



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto educativo dirigido a
profesionales de Atención Primaria de la
Comunidad de Madrid en Trastornos de la
Conducta Alimentaria***

Alumno: Lucía Carrero Escribano

Director: Alicia Hatshepsut Cunillera Llorente

Madrid, 27 de abril de 2021

Índice

| | |
|---|-----------|
| 1. Resumen | 3 |
| Abstract | 4 |
| 2. Presentación | 5 |
| 3. Estado de la cuestión | 7 |
| – 3.1 Fundamentación | 7 |
| • 3.1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria | 8 |
| • 3.1.2 Prevalencia | 8 |
| • 3.1.3 Comorbilidad | 9 |
| • 3.1.4 Clasificación | 9 |
| • 3.1.5 Manifestaciones clínicas comunes y específicas de cada tipo | 12 |
| • 3.1.6 Etiología y Factores de riesgo | 13 |
| • 3.1.7 Diagnóstico diferencial | 14 |
| • 3.1.8 Signos, síntomas y complicaciones orgánicas del TCA | 15 |
| • 3.1.9 Detección precoz | 16 |
| • 3.1.10 Tratamiento | 17 |
| • 3.1.11 Papel de la enfermería (dentro de atención primaria) | 19 |
| – 3.2 Justificación | 22 |
| 4. Población y captación | 23 |
| – Población diana | 23 |
| – Captación | 25 |
| 5. Objetivos | 26 |
| – Objetivos generales | 26 |
| – Objetivos específicos | 26 |
| 6. Contenidos | 27 |
| 7. Sesiones, técnicas de trabajo y materiales | 28 |
| 8. Evaluación | 33 |
| – Evaluación de la estructura | 33 |
| – Evaluación del proceso | 33 |
| – Evaluación de resultados | 34 |
| 9. Bibliografía | 35 |
| 10. Anexos | 39 |
| – Anexo 1: Modelo de mail de contenido e inscripción para los profesionales | 39 |
| – Anexo 2: Hoja de asistencia | 40 |
| – Anexo 3: Encuesta de Satisfacción del curso formativo | 41 |
| – Anexo 4: Examen tipo test | 42 |
| – Anexo 5: Exposición de cuestionarios para la detección de TCA | 44 |
| – Anexo 6: Hojas de registro de las dinámicas | 46 |
| – Anexo 7: Modelo ejemplo de Registro diario de enfermería | 48 |
| – Anexo 8: Modelo ejemplo de Registro nutricional de enfermería | 49 |
| – Anexo 9: Folleto formativo sobre Asociaciones y webs relacionadas con los TCA | 50 |

1. Resumen

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) están conformados por patologías mentales como la Anorexia Nerviosa (AN) , Bulimia Nerviosa (BN) o el Trastorno por atracón (TA). Cada vez más prevalentes en la sociedad actual debido al aumento las influencias sociales enfocadas en la búsqueda de la perfección física.

Objetivos: El objetivo de este proyecto es la formación a personal sanitario de enfermería del Servicio de Atención Primaria en relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Metodología: El proyecto consta de cuatro sesiones en las que se impartirán los conocimientos teóricos y prácticos esenciales con el fin de mejorar la prevención, la detección precoz de casos, facilitar el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E) específico y el manejo de estos trastornos desde la figura de enfermería.

Palabras clave: Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, Enfermería de Atención Primaria, Educación en salud, Diagnóstico de Enfermería, Prevención primaria.

Abstract

Introduction: Eating Disorders (ED) are made up of mental pathologies such as Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) or Binge Eating Disorder (BED). These are becoming increasingly prevalent in today's society due to increasing social influences focused on the pursuit of body perfection.

Objectives: The aim of this project is to train nursing staff in the Primary Health Care Service in the field of Eating Disorders.

Methodology: The project consists of four sessions in which the essential theoretical and practical knowledge will be taught in order to improve prevention, early detection of cases, facilitate the development of a proper specific Nursing Care Process (P.A.E) and the management of these disorders from the nursing perspective.

Key words: Feeding and Eating Disorders, Primary Care Nursing, Health education, Nursing Diagnosis, Primary Prevention.

2. Presentación

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) engloban un conjunto de patologías que, a pesar de ser conocidas a nivel mundial, predomina la desinformación en nuestra sociedad. Debido a llevar estilos de vida alejados de unos hábitos alimentarios óptimos y saludables junto con otros factores, individuales como sociales, se está propiciando el ambiente idóneo para la aparición de estos trastornos. Siendo, por desgracia, cada vez más frecuentes.

La idea de este trabajo surgió como una necesidad de abordar y dar visibilidad, social y profesional, en lo relacionado con los TCA. Escogí este tema por cuestiones personales, ya que ha formado y formará siempre parte de mi vida, y tras pasar por el Centro de Salud Aranjuez, mi primer rotatorio de prácticas de 4º del grado, los profesionales me referían la escasa formación respecto a los TCA y aplicación en sus actividades diarias.

Y posteriormente comprobé que otras comunidades autónomas como Cataluña o Navarra la cantidad de recursos asistenciales y formativos para los profesionales es superior que en la Comunidad de Madrid.

La labor de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en relación a los TCA es esencial, ya que es el primer enlace con el paciente y principal eslabón de prevención y detección. Como he comentado antes, uno de los problemas más importantes en este ámbito es la falta de formación y actualización de los conocimientos, actitudes y habilidades, además de la escasa implicación de las actividades de enfermería y el desconocimiento sobre la complejidad que estas patologías conllevan.

Por ello me pareció muy interesante y de gran utilidad el llevar a cabo este Trabajo de Fin de Grado como un proyecto educativo enfocado en los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Con el objetivo de poder mejorar, como futura enfermera, la prevención de estos y de sus complicaciones, su detección y manejo, fomentando hábitos de vida saludables teniendo en cuenta los datos más actuales e incidiendo en los grupos de riesgo.

Agradecimientos:

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia, en especial a mis padres, por darme la posibilidad de estudiar la carrera que deseaba, gracias a ellos estoy donde quiero estar. Y a mis abuelos Mercedes y Santiago, por haber estado día tras día ayudándome en todo lo que pudiesen por verme cumplir mis sueños.

A mis amigos, por su constante apoyo y los incontables consejos que me han ofrecido durante estos cuatro años, sobre todo, durante este último año debido a la situación por la pandemia.

A mi pareja, por acompañarme a lo largo de este camino desde el principio, transmitiéndome fuerza y seguridad, por escucharme y animarme a conseguir todo lo que me propusiese, a nunca tirar la toalla, a confiar en mí.

Por último, pero no menos importante, a todos los profesores de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, que han hecho posible el haber llegado hasta aquí. Especialmente a Alicia Hatshepsut Cunillera, quien me ha orientado y guiado durante todo el proceso de creación de mi Trabajo de Fin de Grado.

Mi más sincera gratitud, a todos, por haber formado y formar parte de mi vida.

3. Estado de la cuestión

3.1 Fundamentación

La primera parte del proyecto consta de la fundamentación y justificación de lo que se desarrollará en el trabajo. En primer lugar, se realizará una aproximación básica a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Relacionándolo posteriormente con los profesionales de Atención Primaria, especificando en la figura de enfermería. Y, por último, se expondrá la necesidad de mejorar la formación e implicación de enfermería en TCA para promover un mejor abordaje de estas patologías.

La búsqueda bibliográfica realizada ha sido por medio de Pubmed, Elsevier, Dialnet y NCBI, además de organizaciones nacionales e internacionales reconocidas como: la Asociación contra la Bulimia y la Anorexia nerviosas (ABAN), la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia nerviosas (FEACAB), la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y la Bulimia (ADANER), the National Eating Disorders Association (NEDA) o the National Institute of Mental Health (NIMH).

Se realizó una búsqueda más intensiva durante los meses de septiembre de 2020 a enero de 2021, continuando la búsqueda en menor medida durante los meses posteriores de febrero y marzo. Se emplearon los siguientes filtros de búsqueda: por fecha, como fecha máxima hasta el año 2001; y de idioma, español, inglés y alemán.

Se usaron los términos dispuestos en la Tabla 1 junto con operadores booleanos (AND y OR).

| LENGUAJE NATURAL | TÉRMINOS MESH | TÉRMINOS DECS |
|-----------------------|------------------------------|--|
| Enfermera | Nurses | Enfermeros |
| Rol | Role | Rol |
| Rol de la enfermera | Nurse's Role | Rol de la enfermera |
| Conocimiento | Knowledge | Conocimiento |
| Trastorno Alimentario | Feeding and Eating Disorders | Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos |
| | Binge-Eating Disorder | |
| | Diabulimia | |
| Anorexia | Anorexia | Anorexia |
| | Anorexia Nervosa | Anorexia nerviosa |
| Bulimia | Bulimia | Bulimia |
| | Bulimia Nervosa | Bulimia Nerviosa |
| | Diabulimia | |
| Atención primaria | Primary Health Care | Atención primaria de la salud |
| Prevención | Primary Prevention | Prevención primaria |
| | Secondary Prevention | Prevención secundaria |
| | Tertiary Prevention | Prevención terciaria |

Tabla 1. Términos empleados en la búsqueda. Elaboración propia.

3.1.1 Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son patologías de Salud Mental de origen multifactorial y que presentan tasas altas de morbi-mortalidad, junto con una gran prevalencia en jóvenes y adolescentes de países desarrollados. Actualmente, no está determinada con claridad la incidencia de las diferentes causas, aún en la literatura científica, dificultando el tratamiento. Adquiriendo en estos últimos años una gran importancia en el ámbito sociosanitario a causa de sus tasas altas de morbi-mortalidad, especialmente, dentro de las patologías psiquiátricas.¹

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-5), referente en la salud mental mundial, los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria se caracterizan por el desajuste de la alimentación y de los comportamientos relacionados con la misma, que resultan en alteraciones en el consumo y/o absorción de los alimentos, perjudicando significativamente la salud física y/o el funcionamiento psicosocial de la persona afectada.²

Los trastornos incluidos dentro de esta clasificación son: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno de atracones (TA), otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (TCANE), pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. Aun teniendo características de comportamiento y psicológicas comunes, se diferencian en las consecuencias para la salud y en la evolución clínica, y por ende su tratamiento.²

3.1.2 Prevalencia ^{3,4}

Una revisión sistemática recoge los siguientes valores en cuanto a la prevalencia en la población, estos son: anorexia nerviosa un 1,4%; (0,1-3,6%) para las mujeres y 0,2% (0-0,3%) para los hombres, bulimia nerviosa un 1,9%; (0,3-4,6%) para las mujeres y 0,6% (0,1-1,3%) para los hombres y en trastorno por atracón un 2,8%; (0,6-5,8%) para las mujeres y el 1,0% (0,3-2,0%) para los hombres.

Actualmente se desconoce incidencia real de los TCA en la población. No obstante, los estudios de cohorte e incidencia clínica señalan un aumento de los trastornos de bulimia nerviosa y del trastorno por atracón. Del mismo modo, se ha producido un aumento de la anorexia nerviosa, dándose con mayor frecuencia en mujeres jóvenes.

En general, la prevalencia de los TCA es superior en mujeres y en jóvenes, sin embargo, el TA es más común en varones.

