos. Estos no están indicados en los pacientes médicamente inestables, sin soporte sociofamiliar adecuado o poco motivados para el tratamiento (Tabla 23).

Tabla 23. Considerar tratamiento en régimen de hospitalización parcial (hospital de día)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Que estén parcialmente motivados para la recuperación • Con preocupación por pensamientos desadaptativos egosintónicos o egodistónicos • Necesidad de una estructura para ganar peso • Necesitan una supervisión estructurada para evitar el ejercicio compulsivo • Padecen un trastorno psiquiátrico comórbido que requiere tratamiento intensivo |
|--|

- Los pacientes muy motivados para cumplir el tratamiento, con familias que cooperan, síntomas de inicio reciente y pérdidas de peso leves (inferiores al 20% del peso saludable estimado) deben ser tratados en **régimen ambulatorio**, pero siempre con un adecuado control y evaluación y advirtiendo de la posibilidad de tener que recurrir a otros recursos según evolucione el tratamiento en las primeras semanas (Tabla 24).

Tabla 24. Considerar tratamiento en régimen ambulatorio

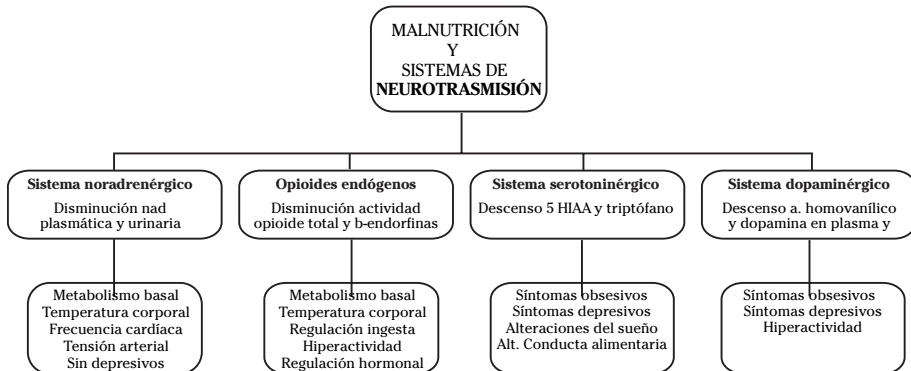
Intensivo
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes médicamente estables, pero que requieren un apoyo estructurado mediante contactos más frecuentes o mediante la participación en grupos
Estandar
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes médicamente estables y que no requieren ámbito más estructurado

- En este ámbito se ha de realizar un control al menos semanal y con frecuencia dos o tres veces por semana, del peso en condiciones estrictas y control de constantes.
- El tratamiento ambulatorio es compatible con el mantenimiento de la convivencia familiar y el estudio, lo que es de gran importancia en los menores.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LOS TCA

Introducción:

- Los TCA pueden inducir graves complicaciones nutricionales que, por un lado, interfieren en el tratamiento psicológico, y por otro, ponen en peligro la vida de los pacientes.
- El control y resolución de estas complicaciones debe correr a cargo de especialistas en nutrición con experiencia suficiente en el manejo de estas enfermedades.
- La disminución de la ingesta de alimento y los estados de malnutrición y carenciales en sí mismos, cualquiera que sea su origen, pueden producir alteraciones psicopatológicas.
- Dichas alteraciones no se solucionarán si no se mejora la malnutrición que las ha desencadenado o acentuado.
- Las anomalías psicopatológicas están determinadas por alteraciones en los neurotransmisores como la serotonina, la dopamina, la noradrenalina, los opioides endógenos o el neuropéptido Y.
- La malnutrición también produce anomalías cerebrales que se reflejan en la neuroimagen estructural y funcional, además de deterioro cognitivo.
- Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes provocadas por la restricción alimentaria y la malnutrición son los síntomas depresivos, los síntomas obsesivo-compulsivos, la hiperactividad, la conducta antisocial, los trastornos de la conducta alimentaria y síndromes cerebrales orgánicos.



Funciones generales de los médicos especialistas en dietética y nutrición

1. Valoración del estado nutricional. (ANEXO 8)
2. Diagnóstico de repercusiones orgánicas y enfermedades asociadas.
3. Tratamiento de la malnutrición y de otras posibles deficiencias nutricionales.
4. Tratamiento de las complicaciones orgánicas existentes.
5. Educación nutricional dirigida al paciente y a su familia.

Una vez recopilados estos datos se establece un diagnóstico nutricional y con ello el tratamiento nutricional y farmacológico más adecuado.

Objetivos del tratamiento nutricional

- Conseguir o mantener un adecuado estado nutricional.
- Conseguir una alimentación razonablemente organizada, equilibrada y suficiente.
- Que no existan complicaciones clínicas asociadas.

Un régimen terapéutico racional ha de tener en cuenta que:

- El tratamiento instaurado de forma precoz mejora sensiblemente el pronóstico.
- La recuperación ponderal no es sinónimo de curación, sobre todo si el incremento se produce rápidamente.
- Deben mantenerse unos criterios flexibles en función de cada caso.
- Sólo se considerará solucionado un caso después de un control evolutivo prolongado.

Educación nutricional

- La piedra angular del tratamiento nutricional es la educación nutricional.
- Debe realizarse de forma interactiva, a través de un diálogo fluido, asequible para cada persona, de forma que el paciente pueda concienciarse sobre la importancia de alcanzar un correcto estado nutricional y de la influencia beneficiosa que tiene en el estado de salud la realización de una dieta variada y equilibrada.

- El objetivo de la educación nutricional de los pacientes con cualquier tipo de TCA es alcanzar y mantener un peso dentro de los límites considerados sanos a través de una alimentación equilibrada y variada, con ingestas regulares, sin atracones ni utilización de ningún tipo de conducta compensatoria.
- Esta educación puede ser individual o grupal.
- Puede impartirse al paciente solo o ampliarse a los familiares.
- Debe desarrollarse de forma ambulatoria o en el ámbito hospitalario.
- Debe tratar conceptos fundamentales como:
 - Nociones de composición corporal y peso saludable.
 - Nutrientes y requerimientos energéticos y su variación en función de la edad, y de la actividad física.
 - Destacar los cambios negativos que producen los periodos de ayuno sobre la composición corporal, especialmente sobre la masa magra y la masa ósea y las posibles complicaciones asociadas.
 - Repercusiones físicas de los atracones cuando se mantienen largo tiempo: alteraciones hidroelectrolíticas, dilatación gástrica, reflujo gastroesofágico y en casos extremos perforación y abdomen agudo.
 - Riesgos de cada una de las técnicas purgativas.
 - Clarificar la finalidad de la actividad física.
 - Conocimientos generales sobre alimentación: Distintos grupos de alimentos y sus nutrientes y su frecuencia aconsejada de consumo.
 - Reparto en varias ingestas a lo largo del día.
- Esta información podría quedar reflejada en un documento escrito con una serie de normas generales que puedan ser modificadas y adaptadas para cada paciente y que sirva como guía en el domicilio de los pacientes, sin sustituir de ninguna manera la comunicación oral mediante un diálogo fluido en que los pacientes puedan expresar sus dudas.

ÁMBITOS DE TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Consulta externa

Siempre que el estado nutricional y psíquico del paciente lo permita, se preferirá el tratamiento ambulatorio en consulta externa. El trata-

miento siempre se prevé a largo plazo y requiere una gran motivación por parte del paciente y participación por parte de la familia.

Criterios de derivación a consulta externa de Dietética y Nutrición

- Paciente con desnutrición: IMC inferior a la normalidad $< 18,5$.
- Pacientes en los que se haya producido una pérdida de peso importante en un plazo de tiempo breve ($> 10-20\%$ de su peso corporal en los tres meses previos o $> 5\%$ peso en el mes anterior).
- Además las pacientes con peso normal, sobrepeso u obesidad asociado a otros trastornos del comportamiento alimentario, siempre que haya una desorganización grave de la ingesta y/o conductas purgativas que pueden afectar a su estado nutricional.

Evaluación

- Situación nutricional.
- Presencia de alteraciones orgánicas y psicológicas y el nivel de riesgo.

Tras la evaluación inicial y paralela por nutrición y psiquiatría se decidirá el tratamiento a seguir.

Tratamiento

- El tratamiento será individualizado en función de cada paciente.
- Encaminado a:
 - Corregir cualquier alteración biológica.
 - Posteriormente corregir el comportamiento alimentario.
 - Se evitará en la medida de lo posible las dietas programadas.
 - En primer lugar se estructurará la alimentación organizando las ingestas principales y sus horarios.
 - Luego se trabajará sobre la variedad y elección de los alimentos.
 - Finalmente, sobre su cantidad.
- En ciertos casos puede ser necesaria la indicación de suplementos protéicos calóricos por vía oral:
 - Si la malnutrición persiste y no se consigue una recuperación razonable.
 - Siempre de forma temporal.
 - De acuerdo con el paciente.
 - Con un objetivo bien definido de recuperación ponderal.

- Durante el tiempo de tratamiento será necesario programar citas periódicas con una frecuencia variable en función de la gravedad del cuadro.
- En cada una de las consultas se evaluará la evolución bien con registros nutricionales o encuestas dietéticas, exploración física y antropométrica y exploraciones complementarias si es preciso.

Hospital de día

Características específicas

- La posibilidad de una vigilancia constante del estado nutricional y de los comportamientos alimentarios de los pacientes dentro de un ambiente normal, brinda una capacidad terapéutica imposible de conseguir en consulta externa o incluso en el hospital.

Objetivos específicos al tratamiento nutricional

- Control del estado nutricional.
- Recuperación de un peso saludable.
- Control y eliminación de conductas purgativas y hábitos aberrantes.
- Registro diario y vigilancia de la ingesta y comportamientos alimentarios así como del cumplimiento de las pautas alimentarias.
- Separación del paciente del proceso de selección y cocinado de los alimentos. Comidas en grupo.
- Inicio precoz del proceso de educación alimentaria.
- Entrenamiento de la familia en las pautas nutricionales y comportamientos alimentarios.
- Control de las posibles complicaciones.
- Soporte psicológico constante.

Hospitalización

- La hospitalización implica el fallo del tratamiento en la consulta externa u hospital de día y/o una situación orgánica muy grave.
- La indicación de ingreso puede ser psiquiátrica o por su estado nutricional. Durante el ingreso deben coordinarse las dos especialidades para el tratamiento.
- Desde el punto de vista nutricional las indicaciones de tratamiento deben ser:
 - Recuperación del equilibrio orgánico.

- Resolución de las complicaciones médicas asociadas.
- Tratamiento de las alteraciones nutricionales.
- Recuperación de un peso mínimo (pactado).
- Iniciar una aproximación hacia la alimentación oral aceptablemente normalizada.
- El tipo de soporte nutricional dependerá del grado de desnutrición del paciente y generalmente se realizará con nutrición enteral por sonda nasogástrica de forma exclusiva o combinada con alimentación oral y/o con nutrición enteral oral combinada con dieta oral.
- En la actualidad el empleo de nutrición parenteral ha quedado relegado a situaciones extremas en pacientes gravemente desnutridos y en los cuales el empleo del tracto gastrointestinal es inviable.
- La renutrición ha de ser siempre gradual y cuidadosa, monitorizando estrechamente al paciente durante todo el proceso con el fin de prevenir posibles complicaciones y prestando especial atención al síndrome de realimentación.
- La recuperación ponderal no es sinónimo de curación, sobre todo si el incremento se produce rápidamente.
- Deben mantenerse unos criterios flexibles en función de cada caso.
- Sólo se considerará solucionado un caso después de un control evolutivo prolongado.

PREVENCIÓN TERCIARIA DE LOS TCA

Tratamiento de las complicaciones asociadas a los TCA (ANEXO 9)

Indicaciones: En pacientes

- Crónicos.
- Refractarios al tratamiento, tras haber realizado:
 - Tratamiento adecuado.
 - Durante el tiempo suficiente.
 - En los recursos apropiados.
 - ▲ Utilizar recursos altamente especializados, para pacientes resistentes (ej. Instituto de Trastornos Alimentarios, ITA) antes de considerarlos refractarios.
- Que tengan comprometida su salud física por:
 - Conductas purgativas.
 - Consumo de sustancias.
 - Caquexia.
- Comorbilidad psicopatológica grave.
- Afectación del funcionamiento general en la vida diaria.
- Con repercusión en el funcionamiento familiar o en el ámbito social.
- Disminución significativa de la calidad de vida.

Objetivos

- Evitar las secuelas, los síntomas y las complicaciones más graves.
- Rehabilitar a las pacientes con evolución tórpida en las áreas relacional y familiar.

Intervención

- No insistir en programas terapéuticos encaminados a una recuperación total.
- Pactar con los pacientes las metas a conseguir.
- Definir y negociar qué conductas se van a aceptar.

- Enseñar a no ponerse en situaciones de riesgo vital.
- Atender la morbilidad psiquiátrica y educar sobre los cuidados a seguir.
- Acordar con la familia los objetivos de la intervención orientados a mejorar la adaptación y calidad de vida

Recursos

- Hospital de día y Centros de Día.
- Unidades de media estancia.
- Ingresos puntuales en Unidades de Agudos o de Hospital General
- Asociaciones de familiares

Tratamiento de las complicaciones médicas

Alteraciones cardíacas y vasculares en los TCA

- Se han descrito una serie de efectos fisiológicos y clínicos en el sistema cardiovascular desencadenados por la pérdida de peso:
 - Disminución de la fuerza contráctil del miocardio y de la masa muscular ventricular.
 - Disminución del gasto cardíaco.
 - Disminución de la distensibilidad.
 - Bradicardia sinusal.
 - Cambios ECG. Ritmos ectópicos.
 - Prolapso de la válvula mitral.
 - Reducción de la capacidad de ejercicio.
 - Insuficiencia cardíaca (que empeora o se desencadena al reanudar la alimentación).
- El riesgo de muerte aumenta cuando la pérdida de peso alcanza el 35% por debajo del peso ideal.
- Algunos pacientes sufren insuficiencia cardíaca congestiva al inicio de la fase de realimentación.
- No está protocolizado quién debe seguir un control ecocardiográfico pero generalmente corresponderá a aquellos pacientes que desarrollen síntomas y signos de insuficiencia cardíaca, los grandes desnutridos y las desnutriciones moderadas-severas de evolución prolongada en el tiempo.

Enfermedad ósea en los TCA

- Globalmente el contenido mineral del esqueleto es un 25% menor que en la población general.
- La incidencia de fracturas es 7 veces superior a lo normal.
- Tendrán una menor densidad mineral ósea.
 - Cuanto más precoz haya sido el inicio del trastorno del comportamiento alimentario.
 - Mayor el tiempo de evolución del trastorno.
 - Más prolongada la amenorrea.
 - Más bajo IMC.
 - Más escasas la ingesta de calcio.
 - Menor la actividad física.
 - En los que no hay una recuperación progresiva del peso se produce una pérdida del 3-4 % de peso anual.
 - Los pacientes con **anorexia nerviosa** y conductas purgativas tienen mayor pérdida de masa ósea.
- En pacientes con **bulimia nerviosa** la afectación ósea no está tan clara.
- En adolescentes está indicado realizar **densitometría**:
 - Tras 1 año de evolución de la enfermedad.
 - A los seis meses de amenorrea.
- Los **tratamientos** en general son muy poco efectivos, la recuperación del peso y función gonadal siguen considerándose elemento fundamental.
 - Tras la recuperación del estado nutricional se produce una recuperación de la masa ósea fundamentalmente en pacientes adolescentes, no así en pacientes adultos, por ello se han ensayado diversos tratamientos.
 - **Fundamentos del tratamiento**
 - ▲ Lo fundamental es la recuperación del estado nutricional
 - ▲ La recuperación de la función gonadal si bien es importante, su importancia es mucho menor que la recuperación del estado nutricional. Los esteroides gonadales no han demostrado evidencia de recuperación de masa ósea.
 - ▲ Se debe siempre analizar si la ingesta de calcio y vitamina D es adecuada.
 - ▲ Los difosfonatos no se han empleado de forma sistemática en estos pacientes, sus efectos adversos digestivos constituyen una limitación para su empleo en estos pacientes.

