

GUADALUPE ARNAU CARO

ANOREXIA EN ADOLESCENTES: UN PROBLEMA PRIORITARIO

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Elena González García

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

TORTOSA 2016

ÍNDICE

RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 MARCO CONCEPTUAL.....	5
1.1.1 HISTORIA.....	5
1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA	6
1.2 FACTORES DE RIESGO	6
1.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	9
1.3.1 MANIFESTACIONES FÍSICAS.....	9
1.3.2 MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS	10
1.4 COMPLICACIONES.....	11
1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	12
1.5.1 RECOGIDA DE DATOS.....	14
1.6 TRATAMIENTO.....	14
1.6.1 TRATAMIENTO DIETÉTICO	16
1.6.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	16
1.6.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	16
2. OBJETIVOS	17
3. METODOLOGÍA	17
4. ATENCIÓN AL PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA	18
CIRCUITO DE SALUD MENTAL.....	18
ATENCIÓN PRIMARIA	18
ATENCIÓN ESPECIALIZADA/HOSPITAL DE DÍA.....	24
HOSPITALIZACIÓN COMPLETA.....	26
OTROS RECURSOS	29
5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	29
6. CONCLUSIÓN	32
7. BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXOS	38
ANEXO 1	38
ANEXO 2	39
ANEXO 3	40
ANEXO 4	49
ANEXO 5	50

RESUMEN

Introducción: La anorexia nerviosa es un problema relevante en salud mental, sobretodo en mujeres jóvenes. La incidencia y prevalencia de esta aumenta año tras año por la interiorización de la delgadez que marca la sociedad. Con una etiología y síntomas diferentes, un tratamiento multifactorial ineficaz junto con la alta mortalidad y morbilidad y sus numerosas complicaciones, hacen ver la importancia del diagnóstico precoz y del valor del equipo multidisciplinar para las intervenciones efectivas.

Objetivo: Conocer la anorexia nerviosa y los cuidados de enfermería de los pacientes en el circuito de salud mental.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos acerca de artículos sobre la anorexia nerviosa en el adolescente.

Resultados: Es imprescindible reconocer la enfermedad lo antes posible, y saber con precisión a que servicio se debe derivar, mediante los criterios de derivación, para el correcto tratamiento del paciente, siempre individualizado a su situación. Una vez se ingrese, ya se harán las valoraciones oportunas como de comportamiento y hábitos de comida, rasgos del carácter de la personalidad y desarrollo...

Conclusión: Para una buena recuperación, el paciente debe situarse en el servicio adecuado, trabajando en equipo para alcanzar las metas estipuladas, siguiendo las normas bajo control estricto. Enfermería tiene un papel fundamental en todo el proceso desde la detección, pero también en la prevención de esta patología.

Palabras clave: *anorexia, nerviosa, adolescentes, TCA, protocolo, prevención, enfermería.*

Introduction: Anorexia nervosa is a significant mental health problem, which primary affect young women. The prevalence and incidence of these increases year after year by the internalization of the ideal of being that marks society. With the different etiology and symptoms, treatment multifactorial ineffective with high mortality and morbidity and its many complications, do see the see the importance of early diagnosis and the value of multidisciplinary team to implement effective interventions.

Objective: Knowing the anorexia nervosa and nursing care of patients in the circuit anorexia mental health.

Methods: Search in the principals databases articles about anorexia nervosa in adolescents.

Results: It is essential to know the disease as soon as possible, and know precisely that service must be derived through the referral criteria for the best treatment of the patient, always individualized to his or her situation. Once you're in there, they'll do

valuations as appropriate like behavior and eating habits, character traits and personality development...

They are taken into account behavior and eating habits, the experience of one's own body, character traits of personality and the development and functioning of the individual. The final treatment is individual.

Conclusion: For a good recovery, the patient should be placed in the appropriate service, working together to achieve the stated goals, following the norms under strict control. Nursing plays a fundamental role in the entire process from detection, but also in the prevention of this disease.

Key words: *anorexia, nervosa, teenager, TCA, protocol, prevention, nursing.*

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos psicológicos graves, caracterizados por alteraciones cognitivas y anomalías conductuales sobre el peso, la ingesta alimentaria y la figura corporal de la persona con una manifestación psicopatológica amplia y variada. Además, se asocian con baja calidad de vida, suponiendo una discapacidad grave en aquellos que los sufren.^{5, 7, 11, 13}

Representan la tercera enfermedad crónica más común entre la gente joven, categorizada por la OMS enfermedad mental de prioridad en niños y adolescentes donde adelgazar se ha convertido en el símbolo de éxito. Encontramos:¹⁷

La bulimia nerviosa (BN), un trastorno donde hay una sensación de hambre anormal y compulsiva. La persona se da atracones en un breve periodo de tiempo; después se sienten culpables y avergonzados llegando a vomitar lo comido o a utilizar laxantes para expulsarlo más rápido junto a un ejercicio excesivo (conductas compensatorias inapropiadas). Después de esto se prometen no volver a hacerlo y evitan comer, acabando de nuevo en un atracón y reiniciando el ciclo.^{5, 7, 11, 13}

Los trastornos alimentarios no específicos (TANE) son los trastornos que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia. Es el diagnóstico más frecuente.^{5, 7, 17}

Los trastornos por atracón dejan de estar en el DSM-V en los TANE. Son episodios frecuentes de sobringestas compulsivas en poco tiempo con una falta de control sobre estas comidas y acusados sentimientos de malestar psicológico.¹⁷

La Anorexia nerviosa (AN) es un trastorno psicológico y alimentario que supone una pérdida de peso autoinducido. Se debe a cambios biológicos y psicológicos en la adolescencia y que afecta gravemente a las áreas biopsicosocial. La persona no tiene control sobre su peso e inicia una dieta para perderlo apoderándose esta de ellos junto con un abuso de ejercicio. Llegan finalmente a la inanición para sentirse bien. No tiene ganas de comer y presenta un cuadro depresivo. Rechaza mantener un peso corporal saludable para su altura y tiene un miedo intenso e irracional a ganar peso.^{1, 4, 5, 11, 13}

Hay dos tipos:

- Tipo restrictivo: la persona, en los sucesos de AN, no recurre a atracones o purgas.⁴
- Tipo purgativo/compulsivo: durante los episodios de AN, la persona recurre a atracones o purgas: provocarse el vómito, uso de laxantes, enemas o diuréticos. Las compulsiones no alcanzan la magnitud de los de la bulimia nerviosa.^{4, 18}

La realización de este trabajo se centrará en la AN en todas las etapas de la adolescencia: temprana, media y tardía, debido al aumento de incidencias en la última década y a las consecuencias y repercusiones, tanto físicas como mentales, que causa dicha patología. Cada persona visualiza su propia imagen corporal siendo esta única y particular de cada individuo a raíz de sus experiencias. En la anorexia esta imagen está distorsionada, es decir, la imagen del cuerpo no coincide con la estructura corporal. Donde los demás ven un cuerpo delgado, estas personas pueden ver gordura. Y siendo profesionales sanitarios, y en concreto enfermeros, debemos apoyar a estas personas, prevenir, detectar, ayudar en su recuperación... mediante una actuación eficaz y eficiente conociendo todo lo posible las actuaciones y recursos en el circuito de salud mental y así ayudar a la buena praxis.

1.1 MARCO CONCEPTUAL

1.1.1 HISTORIA

La anorexia existía hace siglos. Del griego *anorexía* carencia o privación y *ὄρεξις* deseo o apetecer, hace referencia a la falta de apetito. A lo largo de la historia podemos encontrar datos relacionados con la restricción alimentaria por la religión, obediencia, castidad y pulcritud, así lo sugieren narraciones sobre santos medievales y otros casos de ayuno autoinducido o los *vomitoriums* romanos.^{1, 4, 14}

La primera vez donde se intentó tratar la anorexia fue en el s. XI, donde Aviceana contaba el caso de un príncipe con síntomas anoréxicos a partir de una depresión e intentaba tratarlos; relatos religiosos del s. XV cuentan que una Santa europea ayunó y rezó a Dios para que “le arrebatará su belleza para ahuyentar a los hombres”.^{1, 4, 15}

La primera descripción que se hizo de la enfermedad fue el s. XIX por Morton en 1864. Este hace una explicación de una joven de 18 años que se niega a ingerir comida hasta “convertirse en un esqueleto cubierto solo por la piel”, rechaza los tratamientos y muere a los tres meses. Ya en 1869, describe la enfermedad como “Phtisis nervosa”, es decir, consumición nerviosa, y se reconoce por primera vez como enfermedad. En esos escritos describe muchos síntomas de la patología: falta de apetito, rechazo a la comida, hiperactividad y cognexia. Ese mismo año la menciona en el “Tratado para la consunción”.^{1, 4, 15}

En 1874, Sir William Gull describió varios casos en los que nombraba un “estado mórbido de la mente”. Destaca que solía aparecer en adolescentes, cómo afectaba a los signos vitales y que era importante atenderlos con atención especializada. Gull proponía un tratamiento, nutrición regular y consejo psicológico, teniendo resultados

satisfactorios. Al mismo tiempo, Charles Lasègue, en París, describió la amenorrea y el “disturbio familiar” asociados al trastorno y acuñó el término “Anorexia Histérica”.^{1,15}

En la actualidad, vivimos en un mundo donde las tendencias nos vienen dadas por los medios de comunicación. “Las pantallas esculpen realidades y moldean nuestros gustos: los dispositivos de poder rigen nuestro modo de estar en el mundo y nuestro modo de vivir en los cuerpos, el sexo y la vida” (Bercocih, 2004). Sin embargo, esta imposición no acaba de explicar por qué los jóvenes tienden a la anorexia.¹⁵

1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Antiguamente estaba considerada como una enfermedad de clase media alta de las áreas metropolitanas, con más incidencia en la zona occidental afectando el 95%, siendo 90% de los casos de sexo femenino y un 75% adolescentes. Hoy en día se considera global y afecta a todas las razas, clase social, sexo y edad. Son conductas que aumentan tanto en prevalencia como en incidencia.^{1, 9, 18}

Tiene mayor incidencia en chicas adolescentes, ya que es donde se producen los cambios psicológicos y donde redefinen los roles sociales con mayor preocupación por la belleza. En la actualidad, la edad de inicio es cada vez más temprana afectando a niños/as y hay un incremento de chicos que la sufren con proporción 10:1.^{5, 9, 13}

Esta prevalencia de la AN en los adolescentes comprende del 0.3% al 2.2%. A nivel internacional entre 0.5% y 1%.^{4, 5}

Esta patología tiene altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematuras. La desnutrición, abuso de sustancias, alcoholismo, e intentos autolíticos la asocian a una mortalidad a largo plazo del 20% a los 20 años, y una tercera parte tienden a una conducta suicida consumándolo en su mayoría.^{4, 5, 12, 13}

1.2 FACTORES DE RIESGO

La etiología concreta de la AN se desconoce, hoy en día se sostiene la hipótesis multifactorial. Es necesario establecerlos para una correcta prevención y tratamiento.

FACTORES BIOLÓGICOS

Uno de estos factores predisponentes son los factores biológicos, podemos encontrar:

La genética, factor de riesgo psicológico que interacciona con medio ambiente, genes y pubertad. En la adolescencia las variaciones genéticas son responsables del 50-85% de los factores de riesgos con la preocupación por el peso y forma del cuerpo.^{5, 10}

El neurodesarrollo durante el embarazo. Las complicaciones precoces y tardías en el embarazo producen dosis-respuesta, aumentando el riesgo de AN y su edad de inicio. La insuficiente nutrición antes y después del parto altera la programación del apetito de por vida. También la prematuridad, bajo peso al nacer, infección intrauterina, ansiedad parental que crea un vínculo inseguro y unos padres sobreprotectores, etc. Todos estos acontecimientos tienen un efecto epigenético, es decir, una modificación y alteración de la expresión génica sin un cambio de la secuencia del gen.¹⁰

Otro factor es la pubertad. La liberación de hormonas a través del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal y ciertos neurotransmisores dan lugar a la maduración sexual, crecimiento, aumento de peso y desarrollo de la identidad. Las hormonas esteroideas intervienen en las conductas alimentarias y en la ansiedad, así como en la organización psicológica y comportamental y diversos cambios físicos. Según Berarman y Cols “esta nueva estructura corporal en las niñas se opone a lo establecido como un ideal de belleza, exponiéndolas a una presión por ser delgadas, lo que contribuye a una insatisfacción personal”. Una pubertad temprana, aumenta el riesgo de padecer síntomas de AN, al igual que la obesidad infantil.⁵

Así pues el sobrepeso y obesidad conllevarían presiones por un cuerpo perfecto, siendo más frecuente en chicas. Los niños se preocupan más por el tono muscular.⁵

FACTORES SOCIOCULTURALES

Factor precipitante y de mantenimiento a tener en cuenta. Podemos encontrar:

Una presión socio-cultural sobre el peso. Los medios de comunicación y relaciones interpersonales crean el ideal de belleza inalcanzable, y produce una insatisfacción de la imagen corporal.^{5, 10}

Así pues los medios de comunicación crean una influencia. Imponen la delgadez como máximo a alcanzar, mientras que la obesidad queda estigmatizada. Para conseguir esto hay que hacer lo que sea.⁵

También influyen las relaciones interpersonales. Mellor y cols destaca la influencia de los padres sobre la insatisfacción del cuerpo. Según este, la familia desarrolla un papel mucho más importante que los amigos o medios de comunicación. Un vínculo inseguro, disfunción familiar o demasiado control en la alimentación pueden ser predisponentes. Aun así, se ha demostrado que los amigos tienen más influencia. En la adolescencia hay una separación de la familia y cobran importancia las relaciones

extrafamiliares, a los cuales imitan y necesitan de su aprobación. En un adolescente con baja autoestima, junto a burlas puede detonar en un TCA.^{5, 9, 10}

La AN no se dan uniformemente en todas las culturas y en ocasiones se manifiestan con características diferentes. Las minorías étnicas que residen en países occidentales parecen ser un grupo de riesgo por el proceso de aculturación. Así también, las profesiones en las que se estimula la delgadez como danza, atletismo y gimnasia, o los modelos, tienen mayor riesgo de presentar esta enfermedad.^{5, 10}

FACTORES PSICOLÓGICOS

La influencia de estos aumenta la posibilidad de desarrollar el trastorno. Encontramos:

La preocupación por el peso y la internalización del ideal de delgadez se refleja en el deseo de un cuerpo ideal. Al avanzar la pubertad, el cuerpo ideal y el real se alejan por el aumento de adiposidad, creando insatisfacción corporal y conductas de riesgo cuando no se logra el peso querido, y motiva a realizar dieta pudiendo llegar a una ingesta compulsiva, ganando peso con el consiguiente sentimiento de fracaso.⁵

El comportamiento inadecuado para bajar de peso que se realiza por anhelar un cuerpo delgado haciendo dietas restrictivas, ayuno, vómitos, uso de laxantes y diuréticos,... porque creen que se traducirá en beneficios físicos y psicosociales. Estudios demuestran que la dieta restrictiva aumenta el riesgo de problemas de salud, aumento de peso, atracones, bulimia, depresión y baja autoestima en adolescentes.⁵

Una baja satisfacción de la imagen corporal. La construcción de la imagen corporal está marcada por la influencia sociocultural. Esta preocupación es común entre adolescentes por los cambios. Esta se relaciona con la obesidad, la baja autoestima y depresión, y se sugiere que la imposición de un estándar de belleza hace que las sean vulnerables. También supone una motivación para hacer dieta.¹⁸

Una baja autoestima y un afecto negativo. En la pubertad, las hormonas sexuales promueven cambios en los rasgos psicológicos y de comportamiento, que a su vez afecta al estado de ánimo y la conducta alimentaria. Además, en la adolescencia se forma la identidad junto a los cambios físicos, que cuando se combina con la aspiración por ser aceptados puede desencadenar en procesos de comparación social y la internalización de la delgadez, pudiendo promover la restricción dietética, baja autoestima y depresión. También, las burlas y críticas por parte de familiares y amigos

sobre el peso, puede favorecer la aparición o aumento de la baja autoestima, y por lo tanto iniciar actitudes y comportamientos negativos agravando la insatisfacción.¹⁸

1.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Estas manifestaciones son multisistémicas tanto físicas como psíquicas, afectando a casi todo el organismo por la malnutrición, pudiendo producir daños irreversibles.