3.1.3 Comorbilidad ⁵

Dentro de la comorbilidad de los TCA, encontramos tanto patologías mentales como orgánicas. Las asociaciones que se dan con mayor frecuencia son:

- Trastornos relacionados con sustancias: existe un elevado consumo de sustancias ilegales en los TCA, un 40% de personas con diagnóstico de AN o BN afirman abusar o depender del alcohol o sustancias ilegales.
- Trastornos de ansiedad: su prevalencia ronda un 10% hasta el 40%, en función de los métodos de medición y criterios de inclusión empleados. Presentándose como cuadros fóbicos específicos, a ciertos alimentos o fobia social, o como fobias simples no relacionadas. Del mismo modo en los casos de crisis de pánico o de angustia.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): concretamente se asocia en mayor medida a la anorexia nerviosa. La mayoría son personas estrictas, perfeccionistas, ordenadas y poco flexibles.
- Trastorno de la personalidad: aproximadamente el 30% de los diagnosticados de TCA lo padecen, con una alta prevalencia en BN de trastorno de la personalidad límite o histriónico.
- Trastornos del estado de ánimo: los trastornos de la conducta alimentaria están estrechamente relacionados a la depresión. Los valores de prevalencia de la depresión giran entorno un 40-80% con mayor incidencia en BN.
- Trastorno del control de impulsos: varias de las conductas patológicas implican la pérdida de control por la persona (sobreingestas, purgas, autolíticas...) además de otros trastornos como la cleptomanía o tricotilomanía (arrancarse el cabello de forma compulsiva).
- Diabetes mellitus: entre un 0,5%-7% de los casos de anorexia y bulimia nerviosa padecen DM de tipo 2, llegando al 20% en los TCANE.
- Obesidad: es habitual en la evolución a medio-largo plazo en el trastorno por atracón, con una cifra del 6% en niños con obesidad que lo padecen.

3.1.4 Clasificación

Dentro de la clasificación dada por DSM-5, encontramos como diagnósticos más frecuentes: Trastornos Alimentario No Especificado (TCANE), Anorexia Nervosa (AN) y Bulimia Nervosa.⁶ A diferencia de la anorexia y la bulimia nerviosa, cuyos criterios diagnósticos son más claros los TCANE recoge un amplio grupo de TCA que no cumplen los criterios necesarios para ser incluidos en AN o BN, pero que ocasionan al igual un deterioro funcional considerable.⁶

Anorexia Nerviosa

Es un trastorno psiquiátrico complejo, caracterizado por la búsqueda voluntaria de un peso inferior al rango saludable para la edad y talla, mediante el uso de la restricción de alimentos, ejercicio compulsivo y/o conductas purgativas. Van acompañados por temor y preocupación intensa a ganar peso, la negación de su delgadez y/o la distorsión de la imagen corporal.⁷

Según el DSM-5, los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa son:²

- Restricción del consumo energético respecto a las necesidades, que desemboca en un peso inferior al mínimo normal.
- Temor agudo a engordar, incluso presentando un peso corporal considerablemente bajo.
- Alteración en la percepción de su peso y/o figura, repercusión negativa del peso o de la figura corporal en la autoevaluación, o ausencia del reconocimiento de la severidad del infrapeso actual.

Diferenciando además en dos subtipos:²

- Tipo restrictivo: no ha presentado episodios periódicos de atracones o purgas en los 3 últimos meses. Asociado a la disminución de peso a causa del ayuno, alimentación y/o la hiperactividad física.
- Tipo con atracones/purgas:, se han presentado episodios periódicos de atracones o purgas (ej.: vómito autoinducido, uso inadecuado de diuréticos, laxantes o enemas) en los 3 últimos meses.

Especificando el grado de gravedad según el valor del Índice de Masa Corporal (IMC), que se muestra en la Tabla 2.

| GRAVEDAD | IMC |
|----------|----------------------------|
| Leve | > 17 kg/m ² |
| Moderado | 16-16,99 kg/m ² |
| Grave | 15-15,99 kg/m ² |
| Extremo | < 15kg/m ² |

Tabla 2. Grado de gravedad en función del IMC según DSM-5. Elaboración propia.

Bulimia nerviosa

Está caracterizado por episodios de atracones en donde la persona ingiere cantidades abundantes de comida en un periodo corto de tiempo, habitualmente en secreto.

Según DSM-5, los criterios diagnósticos para bulimia nerviosa son:²

- Episodios periódicos de atracones, caracterizado por:
 - El consumo, en un tiempo concreto, de un volumen de alimentos notoriamente mayor al que la mayoría de la población ingeriría en un plazo semejante de tiempo.
 - Sensación ausencia de control de lo consumido en el curso del episodio (ej.: sensación de no poder dejar de comer).
- Conductas compensatorias inadecuadas habituales para prevenir ganar peso (ej.: vómito autoinducido, uso inadecuado de diuréticos, laxantes o enemas).
- La conductas inadecuadas y atracones se producen mínimo una vez por semana durante tres meses.
- La imagen física y el peso repercute en la autoevaluación.
- La alteración no es exclusiva durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificando el grado de gravedad en función de la frecuencia de episodios de comportamientos inadecuados , que se muestra en la Tabla 3.

| GRAVEDAD | FRECUENCIA DE EPISODIOS DE COMPORTAMIENTOS COMPENSATORIOS INAPROPIADOS |
|----------|--|
| Leve | 1–3 episodios / semana, de media. |
| Moderado | 4–7 episodios / semana, de media. |
| Grave | 8–13 episodios / semana, de media. |
| Extremo | 14 episodios / semana, de media. |

Tabla 3. Grado de gravedad de Bulimia Nerviosa según DSM-5. Elaboración propia.

Trastorno de la Conducta alimentaria No Especificado

En él están incluidos aquellos TCA que no cumplen los criterios diagnósticos necesarios para una categoría diagnóstica específica. Constituyendo el grupo predominante dentro de los adolescentes.⁶

Trastorno por atracón

Introducido en el DSM-5 como un subtipo a parte de los TCANE. Según este, los criterios diagnósticos para TA son:²

- Episodios periódicos de atracones, cuyas características son las mismas que en BN.

- Los atracones están relacionados con 3 o más de las siguientes situaciones:
 - Comer abundantemente, a mayor velocidad de la habitual.
 - Comer hasta presentar una sensación de plenitud molesta e incómoda.
 - Comer abundantemente en ausencia de sensación de hambre.
 - Comer en solitario a causa del sentimiento de vergüenza.
 - Sensación posterior de decepción propia, vergüenza o desánimo.
- Incomodidad intensa en relación a los atracones.
- Ausencia de asociación de los atracones a conductas compensatorias inadecuadas.

Especificando el grado de gravedad en función de la frecuencia de los episodios de atracones, que se muestra en la Tabla 4.²

| GRAVEDAD | FRECUENCIA DE EPISODIOS DE ATRACONES |
|----------|--|
| Leve | 1–3 episodios / semana, de media. |
| Moderado | 4–7 episodios / semana, de media. |
| Grave | 8–13 episodios / semana, de media. |
| Extremo | 14 o más episodios / semana, de media. |

Tabla 4. Grado de gravedad de Trastorno por Atracón según DSM-5. Elaboración propia.

3.1.5 Manifestaciones clínicas comunes y específicas de cada tipo ⁸

Comunes

A nivel psicopatológico, la excesiva preocupación por la imagen y el peso, a extremos irracionales en AN (no en la BN), a nivel físico destaca el cuadro de malnutrición con sus potenciales complicaciones, siempre presente en la AN y posible en el caso de la BN.

Específicas de AN

- Rechazo al peso normal o al aumento de peso ponderal y distorsión de la figura corporal, principalmente vinculado a la baja autoestima.
- Otras alteraciones psicopatológicas: suelen presentar ansiedad, humor depresivo, irritabilidad, dificultad en la concentración, aislamiento social y/o rituales obsesivos alrededor de la comida.
- Alteraciones fisiológicas: debido a la pérdida de peso aparecen alteraciones secundarias a la desnutrición, sobre todo metabólicas y hormonales. ⁹
- Hiperactividad física: suele presentarse desde el inicio, denotando dos tipos de hiperactividad: Ejercicio físico intencionado e hiperactividad involuntaria.

Específicas de BN

- No estando limitado a un lugar determinado. La ingesta es variable, aunque, la mayoría de las veces son alimentos hipercalóricos pudiendo llegar a pesar varios kilos
- Se pueden desencadenar por estado de humor disfórico, dificultades sociales, hambre intensa o sentimientos relacionados con el peso, la figura corporal o la comida. Y van acompañados de sentimientos de culpa y/o autodesprecio.¹⁰
- Presencia de mecanismos compensatorios: El 80-90% se induce el vómito posteriormente al atracón, para aliviar el malestar físico y reducir el miedo a engordar.

La mayoría de los síntomas de BN parecen ser secundarios a estas actitudes, cuya modificación sea posiblemente fundamental para la resolución total del trastorno.

3.1.6 Etiología y Factores de riesgo ¹¹

Actualmente se desconoce la causa exacta de los TCA. Aunque un gran porcentaje de investigadores declaran que la aparición de estos trastornos concurre en varios factores.

- Factores genéticos: Se sabe que el sexo femenino o ciertos rasgos como el perfeccionismo o la impulsividad están genéticamente determinados, relacionándose con una probabilidad mayor de padecer un TCA.
- Factores personales: el estilo de pensamiento, la rigidez e inflexibilidad para hacer cambios o tendencia a centrarse en los detalles.

Presentar dificultades al reconocer las emociones adecuadamente. Aun no estando claro si estos rasgos preceden al trastorno o aparecen por ello. Del mismo modo, tener un concepto pobre de uno mismo, gran preocupación sobre el aspecto físico u otorgar una gran importancia al peso está asociado a una mayor probabilidad de presentar en el futuro dificultades con la alimentación.

- Controversia sobre la influencia de la familia: la gran parte de los estudios no hallan relación con un modelo familiar específico, aunque si se halla relación con la sobreprotección y multitud de críticas con un mayor riesgo de desarrollar un TCA. Además, se ha observado que en familias donde la enfermedad ya existe problemas de relación, disputas conyugales, problemas con alcohol o depresión en uno de los integrantes de la familia.
- Factores sociales: destacando entre los otros factores, ya que son los principales responsables del notable aumento de estos trastornos. Estamos viviendo en la etapa histórica en donde más visualización hay del cuerpo, cuando más relevancia se le da a la belleza y al aspecto físico, influido por la gran presión que ejercen las redes sociales o los medios de comunicación.

Por la publicidad, la cual nos incita a comer y al mismo tiempo castiga a la obesidad, la cual, en nuestra sociedad recibe mayor crítica mientras que por otro lado se valora de forma positiva la delgadez. La industria de la moda o la estética, diferentes disciplinas deportivas, provocan la interiorización del ideal de belleza o delgadez como sinónimos de éxito y de insatisfacción.

- Acontecimientos vitales: desde varias complicaciones perinatales, el desarrollo sexual (pubertad precoz) o las relaciones establecidas durante la infancia y adolescencia. Referente a esto, las críticas recibidas en relación a la imagen física o la presión por perder peso forma parte de uno de los factores fundamentales en el marco de originar insatisfacción propia y con el físico. Otros eventos vitales traumáticos, como el abuso puede contribuir al desarrollo de baja autoestima y desaprobación corporal.

Por consiguiente, este conjunto de factores favorecen el desarrollo de un grado concreto de vulnerabilidad en determinados individuos. Y posteriormente, a consecuencia de un suceso estresante, se genera o acentúa la insatisfacción con el aspecto físico iniciándose una comportamiento alimentario restrictivo.