Fertilidad y gestación en los TCA

- Las mujeres con TCA presentan una mayor tasa de infertilidad secundaria a las alteraciones neuroendocrinas que presentan.
- Los TCA afectan aproximadamente al 1 % de los embarazos.
- En una paciente gestante con TCA la sospecha clínica precoz es fundamental para evitar las complicaciones en el recién nacido que suelen ser mayores:
 - Bajo peso.
 - Prematuridad.
 - Mayor mortalidad perinatal.
 - Depresión posparto.
- La malnutrición fetal, en épocas sensibles, parece dar lugar a anomalías durante la misma génesis de los sistemas de neurotrasmisión, con efectos a muy largo plazo.
 - El volumen y/o el peso cerebral se reducen en el neonato en relación directa con la pobreza de la dieta ingerida por la madre.
 - La malnutrición fetal puede dar lugar, por ello, a cocientes de inteligencia deficitarios y problemas de aprendizaje con el consiguiente riesgo de fracaso escolar y psicosocial.
- Las mujeres con bulimia presentan una mayor tasa de aborto, hipertensión, paladar hendido y alteraciones en la curva ponderal de la madre.
- Mientras los síntomas de bulimia remiten durante el embarazo, la incidencia de depresión posparto o recaída de los síntomas de bulimia aumenta tras el parto.
- Un problema adicional en los embarazos de estas mujeres es la tardanza en el diagnóstico de embarazo.
- El seguimiento de estas gestaciones debe hacerse conjuntamente: obstetra, psicólogo/psiquiatra y médico nutricionista.
- Es necesario un control exhaustivo de la ingesta calórica, macro y micronutrientes.
- Las bajas ingestas ocasionan una elevación crónica de los cuerpos cetónicos con consecuencias negativas para el feto.
- En las mujeres con bulimia durante las 10-12 primeras semanas deben estabilizarse el peso e interrumpir las conductas purgativas.
- El seguimiento debe extenderse al posparto, por la mayor incidencia de recaídas.

Alteraciones endocrinológicas en los TCA

- La afectación del sistema endocrinológico es mayor en los casos de anorexia nerviosa:
 - Se detiene el crecimiento longitudinal y la evolución / aparición de la pubertad en pacientes de menor edad y el desarrollo de amenorrea posmenarquia.
 - También se desarrollan anomalías en los ejes hipotálamo-hipófiso- adrenal e hipotálamo-hipófiso-tiroideo.
- Todas estas alteraciones se recuperan tras la normalización de estado nutricional sin ser necesario en ningún caso el tratamiento hormonal sustitutivo.
- En la bulimia nerviosa las alteraciones endocrinológicas son menos frecuentes y evidentes.
- No hay que olvidar las situaciones intermedias y la prevalencia superior de este trastorno en pacientes afectas de endocrinopatías clásicas como diabetes o síndrome del ovario poliquístico.

Alteraciones digestivas en los TCA

- Reflujo gastroesofágico: es frecuente, fundamentalmente en pacientes con bulimia.
- Retraso del vaciamiento gástrico. Una complicación rara pero potencialmente grave es la dilatación aguda gástrica que se puede producir en el contexto de un síndrome de realimentación.
- Estreñimiento: por enlentecimiento del tránsito colónico y disenergía del suelo pélvico.
- También es prevalente el desarrollo de un colon catártico.
- Pancreatitis aguda: su riesgo está incrementado en la bulimia en relación con los atracones y en la renutrición en pacientes con anorexia.
- El tratamiento médico de estos procesos no va asociado a mejora de los mismos si no se produce un cambio de hábitos y una renutrición.

**PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN/ DE
INTERVENCIÓN EN TCA**

1. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Acceso de los TCA al sistema sanitario

1. El acceso normal de los TCA al sistema sanitario se realiza a través de los Equipos de Atención primaria.
2. Este acceso puede realizarse por medio de consultas del propio paciente o por consultas de asesoramiento a familiares o personas del entorno del afectado.

Detección precoz de los trastornos de alimentación en AP

3. Mediante un “screening” o pruebas de detección precoz en población general y especialmente en población de riesgo que acude a consultas por otros motivos:
 - Preguntas clínicas.
 - Cuestionarios: EAT-26.
4. Mediante consulta específica por sospecha de TCA.

Recomendaciones generales

- Para que la detección de los TCA en AP sea eficaz hay que realizarla dentro de las actividades habituales de la consulta y en un período lo más corto posible.
- Hay que prestar especial atención a la población de riesgo (Tabla 14 de la pág. 71).
- Realizar un primer screenig con una o 2 preguntas simples:
 - ¿Piensas que puedes tener algunos problemas relacionado con la alimentación?
 - ¿Te parece que te preocupas demasiado por cuestiones relacionadas con tu peso?
- Valorar la utilización de un instrumento de screenig, el EAT-26 (ANEXO 8).

Actitud ante la sospecha de un TCA

- Si tenemos sospecha de un posible TCA:
 - Buscar **síntomas** de riesgo (Tabla 16 de la pág. 72).
 - Aplicar **criterios diagnósticos** (Tabla 17 de la pág. 73).
- En los TCA es frecuente la alta comorbilidad psiquiátrica por lo que también deberemos dirigirnos a valorar la existencia de síntomas de otros trastornos de salud mental:
 - Trastornos del control de los impulsos, trastornos afectivos y trastornos por abuso de sustancias principalmente en la BN.
 - Trastornos afectivos, de ansiedad y rasgos obsesivos en la AN.
- Si quienes consultan son personas del entorno pero no el paciente, es preciso informar y orientar para una adecuada intervención sanitaria.

Situaciones especiales en la evaluación del paciente con TCA

- La falta de conciencia de enfermedad.
- La negación del trastorno.
- La escasa motivación al cambio.
- En las fases iniciales las familias suelen detectar el trastorno y presionan al paciente para que aumente la ingesta en la AN o modifique el patrón atracón-purga en la BN. Esto suele generar conflictos en el ambiente familiar.
- Hay que realizar inicialmente una entrevista con el paciente y siempre después de habérselo comunicado al paciente, con la familia.
- Generalmente será el pediatra o médico de atención primaria quien recibirá en primer lugar al paciente y captará los primeros síntomas de la enfermedad, siendo muy importante una adecuada evaluación diagnóstica.

Evaluación clínica inicial

Recomendaciones

- Hay una serie de signos y síntomas físicos de alarma así como aspectos conductuales que en caso de ser positivos indican la necesidad de realizar una exploración más exhaustiva (Tabla 16 de la pág. 72).
- En ocasiones para recoger toda esta información será necesaria la colaboración de algún familiar.

- En la primera entrevista es importante llevar a cabo una adecuada valoración del cuadro que incluirá:
 - Examen físico rutinario
 - Talla, Peso, IMC, TA, FC
 - Analítica de rutina en TCA
 - Hábitos Alimentarios: EAT-26
 - Estado mental
- Debemos diferenciar PROBLEMA de TRASTORNO:
 - Problema: presenta conductas de riesgo, pero no cumple los criterios diagnósticos de la enfermedad
 - Trastorno: Cumple criterios diagnósticos

Historia clínica completa

- Sintomatología actual:
 - Pérdida de peso, demanda de dietas de adelgazamiento o laxantes sin causa justificada, cambios en los hábitos alimentarios, signos de ansiedad frente a la comida, preocupación excesiva por el peso y la figura, presencia de atracones, de ejercicio excesivo o hiperactividad.
- Historia menstrual.
- Tiempo de evolución del trastorno.
- Presencia de complicaciones médicas.
- Conciencia de enfermedad y grado de colaboración del paciente.
- Apoyo familiar y social.

Algunas preguntas que nos orientan sobre el diagnóstico

- En relación a las comidas: ¿qué comen, a qué horas y con quién; qué le gusta o no le gusta, qué manías tiene con las comidas?
- Respecto a su imagen corporal preguntarle ¿cómo se ve?, ¿qué no le gusta de su cuerpo?
- También explorar cambios de carácter, ejercicio físico excesivo, si hace dieta y tipo de dieta, si vomita o se da atracones, si toma fármacos no prescritos, especialmente laxantes o diuréticos.

Exploración física: Valoración del estado nutricional.

- Peso, talla, e índice de masa corporal (IMC).
- Constantes vitales.

- Grado de deshidratación, pliegue cutáneo, sequedad de mucosas y presencia de edemas.

Exploraciones complementarias

- Variarán según el estado orgánico y el estado de nutrición
 - Analítica: Hemograma, proteínas totales, albúmina, prealbúmina, proteína transportadora del retinol, ionograma, urea, pruebas de función hepática, calcio, magnesio, fósforo, creatinina, glucemia, Ferritina, Colesterol total; HDL y LDL; Triglicéridos, B12, Folatos, Hormonas Tiroideas.
 - ECG
 - Radiología: Edad Ósea en Pediatría y Tórax
 - Orina.

Intervención inicial ante un TCA

1. No banalizar el cuadro clínico atribuyéndolo a la moda, la edad o caprichos pasajeros, ni tampoco dramatizar.
2. Información al paciente y a la familia:
 - Nuestra opinión general sobre el caso.
 - Diagnóstico e información general del trastorno.
 - Una valoración del pronóstico.
 - Información sobre el plan de tratamiento (técnicas a utilizar, tiempo, profesionales implicados).
3. Solicitar el compromiso de la familia en el tratamiento.
4. Evitar culpabilizar a nadie.
5. Informar sobre grupos de autoayuda y asociaciones de familiares.
6. Manejar la ambivalencia del paciente y la familia y los cambios de actitud y de demandas.
7. Controlar el consumo de laxantes, diuréticos y otras sustancias
8. Control especial de pacientes diabéticos
9. Control especial de pacientes embarazadas
10. Control especial de la Salud Dental
11. Diferenciar si nos encontramos ante un PROBLEMA o ante un TRASTORNO:
 - 11.1. ANTE UN PROBLEMA: Intervención psicoeducativa, pautas de alimentación y revisiones periódicas.
 - Si no evoluciona correctamente derivar al CSM.

11.2. ANTE UN TRASTORNO: Derivación y seguimiento intensivo hasta asegurarse que inicia tratamiento en el CSM.

Derivación

Requisitos previos

- A veces hay que preparar la derivación para intentar hacerla de la manera que más favorezca la colaboración posterior del paciente:
 - Manejo de la derivación con adecuadas estrategias de entrevista clínica.
 - Enfocarla como una búsqueda de ayuda y no como un castigo
- Descartar siempre patología orgánica.
- Evitar culpabilizar a nadie.

Criterios de derivación

1. Si tiene un PROBLEMA con el comportamiento alimentario, está estable, bien controlada y nutrida, pero no evoluciona favorablemente:
 - CONSULTA NORMAL A SU CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM).
2. Si cumple criterios para un TCA
 - CONSULTA PREFERENTE AL CSM.
3. Si además cumple criterios de DESNUTRICIÓN: $IMC < 18.5$
 - CONSULTA PREFERENTE A DIETÉTICA Y NUTRICIÓN.
4. Si presenta desnutrición, alteraciones de conducta y problemas emocionales GRAVES
 - CONSULTA URGENTE CON PSIQUIATRÍA.

Seguimiento longitudinal

1. En todos los dispositivos asistenciales se ha de poder hacer una evaluación longitudinal de:
 - RIESGO SOMÁTICO: Peso, TA, FC, IMC, Analítica
 - RIESGO CONDUCTUAL/EMOCIONAL:
 - Riesgo de suicidio.
 - Hábitos alimenticios y conductas purgativas.
2. Todo menor con sospecha de TCA o Diagnóstico de TCA, que pasa de Pediatría a Médico de Familia debe salir con una CITA PROGRAMADA CON EL MÉDICO DE FAMILIA

3. Si el paciente es derivado el responsable y coordinador pasa a ser el equipo del CSM.
 - Se le ha de asignar un psiquiatra y psicólogo de referencia.
4. Papel del médico de familia y/o enfermera de AP:
 - Colaborar en el seguimiento y mantenimiento de visitas periódicas según pautas dadas desde el CSM.
 - Debe existir un acuerdo claro entre los profesionales que intervienen sobre la distribución de actividades y responsabilidades, plasmado por escrito, a ser posible en Historia Clínica Informatizada (HCI) y conocido por el paciente y los cuidadores.
5. Coordinación Atención Primaria-Especializada:
 - Intercambio de información.
 - Valoración conjunta a la vista de los datos obtenidos.
 - Planificación del tratamiento y seguimiento del paciente. Es importante delimitar y clarificar qué debe hacer cada profesional.
 - Responder por escrito el informe de interconsulta, a ser posible vía HCI.
6. En los pacientes estables con antecedentes de TCA, que no acuden a tratamiento es recomendable realizar una evaluación periódica (anual) del estado mental y físico para detectar recaídas o complicaciones
7. En pacientes diagnosticados, que no acuden a tratamiento, y se detectan situaciones de riesgo vital por causa física o mental, pese a lo que se niegan a acudir a tratamiento, plantearse la posibilidad de ingreso involuntario y consultar con el Centro de Salud Mental.

2. PROTOCOLO PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA: ATENCIÓN AMBULATORIA EN CENTROS DE SALUD MENTAL (CSM)

Evaluación

Objetivos

- Definir la demanda.
- Aclarar la motivación hacia el tratamiento.
- Explorar las variables psicosociales, familiares y médicas.
- Diagnosticar y orientar sobre el tratamiento a seguir.

Nº de sesiones: 4

Frecuencia: Un día a la semana.

- En casos graves el proceso de evaluación se puede realizar en menos tiempo.
- Tras cada sesión de evaluación se dan pautas de actuación.
- En todas las consultas se ha de monitorizar los riesgos vitales físicos y psicológicos y adaptar el protocolo al estado del paciente.

SESIONES DE EVALUACIÓN
<p>PRIMERA SESIÓN: Historia clínica: Protocolo de recogida de datos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de la enfermedad (Antecedentes personales; familiares; Trastornos ginecológicos; Acontecimientos estresantes). • Consumo de sustancias. • Estado actual de la enfermedad (Conductas relacionadas con el TCA; hábitos de alimentación; alteraciones psicopatológicas). • Exploración física: Peso, Talla, TA, FC. Coordinado con Atención Primaria y Dietética y Nutrición. • Motivación, Diagnóstico, Tratamiento (farmacológico y/o psicoterapéutico) e itinerario a seguir.
<p>SEGUNDA SESIÓN: Evaluación psicológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentarios y sintomatología coadyuvante • Aplicar escalas de evaluación de los TCA (según cada caso): <ul style="list-style-type: none"> – Eating Attitudes Test (EAT- 26). – Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2). – Cuestionario de Edimburgo para el estudio de la Bulimia (BITE). – Body Attitude Test (BAT).
<p>TERCERA SESIÓN: Exploración psicopatológica y de personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos estandarizados, según cada caso: <ul style="list-style-type: none"> – Cuestionario Clínico Multiaxial (MCMII-II). – Inventario de Beck (BDI). – Cuestionario de Ansiedad: Estado /Rasgo (STAI). – Cuestionario de Actitudes frente al cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: ACTA (Prochaska, Di Clementi).

SESIONES DE EVALUACIÓN
CUARTA SESIÓN: Devolución de los resultados
<ul style="list-style-type: none">• Orientación terapéutica (tipos de tratamientos indicados).• Pautas a seguir con los pacientes y con la familia.• Establecer calendario y Contrato terapéutico con los pacientes y las familias.• Introducir el registro diario sobre hábitos de alimentación

Tratamiento individual de la AN

Con las pacientes

Objetivos

- Reforzar la actitud al cambio en el paciente: cognitiva, conductual y afectiva.
- Restablecer y estabilizar el peso y los hábitos alimentarios.
- Corregir los pensamientos erróneos y las distorsiones cognitivas.
- Resolución de problemas.
- Mejorar las habilidades sociales y las relaciones interpersonales.
- Prevenir las recaídas.

Técnicas

- Autoconciencia corporal (Técnicas de relajación).
- Control de peso y Autorregistros de las comidas diarias en colaboración (AP y S. de Dietética y Nutrición).
- Autorregistros: Observación de las contingencias asociadas a la conducta alimentaria.
- Revisión, seguimiento y negociación de las normas a seguir en casa (con la familia)
- Material gráfico: Manual “Camino hacia la recuperación”.
- Técnicas de control de estímulos y de exposición con prevención de respuesta.
- Técnicas de reestructuración cognitiva para corregir los pensamientos automáticos y las creencias irracionales sobre la comida, el peso, la imagen.
- Técnica de resolución de problemas.
- Prevención de recaídas.

Frecuencia: 1 vez semana/1 vez cada quince días

Duración: A criterio del terapeuta

Terapeuta: Psiquiatra y/o Psicólogo Clínico

Con la familia: padres o pareja

Objetivos

- Mejorar la información y los conocimientos sobre los TCA.
- Corresponsabilizarse con el tratamiento y aceptación del mismo.
- Restablecer y estabilizar el peso y los hábitos de alimentación.
- Reforzar la autonomía y superar el miedo a la maduración de las pacientes.
- Recuperar los patrones de alimentación en el ámbito familiar.
- Tratar aspectos relacionados con el funcionamiento de la familia: Estimular las relaciones y la cooperación entre los miembros de la familia y paciente.
- Mejorar el clima familiar.
- Resolución de conflictos.
- Prevenir los sentimientos de fracaso ante las recaídas.

Técnicas

- Normas a seguir en casa (Hoja-contrato): Seguimiento y negociación.
- Hábitos de alimentación (Calendario de comidas).
- Audiovisuales (videos de información).
- Material gráfico: Manual “Camino hacia la recuperación”.
- Técnicas de resolución de conflictos.

Frecuencia: Quincenal

Duración: 9 meses

Terapeuta: Psiquiatra o Psicólogo Clínico y Coterapeuta

Tratamiento grupal de la AN

Con las pacientes

Objetivos

- Restablecer peso y hábitos alimentarios.
- Corregir los pensamientos erróneos y las distorsiones Cognitivas.
- Tratar aspectos relacionados con la imagen corporal.
- Resolución de problemas.
- Mejorar las habilidades sociales y relaciones interpersonales.
- Manejo del estrés: identificación de las manifestaciones del estrés.
- Prevenir las recaídas.

