



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA
ANOREXIA Y BULIMIA
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
2018**

<p>ELABORADO POR:</p> <p><i>[Signature]</i> Ps. Alex Cáceres Referente Salud Mental Depto. Salud Mental Servicio de Salud Iquique.</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Servicio Salud de Iquique</p>	<p>REVISADO POR:</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Felipe Platero Moscosos Subdirector de Gestión Asistencial Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Claudio Barraza Jefe Depto. Salud Mental Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Yuriko Kuwahara Depto. de Unidad Calidad y Seguridad del Paciente Servicio de Salud Iquique</p>	<p>APROBADO POR:</p> <p><i>[Signature]</i> Dra. María Vera Zamora Directora (T y P) Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha Elaboración: Enero 2018</p>	<p>Fecha Revisión: Febrero 2018</p>	<p>Fecha Próxima revisión: Febrero 2021</p>



PROCOLO RESOLUTIVO EN RED
DEL TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA
ANOREXIA Y BULIMIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PSQ-005

Edición: Primera

Fecha: Febrero 2018

Página: 2 de 26

Vigencia: 3 años

INDICE

1. DECLARACION DE INTERESES	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. OBJETIVOS	9
Objetivos General	
Objetivos Específicos	
4. ALCANCE	9
5. MAPA DE RED.....	10
6. RESPONSABILIDADES	11
7. POBLACION OBJETIVO	12
8. DEFINICIONES	12
9. PROCEDIMIENTO	14
10. INDICADOR	21
11. FLUJOGRAMA.....	22
12. BIBLIOGRAFIA	23
13. ANEXOS.....	24



PROCOLO RESOLUTIVO EN RED
DEL TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA
ANOREXIA Y BULIMIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PSQ-005

Edición: Primera

Fecha: Febrero 2018

Página: 3 de 26

Vigencia: 3 años

1. DECLARACION DE INTERES


Se declara que los autores del presente documento no tienen conflictos de interés ni los revisores de siguiente protocolo.

“La actual categoría NO GES de este documento hace referencia a que nada de lo expuesto es garantizado económicamente por Ministerio de Salud de Chile a través de las Garantías Explícitas de Salud”.

Sin embargo, ello no resta relevancia, veracidad ni utilidad a las recomendaciones aquí planteadas, las cuales se basan en el acuerdo de expertos nacionales e internacionales en Trastorno de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA).

Este documento no fue elaborado con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales, sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente.

No obstante, lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 4 de 26
		Vigencia: 3 años


En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

2. INTRODUCCIÓN

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

Los países desarrollados han generado mucha investigación en materia de trastornos en la conducta alimentaria, porque precisamente en esas naciones donde el nivel socioeconómico es alto se comenzó a surgir el problema.

Según Jaime Silva. Académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera, *“Cuando sube la calidad de vida en los países se incrementan también las malas conductas alimentarias, debido a que la mayor disponibilidad*

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 5 de 26
		Vigencia: 3 años


de alimentos en el grupo social provoca un cambio de estándares en el establecimiento de la figura ideal, es decir, se valora la imagen contraria, mientras hay escasez se aprecia la ganancia de peso y si hay abundancia, se aspira a la delgadez”, explica el Dr. Jaime Silva, quien lidera esta investigación junto al psicólogo de la UFRO, Manuel Ortiz.


Silva lleva casi 10 años investigando los trastornos en la conducta alimentaria y señala que estas dolencias se han incrementado porque siempre se tratan desde la perspectiva de la comida; sin embargo, postula que un deficiente control de los afectos sería la principal causa, por lo tanto, un tratamiento eficaz debe orientarse hacia el aspecto psicológico.

“Estos problemas se generan según la forma en que somos capaces de controlar los afectos, entonces si las estrategias se centran en la relación con los alimentos y no en lo afectivo, se generan más problemas en la conducta alimentaria”, apunta.