1.3.1 MANIFESTACIONES FÍSICAS

Al tiempo de padecer anorexia aparecerán una serie de síntomas:

Las manifestaciones cardíacas, con bradicardia e hipotensión por la alteración del sistema nervioso autónomo. También cambios en el ECG con arritmias y variaciones en el espacio QT. Además de modificaciones miocárdicas con disminución de la masa cardíaca, prolapso de la válvula mitral y derrame pericárdico.^{19, 33}

Las manifestaciones gastrointestinales también son frecuentes. Origina un descenso de la motilidad gastrointestinal ocasionando retraso del vaciamiento gástrico y estreñimiento, junto con plenitud posprandial. El abuso de laxantes favorece la aparición de colon irritable y de estreñimiento crónico.^{19, 33}

Las consecuencias neurológicas derivan de la malnutrición severa. Hay alteraciones en la tomografía computarizada y RMN (resonancia magnética nuclear) consistentes en atrofia cortical y dilatación ventricular. Estas son corregibles tras tratar la malnutrición, aun así continúan teniendo mayor volumen de LCR y menor volumen de materia gris y blanca. También se han descrito alteraciones en los test psicológicos y cognitivos con problemas de atención, concentración y aprendizaje. Otras alteraciones menos frecuentes incluyen: cefaleas, convulsiones, síncope, diplopía y alteraciones del movimiento.^{19, 33}

Las alteraciones hidroelectrolíticas son frecuentes en conductas purgativas. Los vómitos producen hipopotasemia y alcalosis metabólica hipoclorémica. La pérdida de líquidos pone en marcha el sistema renina-angiotensina-aldosterona empeorando la hipopotasemia y alcalosis, favoreciendo edemas por la retención sodio en el túbulo renal. Además, los abusos de laxantes ocasionan acidosis metabólica por las pérdidas de bicarbonato en las heces. Otras alteraciones incluyen hiponatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia, pudiendo agravarse en la realimentación.¹⁹

También se observan pérdidas de masa ósea y osteoporosis. A pesar de la recuperación ponderal, muchas veces la pérdida de masa ósea persistirá.¹⁹

Las manifestaciones endocrinológicas son consecuencia de una disfunción hipotalámica como respuesta adaptativa a la malnutrición y ayuno. Presentan hipometabolismo, disminuye la masa grasa y aumenta el agua extracelular. Se detiene el crecimiento, la evolución o aparición de la pubertad y presentan amenorrea mujeres postmenorquia. Presentan niveles bajos de leptina, se produce osteopenia por la malnutrición, hipoestrogenismo e hipercortisolismo. Hay una alteración de los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico que produce obsesión, depresión, alteraciones del sueño e hiperactividad. Pueden presentar hipoglucemia por pérdidas de la reserva de glucógeno hepático y agotamiento de la glucogénesis.^{19, 33}

También se observa una sintomatología dermatológica con piel escamosa y carotenodermia por la malnutrición. Púrpura y equimosis por la aplasia de médula ósea y la trombopenia resultante. Lanugo en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos; uñas quebradizas y caída de cabello.¹⁹

Alteraciones metabólicas turbando termorregulación y metabolismo hidrocarbonado.¹⁹

Las complicaciones hematológicas suelen ser anemia normocítica normocrómica, leucopenia y trombocitopenia moderada. Tras la realimentación puede empeorar debido a la hemodilución. La leucopenia y/o linfopenia se presentan en malnutrición severa, existiendo un aumento de susceptibilidad a las infecciones.^{19, 33}

También encontramos el Síndrome de Realimentación (SR), cuadro clínico por la reintroducción de nutrición. Presentan alteraciones metabólicas de fósforo, potasio, magnesio, metabolismo de glucosa, déficit vitamínico y reposición hídrica, creando alteraciones neurológicas, respiratorias, arritmias e IC hasta la muerte.¹⁹

1.3.2 MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS

También encontramos las alteraciones psíquicas. Las más frecuentes en la AN son:

- Distorsión de la imagen corporal y alteración de los estímulos del cuerpo que hace que no sienta hambre, saciedad, fatiga o debilidad física.
- Trastorno ansiedad fóbico y rasgos obsesivos-compulsivos.
- Trastornos afectivos, en particular de carácter depresivo.
- Falta de conciencia de la enfermedad.
- Tendencia a la manipulación del entorno y conductas de engaño.
- Aislamiento social.
- En algunos pacientes con atracones y purgas, hay mayor prevalencia de suicidio y conductas autoagresivas.¹⁹

1.4 COMPLICACIONES

Tipo restrictivo: ^{4, 6, 16, 17}

- General: desnutrición, emaciación, leucopenia, anemia, médula ósea hipocelular, disminución de las proteínas plasmáticas.
- Piel: seca, amarillenta, lanugo.
- Cavidad oral: hipertrofia de las glándulas salivales.
- Ojos: enoftalmos (niños).
- Cardíaca: bradicardia, hipotensión, alteración de la contabilidad, prolapso de válvula mitral, prolongación intervalo QT, , inversión de la onda T, muerte súbita.
- Gastrointestinal: lentitud vaciamiento gástrico, alteración motilidad intestinal, estreñimiento.
- Renal: isostenuria, cálculos renales, enfermedad renal terminal, alteraciones hidroeléctricas.
- Endocrino: amenorrea, vaginitis, atrofia tejido mamario, secreción inadecuada hormona antidiurética, retraso puberal, incremento cortisol, disminución hormonas crecimiento.
- Músculo-esquelético: pérdida del tejido magro, osteopenia, osteoporosis, retraso de la maduración ósea, calambres, debilidad muscular.
- Neurológico: hipervigilancia, hiperactividad, convulsiones (intoxicación hídrica o SR), síndrome cerebral orgánico, atrofia cerebral, letargo, estupor, coma, muerte por ayuno.
- latrogenia: SR, perforación gástrica aguda, neumonía aspirativa.
- Metabólicas: hipotermia, deshidratación, alteraciones electrolíticas, hipercolesterolemia e hipercarotinemia, hipoglicemia y aumento de enzimas hepáticas.
- Cognitivas/comportamiento: inhibición, ansiedad, obsesión, trastorno de personalidad, distimias, depresión, dificultad de concentración, intentos de suicidio, suicidio.
- Inmunológicas: infección bacteriana, tuberculosis.

Tipo compulsivo/purgativo (se suman a los del tipo restrictivo): ^{4, 6, 16, 17}

- General: desnutrición, emaciación, desequilibrio electrolítico.
- Piel: signo de Rusell (callosidad en dorso de la mano), edema periférico.
- Cavidad oral: erosión del esmalte dental, caries; marcada hipertrofia parotídea.
- Ojos: hemorragias conjuntivales, midriasis por abuso de sustancias.
- Cardíaca: pulso irregular, arritmias, muerte súbita, miocardiopatía (por abuso del jarabe de ipecacuana), taquicardia e hipertensión (por abuso de sustancias).
- Gastrointestinal: Diarrea, melena, cólico (abuso de laxante), reflujo gastroesofágico, dolor precordial/ esofagitis, desgarros de Mallory- Weiss, hematemesis.

- Renal: psuedo-Síndrome de Batter, azoemia prerenal.
- Endocrino: periodos menstruales irregulares, hiperaldoesteronismo.
- Músculo-esquelético: miocardiopatía, miopatía (abuso jarabe de ipecacuana).
- Neurológico: convulsiones.
- Metabólicas: amilasa aumentada.

La mayoría de las estas, desaparecen con la recuperación nutricional y el cese de las conductas purgativas. Otras son irreversibles e incluso pueden llegar a la muerte.¹⁷

1.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Enfermedad de difícil diagnóstico. El paciente o la familia esconden y niegan su condición y no buscan ayuda ya que la pérdida de peso no se ve como un problema.⁹

Las dos principales clasificaciones internacionales para el diagnóstico de la AN son: el DSM-IV/V (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) (Tabla 1) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedad) (Tabla 2).

TABLA 1: *Criterios diagnósticos para anorexia nervosa según el DSM-IV y los cambios propuestos para el DSM-V*¹⁸

<u>ANOREXIA NERVIOSA CRITERIOS ACTUALES</u>	<u>PROPUESTA DSM-V</u>
A. Rechazo a mantener el peso corporal mínimo para edad y talla (pérdida de peso con un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado).	A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo (peso inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura).
B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.	B. Miedo intenso a ganar peso o ser obeso. Conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del normal.
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.	C. Alteración de la percepción del peso o silueta corporal, exageran su importancia o persiste la negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.
D. Presencia de amenorrea (al menos 3 ciclos).	D. Se elimina el criterio de amenorrea.

TABLA 2: *Criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) y de la OMS*

<u>F50.0 ANOREXIA NERVIOSA</u>
a) Pérdida significativa de peso (IMC inferior a 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de anorexígenos o diuréticos.
c) Distorsión de la imagen corporal, persistencia de miedo ante la gordura. El enfermo se autoimpone permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
d) Amenorrea en las mujeres y en el varón una pérdida del interés y potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
e) Retraso en la aparición de la pubertad o detención (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce la recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.
f) Preocupación constante por la comida, con episodios de polifagia durante los cuales consumen gran cantidad de alimentos en períodos cortos de tiempo.
g) Uso de técnicas compensatorias frente al aumento de peso: <ul style="list-style-type: none"> - Vómitos autoprovocados. - Utilización de laxantes, anorexígenos u otros fármacos. - Periodos intermitentes de ayuno. - Miedo intenso a engordar, con objetivos de peso siempre inferior al peso óptimo. - Antecedentes o no de anorexia previa.

También cursa con hiperactividad, exaltación, cambios del estado de ánimo y sensación de fuerza. Algunas muestran miedo a madurar.^{3, 4, 14}

Son obsesivas y perfeccionistas, y se ponen metas difíciles de conseguir lo cual les crea ansiedad una característica importante asociada al comportamiento anoréxico. “La preocupación excesiva por el cuerpo, desencadena en la fobia al sobrepeso creando la ansiedad” (Solano y Cano, 2012).^{8, 14}

1.5.1 RECOGIDA DE DATOS

Un diagnóstico y tratamiento precoz constituye la base para un mejor pronóstico.⁷ Cuando hay una sospecha de que puede padecer un TCA se debe realizar una entrevista teniendo en cuenta las necesidades y características de la persona en función de su edad, desarrollo puberal y nivel de actividad física^{2, 16, 17}

Puede obtenerse información adicional preguntando a amigos y familia, siendo a veces de más valor. Y sobre todo descartar una patología orgánica o psiquiátrica con misma sintomatología^{2, 17}

Se debe realizar un examen físico donde las medidas antropométricas deben ser rigurosas, con una evaluación del IMC ((kg)/talla²) considerándose normal un IMC 18.5-25 kg/m², y en niños ≥P15 y <P85, un 16 o menor indica frecuente hallazgo de AN; porcentaje de peso ideal y de pérdida de peso. Los signos vitales deben incluir T^a, FC, TA y mediciones ortostáticas. Niveles de glucosa e historia dietética.^{2, 17} Este examen puede detectar complicaciones: arritmias, edemas, hipotensión...^{2, 16}

También se realizarán pruebas de laboratorio, aunque no confirman el diagnóstico. Pueden ser falsamente tranquilizadoras. Incluirán un hemograma, eritrosedimentación, química completa, niveles plasmáticos de prealbúmina, transferrina, amilasa, función tiroidea, orina completa y prueba de embarazo.^{2, 17} (Anexo 5)

La sospecha de sobrecarga hídrica requiere medición de densidad y osmolaridad urinarias durante varias horas. Perfil hormonal en mujeres que deciden presentar periodos menstruales falsos. Neuroimágenes para detectar atrofia cerebral de sustancia blanca y gris parcialmente reversible. Monitoreo de fósforo, calcio y magnesio para el SR. Endoscopia y biopsia intestinal si se creen necesarias.²

Si fuera preciso se hospitalizaría a la paciente.¹⁷ (Tabla 4)

1.6 TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico, psicológico, ni farmacológico. Aun así se deben tener en cuenta las cuestiones biológicas, psicológicas y sociales abordando nutrición, complicaciones y aspectos psiquiátricos del paciente y familia.^{16, 17}

El manejo se organiza entre un equipo multidisciplinar (psiquiatría, psicología, terapia familiar, pediatría, gastroenterología, nutrición pediátricas, trabajo social, enfermeras...) con coordinación y una alianza familiar, sobretodo en niños y adolescentes menores de 16 años que viven con su familia.^{3, 17}

Las guías internacionales recomiendan primeramente tratamiento ambulatorio, usando la hospitalización como alternativa si cumplen los criterios. (Tabla 4).^{3, 17, 33}

TABLA 4. Criterios de hospitalización para adolescentes con AN

<u>Uno o más de los siguientes criterios justificarían la hospitalización</u>
1. Desnutrición severa (peso $\leq 75\%$ del peso ideal para edad, sexo y estatura)
2. Deshidratación
3. Alteraciones electrolíticas (hipocalemia, hiponatremia, hiposfosfatemia)
4. Arritmias cardíacas
5. Inestabilidad fisiológica <ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia severa (<50 latidos x min en el día y <45 por la noche) • Hipotensión (<80/50 mm/Hg) • Hipotermia ($T^a < 35.5^{\circ}\text{C}$) • Cambios ortostáticos en pulso (>20 latidos x min) o TA (>10 mm/Hg)
6. Detención del crecimiento o desarrollo
7. Fracaso de tratamiento ambulatorio
8. Rechazo agudo a alimentación
9. Atracones y purgas incontrolables
10. Complicaciones médicas agudas debido a la malnutrición (síncope, mareos, fallos cardíacos, pancreatitis, etc.)
11. Emergencias psiquiátricas agudas (ideas suicidas, psicosis aguda,...)
12. Comorbilidad que interfiere con el tratamiento del trastorno alimentario (depresión severa, TOC, disfunción familiar severa, etc.)

El tratamiento se debería basar en dos pilares para la recuperación: uno físico o dietético y otro psicológico.

1.6.1 TRATAMIENTO DIETÉTICO

Recuperar peso a través de una realimentación controlada (evitando el SR administrando suplementos de K, P y Mg), mediante un incremento ponderal en las comidas con la consecuente mejoría física que en ocasiones mejora la percepción de la imagen corporal u obsesión por el peso. Es importante educar al paciente y familia sobre la alimentación, y sobre tener un peso mínimo para una vida normal.^{9, 16, 17}

1.6.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El otro pilar fundamental, se centra en tratar pensamientos, sentimientos, conductas y mejorar la autoestima, estimular la expresión de sentimientos y valorarse, etc.⁹

Las terapias derivadas del Modelo Maudsley son las que obtienen más beneficios con la terapia familiar, sobretudo en adolescentes con corta duración de AN y donde el conflicto familiar no es muy alto. La terapia cognitivo-conductual no ha sido extensamente estudiada para adolescentes pero es efectiva; otra, la terapia individual focalizada en la adolescencia tiene unos efectos finales similares a la basada en la familia. Además, pueden ser consideradas la cognitivo-analítica, focal psicodinámica o interpersonal que aportan resultados beneficiosos para su tratamiento.^{11, 17, 30}

Hay un modelo interpersonal para la AN que están desarrollando Schmidt y Treasure en este momento, “se basa en una evidencia científica sobre los factores que mantienen la enfermedad e incluye recientes hallazgos de la investigación en neuropsicología, cognición social y personalidad”. Describe factores intra e interpersonales y las estrategias para abordarlos. Diseñado a medida de las necesidades del paciente con intervenciones modularizadas, con una clara jerarquía de los procedimientos empleados. Los factores descritos son cognitivos, estilo socioemocional, pensamiento ProTCA y factores interpersonales. Para cada uno de estos se han desarrollado estrategias de intervención en etapa de validación.¹⁷

1.6.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No existe tratamiento farmacológico efectivo, más bien para sus complicaciones. Se utilizan antidepresivos, neurolépticos, sedantes y benzodiacepinas como ansiolíticos. La clorpropamida administrada 20min antes de la comida alivia el retraso del vaciamiento gástrico. Para la constipación se utiliza lactulosa. Luego de corregir la desnutrición, la fluoxetina ayuda a estabilizar el bajo peso de pacientes crónicos y prevenir su recaída.^{2, 17}

Cuanto mayor sea el peso logrado por el paciente en el alta, menor será el riesgo de recaídas, por ello los tratamientos pueden durar años. La mayoría se recuperará, aunque el primer año son frecuentes las recaídas. La regla de “un tercio”: un tercio se recuperará completamente, otro tercio mejorará notablemente con secuelas, y el tercio restante podrá volverse crónicamente enfermo, requerir ingresos repetidos y tratamiento prolongado, aun así tienen posibilidad de recuperación.^{2, 16, 17}

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la AN y los cuidados de enfermería de los pacientes con anorexia nerviosa.

Objetivos específicos:

- Conocer los protocolos del circuito de salud mental para la AN, tanto en atención primaria como hospitalaria, para esta patología.
- Estar al tanto de los recursos asistenciales para ofrecer una atención lineal y continua.

3. METODOLOGÍA

En este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica, desde septiembre de 2015 hasta mayo de 2016, de las principales fuentes y bases de datos: *Pubmed, Elsevier, Dialnet y Scielo*. Y en el motor de búsqueda *Google Scholar*.

La búsqueda ha sido realizada en español, inglés y catalán. Las palabras clave utilizadas para esto han sido: *anorexia, nerviosa, adolescentes, TCA, protocolo o guía, prevención, enfermería*.

Los operadores booleanos utilizados han sido: “AND”, “OR”, “NOT”. Se han combinado las palabras clave con los conectores. Otro recurso, ha sido el “truncamiento” para recuperar las variantes del término con la misma raíz. Los símbolos para ello son: *, ?.

Los criterios de inclusión debían incluir los siguientes requisitos:

- Estar entre los límites de las fechas marcadas. 2006-2016
- Tratar sobre el tema escogido.
- Ser libres de pago.
- Artículos de revista, guías o protocolos y revistas electrónicas.