Técnicas

- Autoconciencia corporal: técnicas de relajación.
- Control peso y autorregistros de conducta alimentaria (observatorio de contingencias asociadas a las conductas alimentarias).
- Revisión, seguimiento y negociación de las normas a seguir en casa (Padres/Pareja).
- Material gráfico: Manual “Camino hacia la recuperación”.
- Audiovisuales (videos de información).
- Técnicas de reestructuración cognitiva.
- Técnicas de control de estímulos y de exposición con prevención de respuesta.
- Técnica de resolución de problemas.
- Técnicas para reducir el estrés.
- Rol playing.
- Prevención de recaídas.

Frecuencia: Un día por semana de 60’

Duración: 9 meses / 36 sesiones con paréntesis en las vacaciones de verano, Navidad y Semana Santa

Terapeuta: Psiquiatra o Psicólogo Clínico y Coterapeuta.

Con la familia: padres o pareja

Objetivos

- Restablecer y estabilizar el peso y los hábitos de alimentación.
- Mejorar la información y el conocimiento sobre los TCA.
- Corresponsabilizarse con el tratamiento y la aceptación del mismo.
- Reforzar la autonomía y superar el miedo a la maduración de las pacientes.
- Recuperar los patrones de alimentación en el ámbito familiar.
- Resolución de Conflictos.
- Mejorar el clima familiar y la cooperación entre la familia y el paciente.
- Prevenir sentimientos de fracaso ante recaídas.

Técnicas

- Normas a seguir en casa (Hoja-contrato): Seguimiento y negociación.
- Hábitos de alimentación (Calendario de comidas).
- Audiovisuales (videos de información).

- Material gráfico: Manual “Camino hacia la recuperación”.
- Adquisición de herramientas para sobrellevar el tratamiento; detectar conductas propias del trastorno y compartir experiencias con otros padres si procede.
- Técnicas de resolución de conflictos.
- Rol-playing.

Frecuencia: Quincenal

Duración: 6 meses / 14 sesiones

Terapeuta: Psicólogo Clínico y Trabajador Social

Tratamiento individual y /o grupal de la BN

Coordinador del programa y/o Terapeuta: Psicólogo clínico o psiquiatra

Objetivos

- Restablecer hábitos de alimentación.
- Recuperación de estado físico.
- Reforzar la actitud al cambio cognitiva, conductual y afectiva
- Normalización del estado mental: mejorar el ánimo; reducir la ansiedad; corregir las alteraciones de la personalidad, las distorsiones cognitivas y los pensamientos erróneos; evitar abuso de sustancias y las ideas de suicidio.
- Restablecer las relaciones familiares.
- Corregir pautas de interacción social alteradas: mejorar las habilidades sociales y las relaciones interpersonales.
- Resolución de problemas.
- Prevención de recaídas

Técnicas

- Manual de autoayuda “Camino hacia la recuperación”.
- Terapia Cognitivo-conductual para el tratamiento de la Bulimia:
 - Reestructuración cognitiva
 - Registros

Terapia familiar

Psicólogo clínico o psiquiatra: Por indicación del equipo terapéutico.

- Indicado preferentemente en las pacientes diagnosticadas de AN y TCA en menores de edad.

Farmacoterapia

Psiquiatra

- Alivio sintomático o tratamiento de la comorbilidad en AN.
- Psicofarmacoterapia específica en la BN.

Evaluación longitudinal

- Evaluación de riesgos.
- Evaluación de cambios.
- Adecuación del programa de tratamiento a la evolución del paciente.

3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN HOSPITAL DE DÍA A PACIENTES CON TCA

Justificación

Los programas de Hospitalización de Día fueron implantados por vez primera en el Hospital Universitario de Toronto en los años 80.

El recurso de Hospital de Día para los TCA, como otros trastornos, resulta de especial interés por razones tanto de eficacia como de eficiencia:

- Permite un abordaje integral e intensivo del trastorno desde una perspectiva multidisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, etc.).
- Proporciona un marco propicio para intervenciones terapéuticas grupales.
- No desvincula al paciente de su entorno natural, aspecto fundamental, particularmente importante, cuando se trata de población joven y adolescente.
- Reduce y acorta la necesidad de ingresos en régimen de hospitalización total.

Objetivos generales

- Recuperación de pautas y hábitos alimentarios adecuados.
- Adquisición de unas actitudes positivas hacia la alimentación.
- Aumento de peso.
- Contención y/o medidas de control no factibles en el medio familiar.
- Romper los círculos viciosos de control-descontrol.
- Servir de dispositivo de transición y enlace entre un régimen hospitalario y un régimen ambulatorio.
- Implicar de forma más directa a pacientes y familiares.
- Identificar aquellos factores socio-familiares que interactúan con el debut o mantenimiento del trastorno e intervenir a fin de minimizarlos.

Indicaciones/criterios de ingreso

- Cuando es insuficiente el tratamiento ambulatorio.
- Como prevención de un posible ingreso en régimen de hospitalización total.
- Posteriormente al alta de un programa de hospitalización total.
- En entornos familiares con conflictos.

Contraindicaciones

- Un deterioro grave del estado físico y nutricional.
- Comorbilidad psiquiátrica que precisa ingreso en hospitalización total: Alto riesgo de suicidio, Abuso o dependencia grave de tóxicos, etc.
- Incapacidad de mantener al/a la paciente en un régimen de hospitalización diurna por escaso soporte sociofamiliar.
- Si durante la recuperación nutricional no existen coterapeutas o un adecuado soporte familiar para seguir las pautas de tratamiento

Estructura del programa

Fases del programa

Fase 1. tratamiento de las alteraciones somáticas.

- Recuperación nutricional: hidratación, recuperación de peso con aporte dietético adecuado: establecimiento de hábitos alimentarios saludables con medidas de control externo.
- Educación nutricional.
- Tratamiento de las complicaciones orgánicas.

Fase 2. tratamiento de los problemas psicopatológicos.

- Psicoeducación.
- Psicoterapia individual y grupal.
- Tratamiento psicofarmacológico.
- Intervención familiar.
- Terapia ocupacional.

Fase 3. reajuste del paciente en su medio familiar y social.

- Intervención familiar y evaluación socio-familiar.
- Apoyo psicoterapéutico.
- Intervención/ Orientación ocupacional.
- Intervención social.

FASE 4. prevención y seguimiento de la recuperación alcanzada

- Prevención de recaídas: identificación de factores de riesgo y desarrollo de pautas de manejo adaptativas/eficaces.
- Incorporación progresiva al medio natural hasta el alta terapéutica.
- Orientación para el seguimiento tras el alta: derivación al Servicio adecuado.
- Seguimiento y orientación del plan de actividades comunitaria.

Articulación de los servicios

Servicio de acogida

El/la paciente acude al Centro acompañado/a de un familiar o de una persona significativa, preferentemente que forme parte de su entorno habitual.

- **GESTIONES ADMINISTRATIVAS:** Personal administrativo.
 - Apertura de la historia clínica.
 - Recogida los informes clínicos u otros documentos que porte el/la paciente.
 - Entrega de información pertinente sobre el servicio: tríptico y normas del Servicio.
- **PRIMERA CONSULTA INDIVIDUAL:** Psiquiatra/psicólogo clínico.
 - Acogida.
 - Evaluación inicial.
 - Información sobre la estructura del equipo y funcionamiento del Servicio.
 - Pautas iniciales de tratamiento.
- **ACOGIDA A LOS CUIDADORES/FAMILIARES:** Trabajador/a Social.
 - Recibe a los familiares que acompañan al paciente para realizar la historia social.
 - Les informa de la estructura del equipo y del funcionamiento del Servicio.
 - Programa las entrevistas con la familia.
- **ADAPTACION AL SERVICIO: Auxiliar de clínica y Terapeuta ocupacional.**
 - Favorecen la adaptación del/de la paciente al Centro: le presentan al resto del equipo de profesionales, así como a sus compañeros y le enseñan las instalaciones del hospital.
 - Observan al/la paciente en su proceso de adaptación y le apoyan durante los primeros momentos del ingreso.
 - Desde los primeros momentos, realizan labores de control externo respecto a la alimentación (seguimiento de la dieta, cumplimiento de pautas acordadas con el terapeuta, prevención de conductas de purga u otras actitudes inadecuadas, etc.).
 - Registran las conductas adaptativas y/o desadaptativas.
 - Observan los síntomas relacionados con las interacciones sociales del/de la paciente en todas sus vertientes.
 - Se constituyen como enlace entre los/las pacientes y el equipo terapéutico.

- **CUIDADOS DE ENFERMERIA: DUE**
 - Pruebas complementarias
 - Supervisión de la dieta en cuanto a calidad y cantidad
 - Dispensará la medicación pautada.

Servicio de evaluación

El día siguiente al ingreso los miembros del EQUIPO ponen en común la información obtenida para establecer el programa de evaluación y tratamiento:

- Establecer el Plan Individualizado de Evaluación en todas sus vertientes: física, psicopatológica (conductual, cognitiva y emocional), ocupacional y social.
- Establecer los objetivos del Programa de Tratamiento Individualizado.
- Determinar el profesional de referencia/responsable del paciente.
- **SITUACION ORGANICA: Psiquiatra y DUE**
 - En todos los casos, realizará analítica de sangre
 - En los casos en los que sea necesario se derivará al/a la paciente a los Servicios Especializados pertinentes para realizar exploraciones complementarias (ECG, EEG, TAC o RMN, etc.) e Interconsultas (Dietética y Nutrición etc.)
- **EXPLORACION PSICOPATOLOGICA: psiquiatra y/o psicólogo/a clínico/a.**
 - Siguiendo el protocolo general de evaluación.
- **EVALUACION FAMILIAR Y SOCIAL: Facultativo y Trabajador/a Social.**
 - Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, hábitos familiares de alimentación, proceso de la enfermedad, repercusión familiar, dinámicas familiares que perpetúan los síntomas, actitudes familiares, etc ..., a través de entrevistas semiestructuradas con la familia del/la paciente, con el/la paciente, y con ambos.
- **EVALUACION OCUPACIONAL: Terapeuta Ocupacional,** basada en el modelo de ocupación humana propuesto por Gary Kielhofner.
 - Se valorarán las tres áreas ocupacionales (A.V.D., productividad y ocio) en sus cuatro dimensiones (motivación, hábitos y roles, capacidades y habilidades funcionales, y ambiente) a través de entrevistas (O.P.H.I.-I, Subescala de Identidad Ocupacional de O.P.H.I.-II) escalas (Listado de Roles, Listado de Intereses, Cuestionario Ocupacional, Escala de Exploración Vocacional) y observación directa.

Servicio de tratamiento

Objetivos de tratamiento	Técnicas terapéuticas
Trabajo motivacional: implicación, aumento de la conciencia del trastorno, reconocimiento de las dificultades, etc. (TODOS LOS PROFESIONALES)	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo socrático. • Preguntas en tercera persona. • Preguntas hipotéticas. • Intención paradójica.
Hábitos alimentarios: (PSICOLOGO/A CLÍNICO/A, ENFERMERÍA Y AUXILIAR DE CLÍNICA)	<ul style="list-style-type: none"> • Educación nutricional. • Psicoeducación. • Registros. • Técnicas conductuales: programas de refuerzo, prevención de respuesta, control estimular. • Intervención familiar.
Recuperación del peso: (PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A, ENFERMERÍA Y AUXILIAR DE CLÍNICA)	<ul style="list-style-type: none"> • Contratos conductuales. • Dieta equilibrada. • Control del peso. • Control externo durante las comidas.
Imagen corporal: (PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A)	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación. • Marcado de silueta. • Exposición. • Técnicas del espejo. • Expresión corporal. • Entrenamiento cognitivo.
Habilidades sociales: (PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A, TERAPEUTA OCUPACIONAL Y DUE)	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia interpersonal: identificación de problemas, búsqueda de soluciones, exploración de sentimientos. • Grupo de habilidades interpersonales.
Pensamientos y comportamientos disfuncionales: (PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A y PSIQUIATRA)	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia cognitivo-conductual: exposición y reestructuración cognitiva.
Tratamiento farmacológico: (PSIQUIATRA)	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia (AN): <ul style="list-style-type: none"> – Su instauración no será sistemática sino dependiente de la patología asociada (ansiolíticos, antidepresivos). – Se instaurarán los fármacos adecuados para tratar las complicaciones médicas/orgánicas. • Bulimia (BN): <ul style="list-style-type: none"> – ISRS (Fluoxetina): 60-80 mgr/día. – Tratamiento de las complicaciones médicas/orgánicas.
Estrategias de afrontamiento: (PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A)	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de grupo: solución de problemas. • Terapia cognitivo-conductual.
Habilidades ocupacionales e identidad ocupacional: (TERAPEUTA OCUPACIONAL y AUXILIAR DE CLÍNICA)	<ul style="list-style-type: none"> • Taller ocupacional. • Actividades corporales. • Dinámicas de grupo. • Juego. • Equilibrio entre roles (rutina ocupacional significativa y satisfactoria). • A.V.D.
Ocio y tiempo libre: (TERAPEUTA OCUPACIONAL y TRABAJADOR/A SOCIAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Organización del tiempo. • Planificación de actividades. • Apoyos/recursos externos.

Objetivos de tratamiento	Técnicas terapéuticas
Orientación vocacional: (TERAPEUTA OCUPACIONAL Y TRABAJADOR/A SOCIAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre las características de entornos ocupacionales funcionales. • Valoración de capacidades/habilidades del/de la paciente. • Acceso a recursos externos.
Dinámicas familiares: (CLÍNICO DE REFERENCIA Y TRABAJADOR/A SOCIAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación: información y asesoramiento a familiares. • Pautas/estrategias de actuación a familiares.
Búsqueda de apoyos comunitarios y tratamiento para la inserción social: (TRABAJADOR/A SOCIAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en las necesidades sociales deficitarias. • Gestión de Recursos Sociales. Tramitación de derivación, coordinación e información. • Sensibilización comunitaria. • Participación en planificación de estrategias favorecedoras de integración social. • Acompañamiento, apoyo y elaboración personal de itinerarios de incorporación social, tanto con el/la usuario/a como con la familia.
Prevención de recaídas: (TODOS LOS PROFESIONALES)	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas • Reestructuración cognitiva • Contención emocional • Exposición • Relajación • Intervención ocupacional • Intervención familiar • Remotivación

Planificación y coordinación de cara al alta

- Derivación a tratamiento ambulatorio: CSM.
- Ingreso en Hospitalización total: UHP.

4. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LOS TCA EN HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL “NATIVIDAD ZUBIETA”

Características del servicio

- El Hospital de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil (HDIJ) está concebido como un servicio de atención suprasectorial.
- Atiende a pacientes de edades comprendidas entre los 0 y 16 años, inclusive.
- Con todo tipo de enfermedades mentales.
- No existe derivación directa a este servicio, por lo que los pacientes son derivados en la mayoría de las ocasiones por los CSM (mala evolución en CSM, aclaración diagnóstica, tratamiento intensivo, etc.) y, con menor frecuencia por otros dispositivos (Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infantil).
- Aunque se constituyó como Hospital de Día su funcionamiento es el de una consulta ambulatoria especializada, no existiendo programas de hospitalización parcial. El Departamento de Salud cuenta con una propuesta de hospitalización parcial a desarrollar en el HDIJ, estando pendiente su puesta en marcha.

Criterios de inclusión

- **Edad:** máximo 16 años (no haber cumplido todavía los 17 años).
 - Entre 16 y 17 años valorar la derivación a un Servicio de Adultos para evitar cambios de centro por motivos de edad durante el proceso de tratamiento.
- **Derivación:** el pediatra no puede derivar directamente a este servicio.
 - Desde el CSM, y desde la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantil.
- **Objetivos de la derivación:** Deben estar especificados en la hoja de derivación al servicio:
 - Aclaración diagnóstica
 - Valoración e intervención sobre posible comorbilidad
 - Sospecha de abuso sexual en la posible génesis del TCA
 - Necesidad de régimen más intensivo de consultas por mala evolución
- **Criterios diagnósticos:** CIE-10 TCA: F50.x.

Criterios de exclusión

- Edad igual o superior a 17 años (con las matizaciones expuestas en el apartado de edad de los criterios de inclusión).
- No cumplir los criterios diagnósticos de TCA.
- Estado médico y/o psicopatológico del paciente donde la consulta ambulatoria suponga un riesgo vital, y sea preferible la hospitalización completa.
 - Condiciones médicas:
 - Peso < 75% del ideal o IMC menor de 16.
 - Bradicardia y/o hipotensión arterial.
 - Alteraciones electrolíticas importantes (hipopotasemia o hipofosfatemia).
 - Condiciones psicopatológicas:
 - Riesgo autolítico elevado (Ideación autolítica estructurada).
 - Trastorno psiquiátrico comórbido que requiera hospitalización.