Para este especialista la prevención de trastornos como las adicciones a las dietas, el atracón alimentario (sobre ingesta ocasional), y en casos extremos, la bulimia o la anorexia, son conductas que deben prevenirse desde la niñez. *“Los padres deben entrenar a los niños para que reconozcan sus necesidades fisiológicas de hambre y saciedad”, recalca.*


Evidentemente la presión social ejerce también una influencia, ya que mientras más se valora la imagen física en la sociedad se mantendrá el apremio por mantener una silueta acorde a lo establecido; *“por lo demás, siempre existe algún nivel de atribución de los problemas a la apariencia física, entonces las personas que presentan un bajo control afectivo tenderán en mayor medida a modificar su apariencia”.*

	<p style="text-align: center;"> PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE </p>	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 6 de 26
		Vigencia: 3 años
<p>Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un problema emergente en las sociedades occidentales. No es de extrañar que los estudios epidemiológicos en los últimos años no sólo se hayan intensificado, sino, fundamentalmente, refinado en el aspecto metodológico. Esto ha permitido que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) En la actualidad dispongamos de tasas de la morbilidad de estos trastornos que son relativamente fiables. 2) Que conozcamos de forma más ajustada los factores de riesgo que facilitan su aparición. 3) Que haya tomado cuerpo la necesidad de incluir en los estudios epidemiológicos las formas menores o parciales de los TCA, ante las evidencias acumuladas de encontrarnos ante un espectro de trastornos que se dan en un continuo de vulnerabilidad (Dancyger y Garfinkel, 1995; Cotrufo, Barretta y Monteleone, 1997; Strober et al 2000, Lewinsohn, Sriegel-Moore y Seeley 2000). <p>Una de las primeras descripciones de la anorexia nerviosa fue realizada por Sir Richard Morton en el año 1689 con marcadas similitudes con el cuadro actual. Le siguieron la descripción en 1874 del Dr. William Gull (1) y paralelamente en Francia del Dr. I-lenri Lasegue (1873) (2). En el caso de la bulimia nerviosa, fue el Dr. Otto Dóerr (1972), psiquiatra chileno, quien realizó la primera descripción de una condición que hoy conocemos como bulimia nerviosa (3). El profesor Russell, del Instituto de Psiquiatría de Londres, acuñó el término de bulimia como la enfermedad del "miedo mórbido a engordar" (1979) (4), aunque también fue descrita por Bruch como la "persecución por la delgadez"(5) o como una "fobia a la obesidad" por Crisp (6).</p> <p>En relación a estudio modernos de los TCA, Lucas et al (1991) refiere que en EEUU se ha producido un aumento en la incidencia de Anorexia Nerviosa entre</p>		


	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 7 de 26
		Vigencia: 3 años

las mujeres de 15 a 24 años, especialmente entre los 15 y 19 años. Además de la influencia de las presiones socioculturales se aducen otras razones para justificar los incrementos descritos por varios autores. Pawluck y Gorey (1998) consideran que estos incrementos detectados fundamentalmente en estudios basados en registros hospitalarios, podría ser un artefacto debido a factores como una mayor conciencia profesional acompañada de una mejor identificación de casos, una mayor conciencia social asociada a una menor estigmatización y un incremento de la búsqueda de ayuda por la familia o el propio paciente. En Estados Unidos, en población escolar y en una zona semirural, la prevalencia (DSM III) del síndrome parcial de la Anorexia Nerviosa estuvo en un 7,6% para mujeres y en el 0,6% de los varones. Para la Bulimia Nerviosa, la tasa de prevalencia fue de 1,2% en mujeres y del 0,4% en hombres. Lewinsohn et al (2000) realizan el seguimiento de una muestra aleatoria de estudiantes adolescentes (n=891) a los 18, 19 y 24 años. La prevalencia a lo largo de la vida de formas parciales de TCA fue de 2,0% a los 18 años, 2,8% a los 19 años y del 5,2% a los 24 años. Todos los autores coinciden en considerar las formas parciales como formas, aunque menos severas, de los TCA, mostrándose favorables a considerar como válida la perspectiva dimensional de estos trastornos. Estas formas incompletas constituyen una parte sustancial de los pacientes que se presentan para tratamiento y que no deben ser obviados en los estudios epidemiológicos, dado que constituyen las formas sin duda más frecuente de los TCA en población general, especialmente entre mujeres jóvenes.

