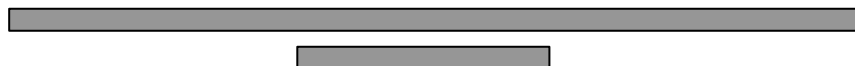


CONTENIDO

	<u>Página</u>
1º PARTE: GENERALIDADES	
1. Introducción.	5
2. Evolución histórico-epidemiológica de los Trastornos alimentarios.	6
2.1. Incidencia de los trastornos alimentarios en el primer Periodo.	6
2.2. Incidencia de los trastornos alimentarios en el Segundo periodo.	8
2.3. Bibliografía	
3. Factores de riesgo asociados.	13
3.1. Minorías socioculturales.	15
3.2. Medios de Comunicación y Trastornos Alimentarios	16
3.3. Factores genéticos y familiares.	17
3.4. Factores psicológicos.	17
3.5. Ejercicio y trastornos alimentarios.	18
3.6. Dieta y trastornos alimentarios.	18
3.7. La edad como marcador del desarrollo en los trastornos alimentarios.	20
4. Criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios	24
5. Bibliografía	
2ª PARTE: TRATAMIENTO AMBULATORIO.	
1. Introducción.	27
2. Criterios para el tratamiento ambulatorio.	27
3. Atención Primaria.	29
4. Centros de Salud Mental de Distrito.	30
5. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.	32
5.1. Introducción.	32
5.2. Procedencia de los pacientes.	33
5.3. Atención inicial al paciente y su familia.	33
5.4. Evaluación de los/as pacientes.	34
5.5. Protocolos de Tratamiento.	34
5.5.1. Principios Generales.	34

	Pág.
5.5.2. Indicaciones y modalidades de intervención.	34
5.5.3. Tipo de intervención terapéutica	35
5.5.4. Consideraciones finales	35
3ª PARTE: HOSPITAL DE DÍA.	
1. Introducción.	37
2. Objetivos del Hospital de Día.	39
3. Requisitos para la acreditación.	41
4. Organización.	41
4.1. Coordinación.	41
4.1.1. Unidad de Hospitalización.	42
4.1.2. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.	43
4.1.3. Centros de Salud Mental de Distrito.	43
4.1.4. Servicios Sociales, Educación y Empresa.	45
4.1.5. Asociaciones de Afectados.	46
4.2. Infraestructura.	47
4.2.1. Espacio.	47
4.2.2. Material y Mobiliario.	48
4.3. Funcionamiento Interno.	49
4.3.1. Horario de Actividades.	49
4.3.2. Cartera de Servicios Clínico-terapéuticos.	50
◆ Actividades Psicoterapéuticas.	50
◆ Prescripción Psicofarmacológica.	52
4.3.3. Criterios de Admisión al Hospital de Día.	52
◆ Indicaciones.	52
◆ Criterios de Exclusión.	53
4.3.4. Programa de Voluntariado.	54
4.3.5. Protocolo de Recogida de Información Clínica.	54
4.3.6. Programa de Investigación.	55
4.3.7. Programa de Prevención.	56
4.3.8. Programa de Formación Continuada.	57
4.4. Equipo (recursos humanos)	58
4ª PARTE: UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.	
1. Introducción.	60
2. Criterios de ingreso	60
2.1. Para la anorexia nerviosa	60

	Pag.
2.2. Para la bulimia nerviosa	61
3. Criterios de exclusión	62
4. Objetivos de la hospitalización	62
5. Programas de la Unidad de Hospitalización	63
5.1. Programa de actuación médica	63
5.2. Programa de atención dietética	64
5.3. Programa de atención médico-psicológica	65
5.4. Horario de la Unidad de Hospitalización	66
5.5. Programa de enfermería	66
5.6. Programa regulador de visitas de Familiares	67
6. Infraestructura de la Unidad de Hospitalización	68
6.1. Habitaciones de los pacientes	68
6.2. El staff de enfermería	69
6.3. Sala de estar para los pacientes	69
6.4. Despachos clínicos	69
6.5. Aspectos éticos y legales en la implementación obligatoria del tratamiento	69
7. RECURSOS HUMANOS	72
8. APÉNDICES	74



1ª PARTE GENERALIDADES

1. INTRODUCCIÓN

En este documento pretendemos dar una visión integral del tratamiento a los Trastornos Alimentarios Anorexia, Bulimia nerviosas y *Binge Eating* en lo referente a aspectos organizacionales. Los planteamientos de organización de la atención terapéutica desarrollados parten de una valoración biopsicosocial de los pacientes y se fundamentan en la praxis de la psiquiatría y la psicología comunitarias.

¿Qué significa, en cuanto a calidad asistencial para el paciente, una praxis comunitaria y una valoración biopsicosocial? . La praxis comunitaria se enmarca en la permanente consideración del entorno psicosocial y familiar de los pacientes con su necesaria implicación en los planes del tratamiento, y procurando la menor estigmatización posible de los mismos, así como impedir una ruptura con su entorno social habitual de convivencia, sea escolar, laboral, redes de apoyo social o familiar. La valoración biopsicosocial contempla la causación de la patología mental como resultado de la interacción de múltiples factores: biológicos, psicológicos y sociales. La ponderación de cada uno de ellos, en cada paciente, determinará la jerarquía de las distintas intervenciones terapéuticas dentro del diseño del Plan de Tratamiento Personalizado de modalidad multicomponente.

Por tanto, deseamos crear unas bases sólidas y dinámicas sobre las que debería sustentarse un servicio especializado en el tratamiento de los trastornos alimentarios, pensando, sobre todo, en la patología más emergente de nuestros días: la anorexia, la bulimia nerviosas y el *Binge Eating* o comida compulsiva (atracones).

Una vez asumida la necesidad de crear Programas Especializados debido al incremento alarmante de la incidencia de esta patología y tras un largo debate sobre la conveniencia, o no, de su implementación en nuestra Comunidad Autónoma, hemos creído tener en cuenta la experiencia acumulada por aquellos que llevaban largo tiempo funcionando en otras Autonomías: Madrid (Hospital Niño Jesús), Barcelona (Hospitales Universitarios de Belvitge y Maternidad) y, al mismo tiempo, optimizando las prestaciones que se vienen desarrollando en ellas. Efectivamente, las unidades anteriormente mencionadas adolecen, a nuestro juicio, de demasiado hospitalocentrismo con una marcada desconexión entre los servicios comunitarios y la red de atención especializada. Esta circunstancia conlleva, en bastantes ocasiones, rupturas y abandonos prematuros de los tratamientos en curso. Al mismo tiempo, es prácticamente imposible realizar labores de prevención de forma coordinada con los estamentos comunitarios y educativos.

Es necesario afrontar la patología alimentaria de forma decidida y, sobre todo, desarrollando programas de prevención. Suponen hoy día un grave problema de Salud Pública, tanto por el contrastado incremento de la morbilidad como por la cada vez menor edad de presentación y siempre a una edad en donde se interfiere significativamente la vida social, escolar o laboral y familiar de los pacientes. Sin embargo, hablar de prevención, aunque atractivo, en estos momentos es sumamente difícil si tenemos en cuenta que no existe información epidemiológica que nos aclaren suficientemente cuales son los factores de riesgo específicos que ponen en marcha la presencia de los trastornos alimentarios y menos aún si deseamos sustentar la prevención sobre aspectos evolutivos. Por ello, como medida previa a los programas de prevención, deben simultanearse la investigación epidemiológica clínica y de campo con las tareas asistenciales, para lo que la administración debería favorecer y apoyar económicamente las iniciativas que aparezcan en esta línea. Europa nos lleva diez años de ventaja, no solo en la investigación epidemiológica, sino también en la aplicación de programas de

prevención en el ámbito escolar y poblaciones consideradas de alto riesgo (deportistas de alta competición, danza etc.) aunque, debemos reconocer que con resultados muy variables.

Hemos considerado importante iniciar este proyecto dando unas pinceladas sobre la evolución histórica de la incidencia y prevalencia de los trastornos alimentarios y los factores de riesgo y de mantenimiento mejor evaluados, con objeto de situarlos objetivamente en sus actuales dimensiones de Salud Pública.

De igual forma todo nuestro proyecto, no solo se enmarca en los fundamentos de la psiquiatría comunitaria sino, más concretamente, en los planes organizativos en los que se apoyaron los objetivos de la Reforma Psiquiátrica en Andalucía. Será difícil entender los planteamientos de coordinación interniveles aquí propuestos si no se tiene un mínimo de conocimiento de la Reforma Psiquiátrica Andaluza.

Todo nuestro proyecto ha tenido en cuenta lo que es el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Sobre todo, en lo referente a la participación del usuario y en la búsqueda permanente de una mejora continua de la eficiencia.

2. EVOLUCIÓN HISTÓRICO - EPIDEMIOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS (TA).

La incidencia de los trastornos alimentarios viene determinada por dos periodos claramente definidos: el primero, abarca desde los estudios pioneros publicados en la etapa que va de 1931 a 1985 y, el segundo, hacia el final de la década de los ochenta y principios de los noventa. Durante todo el primer periodo, tanto la incidencia como la prevalencia se mantienen en unas tasas más o menos estables. En el segundo, tal vez por razones que explicaremos más adelante, la incidencia se ha disparado a tasas verdaderamente alarmantes.

2.1. INCIDENCIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN EL PRIMER PERIODO (1931-1982)

THEANDER (1970), publica los resultados del estudio que realizó sobre tres cohortes históricas en el sur de Suecia. Los registros se obtuvieron de los hospitales psiquiátricos de la región. Por tanto, se trataba de una incidencia asistida en los hospitales públicos. Observamos una ligera progresión en las tres décadas que estudia:

1931-1940	Incidencia = 0,1 x 100.000 x año.
1941-1950	" = 0,2 x 100.000 x año
1951-1960	" = 0,5 x 100.000 x año

En este estudio se mantiene una proporción mujer/hombre de 10/1. Como la mayoría de las investigaciones de esta época, presentan el inconveniente de estar basados en incidencia asistida, lo que nos indicaría que la incidencia real fuera sensiblemente mayor. El total de pacientes diagnosticados fue de 90.

KENDEL y cols. (1973) publican la incidencia encontrada en dos cohortes de diferente localización geográfica. Una referida a la población de un barrio de Londres (Camberwell) y, el segundo periodo, en el norte de Escocia. La metodología seguida consistió en recoger todos los pacientes diagnosticados de esta patología en los *Case Register* oficiales. Es decir, aunque comprendía tanto hospitales como consultas de atención primaria, igualmente se trataba de incidencia atendida. Los resultados fueron los siguientes:

1965-1971 (Camberwell)	incidencia = $0,66 \times 100.000 \times \text{año}$
1966-1969 (Escocia)	incidencia = $1,6 \times 100.000 \times \text{año}$

Los resultados referidos a Escocia contrastan con los encontrados por SZMUKLER y cols que, aunque publicados años más tarde (1986), se refieren a los años 1978-1982 y extraídos de la misma población. De forma sorprendente la incidencia encontrada se eleva hasta los 4,06 casos nuevos por 100.000 habitantes y por año. Los puntos de sondeo que utilizaron fueron los mismos que los de Kendel y cols.

JONES y cols. (1980) publican los resultados de su investigación sobre dos cohortes diferentes (1960-1969 y 1970-1976). Como puntos de información utilizaron las historias clínicas de los hospitales psiquiátricos y los Registros Acumulativos de Casos de Monroe County del estado de Nueva York. Los resultados fueron los siguientes:

1960-1969	Incidencia = $0,4 \times 100.000 \times \text{año}$
1970-1976	" = $0,6 \times 100.000 \times \text{año}$

El primer estudio de incidencia que hemos encontrado referido a Suiza es el de WILLI y GROSSMAN (1983). Para la recogida de información utilizaron las historias clínicas de los hospitales psiquiátricos y pediátricos del cantón de Zurich durante tres periodos aleatorizados de tiempo desde 1956 a 1975:

Los autores descartaron que el incremento observado fuera debido a que los pacientes fueran ingresados más precozmente o a una menor gravedad. WILLI y cols (1990) realizaron más tarde un nuevo estudio epidemiológico con objeto de analizar los cambios en la presentación de la anorexia. Estudiaron el periodo de 1983 a 1985. La incidencia encontrada fue de 1,43 casos por 100.000 personas y año. Observan que el leve incremento se debía a casos mixtos anorexia-bulimia.

En la región de Assen en Holanda, HOECK y BROOK (1985) estudiaron el periodo 1974 a 1982, basándose en el Registro Acumulativo de Casos, encontrando una incidencia de 5 casos por 100.000 y año. Este autor en una comunicación posterior encontró seis casos por 100.000 y año para el periodo 1892 a 1985.

En Rochester (EEUU) el estudio más relevante en esta etapa ha sido el de LUCAS y cols (1991). Estos investigadores estudian diferentes periodos de tiempo que van desde 1935 a 1984:

1935-1939	Incidencia = $16,6 \times 100.000 \times \text{año}$ (15-19 años)
1950-1954	Incidencia = $7,0 \times 100.000 \times \text{año}$ (15-19 años)
1980-1984	Incidencia = $26,3 \times 100.000 \times \text{año}$ (15-19 años)

Al ajustar por edad y género estas tasas, resultó una incidencia media anual por 100.000 habitantes de 14,6 para las mujeres y de 1,8 para los hombres. La prevalencia fue de 269 x 100.000 para las mujeres y de 22,5 para el sexo masculino.

1.1. **INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA EN EL SEGUNDO PERIODO (1985 EN ADELANTE).**

En las investigaciones epidemiológicas realizadas durante esta etapa, aunque se observa un incremento significativo de la incidencia y prevalencia de los trastornos alimentarios, es evidente la gran variabilidad de las tasas en contextos socioculturales muy parecidos a los nuestros.

Para FOMBONNE (1996), según un estudio de revisión basado en las investigaciones sobre registros hospitalarios, estudios de población general e investigaciones-base, desde 1980 a 1995, el incremento aparente de los trastornos alimentarios de anorexia nerviosa y bulimia no es real, sino que obedece al incremento de la demanda a las agencias de salud, así como a la utilización de mejores criterios diagnósticos. Igualmente, refiere que la insatisfacción en cuanto a imagen corporal y la utilización abusiva de dietas, por parte de los adolescentes, es un fenómeno suficientemente bien contrastado desde hace treinta años sin que haya sufrido especiales variaciones desde entonces.

El contrapunto a las tesis de Fombonne lo tenemos en el GRUPO DE PARIS. TORDJMAN (1994) afirma que si tenemos en cuenta la totalidad de trastornos alimentarios se presentaría en el 68,4% de la población general. Para FLAMMET (1993), la tasa de prevalencia de la bulimia nerviosa sería del 1,1% en mujeres y del 0,2% en hombres. Sin embargo, la metodología del diseño utilizado es fácilmente criticable ya que cometen bastantes sesgos de clasificación y de selección muestral. NARRING (1995) en una revisión de la literatura que comprende los últimos 40 años concluye que hasta el año 1980 la incidencia de la anorexia nerviosa se ha ido progresivamente incrementando, a partir de 1990 la anorexia típica se ha mantenido constante contrariamente a los síndromes incompletos que se han incrementado considerablemente. Este investigador recomienda precaución respecto a la utilización de cuestionarios auto - administrados en los estudios epidemiológicos, ya que si bien estos sirven para detectar los casos menores de anorexia y de trastornos alimentarios en general, sin embargo los casos de anorexia auténticos o graves solo se pueden detectar a través de la exploración clínica.

La revisión de STEINER y cols (1998) centrada fundamentalmente en los aspectos del desarrollo psicológico ligados a la presentación de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes, observa la ausencia casi total de esta consideración, así como una ausencia de evaluaciones pertinentes en cuanto a la continuidad y discontinuidad de esta patología sobre la base de la edad. También afirma que los estudios en estas edades adolecen de una falta importante de evaluaciones de los tratamientos que contemplen la variable desarrollo. En el apartado dedicado a los factores de riesgo, los abordaremos sucintamente contemplado los aspectos evolutivos de los mismos.

A continuación exponemos los estudios realizados en diferentes países que, aunque difieren poco en las tasas, sí que su metodología es más fiable.

DINAMARCA

El primer estudio en Dinamarca sobre prevalencia se realizó en Fyn County por JOERGENSEN (1992) utilizando los registros nacionales y los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Los resultados fueron los siguientes: la incidencia para la anorexia fue del 11,0 por 100.000 personas entre 10 y 24 años por año, para la bulimia nerviosa el 5.5 por 100.000 personas de la misma edad por año. La prevalencia para la anorexia nerviosa fue de 1 por 780 y para la bulimia 1 por 1480, siendo la edad de mayor riesgo entre los 15 y 19 años para ambos trastornos.

Posteriormente, PAGESBERG (1994) en un estudio retrospectivo que comprende los años 1980 a 1989, utilizando el *Danish Psychiatric Register*, se encontró una tasa cruda de incidencia para la Anorexia nerviosa de 136 por 100.000 y año y para la Bulimia Nerviosa de 45 casos nuevos por 100.000 y año. Las tasas de prevalencia fueron de 222 por 100.000 para la anorexia y de 89 para la bulimia. Este estudio puso en evidencia que solo la mitad de los casos estaban registrados, la otra mitad fueron extraídos a través de encuestas en atención primaria. A pesar de los esfuerzos se cometieron algunos errores metodológicos que MUNK JORGENSEN y cols (1996) intentaron eliminar en su estudio de los años 1970 a 1993. Estos autores llegan a unos resultados muy parecidos y encuentran un incremento anual medio de la incidencia de 0,40 casos por 100.000 para edades comprendidas entre los 15 y 24 años. No encuentran variación anual en la incidencia anual de los hombres.

REINO UNIDO

Además del estudio de revisión de Fombonne, citada anteriormente, se han realizado otros de bastante interés. EAGLES y cols (1995) a través de una encuesta realizada en los hospitales generales y de psiquiatría de Escocia, analizan los casos de trastornos alimentarios atendidos durante dos cohortes históricas: 1970-1972 y 1989-1991. Hallan un incremento anual para la anorexia de 5,3%. Sin embargo, para estos autores, el incremento se debería más a que los ingresos se realizan con criterios de menor gravedad que a un incremento real de la morbilidad de los trastornos alimentarios.

ROONEY y cols (1995) investigaron la incidencia y prevalencia de la anorexia nerviosa en Londres. Para ello utilizaron como puntos de sondeo los hospitales y trabajadores comunitarios. El tiempo estudiado fue de 1991 a 1992 sobre una población de 519.900 habitantes. Los resultados fueron los siguientes: La prevalencia para la anorexia nerviosa sin ajustar por tramos de edad fue de 20.2 por 100.000; la incidencia anual cruda fue de 2.7 casos 100.000. Al considerar la edad entre los 15 a 29 años, la incidencia anual se incrementó a 19,2 casos por 100.000 y la prevalencia a 115.4 por 100.000. Estos autores creen que estas tasas están subestimadas.

TURNBULL y cols (1996) utilizando los registros de medicina general estudiaron la incidencia de la anorexia y la bulimia nerviosas entre 1988 y 1994. Para asegurarse de la fiabilidad del diagnóstico utilizaron una muestra aleatoria de historias clínicas. La incidencia anual de anorexia nerviosa fue de 4.2 por 100.000 habitantes y para la bulimia nerviosa de 12.2 casos nuevos por 100.000.

HOLANDA

HOEK y cols (1995) en un estudio longitudinal prospectivo sobre una población de 151.781 habitantes y representativos de la población holandesa utilizando como puntos de sondeo las consultas producidas en medicina general, investigaron la incidencia anual

para los trastornos alimentarios anorexia y bulimia nerviosas considerando, igualmente, el impacto de la urbanización en su presentación. Los resultados fueron los siguientes:

- Tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes para la anorexia de 8.1 casos y para la bulimia de 11.5 casos.
- No se encontraron diferencias rural/urbano para la anorexia. Para la bulimia, sin embargo, fueron las siguientes: Rural, 6.6; zonas intermedias, 19,9 y zonas urbanas, 37,9 nuevos casos por 100.000 habitantes.
- No se evidenció una tendencia a incrementarse la incidencia anual para la anorexia, contrariamente a lo que sucede para la bulimia.

Por tanto, estos autores concluyen que la urbanización supone un incremento de riesgo para bulimia y no para la anorexia.

ISRAEL

En un estudio epidemiológico en población general de adolescentes de 12 a 18 años y que comprendía al 80% de la población, se estudió por MITRANY y cols (1995) la incidencia de la anorexia y la bulimia durante el periodo de 1989 a 1993. La incidencia media anual por 100.000 habitantes fue de 29.0 casos nuevos para la anorexia y de 8.6 para la bulimia. Para todos los tipos de trastornos alimentarios fue de 48,8 por 100.000 habitantes. Este estudio resalta por la calidad metodológica del diseño.

CANADA

GARFINKEL y cols (1995) en un estudio realizado sobre una muestra aleatoria de 8.116 adolescentes de Ontario y representativa de la población de adolescentes de esta ciudad, encontraron una tasa de prevalencia para la bulimia nerviosa en mujeres del 1.1% y en hombres del 0.1%.

ESTADOS UNIDOS

Citaremos, en primer lugar, el trabajo epidemiológico realizado por SOUNDY y cols (1995) en Minnesota. Se trata de un estudio basado en los registros del *Rochester Epidemiology Project* y comprende los años 1980 a 1990. La edad de los sujetos en estudio era de 14 a 40 años de ambos sexos. La tasa de incidencia anual para la bulimia en mujeres fue de 7.4 casos nuevos por 100.000 en 1980, se incrementa progresivamente hasta 1983: 49,7 casos por 100.000, estabilizándose posteriormente hasta 1990 con 30 casos nuevos por 100.000. En el sexo masculino la incidencia permanece constante con 0,8 casos nuevos por año y por 100.000 habitantes. Se trata de tasas crudas que al ajustarlas por edad se obtuvo una incidencia anual para la bulimia en mujeres de 13.5 casos por 100.000 habitantes.

Posteriormente se han realizado dos importantes estudios de prevalencia en poblaciones de riesgo. La primera, en una muestra de 32,144 mujeres pertenecientes al ejército de los EEUU con una edad media de 19,9 años. Los resultados indican que el 11% de los sujetos de la muestra presentaban riesgo importante para el desarrollo de un trastorno alimentario definido como el uso regular de dietas restrictivas. (HADDOCK et cols, 1999). El segundo estudio ha sido realizado por CRAIG et cols (1999) en una muestra de atletas. Los resultados han sido los siguientes: el 9,2% de las mujeres y el 0,01 % de los hombres presentaban serios problemas de bulimia. Ninguno presentó criterios completos para poder emitir el diagnóstico de anorexia nerviosa. Sin embargo, síndromes

incompletos se presentaron en el 2,85 de las mujeres y ninguno en los hombres. Atracones (*Binge Eating*) los presentaron el 10,85 de las mujeres y el 13,02 % de los hombres. Respecto a conductas purgativas las presentaron el 5,52% de las mujeres y el 2,04 de los hombres.

NORUEGA

GÖTESTAM y cols (1995a y1995b) realizan dos estudios epidemiológicos. El primero de ellos se realiza sobre la población psiquiátrica atendida, tanto ambulatoria (10.125 personas) como hospitalizada (8.942 pacientes). La proporción de pacientes con anorexia y bulimia hospitalizados fue para el sexo femenino de 1,6% y para el masculino de 3,8%. En el ámbito ambulatorio, en hombres fue para la anorexia de 0,8%, para la bulimia 0,7% y para la anorexia-bulimia 0,3%. En mujeres la anorexia representó el 5,7%, la bulimia el 7,3% y la anorexia-bulimia el 1,6%.

La segunda investigación se realizó en población general del sexo femenino. Se calculó la prevalencia a lo largo de la vida y la puntual. En la primera se encontró una prevalencia de trastornos alimentarios del 8,7% y en la segunda del 3,8%. La distribución por categorías diagnósticas fue la siguiente:

- Prevalencia a lo largo de la vida: para *Binge eating*, 3,2%; para la bulimia el 1,6%; para la anorexia el 0,4% y para los EDNOS el 3,0%.
- La prevalencia puntual para el *Binge eating* fue 3,0%, para la bulimia el 0,7%, para anorexia el 0,3% y para el EDNOS el 1,3%.

