

I N F E R M E R I A



escoles universit ries
g i m b e r n a t

ADSCRITA A LA UAB



CEI
C MPUS D'EXCEL·L NCIA
INTERNACIONAL

Escola Universit ria d'Infermeria Gimbernat

Treball final de Grau

Curs acadèmic 2013-2014

Proyecto de guía clínica: Prevención del Trastorno por Atracón

Alex Boluda Sansón

Laia Pérez Isern

Tutores:

Merce Muñoz Gimeno

Paqui Ruiz Mata

Sant Cugat del Vall s, Juny de 2014

Índice

Abstract.....	3
1. Introducción.....	5
1.1 Presentación del trabajo.....	7
1.2 Antecedentes _[MM1]	8
1.3 Justificación.....	33
1.4 Pregunta de la investigación.....	34
2. Metodología.....	35
2.1 Búsqueda de la bibliografía.....	35
2.2 Población a quien se dirige la guía clínica.....	36
2.3 Ámbito asistencial.....	36
2.4 Proceso asistencial.....	36
2.5 Formulación de las preguntas genéricas y específicas.....	37
2.6 Constitución del grupo elaborador.....	38
2.7 Revisión externa.....	40
2.8 Recomendaciones.....	41
3. Conclusiones.....	42
4. Bibliografía.....	44

Abstract:^[MM2]

The eating disorders are a type of mental disease which in the last years have been acquiring a bigger importance due to the prevalence and the consequences. In the last years a lot of books and Works have been written about Anorexia nervosa and Bulimia nervosa. But there is another less known disorder, the binge eating disorder. This disorder occurs when the patients have an uncontrolled eating periods, and they eat more food than they need for feeling better, but without any purgative conduct after doing it. This disorder acquire more importance when it happens in a young age, because it`s consequences would be harden and for more time.

The disorder which is more prevalent than the others have been ignored or included in other classification that had level down it`s importance. So we have a big difference between the studies of binge eating and all other eating disorders. More in concrete terms there are less studies even in childhood and teenagers than in adults. So this guide should provide a big help to the primary assistant health with some recommendations and evidences that help to prevent and detect this disorder in this segment of the population.

Los desórdenes alimenticios son un tipo de enfermedad mental que en los últimos años ha adquirido una mayor importancia debido a su prevalencia y sus consecuencias. En los últimos años se han escrito muchos libros y trabajos sobre la Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa. Aunque hay otro trastorno menos conocido, el trastorno por atracón. Este trastorno aparece cuando los pacientes sufren periodos de pérdida de control alimentándose que les proporciona una sensación de bienestar, aunque después de este hecho, no se suceden conductas purgatorias. Este trastorno adquiere una mayor importancia debido a sus consecuencias y al tiempo que afectará al paciente cuando ocurre durante la juventud.

Este trastorno es más prevalente que los citados anteriormente, pero ha sido ignorado o clasificados dentro de otros trastornos, debido a eso no se le ha prestado la suficiente atención. Por tanto, tenemos una gran diferencia entre los estudios de trastorno por atracón y el resto de desórdenes.

Además existen más trabajos sobre adultos que sobre niños y adolescentes. Por tanto, esta debería ayudar a prevenir y detectar este desorden en este segmento de la población.

1. Introducción

Este [MM3] proyecto de Guía de Práctica Clínica (GPC) que se expone a continuación se centra en la prevención de un trastorno de la conducta alimentaria, concretamente del Trastorno por Atracón (TA) [MM4].

El TA se caracteriza por la adopción de conductas anómalas ante la alimentación y por la insatisfacción ante la propia imagen corporal. Es un trastorno muy frecuente.

Concretamente, estamos hablando de un trastorno mental caracterizado por la ingesta de grandes cantidades de comida, y como consecuencia inmediata aparece el sobrepeso, la obesidad y todos los riesgos que, a nivel de salud, se le asocian (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.)

Este proyecto ha sido elaborado por dos estudiantes de cuarto de grado en enfermería de la Escuela Universitaria Gimbernat de Sant Cugat del Vallés.

Este trabajo se presenta y desarrolla después de realizar un período de prácticas en la Unidad de Salud Mental del Centro Asistencial “Benito Menni” y poder comprobar que no existía ningún protocolo ni seguían ninguna guía clínica para tratar a las personas que sufrían problemas de la conducta alimentaria, por ello consideramos [MM5] que sería necesario realizar una guía para poder ayudar a los profesionales de enfermería de atención primaria y enfermería de centros docentes para poder prevenir y detectar los primeros síntomas de estos trastornos y derivarlos al especialista lo antes posible para que el diagnóstico, tratamiento y recuperación tuvieran más éxito.

Nos hemos centrado en la prevención del TA en niños y adolescentes ya que actualmente hay un porcentaje muy alto de obesidad infantil y creemos que esta patología viene derivada del TA, por esta razón si realizamos una buena prevención del TA podremos reducir a largo plazo la incidencia tan alta de la obesidad infantil y evitaremos en un futuro próximo que este segmento de población cuando llegue a su vida adulta padezcan enfermedades derivadas de la obesidad como podría ser la hipertensión, la diabetes y el colesterol entre muchas otras y así poder ayudar a la disminución de enfermedades crónicas que comportan un alto gasto económico para el sistema sanitario.

El objetivo es orientar a los profesionales sanitarios de atención primaria (AP) y enfermería de los centros [MM6] de enseñanza obligatoria sobre prevención y detección del TA.

Como veremos a continuación el proyecto consta de de cuatro puntos clave:

1) Introducción

- 1.1 Presentación del trabajo
- 1.2 Antecedentes de la patología
- 1.3 Justificación
- 1.4 Pregunta de la investigación

2) Metodología

- 2.1 Búsqueda de la bibliografía
- 2.2 Población a quien se dirige la guía clínica
- 2.3 Ámbito asistencial
- 2.4 Proceso asistencial
- 2.5 Formulación de las preguntas genéricas y específicas
- 2.6 Constitución del grupo elaborador
- 2.7 Revisión externa
- 2.8 Recomendaciones

3) Conclusiones

4) Bibliografía

||

[MM7]

1.1 Presentación del trabajo:

Debido al aumento de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en niños y adolescentes, hemos visto preciso hacer [MM8] un proyecto para posteriormente realizar una guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica, para poder ayudar los profesionales de atención primaria y a enfermería de centros de enseñanza obligatoria, sobre este tema.

En las últimas décadas, los TCA han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones y encontrar un tratamiento específico. Se trata de una patología de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales que afectan mayoritariamente niños, adolescentes y jóvenes.

Los TCA son un tipo de trastorno mental con una sintomatología grave, que presentan un elevado coste de tratamiento y una alta comorbilidad asociada a ellas. Los pacientes con estos trastornos presentan graves alteraciones en las actitudes y comportamientos sobre la ingesta alimenticia, tanto en su exceso, defecto y tipología de alimentos. [MM9]

El motivo por el que aparecen es una alteración psicológica caracterizada por una distorsión en la percepción corporal. Estos trastornos afectan a todos los grupos socioeconómicos, edades y a toda tipología de constituciones.

Dentro de los TCA los más conocidos e investigados son la bulimia nerviosa (BN) y la anorexia nerviosa (AN). Aunque existe un trastorno menos conocido e investigado pero no menos prevalente se trata del trastorno por atracón (TA). Este trastorno se caracteriza por períodos de voracidad con atracones de alimentos, pero a diferencia de la bulimia nerviosa no existen conductas compensatorias o purgativas.

El objetivo de la realización del proyecto de la [MM10] GPC es, orientar a los profesionales sanitarios de atención primaria (AP) y a los docentes de enseñanza obligatoria sobre prevención y detección del TA, para ello unificaremos criterios, sobre cómo realizar estas acciones de una manera eficaz y efectiva.

Esta guía dará recomendaciones de prevención eficaz del TA para intentar reducir la incidencia de la obesidad infantil y sobre su detección que ayudará a

los profesionales con pacientes afectados con TA con información útil en la toma de decisiones relativas a su enfermedad, ofrecerá recomendaciones para que los profesionales de primaria puedan informar sobre los TA y proporcionar consejo para que la familia y cuidadores se impliquen de forma activa, se van a establecer ciertas recomendaciones para la investigación sobre los TA que permitan avanzar en su conocimiento y por último va a permitir abordar la confidencialidad y consentimiento informado de las personas afectadas, especialmente en los menores de 18 años.

1.2 Antecedentes:

Actualmente no existen guías específicas sobre el TA infantil en España, con la inclusión del TA como un diagnóstico diferenciado en el último DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), se prevé que aumente su estudio e importancia. Aunque al no existir una traducción oficial del DSM V al español, este aumento podría demorarse hasta que aparezca dicha traducción, ya que ese manual suele usarse como base y referencia de la mayoría de los trabajos de esta especialidad.

Para poder realizar el proyecto de [MM11]GPC, hemos recopilado información sobre el tema a desarrollar que se trata del TA, para ello explicaremos varios apartados que creemos que serán de ayuda a la hora de contextualizar la GPC:

Contexto histórico:

Los desórdenes alimenticios no son un hecho nuevo, sino que han sido una constante durante la historia [MM12]. El sobrepeso y los atracones eran socialmente un símbolo de ostentación y poder, por ello se realizaban estos atracones en grupo, siendo el vómito en algunos casos una forma de reiniciar el atracón. Por otro lado los ayunos solían ser una expresión de tipo más religiosa o autopunitiva, sirviendo como purificante o realizado como obligación religiosa. Más concretamente, el trastorno por atracón no fue diagnosticado hasta hace muy poco tiempo, pero en el pasado existieron varios pasos que ayudaron a su diagnóstico actual.

En 1959 Albert Stunkard fue el precursor del TA al describir el síndrome de alimentación nocturna observando pacientes obesos que ingerían grandes cantidades de alimento principalmente por la noche. Unos años más tarde en

1980 el DSM-III, se incluye por primera vez el término Bulimia basado en los estudios de Albert Stunkard, incluyendo en ella el término atracón, sin diferenciar a los individuos que presentan tras los atracones conductas purgativas o a los que solo presentan atracones.[1]

EN 1987 durante la revisión del DSM-III se modificó el término de bulimia, sustituyéndose por el de Bulimia nerviosa, quedando excluidos los individuos que no usaran las conductas compensatorias para evitar el aumento de peso.[1]

Durante la década de los noventa, concretamente en 1994 dentro del DSM-IV se dividió la BN (307.51) en dos grupos, pacientes con conductas compensatorias purgativas y pacientes con conductas compensatorias no purgativas (realización ejercicio físico excesivo).

Al trastorno por atracón lo referencian por primera vez y lo incluyen en un apartado diferente de BN, concretamente dentro del grupo de los TCA no especificados. (307.50) [2]

Devlin et al. en el año 2003 crearon 4 modelos teóricos para intentar explicar las vertientes existentes sobre la conceptualización y la relación del TA, que se describirán a continuación.[3] [MM13]

1. El primer modelo desarrollado y que se utiliza actualmente, describe el TA como un trastorno individual y no requiere que haya una obesidad para su diagnóstico.
2. En el segundo modelo teórico, consideran que se encuentra en una situación previa a la BN, y se la podría considerar una BN no purgativa, no es necesario que exista obesidad en este modelo.
3. El tercer modelo teórico nos explica que el TA es considerado un subtipo de obesidad junto con otros trastornos y si que precisa que el paciente sea obeso.
4. En el cuarto y último modelo desarrollado por Devlin et.al, consideran el TA un aumento de la impulsividad dentro de una psicopatología que acaba llevando a la obesidad.[3]

En el año 2010 este síndrome estuvo en estudio para determinar la manera en la que iba a ser considerado en el próximo DSM-V y el 18 de mayo de 2013 salió la primera versión inglesa del DSM-5, donde ya se reconoció el trastorno por atracón como una enfermedad mental dentro de los trastornos de la conducta

alimentaria.[1] Este documento lo profundizaremos más durante la realización de la guía clínica.