En Madrid, Morande et al. Obtuvieron en 1985 – 1986 una prevalencia de Anorexia Nerviosa del 0,3% con ningún caso entre varones. Para la Bulimia la incidencia fue del 1,2%. De acuerdo a Rojo et al (2003), la prevalencia de TCA

	<p style="text-align: center;"> PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA </p> <p style="text-align: center;">SERVICIO SALUD IQUIQUE</p>	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 8 de 26
		Vigencia: 3 años

va desde 0,4% a 5,7% en las poblaciones españolas que han estudiado. Con criterios amplios en España se habla de un 9% en mujeres (Rojo, 2003). El estudio de la conducta alimentaria explora la obesidad al trabajar con el trastorno por atracón (Devlin, 2003), y nos señala que son conductas de riesgo a padecer adicciones (Franco et als, 2004, MILDT, 2003). Pérez Gaspar et al (2000) es de 0,31% a 4,16% hablando de todos los TCA en estudios españoles. Utilizando criterios diagnósticos restringidos un 0.9% hombres y 2.8% mujeres sufren de trastornos de la conducta alimentaria en la Ciudad de México (Unikel, 2000). Las cifras de Bulimia Nervosa son del 0.6 % de hombres y 1.8% de mujeres en la población urbana (Medina Mora, 2003). Resultados. ENSANUT 2006, Conducta Alimentaria. (JA Barriguete-Meléndez et als 2008). Se utilizó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, en la MHNS 2006, en adolescentes de 10 a 19 años de edad (N=25,166) de ambos sexos, con resultado nacional, por región y tipo de localidad. Localidades urbanas presentan el doble de prevalencia que las de tipo rural. Las diferencias de género fueron de 1 niño por cada 3 niñas. Y diferente a los estudios regionales hechos en población estudiantil que era de 1 niño por cada 9 niñas. Similar al estudio nacional americano Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler 2007.

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE</p>	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 9 de 26
		Vigencia: 3 años

3. OBJETIVOS

Objetivo general

El presente protocolo tiene como propósito aunar criterios de atención, referencia y contrarreferencia para pacientes con diagnóstico de Trastorno Alimentario, para su abordaje biopsicosocial en la Red de Salud Mental del Servicio de Salud de Iquique, orientando estándares y procedimientos de las acciones a seguir, por los diferentes equipos de salud con sus diferentes niveles de complejidad en el proceso de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, involucrando al nivel primario, secundario y terciario de salud.

Objetivos Específicos

- Entregar lineamientos y pasos recomendados para la intervención.
- Establecer responsabilidades y plazos de referencia de ejecución e intervención.
- Coordinar las acciones de los diferentes equipos de la red de salud mental en relación al Trastorno de Conducta Alimentaria.

4. ALCANCE

El presente documento será de aplicación por el nivel primario, secundario y terciario de salud, incluyendo a los colegios municipalizados como particulares subvencionados, intersector (SEREMI Salud, SEREMI educación y municipalidades).



PROCOLO RESOLUTIVO EN RED
DEL TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA
ANOREXIA Y BULIMIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PSQ-005

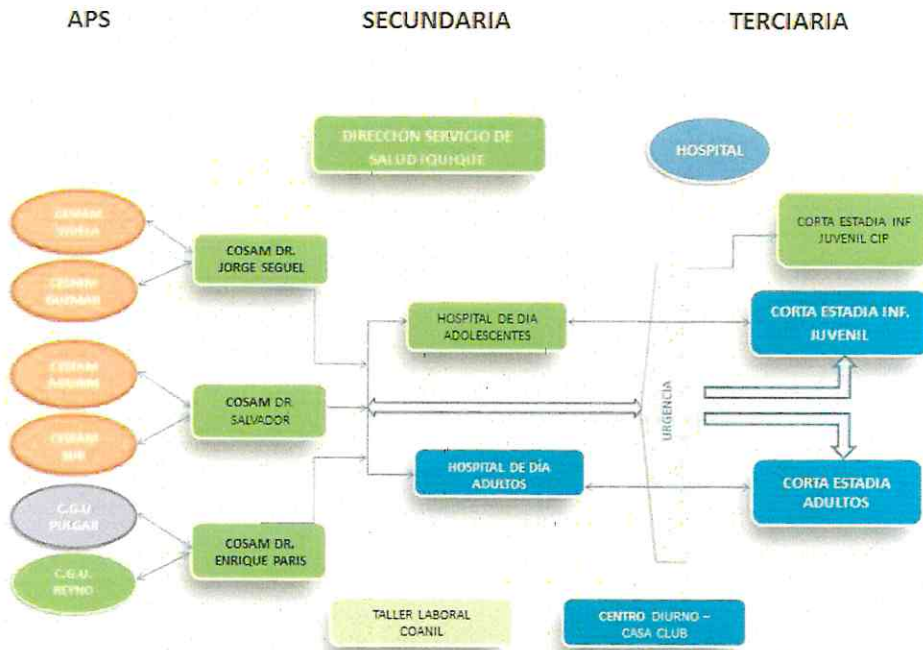
Edición: Primera


Fecha: Febrero 2018

Página: 10 de 26

Vigencia: 3 años

5. MAPA DE RED



	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 11 de 26
		Vigencia: 3 años