SUECIA

GHADERI et cols (1999) han realizado un estudio de prevalencia y de los factores psicosociales asociados en una muestra de 1,157 mujeres de edades comprendidas entre los 18 y 30 años. Encontraron una prevalencia "lifetime" y puntual del 7,8% y 2,6% respectivamente. Los factores asociados que encontraron fueron una baja autoestima, menor soporte social y familiar percibido, así como mayores preocupaciones respecto a la figura y el peso.

INDIA

Hemos querido reflejar el trabajo de KHANDELWAL y cols por el interés transcultural que conlleva. En efecto, nos manifiestan la rareza de los trastornos alimentarios en la India, así como las diferencias semiológicas de los escasos casos encontrados con respecto a los pacientes occidentales. En este sentido, si bien existe una negación a alimentarse con rechazo activo y repugnancia hacia los alimentos, no existe una distorsión de la imagen corporal, síntoma tan patognomónico en la casuística occidental.

JAPON

KUBOKI y cols (1996) realizaron un estudio de prevalencia de la anorexia en Japón tomando como base de sondeo los casos atendidos en los hospitales en 1985 y 1992. Las cifras encontradas se mantuvieron estables en los dos años estudiados, dando los siguientes resultados: Sin distinción de género, la tasa fue de 3,6 a 4,5 por 100.000 habitantes. En la población femenina, de 6,3 a 9,7 por 100.000 y entre los 13 y 29 años del 25,2 a 30,7 por 100.000 habitantes. En 1999, NAKAMURA et cols publican los resultados de un estudio de prevalencia en una sola etapa y utilizando el *Eating Attitudes Test-26*. El 5,4% de un total de 2,685 adolescentes que participaron en el estudio puntuaron más de 20 puntos, lo que se supone que este porcentaje son sujetos en riesgo. Estos resultados habría que validarlos a través de una segunda etapa que

confirmara realmente el porcentaje de casos reales que posiblemente sería bastante menor.

AUSTRALIA

WADE y cols (1996) realizan en Australia un estudio sobre la prevalencia de anorexia y bulimia en parejas de gemelos. Se estudiaron dos cohortes históricas: 1988-1989 y 1992-1993. No se encontraron diferencias entre las dos cohortes. La prevalencia para la anorexia fue del 0,4% y para la bulimia del 1,8%.

A modo de resumen de la exposición que hemos realizado podemos citar la revisión de PAULUCK DEBRA et cols (1998) acerca de los diferentes estudios epidemiológicos más relevantes aparecidos hasta el momento: Las diferencias de incidencia entre sexos para la anorexia nerviosa van del 8,20 al 18,46 en mujeres frente al varón que permanece constante con el 2,25 por 100.000 personas y año. La incidencia aumenta en 15 veces más cuando se contempla el tramo de edad de 13 a 19 años. Y, finalmente, se observa una tendencia a incrementarse los trastornos alimentarios con una incidencia de 6,28 nuevos casos por 100.000 y año en 1950-1964 frente a 17,70 casos nuevos por 100.000 habitantes y años en 1980-1992.

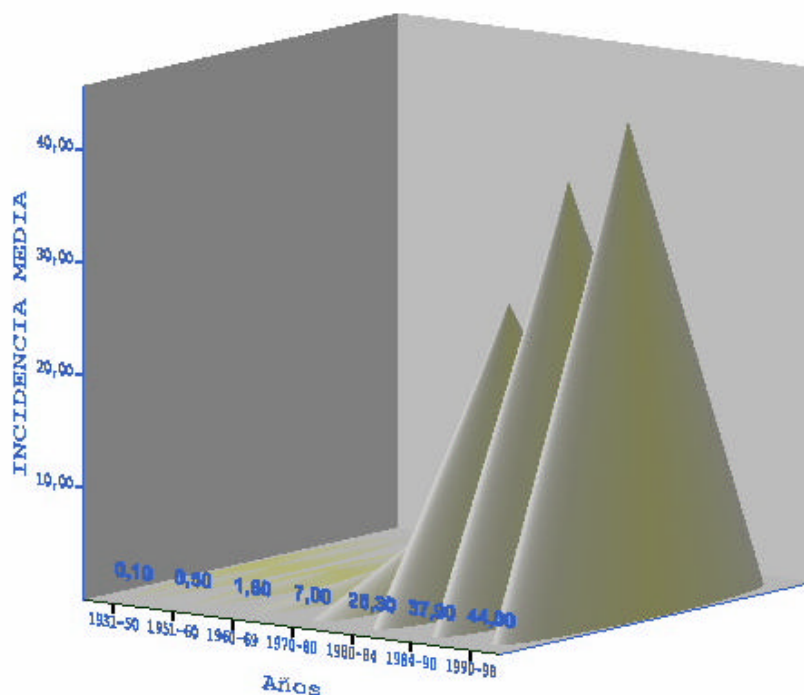
ITALIA

APOLLINI et cols (1999) estudian la prevalencia en una muestra de 1343 mujeres y 1359 hombres adolescentes utilizando como instrumentos de screenig el *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* y el *Eating Attitude Test*. Las puntuaciones fueron significativamente altas en el 13,3% de las mujeres y en el 2,5% de los hombres para la anorexia nerviosa y, respecto a la bulimia, puntuaron significativamente alto el 20% de las estudiantes y el 2% de los hombres. Los autores opinan que los trastornos alimentarios, en la actualidad, representan un auténtico problema de salud pública. Concluyen que depurando los resultados anteriores, el 10% de las mujeres adolescentes y el 2% de los hombres presentarían un trastorno alimentario, sea anorexia o bulimia.

ESPAÑA

En nuestro país han sido muy reducidos los estudios epidemiológicos. Hay que citar a TORO et cols (1989) en donde estudian una muestra de 1554 adolescentes entre 12 y 19 años utilizando el EAT como instrumento de screenig. Detectan el 1,2% en varones y el 9,8% en mujeres como sujetos sospechosos de padecer trastornos alimentarios. RAICH et cols (1992) en una muestra transcultural de España y EEUU y utilizando el mismo cuestionarios, encuentran una prevalencia en varones del 0,1% de españoles y del 0,2% de americanos; respecto a las mujeres fue del 0,9% y del 3,5% respectivamente. CARBAJO et cols (1995) encontraron una prevalencia global del 12,4 %. Finalmente, MORANDÉ et cols (1999) en una muestra de 724 chicas y 557 chicos adolescentes de Madrid con una edad media de 15,7 años realizan un estudio de prevalencia en dos etapas. En la primera se paso el *Eating Disorders Inventory* y en la segunda una entrevista estructurada, utilizando los criterios DSM-III-R. Se confirmó el diagnóstico de anorexia nerviosa en el 0,69 % y el 1,24 para la bulimia nerviosa. Cuando se consideraron los síndromes incompletos, el 4,7% de las mujeres y el 0,9% de los hombres presentaban alguno de los trastornos alimentarios.

Figura - 1: Evolución histórica de la incidencia promedio de los Trastornos Alimentarios Anorexia y Bulimia



Hemos considerado importante la exposición anterior ya que nos indica la tendencia de la morbilidad de los trastornos alimentarios, las posibilidades asistenciales de las actuales estructuras, así como los cambios y adaptaciones necesarias para ofrecer una prestación de servicios mínimamente satisfactoria.

Creo que esta introducción quedaría insuficiente si no contemplamos los factores de riesgo ligados a la presentación y mantenimientos de la patología que nos ocupa, si tenemos en cuenta que unas de las funciones más importantes de una estructura asistencial especializada debe ser la prevención y así lo contemplamos en el desarrollo de la presente memoria.

2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENTACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Aunque genéricamente hablemos de Factores de Riesgo, normalmente si nos expresamos con propiedad metodológica nos referimos a factores con mayor o menor peso asociativo. No existen suficientes estudios de cohorte longitudinales prospectivos que nos permitan hablar con certeza sobre auténticos factores de riesgo.

Hablar hoy de Factores de Riesgo, significa comprender la etiopatogenia de los trastornos alimentarios desde los MODELOS ACUMULATIVOS DE RIESGO. Difícilmente podemos sostener que un solo factor sea suficiente para desencadenar un cuadro anoréxico o bulímico.

Ha sido PIKE (1995) el autor que mejor ha desarrollado el MODELO ACUMULATIVO DE RIESGO, integrando los factores biológicos, somatopsíquicos, socioculturales y de personalidad en la etiopatogenia de los trastornos alimentarios, aunque centrándose fundamentalmente en la bulimia nerviosa. Ha analizado conjuntamente los factores familiares, los soportes sociales, las creencias y adscripciones a los grupos sociales de referencia, así como las características de personalidad y funcionamiento o estilos cognitivos.

A pesar de la incertidumbre acerca de auténticos factores de riesgo, algunos autores han intentado delimitar aquellos que se asocian más o menos frecuentemente, aunque no de forma específica, con los diferentes subtipos clínicos. Así en la Figura - 2 presentamos los factores de riesgo para el *Binge Eating*, en la Tablas - 1 y 2 los referentes a la anorexia y a la bulimia, respectivamente (VANDEREYCKEN et cols, 1998).

Figura - 2: Factores de riesgo para el Binge Eating (Atracones).

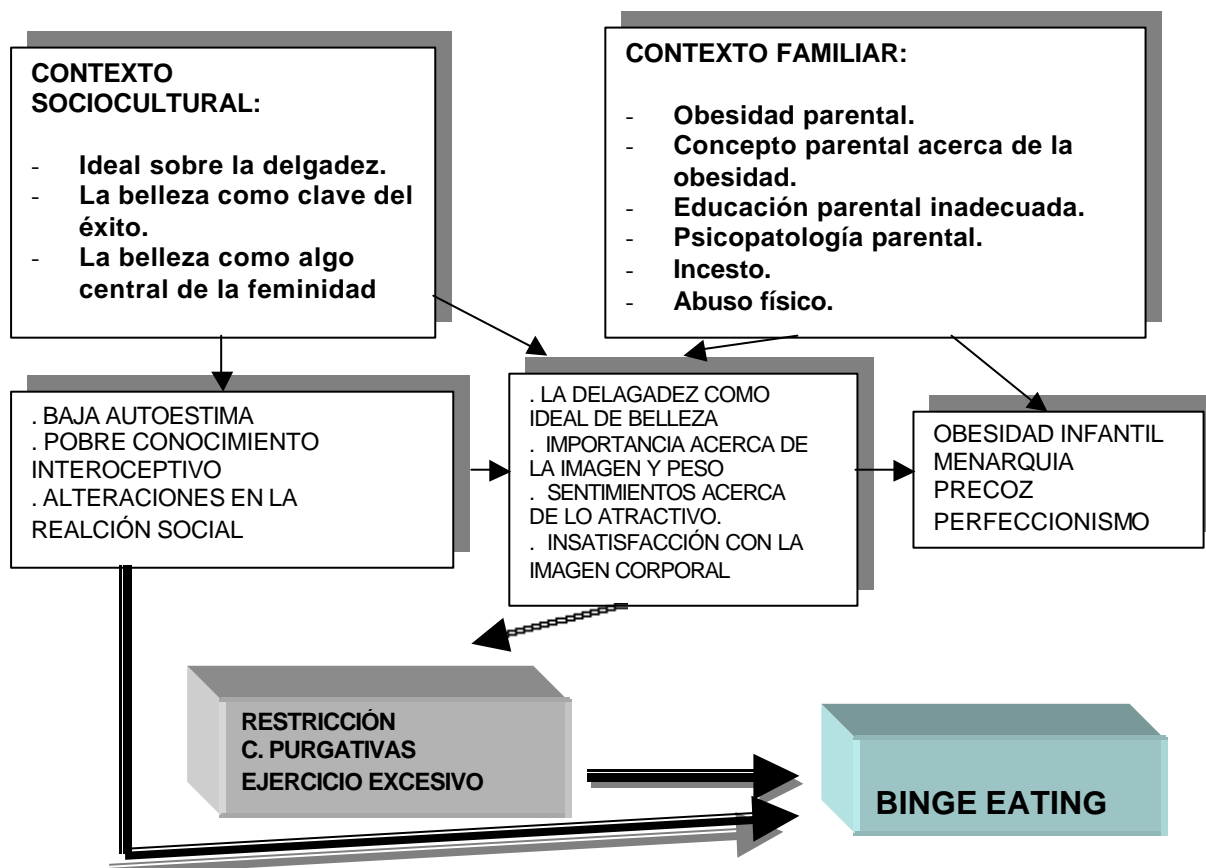


TABLA - 1: Factores de riesgo para la anorexia nerviosa.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel educativo y profesional parental medio-alto. 2. Problemas alimentarios precoces. 3. Obesidad previa. 4. Preocupación familiar por la apariencia física. 5. Rasgos dependientes de personalidad.
--

TABLA - 2: Factores de riesgo para la bulimia nerviosa.

1. Menarquia precoz.
2. Locus de control externo.
3. Baja autoestima.
4. Obesidad infantil.
5. Trastorno de personalidad.
6. Sentimientos sobre el peso.
7. Presiones sociales sobre el peso y/o la comida.
8. Utilización de dietas en la familia.
9. Trastornos alimentarios en la familia.
10. Psicopatología parental.
11. Educación parental inadecuada.
12. Discordia parental.
13. Abuso sexual.

Todos los aspectos considerados anteriormente los hemos agrupados en varios epígrafes que desarrollaremos brevemente.

2.1. MINORÍAS SOCIOCULTURALES

Ha sido, y es, uno de los aspectos más estudiados en relación con la génesis de los trastornos alimentarios. Se justifica este marcado interés si tenemos en cuenta que la morbilidad de los trastornos alimentarios difiere significativamente entre las diferentes culturas. Aunque en el apartado referido a la epidemiología, hemos visto que no existen grandes diferencias entre la incidencia que se presenta en Japón con respecto a los demás países occidentales, ha sido la escasa morbilidad entre las mujeres asiáticas lo que llevó a WARDLE y cols (1993) a estudiar dos grupos de mujeres británicas, unas de origen asiático y otras caucásicas. Encontró que, las de origen asiático, son más tolerantes al peso, habitualmente más satisfechas con su cuerpo y una menor propensión a dejar peso

y a restringir alimentos. Sin embargo, cuando ajustó los resultados por peso y talla las diferencias fueron menores. A pesar de ello, para este autor resultan decisivas las influencias culturales de origen, así como el tiempo que se ha estado residiendo en una sociedad occidentalizada, en las cogniciones referidas a la satisfacción con la imagen corporal. En esta misma línea interpretativa puede situarse la investigación realizada por MILDRED (1995) en Australia cuando estudia dos grupos de mujeres, unas de origen griego y otras inglés. En ambos grupos estudia las pautas de comida, el nivel de adaptabilidad familiar, así como el peso de la madre. Las diferencias entre ambos grupos, aunque existían, no eran suficientes para explicar la patología alimentaria. CRAGO y cols (1996) estudiando a hispanos, jóvenes de raza negra y blancos de EEUU, pone en evidencia que las adolescentes de los grupos étnicos minoritarios más vulnerables son aquellas que presentan un mayor nivel educativo, un mayor grado de identificación con los valores de la cultura blanca, con los valores de la clase media, más severas, como rasgo de personalidad, y más jóvenes.

Todas las investigaciones que se han venido realizando sobre las variables socioculturales y su influencia en la génesis de los trastornos alimentarios, demuestran la gran importancia que la cultura occidental, y el rol femenino que defiende, tienen. Por tanto, la prevención, en uno de sus frentes, debe ir encaminada al cambio de los tópicos sociales actuales sobre la figura femenina y el culto desmesurado a la delgadez. En esta compleja tarea, se comprende, deben estar implicados, no solo las estructuras sanitarias sino, igualmente, las educativas, la administración política y los medios de comunicación y las Asociaciones de usuarios.

2.2. MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

De todos es conocida la influencia de los **medios de comunicación**, y especialmente la televisión, en la presentación de los trastornos alimentarios. Juegan un importante en la determinación y el mantenimiento de patrones acerca del prototipo corporal aceptable entre los adolescentes. Lanzan y mantienen con frecuencia el mensaje de que el éxito personal depende fundamentalmente de la apariencia física y que se puede moldear el cuerpo a gusto de uno mismo sin problemas. VERRI y cols (1997) realizaron un estudio con adolescentes italianos en donde se evaluó 1) el tiempo dedicado a ver la televisión, 2) la influencia de la televisión en la elección de cosas buenas a comprar 3) el ideal de la imagen corporal y 4) la elección de programas. Esta investigación puso en evidencia que los pacientes con trastornos alimentarios dependían más de la televisión y estaban más influidos por ella en las actitudes hacia las compras. Tanto los controles como los/as pacientes tenía preferencia por la delgadez, sin embargo los pacientes estaban mas influidas por la apariencia y proporciones del cuerpo. Estos autores insisten en la necesidad de controlar los mensajes en los medios de comunicación, sobre todo en la televisión, y en particular cuando estos pertenecen más al mito y a la falsedad que a la realidad.

Con anterioridad a estos autores, en nuestro país, TORO y cols (1987) en su excelente monografía sobre la anorexia nerviosa, citan un estudio propio sobre el análisis de la publicidad proadelgazamiento a través de mensajes directos e indirectos en las revistas femeninas españolas durante los meses de mayo de 1984 y 1985 cuyos resultados reflejamos en la TABLA - 3.

TABLA - 3: Porcentaje de anuncios proadelgazamiento.

	1984	1985
Anuncios directos	10,43 %	7,01%
Anuncios indirectos	14,24%	12,30%
Anuncios totales	24,60%	19,31%

2.3. FACTORES GENÉTICOS Y FAMILIARES.

A pesar del incremento de las investigaciones encaminadas a circunscribir el concepto de vulnerabilidad genética de los trastornos alimentarios, parece que los estudios de agregación familiar y de gemelos nos orientan hacia un espectro común con los trastornos afectivos y de ansiedad más que hacia un terreno de vulnerabilidad específico para los trastornos alimentarios.

En una evaluación sobre 1.030 parejas dizigóticas del *Virginia Twin Register*, KENDLER y cols (1995), utilizando el análisis multivariante, investigan los factores de riesgo genéticos, ambientales y familiares, así como los ambientales específicos para cada individuo. Según se deduce de esta investigación, sería la bulimia nerviosa la que mayor peso genético presenta en su etiopatogenia, sobretodo cuando se encuentra asociada a trastornos por ansiedad y fobias. De otra parte, para estos mismos investigadores, existe un espectro de trastornos psiquiátricos que parecen tener una vulnerabilidad genética común: fobias, ansiedad generalizada, trastornos de pánico, bulimia nerviosa, depresión y alcoholismo.

Con una metodología diferente, WALTERS y cols (1995), comparan los factores de riesgo asociados a la anorexia nerviosa, diagnosticada con criterios estrictos, respecto a los síndromes anoréxico - like. El estudio se realizó sobre 2.163 mujeres gemelas y se utilizaron tres procedimientos diagnósticos: por ordenador con criterios estrictos, criterios clínicos estrictos y con criterios flexibles. La prevalencia encontrada por este procedimiento fue del 0,5%, 1,6% y el 3,70%, respectivamente. La anorexia nerviosa mostró una asociación significativa con depresión mayor, estando la bulimia nerviosa asociada a trastornos por ansiedad, alcoholismo, fobias y crisis de pánico. Estos resultados coinciden, como puede observarse, con los de KENDLER.

Estos investigadores concluyen que existe un espectro de Síndromes Anoréxico-Like de presentación familiar y asociado a trastornos afectivos.

2.4. FACTORES PSICOLÓGICOS.

Bajo este epígrafe contemplamos, no solo los factores de personalidad sino, igualmente, los cognitivos encontrados en los sujetos vulnerables e integrados en el modelo multi-riesgo expuesto anteriormente.

Aquí podrían incluirse el rol social de lo femenino ligado estrechamente a los estereotipos sobre la imagen corporal, vinculado al mismo tiempo al éxito y realización social y personal de las mujeres, (STRIEGELMORE, 1995 y SHISSLAK, 1995).

Tal vez sean estos los factores más estudiados en la literatura médica y psicosocial acerca de los trastornos alimentarios. Por ello, a modo de resumen, nos limitaremos a presentar el estudio realizado por KILLEN (1994) sobre una población de 939.839 adolescentes de 13 a 14 años. La prevalencia encontrada por estos investigadores fue escasa: un caso de bulimia nerviosa y 35 casos presentaban síntomas aislados de anorexia. Se evaluaron los síntomas depresivos con el CES, los anoréxicos con el EDI y la adaptabilidad y cohesión familiar con el FACES. La semiología anoréxica se daba en aquellos adolescentes que presentaban mayor grado de desarrollo psicosexual, más estrictas, las que presentaban mayor miedo a coger peso, mayor disforia, mayor grado de insatisfacción corporal y mayores sentimientos de inseguridad. Cabría preguntarse si realmente estas cogniciones de los adolescentes son síntomas primarios o secundarios al inicio del trastorno.

2.5. EJERCICIO

Siempre se ha considerado al ejercicio, si no un factor desencadenante sí, al menos, de mantenimiento de los trastornos alimentarios. En el estudio de DAVIS (1993), se encontró que el ejercicio físico excesivo está ligado a una mayor preocupación por la corporalidad y, sobre todo, en el sexo masculino, así como a cambios frecuentes en la dieta.

SUNDOGTHORGEN (1994) en una investigación realizada sobre 603 deportistas de élite de Noruega, con edades comprendidas entre los 12 y 35 años, encontró 117 casos con síntomas de trastornos alimentarios, cumpliendo los criterios para anorexia, bulimia o anorexia atlética 92 de ellos. Existía una correlación positiva entre el tipo de deporte y el trastorno alimentario, siendo aun mayor en aquellos deportistas cuyo deporte exigía un peso determinado.

Los factores desencadenantes fueron:

- Periodos prologados de dieta.
- Fluctuaciones frecuentes de peso.
- Incrementos súbitos de entrenamiento.
- Acontecimientos traumáticos, como cambios de entrenador.

2.6. DIETA Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Hoy día está suficientemente demostrado que el seguimiento indiscriminado y sin control médico de dietas es uno de los factores mas relacionados con los trastornos alimentarios y, sobre todo, en edades propias de la adolescencia. Son innumerables los estudios que avalan esta afirmación. Los medios de comunicación a través de la publicidad sin controles suficientes por parte de las autoridades, como hemos expuesto anteriormente, son los grandes responsables de este fenómeno. Aquí nos limitaremos a presentar tres investigaciones por considerarlas representativas del resto de la producción científica.

En un experimento realizado por WILSON (1993) con objeto de evaluar las consecuencias psicológicas de la alimentación con dietas, tanto en sujetos con sobrepeso como normales, se puso de manifiesto que en los sujetos obesos la dieta

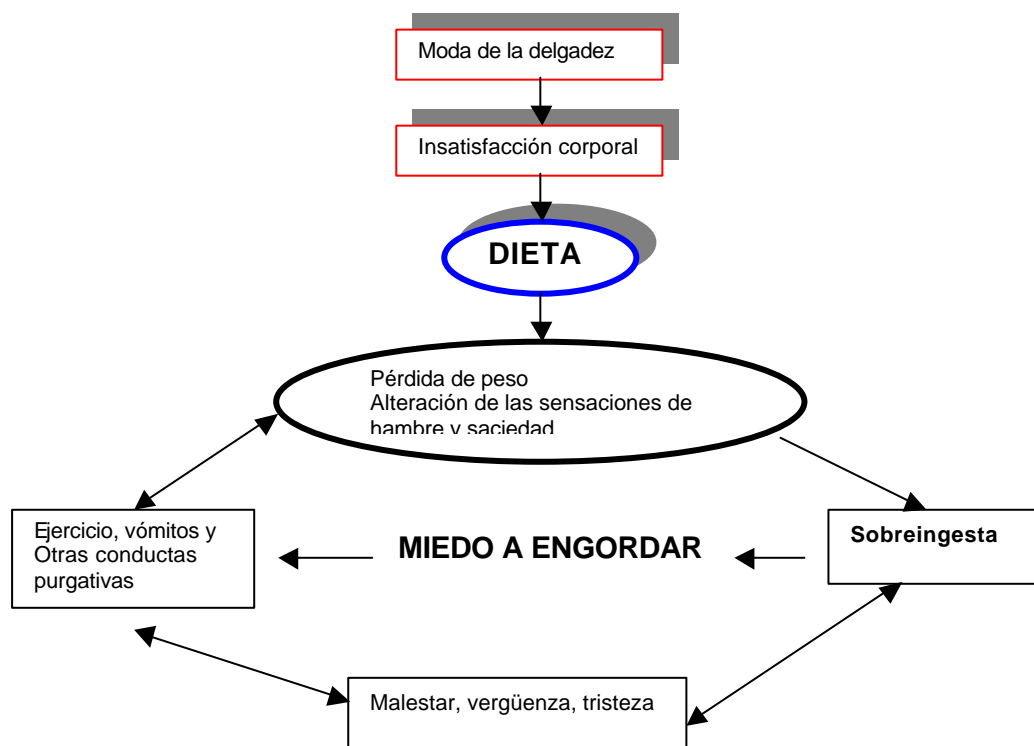
producía una mejoría emocional, mientras que en los sujetos con normopeso se desencadenaba un marcado deterioro de la autoestima y síntomas depresivos.