Definición:

Una vez contextualizado el TA en el tiempo ofreceremos una breve definición donde explicaremos en rasgos generales lo que significa este trastorno.

Se [MM14] trata de un trastorno alimentario grave en la que una persona sufre compulsiones caracterizadas por el consumo de gran cantidad de alimentos en un corto periodo de tiempo, también llamado atracón. Esta compulsión está asociado a una sensación de pérdida de control sobre la ingesta, comiendo rápidamente, sin hambre y a escondidas para aplacar la ansiedad, disminuir la angustia y olvidar los problemas.[1]

La comida es como un tranquilizante, un ansiolítico de corta duración, ya que a los pocos minutos la sensación de tranquilidad desaparece y es sustituida por la de culpabilidad, vergüenza y frustración, lo que, a su vez, incrementa la baja autoestima que el paciente ya tiene de por sí. Se ha establecido como pauta de diagnóstico de este trastorno la condición de que estos episodios se repitan al menos dos días a la semana durante un mínimo de seis meses, pero a diferencia de la BM el TA no tiene conductas compensatorias.[1]

Etiología trastorno conducta alimentaria:

Una vez definido el TA, explicaremos la etiología d[MM15] el grupo de trastornos en el que está agrupado. Los TCA como otros trastornos mentales, poseen una etiología múltiple y un tanto incierta (poco conocida). En su etiopatogenia, según los estudios, se encuentran involucrados diversos factores biológico-genéticos, de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales, y estresores. El peso específico de cada uno de ellos todavía no está bien determinado.[4]

La afectación física de los TCA afecta a muchos sistemas del organismo de manera específica.

Las consecuencias generales de los TCA son la pérdida, ganancia o fluctuaciones de peso, intolerancia al frío, debilidad, fatiga, mareo, síncope y episodios de sudoración.

Podemos encontrar problemas orales y dentales tales como, trauma oral y laceraciones, erosiones dentales y caries, perimolisis y agrandamiento de las parótidas.

En el sistema cardiorrespiratorio encontramos síntomas como el dolor precordial, las palpitations cardiacas, arritmias, edemas. En

el sistema gastrointestinal podemos encontrar molestias epigástricas, reflujo gastroesofágico, hematemesis, hemorroides, prolapso rectal y constipación. Los

signos de alerta del sistema endocrino pueden ser amenorrea o irregularidades con la menstruación, pérdida de libido, infertilidad. [5] A nivel

dermatológico podemos observar pérdida del cabello, decoloración amarillenta de la piel, signo de Russell (callos o cicatrices en el dorso de la mano) y problemas en la cicatrización de heridas. También

podemos observar alteraciones a nivel neuropsiquiátrico como por ejemplo, convulsiones, pérdida de memoria, falta de concentración, insomnio, depresión, ansiedad, conductas obsesivas, autoagresión hasta llegar incluso al intento de autolisis.

Los factores psicológicos que contribuyen a los TCA son la baja autoestima, sentimientos de insuficiencia o falta de control de su vida, depresión, ansiedad, enojo y soledad.[6]

Dentro de los factores interpersonales de los TCA observamos que se encuentran relaciones personales y familiares problemáticas, existe una dificultad para expresar sentimientos y emociones, hay una historia previa de haber sido ridiculizado basado en su peso y problemáticas de abuso físico y sexual.[6]

Los factores sociales que inciden en los TCA son las presiones culturales que glorifican la delgadez y le dan un valor a obtener un cuerpo perfecto, hay unas definiciones muy concretas sobre belleza que incluyen solamente mujeres y hombres con ciertos pesos y figuras y sobretodo tiene unas normas culturales que valoran la gente en base a su apariencia física y no a sus cualidades y virtudes internas.[7]

Por último encontramos los factores biológicos que en algunos con trastornos alimentarios, se ha encontrado que ciertas substancias químicas del cerebro (llamadas neurotransmisores) que controlan el hambre, el apetito y la digestión

se encuentran desbalanceados. Hay una predisposición genética, es decir, si existen antecedentes de TCA en la familia hay una mayor probabilidad de adquirir este trastorno. Los estudios actuales nos indican que la genética tiene contribuciones significativas en los trastornos alimentarios [8].

Hoy en día se divide las TCA en 3 tipos principales, Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Trastorno por atracón, este último será el objeto de este Trabajo.

Una vez expuesto en que consta en general los TCA vamos a profundizar en la etiología específicamente del TA,

Etiología Trastorno por atracón:

Sobre la etiología del TA, existen diversas teorías sobre su etiología, incluiremos las más representativas, pero se trata de una patología multifactorial, donde inciden causas biológicas, psicológicas y medioambientales.[9]

En general, se necesita una combinación de factores para desarrollar el trastorno por atracón incluidos los genes de una persona, las emociones y la experiencia.

La dieta o teoría del escape de los autores Heatherton y Baumeister, han encontrado una propensión de los individuos a comer más cuando intentan hacer dieta o restringir y controlar los alimentos ingeridos. Por tanto, el TA es paradójicamente una conducta ante la incapacidad de hacer dieta y lo utilizan como un intento de escapar de su auto-control alimenticio o su dieta, que les crea ansiedad, el darse un atracón es una forma de bajar su ansiedad instantáneamente. En el caso de que los pacientes que siguen una dieta la rompan en algún momento, ellos se sienten que han fallado y eliminan el resto de restricciones dando a lugar a los atracones.

Según la teoría de Heatherton y Baumeister existen 5 características en los pacientes con TA: Altas expectativas, alta conciencia de sí mismos, afectividad negativa, eliminación de las inhibiciones y creencias irracionales. Dentro de esta teoría podemos ver que los atracones van unidos a una desinhibición ante el hecho de comer, y esa desinhibición está regulada por la ansiedad, cuando no sufren ansiedad los atracones son controlados más fácilmente. Esta misma relación ocurre con el estado de ánimo, en cuanto más bajo más episodios se producirán[10]

Una dieta hipocalórica, también puede ser precursora de una TA, según un estudio

de Telch y Agras, los cuales realizaron un estudio con pacientes obesos a los cuales se les introdujo una dieta baja en calorías aumentando las calorías con el paso del tiempo, el 39% de los pacientes contrajo TA, tras tres meses de dieta normal ese porcentaje se quedó en un 15%, pero quedó demostrado que una dieta hipocalórica es un factor de riesgo de TA .

Como en todas las enfermedades encontramos unos factores de riesgo para padecer TA. El primero es el factor genético, hay una mayor probabilidad de que un paciente contraiga TA si tiene algún otro familiar con TA, aunque no se ha podido demostrar aún si esa mayor probabilidad es debida a factores ambientales o genéticos, tampoco se ha detectado ningún gen relacionado con el TA específicamente. Esta etiología está actualmente en estudio a partir del GWAS (estudio de asociación del genoma completo).

Dentro del factor Ambiental, la esfera social y cultural de la persona también juega un papel crucial para desarrollar el TA ya que encontramos que la presión social y los estereotipos para estar delgado/a puede acarrear que los comedores compulsivos sientan vergüenza y se sientan mal.

Durante la infancia existe una mayor probabilidad de adquirir TA si en el ambiente familiar durante su niñez existen comentarios o críticas sobre el peso o la silueta, experiencias negativas como abuso sexual o físico, problemas psiquiátricos en los progenitores, baja autoestima o timidez también pueden ser factores desencadenantes de padecer TA.[11].

En el campo de autopercepción de la persona, la insatisfacción corporal y el aumento de probabilidades de TA no está demostrada, aunque la insatisfacción corporal puede llevar a hacer dietas, y como se explicó anteriormente la dieta puede llevar al TA. En cuanto los factores psicológicos, la mitad de gente que contrae TA, tienen antecedentes con cuadros de depresión. Aunque si esa depresión es la causa o el efecto no está claro.[12]

Existen otros condicionantes como, ansiedad, estrés, emociones negativas, comportamientos compulsivos, estados de tristeza, soledad, aburrimiento o estados de agitación como la ira que también hacen más proclive los trastornos por atracón.[12] Por último dentro de los factores biológicos se encuentran anomalías que pueden contribuir a los atracones. Por ejemplo, el hipotálamo (parte del cerebro que controla el apetito) no puede estar enviando mensajes correctos sobre el hambre y la saciedad. Los

investigadores también han descubierto una mutación genética que parece causar adicción a la comida. Finalmente, hay pruebas de que los niveles bajos de la serotonina química del cerebro juegan un papel en la alimentación compulsiva. Estas áreas de investigación aún están en las primeras etapas [12].

Epidemiología:

Respecto a la epidemiología del trastorno por atracón, al igual que las enfermedades recién definidas e individualizadas, presentan problemas metodológicos debido a la interpretación de los criterios diagnósticos y tipos de muestras, que favorecen una gran disparidad de resultados obtenidos, que imposibilitan ofrecer unos datos más precisos. Aunque según la mayoría de estudios se trata de el TCA más común en España.

Respecto a la prevalencia, los informes indican que está por debajo del 1%, tanto en población adulta como infantil, en cambio la prevalencia subclínica infantil con alguno de los síntomas se dispara de un 20 a un 32%. [13,14,15,16]

Tiene una estrecha relación con la obesidad, ya que la mayoría de la gente que padece el trastorno por atracón son obesos, se calcula que el trastorno por atracón podría estar presente en un 50% de la gente obesa [17], aparece también en un 30% de los pacientes que están en programas para perder peso, pero la gente no obesa puede padecer también de este trastorno [18].

A la hora de definir el paciente con TA más común, podemos ver que se trata de una patología más usual en mujeres que hombres con una proporción de 6 mujeres cada 4 o cada 3 hombres. [14]. Respecto a la edad de inicio puede empezar muy tempranamente, pero la edad más normal suele ser entre los 12 y 16 años [14,19]. Respecto a las etnias, existen estudios que indican que las etnias más prevalentes son la árabe y la afroamericana. [20,21]

La frecuencia del TA es parecida en todos los países industrializados, desde Estados Unidos, Australia y la mayoría de países europeos. [15]

Una de las consecuencias de la TA o en algunos casos, una comorbilidad, es la obesidad. En España “el 75% de los enfermos adultos con trastornos alimentarios han padecido anteriormente problemas de sobrepeso”. Por ese motivo la obesidad infantil puede tratarse de un causante o un desencadenante del TA en algunos casos.

La obesidad infantil es uno de los problemas emergente más importantes en los países desarrollados, y que afecta a todas las edades y grupos socioeconómicos.