6. RESPONSABILIDADES.


DE SU EJECUCION

- Duplas Psicosociales, Médicos Psiquiatras, Médicos Generales de los dispositivos de APS, CESFAM, CECOSF, Consultorios Generales Rurales, COSAM. Hospitales de Día, UHCE. En cuanto a pesquisa y precisión diagnóstica e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.

DE SU EVALUACION Y MONITOREO

- Encargados de los Departamentos de Salud de los diferentes municipios.
- Los referentes del Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud y los referentes de Atención Primaria de Salud.
- Directores de los centros de Salud de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria.
- Encargado o referentes de Salud mental de los centros de salud.

Todo personal de salud debe conocer los procedimientos técnicos y administrativos mencionados en el presente protocolo.

	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE</p>	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 12 de 26
		Vigencia: 3 años


7. POBLACIÓN OBJETIVO


El presente protocolo, está dirigido a prestar apoyo prioritario de tipo asistencial, familiar y comunitario, a la población infanto-adolescente, escolarizada o no de ambos sexos que presenten síntomas y signos sugerentes de TCA, pertenecientes a la red de salud pública, de la región de Tarapacá.

8. DEFINICIONES

La **Anorexia Nervosa (AN)** fue descrita como un problema médico hacia finales del siglo XVII por Richard Morton. Morton describió casos de personas, principalmente mujeres, que sufrían una pérdida de peso importante no asociada a causas físicas. Dos siglos más tarde, Lasegue en 1873 y Gull en 1874, ilustraron detalladamente dos casos que presentaban características similares a lo actualmente se entiende por AN. La AN es un trastorno psiquiátrico grave y complejo caracterizado por la mantención voluntaria de un peso bajo el rango saludable para la edad y talla de quien lo sufre, lo cual es logrado a través de medios extremos para controlar el peso tales como ejercicio compulsivo, restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas. Estos síntomas se acompañan por un intenso temor a ganar peso o la negación de estar en un peso bajo.

Etimológicamente el término "**bulimia**" significa tener un "apetito tan grande como el de un buey" o "la capacidad para comer un buey". Esto alude a una de las principales características diagnósticas de este trastorno: la presencia de los llamados "atracones". La Bulimia Nerviosa (BN) fue reconocida como un

	<p style="text-align: center;"> PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE </p>	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 13 de 26
		Vigencia: 3 años
<p>trastorno de la conducta alimentaria en sí misma a fines del siglo XX, luego de la aparición de un importante artículo escrito por Gerald Russel en el Reino Unido, seguido por su inclusión en el DSM-III. Sin embargo, las descripciones más tempranas se remontan a tres casos de BN descritas Otto Dörr-Zegers (19), psiquiatra chileno, en 1972, y luego la sistemática descripción de Hilda Bruch, en 1973 (20). Lo común a todas estas observaciones es la presencia de un síndrome alimentario caracterizado por episodios regulares de “hiperfagia” seguidos por purgas u otras conductas compensatorias. La BN es la presentación más común de los TCA considerando todos los grupos etáreos, después de trastornos alimentarios no especificados.</p> <p>Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE) Los TANE son una categoría residual que incluye los TCA que no cumplen todos los criterios para AN o BN. Estos trastornos constituyen los TCA más comunes entre las adolescentes, con una prevalencia estimada en 3,06% entre las mujeres jóvenes. A diferencia de lo que ocurre en la AN o BN, los TANE reportan una creciente prevalencia en la última década. Específicamente, los TANE incluyen los casos que cumplen todos los criterios para la AN, pero que permanecen con ciclos menstruales regulares o en peso normal (incluso después de una pérdida considerable de peso), los casos que cumplen todos los criterios para BN, pero cuya frecuencia de atracones y/o purgas es menor a dos veces a la semana, los casos en que las purgas o conductas compensatorias ocurren después de haber ingerido sólo una cantidad mínima de alimentos en una persona con peso normal, los casos que se mastica y devuelve gran cantidad de alimentos, y los casos que deben incurrir regularmente en atracones, pero sin utilizar conductas compensatorias inadecuadas (Trastorno por Atracón). Uno de los cambios más importantes del DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)</p>		

	<p style="text-align: center;"> PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA </p> <p style="text-align: center;">SERVICIO SALUD IQUIQUE</p>	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 14 de 26
		Vigencia: 3 años

es que se ha recomendado la inclusión de los Trastornos por Atracón como una categoría separada, considerando una extensa revisión de la literatura que destaca su validez y significación clínica (14).