Tal comportamiento instaurado, ocasiona cambios psicológicos y fisiológicos que promueven y fomentan este estado.

Del conjunto, se puede decir que la dieta y la insatisfacción personal y física suponen ser los factores principales en la generación posterior de un TCA. Un porcentaje de autores, contempla además que dichos síntomas se considerarían “prodrómicos”, lo que significaría ser síntomas iniciales del trastorno y, por ende, objeto de tratamiento y prevención precoz.

3.1.7 Diagnóstico diferencial ¹²

Aun existiendo unos criterios diagnósticos concretos, en la práctica clínica aparecen dificultades de diagnóstico diferencial con otras patologías que precisan de una evaluación clínica exhaustiva.

Respecto a AN se realizara con aquellas enfermedades que puedan presentar pérdida del apetito y una disminución significativa del peso, como puede ser otros trastornos mentales, diabetes mellitus, hipertiroidismo o ciertas neoplasias, entre otras. En este caso, el diagnóstico diferencial está indicado en el adulto.

En el caso de BN es más reducido, incorporando otras patologías orgánicas como el Síndrome de Kleine-Levin, lesiones hipotalámicas o ciertos tumores, que presenten aumento excesivo de la sensación de apetito (hiperfagia).

En TCANE el criterio diferencial es la presencia de la alteración de la imagen corporal y la enfoque excedentario e irracional sobre la alimentación y el peso.

Y, por último, en el trastorno por atracón, se ha de realizar con las mismas entidades mencionadas para la BN en conjunto a la alteración del control de impulsos y que cursen con atracones, por ejemplo, en los manifestados en el trastorno límite de la personalidad.

3.1.8 Signos, síntomas y complicaciones orgánicas del TCA ^{13, 14}

Aquellos que padecen un trastorno de la conducta alimentaria presentan una serie de manifestaciones y complicaciones orgánicas dentro de diversos sistemas y órganos, principalmente a consecuencia de las conductas patológicas de estos trastornos, ya sea debido a las restricciones o las conductas purgativas. Las más comunes las encontramos en la tabla 5.

| CARACTERÍSTICAS | |
|-----------------------|---|
| Cardiovasculares | Cambios estructurales: Pérdida de masa miocárdica. Insuficiencia cardíaca, principalmente durante la realimentación. |
| | Cambios funcionales: Bradicardia e hipotensión ortostática. Alteraciones electrocardiográficas (alteración del intervalo QT). |
| Endocrino-metabólicas | Mujer: Amenorrea e infertilidad (AN), mayor riesgo de aborto y Síndrome de ovario poliquístico. Varones: Disminución de la testosterona. Déficit de T3 → Síndrome del eutiroido enfermo → Ralentiza el metabolismo → Ahorro de energía → Bradicardia, sequedad cutánea, intolerancia al frío e hiporreflexia. Aumento del cortisol → Estrés → Aumento de la actividad de la hormona CRH. Alteración en la secreción de ADH. Alteración del metabolismo de hidratos de carbono. Hipercolesterolemia (> 50%) → Disminución de la secreción biliar y del catabolismo del colesterol → Incremento de la lipólisis → Reducción del nivel de estrógenos y hormonas tiroideas. |
| Digestivas | Abuso de laxantes → Colon sin peristaltismo con cuadros de dolor, meteorismo, distensión abdominal y estreñimiento. Alteraciones dentarias y de las glándulas bucales, hipertrofia de las glándulas parotídeas, dispepsia, reflujo gastroesofágico, hemorragia digestiva por erosión esofágica. |
| Hepáticas | Aumento de enzimas hepáticas por desnutrición. Daño celular con infiltración de grasa. Fallo hepático. |
| Dermatológicas | Signo de Russell → Callosidades en el dorso de las manos. Petequias en cara o conjuntivas → esfuerzo realizado durante el vómito. Pérdida del tejido graso y muscular, lanugo, cabello y uñas frágiles, signos de deshidratación, hematomas y edemas, livedo reticularis, acrocianosis, Carotenodermia (AN). |
| Neurológicas | AN: Signos de atrofia cerebral (50%). Cambios estructurales y funcionales. Alteraciones electroencefalográficas, neuropatía periférica y autonómica, cefaleas, convulsiones. |

| | |
|---------------------------------|---|
| Renales y electrolíticas | <p>Menores niveles de creatinina → Deterioro mayor de la función renal a diferencia de otros pacientes.</p> <p>Pérdida de K y HCl → Alcalosis metabólica hipoclorémica e hipopotasémica → Arritmias (riesgo de muerte).</p> <p>Hipomagnesemia e hipofosfatemia.</p> <p>Disminución de la capacidad para concentrar la orina → condicionada por la alteración en la secreción de ADH o secundaria a la hipopotasemia.</p> <p>Litiasis por oxalatos.</p> |
| Hematológicas | <p>Alteración electrolítica, baja en presencia de albumina normal → Restricción reciente.</p> <p>Leucopenia en presencia de hemoglobina normal o alta.</p> <p>Hipoglucemia → Ausencia de reserva de glucógeno en el hígado.</p> <p>Hipercortisolemia, hipercolesterolemia, e hipercarotenemia.</p> <p>Anemia normocítica normocrómica.</p> <p>Cetonuria → Restricción severa.</p> |
| Respiratorias | <p>Menor capacidad pulmonar → Pérdida de tejido muscular.</p> <p>Debilidad muscular faríngea → Disfagia → Reflujo gastro-esofágico.</p> <p>Mayor propensión a desarrollar infecciones y riesgo de broncoaspiración con el desarrollo de neumonía.</p> |
| Musculo-esqueléticas | <p>Osteopenia (>90%) y osteoporosis (40%), especialmente a nivel de columna lumbar.</p> <p>Descenso de la densidad mineral ósea en un 2.5% /año en mujeres.</p> <p>Adolescentes → No alcanzan el pico de masa ósea que les correspondería para su edad. Retraso pondero-estatural y velocidad de crecimiento disminuida.</p> <p>Muscular: Calambres, debilidad y miopatía → Déficit de K, Mg, Ca y P.</p> |

Tabla 5. Manifestaciones clínicas y complicaciones orgánicas de los TCA. Elaboración propia.

3.1.9 Detección precoz¹⁵

La detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria se ve dificultada a causa de la falta de unos síntomas de inicio específicos. Si bien la negación puede ser un síntoma común, la realización de una dieta sin motivo médico aparente y la falta de satisfacción corporal, conforman los dos síntomas más habituales al inicio.

Un diagnóstico precoz asegura un tratamiento precoz y, por tanto, un mejor pronóstico. Para acceder al tratamiento es esencial acudir al profesional adecuado, el cual derive a los recursos pertinentes. El profesional médico o enfermero de atención primaria puede facilitar un primer diagnóstico y derivar al profesional de psiquiatría, el cual afirmará el diagnóstico y guiará hacia los recursos más apropiados.¹⁷

A pesar de esto, un alto porcentaje de personas que presenten ambas situaciones no desarrollaran en el futuro un TCA. Hemos de ser conscientes de que el diagnóstico aun es tardío y de que son muy frecuentes los abandonos de tratamiento.

Se calcula que el retraso del diagnóstico y el comienzo de un tratamiento acertado es de un año para la AN y más de cuatro años para la BN. Por esa razón, en algunos casos es recomendable la intervención incluso a riesgo de ser situaciones leves o falsos positivos.

En este caso, existen una serie de cuestionarios estandarizados que son de gran utilidad a la hora de identificar casos tempranos e iniciales, sobre todo en la población de riesgo.

Los signos que nos pueden hacer sospechar de un posible TCA son los indicados en la siguiente tabla (Tabla 6).

| SIGNOS DE SOSPECHA O ALARMA | |
|---|--|
| Disminución o cambios habituales del peso de forma inexplicada. | Pensar mucho tiempo lo que se va a comer. |
| Ausencia de menstruación durante más de 3 ciclos sucesivos. | Combinaciones de alimentos poco apropiadas. |
| Preocupación injustificada por perder peso en personas delgadas. | Escasa variedad de alimentos. |
| Mayor incidencia de sensación de frío a diferencia de otras personas. | Conductas rígidas y poco flexibles durante las comidas |
| Actividad física desproporcionada o hiperactividad. | Lentitud en las comidas. |
| | Rituales y conductas inapropiadas en la forma de comer o cortar los alimentos. |
| | Rutina horaria de comidas inusual. |

Tabla 6. Signos de alarma o sospecha de un TCA. Elaboración propia.

3.1.10 Tratamiento ^{5,16,17,18}

Los TCA se encuentran entre las patologías psiquiátricas más difíciles de tratar en condiciones normales. Siendo aún más difíciles de manejar en condiciones de riesgo como la pandemia de COVID-19. Actualmente, existen escasos datos sobre las necesidades individuales y el tratamiento adecuado para adolescentes con TCA durante el brote de COVID-19, concretamente en lo que respecta al uso de la telemedicina y la participación de la familia en el tratamiento a distancia.¹⁸

El tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria requiere de la coordinación multidisciplinar, lo que significa la implicación de varios profesionales en el tratamiento, y puede llevarse a cabo en diversos niveles atención y recursos asistenciales.⁵

Esto supone la posibilidad de aplicación de distintos tipos de tratamiento, que en la mayoría de los casos son complementarios entre ellos.¹⁷ El tratamiento comienza tras la valoración y el diagnóstico.

Niveles de tratamiento ^{17,19}

En base a las necesidades del paciente el tratamiento puede desarrollarse en diferentes áreas, indicadas en la tabla 7.

| NIVEL DE TRATAMIENTO | CARACTERÍSTICAS |
|----------------------|--|
| Hospital de día. | Realización de un programa psicoterapéutico intensivo. |
| Comedor terapéutico. | Desarrollando habilidades interpersonales para tratar los conflictos personales y familiares que le sucedan. |
| | Comedor Terapéutico → restablecimiento de una rutina sana de comidas. |

| | |
|--|---|
| Tratamiento ambulatorio ¹⁹ | <p>El paciente acude periódicamente a las citas terapéuticas que se establecen.</p> <p>Se realiza una evaluación y diagnóstico, aclarando el diagnóstico diferencial.</p> <p>Tratamiento que no requiere de intervención por parte de comedor terapéutico.</p> <p>Dispone de psicoterapia individual y grupal para las pacientes. También de intervenciones familiares de información, apoyo y psicoeducación.</p> <p>El tratamiento es integral con acceso a otras especialidades médicas (Endocrinología, Ginecología, Digestivo, etc.)</p> <p>Posibilita una atención más flexible a los pacientes y, por tanto, permite mantener una mayor autonomía.</p> <p>Requiere de un compromiso terapéutico por parte del paciente, ya que la asistencia se realiza exclusivamente de manera voluntaria.</p> |
| Ingreso | <p>Estabilización necesaria del paciente a nivel médico o psiquiátrico, priorizando su cuidado físico.</p> <p>En los casos en donde los profesionales valoran que existe un riesgo para el paciente, el psiquiatra puede realizar un ingreso involuntario.</p> <p>Objetivos del ingreso: restaurar una situación nutricional deficiente, controlar las conductas de purga y atracones, tratar los trastornos psiquiátricos o médicos comórbidos y/o prevenir el riesgo de suicidio. La duración viene determinada por la evolución de la recuperación de peso.</p> |

Tabla 7. Niveles de tratamiento de los TCA. Elaboración propia.