<u>BASE DE DATOS</u>	<u>ARTÍCULOS RECOGIDOS</u>	<u>ARTÍCULOS SELECCIONADOS</u>
Elsevier	15	7
Dialnet	3	1
Scielo	10	7
Pubmed	8	2
Google scholar	20	13

4. ATENCIÓN AL PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA

CIRCUITO DE SALUD MENTAL

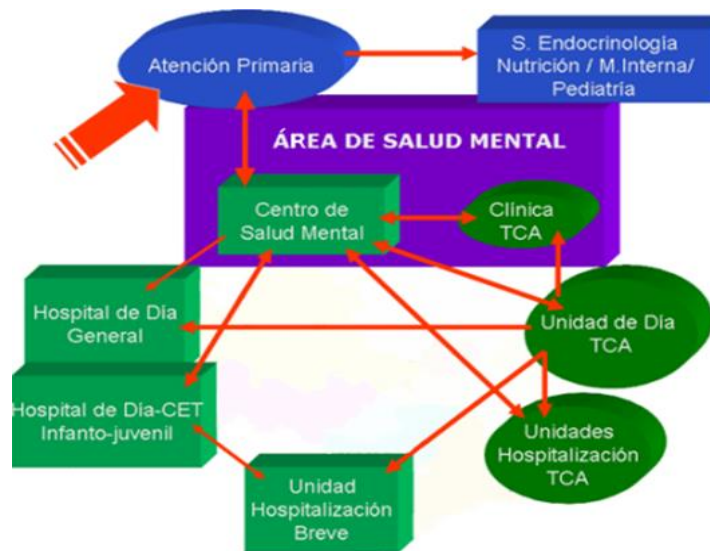


Gráfico 1. Circuito de Atención en Salud Mental¹²²

ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria (AP), considerada el primer nivel de atención en enfermería, es utilizada para promocionar la salud. Se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y fomento de la salud. Sus actuaciones respecto a la AN se centrarán en un primer momento en reconocer a las personas con factores de riesgo y diagnosticar este trastorno precozmente.²⁰

DETECCIÓN

En la consulta, una familia puede venir preocupada porque su hija no come. Delante de esto podemos encontrar unos padres sobreprotectores o incluso anorexia. Por eso en la primera entrevista es importante llevar a cabo una adecuada valoración. Hay actitudes que nos indican que podemos estar delante de AN por ejemplo: deseo de dietas, demanda de laxantes, detención del crecimiento,...^{22, 23}

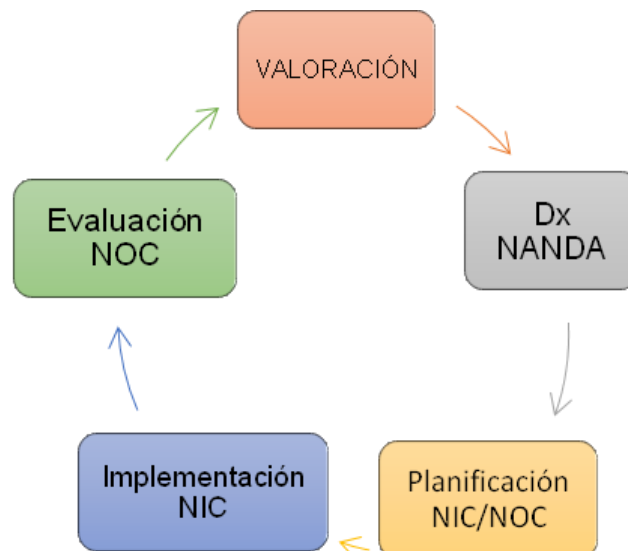
Estas entrevistas deben ser privadas, remarcando la confidencialidad, procurándonos por el ambiente en el hogar, antecedentes...Y una vez conozcamos a la persona que debemos evaluar el estado mental y hábitos alimentarios de la familia y paciente.^{22,23}

En pacientes con confirmación o sospecha de AN, también se le realizará una exploración física médica anteriormente explicada. También se pedirá una exploración analítica para encontrar anomalías (ANEXO 4).^{22,23}

Algunos signos y síntomas físicos de alarma pueden ser los mostrados en las TABLAS 1 Y 2, por ejemplo: lanugo, anomalías dentales, retraimiento de amistades, etc.²²

VALORACIÓN ENFERMERA

Después de la entrevista haremos una valoración enfermera del paciente. Tiene una gran importancia para conocer los problemas de salud, reales o potenciales (ANEXO 5), y así llegar al diagnóstico. Los pasos a seguir en el Proceso de Atención de Enfermería son:



Para esta valoración, se utiliza una herramienta empleada independientemente del modelo enfermero, los patrones funcionales de Marjory Gordon. Estos, son en la actualidad el método de valoración más utilizado por la Enfermera Comunitaria en AP, ya que ayudan a obtener los datos para realizar una correcta historia clínica. Así se facilita la derivación a los profesionales oportunos: psicólogo, médico, endocrino...²⁴

La valoración se debe hacer al paciente y familiares. No posicionarse para no perjudicar la relación y recaudar información sin transmitir sorpresa o desacuerdo.²⁴

La mayoría de los patrones se ven alterados en esta enfermedad, por tanto se tendrán que tener en cuenta todos ellos ya que son personas que dicen no estar enfermas, pero aun así les preocupa su salud y creen que lo que hacen es para mejorarla.

Tendremos en cuenta la percepción sobre su salud y de su nutrición. Preguntaremos que sabe de la enfermedad y que percepción tiene. Sobre cómo se encuentra ella (baja autoestima, distorsión de la realidad, etc.).

Averiguaremos como se ve física y emocionalmente, si se siente bien consigo misma, qué defectos se ve, qué cambiaría, si tiene miedo a cambiar. Dejaremos que se dibuje y se mire en espejos. Tendremos en cuenta los cambios de humor, miedos o fobias y las conductas auto-agresivas junto con ideas suicidas.²⁴

Consultaremos las últimas revisiones, citas médicas, analíticas... para qué ha ido, si consume alguna clase de medicamentos (prescritos o no) además de productos de parafarmacia, herbolario...para favorecer la velocidad de digestión. También se preguntará a cerca del consumo de alcohol, hachís, estimulantes, cocaína, etc.²⁴

Ante la sospecha se hará un historial del peso:

- Peso actual, talla actual, IMC: peso/talla².
- Peso hace 1 año y su evolución en los últimos años.
- Medidas antropométricas: pecho, cintura y cadera.
- Forma que tiene de controlar el peso.²¹

Cuestionaremos el tipo de alimentación que lleva mediante un diario semanal de alimentación, donde tendremos en cuenta si tiene una dieta (autoimpuesta o no), el tiempo que lleva restringiendo la alimentación, qué alimentos tiene prohibidos y cuales permitidos, si cuenta calorías... La cantidad de líquidos ingeridos y si lo hace para saciar el hambre. Además la sensación de después de comer: alegría, pesadez, etc. y si después de esto recurre a conductas purgativas.²¹

Consultaremos a la familia quién compra (cantidades, si revisa la composición...) y prepara a comida, dónde come y con quién, si tarda en comer, cantidad, rutina en la mesa, si se queja de lo que hay, si esparce comida o se deja mucha, etc.²⁴

Debemos observar el aspecto ya que será cuidado, de ropa ancha y tallas grandes.²⁴

Algunos test para aplicar en la alimentación podrían ser: test EAT 26, Test Scoff (Sick Control One Hado Food) y Test Del Dr. Bratman Para La Ortorexia. (Anexo 3)

Para la autopercepción utilizaremos los test de BSQ, de imagen corporal por modelos anatómicos y Test de depresión EAD. (Anexo 3)

Sobre la eliminación preguntaremos a cerca de hábitos de eliminación urinaria e intestinal y uso de diuréticos, laxantes,... indagaremos en la familia el tiempo que pasa en el baño y rutinas: después de comer o si abre el agua para ocluir ruidos, etc.²⁴

Deberemos tener en cuenta la actividad y el ejercicio, ya que suelen presentarlo en exceso. Se debe valorar el tipo, horas, lugar, prescripción... y cómo ve él la actividad física que realiza. Observaremos signos de cansancio o reflejos disminuidos.²⁴

Con frecuencia el patrón de descanso y sueño no es el adecuado. Pueden tener ciclos de vigilia continuados, debido al miedo a dormir, pesadillas o pensamiento único sobre la comida que impide conciliar el sueño. Por eso preguntaremos acerca de las horas de sueño a lo largo del día, si se siente cansada o si tiene despertares nocturnos, cantidad, frecuencia, causas y actividades en el despertar. Nos fijaremos en las ojeras y preguntaremos a la familia si durante la noche va a la cocina o al baño.²⁴

También consideraremos la competitividad y perseverancia consigo mismo por las altas metas. Averiguaremos cuantas horas estudia al día, capacidad de concentración o falta de memoria, sensación de incapacidad, etc. Es importante saber qué objetivos tiene y cómo expresa estos, en la forma de hablar. Preguntar a la familia si ha cambiado sus rutinas de estudio o la agresividad para alcanzar sus metas.²⁴

Analizar la tolerancia al estrés, cómo se adapta ante nuevas situaciones o de estrés (suele ser inadecuada). Indagaremos sobre qué o quién lo provoca y cómo intenta resolverlo. Tener en cuenta las somatizaciones como nerviosismo o pérdida de control y preguntar a la familia sobre la agresividad hacia el mismo u otros.²⁴

Otro aspecto a valorar es la relación con los demás. Nos informará de su capacidad de resolución de conflictos ya que no suele ser adecuado. Se les preguntará acerca de la familia y la relación con su entorno (amigos, escuela...), que actividades sociales

frecuente. Se debe tener en cuenta cambios como separaciones o divorcios, mudanzas, etc.²⁴

Para este patrón se realiza el test de Apgar Familiar. (Anexo 3)

Estimaremos igualmente el patrón ginecológico, mediante datos de este: edad de la menarquía, ciclos o alteraciones que sufre (amenorrea). Debemos consultar la historia obstétrica y conocer si ha sufrido abortos, gestaciones, si usa anticonceptivos y las revisiones ginecológicas. Además consultaremos por su vida sexual: si ha tenido problemas, a qué edad las inició, si ha sufrido abusos, etc.²⁴

Por último valorar los valores y las creencias. Averiguar sus referentes en la vida, cómo ve la moda, qué opina de los mitos o ideales de belleza y de la perfección.²⁴

Así, una vez realizada la valoración, podremos realizar un plan de cuidados enfermeros adecuado para restablecer y cubrir todas las necesidades alteradas del paciente, que así pueda valerse por sí mismo y haga vida "normal". (ANEXO 5)

PLAN DE ACTUACIÓN

Una vez diagnosticado, debemos informar, tanto al paciente como a la familia, sobre el diagnóstico y plan de actuación partiendo de la realidad según edad, nivel escolar y creencias. Informaremos sobre la enfermedad que es una situación grave que necesita tratamiento, y para eso se debe tomar conciencia del trastorno y tener motivación por el cambio, curarse debe ser su objetivo. Debemos prevenir y controlar recaídas y averiguar y corregir ideas erróneas sobre peso y salud (Anexo 1).^{20, 23}

En primer lugar hay que tomar la decisión de si es posible tratar ambulatoriamente o se debe derivar. Tendremos en cuenta: complejidad del trastorno, edad, nivel de riesgo, complicaciones físicas y preferencias del paciente.²⁰

Si se decide que el procedimiento ambulatorio es el adecuado se acudirá a la consulta semanalmente. Se reforzarán las conductas positivas, tanto individualmente como en el ámbito familiar y social mediante educación familiar desde el inicio. También se proporcionarán herramientas para superar los momentos de crisis.²⁰

Esta evolución será ponderal y mediante el equipo multidisciplinar, se iniciará la reeducación y tratamiento de los hábitos alimentarios con una alimentación variada para: conseguir un peso normal con un aumento de 0.50-1kg aproximadamente a la semana, corregir la malnutrición, evitar el SDR, controlar y tratar complicaciones, normalizar patrones dietéticos alterados y cubrir los requerimientos energéticos y metabólicos.^{20, 23}

El tratamiento dietético será individual, teniendo en cuenta: tiempo de evolución del proceso, manipulaciones dietéticas realizadas, existencia de conductas purgativas y grado de consciencia de la enfermedad. Si es preciso se aplicará tratamiento farmacológico y se llevará un control, observando también el reposo y sueño.²⁰

Además se harán encuestas alimentarias y de consumo. Se pedirá un registro diario de ingesta alimentaria, actividad física y uso de laxantes y diuréticos para saber los hábitos alimentarios y así empezar con un incremento calórico lento y progresivo. (Anexo 2). Introducir progresivamente alimentos “temidos” cuando la situación sea adecuada. Se le prohibirá que se pese en casa y valoraremos.^{20, 23}

ALTA DE AP

Se podrá dar de alta en atención primaria cuando:

- Se mantienen las conductas alimentarias no alteradas (dietas, purgas...) además de un peso estable normal durante 1 año.
- No se presencien irregularidades menstruales debido a la AN.
- Disminuye el riesgo de recaída.
- No se detectan alteraciones psicopatológicas que requieran tratamiento.²⁰

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Puede ser que el seguimiento ambulatorio no sea el más conveniente. Se podrá ingresar en el hospital de día en los siguientes criterios:

- No se cumplen las condiciones para atención médica urgente ni de ingreso psiquiátrico urgente.
- Insuficiencia del tratamiento ambulatorio.
- Alta probabilidad de fracaso debido al grado de cronicidad.
- La recuperación del peso no sigue el ritmo pautado.
- 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.^{20,22}

ATENCIÓN ESPECIALIZADA/HOSPITAL DE DÍA

La atención especializada es el segundo o tercer nivel de asistencia sanitaria, dentro de esta encontraríamos el recurso el cual nos interesa para la atención del paciente con AN, el hospital de día (HD). Este se encuentra dentro de la hospitalización parcial, es decir, un término medio entre tratamiento ambulatorio y hospitalización completa. Así posibilita conservar el nexo de unión entre paciente y entorno.²⁰

Así, podría definirse como: “un servicio ambulatorio apoyado en un dispositivo hospitalario, en un ambiente terapéutico estable, que provee de tratamientos continuados, más estructurados e intensivos que el ambulatorio, donde se aplican programas de control y normalización biológica, recuperación ponderal y monitorización de la dieta, así como programas de intervención psicoterapéutica”.²⁰

En los últimos años se han ido extendiendo por todas las CCAA, siendo dispositivos necesarios y que con frecuencia se llevan en HD específicos para ellos.²²

Además de estos, existen unos hospitales de día infantiles y juveniles de entre 0 y 16 años con todo tipo de enfermedades mentales, como el de *Natividad Zubieta* en Navarra. Aquí se realiza la misma labor que en los HD de adultos, pero con una mayor implicación parental en la búsqueda de información y tratamiento.

Este recurso, es de interés por su eficacia y eficiencia, ya que este permite: hacer un abordaje integral multidisciplinarmente, proporciona intervenciones terapéuticas grupales alrededor de las comidas y a la vez es una terapia intensiva, no se desvincula a la persona de su entorno (importante en población joven y adolescente) y reduce y acorta las hospitalizaciones totales. Así se reduce la cronicidad y desesperanza.^{22, 25}

Esta atención se realizará una vez efectuada la valoración y diagnóstico desarrollado en atención primaria y a partir de su derivación desde esta. Aquí se completará y actualizará la historia clínica hecha en AP.²⁰

Tanto paciente como familia deben estar suficientemente motivadas para seguir un programa tan intensivo y deben aceptar mutuamente las expectativas de cambio en la sintomatología: incremento de peso, descenso de atracones, purgas, etc. El paciente debe tener una capacidad, aunque en ese momento sea muy limitada, de tolerar la situación de grupo y la relación con otros pacientes.²⁰

PLAN DE ACTUACIÓN

Una vez ingresado se harán una serie de sesiones para la evaluación y tratamiento. La estructura del programa y sus fases para la recuperación será el siguiente:

En la primera sesión, se realizará la historia clínica con la recogida de: historia de la enfermedad, consumo de sustancias, estado actual y exploración física. Se extraerá la motivación del paciente, se restablecerá el diagnóstico, tratamiento e itinerario a seguir. Además el equipo planteará un peso teórico ideal (PTI), junto con el tiempo entre evaluaciones. Una vez finalizado se informará al paciente y su familia.^{20, 25}

Aquí se iniciará el tratamiento de las alteraciones somáticas, educación y recuperación nutricional: hidratación, equilibrio de sustancias y recuperación de peso con aporte dietético correcto con un control estricto. Como ya se ha comentado, el grado de deterioro nutricional y la presencia o no de complicaciones servirá para la selección del tipo de alimentación, controlando las ingestas y rellenando un cuestionario alimentario sobre que comen en 24h incluyendo fines de semana fuera del centro.^{20, 25}

La segunda fase constará de la evaluación psicológica, hábitos alimentarios y sintomatología; se volverán a aplicar los test de la valoración (Anexo 3). Comenzará la psicoeducación y psicoterapia individual junto con la familiar. Si es necesario se aplicará tratamiento farmacológico.²⁵

En la tercera sesión se hará la exploración psicopatológica y de personalidad, aplicando de nuevo los test correspondientes de la valoración enfermera (Anexo 3). Además se reajustará al paciente con su medio familiar y social mediante la intervención familiar y evaluación social-familiar con apoyo psicoterapéutico. Se dará orientación ocupacional e intervención social.²⁵