Evaluación

- Una vez que ha llegado la hoja de derivación con los objetivos descritos, en la reunión de asignación de casos se discute el caso y se asigna terapeuta.
- Como en la mayoría de los casos, si el terapeuta asignado es psicólogo/a clínico/a, se le asigna también un psiquiatra referente que pueda realizar una intervención farmacológica si se precisa.
- Aunque las entrevistas de valoración se centran en la información aportada por el paciente, es importante contrastar la información u obtener más información en entrevistas con los padres.

Entrevista de evaluación

- **Valoración del estado médico**
- **Peso e imagen corporal:** Peso y altura actual, fluctuaciones de peso, acontecimientos estresantes y fluctuaciones de peso, peso durante la infancia y adolescencia inicial, peso deseado por la paciente, alteraciones de la imagen corporal y su impacto en autoestima
- **Alteraciones de la conducta alimentaria:** episodios bulímicos, frecuencia y severidad de estos episodios, sensación de pérdida de control, etc.

- **Medidas de control del peso:** conductas restrictivas, vómitos, uso de purgantes y/o diuréticos, ejercicio excesivo
- **Distorsiones cognitivas y creencias irracionales.**
- **Antecedentes psiquiátricos personales:** es importante investigar sobre la posible comorbilidad y precisar si los síntomas de estas patologías comenzaron antes o después del TCA: trastornos afectivos, evaluación del riesgo autolítico, trastornos de personalidad, uso y abuso de tóxicos, síntomas obsesivos, síntomas de ansiedad, síntomas psicóticos, etc.
- **Aplicación de los cuestionarios:** EAT, EDI.
- **Uso de registros de comida.**
- **Historia del desarrollo:** evaluando la posibilidad de abusos (psicológicos, físicos y sexuales).
- **Historia familiar:** Antecedentes familiares de TCA, alcoholismo, toxicomanía u otros trastornos psiquiátricos; Dinámica familiar.
- **Una vez completada la valoración se envía al facultativo que nos ha derivado al paciente un informe acerca de la evaluación y de la propuesta de tratamiento.**

Tratamiento

- A la hora de iniciar el tratamiento se coordina la intervención con el médico de la Sección de Nutrición Clínica y Dietética. Asimismo se informa al pediatra de la evaluación e inicio del tratamiento.
- Durante las primeras semanas de tratamiento el objetivo prioritario, además de asegurar un estado médico sin riesgos para el paciente, se dirige a establecer y fortalecer la alianza terapéutica.
- En dependencia de si se trata de una anorexia nerviosa o de una bulimia nerviosa, los objetivos y las estrategias de tratamiento serán diferentes:

Anorexia nerviosa

- **Restablecimiento del peso:** Para ello es preciso establecer el peso que marcamos como objetivo final, así como los incrementos de peso que se deben conseguir.
Es muy útil marcar intervalos de peso entre el peso a alcanzar y el peso que supondrá un ingreso hospitalario. En estos interva-

los se puede limitar o favorecer el ejercicio físico, y utilizar diferentes refuerzos.

- **Terapia familiar:** Actualmente se considera el tratamiento de elección para pacientes menores de 18 años. En nuestro servicio se recomienda seguir las directrices del siguiente manual: “Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A Family-Based Approach. J. Lock, D. Le Grange, W.S. Agras and C. Dare. The Guilford Press. New York-London”. En caso de fracasar esta opción terapéutica, se opta por Terapia Cognitivo-Conductual o Terapia Interpersonal.
- **Tratamiento farmacológico:** Sólo se utiliza una vez que se ha recuperado peso y para abordar las posibles patologías comórbidas.

Bulimia nerviosa

- **Psicoeducación:** Dado que el peso no suele ser muy bajo el restablecimiento del peso no es un objetivo principal por lo que se realiza psicoeducación haciendo hincapié en aspectos nutricionales.
- **Terapia cognitivo-conductual:** Se ha consolidado como tratamiento standard para la bulimia nerviosa. En nuestro servicio se recomienda la utilización, con suficiente flexibilidad, del siguiente manual: “A cognitive-Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder. W. S. Agras and R.f. Apple. Oxford University Press”.
- **Tratamiento farmacológico:** Habitualmente se utiliza fluoxetina a dosis de 60 mg.

APÉNDICE: Protocolo de derivación al hospital de día infanto-juvenil

HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL
C/SAN CRISTÓBAL S/N
Tfno. 948-136666

Datos biográficos:

-Nombre _____

-Fecha de nacimiento _____ Edad _____

-Nº de Hermanos _____

-Domicilio _____

-Población _____ Tf _____

-Nº de Hª en el C.S.M. _____

Motivo de consulta:

Quien remitió el caso al C.S.M.:

Esbozo Diagnóstico:

Tratamientos efectuados:

Propuestas de intervención:

Observaciones:

Nombre del profesional que deriva el caso: _____

Fecha: _____

5. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN TOTAL DE TCA

Consideraciones generales

- La mayor parte de los TCA pueden tratarse de forma ambulatoria.
- En caso de ingreso es recomendable que este se realice en las proximidades del lugar de residencia del paciente para facilitar la participación de los familiares y cuidadores en el proceso de tratamiento, mantener los vínculos sociales y ocupacionales y facilitar la transición al resto de dispositivos de tratamiento tras el alta. Esto es especialmente importante en niños y adolescentes.
- El lugar de internamiento debe poder prestar la atención médica y psiquiátrica necesaria.
- El ingreso de niños y adolescentes debe realizarse en un centro apropiado para su edad.
- Todos los ingresos de menores deben ser ratificados por la Autoridad Judicial competente.

Posibilidades de hospitalización en Navarra

- Unidad de hospitalización psiquiátrica (UHP):
 - Adultos: Hospital Virgen del Camino (HVC); Hospital de Navarra (HN)
 - Menores: HVC
- Hospitalización general
 - Adultos: HVC; HN.
 - Dietética y Nutrición
 - Pediatría: HVC

Criterios de hospitalización

- **Criterios médicos: Posible ingreso en Hospitalización general:**
 - Desnutrición grave.
 - Alteraciones graves del equilibrio hidroelectrolítico.
 - Alteraciones graves de signos vitales: Hipotensión, bradicardia, hipotermia.
 - Infecciones intercurrentes en pacientes gravemente desnutridos.
 - Cualquier motivo de hospitalización médica en ausencia de TCA.

- **Criterios psicopatológicos: Ingreso en psiquiatría:**
 - Falta de motivación o rechazo al tratamiento.
 - Necesidad de estructuración y supervisión de todas las comidas para prevenir restricciones y control continuo de conductas purgativas.
 - Incapacidad para comer y ganar peso.
 - Graves alteraciones de la dinámica familiar.
 - Falta de soporte sociofamiliar.
 - Fracaso del tratamiento ambulatorio.
 - Cualquier alteración psicopatológica concurrente que justifique un ingreso psiquiátrico en ausencia de TCA:
 - Depresión grave.
 - Ansiedad intensa.
 - Consumo grave de alcohol y/o drogas.
 - Grave descontrol de impulsos.
 - En niños y adolescentes con AN, las necesidades de tratamiento hospitalario y la urgencia de la ganancia de peso deben evaluarse conjuntamente con las necesidades educativas y sociales de los menores.

(Para ampliar información ver documento sobre criterios para la elección del ámbito de tratamiento)

Objetivos del tratamiento en régimen de ingreso

- Alcanzar un estado nutricional mínimo compatible con la salud física y mental.
 - Ganancia media de 0,5-1 Kg por semana.
 - Aporte calórico extra.
- Corregir alteraciones de la imagen corporal y del pensamiento en relación con la conducta alimentaria.
- Disminuir y a ser posible suprimir el miedo al aumento del peso a los cambios de la imagen corporal y a la ingesta de los alimentos
- Corregir cualquier conducta alimentaria inadecuada.
- Fomentar la conciencia de enfermedad y la alianza terapéutica con el paciente.
- Normalizar las relaciones familiares y solucionar conflictos relacionados con el TCA.
- Tratar la psicopatología comórbida.

- Proporcionar apoyo y tratamiento a la familia
- Programar el seguimiento.

Formas de intervención

- Establecimiento de un peso mínimo a conseguir y un Plan Nutricional.
 - Interconsulta a Dietética y Nutrición (siempre si el ingreso es por desnutrición) y otros especialistas médicos si fuera preciso.
- Control de peso y constantes diario y analítico según necesidades.
- Programa de supervisión conductual: alimentación, actividad y conductas purgativas.
- Sesiones individuales con el psiquiatra responsable.
- Intervenciones familiares.
- Coordinación de tratamiento al alta.

Ingreso contra la voluntad del paciente

- Solo se utiliza como último recurso.
- Se realizará conforme a las disposiciones legales vigentes (Ley de Enjuiciamiento Civil, art.763).
- En caso de grave e inminente riesgo vital por motivos físicos o psíquicos podrá tramitarse de forma urgente tras tomar las disposiciones de intervención oportunas.

Intervenciones psicológicas durante la hospitalización de pacientes con TCA

- Inicialmente régimen de tratamiento estructurado, centrado en los síntomas y encaminado a ganar peso hasta conseguir renutrir al paciente y el control de las conductas purgativas
- Focalizarse en el comportamiento alimentario y en las actitudes ante la ganancia de peso y la figura corporal y de modo más amplio en todos los aspectos psicosociales relacionados con la ganancia de peso
- Los programas de modificación de conducta muy rígidos por si mismos no suelen dar buenos resultados en la AN
- Los programas de intervención familiar centrados en el TCA son imprescindibles en el caso de niños y adolescentes.

Fases de tratamiento

- **Fase de observación:**
 - 24-72 horas.
 - Historia clínica completa.
 - Observación y registro de altura, peso, conducta alimentaria, ejercicio físico, conductas purgativas, evaluación conductual y psicopatológica, evaluación de conciencia de enfermedad, colaboración con el tratamiento y motivación al cambio.
- **Fase Inicial:**
 - Objetivo: Mejora del estado nutricional, incremento de peso.
 - Fijar peso mínimo.
 - Fijar calendario de ganancia nutricional y pautas en función del mismo.
 - Peso: Diariamente, antes de desayunar, en pijama, con supervisión de enfermería.
 - Comidas: En el comedor común, dieta estándar, con cantidades fijadas previamente y supervisadas por enfermería.
 - Posibilidad de suplementos nutricionales.
 - Posibilidad de nutrición mediante sonda nasogástrica.
 - Visitas y llamadas: de la familia próxima, en los horarios de visitas y en función de la evaluación global y la colaboración.
 - Supervisión: continua y directa las 24 horas por personal de enfermería.
 - Evaluación de comorbilidad y tratamiento específico si fuera necesario.
 - Intervenciones fundamentalmente conductuales, de apoyo e informativas.
- **Fase intermedia:**
 - Objetivo: Continuar con la recuperación nutricional y abordaje de psicopatología específica.
 - Intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales, interpersonales y familiares.
 - Conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento.
 - Distorsión de la imagen corporal.
 - Pensamientos rumiativos desadaptativos sobre la comida, aspectos interpersonales, familiares, etc.
 - Intervenciones familiares.
 - Tratamiento de patología psiquiátrica comórbida.

- Se mantienen las pautas de control de peso, comportamiento y alimentación.
- **Fase final de la hospitalización:**
 - Objetivo: tras alcanzar el peso mínimo establecido, generalizar al domicilio los cambios obtenidos en la hospitalización.
 - Se conceden permisos al domicilio para comer y progresivamente para pasar varios días:
 - Pautas claras a la familia y a los afectados
 - Reevaluación
 - Intervención para solucionar los conflictos tras el permiso.
 - Programación y coordinación del plan de alta
 - Tratamiento ambulatorio
 - Hospitalización parcial
 - Unidad de Media Estancia o Rehabilitación.

6. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LOS TCA

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
1. Estimación de requerimientos nutricionales <ul style="list-style-type: none"> • Valoración nutricional • Encuesta dietética 	1. Valoración global <ul style="list-style-type: none"> • Estado de nutrición • Técnicas compensatorias empleadas
2. Información y Educación nutricionales <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias de la malnutrición • Alimentación equilibrada. Grupos de alimentos 	2. Encuesta dietética <ul style="list-style-type: none"> • Horarios de comidas • Alimentos incluidos/excluidos • Características de los atracones
3. Elaboración del plan de alimentación <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de alimentos incluidos • Frecuencia de consumo • Distribución a lo largo del día • Tamaño de las raciones recomendadas 	3. Información y Educación <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias de los atracones • Complicaciones de las conductas compensatorias • Alimentación equilibrada. Grupos de alimentos.
4. Seguimiento <ul style="list-style-type: none"> • Evolución ponderal y antropométrica • Evolución de los hábitos dietéticos • Reintroducción de alimentos previamente excluidos • Replanteamiento periódico en función de la evolución 	4. Elaboración del plan de alimentación <ul style="list-style-type: none"> • Horario reglado de comidas • Control de atracones/compensación • Grupos de alimentos incluidos • Frecuencia de consumo • Tamaño de las raciones recomendadas
	5. Seguimiento <ul style="list-style-type: none"> • Evolución de los hábitos dietéticos • Evolución de atracones/compensación • Evolución ponderal y antropométrica • Reintroducción progresiva de alimentos de riesgo • Replanteamiento periódico en función de la evolución

Tratamiento nutricional de la AN

Tratamiento general

- La recuperación ponderal es un componente esencial en el tratamiento.
- Sin embargo, el aumento de peso *per se* no indica claramente la recuperación del proceso y, por tanto, forzar una ganancia de peso sin apoyo psicológico está absolutamente contraindicado.
- Se trata de incidir en el concepto de:
 - Alimentación variada y equilibrada.
 - Mediante unas recomendaciones generales.
 - Pactadas, siempre que sea posible con el paciente.
 - En las que se haga hincapié en la distribución de las comidas que incluyan los diferentes grupos alimentarios.

- Intentando que el paciente incremente las raciones de forma progresiva e insistiendo especialmente en un aumento en la variedad de la selección.
- Cuando sea preciso indicar cantidades en la información suministrada, es preferible el uso de medidas caseras, de esta manera se refuerza la idea de alimentación equilibrada normal y no se refuerza la idea habitual de que se precisa una “dieta especial” para su enfermedad.
- Tan sólo en situaciones especiales, si el especialista de salud mental lo considera oportuno, se proporcionarán medidas más concretas del peso de cada alimento, para mayor seguridad del paciente.
- El empleo de suplementos nutricionales orales quedará a criterio médico en función de la evaluación nutricional del paciente, la actitud hacia la comida y el modo de tratamiento elegido (ambulatorio, hospital de día, ingreso hospitalario).
- La práctica de ejercicio físico inicialmente debe estar completamente controlada.
 - Inicialmente se contraindica.
 - Una vez constatado el estado físico saludable puede proponerse un ejercicio no intensivo.

Tratamiento en régimen de ingreso hospitalario

- Las pautas nutricionales han de ser conocidas, pactadas y aceptadas por todo el equipo terapéutico.
- Si gravemente perjudicial para estos enfermos es la presencia de malnutrición, peor pueden ser las consecuencias de una realimentación inadecuada, proceso conocido como *síndrome de realimentación*.
 - Para evitarlo, lo primero conocerlo,
 - lo segundo pensar que puede ocurrir en estos enfermos
 - y lo tercero ser capaces de detectarlo y prevenirlo.

Criterios de ingreso: ver Anexo 2

Lugar de ingreso

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de los hospitales.
- Sección de Dietética y Nutrición de ambos hospitales:
 - Este caso será aconsejable en caso de no haber camas en las UHP o como inicio de tratamiento exclusivamente durante la realimentación inicial y mientras exista riesgo de síndrome de

realimentación. Se preferirán habitaciones individuales por el riesgo de infección y se pedirá colaboración a la familia para la vigilancia durante 24 horas.

- Posteriormente se trasladará al paciente a la UHP correspondiente.

Nutrición artificial

- No es fácil encontrar protocolos detallados de empleo de nutrición artificial en los TCA. Aunque es conveniente el consensuar un protocolo objetivo donde se establezcan criterios de comienzo de nutrición artificial para no ser interpretados como motivos de castigo por parte del paciente.
- El paciente por lo general no desea nutrición artificial porque no se siente enfermo y la nutrición artificial a priori le causará enfermedad a sus ojos (ganar peso).
- Por ello es aconsejable que durante el ingreso sea vigilado y controlado por personal entrenado y en habitaciones preparadas (control de ventanas, baños, etc.) y a ser posible en lugares de bajo riesgo de infección.
- **Criterios de inicio de nutrición artificial:**
 1. Malnutrición proteico energética grave (wasting/marasmus). En niños y adolescentes se manifiesta como baja talla/edad (stunting).
 2. Velocidad de pérdida de peso > 10-20% en los tres meses previos o 20-30% en seis meses.

En la guía ASPEN 2002 con nivel de evidencia clase B se indica que la nutrición artificial debe iniciarse en el paciente con malnutrición proteico energética grave (pérdida de peso reciente >30%, o peso actual < 65% del ideal) que no pueda o no quiera ingerir una nutrición adecuada. La misma guía y con similar nivel de evidencia establece para los niños con TCA y malnutrición proteico energética grave (definida por un peso < 70 % del ideal para la altura) el empleo de suplementos energéticos y si es preciso nutrición artificial.