FRENCH en 1995, estudió el uso de dietas entre 33.393 adolescentes, encontrando que la frecuencia de dietas se asociaba con el *Binge Eating* (OR = 1,46 en mujeres y 1,53 en hombres), con la mala imagen corporal (OR = 0,56 en mujeres y 0,63 en hombres), dificultades en la relación social (OR = 0,79 en mujeres), mayor consumo de tabaco (OR = 1,08), mayor consumo de alcohol (OR = 1,17 en mujeres), así como mayor número y frecuencia de conductas purgativas.

Pero tal vez la más resolutiva de las investigaciones realizadas hasta el momento acerca del uso de dieta en la adolescencia y la presentación de trastornos alimentarios, sea el estudio de cohortes realizado en el Estado de Victoria (Australia) sobre una muestra de 2032 adolescentes de una duración de tres años (PATTON y cols (1999) en donde la probabilidad de presentar un trastorno alimentario es 24 veces mayor en aquellos adolescentes que iniciaron dieta.

El inicio de dietas es el núcleo central dentro del denominado **Ciclo de la Bulimia**, tal como se refleja en la figura -3.

Figura -3: Ciclo patológico de la bulimia



2.7. LA EDAD COMO MARCADOR DEL DESARROLLO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

La edad ha sido, y sigue siendo, el factor de riesgo más determinante en la presentación de los trastornos alimentarios. Sin embargo, no puede ser considerado como un auténtico factor de riesgo en sí mismo. Lo más importante son los factores psicológicos y socio-familiares ligados a los aspectos evolutivos. Por tanto, la edad debe enmarcarse en un contexto evolutivo de riesgo, tal como se contempla en la psicopatología del desarrollo. Por ello, en este apartado, nos centraremos en explicar resumidamente todos aquellos elementos evolutivos que puedan condicionar la presentación de los trastornos alimentarios.

Dentro de los múltiples modelos explicativos de las características del desarrollo y psicopatología, nosotros hemos escogido el **Modelo de Transición de CYTRYNBAUM** (CYTRYNBAUM, 1980) por considerarlo conceptualmente el más apropiado para la explicación del rol de los aspectos evolutivos en la génesis de los trastornos alimentarios.

Tres son las cuestiones que se plantea este autor con relación al desarrollo y la presentación de los trastornos alimentarios: primera, ¿Son algunos adolescentes especialmente vulnerables durante la transición?. Segunda, ¿Presentan algunos adolescentes mayores dificultades evolutivas que otros?. Y tercera, ¿Qué aspectos son los que determinan que algunos sigan una evolución patológica y otros no?. El **Modelo de Transición de CYTRYNBAUM** asume que el desarrollo previo consolida un estado vulnerable de predisposición. Esta predisposición incluye dos elementos: las características de personalidad y la naturaleza de los sistemas sociales que las envuelven. Con relación a los aspectos de personalidad, podríamos resaltar la identidad, la valoración de la delgadez como parte del autoconcepto y el conocimiento interoceptivo, tanto emocional como físico, que podrían actuar como factores de riesgo o de protección (en la TABLA - 4 se resumen las características fundamentales del Modelo de CYTRYNBAUM).

Este autor distingue, dentro de los Procesos del Desarrollo, a los **Factores Precipitantes, Objetivos del Desarrollo** y a los **Procesos del Desarrollo**, propiamente dichos. Con relación a los primeros, pueden ser *internos*, los cambios psicológicos y físicos del desarrollo, y *externos*, más relacionados con las expectativas del adolescente. Lo más habitual es la combinación de ambos. Desde esta perspectiva la edad no es considerada, como decíamos anteriormente, un factor de riesgo, sino un **marcador** de riesgo. Se ha demostrado que la presentación de los trastornos alimentarios no correlacionan totalmente con la edad, sino con la insatisfacción corporal y el inicio de dietas.

Con respecto a los **objetivos del desarrollo**, aunque son los mismos para todos los adolescentes, no quiere decir que tengan el mismo significado en el ámbito individual. Este autor enumera los siguientes: la aceptación de la muerte, la aceptación de las limitaciones biológicas y de los riesgos, la reestructuración del autoconcepto y de la identidad sexual, la reorientación hacia el trabajo, la creatividad y el rendimiento y, finalmente, la reconsideración de las antiguas amistades.

TABLA - 4: Procesos durante la adolescencia

PREDISPOSICIÓN	PROCESOS DE DESARROLLO		CONSECUENCIAS
<p style="text-align: center;"><u>Personalidad</u></p> <p>Diferencias en personalidad (fuerza del yo, narcisismo, estrategias de afrontamiento, mecanismo de defensa etc.) que predisponen al sujeto a reaccionar frente a los problemas de la transición.</p> <p style="text-align: center;">↑ <i>Interactúa con</i> →</p> <p style="text-align: center;">↓ <u>Sistemas</u></p> <p>Se extiende a todos aquellos sistemas primarios (familia, pareja, organización del trabajo) que sirven a la adaptación y soporte del individuo. Suelen medirse a través de la flexibilidad del sistema, la comunicación, liderazgo, diferenciación de roles, cultura y mitos, variaciones entre clases sociales, raciales, consideraciones éticas....</p>	<p style="text-align: center;"><u>Precipitantes</u> <u>Objetivos evolutivos</u> <u>Procesos del desarrollo</u></p> <p><u>Individuales</u></p> <p>Importancia a la muerte y Como se resuelve en el tiempo Aceptación de la muerte y del concepto de mortalidad</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Aceptación de las limitaciones biológicas y sus riesgos Replanteamiento</p> <p>Reestructuración del autoconcepto y de la identidad sexual Reintegración y reestructuración</p> <p>Reorientación al trabajo, Creatividad y rendimiento →</p> <p>Reconsideración de las Primeras amistades Cambios de rol y de conducta</p> <p><u>Sistema social</u></p> <p>Reducción de las presiones parentales; organización profesional o laboral con las limitaciones y presiones correspondientes</p>		<p><u>ADAPTATIVOS</u></p> <p>Adaptación de la mortalidad, alcanzar un sentido de la individuación y de la identidad coherentes, integración de las fuerzas creativas y destructivas, conseguir un sentido positivo de comunidad, integración de lo masculino y de lo femenino y emergentes relacionados de la personalidad y reinvestir el narcisismo en la personalidad que sea capaz de afrontar con éxito los objetivos del desarrollo de las posteriores etapas de la vida.</p> <p><u>NO ADAPTATIVOS</u></p> <p>Fracaso en el establecimiento la bimodalidad sexual que integre los componente masculino y femenino en la personalidad. Fracaso en la transferencia narcisística, inhabilidad en la aceptación de la muerte y otras pérdidas o abandonos.</p>

Los **procesos de desarrollo**, equivaldrían al proceso de equilibración de Piaget y significa la ruptura con las estructuras funcionales psicológicas y sociales anteriores. El sujeto percibe que los patrones de interacción y de afrontamiento anteriores ya no le son válidos. A este proceso, CYTRYNBAUM lo denomina *desestructuración* que suele operar de forma inconsciente y que origina insatisfacción y malestar en el adolescente. Precisamente este malestar, origina el segundo proceso, el *replanteamiento*. Cuando este sigue un curso normal se pasa al siguiente proceso: *la reintegración y la reestructuración* que producirá el último, los cambios necesarios de *roles y conducta* que pueden ser adaptados o desadaptados.

Si bien estos procesos son idénticos para ambos sexos, las dificultades de la transición son diferentes debido fundamentalmente a los factores diferenciales de tipo cultural: se produce un mayor deterioro del autoconcepto, sobre todo en lo referente a la imagen corporal, emergen las diferencias en cuanto a los síntomas depresivos, decrece o desaparece el interés de las chicas por los roles de liderazgo. Sin embargo, son numerosas las adolescentes que superan con éxito el proceso. Por ello, cabría preguntarse ¿Son realmente las adolescentes, específicamente por su género, más vulnerables?, ¿ Por qué algunas adolescentes afronta este proceso con mayor dificultad? y, por último, ¿Por qué algunas chicas desarrollan trastornos psicopatológicos más graves y en especial los trastornos alimentarios?. En la FIGURA -3, se recogen algunos de los aspectos del desarrollo que conducen, tanto a la conducta alimentaria normal como patológica. En la TABLA - 5 resumimos los factores predisponentes, los factores desencadenantes, los objetivos del desarrollo, los mediadores y las consecuencias de los desajustes que suelen darse durante la adolescencia temprana.

Figura - 3: Modelo evolutivo de la conducta alimentaria.

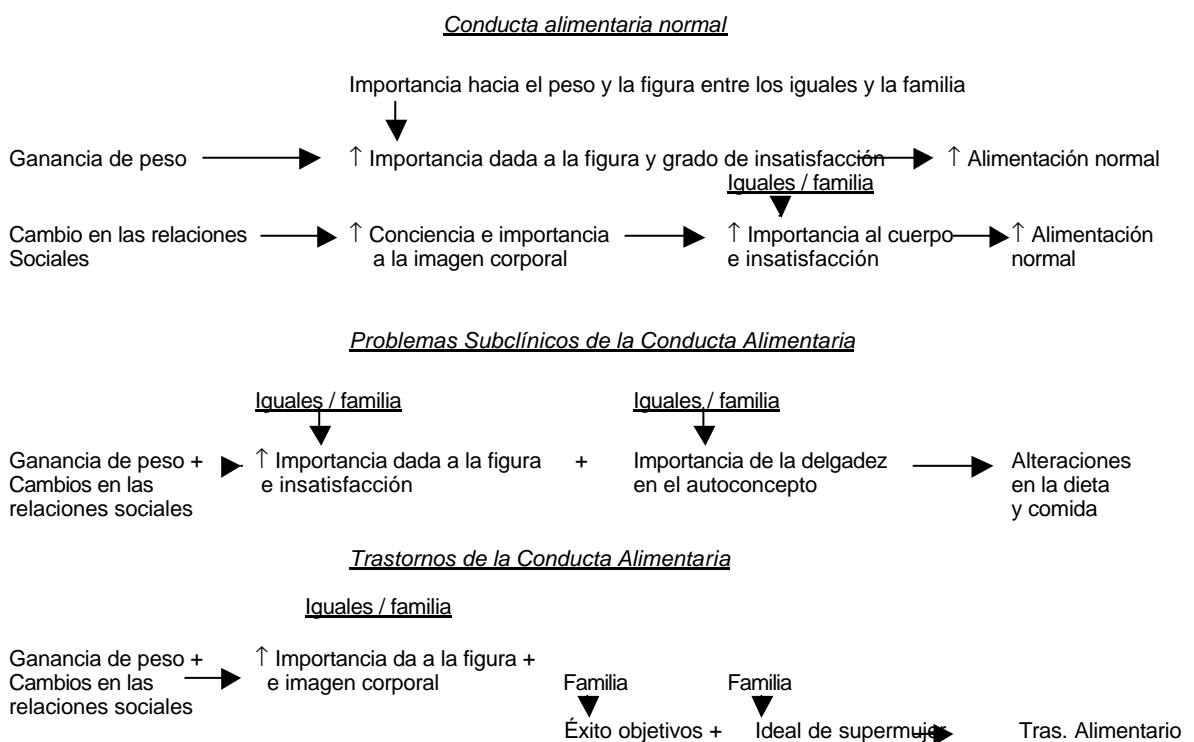


TABLA - 5: Factores que influyen en la presentación de los trastornos alimentarios en la adolescencia.

PREDISPONENTES	PRECIPITANTES	FUERZAS DEL DESARROLLO	MEDIADORES	CONSECUENCIAS
<p><u>Personalidad</u></p> <p>Esquemas acerca de la delgadez, perfeccionismo, necesidades de aprobación social, insatisfacción corporal, realización de dietas, autoconcepto</p> <p style="text-align: center;">↓ <i>interactúa con</i></p> <p><u>Sistemas</u></p> <p>Enredo familiar, Hostilidad intrafamiliar, Presión de los iguales, bromas, actitudes y conductas familiares en relación con el peso y a la imagen corporal</p>	<p><u>Personales</u></p> <p>Toma de conciencia del final de la infancia: pubertad, cambios escolares, cambios en las relaciones parentales.</p> <p><u>Estrés o no anticipación a los A. Vitales</u></p> <p>Abuso y acoso sexual</p> <p><u>Sistemas Sociales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Relación con iguales - Del soporte e influencia familiar - Del apoyo de los profesores - De las presiones de entrenadores y profesores - De la exposición a los mensajes de los medios de comunicación 	<p>Adaptación a los aspectos físicos del adulto (reproducción, tamaño corporal, fuerza)</p> <p>Comienzo de la relaciones heterosociales</p> <p>Comienzo de la elección realista de los estudios universitarios o profesionales</p> <p>Evaluación y comparación de las relaciones con la familia respecto a las de los iguales</p> <p>Intensificación del rol sexual</p>	<p>Simultaneidad de diferentes demandas</p> <p>Características temporales de la pubertad</p>	<p><u>LAS MÁS ADAPTATIVAS</u></p> <p>En ausencia de disposiciones individuales, las distintas fuerzas(1) deben ser positivamente interpretadas</p> <p>⊗ satisfacción corporal, autoestima positiva, relaciones interpersonales maduras, motivación de logro.</p> <p style="text-align: center;"><u>MODERADAMENTE ADAPTATIVAS</u></p> <p>Presencia de esquema de delgadez sin otras fuerzas simultaneas: dieta sin patología notable. Presencia de esquema de delgadez con acontecimientos simultáneos ⊗ alteración en la comida con baja autoestima debido a la insatisfacción corporal</p> <p><u>LOS MENOS ADAPTATIVOS</u></p> <p>Presencia del esquema de la delgadez con tres fuerza simultáneas. Presencia de predisposición de la personalidad y tres fuerzas simultaneas</p>

(1) Las fuerzas hacen referencia a las *fuerzas del desarrollo*

4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS (DSDM-IV).

En este apartado nos limitamos a exponer los criterios diagnósticos de las dos clasificaciones actualmente más reconocidas: el DSM-IV y la CIE -10.

4.1. Criterios Diagnósticos de DSM-IV para la Anorexia Nerviosa (F50.0; 307.1)¹:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej. Pérdida que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento del peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. Ej., con la administración de estrógenos.)

Tipos:

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

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

4.2. Criterios Diagnósticos del DSM-IV para la Bulimia Nerviosa (F50.2; 307.51):

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

Tipos:

Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

4.3. Criterios Diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado (F50.9; 307.50.)

¹ DSM-IV. Breviario. Criterios diagnósticos 1995.MASSON. Barcelona.

- A. Presencia de atracones recurrentes. Se caracterizan por:
 - 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son los vómitos autoprovocados; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas...; ayuno y ejercicio físico.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Tipos:

Tipo purgativo: Durante el episodio el individuo utiliza regularmente laxantes, enemas diuréticos o se provoca el vómito.

Tipo no purgativo: Emplea otras conductas compensatorias inapropiadas: ayuno, ejercicio intenso pero no a los anteriores.

BIBLIOGRAFÍA

(Hojas a parte)

2ª PARTE

TRATAMIENTO AMBULATORIO

INTRODUCCIÓN

La patología alimentaria sigue un gradiente de gravedad que condiciona la modalidad de toma en cargo de los/as pacientes. Es importante tener en cuenta esta consideración clínica a la hora de diseñar cualquier estrategia de prestación de servicios especializados, y muy particularmente, en lo que respecta a los trastornos alimentarios. Y esto por varias razones:

- En la actualidad, tal como se viene presentando desde hace una década este problema sanitario es, fundamentalmente, una patología de causas psicosociales y resultado de una confluencia de factores ligados tanto a aspectos del desarrollo cognitivo y emocional como socioculturales.
- Debido a los medios de comunicación, e incluso a como se ha abordado desde algunos ámbitos sanitarios, la etiqueta de anorexia nerviosa, básicamente, y de bulimia, conllevan una serie de condicionantes psicosociales y familiares que pueden actuar como factores de mantenimiento del problema.
- La gran mayoría de los supuestamente trastornos alimentarios, sobre todo cuando aparecen a una edad temprana (pubertad e inicio de la adolescencia), suelen ser procesos psicopatológicos ligados más a los cambios del desarrollo corporal y psicológicos que a la patología alimentaria, propiamente dicha.
- Por tanto, debe ser confirmado el diagnóstico antes de seguir un tratamiento especializado que, de ser incorrecto, puede inducir la patología alimentaria.
- Queda claro que no toda adolescente que padece una dismorfofobia, tan frecuente en estas edades, y que realiza intentos ocasionales de restricción alimentaria, padece una anorexia.
- Debe quedar igualmente claro que la pérdida de peso, de apetito, la ansiedad, los síntomas afectivos y los cambios bruscos de humor, tan frecuentes en la adolescencia, son, ante todo, un trastorno depresivo, ansioso e, incluso, aspectos psicológicos absolutamente normales, y no un trastorno alimentario.

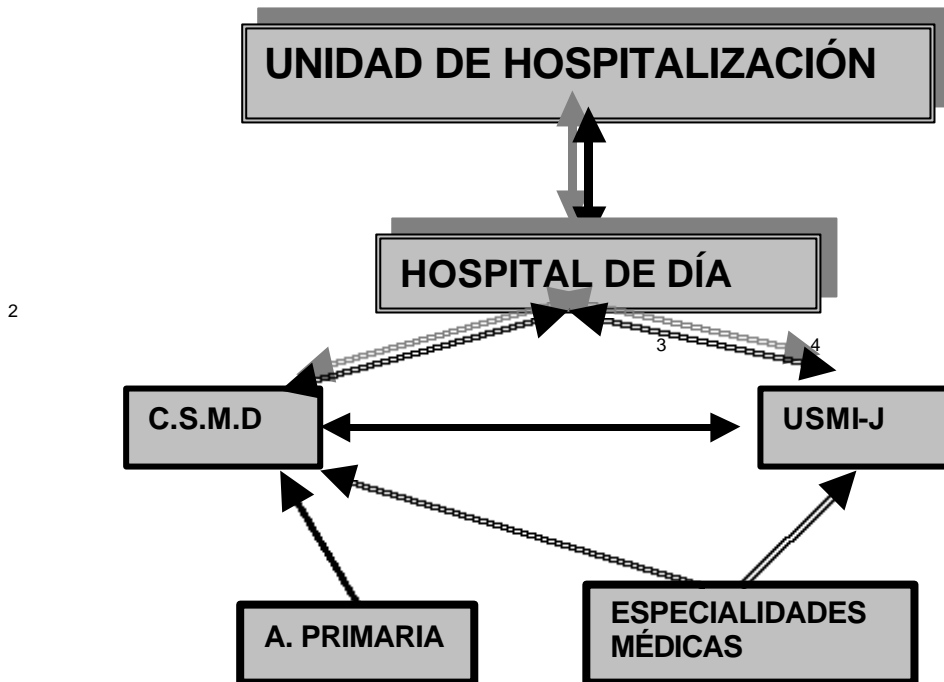
Estas, y otras circunstancias, nos obligan a ser muy prudentes a la hora de realizar el diagnóstico y máxime cuando se pretende dar una cobertura asistencial especializada. Es justamente lo que justifica un filtro de valoración y diagnóstico en los Dispositivos Comunitarios de Salud Mental y las Unidades de Salud mental Infanto-Juvenil. Más aún, es preciso desarrollar unos criterios claros sobre qué pacientes deben ser tratados ambulatoriamente, que posibilidades de tratamiento (cartera de servicios terapéuticos) se ofertan en el ámbito de los Equipos de Salud Mental de Distrito y las USMI-J, cuales serían los criterios de derivación a los dispositivos especializados y, finalmente, que condiciones clínicas aconsejarían la re-derivación.

Estos son los aspectos funcionales que presentamos a continuación, sin entrar en aspectos organizativos concretos ya que estos corresponderían a cada equipo. Solamente desarrollamos algo más extensamente el PROGRAMA AMBULATORIO DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.

CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO

En la Figura - 2 se recogen los niveles asistenciales en los que deberían ser tratados o detectados los Trastornos Alimentarios, en adelante TAs, y la Tabla - 1, los diferentes tipos clínicos según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS cuyos criterios diagnósticos hemos visto con anterioridad.

Figura - 2: Niveles de Atención Sanitaria en salud Mental para los T.A.



Como podemos observar no solo figuran dispositivos propios de Salud Mental, sino, igualmente, Atención Primaria y demás especialidades médicas. Esto es así debido a que los TAs pueden ser detectados en cualquier consulta médica ya que suelen enmascararse, en el ámbito de la demanda, bajo una expresión clínica multisistémica: endocrinología y ginecología, especialmente, aunque puede ser cualquier otra especialidad de medicina interna.

Otro aspecto importante se refiere a qué variedad de TA serían susceptibles de ser tratados en los dispositivos especializados, incluso en salud Mental. Este planteamiento obedece a la constatación de que no todas las variedades clínicas pueden ser beneficiarias por igual de los protocolos específicos de tratamiento.

Tabla - 1: Trastornos Alimentarios según la CIE-10.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Anorexia Nerviosa (F50.0) 2. Anorexia Nerviosa Atípica (F50.1) 3. Bulimia Nerviosa (F50.2) 4. Bulimia Nerviosa Atípica (F50.3) 5. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas (F50.4) 6. Vómitos en otras alteraciones psicológicas (F50.5) 7. Otros Trastornos de la Conducta Alimentaria (F50.8) 8. Trastornos de la Conducta alimentaria sin Especificación (F50.9) 9. Trastorno de la Conducta Alimentaria en la Infancia (F98.2)
--

² Equipos de Salud Mental de Distrito.

³ U.S.M.I.-J.: Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil.

1. *Atención Primaria (Medicina de Familia y Pediatría)*

Es la estructura básica de salud en donde deberían ser detectados todos los problemas relacionados con la conducta alimentaria. Antes de describir las características de la morbilidad que podría ser atendida en este primer nivel de salud, conviene dejar claro tres aspectos clínicos muy importantes y que pueden ser motivos de demora de la intervención especializada:

- El enmascaramiento frecuente de esta patología con la presentación de síntomas que pueden simular cualquier otra enfermedad médica.
- La evolución rápida de los TA atípicos hacia un cuadro totalmente instaurado.
- La edad de presentación cada vez más temprana. Actualmente se están produciendo derivaciones desde pediatría, algo rarísimo hace algunos años.

Una vez expuestas estas observaciones a tener en cuenta por los profesionales de Atención Primaria, creemos que este nivel de atención sanitaria podría atender **la morbilidad que reúna las siguientes características:**

- Pacientes con normopeso y/o sin pérdida significativa de este. Este aspecto va a estar íntimamente relacionado con el siguiente, ya que las fluctuaciones del peso dependen de éste último.
- Con conductas restrictivas que sean fácilmente manejables desde Atención Primaria. Debería tenerse especial cuidado con la conducta restrictiva, ya que se puede perder peso rápidamente contribuyendo de forma decisiva al mantenimiento del trastorno.
- Sin amenorrea y sin otros trastornos menstruales que estén relacionados con el TA. De forma sistemática un trastorno de la conducta alimentaria que presenta alteraciones neuroendocrinas debe ser en todos los casos derivado a los dispositivos especializados.
- Capacidad del profesional para realizar un seguimiento de los/as pacientes a corto plazo (Una visita cada dos semanas) durante dos/tres meses.
- Pacientes sin trastornos psiquiátricos y/o de personalidad asociados.
- Que no presenten como consecuencia del TA un deterioro importante de la actividad sociolaboral.
- Sin conflictividad intrafamiliar relevante.
- Sin riesgo de suicidio.
- Pacientes sin conductas purgativas establecidas (uso de laxantes, vómitos, ejercicio intenso etc.).
- Pacientes y familias sensibles a intervenciones psicoeducativas.
- Sin antecedentes familiares de trastornos afectivos graves o de la conducta alimentaria.
- Existe un cierto número de pacientes que por prejuicio a los servicios de Salud Mental desean ser atendidos por su médico de familia o por otros especialistas. Este aspecto puede ser utilizado como instrumento psicológico para el cambio de las alteraciones incipientes de la conducta alimentaria. Sin embargo, jamás debería ser el único criterio para no ser derivada a Salud Mental, ya que podemos caer en una actividad yatrogénica. Hay que evaluar esta circunstancia, tanto desde el prejuicio de algunos pacientes hacia Salud Mental como desde la perspectiva de que pueda ser una excusa para no implicarse en un tratamiento integral.