Contextualizando, la problemática existente en estos momentos en España el 19,7% de los chicos y el 17,4% de las chicas con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años tienen sobrepeso, y el 9,3% de los chicos y el 8,8% de las chicas tienen obesidad (2011)[22]

A nivel Europeo, España es de los países con mayor índice de sobrepeso, en la Unión Europea hay 12 millones de niños en edad escolar con exceso de peso, nuestro vecino Francia sus índices rondan un 14%, y sólo Italia tiene unos índices peores que nosotros. A nivel mundial, la OMS ha considerado la obesidad infantil como una epidemia mundial, se estima que un 10% de los niños en edad escolar (entre 5 y 17 años) padecen de sobrepeso u obesidad, y según los estudios el 80% de la población infantil mantendrán de mayores la condición de obesos.[23]

Después de ponernos en contexto sobre los factores de riesgo la epidemiología y la etiología del TA vamos a proceder a explicar detalladamente toda la patología haciendo una breve descripción de lo que consiste, la sintomatología que tiene, el diagnóstico, tratamiento y la prevención que se está realizando desde atención primaria y las actividades que están desarrollando en estos momentos las escuelas de educación obligatoria.

Los signos y síntomas:

Los signos i síntomas del TA se dividen en tres grandes grupos.

1. El **primero**[MM16] grupo es la sintomatología física donde existe una marcada pérdida o ganancia de peso, debilidad, mareo, fatiga o síncope, a nivel gastrointestinal, pueden aparecer reflujos gastroesofágico, vaciamiento gástrico retardado, molestias epigástricas.
2. El segundo grupo trata la sintomatología del comportamiento de la persona, es la más difícil de poder detectar ya que normalmente se esconden de los demás para realizar los atracones. Sabemos que existe una incapacidad para dejar de comer o controlar lo que comes, Comen en grandes cantidades de alimento rápidamente, aún estando llenos, siguen comiendo sin parar, esconden comida para comérsela más tarde,

comen normal delante de otros y se dan un atracón cuando están solos comen durante todo el día sin seguir las comidas normales y se objetiva una ganancia y pérdida de peso repetidamente.

3. El tercer grupo trata sobre el apartado psicológico, estos pacientes sienten un estrés que solo es aliviado por la comida, muy a menudo sienten vergüenza de lo mucho que comen, pierden el control cuando se dan atracones, nunca se sienten llenos, sienten una fuerte culpabilidad, y disgusto después de comer mucho, muchos de ellos sufren depresión, ansiedad, conductas obsesivas, autoagresión, ideación suicida, conatos de suicidio.[24]

Diagnóstico:

En lo que respecta al diagnóstico del TA, los facultativos realizan:

Examen físico, análisis de sangre y orina y una evaluación psicológica, incluyendo hablar sobre los hábitos alimenticios. Además de basarse en los criterios diagnósticos de CIE 10 F50.8 y 307. 51 del DSM V para su inclusión.[25] (Anexo 1)

Los facultativos también disponen de una serie de herramientas para ayudar a diagnosticar lo más preciso posible el tipo de trastorno y evaluar la gravedad de los pacientes, se trata de una serie de cuestionarios.

Existen diferentes cuestionarios para detectar conductas anómalas en los pacientes con TA. *The Questionnaire of Eating and Weight Patteros* se utiliza para clasificar el TA y bulimia nerviosa purgativa y no purgativa.

The Binge Eating Scale(anexo nº2) divide a los pacientes según la existencia de atracones (moderados o severos) o la no existencia de los mismos, basándose en la puntuación de la escala. *The Eating Disorder Inventory* mide las características clínicas de la anorexia y bulimia nerviosa y la severidad de los atracones en población obesa y el último cuestionario que podemos encontrar es el *The Eating Disorder Examination* que valora la psicopatología y comportamientos específicos de los trastornos alimentarios. Estudia la restricción sobreingesta, preocupación por la figura, peso y la comida.

Las consecuencias médicas más importantes del TA a nivel físico encontramos que los pacientes padecen de, obesidad, presión arterial alta, niveles altos de colesterol, enfermedades cardíacas (como resultado de los niveles elevados de

los triglicéridos), diabetes mellitus tipo II, enfermedades de la vesícula biliar, caries dental, dolor abdominal, articular y muscular, estrías y insomnio.

A nivel psicológico el trastorno interfiere en las relaciones interpersonales, el trabajo o la capacidad para aceptarse y agradarse a sí mismos, padecen un descontento de la propia imagen o preocupación por el cuerpo, normalmente son pacientes que pueden sufrir depresión, ansiedad, tiene una gran impulsividad, sufren un estrés constante en relación a la comida y la apariencia, son personas con baja autoestima con una disminución de la sociabilidad y con pensamientos suicidas^[MM17].

Por último las personas con TA pueden sufrir unas consecuencias sociales importantes como, desajustes en el bienestar emocional, absentismo escolar, consumo de alcohol y drogas, pérdida del control de los impulsos, descenso del ejercicio físico y descenso de la conducta sexual. [13]

Tratamiento:

Respecto al tratamiento de los pacientes con TA existen diferentes terapias complementarias para que la recuperación del TA sea lo más eficaz posible:

1. En primer lugar se encuentra La psicoterapia es un tipo de consejo que hace cambiar la forma de pensar (la terapia cognitiva) y el comportamiento (la terapia del comportamiento) de una persona con un trastorno alimenticio.
2. La terapia cognitivo-conductual (TCC) el objetivo principal es eliminar los atracones mediante el establecimiento de una pauta alimentaria estable, ayudar a lidiar mejor con los problemas que pueden desencadenar episodios de atracones como los sentimientos negativos acerca de su cuerpo o de un estado de ánimo deprimido.

La TCC pretende identificar pensamientos y sentimientos negativos de su cuerpo o de un estado deprimido relacionado con la imagen corporal de cada uno fomentando la autoaceptación. También ayuda a las personas a tener una mayor sensación de control sobre su comportamiento y los patrones de alimentación. [26]

3. La psicoterapia interpersonal fue desarrollada por Klerman para el tratamiento de la depresión. Posteriormente se convirtió en formato grupal para este tipo de pacientes. La

psicoterapia interpersonal se centra en sus relaciones actuales con otras personas.

El objetivo es mejorar las habilidades interpersonales. Potencia el desarrollo de habilidades en las relaciones sociales y estrategias más adaptativas que el atracón para afrontar los problemas interpersonales y sociales. Esto

puede ayudar a reducir los atracones que se desencadena por las malas relaciones y habilidades de comunicación no son saludables.

4. La terapia conductual utiliza básicamente estrategias conductuales tradicionales orientadas a modificar los hábitos de ingestión y de ejercicio físico con el fin de fomentar la pérdida de peso.[27]
5. Por último la terapia conductual dialéctica puede ayudar a aprender las habilidades conductuales para ayudar a tolerar el estrés, regular las emociones y mejorar las relaciones con los demás, todo lo cual puede reducir el deseo de comer en exceso.

Por otro lado tenemos el tratamiento farmacológico; disponemos de muy pocos estudios controlados en el trastorno que nos ocupa, pero se actúa en base a la similitud de la conducta de atracón y de la comorbilidad depresiva entre TA y BN aplicando los fármacos que han demostrado cierta eficacia en el tratamiento de la BN.

Los fármacos de elección que normalmente recetan son los antidepresivos conocidos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y antidepresivos tricíclicos (TCAs), anorexígenos serotoninérgicos y antagonistas opiáceos. No está claro cómo se pueden reducir los atracones, pero puede estar relacionado con la forma en que afectan a ciertas sustancias químicas del cerebro asociadas con el estado de ánimo. El anticonvulsivo topiramato (Topamax) normalmente se utiliza para controlar las convulsiones, también se ha encontrado topiramato para reducir los episodios de los atracones. Es conveniente que el especialista informe rigurosamente de todos los efectos

secundarios de esta medicación ya que hay algunos de ellos que podrían llegar a ser graves.[1]

Además de realizar el tratamiento adecuado que considere el especialista también sería necesario reforzarlo con la terapia alternativa, los masajes terapéuticos pueden ayudar a reducir la ansiedad asociada con los TCA.

Las terapias que tienen en cuenta el cuerpo y la mente, como la meditación, el yoga, el “biofeedback” (retroalimentación) y la hipnosis, aumenta el autoconocimiento del cuerpo a la hora de comer, así como promover un sentido de bienestar y relajación

Está en estudio el uso de acupuntura para disminuir la ansiedad y depresión.

[28]

Prevención:

La prevención del TCA con el objetivo de disminuir la incidencia de estos trastornos al igual que la mayor parte de trastornos conductuales, se ha vuelto un tema prioritario, debido a la gravedad [MM18] que estos trastornos pueden adquirir si se cronifican, como por los gastos de recursos sanitarios y sociales que conlleva.

Teniendo en cuenta el aumento de la incidencia del TA y las consecuencias que puede llegar a tener, la prevención desde la infancia es primordial y debe llevarse a cabo desde todos los ámbitos de la escuela, familia, medios de comunicación etc. Hay que educar a los niños en torno a actitudes realistas respecto a la comida y la imagen corporal, mostrarles unas pautas de alimentación saludables por parte de los mayores y no premiar las conductas de los niños a través de las comidas.

Existen tres tipos de prevención estas son prevención primaria, secundaria y terciaria.

1. La prevención primaria, actúa sobre la causa de los problemas facilitando los aprendizajes de los comportamientos que pueden proteger la salud (factores de protección) y reduciendo los que la pueden afectar negativamente (factores de riesgo). Prevenir significa anticiparse, intervenir para evitar que tenga lugar un acontecimiento no deseado. Si el hecho ya ha sucedido, prevenir quiere decir actuar para evitar que la

situación no deseada progrese. Actuar para que un hecho no se repita también es prevención.

2. La prevención secundaria, engloba un conjunto de acciones que pretenden detener la evolución de la enfermedad en la fase preclínica, cuando todavía los síntomas y signos no son aparentes pero existen en estado embrionario (subclínico) y por lo tanto permiten detectar precozmente el proceso patológico y poner en práctica las medidas necesarias para impedir su progresión. Su mayor objetivo es reducir la prevalencia y las actividades que desarrollan son la detección precoz, diagnóstico precoz, derivación especializada y tratamiento especializado.
3. La prevención terciaria, facilita el aprendizaje de conductas que evitan las recaídas posteriores al tratamiento: Informan respecto a los signos de alarma (características médicas, Psicopatológicas y psicológicas) del TA, proporcionan herramientas para el manejo integral de los pacientes a los padres, familiares o pareja., Informan de los recursos asistenciales y sociales especializados en TA y como coordinarlos con los familiares, realizan la valoración, seguimiento y control del trastorno y de las complicaciones en los pacientes detectados, controlan de conductas de riesgo a nivel alimentario, conductual y psicológico, refuerzan el concepto de autoimagen y aumentan la autoestima, y promocionan una alimentación equilibrada, variada y adecuada a sus necesidades energéticas.[29]

En este trabajo nos vamos a centrar en la prevención desde atención primaria y desde las escuelas de enseñanza obligatoria.

Los objetivos de tratamiento que tiene Atención primaria (AP) son, mantener una comunicación directa y bidireccional con el equipo del centro de Salud Mental, y determinar y controlar la periodicidad de pruebas complementarias y revisiones con otros especialistas.

La enfermera de AP es la responsable de realizar los controles de los pacientes con una periodicidad de al menos una visita por semana.

Para ello utilizan un plan de cuidados donde siguen las actividades a realizar para llevar a cabo un control exhaustivo.

Primero hacen una valoración completa que posteriormente en cada visita será reevaluada para ver en qué fase se encuentra el paciente.[29]

Herramientas:

Los profesionales de AP utilizan herramientas tipo cuestionarios y dibujos para identificar los trastornos de alimentación en concreto el TA.

El primero y más completo es el Eating Attitudes Test (EAT 26/CHEAT26) que es el cuestionario más fiable para poder detectar esta patología. (anexo nº3)

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT) tiene por objetivo identificar, signos, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios.