- **Inicio de la nutrición artificial**
 - El soporte nutricional indicado es la nutrición enteral.
 - La nutrición parenteral queda para casos de desnutriciones extremadamente graves y tracto digestivo no funcionando.
- **Protocolo de Nutrición enteral por Sonda Nasogástrica (SNG)**
 - Empleo de Sonda Nasogástrica de poliuretano de uso médico o silicona no lastradas de calibres 6 u 8 french.

- Comprobación radiológica de su colocación: SIEMPRE.
- Se aconseja iniciar la renutrición aportando no más del 70% del gasto energético en reposo estimado según la fórmula de Harris-Benedict, empleando en la fórmula el peso real y no el ideal. *Es razonable no emplear más del 50% del gasto estimado.*
- El aporte calórico inicial en general no será superior a las 600 Kcal y con un incremento gradual de 100-300 Kcal cada 2-3 días.
- Se administrará de forma continua durante las 24 horas con bombas de infusión
- Aportar siempre suplementos polivitamínicos: especial atención a la tiamina. Los suplementos de fósforo, potasio y magnesio se valorarán en cada situación individual.
- No etiquetar las bolsas de nutrición y a ser posible tapar el lector de infusión y dosificador de la bomba de nutrición para evitar su manipulación.
- Inicialmente se indicará reposo absoluto en cama y en función de la evolución esto se irá modificando.

Control de la renutrición

- Exploración física diaria
- Control del peso: inicialmente diario o cada 48 horas, no siempre a la misma hora, y con posterioridad más espaciado en el tiempo (semanal).
- Analítica, ECG, Rx y medidas antropométricas a criterio del médico especialista en nutrición.

Evolución y paso a la dieta oral

- Si la evolución es favorable y una vez hemos alcanzado el aporte calórico completo de la paciente mediante nutrición enteral se potencia la dieta oral.
- Las decisiones se toman en función del paciente y la actitud hacia la ingesta voluntaria.
- Tras el inicio de la ingesta oral y si ésta va siendo suficiente energéticamente no se retira la nutrición enteral, sino que se mantiene la administración de entre 1000 a 1500 kcal.
- Una vez conseguido el objetivo nutricional y psicoterapéutico establecido para la nutrición enteral por SNG se retira la misma.
- La dieta oral para entonces debe ser suficiente en aporte calórico y se le pueden añadir suplementos nutricionales vía oral para lograr la recuperación ponderal.

- La alimentación oral será variada en composición, incluyendo todos los grupos alimentarios y dejando 3-5 alimentos (a pactar) excluidos.

Alta hospitalaria: seguimiento

- En general el alta nutricional se establece cuando el paciente ha alcanzado el 80% del peso ideal o cuando el IMC es > 18 .
- Si en el momento del ingreso el paciente presentaba conductas purgativas o atracones estas deben haber desaparecido.
- Este criterio sin embargo no es rígido y depende en muchas ocasiones del estado nutricional inicial.
- El médico especialista en nutrición debe continuar la supervisión nutricional de los pacientes a través de las consultas ambulatorias y, si es posible, en unidades de día donde serán remitidos los pacientes que lo requieran por su evolución.

Tratamiento nutricional de la BN

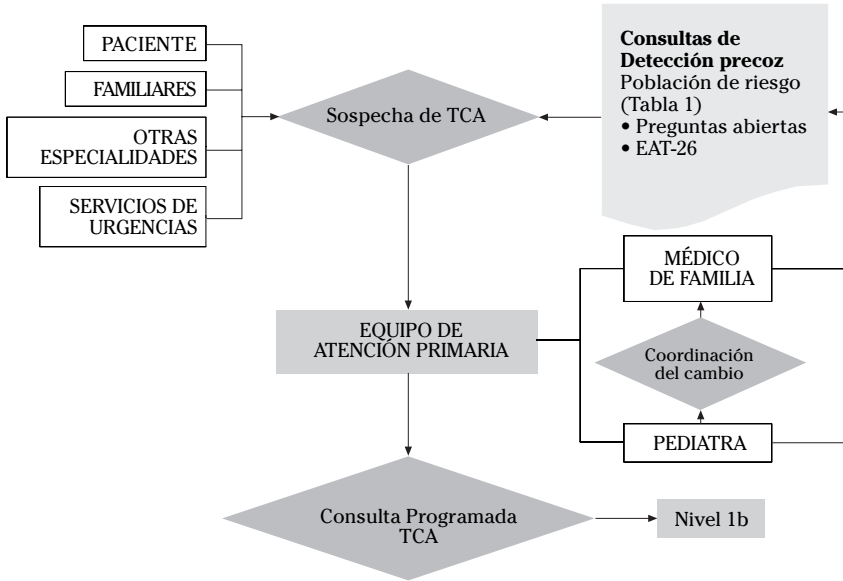
- Las alteraciones nutricionales que se detectan dependen fundamentalmente de dos factores:
 - del tipo de restricción que realizan.
 - y de las técnicas purgativas empleadas.
- El tratamiento irá encaminado a corregir la desestructuración alimentaria completa que tienen estos pacientes y evitar las conductas purgativas empleadas.
- Es fundamental planificar un horario regular de comidas con objeto de evitar períodos prolongados de ayuno:
 - tres comidas principales y dos o tres tomas intermedias a lo largo del día.
- Se tratará de potenciar la sensación de saciedad en los momentos de mayor riesgo que puedan desencadenar una ingesta compulsiva.
- El cálculo de los requerimientos energéticos irá encaminado a mantener el peso actual teniendo en cuenta la actividad física que realicen.
- No se planteará una dieta encaminada a perder peso a pesar de que el paciente presente sobrepeso u obesidad.
- Para intentar paliar la sensación de descontrol que acompaña a los atracones, puede ser de utilidad, aconsejar al paciente que

cuando tenga una crisis bulímica, programe realizarla como si se tratara de una ingesta normal.

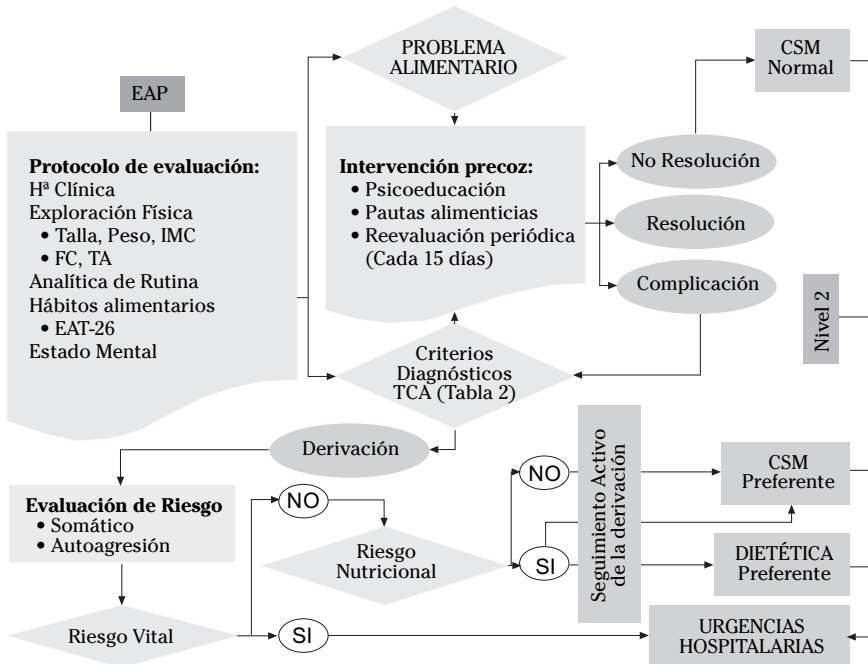
- La incorporación a la dieta habitual de los alimentos considerados prohibidos deberá realizarse cuando el patrón de alimentación ya se haya normalizado.

CIRCUITO ASISTENCIAL DE LOS TCA

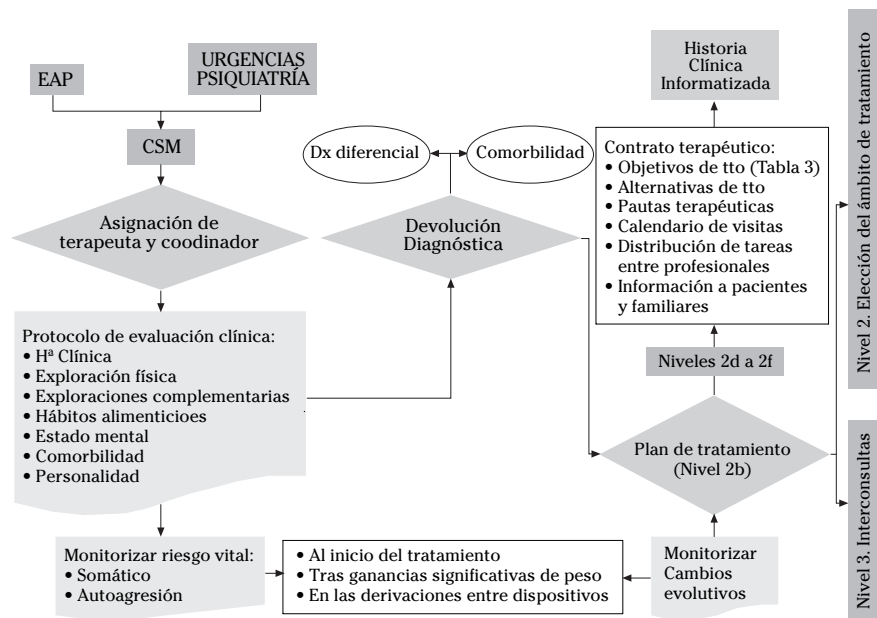
Nivel 1a. Acceso a los dispositivos asistenciales



Nivel 1b. Consulta programada TCA



Nivel 2a. Atención de los TCA en Salud Mental



Nivel 2a. Fases del tratamiento de los TCA

FASE 1. TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES SOMÁTICAS

- Recuperación de peso saludable con aporte dietético adecuado y establecimiento de hábitos alimentarios saludables.
- Educación nutricional.
- Tratamiento de las complicaciones orgánicas.
- Medidas de control externo.

FASE 2. TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS

- Observación y modificación de pensamientos actitudes y comportamientos.
- psicoeducación.
- Psicoterapia individual y/o grupal.
- Tratamiento psicofarmacológico.
- Intervención familiar.

FASE 3. REHABILITACIÓN

- Recuperación de funciones y actividades y reintegración en su medio familiar y social.
- Intervención familiar y social.
- Intervención ocupacional.
- Intervención social.

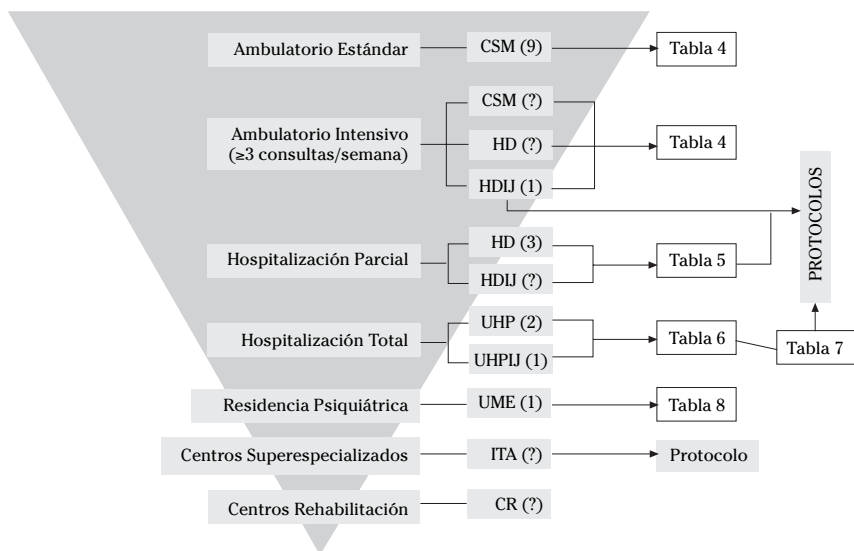
FASE 4. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS Y SEGUIMIENTO DE LA RECUPERACIÓN ALCANZADA

- Prevención de recaídas: identificación de factores de riesgo y desarrollo de pautas de manejo adaptativas eficientes.
- Incorporación progresiva al medio natural hasta el alta terapéutica.
- Orientación para el seguimiento tras el alta: derivación al Servicio adecuado.

FASE 5. PREVENCIÓN TERCIARIA

- Prevención y tratamiento de complicaciones somáticas, psíquicas, familiares, sociales y laborales.

Nivel 2c. Elección del ámbito de tratamiento



Nivel 2d. Tratamiento General de la AN

TRATAMIENTO MÉDICO DE LA AN:

- En la AN los riesgos de morbilidad médica son importantes.
- Deben ser monitorizados cuidadosamente.
- Puen requerir la intervención de médicos especializados en los mismos (S. de Dietética y Nutrición)

Manejo de la ganancia de peso

Ganancia de peso recomendada

- Durante el ingreso: Media de 0,5-1 Kg por semana
- En ambulatorio: Ganancia de 0,5 Kg por semana
- Aportes nutricionales extras: 3500-7000 cal por semana
- Necesidad de Nutrición enteral o suplementos alimenticios especiales en ocasiones
- Monitorización periódica del estado físico
- Evitar nutrición parental exclusiva

Manejo de los riesgos

- Informar al paciente y cuidadores de los riesgos potenciales
- Implicar a un médico pediatra cualificado en los pacientes con riesgos médicos especiales
- Atención especial a mujeres embarazadas
- Precaución con la utilización de estrógenos en niñas y adolescentes con problemas de densidad ósea por riesgo de fusión prematura de las epífisis
- Prevenir sobre el riesgo de fracturas asociadas a actividad física intensa en pacientes con TCA y osteoporosis o trastornos óseos relacionados

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

- Escasa evidencia
- No puede ser el único tratamiento ni el fundamental de la AN
- Algunos síntomas diana como la depresión y los síntomas obsesivo-compulsivos mejoran con la renutrición
- Vigilar especialmente el riesgo de efectos secundarios, sobre todo cardíacos

Adaptado de: Clinical Guideline 9. Eating disorders
Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders
National Institute for Clinical Excellence, January 2004

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

- Las intervenciones psicológicas son el tratamiento clave en el manejo de la AN
- La aplicación de las mismas debe ir acompañada de una periódica monitorización del peso y de los indicadores específicos de riesgo médico
- La duración mínima de 6 meses
- Existen distintas alternativas
 - Terapia Cognitivo analítica
 - Terapia Cognitivo conductual
 - Terapia interpersonal
 - Terapia psicodinámica focal
 - Intervenciones familiares focalizadas en los TCA
- El objetivo del tratamiento debe ser la ganancia de peso, la alimentación saludable y la reducción de los demás síntomas relacionados con los TCA
- El consejo dietético no es suficiente como único tratamiento de la AN

Nivel 2e. Tratamiento de la AN en niños y adolescentes

Adaptado de: Clinical Guideline 9. Eating disorders
Core interventions in the treatment and management of anorexia
nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders
National Institute for Clinical Excellence, January 2004

Aspectos generales

- Es necesario involucrar a familia y cuidadores
 - El derecho a la confidencialidad ha de manejarse con especial precaución
 - Todos los miembros de la familia, incluidos los hermanos, pueden beneficiarse de las intervenciones e incluidos en el tratamiento
 - Las intervenciones deben enfocarse a
 - Compartir la información
 - Aconsejar sobre el manejo de los comportamientos anómalos
 - Facilitar la comunicación
-
- Deben ofrecerse intervención familiar que aborde directamente el problema del TCA
 - Debe ofrecerse abordaje individual al niño adolescente, independiente del familiar
 - Una vez alcanzado el peso, se debe garantizar una aportación nutricional que garantice el crecimiento y desarrollo
 - Involucrar a familia y cuidadores en programas de educación nutricional y en la planificación de comidas

Nivel 2f. Tratamiento en ingreso de la AN

Adaptado de: Clinical Guideline 9. Eating disorders
Core interventions in the treatment and management of anorexia
nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders
National Institute for Clinical Excellence, January 2004

ASPECTOS GENERALES

- **Criterios de ingreso**
 1. Alto o moderado riesgo físico
 2. No responden al tratamiento ambulatorio
 3. Riesgo significativo de suicidio o autolesión
- **Dispositivo idóneo para la edad y necesidades del tratamiento**
- **Debe poder prestar los cuidados psiquiátricos y médicos necesarios**
- **En ocasiones puede ser necesario el ingreso contra la voluntad del paciente**
 - Son el último recurso
 - Deben realizarse de acuerdo con el marco legal (LEC Art 763)
- **En periodo previo y posterior al ingreso ha de controlarse especialmente el riesgo de autolesiones y conductas suicidas**

Tratamiento psicológico post-hospitalización

- Tras un ingreso el tratamiento debe ser prolongado: Mínimo un año
- Debe seguir los mismos principios que el tratamiento psicológico durante la hospitalización

CRITERIOS DE ALTA:

- Peso >80% el ideal o IMC>18
- Control de las conducta purgativas y atracones
- Estabilidad psicopatológica

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

- Son fundamentales durante el ingreso, pero no existe evidencia sobre modelos estructurados concretos a utilizar
- Un abordaje estructurado, focalizado en los síntomas, encaminado a la ganancia de peso debe realizarse de forma conjunta con una monitorización estricta de los parámetros físicos
- El tratamiento psicológico debe centrarse en los comportamientos alimentarios, las actitudes ante el peso y la imagen corporal y en aspectos psicosociales relevantes para el objetivo de ganar peso
- Los programas de modificación de conducta rígidos pueden ser contraproducentes

Ingreso de niños y adolescentes con AN

- Debe realizarse en un dispositivo adecuado para la edad
- Contraponer las necesidades de tratamiento y ganancia urgente de peso con las necesidades educativas y sociales de los menores
- Todo ingreso de menores debido a enfermedad mental debe notificarse al Juzgado correspondiente y solicitarse la correspondiente autorización

Nivel 2g. Tratamiento de la BN

Adaptado de: Clínica Guideline 9 Eating disorders
Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.
National Institute for Clinical Excellence, January 2004

PROGRAMAS DE AUTOAYUDA BASADO EN LA EVIDENCIA

- Animar directamente y apoyar al paciente en el desarrollo de estos programas que pueden mejorar la evolución.
- Pueden ser suficientes para algunos pacientes

TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS:
Deben constituir el pilar del tratamiento

En adultos:

- Terapia Cognitivo Conductual para Bulimia Nerviosa. (TCC -BN). Estructurada en 16-20 sesiones distribuidas en 4-5 meses.