Tipos de tratamiento ^{5,16,17}

Es fundamental la colaboración y participación activa del paciente en el tratamiento, asegurándonos de que entienda que el objetivo de este no es que engorde, sino que recupere un peso saludable, junto con el alivio del sufrimiento que le implican las comidas facilitándole los recursos indicados a fin de abordar adecuadamente los conflictos personales o familiares. En la tabla 8 se muestran los distintos tipos de tratamientos más habituales para TCA.

| TIPOS DE TRATAMIENTO | CARACTERÍSTICAS |
|----------------------------------|--|
| Tratamiento farmacológico | <p>Puede ser útil, incluso indispensable para la mejora de la ansiedad que implica la recuperación del peso, de la inestabilidad anímica, o el control de las conductas patológicas. Los fármacos más comunes, cuya efectividad ha sido demostrada asociada a la psicoterapia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Antidepresivos: fluoxetina, sertralina, paroxetina... – Ansiolíticos: Lorazepam, bromazepam... – Antipsicóticos: Olanzapina, topiramato. – Otros fármacos empleados: clonidina, antagonistas opiáceos. |
| Tratamiento nutricional | <p>Cuyo fin es la normalización del peso y el restablecimiento el estado físico y metabólico del paciente.</p> <p>La renutrición es un proceso que ha de realizarse con cautela, bajo un control médico exhaustivo y siguiendo las pautas de los endocrinos.</p> <p>Considerando el estado y otros factores particulares del paciente, ya que tras un estado de desnutrición se conforman una serie de cambios en el organismo que hay que revertir gradualmente, evitando aquellos daños que puedan producirse.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Tratamiento psicológico individual y grupal</p> | <p>Cuyo objetivo es recuperar la relación con la alimentación y desarrollar una nueva estructura del yo, la cual no esté conformada por el aspecto físico o la opinión de otros.</p> <p>Se facilitan estrategias de afrontamiento y autocuidado, junto con la flexibilización y reestructuración de las ideas anteriores sobre la alimentación y la imagen corporal, relacionadas con emociones intensas (ansiedad o tristeza)</p> <p>Las psicoterapias más habituales que han demostrado ser eficaces que encontramos son la terapia cognitivo-conductual, la psicoanalítica o la interpersonal entre otras. Realizándose sesiones individuales y grupales. El tratamiento grupal potencia los cambios individuales, creando relaciones de apoyo, y en muchos casos, se generan conflictos con la realidad que otros refieren y que ayudan a ceder en las ideas propias.</p> |
| <p>Tratamiento familiar sistémica y grupo de padres</p> | <p>La implicación de los miembros de la familia y su entorno es muy importante en el tratamiento. Siendo necesario el cambio de ciertas conductas familiares para el éxito del tratamiento, con mayor importancia en adolescentes.</p> <p>Previendo que la familia se culpabilice de la aparición del TCA, ya que nadie es culpable por ello. Pero ambos se han de comprometer y responsabilizar en su resolución.</p> |
| <p>Terapia Ocupacional</p> | <p>Facilita a los pacientes encontrar formas de expresión, dando importancia a las actividades diarias como parte activa del tratamiento.</p> <p>La figura del terapeuta ocupacional se da en la mayor parte de Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (U.T.C.A).</p> |

Tabla 8. Tipos de tratamiento en TCA. Elaboración propia.

3.1.11 Papel de la enfermería (dentro de atención primaria) ^{5,11,16}

Actuaciones en los diferentes niveles de atención en los TCA ⁵

Actuaciones desde la Atención Primaria (AP)

Es en los Centros de Atención Primaria o CAP donde se realiza la asistencia primaria, siendo el principal nivel de acceso a la AP; sus intervenciones están centradas en:

- La identificación de población con riesgo de presentar un TCA, estableciendo un diagnóstico precoz.
- Determinar si iniciar el tratamiento desde el centro o derivar a atención especializada, teniendo en cuenta la historia clínica del paciente.
- Comenzar el tratamiento nutricional, con objetivos como la obtención de un peso normal, corrección de la malnutrición, realizar educación nutricional a fin de normalizar los patrones alterados, controlando las recaídas.
- Supervisar los casos tratados en el CAP, mediante el registro diario de ingestas, vómitos y atracones, actividad, etc. Control de las complicaciones orgánicas y del peso, exclusivo en el centro, impidiendo su conocimiento al paciente.
- Instruir a los pacientes y familiares sobre los TCA de manera clara y eficaz, corrigiendo aquellas creencias equívocas sobre el peso o la salud.

Actuaciones desde la atención especializada

En los afectados de TCA, la atención especializada, el segundo y tercer nivel de acceso a la asistencia sanitaria, se presta a través de recursos de hospitalización completa, consultas ambulatorias especializadas (Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil, y de adultos), hospitales de día para hospitalización parcial, servicio de urgencias, servicios médicos de hospitales generales y unidades específicas. El grado de deterioro nutricional junto a la presencia o ausencia de complicaciones, determinarán la selección de la vía de acceso y alimentación, y el lugar de realización del seguimiento nutricional.

La intervención en la prevención de los TCA ¹¹

En relación a los profesionales de la salud, en especial de enfermería, es fundamental desde los ámbitos de la atención primaria y la especializada el abordaje de estas patologías.

Centrándonos en aquellos implicados en el ámbito de la atención primaria, destacan: médico de familia, pediatra, equipo de enfermería, psicólogo clínico y trabajadores sociales.

Los profesionales de enfermería han de abordar las áreas de conocimiento, valoración, prevención, detección precoz, evaluación de riesgos y orientación a los lugares específicos de tratamiento ya que suponen gran beneficio tanto para las pacientes como sus familias.

Por ello, se hace necesario que estos tengan conocimientos sobre los TCA, en lo que respecta a su definición, clasificación, saber identificar la población de riesgo, las manifestaciones clínicas y sus complicaciones, sin perder de vista los factores socioculturales o familiares.

Prevención de los TCA: desde la Atención Primaria ¹¹

Dado que la Atención Primaria se dirige hacia la resolución de necesidades y de problemas de salud de cada comunidad de forma participativa, programada y evaluable, convierte a la misma en un pilar fundamental para el abordaje de los TCA desde la prevención y detección precoz de los casos.

Conociendo los antecedentes de la falta de tiempo para realizar actividades de prevención en las consultas en la asistencia primaria actual, se plantean unas estrategias y objetivos a fin de favorecer el abordaje temprano de estas patologías, previniendo futuras complicaciones y por ende disminuyendo el grado de gravedad en cuanto a su evolución.

Entre estas estrategias, destacan la realización de actividades de formación, en donde el papel de enfermería es fundamental ya que una de nuestras funciones dentro de nuestra actividad profesional es la docencia. Primando aquellos que tienen más posibilidad de intervención a población de riesgo.

O, por otro lado, sesiones enfocadas a la población de riesgo cuya acción preventiva este basada en intervenciones con el fin de aumentar sus conocimientos, desarrollar una percepción positiva de la imagen corporal y la aceptación de sí mismos, promoción del rechazo de dietas milagro y educación nutricional o frente a las presiones de los medios de comunicación o redes sociales. Teniendo en cuenta a las familias, informándolas sobre las consecuencias de la malnutrición, su sintomatología o el diagnóstico de TCA.

Otra de las estrategias para que una detección eficaz de los TCA sería enmarcar estas patologías dentro de las actividades habituales de la consulta y en un periodo de tiempo lo más corto posible. Mediante la inclusión de forma rutinaria de una entrevista sencilla sobre los datos somáticos, incidiendo sobre sus percepciones en relación a su peso o su alimentación. Además de la posterior exploración física habitual, tomando especial atención a piel, vello o uñas, aparato respiratorio y exploración cardiaca. Tomando peso, talla, IMC, así como las constantes vitales, y solicitando una analítica básica.

Si tras las actividades anteriores nos encontramos con diversos signos de alarma, se procederá a realizar una historia clínica más rigurosa a fin de detectar aquellos marcadores biológicos en desarrollo.

Cuidados de enfermería modificadores de la conducta alimentaria ²⁰

Con aquellos pacientes en la etapa inicial es necesario que se establezca una relación enfermera-paciente caracterizada por valores como la igualdad, sinceridad, confianza, seguridad, honestidad, respeto y participación, que posibilitarán que se cree una relación terapéutica basada en la empatía, facilitando la expresión emocional del paciente, ayudándolo a analizar y reflexionar sobre las figuras de apego influirán en su personalidad, con el fin de mejorar la capacidad de resiliencia.

En este sentido, incentivando al paciente, desde nuestras competencias de enfermería, hacia la adherencia terapéutica ideal para promover el autocontrol, desde la humanización de la asistencia, viendo al paciente más allá de la patología, creando un plan de cuidados personalizado en función de las necesidades que requieran un abordaje de urgencia, en colaboración constante con el resto de profesionales implicados.

Clarificando al paciente que nuestras intervenciones van orientadas a su beneficio y no al revés, especialmente en aquellas situaciones en donde el paciente sea abordado por pensamientos negativos.

Hemos de motivar y aconsejar al paciente en la obtención de estrategias para afrontar los problemas que se le planteen, educándole en lo relacionado al proceso de su TCA, contribuyendo a la creación o modificación de hábitos de vida saludables y la consecución de los objetivos nutricionales establecidos.

3.2 Justificación

La situación actual, según las recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos de la conducta alimentaria, es la siguiente: entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento transcurre demasiado tiempo; y un porcentaje notable de pacientes no es diagnosticado ni tratado por los servicios sanitarios. Podríamos explicarlo en base a diferentes causas que pueden influir y, así, la información, el conocimiento y la concienciación con la que cuenten los profesionales será determinante para el correcto tratamiento de estos trastornos.¹¹

El conocimiento, valoración, prevención, detección, evaluación de riesgos y orientación a los lugares específicos de tratamiento son áreas que pueden abordarse desde el ámbito de la atención primaria, con un indudable beneficio para los pacientes y sus familias. Los objetivos que persigue la atención primaria la convierten en un pilar fundamental para el abordaje de los TCA partiendo de la prevención y detección precoz de los casos. Para ello, es imprescindible que tengan el conocimiento necesario sobre los TCA.¹¹

Según el artículo *Cuidados enfermeros que modifican conductas TCA (2020)*, la enfermería ha de garantizar un cuidado holístico que permita al paciente adquirir conciencia, mejorar la autoestima y disminuir la ansiedad y culpa, promoviendo la recuperación del estado nutricional del paciente.²⁰

Se han planteado estrategias con el fin de actualizar la formación de profesionales de AP, trabajando junto a las familias, capacitándolas para detectar las conductas de riesgo y promoviendo el apoyo y coordinación con las asociaciones de familiares.¹¹

La primera opción contemplada, destacando el papel de la enfermería a través de los centros de salud, implica la creación de cursos formativos para renovar los conocimientos sobre los TCA de aquellos profesionales que pueden estar en contacto con la población de riesgo.¹¹

Tras el análisis de los diferentes documentos, artículos y guías vistos, y en la búsqueda en asociaciones nacionales, no he encontrado un programa específico de formación a profesionales de enfermería de atención primaria en la Comunidad de Madrid, aunque sí presentes en otras comunidades como Cantabria¹², Aragón²¹, Cataluña²² y Navarra²³.

Por ello, la realización de mi Trabajo de Fin de Grado consiste en la creación de un proyecto educativo para profesionales de enfermería del servicio de atención primaria de la Comunidad de Madrid con el fin de abarcar esa ausencia existente en la actualidad.