La primera versión fue elaborada en el año 1979 por David Garner y Paul Garfinkel. Posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 reactivos, conocida como EAT-26, en la cual se suprimieron 14 ítems, por considerarse redundantes y que no aumentaba la capacidad predictiva de la prueba. Maloney y colaboradores en el año 1988, crearon una versión para niños denominada CHEAT-26 que utiliza un lenguaje más sencillo.[31]

[MM19]El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado para una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA. Específicamente el EAT-26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez. (Anexo nº 4). Esta prueba ha sido utilizada “como una herramienta de “screening” para determinar “Riesgo de Desorden Alimentario” en colegios, universidades y otros grupos especiales de riesgo como los atletas”.

Al ser una prueba de tamizaje (screening), se asume que una anticipada identificación de un desorden alimentario puede conducir a un tratamiento temprano, reduciendo así ciertas complicaciones físicas y psicológicas e incluso la probabilidad de muerte.[30] Una vez han pasado los cuestionarios pasan el test de la imagen corporal por modelos anatómicos que evalúa el grado de satisfacción que tiene cada uno de los pacientes con su propio cuerpo. El concepto de imagen corporal es muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría y la medicina en general. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto,

o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos de la conducta alimentaria. Diversos han sido los instrumentos que se han utilizado para la evaluación de la imagen corporal, pero el empleo de siluetas ha demostrado ser de interés y de fácil utilización, ya que permite obtener de forma rápida y sencilla los valores e índices de los dos factores implicados en la imagen corporal negativa: la distorsión y la insatisfacción para evaluar la imagen corporal se han diseñado diferentes imágenes o siluetas de mujeres y hombres.[31]

Diagnósticos de enfermería:

Una vez realizada la primera entrevista y pasados los cuestionarios es importante que la enfermera busque los diagnósticos enfermeros de la taxonomía Nanda para elaborar un plan de actividades y poder llevarlo término durante todo el proceso del paciente. Los diagnósticos de enfermería[MM20] más frecuentes asociados al TA son:[32]

1. Afrontamiento defensivo: Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona del que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva. Manifestaciones: hipersensibilidad a los desaires o críticas, negación de problemas o debilidades evidentes, falta de seguimiento o participación en la terapia o tratamiento, dificultad para establecer o mantener las relaciones.

NOC:	NIC:
------	------

Autoestima	Apoyo emocional. Potenciación de la autoestima. Potenciación de la conciencia de sí mismo.
Desarrollo infantil: adolescentes 12-17años	Ayudar a la modificación de sí mismo. Facilitar la autorresponsabilidad Potenciación de roles
Habilidades de interacción social	Entrenamiento de la asertividad Estimulación de la integridad familiar Modificación de la conducta: habilidades sociales

2. Trastorno de la imagen corporal: Confusión en la imagen mental del yo físico.

Manifestaciones: expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en aspecto, estructura o función; expresión de percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en aspecto, estructura o función; conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.

Manifestaciones

Objetivas: ocultamiento o exposición excesiva (intencionada o no) de una parte corporal, cambio real en la estructura. Manifestaciones Subjetivas: rechazo a verificar un cambio real, preocupación con el cambio, sentimientos negativos sobre el cuerpo.

NOC:	NIC:
Autoestima	Potenciación de la autoestima
Desarrollo infantil: adolescencia(12-17 años)	Fomento del desarrollo: adolescentes Educación paterna: adolescentes
Imagen corporal	Grupo de apoyo Potenciación de la imagen corporal Terapia de grupo
Modificación psicosocial: cambio de estilo de vida	Aumentar el afrontamiento

3. *Baja autoestima crónica:* Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades. Manifestaciones: la persona de forma crónica o durante un largo periodo de tiempo racionaliza o rechaza la retroalimentación positiva sobre sí misma y exagera la negativa, utiliza expresiones negativas sobre sí misma, resistencia a probar cosas o situaciones nuevas, manifiesta vergüenza o culpa.

NOC:	NIC:
Autoestima	Control del humor Potenciación de la autoestima Potenciación de la socialización Reestructuración cognitiva

4. *Baja autoestima situacional:* Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar: cambio de situación social, de nivel de estudios, de trabajo, de hogar...) Manifestaciones objetivas: Persona que se autoevalúa incapaz de afrontar los acontecimientos o las situaciones nuevas, o la situación actual desafía su valía personal, verbalizaciones negativas sobre sí misma manifiesta

indecisión, desesperanza, falta de asertividad. Manifestaciones subjetivas: cambios en el desarrollo, alteración de la imagen corporal, rechazos, cambios de rol social falta de reconocimiento

NOC:	NIC:
Autoestima	Afrontamiento de problemas Control del humor Entrenamiento de la asertividad Potenciación de la autoestima Potenciación de la conciencia de sí mismo

5. Aislamiento social: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa, amenazadora o impuesta. Manifestaciones objetivas: retraimiento, proyección de la hostilidad en la voz/conducta, busca soledad, preocupación por los propios pensamientos. Subjetivas: intereses inadecuados o inmaduros para la edad o etapa de desarrollo, falta de un propósito significativo en la vida o inadecuación del existente, sentimientos de ser diferente a los otras, inseguridad en público.

NOC:	NIC:
Habilidades de interacción social	Aumentar el afrontamiento Modificación de la conducta: habilidades sociales.
Implicación social	Facilitar el perdón Potenciación de la socialización Terapia de entrenamiento Terapia con juegos
Integridad de la familia	Apoyo al cuidador principal Estimulación de la integridad familiar Fomento de la normalización familiar.

6. Afrontamiento familiar incapacitante: Comportamiento de una persona que inhabilita sus propias capacidades para abordar eficazmente tareas esenciales para la adaptación del reto de la salud.

Manifestaciones: distorsión de la realidad, incluyendo la negación extrema de su existencia o gravedad; falta de atención a las relaciones con otros miembros de la familia; agitación, depresión, agresión y hostilidad.

NOC:	NIC:
Relación entre cuidador principal y paciente	Apoyo al cuidador principal Aumentar el afrontamiento Cuidados intermitentes Grupo de apoyo Estimulación de la integridad familiar Fomento de la implicación familiar
Afrontamiento de los problemas de la familia	Aumentar el afrontamiento Apoyo a la familia
Normalización de la familia	Potenciación de roles Fomento de la normalización familiar

7. Desequilibrio nutricional por exceso: Ingesta de nutrientes que excede las necesidades metabólicas de cada uno. Manifestaciones: Pliegue cutáneo tricipital superior a 25mm en mujeres y 15mm en hombres. Peso corporal superior a un 20% al ideal según talla y constitución corporal. Comer como respuesta a estímulos externos e internos. Información y observación de patrones alimentarios disfuncionales.

NOC:	NIC:
Control de peso	Llegar a un acuerdo con el paciente. Ayudar a disminuir el peso. Manejo del trastorno por atracón. Modificación de la conducta
Estado nutricional	Enseñanza de la dieta prescrita Etapas de la dieta Manejo de la nutrición

Intervenciones:

A continuación realizan las intervenciones y evaluaciones más oportunas dependiendo de los diagnósticos enfermeros encontrados en la patología del TA.

Para que el seguimiento de estos pacientes sea más eficaz se ha de enviar información sobre las variaciones de los cuidados al equipo de salud mental ya que así pueden llevar a término un buen trabajo multidisciplinar.

Intervenciones de enfermería:

Una vez han realizado el primer paso y el más importante las enfermeras de AP siguen con su tarea haciendo el control y seguimiento del plan farmacológico, control de las complicaciones que puedan surgir como la cronificación y las comorbilidades de la patología, evitar recaídas de la enfermedad, proporcionar herramientas para superar los momentos de crisis y proporcionan una educación familiar, de forma cíclica desde el inicio, para identificar el reinicio de conductas patológicas, asegurar la consecución de objetivos y ayudar a minimizar la ansiedad y los miedos que genera la convivencia con las características de la enfermedad.

Para que la labor realizada en AP sea satisfactoria es necesario que la enfermera recoge en cada visita el registro alimentario de 3 días y haga la valoración de la evolución de los hábitos alimentarios comentados en la primera visita reforzando siempre con conductas positivas tanto individualmente como en el ámbito familiar y social, consiguiendo un alto grado de empatía y confianza con el

usuario, a continuación determinará la evolución del paciente con una visión holística con sus 5 dimensiones, es decir, que se tenga en cuenta la esfera física, la psicológica, la social, cultural y espiritual. Es muy importante que en las visitas, favorezca siempre el ritmo de expresión del propio paciente, manteniendo una postura firme sin criticar ni menospreciar y integrar a la familia en la actuación diaria.[29]

Los hábitos alimentarios comentados en la primera visita se basan en una alimentación saludable, suficiente y equilibrada (5-6 comidas/día), se intenta reforzar la autoestima e imagen corporal introduciendo elementos críticos del modelo estético corporal, hay que realizar un refuerzo de la relación familiar, hablar y desmitificar conductas alimentarias erróneas como vendrían a ser las dietas milagros, dietas cetogénicas e mitos alimentarios falsos.

Intervenciones de los padres:

Las personas que deberían tener más facilidad para poder prevenir los TA son los padres, cuando se empiezan a dar los primeros síntomas.

Por otro lado los padres son los primeros que les aparecen los sentimientos de culpa y negación, se tratan de padres que han cuidado y educado lo mejor que han podido a sus hijos y es fácil que ignoren los síntomas o los achaquen a una fase.

En el caso que la situación no se haya vuelto crítica, debemos crear un ambiente saludable mediante sugerencias y consejos para contrarrestar los estereotipos de la imagen corporal, para ello los propios padres deberían reflexionar sobre sus propios prejuicios, comportamientos o actitudes.[30]

Lo más importante que se puede hacer a un niño es aumentar su autoestima, es la mejor vacuna contra el TA, darles soporte, valorarlos positivamente y darles cariño incondicional evitará que su autoestima pueda sufrir altibajos.

Fomentar la comunicación con ellos, para que puedan hablar abiertamente sobre lo que quieran y escucharlos sin ser críticos en exceso, darle a entender que sus opiniones serán tenidas en cuenta, ayudará a que se sientan valorados y que puedan expresar sus problemas. Los jóvenes en caso de problemas sociales o amorosos tienden a cambiar sus cuerpos y no sus pensamientos para poder solucionarlos.[33,34,35]

Fomentar el pensamiento crítico, para poder aprender a ver las situaciones desde otros puntos de vista favoreciendo unos valores internos que pueden frenar los mensajes de los medios tan estereotipados.

No hacer diferenciación entre niños y niñas, no limitar un tipo de actividad a sólo niños o niñas, y favorecer o recomendar actividades físicas.

Los padres no deben hacer comentarios negativos sobre su cuerpo, deben sentirse cómodos y contentos con su cuerpo independientemente de su talla o forma.[35]

Nunca criticar a los demás con frases como gordos, aunque sea en broma, eso puede afectar profundamente sobre todo en los niños. Valorar a los niños por como son, sus cualidades personales no como son físicamente. Una

norma muy importante sería no hacer dieta, eso da un mensaje muy peligroso e irreal sobre soluciones rápidas, esta norma queda reflejada con algunos de los factores de riesgo más importantes, que serían, tener una madre a dieta, tener una hermana a dieta o tener un amigo/a a dieta.