En adolescentes:

- Terapia Cognitivo Conductual para Bulimia Nerviosa adaptada a su edad, circunstancias y nivel de desarrollo.

Si no responde a TCC -BNo se rechaza este tipo de tratamiento, Alternativas psicoterapéuticas:

- Psicoterapia Interpersonal. Plan de 8-12 meses

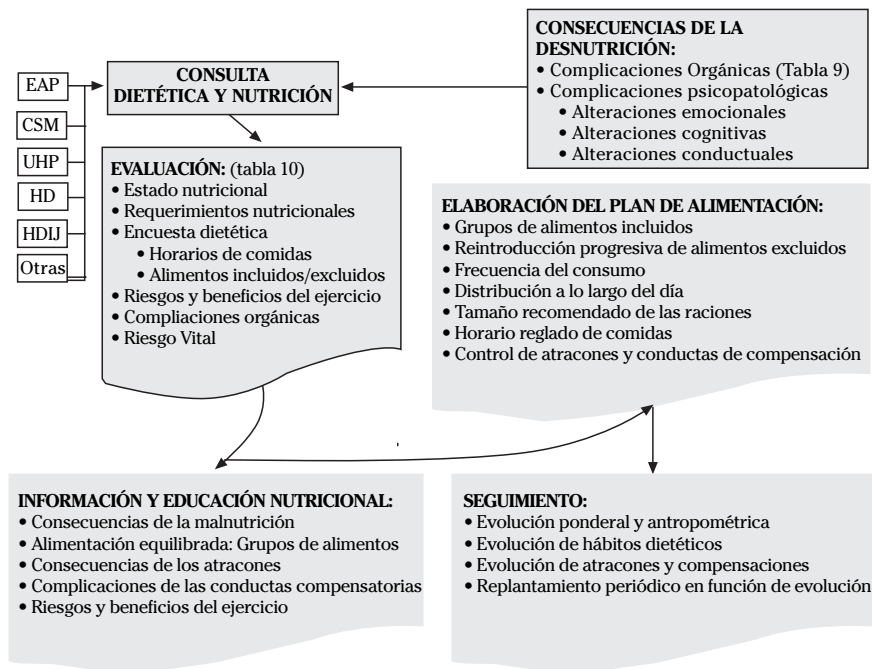
TRATAMIENTOS FARCOLÓGICOS

- El uso de antidepresivos puede ser una alternativa o un tratamiento añadido a los programas de autoayuda basados en la evidencia
- En términos de tolerancia y reducción de síntomas los ISRS, especialmente la fluoxetina, son los fármacos de primera elección
- La dosis eficaz de los fármacos es mayor que para la depresión (Ej. Fluoxetina: 60 mg)
- Los beneficios de tratamiento suelen verse rápidamente, reduciendo los atracones y las conductas purgativas, pero los efectos a largo plazo no son conocidos

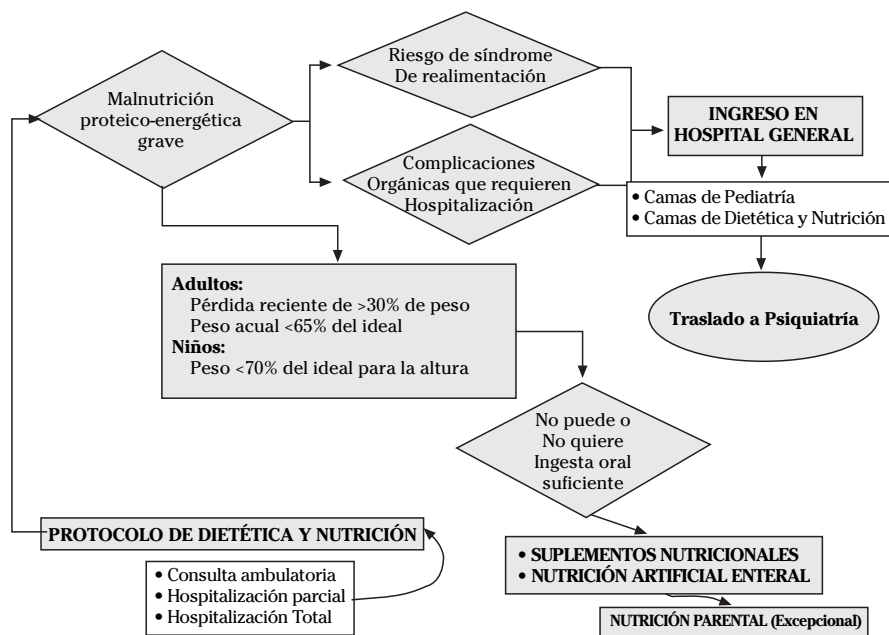
Tratamiento en régimen de ingreso total o parcial

- En casos de riesgo de autolesiones o suicidio
- Riesgo somático grave
- Resistencia a los tratamientos ambulatorios

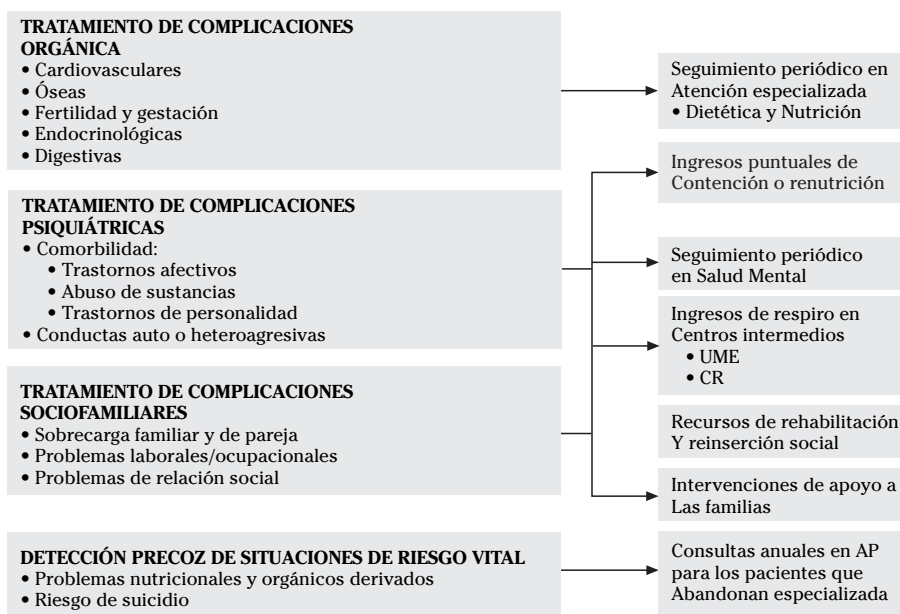
Nivel 3. Diética y Nutrición: Medidas Generales



Nivel 3. Dietética y Nutrición: Medidas Específicas



Nivel 4. Prevención terciaria



**PROPUESTAS DEL GRUPO TÉCNICO
DE TRABAJO SOBRE TCA**

Prevención primaria

Áreas de mejora:

- A. Diseño e implantación de programas de prevención primaria en la Comunidad Foral.
- B. Reflejo de estas patologías en los medios de comunicación.

Situación actual:

- La repercusión social de estos trastornos aconseja y propicia la puesta en marcha de acciones de prevención primaria.
- Su carácter complejo y multicausal hace difícil el diseño de programas basados en evidencias fiables.
- En ocasiones pueden entrar en conflicto con los programas de prevención de otras patologías relacionadas con la alimentación, como la obesidad.
- El reflejo de estos trastornos en los medios de comunicación tiene un efecto ambiguo, pudiendo incrementar la incidencia de los mismos.

Recomendaciones:

- 1. Que los programas de prevención en la Comunidad sean diseñados, coordinados y supervisados por instituciones competentes: Ej. Instituto de Salud Pública de Navarra.**
 - Utilizando criterios de evidencia científica.
 - Promocionando hábitos de alimentación y actividad saludables, así como estilos de vida que protejan frente a estos trastornos a la población de mayor riesgo.
 - Desaconsejando la utilización de dietas no justificadas ni controladas por personal facultativo competente.
- 2. Desarrollar cauces de cooperación con los medios de comunicación que posibiliten una información veraz y útil para la prevención de los TCA.**

Diagnostico e intervención precoz

Áreas de mejora:

- A. Mejorar el acceso al sistema sanitario de los casos con sospecha de TCA.
- B. Mejorar las herramientas y habilidades diagnósticas disponibles.
- C. Información a pacientes, familiares y público en general sobre los recursos y pasos a seguir para buscar a ayuda ante la sospecha de un TCA

Situacion actual:

- Una proporción significativa de TCA no es diagnosticada o es diagnosticada tarde.
- En parte se debe a la negativa de las personas afectadas a reconocer su enfermedad y pedir ayuda.
- También tiene relación con el insuficiente desarrollo de habilidades y acciones específicas para su diagnóstico.

Recomendaciones:

1. Actividades específicas de diagnóstico precoz de los TCA:

1.1. En edades de mayor riesgo:

1.1.1. Entre los 12 y los 15 años en Pediatría.

1.1.2. Entre los 16 y los 20 años en Atención Primaria.

1.1.2.1. Centradas en la población de mayor riesgo.

1.2. Con metodología fiable:

1.2.1. Incluyendo instrumentos que permitan la detección de conductas de riesgo: EAT-26.

2. Elaborar una adaptación de esta guía para familiares y afectados.

3. Difundir la existencia de Asociaciones de Familiares y Usuarios.

4. Aplicar criterios estandarizados de derivación a atención especializada (Salud Mental y Dietética y Nutrición) desde Atención Primaria.

Formacion de los profesionales

Áreas de mejora:

- A. Mejorar la formación de los profesionales de AP en la sospecha y en el manejo de estos trastornos.

- B. Mejora en AP de las habilidades de entrevista clínica con estos pacientes.
- C. Dotar a los profesionales de AP de recursos para el abordaje inicial del problema.
- D. Formación de los especialistas de SM en técnicas de intervención basadas en la evidencia.

Situación actual:

- Los TCA son trastornos complejos en su diagnóstico y tratamiento.
- Persiste una proporción significativa de casos de TCA no diagnosticados y un retraso en la derivación de los pacientes con TCA a los servicios especializados. Parte de este retraso es debido a la no captación ni adecuada orientación de los pacientes que acuden a las consultas de AP por falta de formación en habilidades diagnósticas y terapéuticas necesarias y complejas.
- La información científica sobre estos trastornos es prolija y de desigual relevancia científica. La aplicación de tratamientos basados en la evidencia exige un esfuerzo de revisión crítica y aprendizaje.

Recomendaciones en atención primaria:

- 1. Programas de formación en AP dirigidos a los profesionales sanitarios que ayuden a diferenciar problemas de trastornos de alimentación.**
- 2. Programas de formación nutricional orientados a los buenos hábitos, composición de los alimentos y dietética en general.**
- 3. Programas de entrevista clínica que permitan un adecuado manejo de la entrevista con el adolescente, la derivación de los pacientes así como la orientación a los familiares de los pacientes con TCA.**

Recomendaciones en salud mental:

- 1. Curso dirigidos a psiquiatras, psicólogos clínicos, personal de enfermería y otros profesionales implicados centrados en:**
 - 1.1. El papel de cada uno de los profesionales y distribución de tareas a realizar por cada uno de ellos.
 - 1.2. Los recursos y el circuito asistencial en Navarra: La organización asistencial.
 - 1.3. Epidemiología y evaluación estandarizada de TCA.

- 1.4. Tratamientos más eficaces, efectivos y eficientes, basados en la evidencia tanto en los ambulatorios como en las unidades de hospitalización parcial y total.
- 1.5. Coordinación con otros profesionales: médicos de AP (pediatra y médico de familia), expertos en nutrición, psicólogos, ginecólogos y dentistas.
- 1.6. El papel de las asociaciones y los recursos de autoayuda.

Multidisciplinariedad: coordinación y protocolización

Áreas de mejora:

- A. Coordinación entre los profesionales implicados (médicos, nutricionistas, profesionales de SM, trabajo social, personal escolar, etc.).
- B. Definir el papel de cada uno de los profesionales.
- C. Protocolizar las intervenciones.

Situación actual:

- Los TCA son condiciones multicausales que surgen de la combinación de factores biológicos, emocionales, psicológicos, interpersonales y sociales. Su tratamiento será efectivo sólo si se atiende las diferentes áreas comprometidas: dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales.
- Por este motivo el tratamiento de los TCA implica una diversidad de profesionales, de dispositivos y niveles asistenciales, con la consecuente complejidad en la distribución de funciones y coordinación. Esta situación genera riesgos de interferencias, intervenciones contrapuestas y necesidades no cubiertas suficientemente. Así mismo, da lugar a diferentes modelos de intervención sobre el mismo trastorno.

Recomendaciones:

- 1. Cuando intervienen en el tratamiento varios profesionales, debe existir un acuerdo entre ellos sobre quién asume la responsabilidad de monitorizar a los pacientes y sobre las funciones de cada uno de ellos. El acuerdo debe ser plasmado por escrito, a ser posible en la HCl, y debe ser conocido por el paciente y por sus familiares o cuidadores.**
- 2. Difusión e implicación de los dispositivos asistenciales en “las recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario”.**

3. Adaptación de los protocolos propuestos por el GTT a las características de los centros del SNS-O.

Salud integral de la adolescencia

Áreas de mejora:

- A. Conocer “la Salud Integral de la Adolescencia”, sus situaciones de riesgo, y los factores de protección que conviene incrementar.
- B. Facilitar el acceso de los adolescentes al sistema sanitario.

Situación actual:

- Los adolescentes son seguidos hasta los 15 años en las consultas de Pediatría a través de las consultas espontáneas a demanda y a través de las consultas concertadas y/o revisiones de salud programadas por los sanitarios.
- El seguimiento, a partir de los 15 años se realiza en las consultas de Medicina de Familia.
- Conseguir la Salud Integral de la Adolescencia precisa de un trabajo con modelos integrados e integradores, interdisciplinar. Entendiendo que la multidisciplinariedad no puede significar la oferta de una multitud dispersa de profesionales.

Recomendaciones:

- 1. Nuevos tipos de consulta para adolescentes, más accesibles y coordinadas con los recursos.**
- 2. Desarrollar políticas que faciliten:**
 - 2.1. El incremento de factores protectores.
 - 2.2. El acceso fácil de adolescentes y jóvenes a los Servicios de Salud
 - 2.3. La formación de los profesionales que quieran dedicar su trabajo a esta tarea preventiva, desde la propia acción o desde la formación de agentes de salud entre las propias filas de jóvenes y adolescentes.
 - 2.4. Establecer líneas de colaboración con los programas de Atención a la Mujer, los centros infanto-juveniles, los orientadores psicopedagógicos, los Servicios Sociales y desplazarse a los Institutos de Enseñanza Secundaria creando las consultas abiertas sin identificación (“CONSULTA JOVEN” 2 horas/semana).

- 2.5. Formar un equipo multidisciplinar sin olvidar que al adolescente le interesa disponer de un profesional concreto en quien depositar su confianza.

Programa ambulatorio intensivo de atención a los TCA

Area de mejora:

- A. Atención ambulatoria intensiva a TCA: Ampliar la oferta terapéutica a estos pacientes para ofrecerles un plan individualizado que se ajuste a sus necesidades de tratamiento en cada momento.