4. Población y captación

Población diana

La población diana a la que va enfocada esta actividad educativa son profesionales de enfermería del servicio de atención primaria de la Comunidad de Madrid, en específico dentro de la Dirección Asistencial Sur (DASUR) el Centro de Salud Aranjuez.

Según la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud encontramos los siguientes datos estadísticos en las tablas 9 y 10.^{24, 25}

| GERENCIA | PERSONAL DIRECTIVO | PERSONAL SANITARIO FORMACIÓN UNIVERSITARIA | PERSONAL SANITARIO FORMACIÓN PROFESIONAL | PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS | TOTAL |
|-------------------|--------------------|--|--|---------------------------------|--------|
| Atención Primaria | 21 | 1.037 | 635 | 421 | 2.105 |
| Total general | 244 | 44.625 | 20.271 | 18.377 | 83.517 |

Tabla 9. Categorías profesionales agrupadas por centro sanitario. Elaboración propia, enero 2021.

| TIPO | CATEGORÍA | TOTAL |
|--|---|--------|
| PERSONAL SANITARIO FORMACIÓN UNIVERSITARIA | ENFERMERO/A | 24.968 |
| | MATRONA | 749 |
| | FACULTATIVO FISIOTERAPEUTA OTRO PERSONAL SANITARIO | 18.908 |
| PERSONAL SANITARIO FORMACIÓN PROFESIONAL | TECNICO SUP. ESPECIALISTA T.C.A.E OTRO PROFESIONAL SANITARIO | 20.271 |
| PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS | GRUPO TÉCNICO F.A. Y RESTO GRUPO A1 GRUPO GESTIÓN F.A. Y RESTO GRUPO A2 GRUPO ADMINISTRATIVO AUXILIAR ADMINISTRATIVO CELADOR PINCHE DE COCINA RESTO DE PERSONAL DE GESTIÓN | 18.377 |
| TOTAL | | 83.517 |

Tabla 10. Personal sanitario según categorías profesionales / vinculación. Elaboración propia, enero 2021

De entre los datos obtenemos que el número de profesionales de enfermería, incluyendo la especialidad de matrona, es de un total de 25.717 personas en la Comunidad de Madrid. Dentro de la tabla 9, encontramos que el número de personal sanitario con formación universitaria en atención primaria es de un total de 1.037 (en donde se incluyen enfermero/a, matrona, facultativo, fisioterapeuta y otro personal sanitario).

En función del resultado de la implantación del proyecto, se plantearía el traslado de este a al resto de centros de salud y consultorios que pertenecen a la Dirección Asistencial Sur, mostrados en la tabla 11.²⁶

| DASUR | CENTRO DE SALUD | CONSULTORIO |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| ARANJUEZ | C.S. Aranjuez | |
| | C.S. Las Olivas | |
| CIEMPOZUELOS | C.S. Ciempozuelos | C.L. Titulcia |
| COLMENAR DE OREJA | C.S. Colmenar de Oreja | C.L. Chinchón |
| | | C.L. Valdelaguna |
| | | C.L. Villaconejos |
| GETAFE | C.S. Bercial | |
| | C.S. Ciudades | |
| | C.S. El Greco | |
| | C.S. Getafe Norte | |
| | C.S. Juan de la Cierva | |
| | C.S. Margaritas | |
| | C.S. Sector III | |
| | C.S. Sánchez Morate | |
| GRIÑÓN | C.S. Griñón | C.L. Batres |
| | | C.L. Casarrubuelos |
| | | C.L. Cubas De La Sagra |
| | | C.L. Serranillos Del Valle |
| | | C.L. Torrejón De La Calzada |
| | | C.L. Torrejón De Velasco |
| LEGANÉS | C.S. Huerta de los Frailes | |
| | C.S. Jaime Vera | |
| | C.S. Leganés Norte | |
| | C.S. María Ángeles López Gómez | |
| | C.S. María Jesús Hereza-Cuellar | |
| | C.S. María Montessori | |
| | C.S. Marie Curie | |
| | C.S. Mendiguchia Carriche | |
| | C.S. Santa Isabel | |
| PARLA | C.S. Isabel II | |
| | C.S. Las Américas | |
| | C.S. Los Pintores | |
| | C.S. San Blas | |
| | C.S. Parque Europa | |
| | C.S. Pinto | |
| SAN MARTÍN DE LA VEGA | C.S. San Martín de la Vega | |
| VALDEMORO | C.S. El Restón | |
| | C.S. Valdemoro | |

Tabla 11. Centros de Salud y Consultorios de Dirección Asistencial Sur. Elaboración propia.

Los docentes principales serán enfermeros especializados en salud mental o con experiencia en Trastornos de la Conducta Alimentaria de al menos 2 años, los cuales podrán contar con la colaboración de otros profesionales de apoyo como un/a psicólogo/a, un/a psiquiatra y un/a nutricionista con experiencia en TCA si así precisasen.

Por otro lado, un observador asistirá a cada sesión encargado de la evaluación de las técnicas desarrolladas en las sesiones.

Las sesiones se impartirán en el aula de docencia del Centro de Salud Aranjuez de forma presencial, en la tercera planta.

El proyecto educativo va dirigido a un grupo de entre 10-15 participantes.

Captación

La captación en el Centro de Salud Aranjuez se realizara en el periodo de tiempo necesario hasta cubrir el cupo total de participantes.

Se realizara la captación vía online mediante el correo electrónico profesional. Nos desplazaremos al centro de salud en donde se realizara una pequeña charla informativa del curso y se recopilaran los correos electrónicos de la totalidad de los profesionales de enfermería, y posteriormente se realizara el envío del mail (Anexo 1), en donde constará:

- Díptico de información
- Normas de mail de inscripción.
 - Email
 - Título del asunto
 - Contenido del mail: formulario de inscripción completado y cuestiones particulares o dudas a tener en cuenta.

5. Objetivos

Objetivos generales

El objetivo principal de este proyecto educativo es la formación a personal sanitario de enfermería en relación a los Trastornos de la Conducta Alimentaria con el fin de mejorar la prevención, la detección precoz de casos, facilitar el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E) específico y el manejo de estos trastornos.

Objetivos específicos

Los enfermeros sabrán:

- Definir qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Conocer los datos más recientes de prevalencia y comorbilidad de los TCA.
- Distinguir los tipos de TCA y sus criterios diagnósticos.
- Identificar las manifestaciones clínicas de los TCA.
- Identificar los factores de riesgo implicados en los TCA.
- Detectar los de grupos de riesgo en los TCA..
- Enumerar las complicaciones médicas de los TCA.
- Detectar los signos de sospecha o alarma de los TCA.
- Enumerar los distintos niveles y tipos de tratamiento de los TCA.
- Desarrollar una valoración de enfermería enfocada a la detección de los TCA.
- Practicar la entrevista de enfermería adecuada a la detección de los TCA.
- Demostrar conocer y aplicar los diferentes test y cuestionarios enfocados a la detección de los TCA.
- Realizar el abordaje nutricional de un paciente con TCA.
- Realizar el manejo de un paciente con TCA diagnosticado.
- Realizar promoción de hábitos de vida saludables.
- Conocer las diferentes asociaciones y webs relacionadas con los TCA.
- Expresar preguntas, dudas y miedos respecto a los TCA.

6. Contenidos

Sesión 1: Introducción a los Trastornos de la Conducta Alimentaria

- Presentación
- Definición de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Datos más recientes de prevalencia y comorbilidad de los TCA.
- Tipos de TCA y sus criterios diagnósticos.
- Manifestaciones clínicas de los TCA.

Sesión 2: Reflejo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la sociedad

- Factores de riesgo implicados en los TCA.
- Grupos de riesgo en los TCA.
- Complicaciones médicas de los TCA.
- Signos de sospecha o alarma de los TCA.

Sesión 3: Detección y Manejo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

- Niveles y tipos de tratamiento de los TCA.
- Valoración de enfermería enfocada a la detección de los TCA.
- Entrevista de enfermería adecuada a la detección de los TCA.
- Test y cuestionarios enfocados a la detección de los TCA.
- Manejo de un paciente con TCA diagnosticado.

Sesión 4: Más allá de la detección y el manejo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

- Abordaje nutricional de un paciente con TCA.
- Promoción de hábitos de vida saludables.
- Conocer las diferentes asociaciones y webs relacionadas con los TCA.
- Preguntas, dudas y miedos respecto a los TCA.

7. Sesiones, técnicas de trabajo y materiales

Los conceptos anteriores serán impartidos en un total de cuatro sesiones de entre una hora a hora y media, informando de forma anticipada a los participantes de las posibles variaciones en cuanto a la duración.

Las sesiones quedan distribuidas a una sesión a la semana, teniendo en cuenta en el mayor grado posible la disponibilidad de las enfermeras, con la posibilidad de poder adecuar el horario de forma acordada con el conjunto del grupo; participantes, docentes y colaboradores.

SESIÓN 1

Presentación de los docentes y de los contenidos/objetivos de las sesiones.

- Objetivo: Los enfermeros conocerán a los docentes y los contenidos/objetivos de las sesiones.
- Técnica: Exposición oral.
- Tiempo: 5-10 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

Definición de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

- Objetivo: Los enfermeros definirán qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Técnica: Exposición oral y de investigación en el aula (Tormenta de ideas o Frases incompletas relacionado con los conceptos de TCA, por ejemplo: “La Anorexia / Bulimia / Atracón / Imagen corporal es...”, “Una persona con TCA...”, “Si os digo TCA ¿Qué os viene a la mente?” con el fin de saber los puntos de vista o creencias que tienen los participante inicialmente) con discusión final.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, proyector, ordenador, pizarra y material para escribir en la pizarra.

Datos más recientes de prevalencia y comorbilidad de los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros conocerán los datos más recientes de prevalencia y comorbilidad de los TCA.
- Técnica: Exposición oral con discusión final.
- Tiempo: 10-15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

Tipos de TCA y sus criterios diagnósticos.

- Objetivo: Los enfermeros distinguirán los tipos de TCA y sus criterios diagnósticos.
- Técnica: Exposición oral con discusión final.
- Tiempo: 20 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

Manifestaciones clínicas de los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros identificarán las manifestaciones clínicas de los TCA.
- Técnica: Exposición oral con discusión final.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

SESIÓN 2

Factores de riesgo implicados en los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros identificarán los factores de riesgo implicados en los TCA.
- Técnica: Exposición oral con discusión final.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

Grupos de riesgo en los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros detectarán los de grupos de riesgo en los TCA.
- Técnica: Exposición oral con discusión final.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

Complicaciones médicas de los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros enumerarán las complicaciones médicas de los TCA.
- Técnica: Lección participativa, exposición oral con discusión final.
- Tiempo: 15-20 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

Signos de sospecha o alarma de los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros detectarán los signos de sospecha o alarma de los TCA.
- Técnica: Exposición oral con discusión.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

SESIÓN 3

Niveles y tipos de tratamiento de los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros enumerarán los distintos niveles y tipos de tratamiento en TCA.
- Técnica: Exposición oral con discusión final.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

Valoración de enfermería enfocada a la detección de los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros sabrán elaborar una valoración de enfermería enfocada a la detección de los TCA.
- Técnica: Lección participativa, exposición oral y/o técnica de investigación en el aula (Tormenta de ideas o Frases incompletas relacionado con la valoración, por ejemplo: “En la valoración focalizaremos nuestra atención ante la detección de un TCA en...”, “Una persona con TCA...”, “En función de los patrones de Virginia Henderson ¿En cuál creéis que es más importante incidir? ¿Por qué?” con el fin de ver los puntos de vista de los participante en función de lo visto en las anteriores sesiones) con discusión final.
- Tiempo: 20 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, proyector, ordenador, pizarra y material para escribir en la pizarra. Se empleará el Anexo 6.