Con objeto de que Atención Primaria pueda desarrollar de forma eficiente las competencias asistenciales que acabamos de describir, deberían implementarse los siguientes aspectos organizativos:

- **Talleres en los Centros de Salud** encaminados a que los profesionales sanitarios adquieran habilidades en el manejo diagnóstico y en la detección de marcadores evolutivos de gravedad de los TAs.
- Calendarizar una serie regular de contactos telefónicos y/o personales para resolver las dudas sobre casos atendidos. La responsabilidad de estos contactos recae sobre los ESMD. Deberían aprovecharse los actuales mecanismos de enlace entre estos equipos y los Centros de Salud.
- Atención Primaria debe disponer y manejar correctamente un instrumento de apoyo al diagnóstico de fácil aplicación. (Nosotros recomendamos el EAT - 40 - *Eating Attitud Test* por estar validado en población española).
- Compartir seguimientos de casos cuyas características clínicas lo aconsejen a través de las reuniones periódicas de enlace.

Debe quedar claro que, a pesar de los criterios anteriormente expuestos, lo realmente importante en el abordaje de la los TAs es la intervención conveniente lo más precozmente posible. Son innumerables las investigaciones que confirman que el mayor éxito para los resultados terapéuticos, así como para evitar la cronificación, es la intervención al inicio de la presentación del trastorno. Por tanto, ante la duda o ante la imposibilidad de abordarlos convenientemente se deberían derivar a los ESMD para que los profesionales de estos equipos evalúen la pertinencia de que se realice o no un tratamiento más especializado. Este aspecto, es decir la precocidad de la intervención correcta, es sumamente importante máxime si tenemos en cuenta el crecimiento experimentado de las consultas de nutrición, tanto dentro de sistema público de salud como en la actividad privada y por profesionales no médicos en donde no se evalúan suficientemente los aspectos psicológicos de vulnerabilidad. La moda de la delgadez ha llevado a la situación en donde diferentes profesionales, a veces por desconocimiento de la clínica, abren consultas de nutrición que son verdaderos núcleos de riesgo para el desencadenamiento de la patología alimentaria. Recomendamos una mayor vigilancia y control por parte de las autoridades sanitarias de esta praxis que consideramos sumamente peligrosa.

2. CENTROS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO

Sin entrar en aspectos organizativos concretos (cartera de servicios terapéuticos, interconsultas etc.), puesto que ello corresponde a cada Equipo según sus posibilidades, si conviene dejar claras algunas cuestiones de toma en cargo en base a cuando debe asumir un paciente con TA y que criterios utilizar para la derivación al **Hospital de Día y/o Hospitalización**.

✓ **Criterios de edad:**

Los pacientes con 18 años cumplidos en adelante que padezcan TA deben ser atendidos en los Centros de Salud Mental de Distrito.

✓ **Criterios psicosociales y clínicos que aconsejan la derivación a dispositivos especializados:**

- Pacientes de primera vez con graves síntomas de desnutrición contrastado a través de exámenes de diagnóstico: analítica, Índice de Quetelet < 17,5 etc.
Es muy importante no demorar la derivación en estos casos ya que en situaciones de desnutrición moderada o grave es muy difícil que los pacientes remitan de su patología conductual con un abordaje ambulatorio
- Pacientes en seguimiento que no responden a las orientaciones terapéuticas (escasa adherencia al tratamiento) y con indicadores claros de posible cronificación.
Es de todos conocida la situación en la que los pacientes se mantienen de forma indefinida con recuperaciones no significativas de peso y pérdidas importantes dependiendo del miedo a la hospitalización y a las presiones del terapeuta y/o de los familiares, y siempre argumentando la voluntad de cambio que nunca llega.
- Pacientes con conductas purgativas que no remitan al tratamiento ambulatorio (vómitos, uso de laxantes etc.). Las purgas y otras conductas compensatorias, cuando están presentes, son difíciles de eliminar con el tratamiento ambulatorio, por lo que se debería de realizar un seguimiento estricto de su presencia y frecuencia. La evaluación de la personalidad de los pacientes puede darnos información de las posibilidades de control, si tenemos en cuenta que este tipo de conductas son más frecuentes y difíciles de eliminar cuando existen alteraciones de la personalidad con graves deficiencias en el control de impulsos.
- Pacientes con riesgo de suicidio (se indicaría hospitalización). Riesgo que es especialmente importante en aquellos paciente con bulimia nerviosa que previamente ha tenido una anorexia restrictiva, o bien cuando aparece un trastorno afectivo importante asociado al trastorno alimentario.
- Pacientes con grave disfunción familiar que impida la toma en cargo ambulatorio. Sobre todo en pacientes menores de edad bajo la tutela de su familia biológica. En estos casos se debería, incluso, evaluar la necesidad de una separación temporal no necesariamente hospitalaria.
- Pacientes con grave deterioro de su vida social, académica o laboral como consecuencia del trastorno.

✓ **Criterios que excluyen la derivación:**

Los criterios que exponemos no son absolutos y debería evaluarse cada caso concreto antes de tomar una decisión.

- Pacientes con trastornos psiquiátricos asociados que imposibiliten su toma en cargo en régimen de Hospital de Día o necesiten de contención especial durante la hospitalización. Ej. Trastornos psicóticos con síntomas activos.
- Pacientes con graves trastornos de personalidad, siempre que distorsionen significativamente la toma en cargo de los demás pacientes.
- Pacientes con toxicomanía activa: alcoholismo, dependencia a opiáceos etc. Y que pueda suponer un riesgo para otros/as pacientes.

- Pacientes que se nieguen al tratamiento especializado y que su trastorno alimentario no revista gravedad. En este supuesto se contemplan dos posibilidades: la primera, que el paciente sea menor de edad en cuyo caso primará la indicación médica con el consentimiento obligado de sus padres o tutores. Segundo, que el/la paciente sea mayor de edad, primando entonces la voluntad del paciente.

✓ **Requisitos para la derivación:**

Cuando se considere que un caso es susceptible de derivación al Hospital de Día o a Hospitalización, se deberá mantener contacto previo con el responsable de la Unidad de Trastornos Alimentarios que se designe a tal efecto con objeto de valorar la demanda, así como la ocupación de la Unidad de Hospitalización y/u Hospital de Día. Las derivaciones urgentes no deberían de existir si tenemos en cuenta el seguimiento regular que deben tener los/as los pacientes, sea en su ESMD o en Atención Primaria. Solo en aquellos casos en donde no se ha consultado en los dispositivos de salud por desconocimiento o negligencia de los/as pacientes o de sus familias y que la situación somática sea grave, estaría justificado el ingreso urgente, aunque en Medicina Interna, ya que en estas situaciones lo que prima normalizar son las alteraciones biomédicas. Una vez normalizadas éstas, se iniciaría el abordaje terapéutico a cargo del Programa de Trastornos Alimentarios.

Independientemente de las reuniones para canalizar las derivaciones, para la que se ha elaborado una Ficha de Derivación (véase Apéndice), se implementará un calendario regular para ir homogeneizando los criterios anteriormente expuesto con objeto de armonizar el funcionamiento de ambos dispositivos, así como establecer actividades conjuntas en lo que se refiere a esta patología, siempre que se considere de interés.

3. UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

INTRODUCCIÓN

Las USMI.-J. son los dispositivos que más relevancia adquieren en el tratamiento de los trastornos alimentarios. Esto se fundamenta en las siguientes razones:

- En la mayoría de los casos, la edad de presentación se encuentra por debajo de los 18 años, si exceptuamos la bulimia nerviosa. Edad que, normalmente, es atendida en este servicio en lo referente tanto en los trastornos alimentarios como otros trastornos paidopsiquiátricos.
- Es un Equipo de Salud Mental, con actividad ambulatoria, que mantiene un protocolo estandarizado específico para el tratamiento de esta patología.
- La actividad asistencial está acompañada de la investigadora con varios trabajos publicados.
- La USMI.-J. forma una Unidad conjunta con la de trastornos alimentarios, con la natural coordinación y complementación entre ambas actividades clínicas.

- Es el dispositivo con mayores posibilidades de realizar actividades preventivas y elaboración de indicadores evolutivos de riesgo, en la medida que su atención es continuada a la población infanto-juvenil.

Partiendo de estos supuestos, a continuación desarrollamos las bases funcionales de la atención a la demanda que deberá realizarse en el USMI.-J.

☺ **Procedencia de los pacientes:**

Para los trastornos alimentarios, los posibles casos de anorexia y bulimia detectados en el ámbito de las especialidades médicas, podrán ser derivados a la USMI.-J. Cuando su **edad sea menor de 18 años** y sin necesidad de ser evaluados previamente en los ESMD. Los posibles casos de trastornos alimentarios detectados en Atención Primaria se derivarán a los ESMD, independientemente de la edad. Esto redundará en la calidad asistencial por cuanto aceleraría el diagnóstico diferencial y la toma en cargo.

Podría establecerse la excepción, y siempre a demanda de los padres de los pacientes o familiares, cuando por razones de domiciliación (alejados de la capital) se vea conveniente el seguimiento inicial en su Equipo de Distrito correspondiente. En los casos en los que la gravedad de trastorno sea importante, requiera un seguimiento muy continuado y que el ESMD no pueda brindar, se derivará a la Unidad de Trastornos Alimentarios.

☺ **Atención inicial al paciente y su familia.**

La acogida para la valoración clínica inicial se realizará por enfermería. A continuación, y en el mismo día, se harán cargo del paciente un psicólogo y un psiquiatra que serán los responsables de completar la valoración clínica y diseñar un Plan de Tratamiento. Este plan debe ser lo más amplio posible y adaptado a las necesidades, tanto del paciente como de su familia (Véase más adelante).

El psiquiatra del equipo realizará la exploración somática básica que se contempla en este programa de tratamiento, así como la evaluación psiquiátrica y conveniencia de prescribir tratamiento psicofarmacológico. El psicólogo realizará las evaluaciones psicológicas y de personalidad que se consideren convenientes para las actuaciones del Plan de Tratamiento. Los tratamientos psicoterapéuticos y familiares podrán ser realizados por el psiquiatra, el psicólogo o ambos. Igualmente, enfermería debe implicarse en determinadas tareas psicoterapéuticas, tal como se contemplan en este protocolo (véase más adelante).

Las **Interconsultas con Endocrino y Medicina Interna** las decidirá el psiquiatra del equipo según los resultados del estudio biomédico de cada paciente o por otras necesidades que él considere convenientes: asesoría dietética, educación en pautas alimentarias sanas, contrastar resultados de la valoración médica y siempre coordinadamente con el/la psicólogo de equipo. Estas derivaciones o interconsultas se realizarían con **La Unidad de Trastornos Alimentarios**.

Los resultados que se desprendan de estas interconsultas deberán ser remitidas por escrito al terapeuta responsable de la paciente, procurando siempre no realizar comentarios que puedan interferir con el Plan de Tratamiento diseñado en origen.

☺ **Evaluación de las/os pacientes:**

En la Unidad de Salud mental Infanto-Juvenil se realizará el mismo Protocolo de Valoración que en la Unidad de Trastornos Alimentarios, al menos en sus contenidos básicos de exploración. (Véase Apéndice). A saber:

- Evaluación psiquiátrica y psicológica (Véase Modelo de Historia Clínica).*
- Evaluación biomédica.*
- Evaluación familiar.*
- Evaluación social.*

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:

El planteamiento rector que debe primar, antes de decidir una estrategia de tratamiento especializado, consiste en asegurarse con rotundidad de que estamos realmente ante un trastorno alimentario. Una vez se tenga certeza diagnóstica suficiente, el tratamiento debería iniciarse en el ámbito ambulatorio siempre que existan condiciones clínicas que lo posibiliten.

☺ **Principios Generales del Tratamiento Ambulatorio:**

- Normalizar los parámetros biomédicos alterados por la enfermedad.
- Restablecer el peso hasta un Índice de Quetelet aceptable.
- Modificar las conductas de evitación consecuentes al trastorno alimentario.
- Modificar las distorsiones cognitivas y generalizaciones referidas a la corporalidad y alimentación.
- Restablecer la normalidad del estado de ánimo.
- Restablecer la armonía y confianza familiar.
- Restablecer la actividad social y escolar o laboral de los pacientes.
- Minimizar el peso de los factores de riesgo que se valoren como favorecedores del mantenimiento de la enfermedad y que deben ser evaluados específicamente en cada caso.
- Establecer conductas alimentarias que no supongan un riesgo para la salud y que favorezcan la resolución del problema alimentario.

☺ **Indicaciones y Modalidades de Intervención:**

Los objetivos terapéuticos en el ámbito ambulatorio deben sustentarse en la prevención secundaria, es decir evitar a toda costa la cronificación de la patología alimentaria. De aquí que se deban manejar correctamente cuales son las *Indicaciones* para el tratamiento. A modo orientativo nosotros recomendamos:

- Pacientes que colaboren suficientemente en el proyecto terapéutico.
- Estado nutricional que permita tratar al paciente sin riesgos. Aunque se maneja un Índice de Quetelet > de 17,5, existen pacientes que pueden estar sin problemas relevantes en tratamiento ambulatorio, siempre que los compromisos con el terapeuta, en cuanto a recuperación de peso, se vayan cumpliendo. Esta circunstancia evitaría que la desnutrición actúe como factor de mantenimiento. **Debería exigirse una ganancia ponderal mínima de 1/2 kilogramo por semana.**
- La conflictividad familiar, per se, no es un impedimento para tratar a los pacientes ambulatoriamente, siempre que se impliquen en las actividades de *Grupos de Padres* u otras modalidades específicas de tratamiento.

- Apoyo social suficiente.
- Ausencia de patología psiquiátrica grave que imposibilite el tratamiento.
- Ausencia de riesgo de suicidio.
- Por supuesto, todos los casos de Anorexia o Bulimia atípicas o cuadros incompletos (Anoréxico-like), son susceptibles de tratamiento ambulatorio.

☺ **Tipos de Intervenciones Terapéuticas.**

- Psicoterapia Individual:** en sus diversas modalidades y basadas en la evidencia científica. Podrá realizarse por el psicólogo o psiquiatra. Las recomendadas en la actualidad, por su evaluación en cuanto a resultados terapéuticos, son de tipo conductual-cognitivo.
- Psicoterapia Familiar:** Indicadas en familias con conflictividad importante o con graves problemas de comunicación. Pueden participar como terapeutas los mismos profesionales que en el caso anterior.
- Psicoterapia Padres/Paciente:** esta modalidad de intervención estaría indicada cuando resalte la conflictividad entre uno o ambos padres con el paciente, sin que podamos hablar de patología del núcleo familiar en su conjunto. Igualmente estaría indicado cuando existen diferencias de criterio en cuanto a la enfermedad entre ambos padres y se considere esta circunstancia como factor de mantenimiento del problema alimentario.
- Psicofarmacológica:** en los casos en donde el psiquiatra valore conveniente su prescripción. Igualmente la prescripción farmacológica debe fundamentarse en la evidencia científica.
- Los Grupos de Padres y la Terapia Grupal:** se realizarían en el Hospital de Día. Véase más adelante los criterios de inclusión y de exclusión para servirse de estas modalidades de tratamiento.

☺ **Consideraciones finales:**

Las actividades de investigación y formación continuada se realizarían conjuntamente con el Equipo de la Unidad de Trastornos Alimentarios.

Es importante que la USMI-J mantengan unos canales fluidos de comunicación y coordinación con el resto de los dispositivos de Salud Mental y encaminados a optimizar las actividades que hemos desarrollado anteriormente.

La USMI-J compartirá con la Unidad de Trastornos Alimentarios tanto los protocolos de actuación como de evaluación, Registro Acumulativo de Casos y Apoyo Informático para el manejo de la información clínica que sirva de retroalimentación al equipo para mejora del coste beneficio terapéutico. En lo referente al Registro Acumulativo de Casos es una labor del conjunto de Área de Salud Mental, incluso con la posibilidad de incluir a la actividad privada, ya que se trata de un procedimiento epidemiológico que redundaría en un mejor conocimiento del problema sanitario que suponen los trastornos alimentarios.

Las recomendaciones, en cuanto a valoración y tratamiento, se sustentan en las recomendaciones de la *American Psychiatric Association en su Guía para la Práctica Clínica*.

3ª PARTE HOSPITAL DE DÍA

INTRODUCCIÓN

Los **Hospitales de Día** para adolescentes y adultos con TA nacen más tardíamente que los dedicados a otras patologías psiquiátricas. Esto es debido, fundamentalmente, a tres razones: la primera, que inicialmente, los pacientes con TA eran tratados en régimen hospitalario (normalmente en los hospitales psiquiátricos) o ambulatorio; la segunda, que cuando necesitaban de esta modalidad de tratamiento, eran atendidos en Hospitales de Día polivalentes y, por último, que la morbilidad era lo suficientemente escasa como para no necesitar, de forma rentable ni posiblemente eficiente, esta modalidad de tratamiento.

La filosofía que subyace en la implementación y desarrollo de esta modalidad de tratamiento puede resumirse en los siguientes supuestos:

- El gran énfasis dado a la desinstitucionalización y a la toma en cargo multiprofesional,
- el interés creciente de que la familia asuma un rol importante en el programa terapéutico,
- posibilita la toma en cargo sin que exista una ruptura total con su medio de convivencia y actividades,
- posibilita una concentración de recursos terapéuticos imposibles de realizar en el ámbito ambulatorio,
- por último, parece que este procedimiento terapéutico conlleva un ahorro económico frente a la hospitalización tradicional.

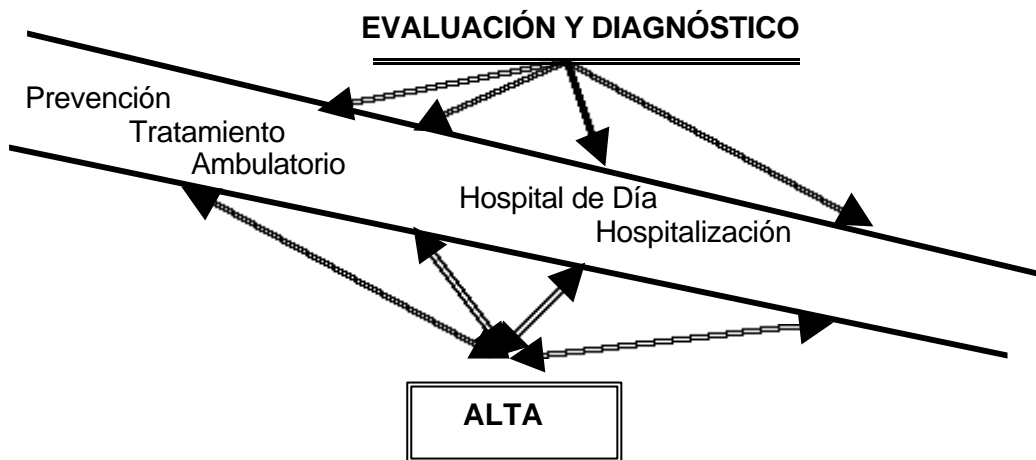
Debido a estas circunstancias esta modalidad de tratamiento ha dado lugar a unas expectativas, cada día más contrastadamente positivas, frente a la prevención de recaídas y de la cronificación de los TA.

Los **Hospitales de Día** se entienden como *"una estructura asistencial que permite la puesta en marcha de forma simultánea de una gran variedad de recursos humanos y técnicas terapéuticas adaptadas a las necesidades del paciente y que contemplan, al mismo tiempo, a la familia, la sociedad y la aplicación del principio rector de la no-separación del paciente de su medio natural"* (R. CAHN).

Los **Hospitales de Día** ocupan un lugar intermedio entre los centros y hospitalizaciones de larga estancia y la incorporación del paciente a su comunidad natural: la familia, su medio social, el instituto o empresa. Tal como se ha dicho con anterioridad, la idea directriz que subyace es la no-separación del paciente de su medio natural de convivencia proporcionando, al mismo tiempo, una disponibilidad de recursos terapéuticos difíciles de implementar en el contexto ambulatorio. Es por tanto, un tratamiento básicamente ecológico.

La experiencia en esta modalidad de tratamiento ha generado un modelo operativo acerca de los cuidados que el paciente debe recibir en todo momento dependiendo de las necesidades. Se denomina **Modelo Continuado de Cuidados** (Figura - 3). Comprende medidas gradiente-positivo que van desde la prevención comunitaria hasta la hospitalización.

Figura- 3. Modelo de Continuidad de Cuidados.



La hospitalización es considerada como el fracaso de todo el espectro de intervenciones posibles. Hoy debería ser prácticamente inexistente por razones de fracaso terapéutico si se disponen de los recursos comunitarios y administrativos suficientes.

Los **Hospitales de Día** han variado a lo largo de su historia, tanto en el tiempo dedicado a la asistencia como en las modalidades de intervención y variedad de pacientes que han atendido, Tabla - 2. Así, dependiendo del tiempo de estancia de los pacientes, se les han denominado hospitales de día, hospitales de tarde, de fines de semana, hospitales de noche etc. Según los modelos doctrinales en los que se han sustentado, se han llamado psicoanalíticos, hospitales de día de orientación conductual y psicopedagógicos. Según la patología, monovalentes o monográficos y polivalentes.

Tabla - 2. Clasificación de los Hospitales de Día.

<u>CLASIFICACIÓN:</u>	
1.	SEGÚN TIEMPO DE ESTANCIA: <ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Día • Hospital de Tarde • Hospital de Fines de Semana • Hospital de Noche
2.	SEGÚN EL MODELO: <ul style="list-style-type: none"> • Psicoanalíticos • Conductuales • Psicopedagógicos
3.	SEGÚN LA PATOLOGÍA: <ul style="list-style-type: none"> • Monovalentes • Polivalentes

En nuestro caso, proponemos la modalidad de Hospital de Día polivalente ya que atenderá no solo patología alimentaria, sino igualmente otras patologías psiquiátricas del adolescente para lo que dispone de protocolos y programas específicos. . En lo que se

refiere a los TA anorexia y bulimia nerviosas será de orientación conductual-cognitiva y sistémica. Igualmente, nos inclinamos por la opinión más aceptada, que abordaremos más adelante con precisión, de que no es recomendable la inclusión de pacientes con graves trastornos de la personalidad, siempre que estos dificulten la toma en cargo de otros pacientes.

OBJETIVOS DEL HOSPITAL DE DÍA EN CUANTO ESTRUCTURA ASISTENCIAL INTERMEDIA. ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

Si tenemos en cuenta el lugar que ocupa el **Hospital de Día** en el organigrama asistencial del Área de Salud Mental, es fácil comprender cual es su **OBJETIVO FUNDAMENTAL respecto a la patología alimentaria**, consiste en posibilitar al paciente con anorexia o bulimia nerviosas unos cuidados terapéuticos suficientes sin apartarlo totalmente de su medio socio-familiar y, al mismo tiempo, imposible de realizar en el ámbito ambulatorio. De esta forma, se justifica la indicación de hospital de día como recurso terapéutico cuando el tratamiento ambulatorio es insuficiente para asegurar la toma en cargo integral, sea por escasez de recursos para dar respuesta a las necesidades del paciente, por incapacidad socio-familiar para asumirlo o por falta de adherencia al tratamiento ambulatorio, independientemente del estado nutricional y/o biomédico.

Si el objetivo fundamental es mantener los vínculos del paciente con su medio familiar y social, los **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** deben configurarse hacia este fin y contemplarse en cada una de las actuaciones. Estos objetivos se delimitarían sobre la base de las particularidades de cada paciente, por tanto en función de la psicopatología específica, así como con relación a los factores ambientales que los condicionen negativamente. Los objetivos específicos serían establecidos tras la primera semana de estancia en el Hospital de Día, teniendo en cuenta la información de los profesionales derivantes y una vez evaluadas jerarquizadamente las áreas sobre las que se deben intervenir, tanto individuales como socio-familiares, escolares o laborales.