En la cuarta fase se analizarán los resultados y se dará orientación terapéutica con pautas a seguir tanto a pacientes como a la familia. Se establecerá un calendario y contrato terapéutico junto con un diario de hábitos alimentarios. Por último se hará seguimiento y prevención de recaídas identificando factores de riesgo y desarrollando las pautas de manejo eficaces con una incorporación progresiva y orientación para el seguimiento tras el alta (derivación al servicio adecuado).²⁵

Además, todos los días se realiza un programa de intervenciones psicológicas, recomendaciones conductuales, controles y monitorizaciones que hacen que sea más intensivo y eficaz que las consultas externas. Se enfrentan a sus áreas perturbadas: relaciones interpersonales, situación educativa, impulsividad... y se hará una

evaluación médica y nutricional semanalmente vigilando: peso, síntomas médicos, analíticas, alimentación, objetivos...^{20, 22}

La familia o pareja siempre es importante e imprescindible en el caso de los adolescentes, debemos incluirlos y mejorar la información y conocimientos:

- Tranquilizar a la familia por el trastorno
- Reforzar la autonomía y superar el miedo a que maduren.
- Recuperar los patrones de alimentación en el ámbito familiar.
- Tratar aspectos del funcionamiento familiar: estimular relaciones y la cooperación entre los ellos mejorando el clima y la resolución de conflictos.
- Conocer historia y acontecimientos del pasado que pueden estar influyendo.
- Prevenir los sentimientos de fracaso ante las recaídas.^{25, 26}

ALTA

Se podrá derivar a consultas ambulatorias cuando:

- Se recupere o se mantenga el peso según el peso teórico ideal.
- Los programas de grupo iniciados hayan finalizado.
- Mejora el patrón de la ingesta y conductas compensatorias.
- Los conflictos y funcionamiento familiar han mejorado.²⁰

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Se realizará la hospitalización completa cuando:

- La persona padezca complicaciones graves (ingesta nula, rectorarías, graves desequilibrios electrolíticos...) (Tabla 4).
- Síntomas de depresión grave con riesgo de autolisis y comorbilidad psiquiátrica grave. Comportamientos auto lesivos graves.^{20, 26}

HOSPITALIZACIÓN COMPLETA

Es una fase del tratamiento, necesaria o no, que puede realizarse tanto al inicio como a la largo del trastorno. Su derivación puede ser desde AP o Especializada.²⁶

Aunque existen unos criterios para esto, siempre se tratará y analizará el caso individualmente, teniendo en cuenta paciente y familia. Es necesaria la autorización del juez, y aconsejable también la de los padres.^{20, 26}

PLAN DE ACTUACIÓN

Ante un ingreso seguiremos los siguientes pasos:

- Entrevista de acogida: recibimiento del paciente y familia, corroborar los datos, explicar el funcionamiento de la unidad, presentar al equipo y dar los folletos.
- Hacer una evaluación inicial tanto orgánica como psicológica y explicar las fases del tratamiento y evolución.²⁰

Todo esto tendrá como objetivo restablecer y mantener el peso y estabilización fisiológica, normalizar las conductas alimentarias, tratar complicaciones y normalización psicológica.^{20, 26}

Una vez ingresado iniciaremos la fase de observación (24/72h) donde se tendrá en cuenta: historia clínica, conducta alimentaria, ejercicio físico, conductas purgativas, evaluación de la conducta y psíquica, conciencia de la enfermedad, registro de altura y peso, colaboración con el tratamiento y motivación por el cambio para el plan de cuidados (ANEXO 5).²⁵

Más tarde en la fase inicial el objetivo será: mejorar el estado nutricional y subir el peso. Anotaremos en el dietario lo que come con control para evitar complicaciones, se pesará diariamente antes de desayunar, en pijama, y con supervisión enfermera. A la hora de las comidas, se comerá en un comedor común, con una dieta estándar en cantidad fijada por el endocrino. También se controla el reposo. A esto se le añadirá la posibilidad de los suplementos nutricionales o sonda nasogástrica.^{25, 26}

En los comedores el equipo de enfermería presta atención a los hábitos alimentarios, así como en las salas comunes para las actividades para prevenir y controlar las conductas psicopatológicas o fugas.²⁶

La realimentación será progresiva. La recuperación nutricional y metabólica los primeros días, es de estricta vigilancia para evitar el SR. Por eso es mejor empezar con una dieta oral preferiblemente hipocalórica y baja en hidratos de carbono. Si la ingesta oral es insuficiente o existe una grave desnutrición (peso menor al 65% o pérdida reciente del 30% o más) se utilizara la sonda nasogástrica.²⁶

En una fase intermedia continuaremos con la recuperación nutricional y se empezará la recuperación psicopatológica con intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales, interpersonales y familiares, se intentará que tenga una percepción realista de su cuerpo y se estimularán las relaciones interpersonales para mejorar la autoestima y confianza. Intentaremos que realice otras actividades que le interese. Y se mantienen las pautas de control de peso, comportamiento y alimentación.^{25, 26}

Por último en la fase final de la hospitalización se alcanzará el peso mínimo establecido. Se van concediendo permisos para comer en el domicilio y pasar varios días allí progresivamente dando pautas claras a la familia para ello.

ALTA

Antes del alta se hará una reevaluación y un plan de alta. Se dará el alta cuando:

- Se normalicen las alteraciones biológicas que causaron la hospitalización.
- El peso programado se ha recuperado (IMC <18 mantenido 1 semana).
- Mejora el estado psicopatológico o las conductas autolesivas se eliminan.
- Las conductas alimentarias anómalas se han normalizado.
- Ha mejorado la relación familiar y se restablece la actividad social.
- Mejora del funcionamiento general.
- Inicio de un programa de tratamiento ambulatorio u hospital de día.²⁰

REINGRESO

Aun así se volvería a ingresar si:

- Vuelve a perder peso ponderalmente.
- Se incumplen las normas de alimentación, ejercicio físico y funcionamiento.
- Hay presencia de psicopatología o riesgo de complicaciones graves.²⁰

En el momento del alta se elegirá una de estas opciones:

- Seguimiento en las consultas del propio hospital del ingreso.
- Seguimiento periódico en el centro de salud mental.
- Hospital de Día.²⁶

ALTA DEFINITIVA DEL TRASTORNO

Se podrá finalizar el proceso y considerar de alta definitiva del trastorno de la AN cuando la mejoría clínica sea evidente y se haya incorporado a la vida cotidiana, comprobando que durante más de 2 años se siguen los principios:

- Se mantiene el peso sin alteraciones nutricionales.
- Desaparición de particularidades alimentarias nocivas para la salud.
- Relaciones normales y adecuadas.²⁰

OTROS RECURSOS

Enfermería debe enseñar a buscar ayuda a través de los dispositivos sanitarios y recursos disponibles. Debemos informar de asociaciones o grupos de apoyo. Estas “realizan acciones reivindicativas para conseguir una mejor asistencia médica y psicológica denunciando a los medios de comunicación por los mensajes negativos”.

Existen los grupos de ayuda mutua (GAM) formados por voluntarios y profesionales que se reúnen para ayudarse ya que tienen el mismo problema o se encuentran en la misma situación. Informan sobre la enfermedad, recursos sanitarios, jurídicos, económicos...para tranquilizar y auxiliar. También apoyan a la investigación y promoción educativa para la prevención y tratamiento. ²⁰

Existen muchas asociaciones en España, algunas de ellas son la Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER), Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia (FEACAB) o la Fundación Instituto de Trastornos Alimentarios (FITA) vinculada a ITA (Instituto de Trastornos Alimentarios). ^{21, 27, 28}

Además FITA dispone de pisos terapéuticos para la inclusión sociolaboral de los pacientes, donde se ofrece atención 24h reforzando el control alimentario, con apoyo sanitario y apostando por la mejora de la calidad de vida. ²⁹

Destacan los siguientes resultados:

- Se mantienen los resultados obtenidos en el tratamiento y se evitan recaídas.
- Se producen mejoras en el funcionamiento y en la relación con la alimentación.
- Ayuda a la rehabilitación y reinserción, facilitando la adaptación vital y social.
- Se produce un aprendizaje práctico de los hábitos domésticos y de vida.
- Se aumenta la estabilidad emocional, mejorando las relaciones con otros. ²⁹

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La realización de este trabajo me ha permitido conocer mejor el trastorno de la Anorexia Nerviosa. Es conocida por interrumpir la educación y trabajo de quienes lo padecen. Con relatos que muestran que ya existía en la antigua Grecia, comprobamos que esta patología constaba desde hace mucho y pocos han decidido estudiarla a fondo hasta el aumento en la incidencia en última década con el consecuente agravamiento del grado de morbilidad y mortalidad asociado, y que aparezca dependerá de cómo los factores de riesgo interactúen con los de protección. Caracterizada por preocupación por el peso presente en toda la vida y mostrándose cada vez en edades más tempranamente, afectando sobre todo a chicas adolescentes.

La multicausalidad de la patología: sobrevaloración de la apariencia física, búsqueda del cuerpo ideal marcado por la sociedad, falta de autoestima, insatisfacción corporal, inseguridad, perfeccionismo, etc. Hacen ver la fragilidad de estas personas y como sus complicaciones y consecuencias pueden llegar a ser irreversibles e incluso mortales para aquellas que la llegan a padecer.

Debido a esto, se recalca la importancia del equipo multidisciplinar en todas las fases del diagnóstico y tratamiento, y como ellos ayudan e implican a la familia, parte de vital importancia en niños y adolescentes, para la recuperación de la persona afectada y como la correcta comunicación entre ellos mejoran la intervención al paciente; ya que aún no se hallado un tratamiento totalmente eficaz teniendo que ser abordado psíquico, nutricional y farmacológicamente sin la especificidad debida. Por eso es importante destacar la trascendencia del diagnóstico precoz ya que se evitarían problemas innecesarios y la recuperación podría ser más rápida y eficiente.

Por lo general, cuando una persona comienza con un problema de alimentación, la familia se ve en una situación de incertidumbre, miedo,... porque no sabe dónde acudir ni cómo buscar ayuda. Ante este panorama, paciente y familia emprenden un largo, duro y triste peregrinaje, de hospital en hospital, con numerosos profesionales distintos y versiones muy dispares sobre lo que le ocurre a ese adolescente, y que no se ponen de acuerdo para intentar ayudarle de la mejor forma posible, o incluso, para salvarle la vida sin que ello tenga graves consecuencias en su futuro. Todo esto nos hace ver la importancia de la detección temprana desde atención primaria aunque no se cumplan todos los criterios diagnósticos y poder descartar otras patologías, siempre teniendo en cuenta la individualidad del paciente y su caso en concreto. Tener también en cuenta los criterios de derivación, ya que si no mejora con

tratamiento ambulatorio, debe derivarse al servicio oportuno como hospital de día, en los que se sugiere que no son suficientes las unidades específicas y especialistas en TCA, o también si se presenta un riesgo relativo de suicidio o autolesiones la hospitalización completa. Es importante la comunicación entre el circuito de salud mental para evitar confusiones y hacer una mejor inclusión del paciente. Al final, en la unidad que se ingrese, ya se haría una recuperación adaptada a la situación del paciente, siempre supervisada por el equipo en todo momento bajo un estricto control por ejemplo con los dietarios o registro del peso, siguiendo correctamente siempre las fases del tratamiento para una buena recuperación con las dieta, terapias, etc. y por último cuando se hayan completado estas y el estado mental y físico del paciente lo permitan, se hará el seguimiento oportuno tras alta por el riesgo de reaparición.

Si observamos la patología desde la vertiente enfermera, teniendo en cuenta la naturaleza social de este trastorno, así como la larga duración del proceso con tendencia a la cronificación, el enfermero es un pilar fundamental para el tratamiento y seguimiento, va a ayudar en la recuperación de los patrones funcionales alterados, que en el caso de la AN son la mayoría siendo los más perturbados la alimentación y autoestima. Para ello contaremos con los test de diagnóstico (ANEXO 2) y a partir de estos con el plan de cuidados de enfermería (ANEXO 5) para que pueda, con la recuperación de estos, llevar una vida “normal”. También tienen un gran papel en la educación sanitaria, hay que considerar la relevancia de la aparición de un trastorno en la infancia, por insignificante que sea, pues puede condicionar la aparición en la adolescencia y condicionar su desarrollo personal y social. Así mismo, sería conveniente informar a los adolescentes sobre su salud mental y las distintas patologías, así como de la existencia de ayuda para poder evitar a los sitios “pro-ana” y “pro-mia” que glorifican estas patologías como estilo de vida.

No debemos transmitir solo información, sino fomentar la motivación, habilidades sociales y potenciar la autoestima. La sensibilidad del adolescente junto con los factores de riesgo, desequilibrios emocionales, cambios corporales, conflictos, formación de la personalidad,... ponen de manifiesto la necesidad de programas de prevención de la AN en la adolescencia.^{12, 17, 29}

Por ejemplo, Dianne Neumark-Sztainer entrega a los profesionales sanitarios recomendaciones para la prevención junto a la obesidad, ya que sugieren que un enfoque de ambas enfermedades puede ser más eficaz. En ellos podemos encontrar información sobre hacer dietas contraproducentes apoyando la alimentación sana y el ejercicio (ANEXO1), la promoción de una imagen corporal positiva lidiando con las

presiones sociales y así reducir la importancia dada al cuerpo y el peso para el éxito personal y autoestima, fomentar las comidas familiares en buen ambiente y de forma regular para mejorar la comunicación y conexión, animar a que no hablen sobre el peso y que se eliminen burlas por ejemplo mediante campañas como “Semana libre del *fat talk*” de EEUU, *New moves*, *Healthy Weight* o *Healthy Buddies*. Asumir que los pacientes con sobrepeso han sufrido maltrato por su peso y abordar el tema junto con su familia. Estas conductas no son graciosas, por eso buscaremos estrategias.^{12, 29, 31}

También destacar la actitud y conducta del sanitario en las intervenciones educativas y/o el manejo nutricional. En vez de un discurso rígido que promueva la alimentación “perfecta” y el ejercicio excesivo, utilizar un discurso moderado con una alimentación y actividades físicas saludables y flexibles, evitando las conductas agresivas.²⁹

Un objetivo para el futuro sería que los niños y los adolescentes, así como padres y profesores, tengan conciencia de que su salud mental es tan importante como la física.

Pero esta prevención también se realiza para la detección precoz de pacientes en riesgo; cuanto antes se sospeche antes se hará un diagnóstico precoz y se iniciará su tratamiento junto con una recuperación más temprana. Y en la prevención terciaria, se aprenden conductas que evitan recaídas después del tratamiento con información de los signos de alarma y material para los padres, reforzando el concepto de autoimagen y aumentando la autoestima. Pactaremos metas y mantendremos unas medidas mínimas para no entrar en una situación de riesgo. Así se evitan situaciones críticas pudiendo mejorar la calidad de vida con un seguimiento a largo plazo y control.^{12, 14, 29}

Por último destacar la posibilidad de los profesionales para erradicar el estigma en las personas que sufren cualquier enfermedad mental. Las etiquetas, sobre todo con connotaciones negativas, en cualquier persona, disminuyen su autoestima y dificultan su integración en el entorno social y laboral. Siempre que estén nuestras manos debemos hacer posible la supresión de este estigma por las personas que lo sufren.

Como limitación a la de realizar el trabajo, destacar que hay un menor proporción de artículos específicos de la AN, ya que al pertenecer al grupo de los TCA siempre se engloba en estos sin tener en cuenta las diferencias entre ellos. Y un pequeño número de estos es desde la perspectiva enfermera. Además las guías o protocolos necesitan de actualización ya que muchos de ellos cuentan con más de 5 años y precisan renovación.

6. CONCLUSIÓN

La anorexia es un trastorno alimentario en aumento, cada vez más frecuente en nuestra sociedad, afectando sobre todo a adolescentes de sexo femenino, y nosotros, como enfermeros, debemos conocer y saber tratar estas enfermedades ya que tienen una mortalidad del 10% de los casos.

Aunque de etología desconocida y multifactorial, muchos individuos la padecen debido a la sociedad desarrollada. Con un difícil diagnóstico, es importante la detección temprana aunque no se cumplan todos los criterios diagnósticos, para así poder tener una recuperación más precoz.

El tratamiento de estos trastornos debe ser multidisciplinario, incluyendo el tratamiento psicológico, rehabilitación nutricional y restablecimiento de un estado de salud normalizado, incluyendo a la familia en todo el proceso para que así colaboren.

Al igual recalcar la importancia del equipo multidisciplinar en todo el proceso, bajo una estricta vigilancia, desde la recuperación hasta el seguimiento tras el alta, para la correcta recuperación.

Es importante conocer el circuito sanitario, como profesionales en el ámbito, para así saber derivar correctamente en caso necesario y conocer los procesos en cada nivel de atención. Así se podrían evitar recaídas, evitar sufrimiento y optimizar el proceso.

Enfermería es un pilar fundamental en la restauración de una “vida normal” en esta enfermedad, pasando por todos los ámbitos: diagnóstico, tratamiento, prevención... De ahí la necesidad de la profundización en su conocimiento.