Entrevista de enfermería adecuada a la detección de los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros conocerán y practicarán la entrevista de enfermería adecuada a la detección de los TCA.
- Técnica: Exposición y simulación o rol playing (los participantes simularán una entrevista a diferentes tipos de pacientes ejemplificando como podría realizarse) con discusión final.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador. Se empleará el Anexo 6.

Test y cuestionarios enfocados a la detección de los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros demostrarán conocer y aplicar los diferentes test y cuestionarios enfocados a la detección de los TCA.
- Técnica: Lección participativa, exposición oral con discusión final.
- Tiempo: 10-15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador. Se empleará el Anexo 5; Exposición de cuestionarios para la detección de TCA, como sugerencias de herramientas de ayuda que pueden emplear durante la valoración.

Manejo de un paciente con TCA diagnosticado.

- Objetivo: Los enfermeros sabrán realizar el manejo de un paciente con TCA diagnosticado.
- Técnica: Exposición oral con discusión final.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador. Se empleará el Anexo 7; Modelo ejemplo de Registro diario de enfermería.

SESIÓN 4

Abordaje nutricional de un paciente con TCA.

- Objetivo: Los enfermeros sabrán realizar el abordaje nutricional de un paciente con TCA.
- Técnica: Exposición con discusión final.
- Tiempo: 20 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador. Se empleará el Anexo 8; Modelo ejemplo de Registro nutricional de enfermería.

Promoción de hábitos de vida saludables.

- Objetivo: Los enfermeros sabrán realizar promoción de hábitos de vida saludables.
- Técnica: Exposición con discusión final.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

Conocer las diferentes asociaciones y webs relacionadas con los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros conocerán las diferentes asociaciones y webs relacionadas con los TCA.
- Técnica: Exposición con discusión final.
- Tiempo: 15 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador. Se empleará el Anexo 9; Folleto informativo sobre las Asociaciones y webs relacionadas con los TCA, como herramienta de ayuda que pueden emplear tanto para ellos mismos como profesionales como para facilitar a pacientes con TCA o a sus familiares.

Expresar preguntas, dudas y miedos respecto a los TCA.

- Objetivo: Los enfermeros expresarán preguntas, dudas y miedos respecto a los TCA.
- Técnica: técnica de investigación en el aula (Rejilla, en donde se les plante ejemplos de frases como “Dentro de la detección / valoración / manejo / prevención me genera inseguridad...” y de análisis (Discusión o Reflexión, dando sus puntos de vista o sus opiniones después haber visto todos los contenidos, expresando qué les ha impactado más, cómo ven los TCA después de haber dado el taller...).
- Tiempo: 10 min.
- Recursos: Enfermero docente, presentación Power-Point, un proyector y un ordenador.

8. Evaluación

Evaluación de la estructura

La evaluación de la estructura ayudará a la hora de comprobar la utilidad del curso formativo y nos informará del grado de aportación de los diferentes recursos técnicos y profesionales empleados en la realización de cada una de las sesiones.

Evaluación del proceso

La evaluación del proceso nos proporciona información respecto a los contenidos y actividades desarrollados, los métodos y las técnicas grupales de aprendizaje con el fin de lograr los objetivos planteados. Precizando para ella la colaboración de los asistentes al curso, docentes y participantes.

Evaluación realizada por los docentes y observador.

En primer lugar, se valorará el proceso de captación, mediante el contaje de los participantes al curso y la asistencia, comparando con los datos obtenidos de las inscripciones iniciales. Para ello emplearemos una hoja de asistencia (Anexo 2)

Posteriormente, se hará la evaluación cuantitativa del desarrollo del curso. Para ello emplearemos una encuesta de satisfacción (Anexo 3) que se facilitará al final de la sesión para evaluar contenido, técnicas y recursos didácticos, tiempo empleado, los docentes y la satisfacción en relación al curso.

Evaluación realizada por los participantes.

Los enfermeros evaluarán el cronograma y la evolución del curso mediante la encuesta de satisfacción aportada al final de la última sesión, indicando el grado de satisfacción en relación a las técnicas y recursos utilizados, la calidad de los docentes, el tiempo además de un apartado en donde se les posibilitara realizar observaciones o sugerencias para la mejora del curso.

Evaluación de resultados

En ella se comprobará el grado de impacto de la sesión formativa en los participantes al curso, a corto y largo plazo, indicándonos el grado de obtención de los objetivos específicos planteados.

Evaluación a corto plazo.

Para la valoración de los contenidos relacionados con objetivos específicos del área cognitiva se empleara un examen tipo test (Anexo 4) donde se evaluará el grado de adquisición de los conocimientos por los profesionales de enfermería.

Para la valoración de los objetivos relacionados con el área de habilidades, enfocados a la detección precoz, valoración, entrevista y manejo del paciente con TCA desde enfermería, los docentes evaluarán las actividades grupales y los rol playing realizadas mediante el Anexo 6; Hojas de registro de las dinámicas,

Para la valoración de los objetivos relacionados con el área de actitudes, los docentes completarán una hoja de registros dentro del Anexo 6, donde se evaluará la participación y desarrollo de las discusiones, tormenta de ideas, rejillas y reflexiones. Valorando en los participantes algunos ítems como la participación, la comunicación verbal y no verbal o la capacidad de motivación.

Evaluación a largo plazo.

La evaluación a largo plazo se realizará transcurridas 4 a 6 semanas desde la consecución del curso. En donde se facilitará a los participantes a través de los correos electrónicos el examen tipo test (Anexo 4) realizado anteriormente, el cual tendrán que repetir. Comprobando mediante la comparación de los resultados de ambas evaluaciones el grado de impacto del curso formativo, en vista a proponer nuevas áreas de mejora para futuros proyectos formativos.

9. Bibliografía

1. Dueñas Y, Murray M, Morell B, Murjani HS, Jiménez A. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutr Hosp.* 2015; 32(5): 2091-97. doi: 10.3305/nh.2015.32.5.9662
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. 2013; 189-197.
3. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr* 2019; 109: 1402–13.
4. Udo T, Grilo CM. Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biol Psychiatry.* 2018; 84: 345–54.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. 2009; 52-54.
6. Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J, Nicholls D, Rome ES; Society for Adolescent Medicine. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health.* 2003; 33(6):496-503. doi: 10.1016/s1054-139x(03)00326-4. PMID: 14642712.
7. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2011; 22(1): 85 – 97. doi: 10.1016/S0716-8640(11)70396-0
8. Cala I. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Evolución histórica y situación actual. Universidad de Cádiz. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. 2014.

9. Krassas GE. Endocrine abnormalities in anorexia nervosa. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2003;1(1):46-54.
10. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(7):659-65.
11. Gomez JA, Gaité L, Gomez E, Carral L, Herrero S, Vazquez-Barquero JL. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Consejería de Sanidad y Servicios sociales. Gobierno de Cantabria. 2012.
12. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009; 79.
13. Baztarrica R, Beato L, Blanco A, Calvo R, Casas JJ, Faus J, Faya M, Graell M, et al. Controversias sobre los trastornos alimentarios: actualización y debate. Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez-Cuétara y Fundación Instituto de Trastornos Alimentarios (FITA). 2012; 114-116.
14. Peña, VM. Complicaciones Médicas de los pacientes con Trastornos Alimentarios y de la Gestión de Alimentos. *Rev. Psicol.* 2020; 31(115): 115-128.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.336>
15. Gomez JA, Gaité L, Gomez E, Carral L, Herrero S, Vazquez-Barquero JL. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Consejería de Sanidad y Servicios sociales. Gobierno de Cantabria. 2012; 34-36.
16. Grupo de trabajo de Trastornos del comportamiento alimentario: Criterios de ordenación de recursos y actividades. Trastornos del comportamiento alimentario: Criterios de ordenación de recursos y actividades. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Especializada; 2000; 27-38.

17. Marsá M, Navalón A, Güemes I, Rodríguez A, Rubio LM. Guía de prevención de TCA en adolescentes. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. CIBERSAM. ISCIII. 2015; 47-51.
18. Yaffa S, Adi EL, Itai P et al. Treatment of eating disorders in adolescents during the COVID-19 pandemic: a case series. J Eat Disord. 2021; 9 (17).
<https://doi.org/10.1186/s40337-021-00374-z>
19. Servicio Madrileño de Salud. Actualización Procedimientos TCA. Salud Madrid. 2021; 9.
20. Castiblanco RA, Parra-Rodríguez JC et al. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. Rev. cienc. cuidad. 2020; 17(2): 102-115. <https://doi.org/10.22463/17949831.1880>
21. 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 clínica: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Consejo Nacional de la Juventud de Aragón y Asociación aragonesa de familiares de enfermos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia (ARBADA). 1999.
22. Associació contra l'anorèxia i la bulímia. Recursos de tratamiento de TCA. ACAB.<https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/los-tratamientos-del-tca/recursos-de-tratamiento-de-tca/>
23. Asociación contra la bulimia y la anorexia nerviosas de Navarra. abanavarra. 2020.
<http://www.aban.es/>
24. Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Categorías profesionales agrupadas por centro sanitario. Servicio Madrileño de Salud. Salud Madrid. 2021.
25. Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Categorías profesionales / Vinculación. Servicio Madrileño de Salud. Salud Madrid. 2021.

26. Dirección Asistencial Sur [Internet]. Comunidad de Madrid . 2019 [citado 3 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/direccion-asistencial-sur>
27. Julián R, Ramírez R, Belén A, Gómez A. Detección precoz, en atención primaria, de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. *Aten. prim.* 2007;39(6):330-331. <https://doi.org/10.1157/13106294>
28. Rueda GE, Díaz LA, Ortiz DP, Pinzón C, Rodríguez J, Cadena LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. *Aten. prim.* 2005;35(2):89-94. <https://doi.org/10.1157/13071915>
29. Baile JI et al. Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International. Asociación Española de Psicología Conductual. Rev. Int. Psicol. Clin. Salud.* 2002;2(3):439-450.
30. Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez, Álvarez Gómez M, Marín Múnera C, Agudelo Acosta C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten. prim.* 2014;46(6):283-289. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.009>

10. Anexos

Anexo 1: Modelo de mail de contenido e inscripción para los profesionales

De: cursoTCA_AP@gmail.com (correo ficticio)

Para: (insertar el correo del profesional)

Asunto: Curso para profesionales de enfermería "TCA en Atención Primaria".

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

COMPOSICIÓN

Cronograma:

- Número de sesiones: 4 sesiones.
- Horas totales empleadas: 4 h 30 min aprox.
- Día de la semana: Miércoles.

Docentes:

Enfermeros especializados en salud mental o con experiencia en Trastornos de la Conducta Alimentaria de al menos 2 años.

Lugar de realización:

Aula de formación del Centro de Salud Aranjuez, en Calle Abastos 0.
3ª planta a mano derecha desde los ascensores principales.

SESIONES Y CONTENIDO

SESIÓN 1

- Definición de Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Datos más recientes de prevalencia y comorbilidad de los TCA.
- Tipos de TCA y sus criterios diagnósticos.
- Manifestaciones clínicas de los TCA.