En términos generales, el **TRATAMIENTO** a implementar en el **Hospital de Día** se encaminaría a la consecución de unos objetivos mínimos y que podemos resumir en⁵:

- Mejorar los síntomas propios del trastorno alimentario con objeto de conseguir la optimización del funcionamiento autónomo diario del paciente en el ámbito personal, familiar, respecto a sus iguales, en la escuela o en el trabajo.
- Desarrollar una estrategia de intervención integral que facilite el establecimiento de conductas normalizadas respecto a la alimentación, que mejoren las cogniciones respecto a la imagen corporal, la autoestima y la seguridad en sí misma/o. Mejorar las habilidades sociales con objeto de que se pueda facilitar a los pacientes que creen sus propias redes de apoyo social.
- Se ha demostrado a través de estudios en este sentido (KISER, 1995) que se optimizan los resultados de la intervención si somos capaces de generar vínculos positivos respecto a las medidas terapéuticas implementadas, tanto por parte del paciente como de la familia. En este sentido, debe trabajarse cuidadosamente el desánimo que tan frecuentemente suele aparecer en la familia durante el proceso

⁵ En este caso nos referimos exclusivamente a los TA

terapéutico y que para nada facilitan los resultados positivos esperados. Esta labor debe trabajarse cuidadosamente en el Grupo de Padres.

Finalmente, quisiéramos enumerar, de forma resumida, cuales son los aspectos positivos y negativos detectados en las experiencias realizadas por otros profesionales, en los **Hospitales de Día** como alternativa a la hospitalización:

- **Aspectos positivos del Hospital de Día frente a la Hospitalización:**

- Se consigue la permanencia del paciente en su medio familiar y social impidiendo los efectos negativos de la ruptura que comporta la hospitalización.
- La familia se implica más en el tratamiento, ya que se posibilita un trabajo directo con ella.
- Proporciona un tratamiento interprofesional y continuado durante el día en un medio más humano que la hospitalización.
- En casos particulares, es un procedimiento idóneo para mantener la separación de la familia y/o entornos especialmente caóticos o problemáticos.
- Evita los posibles efectos yatrogénicos de la hospitalización, especialmente las condiciones de estancia menos humanizadas.
- Posibilita, en algunos casos, que el paciente no se aparte radicalmente de sus actividades diarias (trabajo, escuela, relaciones sociales).
- Posibilita diferentes niveles de toma en cargo, teniendo en cuenta las mayores posibilidades de flexibilización.
- Pueden ponerse en marcha una amplia gama de posibilidades terapéuticas que no son posibles ni recomendables realizar durante la hospitalización.

- **Aspectos negativos del Hospital de Día**

- No siempre es capaz de evitar la necesidad de hospitalización de los pacientes.
- Presenta algunas limitaciones en cuanto a la variedad de **Trastornos Alimentarios** que puede atender. Se ha demostrado que pacientes con graves deficiencias en el control de impulsos, conductas psicopáticas y toxicomanías, no es conveniente que sean atendidos en el hospital de día con programa de trastornos alimentarios.
- Los abandonos son más frecuentes que en la hospitalización, aunque menores que el tratamiento ambulatorio, teniendo en cuenta que se necesita un mínimo de voluntariedad por parte de los pacientes para la toma en cargo.
- A pesar de que si se compara respecto a la hospitalización, puede considerarse como positiva esta modalidad de tratamiento, frente al tratamiento ambulatorio es negativa, por el hecho de que siempre comporta un mayor o menor grado de interferencia de las actividades diarias del paciente (escuela, amigos, trabajo etc.).

- Suele ser más gravoso para los padres que la hospitalización en cuanto tienen que asumir un cierto compromiso y participación en el proceso terapéutico.

REQUISITOS DE ACREDITACIÓN.

Entendemos que un servicio sanitario cumple condiciones suficientes para ser acreditado cuando cumple las exigencias mínimas para desarrollar con eficacia y eficiencia los objetivos para el que ha sido creado. Debemos tener en cuenta que un Hospital de Día que atiende trastornos alimentarios, muchas veces asociados a otras patologías psiquiátricas, más o menos complejas, debe tener satisfechos un cierto número de necesidades en su totalidad.

Las exigencias mínimas que consideramos deben cubrirse en su totalidad son las siguientes:

- Que reúna los estándares sanitarios oficiales de acreditación. Sobre todo los referidos a espacio físico, infraestructura y personal.
- Plan detallado de objetivos, incluyendo criterios de inclusión y de exclusión de pacientes, así como técnicas de intervención.
- Dirección cualificada del centro.
- Plan detallado de coordinación con otros dispositivos sanitarios, o para- sanitarios, que tengan que ver con la óptima consecución de los objetivos terapéuticos.
- Capacidad para proporcionar unos cuidados continuados durante una jornada completa y, al menos, cinco días a la semana.
- Programa específico de prevención de recaídas, acting y tentativas de suicidio.
- Programa de actividades diarias basadas en un plan de tratamiento integral e individualizado. Este se desarrollaría por el "staff" en reuniones de síntesis al efecto y sería revisado a los 3, 10 y 30 días de su aplicación.
- Utilización de psicoterapias variadas: individual, grupal, familiar, actividades psicoeducativas y tratamiento ambiental, todas ellas basadas **en la evidencia científica**.
- Establecimiento de instrumentos, a ser posible estandarizados, de investigación y evaluación de la efectividad y eficiencia de los tratamientos, evaluación comparativa entre Hospital de Día, hospitalización y toma en cargo ambulatoria.

ORGANIZACIÓN.

La organización del **Hospital de Día** debe orientarse a la consecución óptima de los fines para los que se ha creado: a saber, la recuperación de los pacientes que atiende. En la medida que los pacientes proceden de otros dispositivos asistenciales, que se intenta evitar la hospitalización cerrada, que puede servir de apoyo a ésta antes de la derivación definitiva a los equipos comunitarios y que se pretende conseguir la incorporación definitiva y autónoma al medio socio-familiar, la **organización** debe contemplar, al menos, los siguientes aspectos:

- **Coordinación:**

- Con la Unidad de Hospitalización.
- Con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Con los Centros de Salud Mental de Distrito
- Con los Servicios Sociales, Educación, Empresa.
- Con las Asociaciones de Usuarios.

- ***Infraestructura:***

- Espacio
- Material y mobiliario

- ***Funcionamiento interno:***

- Horario.
- Cartera de Servicios clínico-terapéuticos y otras actividades.
- Criterios de inclusión y de exclusión de pacientes.
- Programa de voluntariado.
- Protocolo de recogida de información clínica.
- Programa de investigación, formación permanente, docencia interna y externa.

- ***Equipo (recursos humanos):***

COORDINACIÓN

Mantener unos criterios claros, operativos y calendarizados sobre actividades de coordinación con otros dispositivos de salud y para-sanitarios son fundamentales, no solo para optimizar el funcionamiento interno del **Hospital de Día**, sino, igualmente, para su propia supervivencia.

Tal como venimos insistiendo, los **Hospitales de Día** se sitúan como puente entre la hospitalización cerrada, o a tiempo total, y la toma en cargo ambulatoria. Esta última debe quedar asegurada por la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y los Centros de Salud Mental de Distrito, tal como se desarrolló en el apartado correspondiente.

- Con la Unidad de Hospitalización:**

El **Hospital de Día** actúa como puente terapéutico hacia la toma en cargo ambulatoria. Esto se basa, tanto en aspectos terapéuticos como preventivos (recaídas) de rentabilidad y humanización del proceso terapéutico.

En este proyecto mantenemos que la hospitalización y el **Hospital de Día** deben estar íntimamente vinculados funcionalmente. El **Hospital de Día** puede servir, dentro del programa terapéutico como reforzador apetitivo (dentro de un programa de refuerzo positivo) a utilizar con los pacientes hospitalizados. El manejo de estancias a tiempo parcial y participación en actividades del hospital de día puede servir como motivadores al cambio, al mismo tiempo que humaniza la estancia del régimen hospitalario. Este **Programa de Incorporación Progresiva** puede fundamentarse en los siguientes supuestos:

- En aquellos/as pacientes que vayan cumpliendo los objetivos de la hospitalización pueden ir incorporándose progresivamente, y de forma contingente al grado del cumplimiento, a las actividades del **Hospital de Día**.

- ↘ Estas medidas serán reversibles y siempre condicionadas a objetivos terapéuticos.
- ↘ El profesional de referencia para el/la paciente en el ámbito hospitalario, conjuntamente con el equipo, debe valorar los resultados de estas medidas.
- ↘ La incorporación será progresiva hasta el alta hospitalaria quedando en régimen de **Hospital de Día** hasta que pueda darse el alta por mejoría o por derivación a la modalidad de tratamiento ambulatorio.
- ↘ La derivación a la modalidad de toma en cargo ambulatoria se realizará sobre la base de las posibilidades de toma en cargo en su equipo de referencia (CSMD o USMI-J), así como de las dificultades de desplazamiento al **Hospital de Día**.

□ Con la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Como se dijo anteriormente es con este dispositivo con el que deben establecerse unos canales de coordinación y de criterios para la gestión de la demanda, más estrechos. Esto se debe a varias razones.

- ↘ La edad de presentación de los trastornos alimentarios, aunque esta modificándose en los dos sentidos, cada vez es menor.
- ↘ Se necesita, como hemos afirmado con anterioridad, realizar un buen diagnóstico diferencial con otras patologías psiquiátricas de presentación en la pubertad y la adolescencia y que pueden iniciarse como si fuera un trastorno alimentario. En este sentido, las competencias de la USMI-J. , debido a su nivel de especialización, son fundamentales.
- ↘ La mayor demanda, controlando por edad e inicio de presentación, se produce en la USMIJ.
- ↘ El hecho de que exista una responsabilidad compartida entre profesionales que trabajan simultáneamente en ambos dispositivos.
- ↘ No existirá documentación clínica de derivación específica con este dispositivo ya que poseen una historia clínica común para este tipo de patología: **Historia Clínica Integrada para los Trastornos Alimentarios. (Véase más adelante).**
- ↘ El Hospital de Día es una estructura asistencial polivalente que servirá para el tratamiento de otras patologías psiquiátricas del/la adolescente, tanto en régimen de hospital de día, como tal, como para determinadas modalidades de tratamiento específicas (Grupos).
- ↘ Para ello existen protocolos específicos de derivación que no se desarrollarán en este documento.

□ Con los Centros de Salud Mental de Distrito.

Con los ESMD se establecerá coordinación exclusivamente con relación a la patología alimentaria. Si se contemplara la necesidad de que algún/a adolescente con otra

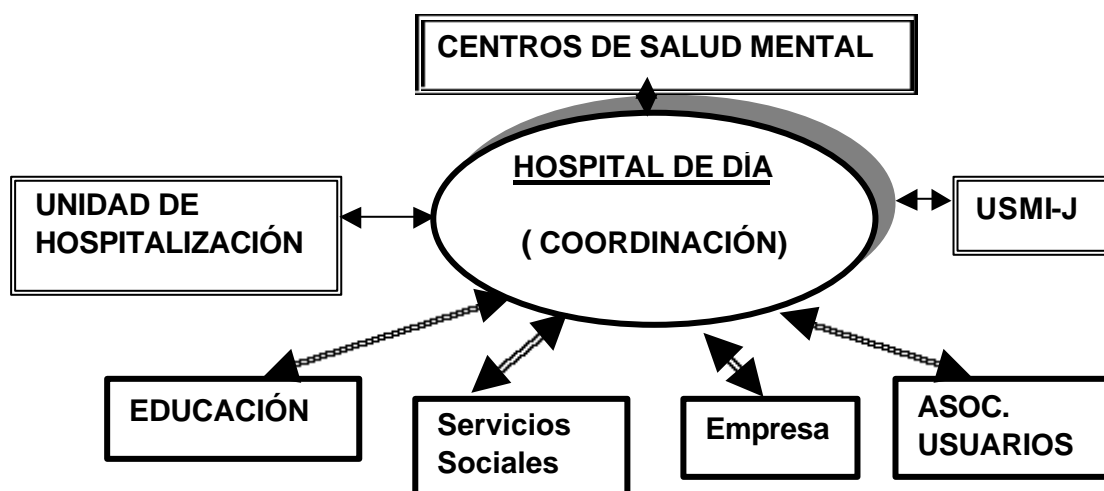
patología pudiera servirse del Hospital de Día, la indicación se evaluará en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Cuando escribíamos acerca del tratamiento ambulatorio en los Equipos de Salud Mental de Distrito, avanzábamos algunos criterios clínicos y psicosociales que aconsejaban la derivación al **Hospital de Día**, así como algunos criterios que la excluían.

En este apartado queremos operativizar los mecanismos a seguir para cuando los profesionales de los ESMD consideren indicado el ingreso en el **Hospital de Día**:

- Una vez detectada la necesidad en el ESMD, se contactará con el facultativo responsable de ingresos del **Hospital de Día**, que valorará, conjuntamente con el responsable del tratamiento ambulatorio, la idoneidad de la demanda, así como la pertinencia del ingreso sobre la base del nivel de ocupación en ese momento y de la gravedad del trastorno.
- Para todo paciente que pase a la modalidad de tratamiento de hospital de día deberá cumplimentarse la **FICHA DE INGRESO**, siendo la misma que la utilizada para la petición de ingreso hospitalario (véase apéndices).
- Con objeto de que el **Hospital de Día** no sea un espacio ideal y contraterapéutico, hay que cuidar la permanencia del vínculo con el psicoterapeuta de referencia. Con este fin, se establecerá un calendario de contactos entre el/la paciente y el derivante. De esta forma se facilita la rederivación a su equipo de referencia una vez cumplidos los objetivos terapéuticos del **Hospital de Día**.
- Por parte de los profesionales del **Hospital de Día**, se realizará una intervención focalizada en objetivos claros y delimitada en el tiempo.
- Se pasará información de la evolución clínica a su terapeuta de origen con una periodicidad mínima de cada quince días.

Figura -4. Niveles de Coordinación del Hospital de Día



□ Con los Servicios Sociales, Educación y Empresa:

Varios son los aspectos que nos obligan a tomar en consideración la necesidad de tener en cuenta a estos sectores en tareas de coordinación.

- Respecto a **Servicios Sociales**, existen casos, aunque escasos, de menores y/o adolescentes con trastornos alimentarios en donde el caos social y familiar adquieren un peso de primer orden, no solo en el mantenimiento de los problemas alimentarios, sino, igualmente, en la acumulación de factores de riesgo de marginalidad, prostitución y delincuencia. Por tanto, desde una perspectiva integral de tratamiento, se impone una estrecha coordinación con Servicios Sociales con objeto de que se puedan tomar medidas de protección convenientes.

La coordinación con los Servicios Sociales será función de la Trabajadora Social de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil que realizará una valoración objetiva de los aspectos psicosociales del paciente y su familia. El informe realizado, así como los resultados obtenidos de sus intervenciones, formarán parte de la Historia Clínica del paciente.

- El **Sector de Educación**, si tenemos en cuenta la edad media de los pacientes que suele ser los más beneficiarios de los centros de día, tiene una importante función en la toma en cargo de los/as pacientes.

La mayoría de los pacientes están en edad escolar, la estancia en un centro de día produce una interrupción de la escolaridad que implica tomar medidas en coordinación con los centros escolares cara a minimizar, en todo lo posible, las consecuencias negativas que pueden derivarse de ella.

En este sentido, es conveniente mantener contactos continuados y acuerdos respecto a qué hacer para que los pacientes se vean los menos afectados por la interrupción normal de sus estudios. Hay que llegar a acuerdos con las direcciones de los centros escolares, tanto en las formas de *evaluación* como en la posibilidad de que nos tengan informados del avance del desarrollo de los *contenidos* de las asignaturas. Por tanto, es fundamental *flexibilizar las condiciones de la escolaridad*. En esta tarea es crucial el apoyo de la Delegación de Educación.

Otra tarea, no menos importante, es la implicación directa de Educación en los *Programas de Prevención* en el medio escolar que se piensan deben surgir de la Unidad de Trastornos Alimentarios. Hay que decir, y en esto también es básica su colaboración, que prevención significa conocimiento del problema de salud, al menos en lo que se refiere a factores de riesgo. Por tanto, la consejería de educación está obligada a favorecer en los centros cualquier iniciativa de *investigación epidemiológica*, seria y respetuosa con la intimidad de los alumnos y sus familias, que nos sirva para dilucidar este grave problema de salud Pública que denominamos, genéricamente, trastornos alimentarios.

Los Programas de Coordinación con los respectivos centros, deben ser respetuosos con la autonomía de cada uno de ellos, sin crear por nuestra parte ninguna interferencia que no vaya en el sentido de ayudar a nuestros pacientes.

Igualmente, la responsable de coordinación será la Trabajadora Social de la USMI-J. con el apoyo de los terapeutas. Aunque no lo desarrollamos en este Programa, la

coordinación con los centros escolares se realizará, igualmente, en relación a aquellos adolescentes que se beneficien del Hospital de Día por padecer otras patologías psiquiátricas.

- » Si bien la mayoría de los pacientes están en edad escolar, cada vez es mayor el número de ellos que están desempeñando una actividad laboral y que pueden beneficiarse de una estancia terapéutica en un **Hospital de Día**. Por tanto, articular mecanismos de **Enlace con la Empresas** es muy importante. Creemos que deberían establecerse evaluaciones objetivas que nos ponderen hasta donde el empresario, aún conociendo y respetando sus intereses empresariales, debería ser flexible con las situaciones particulares de cada paciente, llegando a acuerdos positivos que, incluso, podrían contribuir a un mayor compromiso de nuestras pacientes a afrontar decididamente la resolución de su problema de salud.

□ **Con las Asociaciones de Afectados.**

Históricamente, la Asociaciones de Afectados, normalmente constituida por los padres de las/os pacientes⁶, han tenido un importantísimo papel en el tema de los Trastornos Alimentarios y otras patologías mentales. Han contribuido, sobre todo, a la humanización de la asistencia psiquiátrica y a la permanente reivindicación del trato igualitario para el enfermo mental, indistintamente de la patología psiquiátrica subyacente. En el caso concreto de la Anorexia Nerviosa, siempre se han implicado a las familias como el crisol en donde, por sus malas artes educativas y/o comunicacionales, eran los absolutos responsables del trastorno anoréxico de sus hijas. Justamente, el asociacionismo y la evidencia científica de la que actualmente se dispone, en la actualidad, no solo no se les hace responsables en la inmensa mayoría de los casos, sino que, igualmente, se les considera imprescindibles para la recuperación de la paciente. En otras palabras, se ha venido confundiendo las causas con las consecuencias.

Hoy se asume, como fundamental, la colaboración entre las Asociaciones de Afectados y Familiares y los dispositivos asistenciales. Cualquier programa serio e integral de tratamiento contempla esta necesidad.

Nosotros dedicamos, expresamente, un plan de coordinación con las Asociaciones de Usuarios debido a dos razones básicas: primera, porque creemos en la necesidad de su colaboración y, segunda, porque asumimos las orientaciones dadas en el actual **Plan Estratégico del SAS** en este sentido.

En el Apéndice de este trabajo se recogen detalladamente cuales son los derechos y las obligaciones a las que están sujetas las asociaciones, teniendo en cuenta los derechos de todo paciente y de su familia a la intimidad y al secreto profesional. El Programa se aplicará, tanto al **Hospital de Día** como a la **Unidad de Hospitalización y de Salud Mental Infanto-Juvenil**.

⁶ Desde hace escaso años es cuando comienzan las Asociaciones de Autoayuda, sobre todo para la bulimia y que están constituidas, fundamentalmente por pacientes. Por ello, hablamos indistintamente de Asociaciones de Familiares y de Autoayuda.

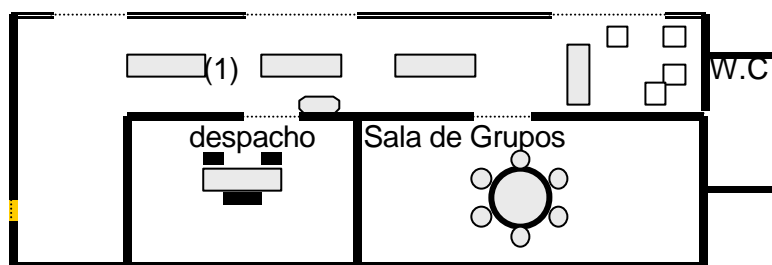
INFRAESTRUCTURA

Es este apartado hacemos referencia al *espacio y los medios materiales* necesarios para realizar los objetivos terapéuticos. Hemos revisado bastante bibliografía al respecto, hemos visitado algunos centros y, finalmente, exponemos lo que se suponen las condiciones mínimas a cumplir para poder realizar esta tarea, cada vez mejor valorada.

EL ESPACIO dedicado al **Hospital de Día** debe estar en función del número de pacientes que albergue y será suficiente con tres espacios básicos, uno dedicado a convivencia entre pacientes, ocupacional, lectura, comedor etc. el segundo, para actividades grupales y, el tercero para tareas de despacho: psicoterapias individuales, recibir a familias etc.

En la Figura - 5 exponemos, aproximadamente, la distribución del espacio en nuestro Hospital de Día, así como el desarrollo de actividades en función del mismo: el espacio (1) correspondería a lo que hemos denominado como **Espacio de Convivencia** y que cumpliría las siguientes funciones:

Figura- 5. Hospital de Día



- ☺ Actividades de convivencia entre los/as pacientes.
- ☺ Actividades psicoeducativas.
- ☺ Actividades de vídeo - confrontación.
- ☺ Actividades de lectura y estudio.
- ☺ Actividades terapia ocupacional o lúdica.
- ☺ Grupo de habilidades sociales.

Falta el espacio para **Terapias Grupales** más específicas. Para ello se aprovecha la proximidad de la Biblioteca del Hospital y la sala de grupos del hospital de día, estableciendo un horario compatible con otros usos. Se realizará las siguientes actividades:

- ☺ Grupo de padres (Biblioteca).
- ☺ Terapia de Grupo para pacientes con bulimia (Sala de Grupos).
- ☺ Terapia de Grupo para pacientes con anorexia (Sala de Grupos).

Finalmente, el despacho clínico se utilizará para intervenciones psicoterapéuticas individuales y recepción de familias.

EL MATERIAL Y EL MOBILIARIO son fundamentales para realizar bien las tareas anteriormente mencionadas. Los medios mínimos que hemos considerado para nuestro Hospital de Día en base al número de paciente que atiende, son los siguientes:

- ☺ Tres mesas cuadradas para que puedan sentarse cómodamente cuatro personas. (12 pacientes). Servirían, igualmente, como mesas de comedor, estudio y terapia ocupacional o lúdica.
- ☺ Una mesa rectangular para que puedan sentarse, al menos cuatro personas, y realizar tareas separadas de estudio y/o lectura. Servirá como mesa de comedor para los/as pacientes que solo acudan a comida y reposo.
- ☺ Al menos 18 sillas.
- ☺ Un sofá y dos sillones de tamaño pequeño.
- ☺ Un armario biblioteca con llave.
- ☺ Un espejo de tamaño suficiente y colocado a una altura que pueda reflejar la imagen completa de, al menos, dos personas juntas.
- ☺ Un televisor y cámara de vídeo para las técnicas de vídeo - confrontación.
- ☺ Un fichero para guardar los historiales cénicos y material de evaluación clínica (cuestionarios etc.) y otro material de oficina.
- ☺ Despacho completo (una mesa cada uno con tres sillas y un pequeño armario biblioteca con llave).
- ☺ Sala de Grupos completa: una mesa amplia con al menos siete sillas. Este espacio se utilizaría, igualmente, para reuniones del staff.
- ☺ Un ordenador con suficiente capacidad para el archivo de historiales y utilización de los programas de tratamiento de textos y de estadística habituales bajo el entorno Windows

FUNCIONAMIENTO INTERNO

Está condicionado tanto a las funciones del **Hospital de Día** como a los objetivos que se plantean con el paciente. Este aspecto debe quedar lo suficientemente claro como para que no se vea dificultada la finalidad para la que se crea. A saber:

- El objetivo básico consiste en tratar pacientes para integrarlos en un Programa de Tratamiento Ambulatorio y no para crear un espacio social ideal que impida la autonomía del paciente y que favorezca la cronificación.
- Como hemos insistido reiteradamente, es fundamental crear instrumentos de evaluación continuada que facilite tanto las intervenciones terapéuticas como la utilización óptima de los recursos disponibles.
- Es necesario establecer prioridades y objetivos, tanto en el funcionamiento interno como con los pacientes, calendarizando todas las actuaciones.