Informar a los niños y adolescentes sobre su salud mental y las patologías que les pueden afectar junto con la ayuda que existe e intervenciones dedicadas a ellos, puede ser de gran utilidad para evitar estas conductas y quizás disminuir el estigma que precede a estas personas por sufrir una enfermedad mental.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Lenoir Melissa y Silber Tomas J. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Archivo argentino de pediatría [Internet]. 2006 [Consultado el 3/11/2015]. Disponible en: http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes_parte_1.pdf
2. Lenoir Melissa y Silber Tomas J. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 2). Archivo argentino de pediatría [Internet]. 2006 [Consultado el 5/11/2015]. Disponible en: http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes_parte_2.pdf
3. Miranda-Sánchez Sergio. Anorexia nerviosa: manejo nutricional en pediatría. Medigraphic [Internet]. 2008 [Consultado el 11/11/15]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/enfermeria-pediatria/anorexia.pdf>
4. Palomino Inmaculada. Anorexia nerviosa y proceso de atención de enfermería. Reduca [Internet]. 2012 [Consultado el 1/11/2015]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/907/921>
5. M. L. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M.^a Raich. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. Nutrición hospitalaria [Internet]. 2012 [Consultado el 11/11/2005] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Álvarez-Rayón Georgina, Franco-Paredes Karina, López-Aguilar Xochitl, Mancilla-Díaz Juan M. y Vázquez-Arévalo Rosalia. Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. Revista de Salud Pública [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. M. Olesti Baiges, J.L. Piñol Moreso, N. Martín Vergara, M. de la Fuente García, A. Riera Solé, J.M.^a Bofarull Bosch, G. Ricomá de Castellarnau. Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas en Reus. An Pediatría [Internet]. 2008 [Consultado el 6/11/2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-37-articulo-prevalencia-anorexia-nerviosa-bulimia-nerviosa-13114466?referer=buscador>
8. Pineda-García Gisela, Gómez-Peresmitré Gilda, Velasco Virginia, Platas Silvia, Áramburo Vicente. Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la

- edad de la pubertad en universitarios de Baja California-México. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios [Internet]. 2014 [Consultado el 14/11/2015]. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90402356&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=110&ty=128&accion=L&origen=zonadeselectura&web=www.elsevier.es&lan=en&fichero=110v05n02a90402356pdf001.pdf
9. Fuertes Javier, Pérez Raquel, Hernández Antonio. Trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia. Offarm [Internet]. 2010 [Consultado el 11/11/2015]. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13148969&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=95&accion=L&origen=zonadeselectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v29%20n02a13148969pdf001.pdf
10. Woerwag-Mehta Sabine y Treasure Janet. Causas de la anorexia nerviosa. Psiquiatría Biológica [Internet]. 2009 [Consultado el 14/11/2015]. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13135535&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=46&ty=170&accion=L&origen=zonadeselectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=46v16n01a13135535pdf001.pdf
11. Rojo Luis, Plumed Javier, Conesa Llanos, Vaz Francisco, Diaz Marina, Rojo-Bofill Luis y Livianos. Lorenzo Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. Revista Psiquiatrica Salud Metal Barcelona [Internet]. 2012 [Consultado el 11/11/2015]. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90141479&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=286&ty=26&accion=L&origen=zonadeselectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v05n03a90141479pdf001.pdf
12. López Carolina, Raimann Ximena, Gaete M^a Verónica. Prevención de los trastornos de conducta alimentaria en la era de la obesidad: Rol del Clínico. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2015 [Consultado el 20/11/2015]. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90393598&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=91&accion=L&origen=zonadeselectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v26n01a90393598pdf001.pdf
13. Benjet Corina, Méndez Enrique, Borges Guilherme, Medina-Mora María Elena. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. Salud Mental [Internet]. 2012 [Consultado el 14/11/2015]. Disponible en: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3506/sm3506483.pdf>

14. Garrote Daniel , Palomares Ascensión . Educación y salud en la adolescencia: los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de la Facultad de Educación de Albacete [Internet]. 2011 [Consultado el 16/11/2015]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4010563>
15. Grosser Katty. Anorexia: un conflicto entre la niña y la adolescente; la adolescente y su espejo. Revista electrónica del Instituto de Investigación de Educación [Internet]. 2010 [Consultado el 16/11/2015]. Disponible en: <http://revista.inie.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/409/408>
16. Madruga Diana, Leis Rosaura, Lambruschini Nilo. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP [Internet]. 2015 [Consultado el 20/11/2015]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf
17. López G. Carolina, Treasure Janet. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Revista Médica Las Condes [Internet]. 2011 [Consultado el 20/11/2015]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960>
18. Portela M. L., da Costa Ribeiro H., Mora M. y Raich R. M.^a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2012 [Consultado el 22/12/2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112012000200008&script=sci_arttext&tlng=esja.org
19. Cuerda M^a Cristina. Tratamiento Nutricional de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Madrid: Diaz de Santos; 2012
20. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ministerio de Sanidad y consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya [Internet]. 2010 [Consultado el 23/12/2015]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf)
21. ADANER. Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia. [Página en Internet]. [Consultado el 18/1/2016]. Disponible en: <http://www.adaner.org>
22. Trastornos del comportamiento alimentario, Criterios de ordenación de recursos y actividades. Insalud, CAT Barcelona [PDF a Internet]: 2010 [Consultado el 22/12/2015]. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/anorexia-y-bulimia/2 - 2 - la bulimia nerviosa y su tratamiento - terapia cognitivo conductual de fairburn.pdf>

23. Trastorns del comportament alimentari, Guia per a l'atenció primària de salut. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social [PDF a Internet]; 2010 [Consultado el 3/1/2016]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_d_e_salut/salut_alimentaria/documents/arxius/anore2007.pdf
24. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ministerio de Sanidad y consumo, Sempa [PDF a Internet]; 2009. [Consultado el 22/12/2015]. Disponible en: http://www.semmap.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alimentaria.pdf
25. Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario. Salud pública y administración sanitaria, Gobierno de Navarra departamento de salud [PDF a Internet]; 2008. [Consultado el 5/1/2016]. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B31A650F-3952-4E42-A4C2-1439ED42F72D/147810/trastornos_alimentarios.pdf
26. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica. Servicio Madrileño de Salud, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid [PDF a Internet]; 2012 [Consultado el 15/1/2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>
27. FEACAB, Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha Contra la Anorexia y la Bulimia. [Página a Internet]. [Consultado el 18/1/2015]. Disponible en: <http://www.feacab.org>
28. FITA. Fundación Instituto de Trastornos Alimentarios. [Página en Internet]. [Consultado el 18/1/2015]. Disponible en: <http://www.itacat.com/fundacion/mision-y-valores.html>
29. Gaete P. María Verónica, López C. Carolina, Matabala B. Marcela. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012 [Consultado el 10/2/2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703528>
30. Correa Patricia, Carbia Patricia, Crestar Irene, de Coa María, Diz M^a Ángeles, Fernández Tamara. Propuesta de prevención primaria de la anorexia y bulimia en la infancia. Revista de estudios e investigación en psicología y educación [Internet]. 2015 [Consultado el 12/2/2016]. Disponible en: http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/259/pdf_67

31. Lee Huei Yen, Hoodbhoy Zahra. You Are Worth More Than What You Weigh: Preventing Eating Disorders. Annals Academy of Medicine [Internet]. 2013 [Consultado el 15/2/2016]. Disponible en: <http://www.annals.edu.sg/pdf/42VolNo2Feb2013/V42N2p64.pdf>
32. Kontic Olga, Vasiljevic Nadja, Trisovic Marija, Jorga Jogada, Lakic Aneta, Jasovic Miroslava. Eating Disorders. Srp Arch Celok Lek [Internet].2012 [Consultado el 10/2/2016]. Disponible en: <http://srpskiarhiv.rs/global/pdf/articles-2012/septembar-oktobar/Eatingdisorders.pdf>
33. Campbell Kenisha, Peebles Rebecka. Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. Pediatrics [Internet]. 2014. [Consultado el 22/1/2016]. Disponible en : <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/3/582>

ANEXOS

ANEXO 1

Mitos sobre salud y peso

- En la comida cualquier grasa es mala.
- Es saludable estar delgado.
- Se puede perder rápidamente la grasa y sin peligrar la salud.
- La celulitis es un tipo de grasa especial de la mujer.
- Las toxinas producen la grasa de la celulitis.
- Determinados alimentos, y algunas de sus combinaciones, pueden activar el metabolismo y aligerar la pérdida de peso.
- Hacer dieta es una actividad saludable.
- Las dietas de moda son una buena manera para que yo pierda peso y no lo vuelva a aumentar.
- Los productos de grano, tales como el pan, la pasta y el arroz me hacen engordar. Debo evitarlos cuando trato de perder peso.
- Cuando algo dice “bajo en grasa” o “sin grasa,” significa que no tiene calorías y puedo comer la cantidad que quiero.
- Si omito una comida, puedo bajar de peso.
- La leche y los productos derivados de la leche me engordan y no son saludables.
- Hacerme vegetariano me ayudará a perder peso y ser más sano.
- Todo lo ingerido después de las 20:00h, el organismo lo convierte en grasa corporal.
- Es necesario pasar hambre para bajar de peso.
- El agua caliente elimina la grasa.

ANEXO 2

Plan de alimentación para atención primaria:

1. Ofrecer una educación alimentaria para poder realizar una dieta equilibrada y así detener la pérdida de peso.
2. Pactar un aumento de peso ponderal semanalmente. Esta ganancia puede estar entre 0.5-1 kg de peso/semana. Siempre debemos dar una información cierta sobre la fase en la que se encuentra. En las fases finales, junto con el paciente, establecer juntos un peso final a lograr. Dar información sobre las molestias digestivas (sensación de plenitud y distensión abdominal) y tranquilizarlo ya que es pasajero.
3. Con los hábitos familiares y preferencias del paciente pactar una dieta que incluya todos los grupos de alimentos:
 - a. Dar información acerca de los grupos de alimentos y recomendarle el consumo diaria y semanalmente.
 - b. Mediante medidas caseras, establecer las raciones recomendadas del alimento.
 - c. En excepciones se detallará el peso a tomar de algún alimento.
 - d. Definir el número de comidas al día, en 4-6 tomas, para normalizar la pauta de alimentación
4. Se recomendará que los pacientes no participe en hacer la comida ni en su compra. Recordar que coman en un entorno familiar.
5. Aconsejar que la persona no esté presente cuando se prepare la comida.
6. Recomendar que se haga el mismo menú para toda la familia. Nunca se servirá él la comida.
7. Mientras se coma, evitar temas sobre alimentación, así como correcciones o quejas hacia el paciente. Intentar que sean en un entorno agradable y no estar pendiente de la ingesta de este.
8. Hacer las comidas correctamente, comiendo pan dese el inicio y poco a poco. Impedir que se manipule la comida: triturar, desmenuzar... No hacer trozos, comer nada más cortarlo.
9. Hacer la comida siempre sentado y acompañado, nunca solo. Mientras se come, no se realizarán otra tara (leer, mirar la TV,...). No se irá de la mesa hasta terminar.
10. Una vez servida la mesa, solo se dejará la comida para comer, quitando bandejas, envases, botes...
11. No dejar que las comidas duren más de lo necesario. Mínimo 30 min., máx. 1h.

ANEXO 3

EAT 26: Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación

A: siempre B: casi siempre C: a menudo D: a veces E: pocas veces F: nunca

1. Me gusta comer con otras personas. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
2. Procuo no comer aunque tenga hambre
3. 3A 2B 1C 0D 0E 0F 3. Me preocupo mucho por la comida. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
4. A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer. 3A 2B 1C 0D 0E 0F.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños 3A 2B 1C 0D 0E 0F
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc). 3A 2B 1C 0D 0E 0F
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
9. Vomito después de haber comido. . 3A 2B 1C 0D 0E 0F
10. Me siento muy culpable después de comer 3A 2B 1C 0D 0E 0F
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio 3A 2B 1C 0D 0E 0F
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a 3A 2B 1C 0D 0E 0F
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo 3A 2B 1C 0D 0E 0F
15. Tardo en comer más que las otras personas. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
16. Procuo no comer alimentos con azúcar. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
17. Como alimentos de régimen. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
18. Siento que los alimentos controlan mi vida. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
19. Me controlo en las comidas 3A 2B 1C 0D 0E 0F
20. Noto que los demás me presionan para que coma. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
23. Me comprometo a hacer régimen. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
24. Me gusta sentir el estómago vacío 3A 2B 1C 0D 0E 0F
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas. 0A 0B 0C 1D 2E 3F
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas. 3A 2B 1C 0D 0E 0F

TOTAL: 20 o más: sensibilidad del 91% para los TCA o síntomas parciales.

Test Scoff (Sick Control One Hado Food):

1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo? SI/NO
2. ¿Está preocupada/o porque nota que ha de controlarse cuando come? SI/NO
3. ¿Ha perdido últimamente más de 6 kg en el periodo de tres meses? SI/NO
4. ¿Cree que está gorda/o aunque los otros digan que está demasiado delgada/o? SI/NO
5. ¿Diría que la comida domina su vida? SI/NO

TOTAL: 2 o más es asintomático de patología

Test Del Dr. Bratman Para La Ortorexia

1. ¿Pasa más de tres horas al día pensando en su dieta?
2. ¿Planea sus comidas con varios días de antelación?
3. ¿Considera que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que le aporta?
4. ¿Ha disminuido su calidad de vida a medida que aumentaba la calidad de su dieta?
5. ¿Se ha vuelto más estricto consigo mismo en este tiempo?
6. ¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana?
7. ¿Ha renunciado a comer alimentos que le gustaban para comer alimentos "buenos"?
8. ¿Su dieta supone un problema a la hora de comer fuera, distanciándolo de su familia y sus amigos?
9. ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?
10. ¿Se siente en paz consigo mismo y cree que todo está bajo control cuando come de forma sana?

TOTAL: Puntuación de 4 o 5 puntos, significa que es necesario que no sea tan estricto en lo que respecta a la alimentación. Puntuación superior hasta 10 tiene una obsesión importante por la alimentación sana.

Test de BSQ. Body Shape Questionnaire

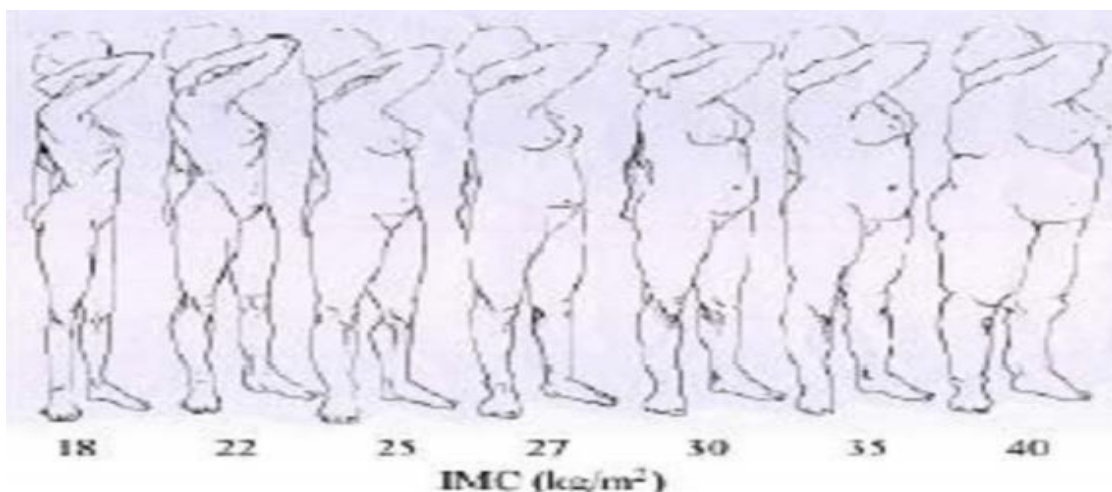
A: Nunca B: Raramente C: Algunas veces D: A menudo E: Muy a menudo F: Siempre
1 = nunca y 6 = siempre.

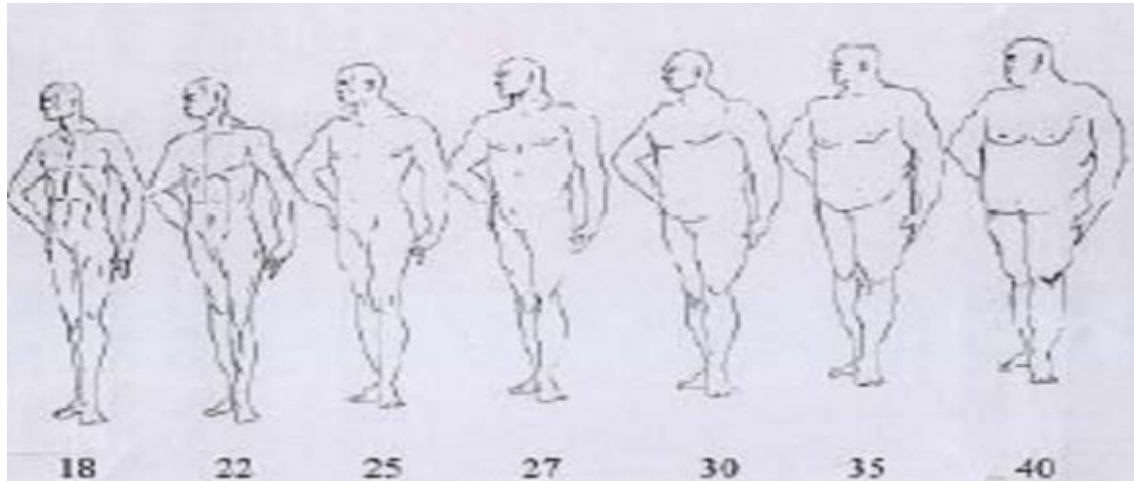
1. ¿Se sintió enfadada al hacer examen sobre su figura?
2. ¿Se sintió tan preocupada por su figura que pensó que debería ponerse a dieta?
3. ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes en relación al resto de su cuerpo?
4. ¿Sintió temor a volverse gorda (o a engordar)?
5. ¿Se sintió preocupada porque su carne no era lo bastante firme?
6. ¿La sensación de plenitud (por ej. después de una comida abundante) le hizo sentirse gorda?
7. ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar?
8. ¿Evitó el correr a causa de que su carne podía tambalearse?
9. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada le hizo a usted tomar conciencia sobre su figura?
10. ¿Se sintió preocupada sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?
11. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gorda?
12. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?
13. ¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse (por ej. mientras veía la televisión, leía o escuchaba una conversación)?
14. ¿El estar desnuda (por ej. al tomar un baño) le hizo sentirse gorda?
15. ¿Evitó ponerse ropas que realzaban su figura corporal?
16. ¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?
17. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda?
18. ¿No asistió a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que se sintió mal con su figura?
19. ¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha?
20. ¿Se sintió avergonzada de su cuerpo?
21. ¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?

22. ¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío (por ej. por la mañana)?
23. ¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol?
24. ¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran michelines en su cintura o estómago?
25. ¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted?
26. ¿Vomitó con la intención de sentirse más ligera?
27. ¿En compañía de otras personas, se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (por ej. sentada en un sofá o en el asiento del autobús)?
28. ¿Se sintió preocupada por el hecho que se le formen hoyuelos en la piel?
29. ¿El verse reflejada (por ej. en un espejo o un escaparate) le hizo sentirse mal con su figura?
30. ¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuanta grasa contienen?
31. ¿Evitó situaciones donde otras personas podrían haber visto su cuerpo (por ej. vestuarios comunitarios o piscinas)?
32. ¿Tomó laxantes para sentirse más ligera?
33. ¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?
34. ¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio?

TOTAL: No se han establecido puntos de corte pero las puntuaciones elevadas reflejan un posible trastorno del esquema corporal.

TEST de imagen corporal por modelos anatómicos





Test de depresión EAD (Escala Autoadministrada de Depresión):

A: Nunca o muy pocas veces B: algunas veces C: Frecuentemente D: La mayoría de las veces

1. Me siento descorazonado, melancólico y triste
2. Por la mañana es cuando mejor me siento
3. Siento deseos de llorar
4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche
5. Como tanto como solía comer antes
6. Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos
7. Noto que estoy perdiendo peso
8. Tengo problemas de estreñimiento
9. Mi corazón late más rápidamente que lo normal
10. Me canso sin motivo
11. Mi mente está tan despejada como siempre
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto
14. Tengo esperanzas en el futuro
15. Me irrito más de lo normal
16. Encuentro fácil el tomar decisiones
17. Siento que me necesitan y que soy útil
18. Llevo una vida satisfactoria
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer

PUNTUACIÓN:

A: 1 B:2 C:3 D:4 EN PREGUNTAS 1,3,4,7,8,9,10,13,15,19

A: 4 B:3 C:2 D:1 EN PREGUNTAS 2,5,6,11,12,14,16,17,18,20

PUNTAJE BRUTO: Sume todas las respuestas. Luego compare su puntuación bruta con el índice de EAD en la siguiente tabla

CONVERSIÓN DE LA PUNTUACIÓN BRUTA AL ÍNDICE DE EAD									
Punt. Bruta	Ind. EAD	Punt. Bruta	Ind. EAD	Punt. Bruta	Ind. EAD	Punt. Bruta	Ind. EAD	Punt. Bruta	Ind. EAD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	26	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Ahora, con el índice de EAD extraído de la tabla, obtenga el resultado del test mediante este cuadro

ÍNDICE EAD	IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL EQUIVALENTE
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión (de mínima a leve)
60-69	Presencia de depresión (de moderada a notable)
70 o más	Presencia de depresión (de severa a extrema)

Test Apgar Familiar

A: casi nunca B: A veces C: Casi siempre. Puntuación: A: 0 B: 1 C: 2

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?
5. ¿Siente que su familia le quiere?

TOTAL - Igual o superior a 7: familia normofuncionante. Entre 4 y 6: disfunción familiar leve. Igual o inferior a 3: disfunción familiar grave.

Body Attitudes Test (BAT)

0: nunca 5: siempre

1. Si comparo mi cuerpo con el cuerpo de personas de mi edad, me genera insatisfacción el mío.
2. Mi cuerpo parece ser una cosa torpe.
3. Mis caderas parecen demasiado grandes para mí.
4. Me siento a gusto dentro de mi cuerpo.
5. Tengo un fuerte deseo de estar más delgado.
6. Creo que mis pechos son demasiado grandes.
7. Tiendo a ocultar mi cuerpo (p.ej. poniéndome ropa amplia).
8. Cuando me miro en un espejo, me encuentro insatisfecha con mi cuerpo.
9. Me es muy fácil relajarme físicamente.

10. Pienso que soy demasiado gruesa.
11. Siento mi cuerpo como una carga.
12. Mi cuerpo se me representa como si no fuera mío.
13. Algunas partes de mi cuerpo parece que están hinchadas.
14. Mi cuerpo es una amenaza para mí.
15. La apariencia corporal es muy importante para mí.
16. El aspecto de mi vientre es como si estuviera embarazada.
17. Me siento tensa en mi cuerpo.
18. Envidio a otros por su apariencia física.
19. Hay cosas de mi cuerpo que me asustan.
20. Suelo observar mi apariencia en un espejo.

Eating Disorder Inventory (EDI)

Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi Siempre, o Siempre.

1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirme nerviosa.
2. Pienso que mi estómago.
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia.
4. Como cuando estoy disgustada.
5. Me atraco de comida.
6. Me gustaría ser más joven.
7. Pienso en seguir una dieta
8. Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos.
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos.
10. Me siento ineficaz como persona.
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso.
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. Mi familia solo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual.
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño.
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos.
16. Me aterroriza ganar peso.
17. Confío en los demás.
18. Me siento sola en el mundo.
19. Me siento satisfecho con la forma de mi cuerpo.
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control.
21. Me siento confundida ante las emociones que siento.
22. Prefiero ser adulto que niño.
23. Me comunico fácilmente con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero o aumento la importancia del peso.
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento.
27. Me siento inadaptada.
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo.
29. Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros.
30. Tengo amistades íntimas.

31. Me gusta la forma de mis nalgas.
32. Me preocupa el deseo de estar más delgada.
33. No sé lo que está pasando dentro de mí.
34. Tengo dificultad para expresar mis emociones hacia los demás.
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes.
36. Me molesta ser menos que la mejor en las actividades que hago.
37. Me siento segura de mi misma.
38. Pienso en atracarme de comida.
39. Me siento feliz de no ser nunca más una niña.
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no.
41. Tengo una pobre opinión de mí misma.
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas.
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.
44. Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen a mi control.
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy sola.
47. Después de haber comido me siento hinchada.
48. Pienso que las personas son más fáciles cuando son niñas.
49. Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando.
50. Pienso que soy una persona útil.
51. Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, atemorizada o enojada.
52. Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas.
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso.
54. Necesito mantener a la personas a cierta distancia pues me siento incómoda si alguien intenta acercárseme o entablar amistad.
55. Pienso que mis muslos tienen un tamaño adecuado.
56. Me siento interiormente vacía.
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales.
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida.
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas.
60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente.
61. Como a bebo a escondidas.
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Mis metas son excesivamente altas.
64. Cuando estoy disgustada, me preocupa el que pueda empezar a comer.

ANEXO 4

TABLA 3. Evaluación de laboratorio²

Estudio	Resultados
Hemograma completo*	Hemoconcentración, leucopenia, trombocitopenia.
Eritrosedimentación*	Su aumento indica otra enfermedad.
Química*	Hipogluceemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, disminución de la uremia, anormalidades electrolíticas, anormalidad de las pruebas de funcionalidad hepática, hiperamilasemia.
Parámetros nutricionales*	La prealbúmina y la transferrina disminuyen con el ayuno. Proteínas totales normales. La hypoalbuminemia sugiere otra enfermedad. Suele haber hipercolesterolemia.
Orina completa*	Aumento de la densidad urinaria en la deshidratación, disminución de la densidad urinaria en la isostenuria y la intoxicación hídrica. Proteinuria y hematuria con el ejercicio. Orina azul: abuso de diuréticos.
Prueba de embarazo*	Confirma la ausencia de embarazo como causa de amenorrea.
TSH (tirotrófina), T ₃ (triyodotironina)	T ₃ baja en presencia de TSH normal = desnutrición.
Hormonas sexuales	Confirman el hipogonadismo hipotalámico-estradiol disminuido.
Osmolaridad plasmática	Disminuida en sobrecarga hídrica, hiponatremia de 120 mEq/l: riesgo de convulsiones.
Investigación de enfermedad celíaca	Si se sospecha enfermedad gastrointestinal o enfermedad inflamatoria intestinal, endoscopia
Vitaminas, cinc	Disminuyen en la anemia perniciosa, escorbuto, pelagra, acrodermatitis, hipercarotinemia.
ECG	Bradycardia, hipocalemia, arritmia, prolongación del intervalo QT.
Dosaje de drogas en orina	Anfetaminas.
Neuroimágenes	Atrofia cerebral, pérdida de sustancia blanca y gris; si hay cefalea, para evaluar tumores del sistema nervioso central.
Ecografía ginecológica	Para detectar desarrollo folicular.
Densitometría ósea	Osteopenia/osteoporosis con más de 6 meses de amenorrea.
Estudios de investigación leptina, grelina.	Marcadores genéticos, metabolitos óseos, resonancia magnética nuclear funcional,

Nota: La mayoría de los estudios resultarán normales en la mayoría de los pacientes con trastornos alimentarios, y el laboratorio normal no excluye enfermedad grave ni inestabilidad médica en estos pacientes (American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence: Policy statement. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics* 2003; 111:206).

* Estudios de rutina.

ANEXO 5 PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA ^{24,26}

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON AN						
<u>COD</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>COD</u>	<u>RESULTADOS</u>	<u>COD</u>	<u>INTERVENCIÓN</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
15	Riesgo de estreñimiento	501	Eliminación intestinal	450	Cuidados en el estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar los factores que causan estreñimiento -Aumentar ingesta hídrica -Dieta rica en fibra -Actividad física -Instruir al paciente y familia de la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento
				420	Irrigación intestinal	
				1160	Monitorización nutricional	
				1100	Cuidados de la nutrición	
95	Deterioro/Riesgo de deterioro del patrón del sueño	1850	Sueño	1850	Fomentar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> -Higiene del sueño -Ajustar el ambiente para favorecer el sueño -Controlar la administración y efecto de los estimulantes -Regular horarios y ritmos
				5820	Disminuir la ansiedad	
47	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1120	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	6650	Prevención contra infecciones	<ul style="list-style-type: none"> - Protección en zonas de roce - Crema hidratante - Curas si UPP
				3540	Prevención de UPP	
				1650	Cuidado de los ojos	
				1750	Cuidados perineales	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON AN

<u>COD</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>COD</u>	<u>RESULTADOS</u>	<u>COD</u>	<u>INTERVENCIÓN</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
118	Trastorno/Riesgo de trastorno de la imagen corporal	1200	Imagen corporal	5220	Potenciación de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> -Expresiones de valoración y aumento de autoestima -Corregir pensamientos distorsionados -Marcar objetivos realistas, esperando un cambio lento pero progresivo en los hábitos alimentarios -Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes, reforzándolos -Establecer relación terapéutica de confianza y respeto.
				4700	Reestructuración cognitiva	
				5400	Potenciación de la autoestima	
		1302	Afrontamiento de problemas	5820	Asesoramiento	
120	Baja autoestima situacional	1205	Autoestima	2570	Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Observar frases del paciente sobre su valía, animar a identificar sus cualidades - Ayudar a identificar acciones que mejoran su aspecto
				5400	Potenciación de la autoestima	
119	Baja autoestima crónica	1614	Autonomía personal	5230	Fomentar la adaptación	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a separar el aspecto físico de la valía personal - Enseñar a cambiar autoafirmaciones - Trabajar habilidades sociales
				4700	Reestructuración cognitiva	
				5110	Potenciar la socialización	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON AN

<u>COD</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>COD</u>	<u>RESULTADOS</u>	<u>COD</u>	<u>INTERVENCIÓN</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
69	Afrontamiento ineficaz	1405	Control de impulsos	5230	Fomentar la adaptación	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de respiración y relajación - Trabajar habilidades sociales - Apoyo para identificar sentimientos de culpa y situaciones que producen ansiedad. Buscar motivación para el cambio. - Técnicas de resolución de problemas
				5820	Disminución de la ansiedad	
				4410	Establecer objetivos comunes	
				4354	Manejo conducta: autolesión	
		1302	Afrontamiento problemas	5320	Fomentar la adaptación	
				5320	Apoyo en toma de decisiones	
				5820	Disminución de la ansiedad	
146	Ansiedad	1402	Control de la ansiedad	5820	Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar relajación y respiración - Técnicas de control de impulsos - Seguridad para facilitar confianza y expresar sentimientos, percepciones y miedos
				6847	Manejo ambiental: prevención violencia	
				6160	Intervención en casos de crisis	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON AN

<u>COD</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>COD</u>	<u>RESULTADOS</u>	<u>COD</u>	<u>INTERVENCIÓN</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
140	Riesgo de violencia autodirigida	1408	Autocontención de suicidio	6847	Manejo ambiental: prevención de violencia	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia y asesoramiento - Medidas de protección y/o sujeción - Inmovilización terapéutica
				6650	Vigilancia	
				4380	Establecer límites de conducta	
				4920	Escucha activa	
				5230	Fomentar la adaptación	
		1406	Represión de automutilación	6847	Manejo ambiental: prevención de violencia	
				5270	Apoyo emocional	
				4640	Ayuda al control del enfado	
				4920	Escucha activa	
		1902	Control de riesgo	4420	Acuerdo con el paciente	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON AN

<u>COD</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>COD</u>	<u>RESULTADOS</u>	<u>COD</u>	<u>INTERVENCIÓN</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
78	Gestión ineficaz de la propia salud	1601	Conducta de cumplimiento	4410	Establecer objetivos comunes	-Mantener cerca, dando apoyo, trabajar conciencia de la enfermedad. -Reposar después de las comidas.
				5602	Enseñar proceso de la enfermedad	
				5240	Asesoramiento	
		1813	Conocimiento: régimen terapéutico	4420	Acuerdo con el paciente	
				5616	Enseñar medicamentos prescritos	
				7140	Apoyo a la familia	
2	Desequilibrio/riesgo de desequilibrio nutricional por defecto	1512	Control del peso	1240	Ayudar a ganar peso	-Alcanzar un peso óptimo -Dieta variada -Regularizar los horarios de comidas (4-5 al día) y añadir algún suplemento dietético -Pequeñas cantidades al principio e ir aumentando
		1008	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	1160	Monitorización nutricional	
25	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	0600	Equilibrio hidroeléctrico	4120	Control de líquidos	-Mejorar ingesta hídrica, motivando los logros -Valorar los logros
				4130	Monitorización de líquidos	
				6680	Monitorización signos vitales	

Metas de Enfermería

Instrucciones generales para la presentación de manuscritos

El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de gráficos y tablas (no se aceptarán si están en formato imagen). Respecto al texto, la presentación será con interlineado de 1,5 en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior derecha, un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. Si se envían imágenes digitales han de ser adjuntadas aparte y tener una resolución de 300 dpi, tamaño de 10 x 15 cm y formato jpg.

El texto del manuscrito, incluida la bibliografía, deberá ajustarse a un máximo de 3.000 palabras. Las tablas, cuadros y gráficos también se enviarán en un fichero aparte del texto, cuyo número no excederá de seis en conjunto, debiendo estar numeradas y acotadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda. Deben estar en Word o programa similar de edición de textos. Se intentarán restringir al máximo las abreviaturas y siglas, que se definirán cuando se mencionen por primera vez.

La página del título deberá contener: el título del trabajo (en español y en inglés), el cual ha de ser breve e informativo (no deberá superar las 15 palabras); el nombre y dos apellidos de cada autor/a; solo se indicará el grado académico más alto que se posea, así como la filiación institucional, pero no la categoría profesional; se indicará también el nombre, la dirección postal y electrónica (e-mail) y el teléfono de contacto del autor/a responsable para posible correspondencia.