Situación actual:

- La saturación de los CSM impide ofrecer atención ambulatoria intensiva (una visita semanal o más) a los pacientes cuya situación lo aconseje.

Recomendaciones:

- 1. Hacer que las consultas de alta frecuencia sean una realidad factible en los CSM, mediante priorización y programación en Agenda Electrónica.**
- 2. Puesta en marcha de un programa específico de atención a personas con TCA en Hospital de Día,**
 - 2.1. Aprovechando la infraestructura actual.
 - 2.2. Con una ampliación en la dotación de personal.
 - 2.3. Podría ofrecer una atención para un grupo reducido de pacientes con TCA.
 - 2.4. En un horario compatible con la actividad académico-laboral de las pacientes.
 - 2.5. De manera que suponga un recurso de atención intensiva, intermedia entre las consultas de alta frecuencia y el programa habitual de Hospital de Día.

Programa de tratamiento intensivo para los TCA en edad pediátrica

Area de mejora:

- A. Atención ambulatoria intensiva a TCA en edades inferiores a 17 años: Ofrecer asistencia individual y grupal ajustada a las necesidades del paciente en el ámbito ambulatorio y de recursos intermedios.

Situación actual:

- En la atención de pacientes menores con TCA se objetivan algunos aspectos deficitarios:
 - Dificultades para ofertar una alta frecuentación de consultas ambulatorias en aquellos casos que así lo requieran.
 - Ausencia de ofertas de asistencia terapéutica grupal.
 - Carencia de recursos intermedios que eviten o acorten las hospitalizaciones totales.

Recomendaciones:

- 1. Priorizar la citación de consultas semanales en los pacientes con TCA de carácter grave.**
- 2. Desarrollar un programa grupal para TCA de carácter semanal/quincenal al que puedan incorporarse aquellos pacientes con TCA de la Red de Salud Mental.**
- 3. Desarrollar un dispositivo de Hospitalización parcial que permita el tratamiento intensivo de estos pacientes.**

Tratamiento de TCA refractarios

Area de mejora:

- A. Tratamiento de pacientes afectos de TCA que no responden al tratamiento estándar.

Situación actual:

- Un porcentaje de pacientes afectos de TCA con adecuado tratamiento en los recursos del SNS-O no responde a los tratamientos estándar y pueden beneficiarse de intervenciones altamente especializadas de carácter multidisciplinar en régimen de hospitalización de media/larga estancia.
- El número estimado de estos pacientes no es suficiente como para plantearse en desarrollo en la comunidad de recursos altamente especializados y costosos que quedarían infrutilizados.

Recomendaciones:

- 1. Concierto para la prestación de la asistencia adecuada en un Programa Terapéutico en régimen de media-larga estancia, que incluya internamiento en Unidad de Hospitalización y Pisos terapéuticos, a pacientes con TCA resistentes al cambio, y con riesgo de cronificación e institucionalización, para los cuales**

no exista dispositivo adecuado en un momento dado en los centros sanitarios de asistencia psiquiátrica de la CFN y que:

- 1.1. Padecen un TCA de larga evolución y resistentes al cambio, para los que se requeriría un ingreso más intensivo, específico y orientado a su resistencia, diferente de los dispositivos de la Red Asistencial de la CFN.
- 1.2. Presentan un grado de deterioro físico y psíquico grave que les incapacita para llevar una vida normalizada en sus aspectos fundamentales.
- 1.3. Han realizado tratamiento anteriormente en la Red de Salud Mental (propia y concertada) de la CFN, en los dispositivos de atención normalizados, específicos de atención a estos trastornos.
- 1.4. De acuerdo a estos criterios no se excluiría a ningún paciente exceptuando aquellos que presenten alguna enfermedad física grave o crónica que requieran de cuidados intensivos o en una unidad de reanimación hospitalaria.

Financiación de suplementos nutricionales

Area de mejora:

- A. Mejorar el estado nutricional de los pacientes e intentar evitar el ingreso hospitalario más largo, costoso y gravoso en cuanto a ruptura con su situación familiar, social y ocupacional, mediante la posibilidad de tratamiento nutricional con suplementos de nutrición enteral o continuar el tratamiento nutricional al alta hospitalaria.

Situación actual:

- Los TCA pueden inducir graves complicaciones nutricionales que interfieren en el tratamiento psicológico, y ponen en peligro la vida de los pacientes.
- En ciertos casos puede ser necesaria la indicación de suplementos proteicos calóricos por vía oral, si la malnutrición persiste y no se consigue una recuperación razonable, de forma temporal, de acuerdo con el paciente y con un objetivo bien definido de recuperación ponderal.
- La renutrición precoz de personas con TCA se ha visto cómo única evidencia de buena respuesta al tratamiento posterior.
- No disponemos de herramientas terapéuticas que puedan ayudar en la recuperación ponderal previas al ingreso hospitalario,

dado que, en esta Comunidad se restringe el visado de suplementos nutricionales en patologías como TCA.

- Según el Real Decreto /98 no está incluida en el listado de patologías los TCA pero sí se incluyen personas con desnutriciones graves y/o con requerimientos especiales de energía y nutrientes, grupos dentro de los cuales se podrían incluir estos pacientes.

Recomendación:

- 1. Previa valoración médica nutricional y siempre con criterio médico, financiación por el SNS-O de la prescripción de suplementos de nutrición enteral artificial a personas con desnutrición moderada-severa (IMC 16 a 18) previas a su ingreso hospitalario o como continuación del mismo.**

Seguimiento epidemiológico

Area de mejora:

- A. Disponer de datos válidos y fiables sobre la incidencia y prevalencia de los TCA en la Comunidad Foral de Navarra:
 - a. Adecuada codificación de los trastornos de alimentación en Atención Primaria.

Situación actual:

- La clasificación de los trastornos de alimentación en Atención Primaria está basada en la CIAP-2 (Clasificación Internacional de la Atención Primaria). Dicha clasificación es compatible con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-9 y CIE 10). En esta clasificación se crea una situación confusa derivada sobre todo de la ausencia de un código específico para la clasificación de los trastornos de alimentación no especificados.
- En la CIAP-2 la clasificación de los trastornos de alimentación la podemos encontrar en los siguientes epígrafes:
 - P11: problemas de la conducta alimentaria en niños: incluye problemas psicológicos con la alimentación (F98.2 y F98.3) y excluye la anorexia y bulimias nerviosas.
 - P86: Anorexia/Bulimia. Incluye códigos CIE-10: F50.0: Anorexia nerviosa, F50.1: Anorexia nerviosa atípica, F50.2: bulimia nerviosa, F50.3: Bulimia nerviosa atípica, F50.4: Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

- P29: Otros signos/síntomas psicológicos/mentales. Incluye trastornos de la conducta alimentaria No Especificados (TCA-NE). Equivalente en la clasificación CIE-10: F.50.8: Otros trastornos de la conducta alimentaria y F50.9: Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación. Equivalencia clasificación DSM-IV-TR Código 307.50.
- **Excluidos**
 - T04 y T05: problemas de alimentación no psicológicos en el niño y en el adulto respectivamente.
 - T08 pérdida de peso, incluye caquexia, excluye anorexia nerviosa.
- La codificación está muy clara para la anorexia y la bulimia nerviosa en las que las 3 clasificaciones tienen criterios homogéneos y códigos equivalentes.
- La discrepancia se genera en que los trastornos de alimentación no especificados tienen una clasificación más amplia en la DSM-IV-TR y criterios más residuales en la CIE-10 donde la mayoría de estos trastornos se incluirían como anorexias o bulimias atípicas y se codificarían con el código F50 y siendo equivalente al P86 de la CIAP-2.

Recomendaciones

- 1. Unificar las clasificaciones para que todos los trastornos de alimentación ya sean anorexias, bulimias o los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (Trastornos que no cumplen criterios específicos de ningún trastorno específico de la conducta alimentaria, Códigos 307.50 –DSM-IV-TR y F 50.9 –CIE-10) se codifiquen de modo uniforme y adecuado a los estudios epidemiológicos.**
- 2. En vista de la situación y de que lo que nos interesa es tener un buen registro epidemiológico de los trastornos de alimentación que incluya anorexia y bulimia nerviosas con sus formas incompletas y atípicas, proponemos utilizar el código P86 de la clasificación de la CIAP-2 para todos estos trastornos y dejando el código P29 como una categoría residual exclusivamente y con muy poca aplicabilidad en la codificación de estos trastornos.**
- 3. El código P86 se aplicaría a efectos prácticos ante la existencia de un trastorno de alimentación que implicaría, según las recomendaciones del grupo de trabajo, la derivación a un servicio de Salud Mental.**

ANEXOS

Anexo 1. Prevención secundaria

Prevención secundaria
<p>Presencia indicadores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pérdida de peso- Preocupación manifiesta por el control del peso y de la imagen- Amenorrea
<p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO PRECOZ</p> <p style="text-align: center;">Intervención - Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reforzar la motivación en el tratamiento y en la recuperación de hábitos saludables de alimentación.• Recuperar peso saludable. Lograr en las mujeres una menstruación y ovulación normal; en los varones deseo sexual normal y niveles hormonales, y el desarrollo en niños y adolescentes.• Evitar las complicaciones físicas• Corregir los pensamientos disfuncionales, actitudes y sentimientos relacionados con el trastorno de la alimentación.• Tratar los trastornos psiquiátricos asociados.• Implicar a la familia en el proceso de cambio e intervención de terapia, si procede• Prevenir las recaídas: Tratamiento psicosocial, educación nutricional y tratamiento farmacológico, si procede.
<p style="text-align: center;">RECURSOS:</p> <ul style="list-style-type: none">- hospital de día- hospitalización en la UHP

Anexo 2. EAT 26

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

PUNTUACIÓN

- La puntuación total del EAT-26 se obtiene sumando las puntuaciones de los 26 ítem.
- En los ítem 1 y 25 (nunca, 3 puntos; casi nunca, 2 puntos; algunas veces, 1 punto; resto, 0 puntos)
- En el resto de ítems (siempre, 3 puntos; casi siempre, 2 puntos; bastantes veces, 1 punto; resto, 0 puntos)
- El punto de corte propuesto por los autores es de 20.

El Test de Actitud ante la Comida (EAT-26) es probablemente la forma mas ampliamente extendida de evaluar los síntomas y preocupaciones características de los TCAs. Muchos estudios han sido diseñados usando el EAT-26 como instrumento útil de screening y están basados en la asunción de que la temprana identificación de un TCA puede promover un tratamiento temprano y así poder reducir las complicaciones físicas y psíquicas graves, incluso en algunos casos la muerte.

Las encuestas realizadas a mujeres adolescente y jóvenes usando el EAT-26 indican que aproximadamente el 15% tienen una puntuación de 20 o por encima de 20. De aquellas que puntuaron 20 o por encima en el EAT-26, y después de entrevistas clínicas realizadas a las mismas, se ha podido ver que una gran proporción tienen un TCA clínicamente significativo o “síntomas parciales” caracterizados por algunos pero no todos los síntomas que reúnen el criterio que determina un diagnostico total y concluyente. Entrevistas a aquell@s con una puntuación inferior a 20 en el EAT-26 muestran que el test produce muy pocos casos negativos.

El EAT-26 no da un diagnostico determinado del tipo de TCA sufrido. Ni el EAT-26 ni ningún otro instrumento de monitorización ha sido establecido por encima de todos como definitivo y diagnóstico de la existencia de un TCA. Sin embargo, estudios han demostrado que el EAT-26 puede ser una eficiente herramienta de screening como parte de un proceso en dos fases, en los cuales quienes puntúen 20 o mas son entrevistados para poder determinar un diagnostico. Si se obtiene una puntuación por debajo de 20 se puede aun así sufrir un TCA, por lo que los resultados suministrados no deben descartar la petición de consulta si persisten dudas.

Si la puntuación es de 20 o por encima en EAT-26, hay que llevar a cabo una evaluación completa del posible problema.

Anexo 3. Complicaciones y manifestaciones médicas de los TCA

1. Alteraciones hidroelectrolíticas
 - Hipopotasemia
 - Hiponatremia
 - Alcalosis hipoclorémica
 - Elevación urea
 - Incapacidad de concentración urinaria
 - Descenso del filtrado glomerular
 - Cetonuria
2. Alteraciones cardiovasculares
 - Bradicardia
 - Hipotensión ortostática
 - Disritmias
 - Anomalías ECG: QT prolongado, bajo voltaje, anomalías onda T
 - Miocardiopatía por Ipecacuana
 - Prolapso de la válvula mitral
 - Derrame pericárdico
 - Insuficiencia cardíaca congestiva
3. Alteraciones endocrinológicas
 - Retraso del crecimiento y talla baja
 - Pubertad retrasada
 - Amenorrea
 - Síndrome del enfermo eutiroideo
 - Diabetes insípida parcial
 - Hiper cortisolismo
4. Alteraciones óseas
 - Osteopenia
 - Fracturas
5. Alteraciones digestivas
 - Hipertrofia parotídea
 - Gingivitis, incremento de la caries dental
 - Estreñimiento
 - Diarrea sanguinolenta
 - Retraso del vaciamiento gástrico
 - Atonía intestinal
 - Esofagitis

- Síndrome de Mallory-Weiss
 - Estallido gástrico/esofágico
 - Esófago de Barret
 - Hígado graso y necrosis hepática focal
 - Pancreatitis aguda
 - Litiasis biliar
6. Alteraciones dermatológicas
- Acrocianosis
 - Hiper胡萝卜素emia
 - Pelo ralo y seco y uñas quebradizas
 - Signo de Russell
 - Edema con fovea
7. Alteraciones hematológicas
- Descenso vsg
 - Alteración de la inmunidad celular
 - Mielosupresión: anemia, leucopenia y trombopenia
8. Alteraciones neurológicas
- Crisis epilépticas
 - Miopatía
 - Neuropatía periférica
 - Atrofia cortical

Anexo 4. Escalas de evaluación de los TCA

- EAT-26 Eating Attitude Test
- EDI-2 Inventario de Trastorno de la Alimentación
- BITE Bulimic Investigatory Test Edimburgo
- BAT Body Attitude Test
- ABOS (Cuestionario familiar)
- ACTA (Actitudes frente al cambio en los TCA)
- Self Rate Scale for Bulimia
- Bulimia Test Revised
- Body Shape Questionnaire
- Body Image Avoidance Questionnaire

Anexo 5. Cuestionarios de evaluación psicopatológica

- Inventario de depresión de BECK
- Escala de ansiedad Estado/Rasgo STAI
- Inventario clínico multiaxial de MILLON
- MIPS Inventario de Estilos de Personalidad de Millon
- 16 PF Cuestionario Factorial de Personalidad de CATTELL
- MMPI Cuestionario de Personalidad de HATHAWAY Y McKINLEY
- IPDE internacional Personality Disorder Examination

Anexo 6. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionados con la salud

- Subescala de Identidad Ocupacional O.P.H.I.- II
- Listado de Roles
- Listado de Intereses
- Cuestionario Ocupacional
- Escala de Exploración Vocacional

Anexo 7. Criterios médicos de ingreso hospitalario

- IMC < 16 y/o pérdida acelerada de peso (> 5% mes previo / > 20 % tres meses previos). Considerar ingreso obligatorio IMC < 14
- Pérdida de peso importante y rápida (>30% peso corporal en los tres meses previos)
- Cese total de la alimentación, afagia y vómitos.
- Crisis bulímicas con autoinducción del vómito.
- Agotamiento físico alegado por el paciente
- Trastornos de la conciencia y vigilancia, cefaleas, malestar ortostático, Tensión arterial sistólica < 80 mmHg y diastólica < 50 mmHg.
- Bradicardia < 40 latidos por minuto
- Anomalías ECG
- Temperatura inferior a 35,5º
- Hipopotasemia < 3 mmol/l a pesar de aporte oral
- Natremia < 125 ó > 150 mmol/l
- Leucocitos < 1500, plaquetas < 50.000
- Hipofosfatemia
- Aumento grave de las transaminasas.

- Tasa de protrombina < 50%
- Pericarditis, prolapso mitral con insuficiencia mitral
- Depresión grave con riesgo de suicidio
- Psicosis

Anexo 8. Valoración del estado nutricional en atención especializada

1. Historia Clínica

- Enfermedad actual
- Anamnesis
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Anamnesis por órganos y aparatos

2. Historia nutricional

- Personal
Hábitos nutricionales, conductas purgativas, costumbres aberrantes, ...
Recuerdo 24 horas
- Familiar: hábitos nutricionales, estructura de las comidas, ...
- Registro nutricional: cuantitativo y cualitativo.

3. Exploración física

4. Antropometría

5. Bioimpedanciometría

6. Exploraciones complementarias

- Analítica sanguínea: hemograma, bioquímica, proteinograma, prealbúmina, proteína transportadora de retinol, perfil lipídico, zinc, hierro, ferritina, ionograma, magnesio, vitaminas liposolubles, vitamina B12, folatos, T3, T4, TSH, anticuerpos antigliadina, anticuerpos antiendomisio y anticuerpos antitransglutaminasa, amilasa, lipasa y elastasa. CPK y LDH.
- Analítica urinaria
- Prueba de embarazo
- Heces: estudio de composición
- Electrocardiograma
- Radiografías: tórax, abdomen, cartílagos de crecimiento (en función de la edad).
- Densitometría ósea (si > 6 meses de amenorrea o desnutrición moderada prolongada > 1 año)
- Ecografía abdominal (no de forma rutinaria).