- Los roles de los diferentes miembros del equipo deben estar claros.
- El tiempo debe estar distribuido en actividades terapéuticas, psicosociales, y recreativas para los pacientes, así como respecto a intervenciones familiares y reuniones de equipo (organizativas y clínicas).
- Es importante programar el tiempo de estancia aproximado para cada paciente sobre la base de la valoración clínica y psicosocial inicial.

A pesar de que puede estar influida por múltiples factores, la estrategia de intervención debe encaminarse a que ésta sea lo más breve posible. Por ello, hay que tener presente aquellas circunstancias que la pueden condicionar:

- ◆ La orientación doctrinal del equipo.
- ◆ Características del paciente, severidad del trastorno, características demográficas e historia psiquiátrica previa o asociada.
- ◆ Tipo de evolución: aguda o crónica.
- ◆ Estudios previos sitúan la estancia media entre 2 y 3 meses con un rango que va de uno a cuatro meses.
- ◆ El tipo de dinámica familiar.

☺ **HORARIO DE ACTIVIDADES:**

El horario de funcionamiento sería **de LUNES A VIERNES y de 9 de la mañana a 21.00 de la tarde.**

Aunque presentamos un horario de actividad, este no se presenta de forma absolutamente rígido. Puede variar en función del número de pacientes y de las necesidades clínicas de cada momento. A modo aproximado, proponemos el siguiente horario para actividades de la mañana que, como hemos expuesto anteriormente, se trata de pacientes con patologías psiquiátricas diferentes a los trastornos alimentarios:

<u>HORARIO</u>	<u>ACTIVIDADES</u>
9 - 10:	Reunión del equipo: Organización de tareas y elaboración de estrategias a seguir. Sesiones Clínicas.
10 - 10,30:	Tiempo dado para que lleguen los pacientes.
10,30 - 12:	Actividades grupales. ⁷
12 -13,00	Actividades libres con los pacientes. Algunos días se dedicará Escuela de Padres para niños con psicosis o trastornos Generalizados de Desarrollo.
13,00 - 14,30:	Comida y salida ⁸ .

El horario del hospital de día para los pacientes será por la tarde con el objetivo de que puedan realizar la comida, la merienda y la cena. El horario, aproximado, de actividades será el siguiente:

⁷ Se distribuirán durante los días de la semana las diferentes modalidades de terapia de grupo.

⁸ Puede que algunos pacientes que acuden por otras patologías, y que considere necesario para su tratamiento, realicen la comida el Hospital de Día.

13,00 - 14,30	Comida
14,30 - 15,30	Reposo relativo y vigilado
15,30 - 17,00	Grupos de expresión artística, ocupacional y estudio
17,00 - 17,30	Merienda
18,00 - 19,30	Actividades grupales (psicoterapia)
20,00 - 21,00	Cena y salida.

☺ **CARTERA DE SERVICIOS CLÍNICO-TERAPÉUTICOS:**

Pretendemos en este apartado exponer la prestación de servicios terapéuticos que debe esperarse en el **Hospital de Día**. La oferta que realizamos se fundamenta en las experiencias acumuladas por otros dispositivos con larga trayectoria en este tipo de tratamiento. Sin embargo, no se trata de una oferta rígida e incluso, como profesional, creo que no todas están igualmente evaluadas en cuanto a su eficacia. De aquí que nuestra labor consistirá en generar instrumentos y diseños que nos sirvan para evaluar nuestra propia experiencia terapéutica, buscando en todo momento la aplicación de aquellas técnicas que mejor muestren sus resultados terapéuticos.

Sorprende como se aplica de forma rutinaria y sin evidencia científica suficiente cualquier modalidad de tratamiento, muchas veces porque no se tiene claro qué hacer, o bien porque algo hay que hacer.

Otro aspecto que considero importante es el hecho de que puede resultar contraproducente, en una edad como la adolescencia, crear grupos exclusivos en lo que se refiere a la patología. Por ello, somos de la opinión de que determinados grupos de psicoterapia debieran ser mixtos: es decir, introducir adolescentes en un grupo de habilidades sociales, sin que padezcan un trastorno alimentario, puede contribuir a la movilización psicológica de una forma más sana y realista (ecológica), evitando la generación de un misticismo perverso con relación al trastorno alimentario que paraliza en bastantes ocasiones la motivación al cambio.

Por tanto, si bien este proyecto se refiere a la creación de UN PROGRAMA ESPECÍFICO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS, no debemos olvidar que lo importante es la consecución de sus objetivos. A saber, recuperar el estado de salud de los/as pacientes aplicando los procedimientos terapéuticos científicamente contrastados y evitando en todo lo posible el que puedan ser yatrogénicos Y SIN INTRODUCIR ASPECTO FUNCIONALES DE EXCLUSIVIDAD POR LA PATOLOGÍA QUE CONTRIBUYAN A LA CRONIFICACIÓN.

☐ **Modalidades Psicoterapéuticas:**

Las actividades que se piensan realizar, siempre que el número y tipo clínico de pacientes, lo permitan son los siguientes:

- ⇒ **Terapia Grupal:** Sobre la base teórica del Modelo conductual - cognitivo, en los adolescentes interesan introducir elementos analíticos del desarrollo.
El número de pacientes por grupo será de 6 - 7 y diferentes para los casos de anorexia nerviosa y de bulimia.
 Los responsables deberán el psiquiatra y/o el psicólogo, pudiendo actuar como psicoterapeuta algún profesional de enfermería.
 Su frecuencia será de dos veces por semana.

- ⇒ **Grupos de Alimentación:** Contenidos relacionados con pautas de alimentación saludables. *El número puede ser de 12 que son el número total de pacientes previsto.* Los responsables pueden ser el psiquiatra, cualquier otro facultativo médico o de enfermería. Su frecuencia será de una vez por semana.
- ⇒ **Grupos Temáticos:** Aunque algunos autores se refieren a grupos en los que se abordan diferentes temas relacionados con la alimentación, nosotros, bajo esta denominación, nos referimos a grupos en los que se abordan temas variados y de interés para los pacientes. *El número de pacientes puede ser hasta de 12, igual que el de alimentación.* Los responsables deben ser el psiquiatra y/o el psicólogo. Igualmente, puede participar enfermería como coterapeuta. Su frecuencia será una vez por semana.
- ⇒ **Labor/ludoterapia:** No son grupos de terapia propiamente dicho. Sin embargo, son actividades libres en los que la comunicación entre los/as paciente suele ser beneficiosa. Se repartirán durante el día de forma regular y reglado. Pertenecen a esta modalidad, los de expresión artística, lectura de prensa, pintura etc.
- ⇒ **Grupos Centrados en la Imagen Corporal:** Hacen referencia a todas las actividades grupales cuyos contenidos temáticos están centrados en los problemas de imagen corporal. Pueden ser de *discusión dirigida, confrontación en espejo y confrontación en vídeo.* Se realizarán dos veces por semana. El número de pacientes será de 6 aproximadamente. Serán responsables el psiquiatra y/o el psicólogo. Enfermería puede actuar como coterapeuta.
- ⇒ **Terapia en Habilidades Sociales:** Se basarían en el paradigma conductual - cognitivo. Su frecuencia sería una vez por semana. Los pacientes incluidos en esta modalidad de tratamiento no necesariamente deben padecer, exclusivamente, trastornos alimentarios. El número de pacientes debería estar entre 6 y 7. Se realizarían los grupos que fueran necesarios.
- ⇒ **Grupos Psicoeducativos:** Están pensados fundamentalmente como indicación para la bulimia nerviosa, aunque a nuestro juicio pueden utilizarse, igualmente, en la anorexia nerviosa. Para GARNER Y GARFINKEL (1997) que fueron los artífices de este modelo de intervención, los temas que deben tratarse en los Grupos Psicoeducativos, son los siguientes:
- Información sobre la multicausalidad de los trastornos alimentarios.
 - Aspectos socioculturales que influyen en su presentación y mantenimiento.
 - Teoría del Self-point. Fisiología de la alimentación.
 - La desnutrición. Consecuencias psico-físicas.
 - Normalización de los hábitos alimentarios.
 - Mecanismos insanos para la regulación del peso: consecuencias psíquicas y físicas.
 - Un peso adecuado como objetivo personal.
 - Mecanismos para la prevención de recaídas.
- Son grupos amplios en los que pueden participar los pacientes integrantes del centro. Igualmente, son abiertos.

Los responsables pueden ser, indistintamente, el psiquiatra, el psicólogo, enfermería o cualquier otro facultativo con conocimientos sobre los temas referidos.

- ⇒ **Grupos de Padres:** Los Grupos de Padres se han evidenciado como una modalidad de apoyo al tratamiento fundamental. No se trata de grupos terapéuticos, sino de grupos informales en donde se trabaja la ansiedad y los miedos irracionales que suelen presentar los padres de las pacientes. Igualmente, se les dan consignas para armonizar el funcionamiento intrafamiliar y mejorar la comunicación y relación padres-pacientes. No necesariamente deben realizarse en el contexto del **Hospital de Día**, aunque también y conjuntamente con los padres que tengan pacientes hospitalizados. Normalmente, la frecuencia es quincenal, aunque el apoyo a los padres, en casos concretos, puede ser con una frecuencia bastante menor, normalmente semanal. En este proyecto, proponemos una relación estrecha entre los grupos de padres de la USMI-J. y los que se desarrollen en el hospital de día-hospitalización. Los responsables de estos grupos deben ser el psiquiatra y/o psicólogo conjuntamente con enfermería y/o trabajador social.
- ⇒ **Seguimiento Terapias Individuales:** Las psicoterapias individuales se basan en el establecimiento de vínculos entre los terapeutas y los pacientes que favorecen el cambio hacia el estado de salud. Normalmente, estos vínculos cuesta trabajo y tiempo eliminarlos. De aquí, la realización de psicoterapias individuales en el contexto del **Hospital de día y la Hospitalización**, deberían ser las menos posibles y, solamente, en aquellos caso en donde sea imposible realizarlas en el contexto ambulatorio.

TODOS LOS GRUPOS SON ABIERTOS.

Prescripción Psicofarmacológica.

Forma parte de los servicios terapéuticos. Los tratamientos psicofarmacológicos se prescribirán cuando estén indicados en función de la complejidad de los trastornos y siempre basados en la evidencia científica.

Los pacientes recibirán las informaciones oportunas sobre los beneficios que se esperan de la medicación, así como de los efectos secundarios relevantes.

Se realizará una evaluación continua de resultados terapéuticos y efectos indeseables, evaluando de forma continua el riesgo-beneficio.

CRITERIOS DE ADMISIÓN AL HOSPITAL DE DÍA:

Es de vital importancia delimitar claramente las características clínicas y psicosociales de los pacientes que pueden beneficiarse de esta modalidad de tratamiento que, si bien se ha venido insistiendo a lo largo de todo el documento, será en este apartado en donde lo desarrollaremos más ampliamente.

Indicaciones para ingreso en Hospital de Día.

⇒ **Criterios Clínicos:**

- ◆ Todo paciente que tras una primera toma en cargo ambulatoria no responde al tratamiento ambulatorio con riesgo evidente de cronificación.

- ◆ Pacientes con un estado nutricional deficitario (Índice de Quetelet < 17,5) que la evolución durante el tratamiento ambulatorio comporten riesgos evidentes para la salud, debido a una respuesta pobre al tratamiento ambulatorio.
- ◆ Pacientes en las que primen las conductas purgativas, independientemente del estado de salud, y sea imposible controlar en el ámbito ambulatorio.
- ◆ Pacientes con semiología psicopatológica asociada que dificulte la toma en cargo ambulatoria o que necesiten de una intervención más continuada e intensa.
- ◆ Pacientes que se hayan venido incorporando de forma progresiva a las actividades del hospital de día desde la hospitalización.

◆ Habrá pacientes que, puede indicársele desde el ámbito ambulatorio que solamente se incorporen al Hospital de Día para las comidas y reposo.

⇒ **Criterios Psicosociales:**

- ◆ Grave disfunción familiar que dificulte la toma en cargo ambulatoria.
- ◆ Grave deterioro de la vida socio-laboral de los pacientes y que se considere prioritaria su solución.

□ **Criterios de Exclusión:**

- ◆ Los trastornos alimentarios que no sean: anorexia típica y atípica y bulimia nerviosa típica y atípica a no ser que se considere beneficioso terapéuticamente. (Véase Tabla - 1, pag. 19).
- ◆ Patologías psiquiátricas que secundariamente presenten patología alimentaria. Este criterio de exclusión no es absoluto, debiéndose estudiar cada caso concreto.
- ◆ Trastornos graves de personalidad que distorsionen la dinámica general del hospital de día o interfieran significativamente en la toma en cargo de los pacientes. A modo orientativo podemos referirnos a pacientes que padezcan de:
 1. F60.0. Trastorno paranoide de la personalidad.
 2. F60.1. Trastorno esquizoide de la personalidad.
 3. F60.2. Trastorno disocial de la personalidad.
 4. F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
 5. Trastornos histéricos graves.
- ◆ Trastornos psiquiátricos asociados, esquizofrenia y otras psicosis, con sintomatología suficientemente activa como para dificultar la toma en cargo en el hospital de día.
- ◆ Pacientes con riesgo de suicidio.

La estancia media que se establece para nuestro hospital de día es de 3 meses. El tratamiento es voluntario. En caso de riesgos importantes se pasaría a HOSPITALIZACIÓN, estudiando la posibilidad de ingreso involuntario.

En este sentido, se establecerá desde el ingreso con todas/os y cada una/o de los pacientes un CONTRATO TERAPÉUTICO en donde se recogen los compromisos que asumen.

☺ **PROGRAMA DE VOLUNTARIADO.**

Aunque España se ha incorporado recientemente a la utilización del voluntariado tanto en servicios de salud como sociales, otros países presentan una larga experiencia en este sentido.

Hay que reconocer que pueden prestar interesantes servicios y, sobre todo, en el problema de los trastornos alimentarios si tenemos en cuenta que se trata de una patología médica eminentemente psicosocial y en donde, parte del tratamiento, pasa por la normalización de patrones de conducta social.

En las experiencias de otros centros y clínicas que hemos podido contrastar, el voluntariado se integra en actividades cuidadosamente seleccionadas como, por ejemplo, la vigilancia durante las comidas y las actividades que nosotros hemos denominado como **lúdicas y recreativas**. Por tanto, ¿Cuáles serían las actividades en las que pueden colaborar?. Nosotros proponemos las siguientes:

1. Grupos de expresión artística.
2. Grupos de lectura.
3. Apoyo en tareas académicas para pacientes estudiantes.
4. Grupos de relación libre.
5. Salidas programadas de pacientes.
6. Durante las comidas en el domicilio de las pacientes que lo requieran y en donde tal vigilancia por parte de la familia altere significativamente la relación.
7. Acompañamiento de pacientes hospitalizadas durante largos periodos de tiempo y que se considere positivo para la más rápida recuperación de los pacientes.

☐ **Elección del voluntariado.**

1. Independientemente de que las Asociaciones de Afectados puedan proporcionar su propio voluntariado, este debe ser admitido por el staff de la Unidad para poder realizar las tareas anteriormente mencionadas.
2. Los servicios de cualquier miembro del voluntariado pueden ser interrumpidos si el staff lo considera oportuno en base al tratamiento de los/as pacientes.
3. La misma Unidad puede seleccionar a su propio voluntariado, si se produjeran peticiones en este sentido.
4. Ningún miembro del voluntariado podrá tener parientes en régimen de hospital de día u hospitalización en el momento de su prestación de servicios.
5. Las **actividades del voluntariado** serán supervisadas por un responsable de la unidad (médico, psicólogo o de enfermería).

☺ **PROCOLO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN CLÍNICA.**

No desarrollamos este aspecto debido a que se recoge ampliamente en los Apéndices. Simplemente, señalar que se trata de un protocolo común con la **Unidad de Hospitalización**, que será obligatorio cumplimentarlo y que sistemáticamente todos los datos de la valoración clínica (biomédica), psiquiátrica y psicológica serán archivados en una base de datos elaborada al efecto.

Los datos mínimos que se contemplan en este protocolo están basados en la Guía para la Práctica Clínica referida a los Trastornos Alimentarios elaborada por la *American Psychiatric Association*.

☺ **Programa de Investigación, Programa de Prevención, Formación Continua.**

Todos estos Programas son comunes con la Unidad de Hospitalización y la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

□ **Programa de Investigación.**

El Equipo de la **Unidad de Trastornos Alimentarios** se propone poner en marcha un Programa de Investigación que en sus diferentes líneas dé prioridad al conocimiento científico del problema de salud para el que se crea. Es decir la patología de los trastornos alimentarios. Sobre todo, priorizará la investigación clínica y de gestión de las actividades en curso.

En este sentido hemos solicitado una ayuda de 2.000.000 de pesetas al Plan De Investigación del SAS para la realización de un estudio epidemiológico de prevalencia en dos etapas en la provincia de Almería. Los objetivos de este proyecto están en la determinación de la prevalencia real de la anorexia y la bulimia en el ámbito comunitario, así como la validación en nuestra comunidad de varios instrumentos de diagnóstico clínico.

Igualmente, se pondrán en marcha otros proyectos sobre eficacia de los tratamientos en uso (Psicoterapéutico, farmacológico y dietético), así como un estudio de casos y controles sobre factores asociados a la presentación de los trastornos alimentarios en la población adolescente.

Respecto a la investigación en gestión, aunque estará, por un lado, íntimamente ligado al coste- efectividad de los tratamientos, ya mencionado anteriormente al hablar de la evaluación de la eficacia de los mismos, dedicaremos una línea de investigación en cuanto a rendimiento del equipo. La información estará basada en los siguientes **INDICADORES (para cada paciente):**

1. Edad del paciente.
2. Tiempo de Evolución de la Enfermedad.
3. Tiempo de Estancia.
4. Consumo de Servicios.
5. Ingreso (s) y
6. Alta (s).
7. Motivo de Alta (s).
8. Recaídas de pacientes atendidos.
9. Derivantes de los pacientes.

10. Intervenciones en crisis.
11. En colaboración con los gestores del centro hospitalario, se intentará establecer GDRs para cada diagnóstico y subdiagnóstico.

□ **Programa de Prevención:**

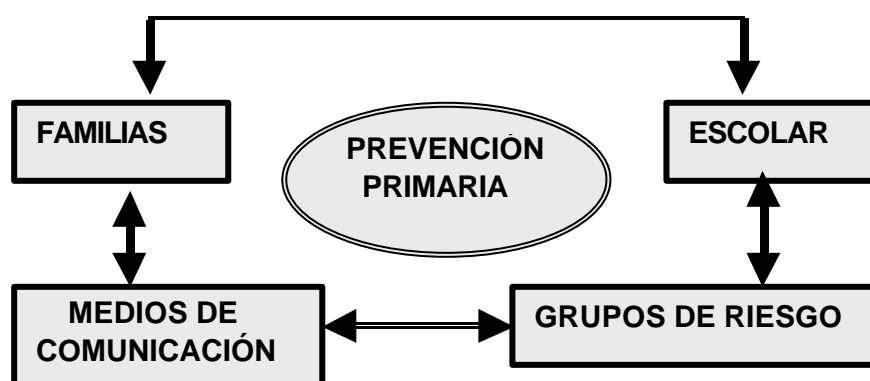
A parte de que formando parte de nuestro trabajo clínico diario debemos realizar una función preventiva secundaria: evitando la cronicidad y otras secuelas de la enfermedad, en este apartado hacemos referencia a la puesta en marcha mecanismos y actividades hacia lo que es la **PREVENCIÓN PRIMARIA**.

La mejor prevención primaria es la que se realiza sobre las bases de un conocimiento sólido sobre la etiopatogenia de la enfermedad. En la anorexia y la bulimia nerviosas, a pesar de los miles de trabajos y de su larga historia, no conocemos más que factores asociados a la presentación de las mismas. Los conocimientos que tenemos actualmente sobre su etiología están basados en estudios descriptivos y, a lo sumo en casos-controles, los cuales solamente nos dan información sobre elementos relacionados y no sobre causalidad.

De otra parte, la implementación de medidas preventivas y su eficacia significa conocer la morbilidad del trastorno y su modificación en el tiempo sobre la base de los programas o medidas preventivas puestas en marcha en un momento determinado. De todo esto existe un desconcertante desconocimiento, a pesar de la magnitud del problema.

Sin embargo, conocemos lo suficiente para poder establecer medidas preventivas y nos falta la evaluación de ellas. De aquí la importancia dada a nuestro proyecto de investigación de prevalencia como instrumento de diagnóstico comunitario. Con los resultados que se desprenda del mismo, podremos en un futuro evaluar las actividades preventivas que proponemos en este apartado. Las actuaciones preventivas deberían realizarse en aquellos ámbitos en donde se han manifestado los factores de riesgo (Figura-6)

Figura -6 : Ámbitos de actuación preventiva.



Las actuaciones concretas en las que deben basarse las actuaciones preventivas, serían:

- ⇒ **Información.** Aunque lo ideal sería que ella fuera dirigida a los sujetos en riesgo, tal vez la única información fiable a este respecto, es que se trataría de la pubertad y el inicio de la adolescencia los sujetos en mayor riesgo. Estas actividades deberían darse, por

tanto, en el ámbito escolar, la universidad y en las familias con hijos púberes y adolescentes.

- ⇒ **Modificación de conductas y hábitos de riesgo:** alimentación y ejercicio no controlado, a través de la Educación Sanitaria.
- ⇒ **Modificación de los estereotipos culturales** relacionados con el culto a un determinado tipo de figura. Aquí ocuparían una gran importancia los medios de comunicación.

Nosotros proponemos la creación de un **GRUPO INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN** que estaría constituido por un miembro de la Consejería de Educación, de la Consejería de Salud, otro en representación de la Asociaciones de Afectados, de la prensa, de la Unidad de Trastornos Alimentarios y de Servicios Sociales.

Sus funciones serían elaborar políticas orientadas a la prevención y, en línea con el Plan Estratégico del SAS, de participación y control de la calidad de los servicios sanitarios dados a los usuarios.

Este grupo intersectorial mantendría un calendario de reuniones periódicas con elaboración de orden del día previo y recogida sistemática en actas de los acuerdos.

□ **Programas de Formación Continua:**

La formación continuada, conjuntamente con la investigación, son aspectos fundamentales para el buen funcionamiento del equipo por varias razones: la primera, porque es una responsabilidad ineludible de todo profesional actualizar los conocimientos con objeto de aplicar los mejores tratamientos y, segundo, porque sirve para motivar a los miembros del mismo.

Nosotros proponemos varias tareas formativas a realizar por los miembros del equipo: facultativos y enfermería:

- ⇒ **Sesiones Clínicas:** Se realizarían con una periodicidad de cada quince días. Rotando enfermería, psicología, psiquiatría y dietética-medicina interna. Se presentarían casos de especial interés clínico.
- ⇒ **Reuniones de Síntesis:** Serían diarias y versarían sobre las evaluaciones de los pacientes en seguimiento. Deben participar todos los miembros de equipo que tengan relación con los pacientes evaluados.
- ⇒ **Revisiones Bibliográficas:** Se trataría de actualizaciones de artículos y libros relacionados con nuestra labor asistencial. Serían de frecuencia quincenal, simultaneando con las sesiones clínicas.
- ⇒ **Programa de Formación PIR y MIR:** Se establecería un programa de formación para residentes que recogiera los contenidos teóricos mínimos, así como las intervenciones clínicas que deberían realizar.
- ⇒ **Universidad:** Se realizarán negociaciones con la Facultad de Psicología y el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Almería con objeto de establecer un Programa de colaboración.

EQUIPO (RECURSOS HUMANOS).

Este capítulo se desarrollará detalladamente en el próximo apartado al hablar de la Unidad de Hospitalización.

4ª PARTE

HOSPITALIZACIÓN

INTRODUCCIÓN

Recurrir a la hospitalización significa que el tratamiento ambulatorio o en el hospital de Día ha fracasado, sea por una falta de idoneidad de la toma en cargo o por un fracaso de los pacientes para modificar actitudes frente a su problema de salud.

La hospitalización comporta una serie de inconvenientes que debemos considerar siempre:

1. Supone una ruptura total de los pacientes con su medio habitual y de sus actividades.
2. Conlleva un mayor estrés intrafamiliar por lo que supone de incertidumbre para los padres y familiares respecto a la gravedad del trastorno y al pronóstico.
3. No deja de ser una medida de tratamiento radical con planteamientos mucho más coercitivos para los pacientes.