No criticar alimentos, o clasificarlos entre bueno y malos, demonizar alimentos como las patatas fritas o helados sólo conseguiremos convertirlos en "frutos prohibidos", con moderación se puede comer de todo. Por tanto, no limitar el aporte calórico de los niños a no ser que esté recomendado por un profesional. Si los niños se empeñan en hacer una dieta, se derivará a un psicólogo o dietista para supervisar los resultados e informar sobre los falsos mitos y poder intervenir en caso de necesidad.[33]

No utilizar la comida como un premio o castigo, ya que conviertes la comida en "una futura arma de control."

Hay que hablar con los adolescentes sobre los cambios que sucederán en la pubertad, o se pueden dar casos como que un aumento de las curvas se achaque a un aumento de peso por desconocimiento entre otros cambios.

Hay que hablar sobre las imágenes poco acordes a la realidad de actores y actrices de revistas, televisión... ya que esos cuerpos se han conseguido gracias a la cirugía plástica o sufren desórdenes de la alimentación...

No debemos clasificar actividades con el peso, como por ejemplo decir que la piscina o el deporte son para gente flaca o atlética.[31,32]

Es muy importante que para una buena prevención del TA desde AP se realice una intervención interdisciplinaria: ámbito escolar (profesores, pedagogos, psicólogos, educadores deportivos, enfermeras del programa “Salud y escuela”), ámbito familiar (padres, hermanos...) y ámbito sanitario.

Intervenciones a nivel escolar:

Los docentes pasan dos veces al año unas actividades para la prevención de los TCA para poder observar si algún niño tiene alguna conducta de riesgo y así poder derivarlos a la AP.

Estas actividades tienen por objetivo promover una alimentación y estilos de vida saludables que permitan reducir el desarrollo de sobrepeso, contribuir a impulsar la iniciativa personal y creatividad al afrontar los problemas, facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante impuesto socialmente y colaborar en el aumento de su propia aceptación y la aceptación de los otros.[36]

Los contenidos a trabajar con los alumnos, tienen que ver con los aspectos que más correlacionan con la aparición de los trastornos alimentarios, es decir, hábitos saludables, impulsividad, publicidad y medios de comunicación, asertividad, perfeccionismo, belleza, imagen corporal e autoestima.

En la actividad de los hábitos saludables es fundamental transmitir a los jóvenes la importancia de unos hábitos de alimentación saludables que les permitan alcanzar un correcto desarrollo en esta etapa de su vida. Los contenidos a trabajar con esta actividad son la pirámide de los alimentos, la alimentación variada como clave de la alimentación saludable, la necesidad de realizar cinco comidas al día y la importancia del ejercicio físico diario.[37]

La siguiente actividad se centra en el tema de la Impulsividad. La impulsividad es un rasgo característico de la juventud que, en ocasiones, puede situar a los jóvenes ante situaciones de riesgo, siendo necesario, por tanto, que los estudiantes aprendan a controlar su impulsividad. Los contenidos de trabajo que se resolverán con esta actividad son la resolución de problemas de una manera racional y las diferencias entre ser impulsivo y ser uno mismo.[36,37]

Otra actividad es la crítica de los anuncios publicitarios, ya que promueven, en su mayoría, cuerpos y figuras extremadamente delgados que, acaban convirtiéndose en ideales de belleza. Su influencia es aún mayor en los jóvenes por ser estos un colectivo especialmente influenciado, con una personalidad todavía débil e inestable. Así que es importante que los alumnos sean capaces de diferenciar los ideales publicitarios de sus propios ideales. Los ejercicios que realizan los estudiantes son el análisis crítico de la publicidad, la influencia de la publicidad en las personas y la valoración que hacen de su físico. [36]

Los jóvenes son, en ocasiones, víctimas de la depresión grupal al no ser capaces de mantener su opinión frente a los otros. Si los estudiantes desarrollan una comunicación asertiva, esta les permitirá expresar y mantener su opinión sin ser agresivos con las otras personas. Por lo tanto con los ejercicios de la asertividad los alumnos podrán estudiar, la comunicación asertiva, las técnicas de esta comunicación y verán el uso de la comunicación asertiva como clave para poder ser uno mismo.

A continuación, otra actividad a trabajar es el perfeccionismo, que es un rasgo de carácter que llevado al extremo, le crea una permanente sensación de insatisfacción con todo lo que hace. Es importante que los jóvenes puedan diferenciar entre querer hacer las cosas bien y ser perfectos. Aquí van a trabajar las consecuencias negativas del perfeccionismo y las diferencias entre hacer las cosas bien y ser perfectos.

Los jóvenes se enfrentan a la difícil labor de intentar crearse una imagen propia que les guste frente a los cambios físicos característicos de la pubertad, la presión grupal, la publicidad, etc. La inseguridad frente a su imagen puede afectarles de una manera negativa en otros aspectos de su vida como son las relaciones sociales. Es por tanto fundamental que los estudiantes valoren de una manera positiva su imagen y la de sus compañeros.[37]

Para poder desarrollar los objetivos de la actividad de belleza e imagen corporal los alumnos trabajarán temas como, la adolescencia como momento vital del desarrollo corporal, la imagen corporal que tenemos de nosotros mismos y su influencia en nuestra valoración y la belleza y su evolución a lo largo de la historia.

Para concluir la jornada de la prevención de los TCA en las escuelas la última actividad a trabajar es la de la Autoestima que es un aspecto clave en el desarrollo de cualquier persona. Una buena autoestima aporta salud mental previniendo la aparición no solo de los TCA sino de numerosos trastornos mentales. Por lo tanto es fundamental que los adolescentes tengan una adecuada autoestima, que se valoren y quieran a sí mismo. Así que los ejercicios reflejaran La consecuencia de la autoestima en nuestros actos y aprenderán a cuidar la autoestima de cada uno.[MM21][36,37]

1.3 justificación

El principal motivo de este trabajo es promover la formación y preparación del personal sanitario de atención primaria y otros profesionales hacia los TCA en pacientes infantojuveniles.

Socialmente esta patología es un gran problema los estudios indican que alrededor de 1% de la población lo sufre, pero de un 20% a un 32% manifiesta signos o síntomas, por tanto, están en riesgo de contraerla, además que la edad de inicio se está reduciendo.

La gravedad del trastorno abordado, incluyendo las repercusiones que tiene a nivel físico, emocional y social, hace necesaria una profundización en el tema, debido a que tiene un índice de recuperación más alto que la AN y BN. Además que una mayor consideración sobre este trastorno disminuiría los índices de obesidad infantil actuales y futuros. Además esta patología es percibida por la sociedad como algo auto-infligido y en ocasiones no cuentan con la empatía de la sociedad.

Las repercusiones que tiene este trastorno, son importantes tanto a nivel físico como psicológico, donde encontramos síntomas desde HTA, Diabetes Mellitus, aumento del colesterol y enfermedades cardíacas hasta depresión, aumento de la ansiedad, alta impulsividad.

Específicamente en la población juvenil tiene además otras repercusiones concretas como: alteración en los hábitos del sueño, un aumento del absentismo escolar, aumento del consumo de alcohol y drogas, una disminución de la autoestima, alteración del bienestar emocional, problemas en el control de impulsos, y problemas en la conducta sexual.

El aumento de la prevención y detección de este trastorno incidiría muy beneficiosamente en los pacientes, ya que existen datos como éstos que podrían mejorar notoriamente.

La mayoría de adolescentes con TCA buscan algún tipo de ayuda o tratamiento, pero pocos de ellos lo reciben específicamente al trastorno que tienen. Un estudio detectó que los padres sólo detectan un 35% de los casos de TCA de sus hijos.

El cuerpo de conocimiento en castellano de esta patología es incompleto y poco concreto, debido a la multitud de estudios con valores de inclusión diferentes

tanto para su diagnóstico como para calcular su prevalencia, haciendo oscilar la prevalencia en % muy altos entre cada estudio.

Este trastorno no tiene ninguna guía clínica realizada en España. Esta guía contribuye por lo tanto al cuerpo de conocimientos de la disciplina enfermera, y de otros profesionales que también podrían hacer uso para prevenir y detectar este trastorno.

La inclusión del TA en el DSM V, hace más necesario una guía clínica actualizada y con baremos oficiales y homogéneos, por tanto, esta guía podría servir como base para las futuras investigaciones en este campo. No existen estudios del impacto económico del TA o del resto de TCA en España, pero otros estudios en la unión europea, demuestran que tienen unos costes elevados tanto directos como indirectos. [32]^[MM22]

La relevancia de esta guía residiría en el uso que se le daría en los centros de atención primaria como un elemento a tener en cuenta cuando acudan niños con sobrepeso o para prevenir futuros sobrepesos o desórdenes alimenticios en niños o adolescentes con signos o síntomas de trastornos alimenticios.

1.4 Pregunta de la investigación

¿La prevención y detección precoz del TA podría influir en la reducción de casos de obesidad infantil?

2. Metodología

2.1 Búsqueda bibliográfica

Debido a que existe un número escaso de publicaciones en español, el trastorno por atracón no es un tema muy investigado y estudiado en el ámbito sanitario español, durante la búsqueda en idioma español y específicamente de la edad infantil es menos común aún. Referente en la búsqueda en otros idiomas, en inglés encontramos bastante más información de este trastorno orientado exclusivamente.

Hemos usado bases de datos como Medline donde tras introducir las palabras clave trastorno And atracón obtuvimos 16 resultados, a continuación busquemos con las palabras binge and eating and disorder, donde obtuvimos 734 resultados, acotando en binge and eating and disorder and childs que finalmente quedaron 13 resultados

A través de Pubmed con la búsqueda de las palabras clave, binge and eating and disorder obtuvimos 2440 y tras acotar en binge and eating and disorder and child not adult obtuvimos 130 resultados.

Hemos usado también buscadores específicos como openthesis.org donde obtuvimos de las palabras clave trastorno and atracón 7 resultados, de los cuales dos son relacionados con este trabajo: “ El atracón y sus trastornos: características psicopatológicas e implicaciones diagnósticas” y “Personalidad y psicopatología en el Trastorno por atracón”.

Finalmente también hemos buscadores como Google tanto en español como en inglés, donde obtuvimos 80600 resultados utilizando la búsqueda: trastorno And atracón.

[MM23]Se incluyeron documentos publicados en inglés y español por organismos dedicados al desarrollo de guías de práctica clínica, y relacionados con TCA con un rigor científico demostrado, que incluyan nuestra población diana.

Se excluyeron algunos documentos por estar en otros idiomas, o por tratar de algunos aspectos de TCA que no incluimos en esta GPC, o por no tener un rigor científico mínimo demostrable o por ser demasiado antiguos e incluir datos desfasados.

Respecto al tipo de estudio no se excluirá ninguno en un primer momento, debido a la poca cantidad de estudios relacionados con este trastorno, pero el grupo elaborador los seleccionará a posteriori durante la realización de la GPC.

2.2 Población [MM24]

La población a la que ira dirigida la GPC serán pacientes de entre 8 y 21 aproximadamente, tanto masculina como femenina, aunque el grupo elaborador de la guía podría modificarlo levemente el rango de edad, si lo creyeran oportuno. Que estén en una situación de riesgo o que muestren síntomas relacionados con el trastorno por atracón. No irá dirigido a la población adulta ya que está más estudiada que la infantil y la prevención es más fructífera en niños.

2.3 Ámbito asistencial

La guía irá dirigida a los profesionales de atención primaria, principalmente a enfermería, aunque otros profesionales podrán hacer uso también, como psicólogos, nutricionistas, docentes de la enseñanza obligatoria o medicina familiar.