SESIÓN 2

- Factores de riesgo implicados en los TCA.
- Grupos de riesgo en los TCA.
- Complicaciones médicas de los TCA.
- Signos de sospecha o alarma de los TCA.

SESIÓN 3

- Niveles y tipos de tratamiento de los TCA.
- Valoración de enfermería enfocada a la detección de los TCA.
- Entrevista de enfermería adecuada a la detección de los TCA.
- Test y cuestionarios enfocados a la detección de los TCA.
- Manejo de un paciente con TCA diagnosticado.

SESIÓN 4

- Abordaje nutricional de un paciente con TCA.
- Promoción de hábitos de vida saludables.
- Conocer las diferentes asociaciones y webs relacionadas con los TCA.
- Preguntas, dudas y miedos respecto a los TCA.

CONTACTO

cursoTCA_AP@gmail.com

Ilustración 1. Díptico del curso. Elaboración propia.

Para la inscripción al curso si estas interesado has de enviar un correo electrónico a la dirección cursoTCA_AP@gmail.com de la siguiente forma:

- **Título del asunto:** Inscripción al curso para profesionales de enfermería "TCA en Atención Primaria".
- **Contenido del email:**
 - Nombre y Apellidos, DNI, Localidad, Teléfono móvil / Fijo / Email de contacto.
 - Servicio o área en Atención Primaria
 - Consideraciones particulares a tener en cuenta respecto al curso

Anexo 2: Hoja de asistencia

Nº de Sesión: ____

Fecha: _____

| Nº | Nombre y apellidos | DNI | Firma |
|----|--------------------|-----|-------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

Anexo 3: Encuesta de Satisfacción del curso formativo

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Con el objetivo de mejorar las actividades de formación nos interesa conocer la opinión y las sugerencias que tenga sobre las mismas.

Instrucciones: escriba el número que más se aproxime a su opinión según la siguiente escala:

1= Muy Insuficiente -----2----3---4----- 5=Aceptable -----6----7---8---9----- 10=Muy satisfactorio.

| Interés del curso | |
|---------------------------------------|--|
| Conocimientos aportados | |
| Utilidad y aplicación practica | |
| Contenidos del curso | |
| Interés sobre el tema | |
| Cantidad de contenidos | |
| Interés de las actividades realizadas | |
| Interés de las exposiciones | |
| Docentes | |
| Conocimientos de los docentes | |
| Forma de dirigir y organizar el curso | |
| Forma de exponer el temario | |
| Disposición a resolver cuestiones | |
| Organización del curso | |
| Difusión/propaganda | |
| Horario | |
| Duración | |
| Medios y herramientas | |
| Impresión general | |
| Influencia en el ámbito profesional | |
| Influencia en labor asistencial | |
| Satisfacción general del curso | |
| Grado de recomendación | |
| Sugerencias u observaciones: | |
| | |

Anexo 4: Examen tipo test

Nombre, Apellidos:

Fecha:

1. Patron Nutricional Metabólico: respecto a la cocina:
 - a) Suelen iniciarse en la cocina, y les sacia ver a otras personas comer.
 - b) No cocinan, no soportan ver la comida.
 - c) Les disgusta mucho ver a otras personas comer.
 - d) Si cocinan, suelen cocinar lo mismo para ellas que para el resto de comensales.

2. Cuál de los siguientes signos NO lo encontraremos en un paciente con sospecha de TCA:
 - a) Acrocianosis.
 - b) Visualización de las prominencias óseas.
 - c) Edemas en MM.II.
 - d) Todas son correctas.

3. Con respecto al alcohol, busca la respuesta más correcta:
 - a) No suelen buscar actividades sociales que conlleven alcohol.
 - b) No beben alcohol: tiene muchas calorías.
 - c) El alcohol les provoca "anestesia de sus sentimientos".
 - d) Si beben alcohol cuentan las calorías y realizan conductas compensatorias.

4. Por lo general:
 - a) Suelen presentar bastantes alergias alimentarias.
 - b) Nos suelen mentir sobre de alimentos que les sientan mal.
 - c) Suelen poner como excusa las diarreas, para no comer ciertos alimentos.
 - d) Su sistema digestivo suele verse comprometido.

5. Patron Actividad-Ejercicio. Con respecto a la actividad física:
 - a) Suelen realizar ejercicio intenso al inicio de la enfermedad.
 - b) Cuando el TCA está instaurado ya no son capaces de realizar ejercicio físico.
 - c) Se pueden considerar "sedentarias" aun realizando tareas domésticas durante horas.
 - d) Suelen retraerse en casa y no participar de las tareas cotidianas del hogar.

6. Patron Cognitivo-Perceptual. Por lo general las pacientes con TCA:
 - a) Consiguen sus logros a base de mucho esfuerzo.
 - b) Suelen ser personas muy inteligentes.
 - c) Se sienten cómodos con metas que saben que pueden conseguir.
 - d) Tienen una alta capacidad de concentración.

7. Los pacientes con TCA suelen ser capaces de:
- Tener una actitud reflexiva ante lo que les sucede.
 - Tener un pensamiento rígido y dicotómico.
 - Utilizar un lenguaje adecuado a la situación.
 - Expresar sus sentimientos.
8. Patrón Rol–Relaciones: busca la respuesta incorrecta:
- Suelen cumplir sus objetivos.
 - Suelen ser líderes natos.
 - Suelen manipular la situación.
 - Su rol familiar suele ser inadecuado.
9. Patrón Tolerancia al estrés: encuentra la correcta:
- Suelen somatizar el estrés.
 - Saben discernir bien qué es lo que les provoca estrés.
 - Saben canalizar bien el estrés.
 - No suelen perder el control en momentos de estrés.
10. De las siguientes afirmaciones señala cuál de ellas es la correcta:
- La prevalencia de los TCA es superior en hombres.
 - La prevalencia del TA es superior en hombres.
 - La prevalencia de los TCA es igual en mujeres y hombres.
 - Ninguna es correcta.
11. Señala cuál de las siguientes opciones es falsa:
- La valoración focalizada en TCA ayuda a obtener todos los datos para una correcta Hª Clínica.
 - Crear un clima de confianza con la familia facilitará la verificación de la información siéndonos un instrumento de ayuda.
 - Valoraremos tanto a paciente como a su entorno (familia, pareja...).
 - Todas son verdaderas.
12. En la exploración física debemos observar:
- El color de pelo
 - Presencia de lanugo
 - Petequias en manos
 - B y C son correctas.

Respuestas correctas:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| A | D | C | D | C | A | B | B | A | B | D | D |

Evaluación tipo test de elaboración propia, en colaboración del equipo de enfermería de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Sta. Cristina (Madrid).

Anexo 5: Exposición de cuestionarios para la detección de TCA

Cuestionario SCOFF (Sick Control One Hado Food) ^{27, 28}

1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que resulta incómodo?
2. ¿Está preocupado/a porque nota que ha de controlarse cuando come?
3. ¿Ha perdido últimamente más de 6kg en el periodo de 3 meses?
4. ¿Cree que esta gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a?
5. ¿Diría que la comida domina su vida?

Puntuación total

Si 2 o más respuestas "SI" es sintomático de la patología.

Cuestionario "Body Shape Questionnaire" (BSQ) ²⁹

Es un cuestionario dirigido a valorar la insatisfacción con la imagen corporal. Fue realizado en 1987 por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn y adaptado a la población española por Raich et al. En 1996.

1. Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has considerado ponerte a dieta?
3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalga s o cintura demasiado grandes en a relación con el resto del cuerpo?
4. ¿Has tenido miedo a engordar?
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?
9. ¿Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?
11. ¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?
12. Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?
13. Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?
14. Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?
18. ¿Has evitado ir a actos sociales porque te has sentido mal con tu figura?
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda/o o redondeada/o?
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?
21. Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?

22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío?
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?
27. Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo sentándote en un sofá o en el autobús)?
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?
29. Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?
30. ¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?
32. ¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?
34. La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?

Cuestionario EAT-26 ³⁰

| PREGUNTA | Nunca (0) | Casi nunca (0) | A veces (0) | Bastantes veces (1) | Casi siempre (2) | Siempre (3) |
|---|--------------|----------------------|----------------|---------------------------|------------------------|----------------|
| Me da mucho miedo pesar demasiado | | | | | | |
| Procuro no comer aunque tenga hambre | | | | | | |
| Me preocupo mucho por la comida | | | | | | |
| A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer | | | | | | |
| Corto mis alimentos en trozos pequeños | | | | | | |
| Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como | | | | | | |
| Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono | | | | | | |
| Noto que los demás preferirían que yo comiese más | | | | | | |
| Vomito después de haber comido | | | | | | |
| Me siento muy culpable después de comer | | | | | | |
| Me preocupa el deseo de estar más delgado/a | | | | | | |
| Hago mucho ejercicio para quemar calorías | | | | | | |
| Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a | | | | | | |
| Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo | | | | | | |
| Tardo en comer más que las otras personas | | | | | | |
| Procuro no comer alimentos con azúcar | | | | | | |
| Como alimentos de régimen | | | | | | |
| Siento que los alimentos controlan mi vida | | | | | | |
| Me controlo en las comidas | | | | | | |
| Noto que los demás me presionan para que coma | | | | | | |
| Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida | | | | | | |
| Me siento incomodo/a después de comer dulces | | | | | | |
| Me comprometo a hacer régimen | | | | | | |
| Me gusta sentir el estómago vacío | | | | | | |
| Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas | | | | | | |
| Tengo ganas de vomitar después de las comidas | | | | | | |
| Puntuación Total (Si mayor o igual a 20 : Sensibilidad del 91% para los TCA o síntomas parciales) | | | | | | |

Anexo 6: Hojas de registro de las dinámicas

HOJA DE REGISTRO DEL ROL-PLAYING:

Marca la casilla más indicada respecto a las siguientes cuestiones, durante o después del desarrollo de la dinámica.

| | Adecuado | No adecuado | Observaciones |
|---|----------|-------------|---------------|
| Realiza una correcta anamnesis | | | |
| Identifica los signos de riesgo | | | |
| Realiza una correcta valoración de enfermería | | | |
| Realiza una adecuada exploración física | | | |
| Emplea los recursos adecuados | | | |
| Comunicación verbal | | | |
| Comunicación no verbal | | | |
| Empatía | | | |
| Correcta educación sanitaria | | | |
| Capacidad de motivar | | | |

HOJA DE REGISTRO DE DISCUSIONES, TORMENTA DE IDEAS Y REJILLAS:

Marca la casilla más indicada respecto a las siguientes cuestiones.

| | Adecuada | No adecuada | Observaciones |
|---------------------------------------|----------|-------------|---------------|
| Participación | | | |
| Actuación acorde al rol de enfermería | | | |
| Comunicación verbal | | | |
| Comunicación no verbal | | | |
| Empatía | | | |
| Autonomía | | | |
| Autogestión | | | |
| Educación sanitaria | | | |
| Capacidad de motivación | | | |
| Capacidad de investigación | | | |
| Desarrollo de un debate constructivo | | | |

Anexo 7: Modelo ejemplo de Registro diario de enfermería

| | |
|---|--|
| Fecha: | |
| Líquidos | Agua: Té/Café/Infusiones: Leche: Zumos: Refrescos: Alcohol: |
| Vómitos | Número: Causa: Momento del día: |
| Atracones | Número: Causa: Momento del día: |
| Laxantes | |
| Diuréticos | |
| Hábitos intestinales | Frecuencia: Tipo: |
| Comidas no realizadas | Número: Cual: Causa: |
| Cantidad y variedad de las comidas | Estructura: Cantidad: Variedad: |
| Actividad física | Tipo: Tiempo: |
| Sueño | Horas: Conciliar el sueño: Si / No Despertares nocturnos: Si / No Reparador: Si / No Pesadillas: Si / No |
| Aspecto positivo | |
| Compromiso semanal | |

Anexo 8: Modelo ejemplo de Registro nutricional de enfermería

| | | | | | | |
|------------------|-----------------|---------------------|---------------|-----------------|-------------|----------------|
| DOMINGO | | | | | | |
| SÁBADO | | | | | | |
| VIERNES | | | | | | |
| JUEVES | | | | | | |
| MIÉRCOLES | | | | | | |
| MARTES | | | | | | |
| LUNES | | | | | | |
| | DESAYUNO | MEDIA MAÑANA | COMIDA | MERIENDA | CENA | RESOPÓN |

Anexo 9: Folleto formativo sobre Asociaciones y webs relacionadas con los TCA

Asociación contra la Bulimia y la Anorexia nerviosas

LA ASOCIACIÓN CONTRA LA BULIMIA Y LA ANOREXIA NERVIOSAS DE NAVARRA. (2021). abanavarra.
<http://www.aban.es/>

Se trata de una Asociación de Navarra, con sede en Pamplona, integrada por los familiares y amigos de personas afectadas por los trastornos de la conducta alimentaria, con origen en 1998.