Sin embargo, debemos reflexionar sobre estos aspectos si consideramos que nuestro objetivo prioritario es ayudar a los pacientes a superar definitivamente su enfermedad y teniendo en cuenta los resultados de los diferentes tratamientos en uso. Se insiste en la necesidad, a ultranza, de los tratamientos ambulatorios, de la implementación de medidas multimodales de tratamiento, casi todas ellas basadas en modelos psicológicos o psicosociales y con resultados bastante prometedores sobre el papel, y escasamente evaluados o no evaluados en absoluto. Parece que hemos entrado en una escalada en la que actuamos por actuar y en donde cada escuela intenta demostrarnos, con procedimientos dudosamente científicos, de que sus intervenciones son totalmente resolutivas. Y lo cierto es que nos enfrentamos a unos resultados que no difieren en absoluto, e incluso son peores si consideramos la gravedad de sus pacientes, de los obtenidos por Lasègue o por Morton hace ya varios siglos.

Creo que ha llegado el momento de reflexionar sobre nuestra praxis terapéutica implementando medidas contrastadamente eficaces. Es decir, nuestros procedimientos diagnósticos y terapéuticos deben estar basados en la evidencia científica, y no por las modas al uso o por presiones doctrinales o de la industria farmacéutica.

A continuación exponemos los criterios de ingreso y de exclusión del mismo. Sin embargo, aunque basados en las recomendaciones de la *American Psychiatric Association*, veremos como en la actualidad existen controversias al respecto. En ellas no solo se contempla el mejor beneficio para los pacientes, sino que, incluso, suponen un menor coste-beneficio terapéutico.

CRITERIOS DE INGRESO

1. Para la Anorexia Nerviosa:

1.1. *Criterios Médicos:*

- Pérdida de peso mayor del 25-30% del peso ideal o un Índice de Quetelet < 17.
- Importantes alteraciones del equilibrio hidro-electrolítico.
- Alteraciones relevantes analíticas: glucosa, anemia, hipoproteinemia etc.
- Alteraciones de las constantes vitales: tensión arterial, hipotermia, bradicardia, otras alteraciones del ritmo cardiaco.

- Alteración del sistema inmunitario.
- Alteraciones de las faneras: piel en naranja, caída del cabello etc.
- Trastornos psiquiátricos ansioso-depresivos.

1.2. **Criterios Psicosociales:**

- Dinámica familiar gravemente afectada que impida el tratamiento ambulatorio.
- Situaciones de aislamiento social grave y sin apoyo familiar.
- Rechazo activo al tratamiento ambulatorio.

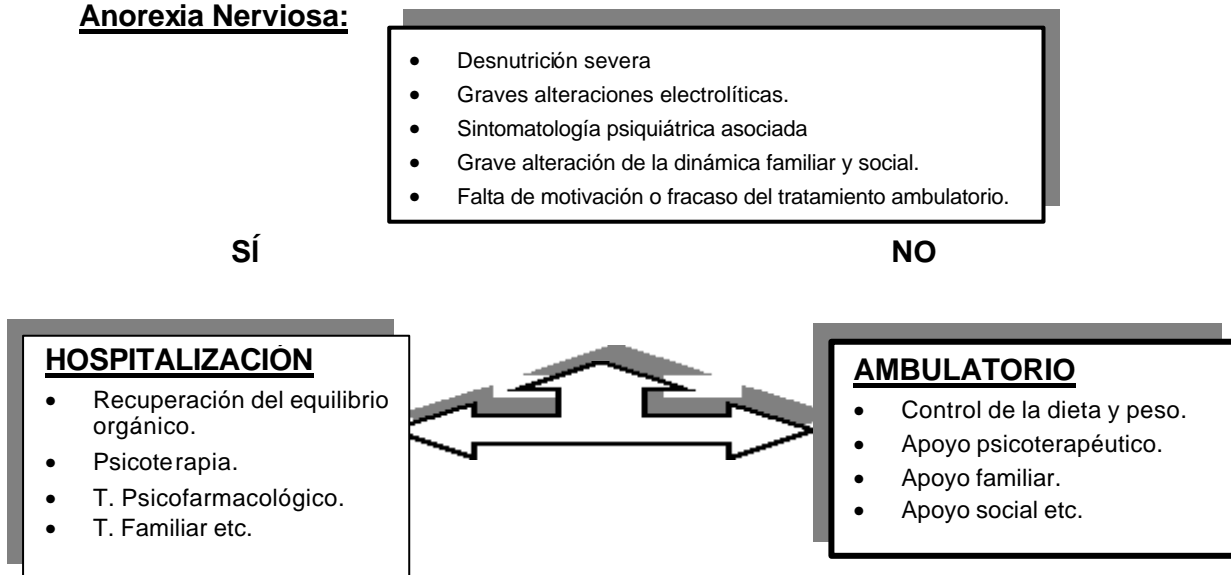
1. **Para la Bulimia nerviosa:**

- Riesgo importante de conductas suicidas.
- Grave descontrol de impulsos.
- Consumo, o riesgo importante, de alcohol y otras drogas. Cuando exista una toxicomanía claramente establecida, no estará indicado el ingreso.
- Alteraciones psiquiátricas secundarias a la bulimia nerviosa.

En la figura - 7 exponemos gráficamente el algoritmo de toma de decisión según los criterios expuestos.

Figura - 7: Criterios de Ingreso Hospitalario para la anorexia nerviosa.

Anorexia Nerviosa:



Tal como planteábamos en la introducción, actualmente se debate si es correcto la utilización de criterios tan estrictos para la indicación del ingreso hospitalario, siendo cada vez mayor el número de profesionales que se muestran de acuerdo con su flexibilización. Los partidarios de esta postura se apoyan en dos aspectos: por un lado, parece que una hospitalización temprana en determinado tipo de pacientes es mucho más resolutive respecto a sus efectos terapéuticos y, segundo, parece, igualmente, que estas medidas redundan en un beneficio del coste-eficacia terapéutica.

Nosotros siempre hemos defendido esta postura. Creemos que los criterios para utilizar esta modalidad de ingreso podrían ser los siguientes:

- Pacientes jóvenes con corta duración de la enfermedad.
- Con pérdida rápida de peso.
- Sin trastornos psiquiátricos asociados.
- Con buena disposición psicológica.
- Sin alteraciones de personalidad.
- Cuando el trastorno alimentario se apoya en alteraciones estéticas objetivas.
- Cuando el trastorno alimentario se da en una adolescente con enfermedades orgánicas que comportan un riesgo añadido: diabetes.
- Se trataría de ingresos cortos (Una, dos semanas)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ⊗ Pacientes con graves trastornos psiquiátricos que necesiten de medidas de contención o vigilancia especiales: brotes psicóticos con agitación.
- ⊗ Pacientes con graves trastornos de personalidad que imposibilite la toma en cargo en la Unidad de Trastornos Alimentarios (véase página 59).
- ⊗ Pacientes con toxicomanías activas y de larga evolución.
- ⊗ Pacientes que, por su gravedad somática, necesiten de cuidados médicos intensivos. Estos pacientes se ingresarían provisionalmente en Medicina Interna o en la Unidad de Cuidados Intensivos, hasta que la recuperación permita su ingreso en la Unidad de Trastornos Alimentarios.

OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN:

Los objetivos de la hospitalización deben estar orientados a la consecución de cuatro niveles de recuperación/normalización:

1. Recuperación de la normalización orgánica:

Para ello se deberá:

- a) Mantener un plan de hidratación adecuado.
- b) Tratar convenientemente todas las complicaciones médicas concomitantes y secundarias al trastorno alimentario.
- c) Recuperación del estado nutricional normal a través de adecuado aporte dietético.

2. - Tratamiento psiquiátrico y psicológico:

- a) Generar situaciones que favorezcan la motivación al cambio.
- b) Tratamiento psicológico individual.
- c) Tratamiento o abordaje familiar.

- d) Tratamiento psicofarmacológico.
- e) Plan de actividades reforzantes para el sujeto y administradas contingentemente a los cambios positivos que vayan surgiendo.

3. - Modificación de ambientes psicosociales y familiares con desajustes:

- a) Intervenciones puntuales sobre familias.
- b) Psicoterapia focalizada sobre la recreación o adquisición de redes de apoyo social. En este sentido la paciente de acuerdo con su nivel de recuperación podrá integrarse en los grupos de terapia del Hospital de Día.
- c) En los casos que se necesite, buscar la intervención de Servicios Sociales.

4. - Intervenciones orientadas a la prevención de recaídas:

- a) Trabajar selectivamente con la familia para generar un ambiente de protección posthospitalización.
- b) Producir los reajustes psicosociales, cuando se considere necesario.
- c) Producir una adherencia fuerte al tratamiento ambulatorio a través de la toma de conciencia de la enfermedad.
- d) Generar redes de apoyo social y actividades sociales saludables.
- e) En definitiva, elaborar un buen Programa de Seguimiento Ambulatorio que contemple las características propias de cada paciente.

PROGRAMAS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Bajo el epígrafe de Programas de Actuación en la Unidad de Hospitalización, vamos a presentar aquellas actuaciones que, a pesar de estar íntimamente coordinadas y supeditadas las unas a las otras, presentan una cierta autonomía por corresponder a estamentos diferentes.

El COORDINADOR de todas las actuaciones que se enumeran a continuación debe ser el responsable de la Unidad de Hospitalización con objeto de que todo el conjunto de actuaciones vaya encaminado hacia el mismo objetivo.

PROGRAMA DE ACTUACIÓN MÉDICA:

Todo paciente que ingrese en la Unidad deberá ser evaluado médicamente. Para ello existe en el Protocolo de Información de Ingreso una serie de **exámenes complementarios obligatorios** para todo paciente (véase apéndice) y que será pedido al ingreso por el psiquiatra responsable de la Unidad.

Al mismo tiempo, señalando **el nivel de urgencia**, se formulará petición de **interconsulta a Medicina Interna** que, sobre la base de los resultados de la exploración de ingreso, completará la exploración con los exámenes que considere necesarios.

Según el estado somático de la paciente, debe elaborarse un **Plan de Seguimiento** por parte de Medicina Interna que constará debidamente reseñado en la Historia Clínica de cada paciente.

El internista responsable del caso deberá dejar constancia de cada visita y de las **recomendaciones y prescripciones** que considere indicadas sobre la base de su exploración.

Independientemente de la constancia de las actuaciones de Medicina Interna en el historial clínico de los pacientes, se mantendrá informado al psiquiatra responsable con objeto de que todas las actuaciones se realicen en base al conocimiento del estado del/la paciente.

Todas las pruebas complementarias quedarán en el historial clínico de los pacientes.

Sería conveniente **Sesiones Clínicas** conjuntas con Medicina Interna.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DIETÉTICA:

La realimentación es fundamental. Por ello, debe realizarse por personal especializado en nutrición clínica y utilizando conocimientos contrastados sobre las particularidades que presenta la realimentación oral o enteral de estos pacientes.

Sin entrar en aspectos técnicos, que corresponde desarrollarlos al personal responsable de esta intervención, sí que deseamos realizar algunas puntualizaciones:

1. Si exceptuamos las situaciones de urgente necesidad, los pacientes deben estar informados de las medidas que se irán tomando respecto a los procedimientos de realimentación, dependiendo de su colaboración.
2. Siempre se les comunicará con antelación de las diferentes medidas y en base a qué se toman, así como la forma de evitarlas.
3. Siempre estarán supeditadas a intereses terapéuticos y en colaboración con el staff médico-psicológico que valorará los pros y contras de cada medida.
4. Excepto en casos de necesidad objetiva, la realimentación se iniciará de forma oral para lo que debe elaborarse un plan de comidas por parte del nutricionista.
5. Respecto a las indicaciones de los diferentes procedimientos de **realimentación**, en la mayoría de los centros especializados se rigen por las recomendaciones de la *American Society of Parenteral and Enteral Nutrition*, a saber:

- ⇒ *Los pacientes con Anorexia Nerviosa recibirán soporte nutricional artificial si el pronóstico de la ingesta oral adecuada es pobre y están severamente desnutridos.*
- ⇒ *La desnutrición severa se define como un peso inferior al 65% del peso ideal o por una pérdida reciente del 30% o más.*
- ⇒ *En determinados pacientes, con anorexia nerviosa poco severa, puede facilitarse una recuperación física y emocional, con el empleo de soporte nutricional, particularmente si se presenta déficits cognitivos.*
- ⇒ *Siempre que sea posible se empleará como ruta de soporte nutricional artificial la vía enteral.*
- ⇒ *La nutrición parenteral solamente se utilizará en pacientes gravemente desnutridos que no toleren la vía enteral por razones médicas o emocionales.*
- ⇒ *La realimentación se realizará de forma gradual y será estrechamente monitorizada con objeto de prevenir las posibles complicaciones.*

El facultativo encargado de la **Nutrición de los pacientes** debería elaborar un Protocolo Pormenorizado, disponible para enfermería y demás facultativos, en donde se hiciera constar los siguientes aspectos:

1. Complicaciones mecánicas.
2. Complicaciones gastrointestinales más frecuentes.
3. Complicaciones metabólicas.
4. Protocolo de monitorización y control del paciente:
 - Cuidados y controles tanto de la dieta como del equipo de infusión.
 - Monitorización clínica del paciente.
 - Controles analíticos obligados.

Estas medidas se consideran importantes para que tanto enfermería como los demás facultativos no especializados en nutrición puedan en todo momento detectar cualquier contratiempo ligado al proceso de realimentación.

PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICO-PSICOLÓGICA:

Debemos insistir en que todo el equipo debe crear un ambiente terapéutico en el ámbito psicológico. Igualmente, en este apartado desarrollaremos por separado las funciones del psicólogo clínico y del psiquiatra, para detenernos nuevamente en el rol de enfermería en cuanto a intervenciones psicoterapéuticas propias.

1. **Funciones del Psiquiatra en la Unidad de Hospitalización.**
 - a) Desempeñará las funciones de dirección tanto de la Unidad de Hospitalización como del Hospital de Día y USMI-J.
 - b) Realizará las valoraciones médicas básicas y psiquiátricas de cada paciente al ingreso, coordinando las actuaciones de interconsultas a Medicina Interna, así como el Plan de realimentación de los pacientes.
 - c) Será el responsable de los tratamientos psicofarmacológicos de los pacientes ingresados.
 - d) Realizará, conjuntamente con el psicólogo, psicoterapias tanto individuales como grupales y con familias que lo necesiten.
 - e) Será el interlocutor con los familiares de los pacientes ingresados.
 - f) Conjuntamente con el equipo diseñará los planes de actuación para los nuevos ingresos y de seguimiento para los ingresados.
 - g) Servirá de apoyo a enfermería o al psicólogo en los Grupos de Padres.
 - h) Realizará las guardias en la Unidad.
 - i) Responsable de los Programas de Prevención, Investigación y Docencia que desarrolle la Unidad conjuntamente con el Hospital de Día.

2. Funciones del Psicólogo Clínico de la Unidad de Hospitalización:

- a) Aunque comparta las psicoterapias con el psiquiatra, él será el responsable de los tratamientos psicológicos.
- b) Será el responsable de las valoraciones psicométricas que se realicen a los pacientes: de personalidad, instrumentales etc.
- c) Compartirá responsabilidad con el psicólogo del hospital de día en las terapias grupales que se realicen.
- d) Llevará conjuntamente con enfermería y/o el psiquiatra los grupos de padres.
- e) Será corresponsable con el psicólogo del Hospital de Día de informar a los padres de los pacientes en hospitalización parcial. En caso de ausencia del psiquiatra, también con los padres de pacientes hospitalizados.
- f) Será corresponsable de los Programas de Formación de los PIR/MIR y otras actividades de investigación y docencia.
- g) Será el encargado de organizar las actividades que tengan que ver con su formación específica.

HORARIO DEL STAFF EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN:

8,30 - 9,30: Reunión de equipo. Ver incidencias. Analizar petición de ingresos.

Esta reunión se realizará conjuntamente con Hospital de Día.

9,30-10,30: Pase de Sala. Las pacientes que cumplan los criterios establecidos se incorporarán a las actividades del Hospital de Día.

11 -13: Psicoterapias Individuales.

13-15: Recibir a los padres de pacientes ingresados. Grupos de padres.

Esta última actividad conjuntamente con Hospital de Día.

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Enfermería es el colectivo profesional que dentro del equipo adquiere una relevancia importantísima respecto al éxito o fracaso del tratamiento. Su tarea es muy delicada debido a que no es difícil que los pacientes experimenten un cierto recelo si llegan a vivirlos como "guardianes" de la Unidad.

Por ello, deben procurar desde el ingreso, y mantenerla en todo momento, establecer una relación de confianza con los pacientes ingresados al mismo tiempo que deben ser capaces de realizar controles cercanos que garanticen el cumplimiento de las indicaciones.

Aunque corresponde a enfermería establecer un protocolo de actuación propia y en consonancia con el resto de los miembros y funciones del equipo, nosotros quisiéramos dar unas pinceladas elementales acerca del rol que este colectivo desempeña. Así, tenemos que:

1. La enfermería participa activamente en la recepción del paciente y su familia en el momento del ingreso. Durante este proceso debe establecer una relación de confianza con el/la paciente.
2. Es su función realizar la recogida de datos generales, tomar las constantes vitales, y realizar la primera exploración sobre la situación emocional, cognitiva y conductual de la paciente.
3. Debe saber apreciar durante el ingreso el tipo de relación entre el/la paciente y su familia, recogiendo cuantos episodios considere de interés para el tratamiento.
4. Todos estos datos deben quedar reflejados en la Historia de Enfermería que deberá elaborar específicamente para este tipo de trastornos.
5. Debe realizar un seguimiento diario acerca de:
 - ⇒ Conducta alimentaria.
 - ⇒ Ejercicio y movilización del paciente.
 - ⇒ Seguridad en pacientes de riesgo.
 - ⇒ Control del reposo.
 - ⇒ Control del sueño.
 - ⇒ Control de la evolución del peso en cada paciente, según programa establecido.
6. Participará en actividades terapéuticas:
 - ⇒ Seguimiento del grado cumplimiento de programas en curso, tanto médicos como psicológicos.
 - ⇒ Actividades psicoterapéuticas: actividades recreativas, ludoterapia, programa de ejercicio controlado, pictoterapia, salidas programadas fuera de la unidad.
 - ⇒ Dependiendo del nivel de cualificación y de experiencia previa, participará como coterapeuta en terapias de grupo y grupos de padres.
7. La enfermería de la Unidad de Hospitalización, independientemente de su emplazamiento físico, forma parte del Hospital de Día. Por tanto, participará de las funciones y en las actividades recogidas en el apartado correspondiente.

Si tenemos en cuenta la especificidad del trabajo de enfermería en una Unidad de Hospitalización en lo que se refiere a los Trastornos Alimentarios, la supervisión debería depender del personal de enfermería que trabaje en la propia unidad. De plantearse la Unidad de Trastornos Alimentarios como Unidad de Gestión, la enfermería debe estar integrada en ella y no en una Unidad de Gestión diferente.

PROGRAMA REGULADOR DE VISITAS DE FAMILIARES:

Para quién no esté familiarizado con este tipo de patología puede resultarles extraño que se dedique un apartado dedicado a la regulación de visitas de familiares. Sin embargo, este aspecto es importantísimo por varias razones:

- ⇒ No olvidemos que esta patología, y máxime cuando se llega al extremo de la hospitalización, viene acompañada con bastante frecuencia de una gran distorsión en las relaciones parento-filiares.
- ⇒ Igualmente frecuente es que nos encontremos con grandes desacuerdos entre ambos cónyuges en cuanto a la conveniencia de la hospitalización, personalmente aprovechado por las/os pacientes.
- ⇒ En otros supuestos, el control de visitas, puede ser motivador para el cambio y formar parte de una administración contingente a la presentación de mismo.
- ⇒ Los pacientes ingresados suelen padecer un gran sufrimiento psicológico durante el proceso de realimentación. Esto da lugar a frecuentes chantajes de tipo afectivo hacia los padres produciéndose abandonos prematuros del tratamiento.

Sin embargo, en la mayoría de las situaciones los padres tendrán derecho a visitar a sus hijos ingresados cuando lo deseen y siempre que no interfieran en los tratamientos. Existen unidades en donde se implican a los padres durante las comidas de los pacientes (San Juan de Dios de Barcelona), haciéndose cargo cada padre, normalmente la madre. Sin embargo, consideramos que, si bien en casos muy especiales puede resultar terapéutico no ocurre lo mismo en la mayoría de ellos.

Nosotros proponemos un horario de visitas, en los supuestos de que no exista contraindicación terapéutica para ello, que sería por la tarde **desde las cuatro y media hasta las siete**. Este horario contempla que la merienda se realice en compañía de los padres.

Ningún paciente podrá recibir visitas, cuando sea menor de edad, de ninguna otra persona sin el permiso expreso de los padres. Enfermería debe tener constancia de tal permiso, con objeto de impedir o facilitar tales visitas.

INFRAESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.

En la Unidad de Hospitalización deben existir cuatro tipos de espacios claramente delimitados: las habitaciones de los pacientes, el staff de enfermería, una sala de estar para los pacientes y dos despachos.

Iremos deteniéndonos en cada uno de ellos:

1) **Las habitaciones de los pacientes:**

Deben ser relativamente espaciosas como para poseer el siguiente mobiliario: **La cama, una mesa de estudio y una pequeña repisa para libros y un flexo.**

Un armario para guardar los enseres personales con llave.

El aseo con llave.

Las llaves del armario y del aseo estarán en poder de enfermería, en tanto en cuanto no se decida que el/la paciente tengan permiso para disponer de ellas.

Las ventanas de la habitación estarán cerradas al menos durante la comidas con objeto de que los pacientes no puedan arrojar alimentos por ellas.

Al menos una de las habitaciones estará cerca del staff de enfermería, con mayores condiciones de vigilancia y que se dedicará a pacientes con necesidades de un mayor control.

2) El staff de enfermería:

Situado junto a la habitación con mayores necesidades de vigilancia, tendrá un armario con llave para medicación e instrumental de curas.

Mobiliario y archivo para guardar los historiales clínicos tanto de enfermería como el médico de los pacientes ingresados. Aunque estará con llave, los historiales clínicos siempre estarán disponibles.

3) Sala de estar para los pacientes:

Servirá para que los pacientes, con permiso para salir de sus habitaciones, puedan reunirse. Aquí, igualmente, se mantendrían las vistas de familiares.

Debe estar equipada con mobiliario cómodo: un sofá con sillones, T.V., algunos juegos como damas, parchís, cartas, ajedrez etc. y prensa diaria.

Este espacio se utilizará como espacio intermedio antes de incorporarse al Hospital de Día y reforzante para los pacientes. Igualmente como lugar de encuentro y esparcimiento durante la hospitalización.

4) Dos despachos clínicos:

Deben existir dos despachos, uno para el psiquiatra y otro para el psicólogo clínico. Son fundamentales ya que deben cumplir las siguientes funciones:

- Lugar de trabajo clínico.
- Espacio claramente diferenciado de las habitaciones de los pacientes para la realización de psicoterapias.
- Recibir a las familias.
- Recepción de visitas generales.

Por tanto, su acondicionamiento será interpretado como un **indicador de las condiciones generales de la Unidad**, sobre todo para los padres. Deben ser sencillos, aunque cómodos. Con mobiliario nuevo: mesa de despacho, con asientos cómodos, estantería para libros y luminoso.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA IMPLEMENTACIÓN OBLIGATORIA DEL TRATAMIENTO.

Existen detractores y defensores respecto a la prescripción obligatoria del tratamiento a los/as pacientes con trastornos alimentarios (GRIFFITHS y RUSSELL, 198). Las principales razones que se argumentan para justificar el tratamiento forzado u obligatorio son:

1. Salvar la vida del paciente en los casos en donde existe un grave bajo peso. En este sentido se considera obligatorio en tratamiento cuando el Índice de Quetelet es de 13,5 o menos o existen serios problemas médicos o psicológicos.
2. Para contrarrestar los efectos de la desnutrición que distorsionen la habilidad del paciente para tomar decisiones sobre el tratamiento.
3. Para asegurar que la seguridad y salvaguarda del paciente.
4. Para demostrar el interés del terapeuta por el paciente.
5. Para mantener el desarrollo madurativo y del desarrollo sexual.