Todos los artículos tendrán que incluir un resumen (en español y en inglés) que no superará las 250 palabras en el caso de resúmenes estructurados y 150 en los no estructurados, y entre tres y diez palabras clave (en español y en inglés), las cuales han de estar normalizadas según el tesoro Medical Subject Heading (MeSH) o en su versión española (Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS), siempre que sea posible. Para resúmenes estructurados, ver el apartado "Estructura para los manuscritos de investigación". La bibliografía utilizada en la elaboración del manuscrito tendrá que aparecer acotada a lo largo del texto, de forma consecutiva, usando numeración arábiga, entre paréntesis, con el mismo tipo y tamaño de letra que la fuente utilizada para el texto. Deberá, asimismo, estar referenciada en su apartado correspondiente (Bibliografía), según las Normas de Vancouver:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html en inglés o en español: <http://www.enfermeria21.com/wp-content/uploads/Vancouver-2012.pdf>

Asimismo, en todos los manuscritos ha de constar si han existido ayudas económicas e indicar el organismo, la agencia, la institución o la empresa que haya financiado el trabajo, así como el número de proyecto, convenio o contrato. En caso de no contar con financiación externa se hará constar como “Financiación: ninguna”. Además, todos los trabajos que se envíen deben ir acompañados de una declaración de los posibles conflictos de intereses de cada una de las personas firmantes. Los conflictos de intereses pueden ser laborales, de investigación, económicos o morales. Los autores/as, al enviar el manuscrito, han de indicar por escrito si existe alguno de esos conflictos. De la misma manera, si no hay ningún conflicto de intereses deberá hacerse constar como “Conflicto de intereses: ninguno”. La inclusión de esta información es requisito indispensable para que el manuscrito pueda ser considerado y entre en el proceso editorial. Cuando a criterio de los autores/as se considere pertinente la inclusión de un apartado de Agradecimientos, tendrán que aparecer en el mismo las personas que, sin reunir los requisitos de autoría, sí hayan facilitado la realización del trabajo. Una descripción más detallada de las cuestiones éticas y legales se encuentra disponible detrás, en el apartado de “Conformidad con los requisitos éticos y legales”.

Tipos de artículos

Originales. Trabajos de investigación realizados con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta relacionados con cualquier campo de la Enfermería. Contendrá los siguientes apartados:

- a) Resumen y palabras clave: la extensión del resumen no superará las 250 palabras, estará estructurado en: Objetivos del estudio, Método, Resultados más destacados y las principales Conclusiones. Las palabras clave se situarán debajo, debiendo identificarse de tres a diez términos que definan el contenido del trabajo para su inclusión en las bases de datos nacionales e internacionales.
- b) Introducción: ha de contener los antecedentes y el estado actual del fenómeno de estudio (contextualización), así como los elementos de justificación y aplicabilidad, para terminar con la definición de los objetivos del estudio.
- c) Método: se ha de especificar el diseño, la población y muestra, las variables estudiadas y cómo han sido medidas, el/los instrumento/s empleados, descripción

detallada de cómo se ha procedido a realizar la recogida de datos, las estrategias para garantizar la fiabilidad y la validez de los mismos, así como el plan de análisis, concretando el tratamiento estadístico. Se especificarán, asimismo, los aspectos éticos vinculados a los diferentes diseños (Ver Conformidad con los requisitos éticos y legales).

d) Resultados: iniciar con una descripción de los sujetos estudiados y posteriormente presentar la información pertinente a los objetivos del estudio. Las tablas, cuadros, gráficos e imágenes han de ser claras y relevantes, estando acotadas en el texto por orden de aparición. No repetir en el texto los datos expuestos en las tablas o gráficos y reseñar o resumir solo las observaciones más destacables sin discutir ni interpretar los datos.

e) Discusión y conclusiones: sin repetir los datos expuestos en el apartado anterior, se discutirán los resultados comparándolos con otros trabajos previos similares y relevantes, comentando las diferencias y las similitudes. Se señalarán las fortalezas y las limitaciones del estudio, la posible generalización de los hallazgos y las líneas de investigación que se pudieran abrir, así como las recomendaciones para la práctica clínica. Las conclusiones han de verificar si se ha respondido o no al objetivo/s planteado/s.

f) Bibliografía: el contenido de este apartado se ajustará a lo indicado con anterioridad en las Normas Generales para la Presentación de Artículos. Se recomienda un máximo de 35 referencias bibliográficas.

Revisiones. Estudios bibliométricos, revisiones narrativas, integrativas, sistemáticas, metaanálisis y metasíntesis sobre temas relevantes y de actualidad en Enfermería, siguiendo la misma estructura y normas que los trabajos originales. Se recomienda un máximo de 80 referencias bibliográficas.

Práctica clínica. Incluye trabajos que aborden la puesta en marcha de actividades, protocolos, programas, casos clínicos, reflexiones clínicas en torno a un tema, etc. El esquema a utilizar seguirá un orden lógico que facilite la comprensión. En líneas generales el manuscrito deberá estructurarse al menos en los siguientes apartados: Introducción que contemple en su párrafo final el propósito/objetivo/s del trabajo; uno o varios epígrafes que den respuesta a dicho/s propósito/s; conclusiones o consideraciones finales. Los casos clínicos deben constar de: Introducción; Presentación del caso; Valoración enfermera (completa); Descripción del plan de cuidados (conteniendo los posibles diagnósticos enfermeros y los problemas de

colaboración, objetivos e intervenciones enfermeras); Evaluación del plan de cuidados y Conclusiones.

Especiales. Esta sección pretender abordar temas de actualidad enfermera. Este tipo de manuscritos se realizarán por encargo del Comité Editorial, aunque también pueden publicarse previa solicitud de los/las autores/as interesados/as y tras la valoración por el Comité Editorial. Tanto si se trata de una contribución por encargo como por iniciativa de los/las autores/as, los artículos serán enviados a revisión externa. En este tipo de artículos se espera de los/las autores/as que adopten posicionamientos empíricamente argumentados a favor o en contra de un tema de actualidad y de interés para los/las lectores/as de Metas de Enfermería.

Editoriales. Metas de Enfermería publica editoriales por encargo del Comité Editorial y también puede publicar editoriales previa solicitud de los/las autores/as interesados/ as y valoración por el Comité Editorial. Los editoriales suelen encargarse sobre temas de actualidad enfermera o de relevancia científica y no expresan la postura oficial del Comité Editorial de Metas de Enfermería a no ser que se indique expresamente en el propio editorial. Todos los editoriales tratarán de ser imparciales y versar sobre temas novedosos, polémicos o de los que haya muy poca literatura, y deberán reflejar las diferentes posturas existentes. Tendrán una extensión máxima de 750 palabras incluidas las referencias bibliográficas (no se recomiendan más de 4 referencias). No se incluirá resumen.

Series. Se destinarán a aquellos temas de interés, actualidad y con gran componente práctico. Serán por encargo del Comité Editorial. Cada serie estará compuesta por varios artículos, entre 8 y 10, los cuales tendrán la misma estructura a lo largo de la serie.

Relatos. Artículos breves sobre experiencias personales o cercanas relacionadas con la práctica enfermera y que se consideren relevantes para ser compartidas y reflexionar sobre ellas. Máximo de 700 palabras y no incluye resumen.

Cartas a la Directora. De manera prioritaria, deberán incluir observaciones científicas y de opinión sobre artículos publicados en fechas recientes en la revista, aunque también podrán versar sobre cualquier otro tema de relevancia y actualidad enfermera. La firma y filiación del autor/a aparecerán al principio de la carta y su extensión máxima no excederá de 750 palabras incluidas las referencias bibliográficas (no se recomiendan más de 4).

Conformidad con los requisitos éticos y legales

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con personas, en el apartado de Método se deberá mencionar que estas han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>). En caso de experimentos con animales se deberá constatar la conformidad de su realización con los procedimientos descritos por las autoridades competentes. En ambos supuestos se indicará también si los estudios han sido aprobados por un Comité de Ética en Investigación.

Los/las autores/as deben informar acerca de envíos o publicaciones previas del mismo trabajo, en su totalidad o parcialmente, que puedan considerarse publicación redundante o duplicada. Es necesario citar e incluir la referencia bibliográfica de estas publicaciones previas en el nuevo manuscrito. No se considerará publicación redundante si el trabajo ha sido presentado previamente en un congreso.

Los juicios y opiniones expresadas en los artículos serán del autor/res/ras y tanto la Dirección de la revista, los miembros de los Comités y la empresa editora declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. El autor/res/ras es responsable de obtener los permisos oportunos para reproducir, si fuere el caso, cualquier material ya publicado o sujeto a derechos de autor/a. El Comité Editorial de Metas de Enfermería y DAE (Difusión Avances de Enfermería) declinan cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen y no garantizan las afirmaciones de ningún producto que se anuncie en la revista, siendo responsabilidad exclusiva del fabricante o productor/a del servicio.

El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- El manuscrito se ajusta a las Normas de Publicación de la revista Metas de Enfermería.
- Los autores declaran tener o no tener ningún conflicto de intereses y lo expresan debidamente.

- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su evaluación y posible publicación en Metas de Enfermería.
- En el caso de contener un apartado de Agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a Metas de Enfermería y a DAE la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

La ausencia de conformidad expresa de estos requisitos, o la comprobación por parte del Comité Editorial de su no veracidad, podrá ser motivo de rechazo del manuscrito.

Envío de manuscritos

El manuscrito será enviado a través del Gestor Digital de Artículos (GDA) de la Editorial DAE, al que se accede en la siguiente dirección: <http://www.enfermeria21.com/metas/pagina/gda/>. Junto al manuscrito ha de remitirse la carta descrita en el apartado anterior de estas normas (para cualquier duda o aclaración escribir al e-mail: articulosmetas@enfermeria21.com). Metas de Enfermería acusará recibo de todos los manuscritos que le sean remitidos, asignando un número de registro a cada uno para cualquier consulta o información referente al trabajo.

Una vez acusado recibo de su recepción se inicia el proceso editorial, que puede ser seguido por los autores a través de la plataforma mencionada anteriormente.

Los manuscritos se separarán en los siguientes archivos, que se incluirán en el GDA en el siguiente orden:

- Archivo 1: carta de presentación del manuscrito.

- Archivo 2: incluirá, en el orden que aquí se cita, la siguiente información: a) título del trabajo (en castellano y en inglés); b) nombre y dos apellidos de cada uno de los autores; c) filiación institucional (nombre completo del centro de trabajo y dirección completa); d) nombre, dirección postal y de correo electrónico, y teléfono del autor/a responsable para la correspondencia; e) financiación; f) conflictos de intereses; y g) agradecimientos, si procede. Al final de esta primera página se incluirán los recuentos de palabras del resumen (en español y en inglés) y del cuerpo del manuscrito sin incluir bibliografía, tablas, gráficos o anexos.
- Archivo 3: manuscrito sin información de autores/as.
- Archivo 4: cuadros, gráficos y tablas (no pueden ser ficheros de imágenes).
- Archivo 5: fotos e imágenes (un archivo para cada una)

Proceso editorial

El Comité Editorial de Metas de Enfermería realiza una evaluación preliminar de los trabajos recibidos. Los manuscritos que superan esta selección inicial son sometidos a una evaluación por pares (peer review) por evaluadores/as externos/as miembros del Comité Científico, generalmente un mínimo de dos, todos ellos miembros del Comité Científico. En caso de solicitarse una nueva versión modificada del manuscrito, los autores/as deben remitir, en el plazo que el Comité Editorial establezca, dicha versión con los cambios solicitados destacados en negrita o con un color de fuente distinto al utilizado para el resto del documento.

Además, deberán enviar una carta en la cual los autores/as respondan a los comentarios recibidos por parte del Comité Editorial, exponiéndose de forma detallada las modificaciones efectuadas y, en el caso de no incluir alguna de ellas, los motivos por los que no se han realizado. El envío del artículo modificado no significa su aceptación, pudiendo además enviarse de nuevo a revisión externa. La decisión final sobre la aceptación o no de un manuscrito es resultado de un proceso de evaluación en el que contribuyen los diversos miembros de los Comités Editorial y Científico, así como la calidad y la capacidad de respuesta de los/las autores/as a las sugerencias recibidas. De cualquier modo, si los autores/as rehúsan llevar a cabo las modificaciones solicitadas, el Comité Editorial tiene la potestad de desestimar la publicación del artículo.

El proceso de revisión que se sigue en Metas de Enfermería es doble ciego. Los autores/as no conocen la identidad de los evaluadores/as externos/as, quienes a su vez no conocen la identidad de los autores/as. No obstante, el Comité Editorial no pone ninguna objeción a aquellos evaluadores/ as que quieran firmar sus comentarios.

Tras la aceptación definitiva del manuscrito, Metas de Enfermería se reserva el derecho a realizar cambios editoriales de estilo o introducir modificaciones para facilitar su claridad o comprensión, incluyendo la modificación del título y del resumen, sin que de ello se deriven cambios en su contenido intelectual. Los manuscritos que sean aceptados para su publicación en la revista quedarán en poder permanente de Metas de Enfermería y no podrán ser reproducidos total ni parcialmente sin su permiso.

El envío de un manuscrito a la revista implica la aceptación de las presentes normas de publicación y de la decisión final acerca de la aceptación o rechazo para su publicación. A cada autor/a se le enviará un certificado de autoría y dos ejemplares de la revista donde haya sido publicado su artículo.

ARCHIVO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN

Mi artículo, Anorexia en Adolescentes: un problema prioritario, se ajusta a las normas de publicación de la revista Metas de Enfermería.

Declaro no tener ningún conflicto de intereses, expresándolo debidamente. Además, al ser un único autor, he redactado el artículo aprobando la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su evaluación y posible publicación en Metas de Enfermería.

Al no tener un apartado de Agradecimientos, no se ha necesitado de la aprobación de nadie. También se han obtenido los permisos necesarios, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas. El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas, como tampoco presentado en ningún evento científico.

Se cede a Metas de Enfermería y a DAE la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

ARCHIVO 2

INFORMACIÓN

TITULO: ANOREXIA EN ADOLESCENTES: UN PROBLEMA PRIORITARIO.
ADOLESCENT ANOREXIA: PRIORITY ISSUE

Autora:

Guadalupe Arnau Caro

Cargo:

Estudiante de enfermería. Universidad Rovira i Virgili. Campus Terres de l'Ebre.
Avenida Remolins, 13-15, Tortosa

Dirección de contacto:

Guadalupe Arnau Caro. Barrio Carbonaire trv/6 nº5, 12600 La Vall d'Uixó (Castellón)

E-mail de contacto: guadalupe.arnau@gmail.com

Teléfono: 691435805

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Recuento de palabras

2325

ARCHIVO 3

MANUSCRITO

TITULO: ANOREXIA EN ADOLESCENTES: UN PROBLEMA PRIORITARIO.

ADOLESCENT ANOREXIA: PRIORITY ISSUE

RESUMEN

Introducción: La anorexia nerviosa es un problema relevante en salud mental, sobretodo en mujeres jóvenes. La incidencia y prevalencia aumenta año tras año por la interiorización de la delgadez que marca la sociedad. Con una etiología y síntomas diferentes, un tratamiento multifactorial ineficaz junto con la alta mortalidad y morbilidad y sus numerosas complicaciones, hacen ver la importancia del diagnóstico precoz y del valor del equipo multidisciplinar.

Objetivo: Conocer la anorexia nerviosa y los cuidados de enfermería de los pacientes en el circuito de salud mental.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos acerca de artículos sobre la anorexia nerviosa en el adolescente.

Resultados: Es imprescindible reconocer la enfermedad lo antes posible, y saber con precisión a que servicio se debe derivar, mediante los criterios de derivación para el correcto tratamiento, siempre individualizado a su situación. Una vez se ingrese, ya se harán las valoraciones oportunas como de comportamiento y hábitos de comida, rasgos del carácter de la personalidad y desarrollo...

Conclusión: Para una buena recuperación, el paciente debe situarse en el servicio adecuado, trabajando en equipo para alcanzar las metas estipuladas, siguiendo las normas bajo control estricto. Enfermería tiene un papel fundamental en todo el proceso desde la detección, pero también en la prevención de esta patología.

Palabras clave: *anorexia, nerviosa, adolescentes, TCA, protocolo, prevención, enfermería.*

Introduction: Anorexia nervosa is a significant mental health problem, which primary affect young women. The prevalence and incidence increases year after year by the internalization of the ideal of being that marks society. With the different etiology and symptoms, treatment multifactorial ineffective with high mortality and morbidity and its many complications, do see the see the importance of early diagnosis and the value of multidisciplinary team.

Objective: Knowing the anorexia nervosa and nursing care of patients in the circuit anorexia mental health.

Methods: Search in the principals databases articles about anorexia nervosa in adolescents.

Results: It is essential to know the disease as soon as possible, and know precisely that service must be derived through the referral criteria for the best treatment, always individualized to his

or her situation. Once you're in there, they'll do valuations as appropriate like behavior and eating habits, character traits and personality development...

They are taken into account behavior and eating habits, the experience of one's own body, character traits of personality and the development and functioning of the individual. The final treatment is individual.

Conclusion: For a good recovery, the patient should be placed in the appropriate service, working together to achieve the stated goals, following the norms under strict control. Nursing plays a fundamental role in the entire process from detection, but also in the prevention of this disease.