9. PROCEDIMIENTO

9. 1. ACCIONES DE CONTINGENCIA CON PERSONAS QUE PADECEN DE TRASTORNO CON CONDUCTAS ALIMENTICIA:

Manejo en Atención Primaria de Salud


a) Prevención Primaria

Consiste en las acciones que permitan la identificación de grupos de riesgos, para los cuales, en el mejor de los casos con instrumentos estandarizados.

Sensibilizar a la población sobre los riesgos que conlleva la presión cultural especialmente con la familia y los medios de comunicación.

Trabajo con el sector educación, especialmente orientado a visibilizar los elementos como las presiones grupales y los estereotipos en torno al cuerpo, así como también con los fenómenos del bullying entre compañeros.

El trabajo de orientación familiar que permita manejar información con respecto de los TCA y cómo actuar, relacionado especialmente con las dinámicas familiares de sobrevaloración del cuerpo y los metalenguajes de la belleza y las dietas sin control, especialmente a partir de los niños de 9 años de edad. Otro elemento es el abordaje de los estilos de sobreprotección y donde la

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 15 de 26
		Vigencia: 3 años
<p>emocionalidad de los niños y jóvenes se observa interrumpida o donde la disidencia no se permite, así como la sobreprotección de los padres.</p> <p>b) Prevención Secundaria</p> <p>Este aspecto tiene como objetivo reducir el tiempo de duración del trastorno y el tiempo de demora entre los primeros síntomas del trastorno y el inicio de tratamiento.</p> <p>El primer aspecto es el diagnóstico precoz, y el inicio de tratamiento lo antes posible de en el nivel correspondiente según su complejidad.</p> <p>Los tratamientos implican varias dimensiones sintomatológicas, como los que refieren a la salud mental se orientaran a las cogniciones y las relaciones interpersonales, los elementos valóricos y principios en el sujeto como en la familia.</p> <p>Un tratamiento eficaz debe contemplar a la atención multiprofesional, donde el peso y la dieta sean elementos indirectos de abordaje y no centrales en el tratamiento.</p> <p>Sin embargo, en Atención Primaria una fuente de pesquisa importante es el Índice de Masa Corporal (IMC). Y éste indicador se ve alterado no encontrándose otra morbilidad que indique la baja de peso que no sea TCA.</p> <p>IMC= peso en kilogramos (kg) / Talla en metros cuadrados (m²)</p> $\text{IMC} = \frac{\text{masa}}{\text{Estatura}^2}$		



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
DEL TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA
ANOREXIA Y BULIMIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PSQ-005

Edición: Primera

Fecha: Febrero 2018

Página: 16 de 26

Vigencia: 3 años

Para jóvenes entre 18 y 19 años, se utilizará IMC y los respectivos puntos de corte para el diagnóstico nutricional. Es decir.

IMC	< 18,5	= bajo peso
IMC	entre 18,5 y 24,9	= normal
IMC	entre 25 y 30	= sobrepeso
IMC	> o = 30	= obesidad


Otra fuente de indicador es el criterio de calificación según IMC: Según curvas NCHS y Norma Técnica de Evaluación Nutricional de niños y niñas de 6 a 18 años. Ministerio de Salud. Segunda Edición 2007.

- IMC menor al percentil 10: bajo peso
- IMC entre el percentil 10 y el percentil 85: estado nutricional normal
- IMC entre el percentil 85 y el percentil 95: riesgo de obesidad
- IMC mayor de percentil 95: obesidad.

Lo anterior, según orientaciones técnicas para el control de la salud integral de adolescente, control joven sano, 2014.