Las razones en contra podemos resumirlas en:

1. La obligatoriedad del tratamiento infringe los derechos y autonomía del paciente.
2. Forzar la alimentación en el hospital puede producir un efecto contrario y con mayor probabilidad de recaídas una vez se produzca el alta hospitalaria.
3. No existe evidencia científica de que la alimentación y tratamientos obligatorios beneficien al paciente a largo plazo.
4. El tratamiento forzado u obligatorio destruye la confianza en el terapeuta y el equipo, erosiona las relaciones terapéuticas y mina, con toda probabilidad, la posibilidad de otros tratamientos.
5. Una pelea "por el poder" frente al terapeuta es improductiva.
6. Forzar la cogida de peso puede dar lugar a la presentación de atracones y la utilización de medidas anormales para controlar el peso: vómitos autoinducidos, y conductas purgativas.
7. Forzar el tratamiento puede ocasionar cuadros depresivos y conductas suicidas.

Los argumentos y contraargumentos que acabamos de exponer frente a la obligatoriedad, así como la realidad de que existe una alta morbimortalidad asociada a los trastornos alimentarios, han dado lugar a que los clínicos, sin apasionamiento doctrinal, se planteen una serie de compromisos a la hora de decidir el tratamiento obligado de un/a paciente:

1. La decisión de admitir un paciente en régimen hospitalario e imponer un tratamiento debe hacerse solamente después de considerar los riesgos y beneficios del tratamiento que se indica.
2. La implementación de un tratamiento obligatorio requiere que todas las partes implicadas sean concienzudamente consultadas (paciente, familia y todo el equipo).
3. La familia deberá ser totalmente informada del porqué se indica un tratamiento en contra de los deseos del paciente, la naturaleza de la enfermedad y del tratamiento propuesto.
4. Los padres deberán ser los tutores del paciente y decidir de la continuidad o no del mismo. Cuando existan contraindicaciones en ello, debido a disarmonías familiares o a altos niveles de manipulación, se deberá solicitar a través del juez un tutor lega.
5. Es esencial que exista una excelente relación entre el equipo, el tutor y la familia cercana.
6. Los miedos y la ansiedad suelen darse antes de la hospitalización convirtiéndose durante el tratamiento en cooperación, siendo esto lo más importante.

Debemos tener en cuenta, a la hora de decidir la conveniencia o no de un tratamiento contra voluntad del paciente que:

1. La negación al tratamiento es propio de la anorexia nerviosa.
2. La dicotomía entre actitudes libertarias y paternalistas actualmente parecen ir desapareciendo.
3. La evidencia sugiere que la anorexia nerviosa es una enfermedad crónica con altas cotas de morbilidad y mortalidad.
4. Actualmente, ante el incremento de la anorexia nerviosa, se tiende a crear un consenso frente a los pacientes resistentes a la implementación de tratamientos.
5. Los tratamientos obligados, en la actualidad, pueden establecerse con efectividad, siempre que se considere con cuidado aspectos personales del paciente y de sus familias.
6. Se van introduciendo alternativas del tratamiento consentido frente al involuntario.
7. Se necesita de una legislación internacional respecto a los tratamientos obligados para la patología alimentaria.

8. Se necesita de una legislación de tutoría para estos casos que permita la calidad de cuidados terapéuticos.
9. Se necesitan estudios que evalúen con rigor científico los resultados a largo plazo de los tratamientos impuestos obligatoriamente frente a otras modalidades alternativas.

De todas formas, somos de la convicción de que, en tanto en cuanto no se contrastan empíricamente la conveniencia de los tratamientos obligados, debemos ser responsables y no permitirnos el lujo de jugar "doctrinalmente" con personas. Incluso a costa de ser juzgados de paternalistas, megalómanos o cualquier otro calificativo al uso. Y si no, que se lo pregunten a los/as pacientes recuperadas y/o a sus familiares.



RECURSOS HUMANOS

Hasta ahora hemos venido desarrollando las tareas de coordinación, la prestación de servicios asistenciales y los distintos niveles en donde se llevarían a cabo. En este capítulo pretendemos justificar **el mínimo de recursos humanos** necesarios para poder realizar, eficientemente, las diversas actividades recogidas en esta memoria.

Pero antes de referirnos al número de profesionales, deseamos exponer algunos problemas con los que actualmente nos enfrentamos:

1. Se desea que la **Unidad de Hospitalización** dependa de la Unidad de Salud Mental Infantil, algo absolutamente pertinente si tenemos en cuenta que esta patología se presenta durante la pubertad y la adolescencia.
2. Esto conlleva, en nuestra provincia de Almería, a analizar la situación de la USMI-J en cuanto a recursos: A pesar de ser la segunda Unidad que se creó en Andalucía, nacimos siendo deficitarios con respecto al resto de la USMIS de toda nuestra Comunidad Autónoma y con la utilización del I censo de Población General del año 85.
3. A modo de ejemplo, si nos comparamos con la USMI de la Macarena, esta dispone de tres psiquiatras, tres psicólogos, una D. en Enfermería, una Trabajadora Social, una Auxiliar de Clínica y Administrativo: Pues bien, nuestro equipo con un psiquiatra, una psicóloga, una Trabajadora Social, una Auxiliar de Clínica y una Auxiliar Administrativo, atiende la misma frecuencia absoluta de casos nuevos por año.
4. Si realizamos una adaptación de recursos al censo del 1996, y no de población General, sino de edades entre 0 y 18 años, nuestra situación ahora es bastante más deficitaria con respecto a cualquier USMI andaluza que antes. Sin embargo, proporcionalmente, **TENEMOS LOS INDICADORES MAS ALTOS DE TODA ANDALUCÍA, tanto en asistencia como en Investigación.**
5. Si observamos las variaciones del Censo en los últimos años, comprenderemos por qué, la demanda en el último año y lo que va de este se ha incrementado en el 100%.
6. Los casos derivados a la USMI-J poseen unos niveles de gravedad especialmente importantes. Esto condiciona el tiempo de seguimiento que está en una media de un año, antes de producirse el alta.
7. **En el Plan Andaluz de Salud**, se contempla que, a medio plazo, las USMI-J atiendan la demanda desde un segundo nivel, y no desde el tercero como ahora. Esto plantea la necesidad de incrementar recursos propios de la USMI, independientemente de las necesidades actuales por la discriminación histórica que padecemos.

Una vez expuestas muy sucintamente las dificultades con las que nos enfrentamos, y siendo **totalmente realistas y conociendo las necesidades de atención de los pacientes con trastornos alimentarios,** creemos que los objetivos expuestos en este proyecto, y continuando con los déficits en la USMI, **NECESITARÍAMOS: (hablamos de recursos nuevos)**

⇒ **DOS PSIQUIATRAS:**

Un psiquiatra, se ocuparía de atender la demanda de la USMI a tiempo total.

Otro psiquiatra estaría dedicado en exclusiva a atender las necesidades en el Hospital de Día y Hospitalización.

El actual psiquiatra de la USMI: Actuaría como consultor de la demanda más difícil de la USMI-J, haría las veces de dirección de la Unidad de Hospitalización y Hospital de Día.

⇒ **DOS PSICÓLOGOS:**

AMBOS estarían dedicados en exclusiva a la Unidad de Hospitalización y Hospital de Día. Aunque, uno/a estaría más dedicado al Centro de Día y el otro a la Unidad de Hospitalización, se apoyarían entre ellos en función de las necesidades asistenciales.

⇒ **ENFERMERÍA Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA:**

Se realizarían tres turnos en la Unidad de Hospitalización. Nosotros proponemos que **durante los turnos de mañana y tarde**, trabajen **DOS Diplomados/as en Enfermería y un Auxiliar de Enfermería**.

Esto facilitaría que uno de los Diplomados asistiera a las actividades del Hospital de Día, actuando como refuerzo del/la Diplomada de Hospitalización.

En el turno de noche, estaría cubierto con un/a Diplomado/a en Enfermería y un/a Auxiliar.

Habría que contemplar en **la configuración final** de la plantilla de enfermería, los descansos, los permisos, las bajas y las vacaciones.

APENDICE

HISTORIA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA

PARA LOS

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

(PARTE – I: Información Clínica General)

UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

CONSULTA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

HOSPITAL PROVINCIAL

HOSPITAL PROVINCIAL
Plaza del Dr. Gómez Campana s/n
04002-ALMERÍA

2. Divorciados
3. Solteros
4. Viudos

9. Centro derivante: (1) Almería
(2) Centro
(3) Roquetas
(4) Poniente
(5) Huerca-Overa (6) Albox (7) Otros

II. ANTECEDENTES PERSONALES

10. Obstétricos:

11. Psicomotor:

12. Lenguaje-cognitivo:

13. Sueño:

14. Alimentación: Anorexia prepuberal SI NO
Obesidad SI NO

15. Social:

16. Afectivo:

17. Esfinteriano:

18. Enfermedades orgánicas (especificar):

19. Escolaridad:

19. Adaptación: Mala Regular
Buena Muy buena

20. rendimiento (*Malo, fracaso reiterado; Regular, suspensos ocasionales; buena, aprueba regularmente*):

Malo
Regular
Bueno
Muy bueno

21. Edad de la menarquia: (1) Edad (2) No

III. SITUACIÓN FAMILIAR

22. Número de hermanos: Hermanas:

23. Lugar que ocupa en la fratría:

24. Número de hijos:

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES:

25. Antecedentes médicos relevantes en el padre (describir):

26. Antecedentes psiquiátricos en el padre (CIE-10):

27. Antecedentes de trastorno alimentario en el padre, incluyendo obesidad:

28. Antecedentes médicos en la madre (describir):

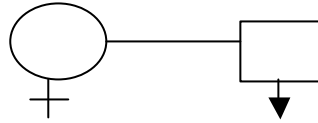
29. Antecedentes psiquiátricos en la madre (CIE-10).

30. Antecedentes alimentarios en la madre, incluyendo obesidad:

31. Antecedentes psiquiátricos en los hermanos (CIE-10):

32. Antecedentes de trastornos de la alimentación en los hermanos, incluyendo obesidad:

Árbol Genealógico:



V. ENFERMEDAD ACTUAL:

33-84. Acontecimientos Vitales Ocurridos durante el año anterior a la presentación del trastorno alimentario:

- 33. Muerte de uno de los padres
- 34. Abuso sexual
- 35. Alcoholismo del padre o de la madre
- 36. Muerte de un familiar
- 37. Separación o divorcio de los padres
- 38. Toxicomanía de un miembro de la familia
- 39. Condena a prisión de uno de los padres
- 40. Enfermedad grave del paciente
- 41. Enfermedad psiquiátrica de uno de los padres
- 42. Enfermedad grave de uno de los miembros de la familia
- 43. Deficiente rendimiento escolar a lo largo de año
- 44. Aumento de las discusiones entre los padres
- 45. Aumento de las discusiones con el marido/esposa

- 46. Aumento de las discusiones con los padres
- 47. Muerte de un amigo/a íntimo
- 48. Cambio de colegio
- 49. Cambio de trabajo
- 50. Nacimiento de un hermano/a
- 51. Nacimiento de un hijo/a
- 52. Abandono del hogar de un hermano/a
- 53. Suspensión de la escolaridad
- 54. Quedarse en paro
- 55. Problemas con un profesor
- 56. Problemas con el jefe
- 57. Cambio del nivel económico de los padres
- 58. Cambio del nivel económico del matrimonio
- 59. Pérdida del trabajo de uno de los padres
- 60. Pérdida del trabajo del marido/esposa
- 61. Aumento de ausencia del hogar de uno de los padres
- 62. Aumento de ausencia del hogar del cónyuge
- 63. Aumento de las discusiones con los hermanos
- 64. Aumento de las discusiones con los hijos
- 65. Traslado a un domicilio nuevo
- 66. Embarazo de una hermana soltera
- 67. Embarazo de una hija soltera
- 68. Embarazo de la novia/esposa (hombres)
- 69. Quedarse embarazada
- 70. Nuevo novio/a
- 71. Casarse
- 72. Suspender un curso
- 73. Tener un trabajo
- 74. Tener problemas con la policía
- 75. Romper con el novio/a
- 76. Romper con el marido/esposa
- 77. Aborto de la novia/esposa
- 78. Tener un aborto
- 79. Tener problemas con los compañeros de clase
- 80. Tener problemas con los compañeros del trabajo

81. Nuevo padrastro o madrastra
82. Inicio de las relaciones sexuales
83. Falta de aceptación de la imagen corporal
84. Fuga del hogar

85-99. **Conducta alimentaria:**

85. ¿Ha seguido alguna vez una dieta? SI NO
86. Edad a la que comenzó restringir alimentos:
87. Puntuar de 1 a 10 la dieta que más prefiere (1, la que menos quiere: 10, la que más quiere)
- Comidas salteadas
 - Ayunar completamente
 - Restringir hidratos de carbono
 - Restringir grasas
 - Porciones pequeñas
 - Ir reduciendo
 - Dieta pobre en calorías
88. ¿Cuales de las siguientes conductas presenta? (marcarlas):
88. Esconde alimentos
89. Come muy lentamente
90. Tritura los alimentos durante la comida
91. Suele comer a escondidas
99. No le gusta comer en compañía

100-110. **Conductas purgativas y compensatorias:**

100. ¿Ha vomitado alguna vez para librarse de los alimentos?
SI NO
101. Edad de inicio:
102. Desde cuando:
103. Después de la comida, con que rapidez se produce el vómito:
1. antes de los 15 minutos 2. 16-30 minutos 3. 31-45 minutos
4. 40-60 minutos 5. Una hora o más
104. Uso de laxantes SI NO

105. Desde cuando:

106. Utiliza diuréticos SI NO

107. Desde cuando:

108. Utiliza otros fármacos para adelgazar SI NO

109. Realiza ejercicio para controlar el peso SI NO

110. Cuantos minutos al día:

111-118. **Imagen Corporal:**

111. Como consideras tu peso durante la infancia:

1. Normal
2. Delgado
3. Algo obeso
4. Obeso
5. Muy obeso

112. Te gastaron bromas acerca de tu peso:

1. Sí, que era muy delgado
2. Sí, que era muy obeso
3. No

113. Actualmente piensas que tu peso es:

1. Normal
2. Muy delgado
3. Algo delgado
4. Algo obeso
5. Muy obeso

114. Hasta que punto te preocupa coger *UN KILO*:

1. Nada
2. Un poco
3. Bastante
4. Muchísimo

115. Hasta que punto te preocuparía perder *UN KILO*:

1. Nada 2. Un poco
3. Bastante 4. Muchísimo

116. Como te sientes de satisfecho/a con tu cuerpo:

1. Insatisfecho/a 3. Algo satisfecha
2. Bastante insatisfecha 4. Satisfecha

117. Con que frecuencia te pesas:

1. Menos de una vez al mes
2. Mensualmente
3. Semanalmente
4. Más de una vez a la semana
5. Diariamente
6. Más de una vez al día

118. Como te sientes de obesa:

1. En absoluto obesa
2. Algo obesa
3. Obesa
4. Muy obesa

119-124. **Impulsividad:**

119. Consumo de alcohol

SI NO

120. Consumo de hachís

SI NO

121. Consumo de otras drogas

SI NO Especificar:

122. Intento de suicidio:

SI NO

123. Te has hecho daño físicamente

SI NO

124. Desde que comenzó el problema de la comida, ¿Has cometido algún robo?

SI NO

125-128. **Sexualidad:**

125. Ha tenido relaciones sexuales

SI NO

126. Su interés por la sexualidad es

1. Ningún interés

2. Algo de interés

3. Interesado/a

127. Tu preferencia sexual es

Exclusivamente heterosexual

Heterosexual y otras homosexual

Exclusivamente homosexual

128. Como definiría su satisfacción sexual

- Insatisfecho/a

- Algo satisfecho/a

- Satisfecho/a

- Muy satisfecho/a

VI. EXPLORACION PSICOPATOLÓGICA (AMDP - Modificado) (Cumplimentar por facultativo o residente)

<u>CONCIENCIA</u>	<u>NO</u>	<u>DUDOSO</u>	<u>CIERTO</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
Disminución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entubamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estrechamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exaltación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>TRASTORNOS DE LA ORIENTACIÓN</u>				
En el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En el espacio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autopsíquica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>TRATORNOS DE LA ATENCIÓN Y MEMORIA</u>				
Aprehensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fijación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipoamnesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Confabulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paramnesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	<u>NO</u>	<u>DUDOSO</u>	<u>CIERTO</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
<u>TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO</u>				
Inhibido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enlentecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Divagatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Empobrecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perseveración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rumiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aceleración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fuga de ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pararrespuestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bloqueos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disgregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neologismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>SÍNTOMAS OBSESIVOS Y FÓBICOS</u>				
Desconfianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipocondría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fobias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obsesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impulsos obsesivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>DELUSIONES</u>				
Humos delirante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Percepción delirante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intuición delirante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ideas delirantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Delirio sistematizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dinámica delirio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Delirio de referencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. influencia y persecución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Delirio de celos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Delirio de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Delirio de ruina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Delirio hipocondríaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Delirio de grandeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	NO	DUDOSO	CIERTO	OBSERVACIONES
Otros contenidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN</u>				
Ilusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oír voces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acoasmas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alucinaciones visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aluc. Cenestésicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aluc. Olfativas y gustativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>TRASTORNOS DE LA VIVENCIA DEL YO</u>				
Desrealización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Despersonalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difusión del pensamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Robo del pensamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras vivencias de influencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD</u>				
Perplejidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentimiento de vacío afectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Empobrecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trast. Sentimientos vitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tristeza, depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desesperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angustia, ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Euforia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disforia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intranquilidad interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Actitud quejumbrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentimiento de insuficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sobrestima de sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentimiento de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentimiento de ruina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ambivalencia afectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paratimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Labilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NO DUDOSO CIERTO OBSERVACIONES

Incontinencia afectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez afectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRASTORNOS DE LOS IMPULSOS Y DE LA PSICOMOTRICIDAD

Adinamia psíquica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhibición de impulsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la impulsividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inquietud psicomotriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paraquinesias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manierismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teatralidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUEÑO:

Insomnio precoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio tardío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despertares durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros problemas del sueño _____

VARIACIONES CIRCADIANAS

Peor por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peor por la tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mejor por la tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTROS TRASTORNOS

Disminución sociabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de la sociabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agresividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoagresiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencia sent. De enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausencia conci. Enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rechazo al tratamiento

Necesidad de cuidados

129-139. **Conductas Bulímicas:**

129. Nº de atracones por semana:

130. Duración de los atracones (promedio):

131. Horas de presentación:

1. Mañana
2. Medio día
3. Tarde
4. Noche
5. No existe un tiempo concreto

132. Sentimientos inmediatamente **antes** del atracón: (señala varios, si es necesario)

1. Ansiedad
2. Confusión
3. Aburrimiento
4. Sensación de vacío
5. Depresión

133. Sentimientos **después** de los atracones:

1. Tranquilidad
2. Enfadado/a
3. Vergüenza
4. Aliviado/a
5. Otros sentimientos _____

134. Alimentos que prefiere en los atracones (Puntuar de 1: lo que menos prefiere a 10: los que más prefiere).

1. Pan, cereales, pastas
2. Quesos, leche, yogur
3. Fruta
4. Carne, pescado, huevos
5. Alimentos salados
6. Golosinas
7. Vegetales

135. Existe relación entre la presentación de atracones y la regla

SI NO

136. Si existiera, en que momento del ciclo aparece con más frecuencia:

137. Ha existido anteriormente a la bulimia anorexia

SI NO

138. En caso afirmativo, cuanto tiempo duró la anorexia antes de aparecer la bulimia:

139. Existe alguna causa desencadenante de los atracones:

SI NO ¿Cuál/es:

140. Nivel de interferencia debido al trastorno alimentario con respecto a:

	NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECUENTE	MUY FRECUENTE
Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades diarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relac. Personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

141. Tipo de relación con las siguientes personas:

	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Novio/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. **EXPLORACIÓN SOMÁTICA:**

142. Talla:

143. T. Arterial:

144. Pulso:

145. Temperatura:

146. Edad al inicio de la enfermedad:

147. Peso máximo alcanzado:

148. Peso mínimo alcanzado:

149. Peso actual:

150. Índice de Quetelet:

151-173. **Signos Físicos: (Cumplimetar por Médico o DUE)**

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 151. Piel seca y rugosa | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 152. Hipertricosis | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 153. Lanugo | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 154. Acrocianosis | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 155. Caída del cabello | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 156. Hipotensión | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 157. Bradicardia | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 158. Bradipnea | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 159. Hipotermia | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 160. Edemas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 161. Letargia | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 162. Debilidad, fatiga | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 163. Hinchazón abdominal | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 164. Cefaleas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 165. Nauseas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 166. Signo de Rusell | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 167. Hipertrofia de las glándulas salivares | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 168. Hipertrofia glándulas parótidas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 169. Erosiones dentales | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 170. Estreñimiento | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 171. Oligomenorrea | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 172. Amenorrea primaria | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 173. Amenorrea secundaria | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

174-179. **Alteración por Órganos: (Cumplimentar por médico o DUE)**

- | | | | | |
|----------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 174. Alteración renal | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 175. Alteración metabólica | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 176. Alteración gastrointestinal | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 177. Alteración cardiaca | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

178. Alteración pulmonar SI NO 179. Alteración neurológica SI NO

VIII. **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS (Obligatorias)**

180. Sangre:

Hemograma	<input type="checkbox"/>	Proteinograma	<input type="checkbox"/>
VSG	<input type="checkbox"/>	Aclaramiento creatinina	<input type="checkbox"/>
Urea	<input type="checkbox"/>	Glucemia	<input type="checkbox"/>
Carotinemia	<input type="checkbox"/>	Calcio	<input type="checkbox"/>
Fósforo	<input type="checkbox"/>	Magnesio	<input type="checkbox"/>
Potasio	<input type="checkbox"/>	Cloro	<input type="checkbox"/>
		Sodio	<input type="checkbox"/>

181. Orina:

Anormales y sedimento

182. Otros:

Colesterol	<input type="checkbox"/>	Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	Transferrina	<input type="checkbox"/>
LH	<input type="checkbox"/>	Estradiol	<input type="checkbox"/>	Ferritina	<input type="checkbox"/>
LDH	<input type="checkbox"/>	GH	<input type="checkbox"/>	Fe sérico	<input type="checkbox"/>
FSH	<input type="checkbox"/>	TSH, T3, T4 libre	<input type="checkbox"/>		
P.F.Hepáticas	<input type="checkbox"/>	Amilasemia	<input type="checkbox"/>		
Albúmina	<input type="checkbox"/>	Prealbúmina	<input type="checkbox"/>		

183. Otras no analíticas

Electrocardiograma

Rx de tórax

IX. **EXÁMENES PSICOLÓGICOS**

184. **EAT-40:**

185. **BITE:**

186. **EDI:**

187. **SAD**

188. **HAMILTON DEPRESIÓN >18 AÑOS** **BDI<18 AÑOS**

189. **HAMILTON ANSIEDAD**

190. **BSQ** 191. **16-PF** (o equivalente por edad).

X. **ORIENTACIÓN DE TRATAMIENTO:**

192. ¿Ha recibido tratamientos anteriores?

SI NO

193. En caso afirmativo, ¿Cuáles? :

- Farmacológico
- Psicoterapéutico
- Ambos

Describir brevemente, los tipos de prescripción y modalidades psicoterapéuticas, así como los resultados:

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO EN LA UNIDAD:

Hospitalario Centro de Día Ambulatorio

COMENTARIOS:

XI. **DIAGNÓSTICO**

PARA TRASTORNO ALIMENTARIO (CIE-10)

PARA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA (CIE-10)

PARA PATOLOGÍA ORGÁNICA ASOCIADA (CIE-9-CM)

HISTORIADOR/ES:

Nombre y Apellidos:

Profesión:

INFORMACIÓN CLÍNICA

PARA LOS

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

(*PARTE – II: Información Autoadministrada*)

**UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVEVIL
Y DE
TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

HOSPITAL PROVINCIAL

COMPLEJO HOSPITALARIO DE TORRECARDENAS

HOSPITAL PROVINCIAL
Plaza del Dr. Gómez Campana s/n
04002-ALMERÍA

A continuación verás una serie de CUESTIONARIOS con los que pretendemos

conocer mejor lo que piensas de tu problema, así como cuales son tus sentimientos y tus preocupaciones.

Esto es fundamental para que los profesionales que trabajamos en la Unidad podamos ayudarte eficazmente.

Tanto la información que se recoge a través de estos cuestionarios, como la que tu creas importante para resolver tu problema, será totalmente CONFIDENCIAL.

Te recomendamos que lo respondas en el orden que se te presentan y que nos lo traigas en próximas citas.