Key words: *anorexia, nervosa, teenager, TCA, protocol, prevention, nursing*

INTRODUCCIÓN

La AN es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) con alteraciones psicológicas y alimentarias, que autoinduce una pérdida de peso debido a cambios biológicos y psicológicos durante la adolescencia. Con una incapacidad del control sobre el peso que alterna con dieta y ejercicio excesivo, llegando finalmente a la inanición. (1, 4, 5, 11, 13)

Del griego *ανορεξία* privación y *ὄρεξις* deseo o apetecer, hace referencia a la falta de apetito. Descrita hace siglos por los "vomitoriums" romanos, Richard Morton la describe por primera vez como enfermedad en 1689 en el "Tratado para la consunción". (1, 4)

Año tras año aumenta en incidencia y prevalencia, del 0.3% al 2.2%. Iniciándose cada vez en edades más tempranas, sobretodo en chicas adolescentes con un proporción 10:1 en comparación con chicos. (1, 4, 5, 9, 13)

Con unos factores de riesgo multicausales biopsicosociales, y unas manifestaciones clínicas con daño multisistémico tanto físicas como psíquicas hacen que sea una enfermedad de difícil diagnóstico. Las dos principales clasificaciones internacionales para esto son: el DSM-IV/V (TABLA 1) y el CIE-10 (TABLA 2), aunque la mayoría no se ajustan completamente a los criterios. Por esto, un diagnóstico y tratamiento precoz son la base para un mejor pronóstico. (2, 5, 14, 15)

Las complicaciones derivan de la malnutrición, suponiendo un riesgo vital por la posibilidad de daños irreversibles, aunque la mayoría desaparecen con la recuperación nutricional y el cese de las conductas. (14, 15)

No existe un tratamiento específico. El manejo se organiza entre un equipo multidisciplinar y con alianza familiar. Se debe basar en dos pilares para la recuperación: uno físico o dietético y otro psicológico. No existe tratamiento farmacológico efectivo, más bien para sus complicaciones. (9,11, 14, 15)

Siendo profesionales sanitarios debemos apoyar a estas personas, prevenir, detectar, ayudar en su recuperación... mediante una actuación eficaz y eficiente, conociendo todo lo posible las actuaciones y recursos en el circuito de salud mental y así ayudar a la buena praxis debido al aumento de incidencias en la última década y a las consecuencias y repercusiones, tanto físicas como mentales.

MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica desde septiembre de 2015 hasta mayo de 2016, de las principales bases de datos: *Pubmed, Elsevier, Dialnet y Scielo*. Y en el motor de búsqueda *Google Scholar*, en inglés, castellano y catalán.

Las palabras clave han sido: *anorexia, nerviosa, adolescentes, TCA, protocolo o guía, prevención, enfermería*. Se han combinado los operadores booleanos: "AND", "OR", "NOT".

Se incluyeron artículos de revista, guías o protocolos entre 2006-2016, libres de pago sobre el tema escogido.

RESULTADOS

Ante una sospecha de AN, la gente debería conocer los recursos asistenciales disponibles para pedir ayuda, aun así en la mayoría de casos es desconocido. Encontramos 3 niveles:

La Atención Primaria (AP), considerada el primer nivel de atención, es utilizada para promocionar la salud. Sus actuaciones respecto a la AN se centrarán en un primer momento en reconocer a las personas con factores de riesgo y diagnosticar precozmente. (7)

Ante una sospecha de AN haremos una exploración física y analítica para ver patrones alterados junto con los criterios diagnósticos. La valoración enfermera en este ámbito consiste en los patrones funcionales de Marjory Gordon, con una entrevista tanto a paciente como a familia para realizar una correcta historia clínica. (3, 12)

La mayoría de patrones se ven alterados por tanto se tendrán que tener en cuenta todos ellos.

Mediante test, preguntaremos e indagaremos acerca de la percepción sobre su salud, nutrición que lleva, patrón ginecológico y eliminación, valores que tiene y creencias, actividad y ejercicio, cómo duerme y descansa, el estrés y cómo lo afronta, competitividad y perseverancia consigo mismo o relación con los demás. Y aunque algunos estén más alterados que otros, todos se tendrán en consideración. (10)

Una vez diagnosticado, debemos informar sobre el diagnóstico y plan de actuación. Informaremos sobre la enfermedad que es una situación grave que necesita tratamiento, y para

eso se debe tomar consciencia del trastorno y tener motivación por el cambio, curarse debe ser su objetivo. Decidiremos si es posible tratar ambulatoriamente o se debe derivar (TABLA 3), siempre desde la individualidad. Si es adecuado, se acudirá a la consulta semanalmente. (7)

Esta evolución es ponderal, mediante el equipo multidisciplinar e individualmente se iniciará la reeducación y tratamiento de los hábitos alimentarios con una alimentación variada, teniendo en cuenta: tiempo de evolución del proceso, existencia de conductas purgativas y grado de consciencia de la enfermedad para: conseguir un peso normal, corregir malnutrición, evitar el síndrome de retroalimentación, controlar y tratar complicaciones, normalizar patrones dietéticos y cubrir requerimientos energéticos y metabólicos. La recuperación nutricional y metabólica los primeros días, es de estricta vigilancia para evitar el síndrome de retroalimentación. Por eso es mejor empezar con una dieta oral preferiblemente hipocalórica y baja en hidratos de carbono. Deberá aumentar 0.50-1kg a la semana aproximadamente, y si es preciso se aplicará tratamiento farmacológico, Se utilizan antidepresivos, neurolépticos, sedantes y benzodiacepinas como ansiolíticos. La clorpropamida 20min antes de la comida alivia el retraso del vaciamiento gástrico. Para la constipación se utiliza lactulosa. Luego de corregir la desnutrición, la fluoxetina ayuda a estabilizar el bajo peso de pacientes crónicos. Se llevará un control, observando reposo y sueño. Además se harán encuestas alimentarias, se pedirá un registro diario de ingesta alimentaria, actividad física y uso de laxantes y diuréticos y así empezar un incremento calórico lento y progresivo. (2, 7, 12, 14)

Por último de tratamiento psicoterapéutico trata pensamientos, sentimientos, conductas, mejora la autoestima, etc. Las derivadas del Modelo Maudsley son las que obtienen más beneficios con la terapia familiar entre otras como la individual o el modelo interpersonal que están desarrollando Schmidt y Treasure. (9, 14)

Es siguiente nivel de atención es el Hospital de día (HD). Podría definirse como: “un servicio ambulatorio apoyado en un dispositivo hospitalario, en un ambiente terapéutico estable, que provee de tratamientos continuados, más estructurados e intensivos que el ambulatorio, donde se aplican programas de control y normalización biológica, recuperación ponderal y monitorización de la dieta, así como programas de intervención psicoterapéutica” y así se conserva el nexo entre paciente y entorno. Esta atención se realizará una vez efectuada la valoración y diagnóstico desarrollado en AP y a partir de su derivación. En este se realizarán unas sesiones para la evaluación y tratamiento basándose en el tratamiento ya explicado de AP: (7)

En la primera se realizará la historia clínica restableciendo diagnóstico, tratamiento e itinerario a seguir. Se iniciará la cura de las alteraciones somáticas, educación y recuperación nutricional. (7, 12)

La segunda constará de evaluación psicológica, hábitos alimentarios y sintomatología; se volverán a aplicar los test de valoración y comenzará la psicoeducación y psicoterapia individual y familiar. Si es necesario aplicaremos tratamiento farmacológico. (8)

La tercera fase consiste en la exploración psicopatológica y de personalidad. Además se reajustará al paciente con su medio con apoyo psicoterapéutico. Se dará orientación ocupacional e intervención social. (8)

Por último, en la cuarta, analizarán los resultados y se dará orientación con pautas a seguir. Se hará seguimiento y prevención de recaídas identificando factores de riesgo y desarrollando pautas de manejo con una incorporación progresiva y orientación (derivación al servicio adecuado). (8)

Además, todos los días se realiza un programa de intervenciones psicológicas, recomendaciones conductuales, controles y monitorizaciones. Y se hará una evaluación médica y nutricional semanalmente vigilando: peso, síntomas médicos, analíticas, alimentación, objetivos... (3,7)

Si observamos que los tratamientos en los niveles anteriores no son suficientes y/o se cumplen los criterios derivaremos a Hospitalización Completa (HC) (TABLA 4). Puede realizarse tanto al inicio como a la largo del trastorno, tratando y analizando el caso individualmente. (6, 7)

Todo esto tendrá como objetivo restablecer y mantener el peso y estabilización fisiológica, normalizar las conductas alimentarias, tratar complicaciones y normalización psicológica. (13, 15)

Se siguen las mismas fases que en el HD y sus mismos objetivos, con una supervisión y control más estricto sobre la alimentación, peso, vigilancia, conductas,...añadiendo la posibilidad de sonda nasogástrica si la ingesta oral es insuficiente o existe una grave desnutrición (peso menor al 65% o pérdida reciente del 30% o más). Además se concederán permisos para comer en el domicilio para la reinserción dando pautas claras a la familia para ello, con la derivación al servicio adecuado posteriormente. (6, 10)

Se podrá considerar el alta del trastorno cuando la mejoría clínica sea evidente y se haya incorporado a la vida cotidiana, comprobando que durante más de 2 años:

- Se mantiene el peso sin alteraciones nutricionales.
- Desaparición de particularidades alimentarias nocivas para la salud.
- Relaciones normales y adecuadas. (7)

Cuanto mayor sea el peso logrado por el paciente en el alta, menor será el riesgo de recaídas, por ello los tratamientos pueden durar años. La mayoría se recuperará, aunque el primer año son frecuentes las recaídas. La regla de "un tercio": un tercio se recuperará completamente,

otro tercio mejorará notablemente con secuelas, y el tercio restante podrá volverse crónicamente enfermo, requerir ingresos repetidos y tratamiento prolongado, aun así tienen posibilidad de recuperación. (2, 14, 15)

Por otro lado tenemos las asociaciones o grupos de apoyo. Enfermería debe enseñar a buscar ayuda a través de dispositivos sanitarios y recursos. Estas “realizan acciones reivindicativas para conseguir mejor asistencia médica y psicológica, denunciando a los medios por los mensajes negativos”. Existen los grupos de ayuda formados por voluntarios y profesionales que se reúnen para ayudarse ya que tienen el mismo problema o se encuentran en la misma situación. Informan sobre la enfermedad, recursos sanitarios, jurídicos, económicos...para tranquilizar y auxiliar. También apoyan a la investigación y promoción educativa para la prevención y tratamiento. (7)

CONCLUSIONES

La anorexia es un trastorno alimentario en aumento, cada vez más frecuente en nuestra sociedad, afectando sobre todo a adolescentes de sexo femenino. Nosotros, como enfermeros, debemos conocer y saber tratar ya que tienen una mortalidad del 10%.

Recalcar la importancia del equipo multidisciplinar en todo el proceso, bajo una estricta vigilancia, desde la recuperación hasta el seguimiento tras el alta.

Es importante conocer el circuito sanitario, como profesionales en el ámbito, para saber derivar correctamente y conocer los procesos en cada nivel de atención. Así poder evitar recaídas, evitar sufrimiento y optimizar el proceso.

Enfermería es un pilar fundamental en la restauración de una “vida normal” en esta enfermedad, pasando por: diagnóstico, tratamiento, prevención... De ahí la necesidad de la profundización en su conocimiento.

La educación sanitaria en niños y adolescentes sobre su salud mental y las patologías que les pueden afectar junto con la ayuda existente puede condicionar la aparición en la adolescencia y condicionar su desarrollo personal y social. Por eso, esta puede ser de gran utilidad para evitar estas conductas y quizás disminuir el estigma que precede por sufrir una enfermedad mental.

No debemos transmitir solo información, sino fomentar la motivación, habilidades sociales y potenciar la autoestima, tanto en prevención primaria como secundaria y terciaria.

Destacar, sobre los documentos revisados, que hay una menor proporción de artículos específicos de la AN, ya que al pertenecer al grupo de los TCA siempre se engloba en

estos sin tener en cuenta las diferencias entre ellos. Y un pequeño número de estos es desde la perspectiva enfermera. Además las guías o protocolos necesitan de actualización ya que muchos de ellos cuentan con más de 5 años y precisan renovación.

BILBIOGRAFÍA

1. Lenoir Melissa y Silber Tomas J. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Archivo argentino de pediatría [Internet]. 2006 [Consultado el 3/11/2015]. Disponible en: http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes_parte_1.pdf
2. Lenoir Melissa y Silber Tomas J. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 2). Archivo argentino de pediatría [Internet]. 2006 [Consultado el 5/11/2015]. Disponible en: http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes_parte_2.pdf
3. Trastornos del comportamiento alimentario, Criterios de ordenación de recursos y actividades. Insalud, CAT Barcelona [PDF a Internet]: 2010 [Consultado el 22/12/2015]. Disponible en: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/anorexia-y-bulimia/2 - 2 - la_bulimia_nerviosa_y_su_tratamiento_-_terapia_cognitivo_conductual_de_fairburn.pdf
4. Palomino Inmaculada. Anorexia nerviosa y proceso de atención de enfermería. Reduca [Internet]. 2012 [Consultado el 1/11/2015]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/907/921>
5. M. L. Portela de Santana, H. da Costa Ribeiro Junior, M. Mora Giral y R. M.^a Raich. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia. Nutrición hospitalaria [Internet]. 2012 [Consultado el 11/11/2005] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. Planificación estratégica. Servivio Madrileño de Salud, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, Comunidad de Madrid [PDF a Internet]; 2012 [Consultado el 15/1/2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>

7. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Ministerio de Sanidad y consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya [Internet]. 2010 [Consultado el 23/12/2015]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_\(4_jun\).pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf)
8. Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos del comportamiento alimentario. Salud pública y administración sanitaria, Gobierno de Navarra departamento de salud [PDF a Internet]; 2008. [Consultado el 5/1/2016]. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B31A650F-3952-4E42-A4C2-1439ED42F72D/147810/trastornos_alimentarios.pdf
9. Fuertes Javier, Pérez Raquel, Hernández Antonio. Trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia. Offarm [Internet]. 2010 [Consultado el 11/11/2015]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13148969&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=95&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v29%20n02a13148969pdf001.pdf
10. Cuerda M^a Cristina. Tratamiento Nutricional de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Madrid: Diaz de Santos; 2012
11. Rojo Luis, Plumed Javier, Conesa Llanos, Vaz Francisco, Diaz Marina, Rojo-Bofill Luis y Livianos. Lorenzo Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. Revista Psiquiatrica Salud Metal Barcelona [Internet]. 2012 [Consultado el 11/11/2015]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90141479&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=286&ty=26&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v05n03a90141479pdf001.pdf
12. Trastorns del comportament alimentari, Guia per a l'atenció primària de salut. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social [PDF a Internet]; 2010 [Consultado el 3/1/2016]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_d_e_salut/salut_alimentaria/documents/arxiu/anore2007.pdf
13. Benjet Corina, Méndez Enrique, Borges Guilherme, Medina-Mora María Elena. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. Salud Mental [Internet]. 2012 [Consultado el 14/11/2015]. Disponible en: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3506/sm3506483.pdf>
14. López G. Carolina, Treasure Janet. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Revista Médica Las Condes [Internet]. 2011

[Consultado el 20/11/2015]. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960>

15. Madruga Diana, Leis Rosaura, Lambruschini Nilo. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP [Internet]. 2015 [Consultado el 20/11/2015]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf

ARCHIVO 4

TABLA 1: *Criterios diagnósticos para anorexia nervosa según el DSM-IV y los cambios propuestos para el DSM-V*¹⁸

ANOREXIA NERVIOSA PROPUESTA DSM-V
A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo (peso inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura).
B. Miedo intenso a ganar peso o ser obeso. Conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del normal.
C. Alteración de la percepción del peso o silueta corporal, exageran su importancia o persiste la negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual.
D. Se elimina el criterio de amenorrea.

TABLA 2: *Criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) y de la OMS*

F50.0 ANOREXIA NERVIOSA
a) Pérdida significativa de peso (IMC inferior a 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de anorexígenos o diuréticos.
c) Distorsión de la imagen corporal, persistencia de miedo ante la gordura. El enfermo se autoimpone permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
d) Amenorrea en las mujeres y en el varón una pérdida del interés y potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
e) Retraso en la aparición de la pubertad o detención (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce la recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.
f) Preocupación constante por la comida, con episodios de polifagia durante los cuales consumen gran cantidad de alimentos en períodos cortos de tiempo.

g) Uso de técnicas compensatorias frente al aumento de peso:

- Vómitos autoprovocados.
- Utilización de laxantes, anorexígenos u otros fármacos.
- Periodos intermitentes de ayuno.
- Miedo intenso a engordar, con objetivos de peso siempre inferior al peso óptimo.
- Antecedentes o no de anorexia previa.

TABLA 3

<u>CRITERIOS DE DERIVACIÓN A HOSPITAL DE DÍA</u> (3, 7)
<ul style="list-style-type: none">• No se cumplen las condiciones para atención médica urgente ni de ingreso psiquiátrico urgente.
<ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia del tratamiento ambulatorio.
<ul style="list-style-type: none">• Alta probabilidad de fracaso debido al grado de cronicidad.
<ul style="list-style-type: none">• La recuperación del peso no sigue el ritmo pautado.
<ul style="list-style-type: none">• Como prevención de un posible ingreso en régimen de hospitalización total.
<ul style="list-style-type: none">• Posteriormente al alta de un programa de hospitalización total.• En entornos familiares con conflictos.

TABLA 4

<u>CRITERIOS DE DERIVACIÓN A HOSPITALIZACIÓN COMPLETA</u> (6, 7)
<ul style="list-style-type: none">• La persona padezca complicaciones graves (ingesta nula, rectorarías, graves desequilibrios electrolíticos...)
<ul style="list-style-type: none">• Síntomas de depresión grave con riesgo de autolisis y comorbilidad psiquiátrica grave. Comportamientos auto lesivos graves