A través de esta página también se pueden consultar los recursos tanto públicos como privados disponibles en Navarra; Nutricionistas, psicólogos, centros de apoyo, etc.

Entre sus recursos de la web podemos encontrar:

- **Actividades desarrolladas por ABAN:**
 - Reuniones semanales del grupo de Ayuda Mutua los martes de 6 a 8 de la tarde.
 - Primeras visitas individualizadas.
 - Atención telefónica y por correo electrónico.
 - Relaciones estrechas con los facultativos y con las demás Asociaciones de España y participación en su Federación.

- **Plan general de actuación:**
 - Mantener/desarrollar las actividades en marcha.
 - Tener como objetivo instar a las autoridades a que hagan las cosas y no intentar montar una red asistencial paralela, sino conseguir que sea la administración la que haga funcionar en todo momento el sistema de salud.
 - Eludir y repudiar la utilización de estas enfermedades y de estos enfermos por los medios y por los políticos.
 - Como venimos exigiendo desde 1999 que se realicen las recomendaciones de la Ponencia del Senado de ese año para combatir los TCA, lo seguimos exigiendo ahora, por lo tanto, no como arma arrojada contra el gobierno de turno.
 - Intentar conseguir financiación para la campaña "Las dietas sólo por prescripción médica y con control facultativo, como los medicamentos"

- **Pautas para los padres de quienes padecen anorexia/bulimia.**

- **Recomendaciones sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Grupo Técnico de Trabajo de la Agencia Navarra de la Salud.**

- **Objetivos de ABAN (En especial el punto 5 y 6):**
 - Dentro de la prevención primaria, que es la destinada a evitar la aparición de los trastornos:
 - Combatir la "cultura de la delgadez", enraizada en el culto de la imagen y el culto al cuerpo; y para ello requerir la colaboración de las agencias de publicidad e imagen, de los medios, de las empresas y tiendas de la confección y de la moda, modistos, coreógrafos, modelos, etc., o imponerla por la ley y por la publicidad.
 - Fomentar la autoaceptación y la autoestima de los adolescentes y preadolescentes y su comportamiento como personas autónomas y responsables; ayudarles a superar el miedo a ser mayores y a su desarrollo sexual y, para ello, alentar la afectiva y firme cercanía previa de sus padres, revisar información sobre el desarrollo sexual y combatir la presión del sexualismo, del exhibicionismo, permisivismo e incitación sexual, y de la feminifobia.

- Relativizar y revisar las tablas peso-estatura y exigir que se haga el estudio antropométrico de la población juvenil; combatir las dietas sin prescripción médica ni control facultativo; combatir la imprudencia en el lenguaje referente a la obesidad.
- Dentro de la detección precoz (la prevención secundaria):
 - Promover el conocimiento de las conductas preanoréxicas y anoréxicas, las conductas prebulímicas y bulímicas, y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos (TCANE) por los pediatras, médicos de familia, ginecólogos, nutricionistas, endocrinólogos y no sólo psiquiatras.
 - Divulgar entre los médicos de otras especialidades los conocimientos de estas enfermedades para que las detecten y encaminen al psiquiatra, y, a su nivel, incluso por parte de los profesores, padres y demás familiares y amigos de los afectados, lo cual abarca a toda la población en general.
 - Organizar, para el diagnóstico precoz y el tratamiento, unidades médicas especializadas dirigidas por psiquiatras, con endocrinólogos, nutricionistas, dietistas, ginecólogos, analistas, etc., con la colaboración de psicólogos.

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

ADANER Madrid. (2009–2019). *Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia*. adaner. <http://adaner.org/>

ADANER es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, declarada de Utilidad Pública en 1998, comprometida con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y que realiza su trabajo a través de actividades de apoyo al tratamiento, investigación, formación, reivindicación, prevención y sensibilización.

Desde su creación en 1991, ha dirigido su lucha tanto por contribuir a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por anorexia nerviosa y bulimia como a sensibilizar a la población general acerca de este problema.

En la página web podemos encontrar:

- Información acerca de la anorexia y la bulimia
- Preguntas frecuentes
- Ayudas que ofrecen (Medidas de prevención, tratamientos, información acerca de los derechos de los pacientes, recursos públicos y privados, incapacitaciones, material de apoyo, etc.).
- Distintos testimonios de personas que han superado la enfermedad y que pueden ser de gran ayuda como fuente de motivación
- Noticias relacionadas con el tema.
- Programación de distintas actividades que se ofertan:
 - Charlas Informativas (Hospital Niño Jesús, los miércoles cada 15 días, a las 18 h)
 - Grupos de Apoyo
 - Talleres y Grupos terapéuticos (Ej.: taller de autocuidado y desarrollo personal impartido en octubre).

Tienen sedes en Cantabria, Granada, Madrid, Málaga, Murcia y Sevilla.

Fundación imagen y Autoestima

Fundación Imagen y Autoestima. (2013). *Fundación Imagen y Autoestima*. ima. <http://www.f-ima.org/es>

Se trata de una asociación de Barcelona creada en el 2006 por un grupo de asociaciones y personas con una larga experiencia en la promoción de la salud y la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, que tienen como misión "mejorar el estilo y la calidad de vida de jóvenes, familias y grupos de alto riesgo de TCA, con el fin de prevenir la aparición e incidencia de dichos trastornos" ..

Es decir, intervienen ante los factores de riesgo existentes en nuestra sociedad de hoy en día que puedan provocar la aparición de un trastorno alimenticio.

Colaboran con entidades como Obra Social Fundación La Caixa, Departamento de Salud. Generalidad de Cataluña, Ayuntamiento de Barcelona o Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Y colaboran con asociaciones como ADANER, antes nombrada, AEETCA (Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria), varias facultades de la Universidad de Barcelona y gran número de fundaciones de madres y padres de alumnos.

En su página web podemos encontrar:

- Prevención desde la familia
- Prevención desde los centros educativos
- Prevención desde los centros sanitarios
 - ¿Cuáles son los indicadores que pueden alertar al profesional sanitario que está ante un caso de trastorno de la conducta alimentaria?
 - Destacan la importancia de que es necesario ir más allá del conocimiento popular o las ideas que la gente pueda tener sobre los TCA para conseguir una adecuada detección de las personas en riesgo.
 - Herramientas de detección de trastornos de la conducta alimentaria, donde enlazan la
 - Guía de práctica clínica sobre TCA (2009)
 - Eating Attitudes Test o EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979)
 - EAT-26
 - Bulimia Test o BULIT o BULIT-R (Smith & Thelen, 1984)
 - Bulimia Investigatory Test Edinburgh o BITE
 - Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire o SCOFF (Morgan et al, 1999)
 - ¿Qué hacer desde los centros sanitarios?
- Prevención desde medios de comunicación y las empresas
- Factores de protección para la prevención
- Además del catálogo de talleres, informes, estudios como el "*Trastornos de Conducta Alimentaria. Estudio Socio-Epidemiológico de la población juvenil catalana*", publicaciones, campañas de sensibilización y más recursos que pueden ser de gran ayuda tanto para las personas afectadas, familiares o equipos sanitarios.

National Eating Disorders Association (NEDA):

National Eating Disorders Association. (2020, 8 mayo). *NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION*. NEDA. <https://www.nationaleatingdisorders.org/>

La National Eating Disorders Association (NEDA) es la **mayor organización** sin ánimo de lucro dedicada a apoyar a las personas y familias afectadas por los trastornos alimentarios.

- “En Estados Unidos, 20 millones de mujeres y 10 millones de hombres padecerán un trastorno alimentario en algún momento de su vida. Los trastornos alimentarios son enfermedades graves y potencialmente mortales que afectan a todo tipo de personas, independientemente de su sexo, etnia, tamaño, edad o procedencia. De hecho, los trastornos alimentarios tienen la segunda tasa de mortalidad más alta de todos los trastornos mentales, sólo superada por la adicción a los opioides.”
- “Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades ampliamente incomprendidas y las opciones de apoyo son a menudo inaccesibles. Como resultado, demasiadas personas se sienten desamparadas, desesperadas y asustadas. A través de nuestros programas y servicios, NEDA crea conciencia, construye comunidades de apoyo y recuperación, financia la investigación y pone recursos que salvan vidas en manos de quienes los necesitan.”

Me parece muy útil la información que disponen en los apartados “PREVENTION”, donde hablan de la prevención, de su efectividad, de tipos de programas de prevención y de un programa ejemplo, y “STATISTICS & RESEARCH ON EATING DISORDERS” en donde exponen gran cantidad de datos estadísticos generales y específicos según diferentes grupos de estudio.

Dentro de la página, **el contenido general está en inglés**, pero se puede encontrar una extensión en donde podemos ver los siguientes apartados en español:

- ¿Qué es un Trastorno Alimenticio?
- ¿Qué Causa un Trastorno Alimenticio?
- ¿Qué Me Está Sucediendo?
- Consecuencias de Salud de los Trastornos Alimenticios
- Diez Pasos Hacia una Imagen Positiva
- La Imagen del Cuerpo
- Mitos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria:
“Aún para profesionales que han tratado trastornos de la conducta alimentaria, estas enfermedades pueden ser confusas e incomprensibles. Un hecho que está contribuyendo un estado de confusión es que los trastornos de la conducta alimentaria están rodeados de un gran número de mitos y concepciones erróneas. Puede ser difícil para algunas personas tomar en serio un diagnóstico de un trastorno de la conducta alimentaria. Esta sección ayudará a aclarar algunos de los malentendidos sobre los trastornos de la conducta alimentaria y sobre las personas que están afectadas por éstos. Aprenda más.”
- Factores de Riesgo para los Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Estadísticas de los Trastorno de la Conducta Alimentaria
- ¿Cuántas personas van a batallar en su vida contra un trastorno de la conducta alimentaria?
- Animando a que un ser querido busque ayuda
- Los primeros pasos para recibir ayuda
- Cómo apoyar a un ser querido con un trastorno de la conducta alimentaria
- Animando a su hijo/a que busque ayuda
- El Trastorno de Apetito Desenfrenado (BED).