2.4 Proceso asistencial [MM26]

Para realizar la guía, se realizará una búsqueda de evidencia científica, identificaremos y evaluaremos todos los estudios relevantes que sean capaces de responder las preguntas formuladas de los dos apartados que queremos incidir:

- a) Prevención
- b) Detección

Para conseguirlo podemos realizar algún tipo de metodología, como por ejemplo:

1. Realizar unas preguntas generales y de su respuesta obtener unas premisas y seleccionar los estudios que utilizaremos.

Algunas de las preguntas podrían ser:

- ¿Cómo se deben seleccionar los estudios relevantes dentro de una GPC?
- ¿Cuándo se puede integrar o analizar la información a partir de los estudios relevantes?
- ¿Qué hacer en caso de no encontrar evidencia relevante?

2. Otra opción sería analizar los componentes de cada estudio, a partir de plantillas de lectura crítica como CASP entre otros, en los que se analizaría, resumiría y valoraría cada estudio, se realizará para ello una tabla de evidencias, que variará dependiendo del estudio pero teniendo en cuenta siempre los tres componentes básicos de la evaluación de evidencia científica que son estos:

- Validez interna: se trata de su rigor científico y la posibilidad de que el estudio tenga sesgos.
- Resultados: trata de la interpretación de los resultados a través de los intervalos de confianza y la magnitud de esos resultados.
- Aplicabilidad: es referente a la extrapolación de los resultados de este estudio con la población diana de la GPC

Dentro de la búsqueda de la evidencia científica deberíamos definir unos criterios de inclusión o exclusión.

Se incluyeron documentos publicados en inglés y español por organismos dedicados al desarrollo de guías de práctica clínica, y relacionados con TCA con un rigor científico demostrado, que incluyan nuestra población diana. Respecto al tipo de estudio no se excluirá ninguno en un primer momento debido a la poca cantidad de estudios relacionados con este trastorno, pero el grupo elaborador ya los seleccionará durante la realización de la GPC.

Se excluyeron algunos documentos por estar en otros idiomas, o por tratar de algunos aspectos de TCA que no incluimos en esta GPC, o por no tener un rigor científico mínimo demostrable

2.5 Formulación de las preguntas genéricas y específicas

El grupo elaborador de la GPC realizará unas preguntas clínicas que darán respuesta a los objetivos que tiene esta GPC, [MM27]a partir de estas preguntas se hará la búsqueda y realizará las recomendaciones que crean adecuadas.

Algunas preguntas clínicas que podríamos recomendar para la GPC podrían ser como estas, pero el grupo elaborador las podría variar o descartar:

Preguntas genéricas

Prevención:

- ¿Incidiría una mayor prevención en atención primaria en la incidencia de TA en la población infantil y adolescente?
- ¿Se ha de aumentar la prevención en niños o adolescentes con alguna peculiaridad concreta?

Detección:

- ¿Incidiría un mayor conocimiento sobre detección de TA en atención primaria en una disminución de casos que desemboquen en TA completa?

Preguntas específicas

Prevención:

- ¿Una prevención concretamente en el ámbito escolar disminuiría la incidencia del TA en la población infanto-juvenil?
- ¿Se ha de incidir en una mayor prevención en niños o adolescentes con algún caso de TA o TCA en su familia?

Detección:

- [MM28] ¿Están adaptados los criterios de inclusión del DSM V, a los casos específicos de TA infantiles en España o hay que redefinirlos?
- ¿Las herramientas que cuenta enfermería en AP para detectar casos de TA son suficientes, o hay que crear nuevas herramientas?

||

[MM29] **2.6 Elaboración del grupo elaborador** [MM30]

Para la elaboración de la GPC y la realización de las recomendaciones, hemos escogido un grupo multidisciplinar de profesionales que abarquen todos los aspectos necesarios para su elaboración, pero que puedan aportar diferentes visiones, a ser posible priorizaremos la experiencia en otras GPC y con un buen conocimiento de inglés.

Líder: El perfil que más se adaptaría a este rol sería de un psicólogo o psiquiatra especializado en TCA pediátricos y con un gran reconocimiento en el ámbito de

estos trastornos. Su función principal, formular recomendaciones, redacción del trabajo y coordinación del liderazgo. [MM31]

Profesionales clínicos: Dentro del grupo encontraríamos profesionales relacionados con varios aspectos de las TCA de distintos ámbitos, [MM32] como: enfermero, nutricionista, psicólogos, psiquiatras, experto de INEF, dietista, endocrinólogo y pediatra. Su función principal es responder las preguntas clínicas y formular las recomendaciones.

Expertos en metodología: Para esta función incluiríamos [MM33] profesionales con experiencia en otras GPC relacionadas con los TCA, enfermería sería una gran candidata para realizar este trabajo, ya que tienen una formación más general y menos específica que los demás. Su función principal es, la búsqueda de la evidencia científica, y la evaluación y síntesis de la información obtenida.

Documentalista: Utilizaríamos a profesionales del grado de documentación sanitaria. Su función principal es búsqueda de bibliografía basada en la evidencia científica.

Pacientes/ Cuidadores: Contaremos con la colaboración de padres de pacientes o ex pacientes con TCA, si el resto de profesionales está de acuerdo, ya que su inclusión ofrece ventajas como poder contar con su opinión y que la GPC este lo más próximo a la realidad. El número de estos representantes deberá ser de al menos dos, y se deberá realizar un proceso de selección previo.

Su función será formar parte del grupo elaborador y dar su opinión sobre el borrador de la GPC.

Coordinador técnico: Este puesto estaría reservado a un enfermero con máster en gestión hospitalaria, sería encargado de que la guía se realice eficientemente, y ayudar en el tema administrativo.

Colaborador experto: Se trataría de un profesional experto sobre las TCA, como alguien proveniente de fundaciones de TCA o algún experto en la materia de trastorno por atracón. Su función principal es revisar algunos apartados como las recomendaciones.

Otros profesionales: [MM34] Podríamos incluir o consultar a distintos profesionales, si en la realización de la GPC lo vemos adecuado o necesario, que podrían ayudar en etapas concretas como profesionales de economía para la salud, escritor o editor médico, abogados, sociólogos, bio-éticos...

2.7 Revisión externa

Este paso lleva a cabo cuando la guía esté en un estado avanzado y exista un borrador de ella, su función es enriquecer la guía y revisar las recomendaciones, dándole una mayor validez a esta guía. Se trataría de profesionales de la salud con experiencia [MM35] en la práctica clínica y en la gestión de servicios sanitarios del problema de salud objeto de la GPC, con experiencia y conocimiento de la metodología para el desarrollo/adaptación de una guía y alto reconocimiento externo en el tema. Ya que se trata de una GPC orientada sobre todo hacia enfermería deberíamos incluir a algún enfermero como revisor externo, además de incluir un psiquiatra pediátrico para la parte biomédica y un psicólogo especializado en TCA pediátricos para la parte metodológica. Además de otros profesionales de varias disciplinas que creamos adecuados, siendo la cantidad total de profesionales de entre 10 y 20. Tal y como expusimos anteriormente un grupo de ex pacientes o familiares, podrían incluirse en esta revisión. [MM36]

Respecto a la inclusión de algoritmos, no vemos la necesidad de incluirlos, ya que no existe un protocolo establecido respecto a su detección o prevención, pero si el grupo elaborador viera necesario la creación de algoritmos podrían ser incluidos.

A la hora de facilitar la implementar esta GPC, realizaríamos una serie de actividades y documentos para facilitar su difusión como:

- Creación de una guía rápida y una versión resumida.
- Difundirla en clínicas especializadas en TCA o en clínicas o departamentos que tengan pacientes con TCAs.
- Difundirla en revistas, congresos, jornadas...
- Subir la guía a internet y solicitaríamos su inclusión en bases de datos y en páginas de organismos oficiales

2.8 Formulación de las recomendaciones:

Una vez hayamos realizado la búsqueda bibliográfica y hayamos respondido a las preguntas planteadas, llegará el momento de realizar las recomendaciones,

la base de estas recomendaciones será, la confianza que tengamos en los efectos que estas recomendaciones pueden hacer, y que conllevarán más beneficios que daños o riesgos.[MM37]

Para formular estas recomendaciones sugeriríamos utilizar uno de los dos sistemas de formulación, uno de ellos es el sistema SIGN modificado y el otro es el sistema del grupo GRADE. Estos dos sistemas nos permitirán poder clasificar la calidad de la evidencia científica.

A la hora de consensuar las recomendaciones sugeriríamos utilizar una metodología participativa de consenso, de la cual existen de dos tipos:

El método formal se utilizaría cuando existiera una evidencia científica clara o existieran diferentes, con este método intentaríamos resolver controversias y acordar criterios y acciones a seguir, este método es más estructurado que el siguiente.

El método informal se utilizaría en los casos en que no exista una evidencia científica, haría falta la introducción de juicios de valor y se podría optar por recomendaciones consensuadas pero que serían más subjetivas.

Los métodos formales para desarrollar un consenso tienen ventajas sobre los métodos informales, pues estos ofrecen alternativas más objetivas para sintetizar juicios individuales, pueden reducir la influencia de las personalidades dominantes y permiten que el pensamiento grupal provea información valiosa sobre la extensión y motivos que justifican las diferentes opiniones. [38]

Una vez el consenso de expertos tuviera el borrador de las recomendaciones se calificará a partir del método TaskForce:

- Grado A aceptadas completamente
- Grado B aceptadas con alguna reserva
- Grado C aceptadas con reserva
- Grado D rechazadas con reserva
- Grado E rechazadas completamente

Sobre las recomendaciones de investigación futura, sugerimos realizar estudios epidemiológicos con los nuevos criterios de inclusión del DSM V, para poder tener una idea clara de las proporciones de este trastorno en España.

3. Conclusiones[MM38]

El objetivo del presente trabajo era realizar una guía clínica sobre el trastorno por atracón en niños y adolescentes para que los profesionales de atención primaria, (especialmente los profesionales de enfermería) y las enfermeras de los centros tengan una herramienta de trabajo para poder observar cualquier conducta extraña y así poder derivar rápidamente al pediatra para que este haga el diagnóstico.

Dada la alta prevalencia del TA entre niños obesos y con sobrepeso, los profesionales expertos deben tratar de forma adecuada a este tipo de pacientes, entre otras cosas, porque los pacientes con TA suelen tener dificultad para adaptarse al tratamiento y presentar un nivel de fracasos en el tratamiento.

A partir de esta guía con los objetivos que nos hemos propuesto para esta GPC que es disminuir la incidencia del TA en la población infantil y juvenil, contribuirá a reducir el número de nuevos casos y su comorbilidad asociada reduciendo el gasto sanitario y mejorando la calidad de vida de este segmento de la población.

Podemos observar que en los resultados de diferentes estudios recientes, proporcionan un importante apoyo para la inclusión del TA como una subcategoría distinta de los trastornos alimentarios. En particular, parece ser diferente de la bulimia nerviosa (con respecto a la sintomatología, epidemiología y la respuesta al tratamiento).

Los expertos afirman que varios inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, la serotonina y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina, así como el topiramato, fármaco antiepiléptico se ha demostrado efectivo para reducir los atracones en el TA y, en menor medida, para disminuir el peso, por tanto, las investigaciones sobre este tema ya están demostrando efectividad.

El tratamiento de elección para el TA es la TCC que es la terapia psicosocial que más beneficios han dado sobre este tipo de patología.