Manejo en Nivel Secundario de Salud

Normalización de los elementos biológicos, si no se recuperan los indicadores biológicos, tiene por objetivo evitar el daño permanente del funcionamiento sistémico del organismo, es criterio fundamental para su derivación a nivel terciario. (Hospital de día, hospitalizado)

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 17 de 26
		Vigencia: 3 años

Abordaje psicológico, es la base fundamental del tratamiento. Los pacientes han de reestructurar creencias, pensamientos y actitudes, así como incidir en emociones alteradas que son los precipitantes y después mantenedores del trastorno alimentario.

El modelo de intervención psicológica no es único y, en la actualidad, la literatura orienta a la necesidad de ir hacia un modelo integrador que contempla diferentes modalidades de intervención. El tratamiento irá orientado a:

- Adquirir o mejorar la conciencia de enfermedad del paciente.
- Modificar el patrón alimentario y, por consiguiente, conseguir la normalización ponderal.
- Tratamiento de las cogniciones relativas a la dieta, el peso y la imagen corporal.
- Tratar las alteraciones emocionales, así como los aspectos co-mórbidos del TCA.
- Mejorar la autoestima y adquirir habilidades sociales e interpersonales.
- Rehabilitación y reinserción psicosocial.

Abordaje familiar, la reorganización de la dinámica familiar y social es igualmente importante para conseguir los objetivos anteriormente descritos.

Es fundamental que la familia y el mismo paciente sean vistos cómo un recurso, en sentido positivo y cómo colaborador del equipo terapéutico. Por esta razón se les debe dar información a la familia y al paciente, que incluya:

- La opinión general del equipo de salud mental sobre la demanda.
- Diagnóstico e información general del trastorno.

	<p>PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE</p>	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 18 de 26
		Vigencia: 3 años


- El pronóstico.
- Información sobre el plan terapéutico (profesionales encargados del caso, tipo de terapias y tiempo de tratamiento).
- Solicitar el compromiso de la familia e inclusive la firma de posibles contratos en el que consten las condiciones de esa colaboración.

Visita familiar: Abordaje y tratamiento familiar de los pacientes con TCA a través de visitas periódicas con el facultativo a la casa de las familias. Se caracteriza por el consejo y apoyo a las personas que conviven con el paciente, así como el abordaje de los aspectos familiares disfuncionales que participan como variables precipitantes y mantenedoras del trastorno.

Grupo de padres y/o familiares: La terapia grupal de familia ayuda a reducir los sentimientos de aislamiento en los padres y en otros miembros de la familia. Los grupos de padres ofrecen la posibilidad de expresar los sentimientos negativos en relación al TCA del hijo/a, especialmente sentimientos de culpa y desesperanza. También ofrece pautas de manejo de situaciones disfuncionales en la dinámica familiar y ocasionada por la patología alimentaria.

Los objetivos principales de estos grupos son:

- Ofrecer psicoeducación sobre los TCA potenciando y aumentando la conciencia y conocimiento de la enfermedad del hijo/a.
- Favorecer la desculpabilización y el apoyo a los padres para que tomen un papel activo en el tratamiento.
- Tratar las dificultades relacionales que se producen entre padres e hijo/a.

	<p style="text-align: center;"> PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA </p> <p style="text-align: center;">SERVICIO SALUD IQUIQUE</p>	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 19 de 26
		Vigencia: 3 años
<p>Interacción familiar: Hasta la actualidad no existe acuerdo si las familias de las pacientes con anorexia son un grupo con un determinado tipo de interacción o, si, por el contrario, es un grupo heterogéneo no existiendo una tipología familiar única. En lo que sí hay consenso es en la conveniencia de analizar o estudiar las pautas de interacción familiar, fundamentalmente en aquellas que intervienen en el mantenimiento del trastorno.</p> <p>Todo/as lo/as niños, niñas o adolescentes que ingresen a APS y COSAM, deberá presentar cedula de identidad si pertenece a FONASA.</p> <p>Documentos para ingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cedula de identidad • Hoja derivación • Situación previsional al día • Inscripción en CESFAM respectivo. • Sin perjuicio de la anterior en dispositivo de urgencia atiende todo caso de menores de edad, indocumentados e inmigrante. <p>Criterio de derivación nivel secundario</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todo joven que presente bajo IMC < 17,5 o pérdida de peso al 25% del peso inicial durante los últimos 6 meses; y. ▪ Que cumpla los criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa según CIE 10 		



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
DEL TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA
ANOREXIA Y BULIMIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PSQ-005

Edición: Primera

Fecha: Febrero 2018

Página: 20 de 26

Vigencia: 3 años

Criterio de derivación nivel terciario

- Mala respuesta a tratamiento.
- Cualquier indicador que muestre riesgo vital.
- Otra situación que fundamente el equipo de atención secundaria.