Anexo 9. Prevención Terciaria

Prevención terciaria
<p>Factores a tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pacientes crónicos, refractarios al tratamiento con respuesta terapéutica nula, que tengan comprometida su salud física por:- Conductas purgativas- Consumo de sustancias- Caquexia
<p>Destinada a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Evitar las secuelas, los síntomas y las complicaciones más graves- Rehabilitar a los pacientes con evolución tórpida en las áreas relacional y familiar
<p>Intervención – Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none">• No insistir en programas terapéuticos encaminados a una recuperación total.• Pactar con los pacientes las metas a conseguir.• Definir y negociar qué conductas se van a aceptar• Enseñar a no ponerse en situaciones de riesgo• Atender la morbilidad psiquiátrica y educar sobre los cuidados a seguir• Acordar con la familia los objetivos de la intervención orientados a mejorar la adaptación y calidad de vida
<p>RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none">- hospital de día- unidad de media estancia- ITA- Asociaciones de familiares

AGRADECIMENTOS

El Grupo de Trabajo agradece la colaboración de Miguel Martínez Trinidad, Yolanda Montes, Javier Apezteguía, M^a José Pérez Jarauta, Aurelio Barricarte, de los profesionales de Atención Primaria, Centros de Salud Mental, Centro Infanto-Juvenil, Centros de Hospitalización de Día y de Asistencia Especializada del Servicio Navarro de Salud, de la Asociación de Bulimia y Anorexia de Navarra (ABAN), de la Clínica Universitaria de Navarra, del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), del Instituto de Trastornos Alimentarios de Cataluña (ITA), de la Fundación Argibide, de la Clínica Psiquiátrica Padre Menni y del Instituto de Estadística de Navarra.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABAN. Asociación contra la Bulimia y la Anorexia Nerviosa de Navarra. (<http://www.aban.biz/>).
2. ACOSTA ESTÉVEZ E., DUESO GARCÍA, C., CEINOS ARCONES M. *Anorexia y Bulimia: necesidad de diferenciar la prevención primaria de la detección precoz en el contexto de la educación para la salud en los centros de enseñanza*. Aten Primaria 2002, 27: 271-274.
3. ALVAREZ HERNÁNDEZ J., BURGOS PELÁEZ R., LAMA MORE R.A., MIJÁN DE LA TORRE A. *Evidencia Científica en soporte nutricional especializado*. Manual de actuación. OMC y MSC. Madrid, 2006.
4. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2006. Barcelona, 2006.
(http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/EatingDisorders3ePG_04-28-06.pdf).
5. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Guía de consulta rápida. Compendio 2006. Barcelona, 2006.
(http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm).
6. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico de los trastornos mentales, texto revisado*. DSM-IV-TR. Barcelona Masson SA 2002.
7. ASPEN Board of Directors. *Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients*. J Parenter Enteral Nutr 2002; 26(1Suppl): 94-95SA; 133-135 SA.
8. BELLIDO MAINAR, J.R., BERRUETA MAEZTU L. *Intervención ocupacional en salud mental*. Módulo: El tratamiento ocupacional en los trastornos de la conducta alimentaria Universidad de Salamanca (Facultad de Psicología) 9, 10, 11 de marzo de 2005.
9. BEUMONT P.J., RUSSELL J.D., y TOUYZ “*Tratamiento de la Anorexia Nerviosa*”. The Lancet (Ed Esp.) 1993; 23: 291-297.
10. BIRMINGHAM C.L., SU J., HLYNSKY J.A., et al. *The mortality rate from anorexia nervosa*. Int J Eat Disord 2005; 38: 143-146.
11. BLUM R.W. *Riesgo y resiliencia*. Conceptos básicos para el desarrollo de un programa. Adolescencia Latinoamericana 1997; 1: 16-19.
12. BULIK C.M., SULLIVAN P.F., TOZZI F., et al. *Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa*. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 305-312.
13. CABRANES J.A. et al. *Protocolo de Atención a Pacientes con Trastornos del Comportamiento alimentario (TCA) dirigido a médicos de Atención Primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2000.
14. CALVO R. “*Tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia nerviosa*” Protocolo de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Insalud 1995, pp 67-84.
15. CALVO SAGARDOY R. (2002) *Anorexia y Bulimia*. Barcelona, Planeta.
16. CARRERA FERRER M. *Eficacia terapéutica en el hospital de día de TCA: Criterios de alta*. Interpsiquis, 2005.
17. CASTRO J., GILA A., GUAL P., LAHORTIGA F., SAURA B., TORO J. *Perfectionism dimensions in children and adolescent with anorexia nervosa*. J Adolesc Health 2004; 35: 392-398.
18. CERVERA ENGUIX S., GUAL GARCÍA P. *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. En Vázquez Barquero JL. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Grupo Aula médica Madrid 1998.

19. CERVERA S., LAHORTIGA F., MARTÍNEZ-GONZALEZ M.A., GUAL P., DE ÍRALA-ESTÉVEZ J., y ALONSO Y. *Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study*. Int J Eat Disord 2003; 33: 271-280.
20. CHINCHILLA MORENO A. *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Masson. Barcelona, 1995.
21. CORNELLÀ CANALS J. *Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud. Factores de riesgo y protección*. Estudios de Juventud 1999; 47: 39-44.
22. CORNELLÀ CANALS J. *Técnicas de entrevista con el adolescente. Psicopediatría del Adolescente. Aspectos preventivos y psicosociales*. Barcelona: JRProu SA; 1998; p 11-21.
23. CURRIN L., SCHMIDT U., TREASURE J., JICK H. *Time trends in eating disorder incidence*. Br J Psychiatry 2005; 186: 132-135.
24. DE LA SERNA DE PEDRO I. *Comer no es un placer*. SmithKline Beecham. Madrid, 1998.
25. Diagnóstico de Salud de Navarra, 2003. *Los determinantes y el estado de salud en el último decenio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Monografía nº 5. (<http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/textos/monografias/diagnostico%20salud.pdf>).
26. EAT-26. (<http://est.unileon.es/red/eat26.html>)
27. Estudio sobre salud, bienestar y calidad de vida de la comunidad universitaria de la Universidad pública de Navarra, 2006. (<http://www.unavarra.es/pdf/Unisaludable/alumnado.pdf>)
28. FAIRBURN C. *Overcoming binge eating*. The Guilford Press New Cork, 1995.
29. FAIRBURN C.G., BOHN K. *Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome 'not otherwise specified' (NOS) category in DSM-IV*. Behav Res Ther 2005; 43: 691-701.
30. FICHTER M.M., QUADFLIEG N., HEDLUND S. *Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa*. Int J Eat Disord 2006; 39: 87-100.
31. FORMAN S. *"Eating disorders: Epidemiology, pathogenesis, and clinical features"*. UpToDate, 2007. (<http://www.uptodate.com>)
32. FRANKO D.L., KEEL P.K. *Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications*. Clin Psychol Rev 2006; 26: 769-82. Epub 2006 Jul 27.
33. Fundación Bartolomé de Carranza. *Encuesta de la juventud de Navarra 2003, 2004*. (<http://www.fundacioncarranza.com/Informe/index.htm>)
34. GARFINKEL P., GARNER D. *Anorexia nervosa: A multidimensional perspectiva*. Brumer/Mazel. New York, 1982.
35. GARNER, D. *Patogenia de la anorexia nerviosa*. The Lancet (Ed. Esp) 1993; 23: 280-284.
36. HARPER-GIUFFRÉ H., ROY MACKENZIE K. *Group Psychotherapy for Eating Disorders*. American Psychiatric Press. Washington, 1992.
37. HOEK H.W., BARTELDIS A.I.M., BOSVELD J.J.F., et al. *Impact of urbanization on detection rates of eating disorders*. Am J Psychiatry 1995; 152: 1272-1278.
38. HOEK H.W., VAN HOEKEN D. *Review of the prevalence and incidence of eating disorders*. Int J Eat Disord 2003; 34: 383-396.
39. HOEK H.W., VAN SON G.E., VAN HOEKEN D., et al. *Changes in the incidence of eating disorders*. International Conference on Eating Disorders; 27-30 April 2005; Montreal. p. 10.
40. HOEK H.W. *Incidente, prevalencia and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders*. Curr Opin Psychiatry 2006; 19: 389-394.
41. HUDSON J.I. *The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication*. Biol Psychiatry 2007; 61: 348-58.
42. PEDREIRA MASSA J.L. *Asistencia en los trastornos del comportamiento alimentario (TCA): ¿Unidades específicas?*. PSIQUIATRÍA.COM. 2001; 5(4).

- (<http://es.salut.conecta.it/pdf/pedreira/asistencia.pdf>).
43. JORQUERA M., BOTELLA-GARNERIA C., GUILLÉN V.; MARCO H.; BAÑOS R.M.^a; BOTELLA C., PERPIÑÁ C. *El "test de Actitudes hacia la comida-26": Validación de una muestra española*. Interpsiquis 2006.
 44. KEEL P.K., HEATHERTON T.F., DORER D.J., et al. *Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002*. Psychol Med 2006; 36: 119–127.
 45. KORNDORFER S.R., LUCAS A.R., SUMAN V.J., et al. *Long-term survival of patients with anorexia nervosa: a population-based study in Rochester, Minn.* Mayo Clin Proc 2003; 78: 278–284.
 46. KREIPE R.E., GOLDEN N.H., KATZMAN D.K. et al. *Society for Adolescent Medicine. Position Paper Eating Disorders in Adolescents*. J Adolesc Health Care, 1995.
 47. LAHORTIGA-RAMOS F., DE IRALA-ESTÉVEZ J., CANO-PROUS A., GUAL-GARCÍA P., MARTÍNEZ-GONZÁLEZ M.A., CERVERA-ENGUIG S. *Incidence of eating disorders in Navarra (Spain)*. Eur Psychiatry 2005; 20: 179-185.
 48. LÁZARO P. *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España*. Actas Esp Psiquiatr 2003; 31: 85-94.
 49. LUCAS A.R., CROWSON C.S., O'FALLON W.M., MELTON L.J. 3rd. *The ups and downs of anorexia nervosa*. Int J Eat Disord 1999; 26: 397–405.
 50. GIL CANALDA M.I., CANDELA VILLANUEVA J.P., CECILIA RODRÍGUEZ M. *Atención primaria y trastornos de la alimentación: ¿qué podemos hacer nosotros? (II)*. Aten Primaria 2003; 31: 248-251. (<http://es.salut.conecta.it/pdf/gilcanalda2.pdf>).
 51. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ M.A., DE IRALA J. *Los trastornos del comportamiento alimentario en España: ¿estamos preparados para hacerles frente desde la salud pública?* Gac Sanit 2003; 17(5): 347-50
 52. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ M.A., GUAL P., LAHORTIGA F., ALONSO Y., DE IRALA J., CERVERA S. *Parental Factors, Mass Media Influences and the onset of Eating Disorders in a Prospective Population-Based Cohort*. Pediatrics 2003; 111: 315-320.
 53. MEHELER P.S. *Osteoporosis in anorexia nervosa: prevention and treatment*. Int J Eat Disord 2003; 33: 113-126.
 54. MIJÁN DE LA TORRE A. *Nutrición y Metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria*. Glosa. Barcelona. 2004.
 55. MILLAR H.R., WARDELL F., VYVYAN J.P., et al. *Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland*. Am J Psychiatry 2005; 162: 753–757.
 56. MILOS G., SPINDLER A., SCHNYDER U., et al. *Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development*. Int J Eat Disord 2004; 35: 250–258.
 57. Ministerio de Sanidad y consumo. *Trastornos del comportamiento Alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Año 2000*. (<http://es.salut.conecta.it/pdf/TCA.pdf>).
 58. MORANDÉ G. *"El contagio de las modas" Un peligro llamado Anorexia*. Ediciones Temas de hoy. Madrid, 1995.
 59. MORANDÉ G., CELADA J., CASAS J. *Prevalence of eating disorders in Spanish school-age population*. J Adolesc Health 1999; 24: 212-219.
 60. National Eating Disorders Association (<http://nationaleatindisorders.org/>).
 61. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London, 2004. (<http://guidance.nice.org.uk/CG9>).
 62. NAVARRO SANPEDRO P. *Aspectos legales y prácticos de la nutrición enteral domiciliaria*. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra (BIT) 2002, 10; 5: 33-40.
 63. NIELSEN S. *Epidemiology and mortality of eating disorders*. Psychiatr Clin North Am 2001; 24: 201–214.

64. NIELSEN S. *Standardized mortality ratio in bulimia nervosa*. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 851.
65. NOORDENBOS G. "Problems and possibilities of the prevention of eating disorders" Eating Disorders Rev 1994; 3: 26-142.
66. Pelaez Fernández MA, Labrador Encinas FJ, Raich Escursell RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2005; 5(2): 135-148.
67. PÉREZ GASPAS M., GUAL P., DE IRALA-ESTÉVEZ J., MARTÍNEZ GONZÁLEZ M., LAHORTIGA F., CERVERA S. *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras*. Med Clin (Bar) 2000; 114: 481-486.
68. PLA C., TORO J. *Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8-year longitudinal study*. Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 441-446
69. PRATT B.M., WOOLFENDEN S.R. *Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes*. Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3, Oxford.
70. RIVAS T., BERSABÉ R., CASTRO S. *Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes de Málaga*. Salud Mental 2001, 24; 2: 25-31.
71. ROBLES M.E., OBERST U.E., SÁNCHEZ-PLANELL L., CHAMARRO A. *Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorder Examination*. Med Clin (Barc). 2006; 127: 734-735.
72. RODRIGUEZ-CANO T., BEATO-FERNANDEZ L., BELMONTE-LLARIO A. *New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives*. Eur Psychiatry. 2005; 20: 173-178.
73. ROJO L., LIVIANOS L., CONESA L., GARCIA A., DOMINGUEZ A., RODRIGUO G., SAN JUAN L., VILA M. *Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18*. 2003; 34: 281-291.
74. Royal Australian and New Zealand Collage of Psychiatrists Clinical Practice Guidelins Team for Anorexia Nervosa. *Australian and New Zealandinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa*. Austr N Z J Psychiatry 2004; 38: 659-670
75. RUIZ LÁZARO P. *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España*. Actas Esp Psiquiatr 2003; 31: 85-94.
76. RUIZ P.M., CORNET P. *Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria*. Med Clin (Barc) 2000; 115: 278-279.
77. RUSSELL G. *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. Psicol Med 1979; 9: 429-448.
78. SALDAÑA C. (2001) *Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario*. Psicothema 13 (3): 381-392.
79. SIGNORINI A. *Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature*. Eur J Clin Nutr 2007; 61: 119-122.
80. SILBER T.J. *Medicina de la Adolescencia: una nueva subespecialidad de la Pediatría y de la Medicina Interna en la América del Norte, Adolescencia Latinoamericana 1997; 1: 11-15*.
81. SOUNDY T.J., LUCAS A.R., SUMAN V.J., MELTON L.J. 3rd. *Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990*. Psychol Med 1995; 25: 1065-1071.
82. SULLIVAN P.F. *Mortality in anorexia nervosa*. Am J Psychiatry 1995; 152: 1073-1074.
83. Theander S. *Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish longterm study*. J Psychiatr Res 1985; 19: 493-508.
84. TORO J. *La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria*. Med Clin Barc. 2000; 114: 543-544.

85. TORO J. *“De la Anorexia Santa a la Anorexia Nerviosa”. El Cuerpo como Delito*. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Ariel Ciencia. Barcelona, 1996.
86. TURNBULL S., WARD A., TREASURE J., et al. *The demand for eating disorder care*. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 705–712.
87. TURON GIL V., FERNÁNDEZ ARANDA F. *Trastornos de la alimentación*. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Masson. Barcelona, 1998.
88. URÍA T., VILARIÑO P., SOLÉ N. *El lugar del hospital de día no monográfico en el abordaje terapéutico de los TCA*. *Interpsiquis*, 2005.
89. GABRIÈLE E. VAN SON, M.A., DAPHNE VAN HOEKEN, PH.D., AAD I.M., BARTELDTS, M.D., ERIC F. VAN FURTH PH. D., HANS W. HOEK M.D., PH.D. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord*. 2006; 39: 565-569.
90. VIÑALS R.J., PELÁEZ FERNÁNDEZ M.A., RAMÍREZ ARRIZABALAGA R., DE LA PUENTE MUÑOZ M.L. *Consideraciones sobre la prevalencia en España de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)*. *Aten Primaria* 2002; 29: 142.
91. WADE T.D., BERGIN J.L., TIGGEMANN M., et al. *Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort*. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 121–128.
92. YAGER J., ANDERSEN A., DEVLIN M., MITCHEL J., POWERS P., YATES A. *American Psychiatric Association “Practice Guideline for Eating Disorders”*. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 212-225.