Para concluir, podemos apuntar que pese a la información que posee la población sobre TCA es más amplia que hace diez años, son más los profesionales especializados en esta patología y ha habido un aumento de los centros y hospitales de día especializados en TCA, en el terreno de la prevención primaria queda mucho por recorrer. La información transmitida

de manera inadecuada, la incoherencia en los medios de comunicación respecto a estos temas, la falta de continuidad de talleres preventivos en centros escolares y la escasa formación de profesionales en conexión con grupos de riesgo, hace que las acciones preventivas realizadas hasta el momento muestren escasa eficacia, por tanto, esta guía y otras iniciativas como esta de incidir en este tema, son aparte de efectivas, muy necesarias.

4. Bibliografía:

1. Sanchez L, Fernandez-Valdes R. Trastorno por atracón y obesidad. *Form Contin Nutr Obes* 2002;5(6):314-24.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. Devlin M, Mitchel J, Zwan M, Crow S, Peterson C. *Binge-Eating disorders: clinical foundations and treatment*. 1a ed. Dakota del Norte. 2007.
4. Hernández L, de la Portilla A. Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Rev. Mex. de trastor. aliment* [revista en Internet] Dic 2010 [Consultado el 24-12-2013]; 1(2): [112-118]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000200004&lng=es
5. Behar R. Sentimientos de ineficacia personal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Rev. Mex. de trastor. aliment* [revista en Internet] Nov 2011 [Consultado el 4-1-2014]; 2 (2011): [113-124]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&pid=S2007-15232011000200007
6. Marín B. Verónica. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev. chil. nutr.* [revista en Internet] Ago 2002 [consultado el 4-2-2014]; 29(2): [86-91]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775182002000200002&script=sci_arttext
7. Hunot C, Vizmanos B, Vazquez-Gariby E, Celis A. Conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista de salud pública y nutrición*. 2008; 9(1):1-13.

8. De dios J. Factores de vulnerabilidad en los TCA. [internet]. 1º congreso virtual de psiquiatría; 2000 [Consultado el 15-2-2014] Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa24/conferencias/24_cihtm
9. Fairburn C, Muñeca H, Welch S, Hay P, Davies B, O'Connor M. Factores de Riesgo para el Trastorno por Atracón: Basada en la Comunidad, el estudio de casos y controles. Arch. Gen. Psychiatry [revista en internet] mayo 1998 [Consultado el 6-3-2014] 55 (5) :[425-432]. Disponible en: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=203880>
10. Alexander J, Goldschmidt A, Le Grange D. A clinician's Guide to Binge Eating Disorder. 1ª ed. Usa and Canada: routledge; 2013.
11. Nicole Vega. A Clinical Competency Project Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements. (Tesis Doctoral). Illinois: Illinois state university; 2011
12. John M. Grohol. PsychCentral. Página web. [Consultado el 03-01-2014]. Disponible en: <http://psychcentral.com/disorders/eatingbinge.htm>
13. Ma C Guirado, R Ballester. Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. Anales de psicología. 2005. [Consultado el 10-1-2014]; 21. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/07-21_1.pdf
14. NEDA. Binge eating disorder. Página web. [Consultado: 12-1-2014]. Disponible en: <http://www.nationaleatingdisorders.org/binge-eating-disorder>
15. A Larrañaga, M Docet, R García-Mayor. High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. [Revista en internet]. 2012. [Consultado el 22-1-2014]. (47). [1669-1673] Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-012-0473-1#page-1>
16. A. Cebolla, C. Perpiñá, E. Lurbe, J. Alvarez-Pitti, C. Botella. Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos. Anales de pediatría. [Revista en internet]. 2012. [Consultado el 22-1-14]. (77). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/anales-pediatria-37/prevalencia-trastorno-atracon-una-muestra-clinica-obesos-90148061-originales-2012>

17. Asociación Acabaf. Página web. [Consultado el 24-1-2014]. Disponible en: <http://www.asociacionacabaf.es/qu%C3%A9-es-un-tca/trastorno-por-atrac%C3%B3n/>
18. Psiquiatria.com. El 80% de los pacientes con trastorno por atracón supera esta enfermedad, apunta la Sociedad Española de Medicina General.[Consultado: 24-1-2014]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/alimentacion_trastornos_de/bulimia/el-80-de-los-pacientes-con-trastorno-por-atracon-supera-esta-enfermedad-apunta-la-sociedad-espanola-de-medicina-general/
19. E Stice, J D. Killen, C Hayward, B Taylor. Age of Onset for Binge Eating and Purging During Late Adolescence A 4-Year Survival Analysis. [revista en internet]. 1998. [Consultado el 27-1-2014]. (107). [671-675]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9830254>
20. Reslan S, Saules K. Assessing the prevalence and predictors of overweight, obesity, and Binge Eating Disorder as a function of ethnicity among a national sample of college students: A focus on Arab-Americans. Presented at the 2011 Annual Scientific Meeting of The Obesity Society; 2011. Eastern Michigan University, Department of Psychology. [Consultado el 14-2-2014] Disponible en: <http://www.emich.edu/psychology/eatbeh/documents/14.tos-2011-summar.pdf>
21. Franko DL, Thompson-Brenner H, Thompson DR, Boissau CL, Davis A, Forbush KT et al. Las diferencias raciales/étnicas en adulto en ensayos clínicos aleatorios de trastorno por atracones. J Consult Clin Psychol. 2012 Apr;80(2):186-95. [Consultado el 20-2-2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22201327>
22. Thao salud infantil. Programa de prevención de la obesidad infantil en los municipios. Pág. web. [Consultado el 13-2-2014] Disponible en: <http://thaoweb.com/es/publicaciones/curso-2010-2011-0>
23. Organización Mundial de la Salud. Combatamos la obesidad infantil para ayudar a prevenir la diabetes. Pág web. [Consultado el 1-3-2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/es/>

24. Helpguide.org. Trastorno del atracón compulsivo. Pág web. [Consultado el 5-3-2014] Disponible en:
http://www.helpguide.org/mental/binge_eating_disorder.htm
25. American psychiatric association. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. Página web [Consultado el 8-12-2013] Disponible en:
http://helenium.ismt.pt/Psicopatologia/Bibliografia_files/DSM5.p
26. C Saldaña. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Reino unido. [Revista en internet]. 2013. [Consultado el 13-2-2014]. (13). Disponible en:
<http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7892/7756>
27. M Perello, C Martinez, N Llorens. INTERVENCIÓN EN UN CASO DE INGESTA Y COMPULSIVA Y DEPRESIÓN. Página web. [Consultado el 13-2-2014]. Disponible en:
<http://www.psicologia-online.com/articulos/2011/04/intervencion-en-un-caso-de-ingesta-compulsiva-y-depresion.shtml>
28. Clinica Mayo. Disease and conditions. Página web. [Consultado el 17-2-2014]. Disponible en:
<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/binge-eating-disorder/basics/definition/con-20033155>
29. Asociación de enfermería familiar y comunitaria de Catalunya. Guía clínica de atención primaria para trastornos de la conducta alimentaria. Pág web. [consultado el 5-4-2014] Disponible en:
<http://www.aificc.cat/Guia%20Clinica%20de%20atencion%20primaria%20para%20trastornos%20de%20la%20conducta%20alimentaria.pdf>
30. De Iralia J, Cano A, Lahortiga F, Gual P, Martinez M, Cervera S. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población en general. Medicina Clinica. [revista en internet] Abril 2008. [consultado el 19-4-2014]; 130(13). Disponible en:
<http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/validacion-cuestionario-eating-attitudes-test-eat-como-13119489-originals-2008#elsevierItemBibliografias>

31. C Maganto, S Cruz. CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, Madrid. 2000; 30, 45-48
32. N Anierte. Diagnóstico enfermero. Página web. [Consultado el 13-2-2014]. Disponible en:
http://www.aniorte-nic.net/apunt_diagn_enfermer_6.hm
33. PBS. Eating disorders and the family. Página web. [Consultado el 19-3-2014]. Disponible en:
http://www.pbs.org/perfectillusions/eatingdisorders/preventing_strategies.html
34. ANRED. Eating disorders prevention: parents are key players. Página web. [Consultado el 19-3-2014]. Disponible en:
<http://www.anred.com/prev.html>
35. SNS. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Página web. [Consultado el 23-2-2014]. Disponible en:
http://portal.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/index.html
36. Grupo Zarima-prevención de la unidad mixta de investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y Consejo Nacional de la juventud de Aragón. Guía Práctica prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Página web [Consultado el 24-04-2014] Disponible en:
http://www.unizar.es/universidadsaludable/public/documentos/001_preveccion_trastornos.pdf
37. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso. Página web. [consultado el 22-3-2014] Disponible en:
<http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
38. Grupo de evaluación de tecnologías y Políticas en salud (GETS). Métodos de consenso para formulación de recomendaciones. Página web [Consultado el 22-03-2014] Disponible en:
<http://www.gets.unal.edu.co/cap13.pdf>

Anexo 1

Criterio diagnóstico para trastorno por atracón según traducción no oficial de DSM V 307.51

A- Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:

- 1 Comer durante un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, en un intervalo de 2 horas), una cantidad de comida que es considerada definitivamente más abundante de lo que cualquier persona comería en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
- 2 Una sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sentir que no se puede parar de comer o que no hay control sobre la cantidad consumida).

B.- Los episodios de atracones se asocian a 3 o más de las siguientes características:

- 1 Comer mucho más rápido de lo normal.
- 2 Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho.
- 3 Comer porciones muy grandes sin sentir sensación física de hambre.
- 4 Comer en solitario por sentir vergüenza de la cantidad consumida.
- 5 Sensación de disgusto consigo mismo, sensación de culpa después de comer.

C.- Marcada incomodidad por los atracones

D.- El atracón ocurre, en promedio, al menos una vez a la semana por 3 meses.

E.- El atracón no se asocia en forma regular a conductas de tipo compensatorias (por ejemplo: purgas, ayuno, ejercicio excesivo) y no ocurre exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa u otro trastorno evitativo/restrictivo

Severidad:

- Leve: 1-3 episodios a la semana
- Moderado: 4-7 episodios a la semana
- Severo: 8-13 episodios a la semana

- Extremo: más de 14 episodios a la semana

Anexo 2: The Binge Eating Scale

El BES es un cuestionario de 16 ítems para evaluar la presencia de ciertas conductas de atracones que pueden ser indicativos de un trastorno alimentario.

A continuación se presentan grupos de afirmaciones sobre el comportamiento, pensamientos y estados emocionales. Por favor, indique qué afirmación en cada grupo describe mejor cómo se siente.

1.

- No creo que por mi peso o tamaño cuando estoy con otras personas.
- Me preocupo por mi aspecto, pero no me hace infeliz.
- Pienso en mi apariencia o el peso y me siento decepcionado de mí mismo.
- Con frecuencia pienso en mi peso y siento mucha vergüenza y asco.

2.

- No tengo ninguna dificultad para comer lentamente.
- He de comer rápidamente, pero nunca me siento demasiado lleno.
- A veces, después de comer rápido me siento demasiado lleno.
- Por lo general, me trago mi comida casi sin masticar, a continuación, séntase como si yo comí demasiado.

3.

- Puedo controlar mis impulsos hacia la comida.
- Creo que tengo menos control sobre los alimentos que la persona promedio.
- Me siento totalmente incapaz de controlar mis impulsos hacia la comida.
- Me siento totalmente incapaz de controlar mi relación con la comida y trato desesperadamente de luchar contra mis impulsos hacia la comida.