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
DEL TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA
ANOREXIA Y BULIMIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PSQ-005

Edición: Primera

Fecha: Febrero 2018

Página: 21 de 26

Vigencia: 3 años

10. INDICADOR.

Nombre del Indicador	Continuidad de cuidados de casos informados.
Tipo de Indicador	Proceso
Umbral	95%
Formula	$\frac{\text{Número de personas atendidas}}{\text{Número de personas derivadas}} \times 100$
Criterio de análisis	Óptimo: 90% - 100% Aceptable: 89% Crítico: < 89%
Justificación/Fundamento	Asegurar la notificación oportuna de situaciones de riesgo detectado a través de eventos informados a referente de departamento en el servicio.
Fuente y método de recolección	REM
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Equipo de salud mental



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
DEL TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA
ANOREXIA Y BULIMIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PSQ-005

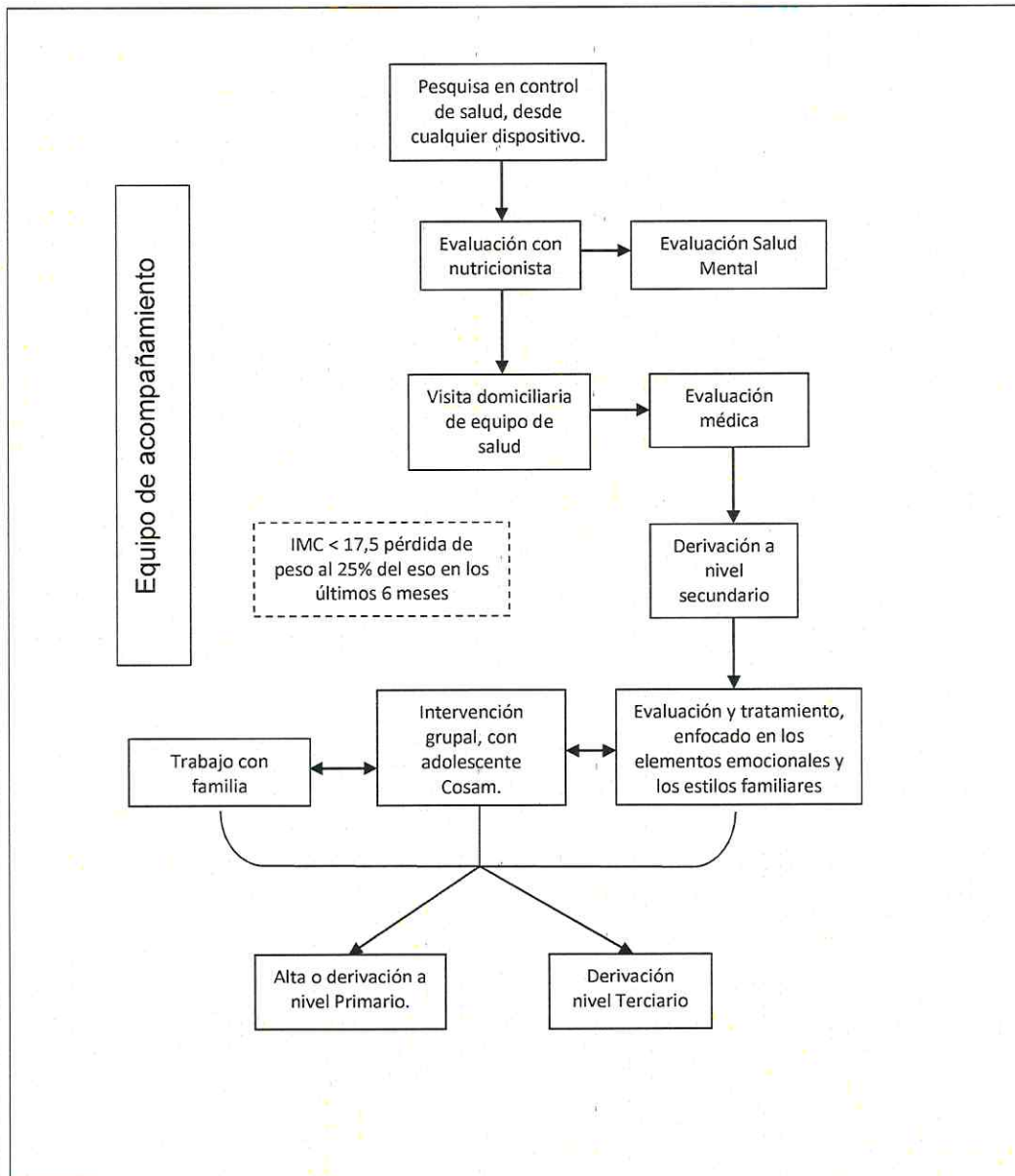
Edición: Primera


Fecha: Febrero 2018

Página: 22 de 26

Vigencia: 3 años


11. Flujograma



	<p style="text-align: center;"> PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA </p> <p style="text-align: center;">SERVICIO SALUD IQUIQUE</p>	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 23 de 26
		Vigencia: 3 años

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Gull W .W. Anorexia Nervosa (apepsia hysterica,anorexia hysterica) Transactions of the Clinical Society of London 1874; 7:22-8.
2. J. Bird&G. Harrison. Examination Notes in Psychiatry Second edition pags 84 a 90. Ed. Wright, Bristol 1987, England.
3. Dóerr O. "Sobre una forma particular de perversión oral en la mujer joven: hipcrfagia y vómito secundario. Rev.Chil. Neuropsiquiat.11, Nr.2:27-41 (1972).
4. Russell G. F. M. Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psicol.Med. 9, 429, 1979.
5. Bruch H. en Eating Disorders, London, Routledge & Kegan Paul 1978.
6. Crisp A.H. Anorexia Nervosa: therapy & theory, Br. J. of Hosp.Med. 1,713, 1967.

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 24 de 26
		Vigencia: 3 años

13. ANEXOS.

13.1. CUESTIONARIO SCREENING DE ANOREXIA-BULIMIA (SCOFF), DE MORGAN Y COLS.

Puede ser útil que el médico pase el Cuestionario SCOFF (Sick Control On Fat Food) de Morgan y colaboradores, como una medida más de screening (ANEXO 2). Es un cuestionario altamente eficaz para la detección de trastornos del comportamiento alimentario (detecta tanto casos de bulimia como de anorexia), fácil y rápido de administrar y sencillo de puntuar. Presenta altos grados de sensibilidad (cerca del 100%), con una especificidad algo menor (87,5%). Los autores proponen un punto de corte igual o superior a 2.

Consta de 5 preguntas. Cada respuesta afirmativa: un punto.

CUESTIONARIO SCOFF Identificación


Fecha

Seleccione la respuesta que más se ajuste a lo que le ocurre.

1	¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?	Si	No
2	¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuanto come?	Si	No
3	¿Ha perdido recientemente más de 6 Kgs en un periodo de tres meses?	Si	No
4	¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado delgado/a?	Si	No
5	¿Diría que la comida domina su vida?	Si	No

TOTAL =

13.2 ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL –GARDNER.

	PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED DEL TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA ANOREXIA Y BULIMIA SERVICIO SALUD IQUIQUE	Código: RCR-PSQ-005
		Edición: Primera
		Fecha: Febrero 2018
		Página: 25 de 26
		Vigencia: 3 años

Nombre: _____ Fecha _____
Unidad/Centro: _____ N° Historia _____

Población diana: Población general femenina entre 13 y 35 años. Se trata de un cuestionario de 13 siluetas autoadministrado y heteroadministrada por un clínico con experiencia en este campo. La silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las situadas a su derecha obtiene puntuaciones positivas (de 1 a 6). Primero, la paciente señala con una "P" la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal y con una "D" la silueta que desearían tener. Posteriormente, el entrevistador señala con una "R" su estimación de la imagen corporal real del paciente. La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada se considera el Índice de Insatisfacción de la imagen corporal, y la diferencia entre la imagen percibida y la Real se considera el Índice de Distorsión de la imagen corporal. No se han establecido puntos de corte.

Índice de insatisfacción	
Índice de distorsión	

Instrucciones para el profesional: Doble este documento por la línea discontinua y muestre a la paciente las figuras sin el texto.

--



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED
DEL TRASTORNO DE CONDUCTA
ALIMENTARIA
ANOREXIA Y BULIMIA
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR-PSQ-005

Edición: Primera

Fecha: Febrero 2018

Página: 26 de 26

Vigencia: 3 años