4.

- Yo no tengo la costumbre de comer cuando estoy aburrido.
- A veces como cuando estoy aburrido, pero a menudo me puedo distraerme y no pensar en la comida.
- A menudo comer cuando estoy aburrido, pero a veces puedo distraerme y no pensar en la comida.

- Tengo la costumbre de comer cuando estoy aburrido y nada me puede parar.

5.

- Por lo general, cuando como es porque tengo hambre.
- A veces como en un impulso sin estar realmente hambriento.
- A menudo como para satisfacer el hambre, incluso cuando sé que ya he comido suficiente. En estas ocasiones, ni siquiera puedo disfrutar de lo que como.
- Aunque no tengo hambre física, siento la necesidad de poner algo en mi boca y me siento satisfecho o sólo cuando puedo llenar mi boca (por ejemplo, con un pedazo de pan).

6. Después de comer en exceso:

- No me siento culpable o arrepentido en absoluto.
- A veces me siento culpable o arrepentido.
- Casi siempre me siento un fuerte sentimiento de culpa o arrepentimiento.

7.

- Cuando estoy en una dieta, nunca pierdo por completo el control de los alimentos, incluso en momentos en los que comer demasiado.
- Cuando como un alimento prohibido en una dieta, creo que he fallado y comer aún más.
- Cuando estoy en una dieta y que como mucho, creo que he fallado y comer aún más.
- Siempre estoy bien comer en exceso o el ayuno.

8.

- Es raro que yo como mucho que me sentía incómodamente lleno.
- Aproximadamente una vez al mes me comí tanto que me sentía incómodamente lleno.
- Hay períodos regulares durante el mes cuando como grandes cantidades de alimentos en las comidas o entre comidas.
- Yo como mucho que por lo general, después de comer, me siento muy mal y tengo náuseas.

9.

- La cantidad de calorías que consumo es bastante constante en el tiempo.
- A veces, después de comer demasiado, trato de consumir pocas calorías para compensar la comida anterior.
- Tengo la costumbre de comer demasiado en la noche. Por lo general, no tengo hambre en la mañana y en la noche me comí demasiado.

- Tengo períodos de alrededor de una semana en la que me impuso las dietas de hambre, después de períodos de cuando comí demasiado. Mi vida está hecha de atracones y ayunos.

10.

- Usualmente puedo dejar de comer cuando yo decida que he tenido suficiente.
- A veces siento ganas de comer que no puedo controlar.
- A menudo me siento impulsos de comer tan fuerte que no puedo ganar, pero a veces puedo controlarme.
- Me siento totalmente incapaz de controlar mis impulsos de comer.

11.

- No tengo problemas para dejar de comer cuando estoy llena.
- Usualmente puedo dejar de comer cuando me siento lleno, pero a veces me comer tanto se siente desagradable.
- Es difícil para mí dejar de comer una vez que empiezo, por lo general terminan por sentirse demasiado lleno.
- Es un problema real para que deje de comer ya veces vomito porque me siento tan lleno.

12.

- Yo como la misma alrededor de amigos y familiares como lo hago cuando estoy solo.
- A veces yo no como lo que quiero en torno a otros porque soy consciente de mis problemas con la comida.
- A menudo comer poco alrededor de la gente, porque me siento avergonzado.
- Estoy tan avergonzado de comer en exceso, sólo que como a veces, cuando nadie me ve. Yo como en secreto.

13.

- Yo como tres comidas al día y de vez en cuando una merienda.
- Yo como tres comidas al día y por lo general de aperitivos.
- Yo como muchas comidas, o se salta las comidas con regularidad.
- Hay momentos en los que parecen comer continuamente sin comidas regulares.

14.

- Yo no pienso en los impulsos de comer mucho.
- A veces mi mente está ocupada con pensamientos de cómo controlar las ganas de comer.
- A menudo me paso mucho tiempo pensando en lo que comía o cómo no comer.

- Mi mente está ocupada la mayor parte del tiempo con pensamientos acerca de comer.
- Me parece estar constantemente luchando por no comer.

15.

- Yo no pienso en la comida más de lo que la mayoría de la gente.
- Tengo fuertes deseos de comida, pero sólo por períodos cortos.
- Hay algunos días en los que pienso en nada más que la comida.
- La mayor parte de mis días se llena de pensamientos de los alimentos. Me siento como que vivo para comer.

16.

- Por lo general sé si tengo hambre o si no. Yo sé lo que los tamaños de las porciones son adecuadas.
- A veces no sé si estoy físicamente hambreada o no. En estos momentos, casi no puedo entender la cantidad de comida es la adecuada.
- Aunque supiera cuántas calorías debo comer, yo no tendría una idea clara de lo que es, para mí, una cantidad normal de alimentos.

Anexo nº3: Eating Attitudes Test

Eating Attitudes Test (EAT-26)

Instrucciones: Esta es una medida de cribado para ayudar a determinar si es posible que los pacientes tengan un trastorno alimentario que necesita atención profesional. Esta medida de cribado no está diseñada para hacer un diagnóstico de un trastorno alimentario o tomar el lugar de una consulta profesional. Por favor complete el siguiente formulario con la mayor precisión, honesta y completa como sea posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son confidenciales.

Parte A: Complete las siguientes preguntas:

1) Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2) Género:	<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Femenino
3) Altura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pulgadas			
4) El peso actual (lb):	<input type="text"/>	5) Mayor Peso (excluyendo el embarazo):	<input type="text"/>			
6) Menor Peso Adulto:	<input type="text"/>	7) Peso Ideal:	<input type="text"/>			

Parte B: Disponibilidad de una respuesta para cada una de las siguientes afirmaciones:

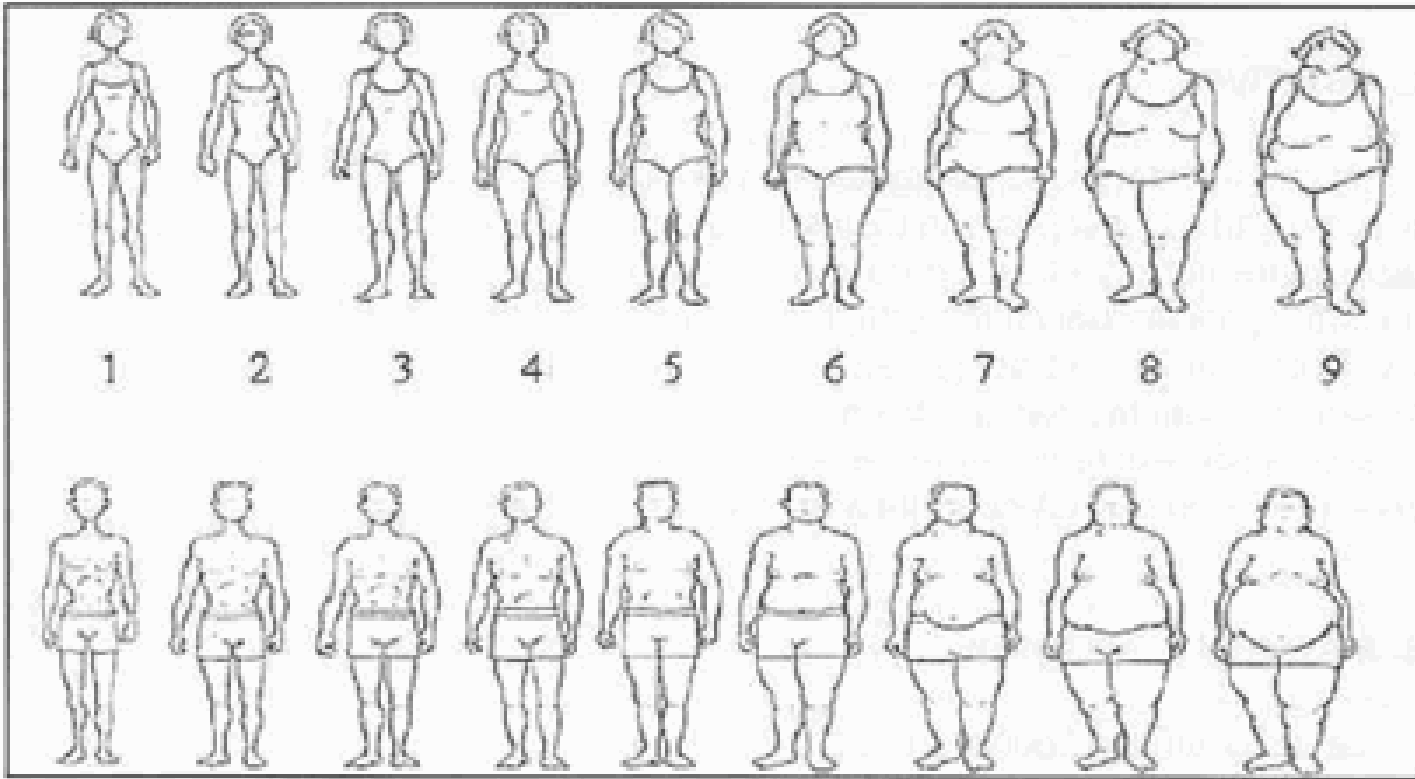
Siempre:	Por lo general:	A menudo:	Algunos horarios:	Raras veces:	Nunca:
----------	-----------------	-----------	-------------------	--------------	--------

1.	Yo soy aterrado por tener sobrepeso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Evito comer cuando tengo hambre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Me encuentro preocupados por los alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	He tenido atracones de comida donde me siento que yo no sea capaz de parar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Corté mi comida en trozos pequeños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Yo Consciente del contenido calórico de los alimentos que yo como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Particularmente me evito los alimentos con un alto contenido de hidratos de carbono (es decir, pan, arroz, patatas, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Siento que otros preferirían si comía más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Vomito después de haber comido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Me siento muy culpable después de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Estoy ocupado con el deseo de ser más delgada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Yo Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	! Otras personas piensan que soy demasiado delgado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Me toman más tiempo que otros a comer mis comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	! Evite los alimentos con azúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Yo como alimentos de la dieta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Siento que la comida controla mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	! Muestra autocontrol alrededor de la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Siento que los demás me presionan para que coma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Le doy mucho tiempo y pensamiento a la alimentación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me siento incómodo después de comer dulces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Estoy comprometido en un comportamiento de dieta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Me gusta mi estómago esté vacío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me gusta probar alimentos nuevos ricos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parte C: Preguntas del Comportamiento:		Nunca	Una vez al mes o menos	2-3 veces al mes	Una vez a la semana	2-6 veces a la semana	Una vez al día o más
En los últimos 6 meses, ¿usted:							
A.	Tenido atracones de comida donde usted siente que usted no puede ser capaz de parar? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B.	Jamás se ha hecho a sí mismo enfermo (vomitado) para controlar su peso o la forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C.	¿Alguna vez se usa laxantes, pastillas para adelgazar o diuréticos (píldoras de agua) para controlar su peso o la forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.	Ejercido más de 60 minutos al día para perder o controlar su peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E.	Perdió 20 libras o más en los últimos 6 meses	Sí <input type="radio"/>			NO <input type="radio"/>		
F.	¿Alguna vez ha tratado de un trastorno alimentario?	Sí <input type="radio"/>			NO <input type="radio"/>		

Anexo nº4: Test de la imagen corporal por modelos anatómicos



Silueta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IMC	17	19	21	23	25	27	29	31	33

