

PROCESO ASISTENCIAL
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

JUNIO 2013

Autoras/es del Documento:

Coordinación Salud Mental:

María Diéguez

Coordinación Servicio Endocrinología y Nutrición

Julia Álvarez

SUBEQUIPO I SM Fco. DÍAZ

SUBEQUIPO II SM Fco. DÍAZ

SUBEQUIPO PUERTA DE MADRID

Ángeles Corral y Alonso

REPRESENTANTE ENFERMERÍA CSM

Flor Miño

PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

Cristina Pérez Espartero

CRL ESPARTALES SUR

Ana Carrascal Estevan

MINI ALCALÁ

María Isabel García

MINI ESPARTALES SUR

Irene Montes Salas

HOSPITAL DE DÍA

Ana Ruiz /Sara Recio

UHB

Miguel Cruz Yebenes / Sara
García Cánovas

RESIDENTES

Rocío Guardiola/ Silvia Yañez/
Ana Montero/ Ana Rosa
González/ Beatriz Muchada

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
I.	VISION DE LOS PROCESOS:	6
II.	RAZÓN DE SER DEL PROCESO TCA:.....	6
2.	MISIÓN DEL PROCESO	8
I.	OBJETIVOS GENERALES:	8
II.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	8
III.	ESTRATEGIAS	8
3.	DEFINICIÓN FUNCIONAL	10
I.	OBJETIVOS GENERALES	10
II.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
4.	DESTINATARIOS.....	11
5.	LIMITES DEL PROCESO.....	12
I.	LÍMITE INICIAL	12
II.	LÍMITES DE SALIDA.....	12
III.	LIMITES MARGINALES	13
6.	PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO	14
I.	PUERTA DE ENTRADA EN EL PROCESO.....	14
II.	PUERTA DE SALIDA DEL PROCESO	14
7.	INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO	15
I.	ASISTENCIALES.....	15
II.	COORDINACIÓN	15
III.	COMPETENCIA DEL PERSONAL.....	15
IV.	COMUNICACIÓN CON PACIENTE/FAMILIA.....	15
8.	MAPAS DEL PROCESO	21
9.	ACTIVIDADES DEL PROCESO.....	26
I.	DETECCIÓN:.....	27
1.	<i>Detección del paciente con potencial TCA.</i>	27
2.	<i>Inclusión en el proceso y asignación de profesional responsable en Salud Mental y Endocrinología y Nutrición.</i>	32
II.	VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PIT	35
3.	<i>Confirmación del diagnóstico: entrevista específica y pruebas complementarias.</i> ...	35
4.	<i>Primeras medidas asistenciales y terapéuticas e inicio de la coordinación.</i>	40
5.	<i>Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT).</i>	41
6.	<i>Presentación del PIT al paciente y a la familia.</i>	43
III.	TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	44
7.	<i>Actividades asistenciales. Aplicación del PIT.</i>	44
8.	<i>Tratamiento nutricional.</i>	45
9.	<i>Actividades en salud mental.</i>	47
10.	<i>Tratamiento psiquiátrico.</i>	48
11.	<i>Tratamiento psicoterapéutico.</i>	50
12.	<i>Cuidados de enfermería.</i>	52
13.	<i>Trabajo Social.</i>	53
14.	<i>Derivación a otros recursos asistenciales.</i>	54
15.	<i>Salida del proceso. Alta</i>	69
	ANEXO 1.- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS TCA	71
	ANEXO 2.- TEST DETECCIÓN SCOFF	72

ANEXO 3.- EAT-26.....	73
ANEXO 4.- CHEAT	74
ANEXO 5.- BULIT	75
ANEXO 6.- BITE	76
ANEXO 7.- EDI-2.....	77
ANEXO 8.- ACTA	78
ANEXO 9.- ABOS	79
ANEXO 10.- CORRECCIONES DE LOS INSTRUMENTOS DE CRIBADO.....	81
ANEXO 11.- VOLANTE ANALÍTICA.....	82
ANEXO 12. FORMULARIO TCA AMBULATORIO	83
ANEXO 13.- FORMULARIO TCA EVOLUTIVOS	84
ANEXO 14.- PRUEBAS PSICOMÉTRICAS Y CORRECCIONES.....	85
ANEXO 15.- PRUEBAS DE IMAGEN CORPORAL.....	86
ANEXO 16.- HISTORIA DE ENFERMERÍA.....	87
ANEXO 17.- VALORACIÓN SOCIAL	88
ANEXO 18.- FORMATO ANAMNESIS ENDOCRINOLOGIA	89
ANEXO 19.- FICHA DE ENTRADA AL PROCESO	90
ANEXO 20.- GUÍAS DE INFORMACIÓN A LAS FAMILIAS	91
ANEXO 21.- CONTRATO RÉGIMEN AMBULATORIO ADULTOS	92
ANEXO 22.- CONTRATO RÉGIMEN AMBULATORIO INFANTO-JUVENIL....	93
ANEXO 23.- DOCUMENTO DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL.....	94
ANEXO 24.- EL CAMINO DE LA RECUPERACIÓN	95
ANEXO 25.- TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS EN LOS TCA	96
ANEXO 26.- PROGRAMA DEL TALLER DE EDUCACIÓN ALIMENTARIA.....	97
ANEXO 27.- PROCEDIMIENTOS Y MATERIALES EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE INGRESO TCA.....	98
ANEXO 28.- PROCEDIMIENTOS Y MATERIALES EN LA UHB.....	99
ANEXO 29.- PROCEDIMIENTOS Y MATERIALES EN HOSPITAL DE DÍA..	100
ANEXO 30 PROCEDIMIENTOS Y MATERIALES EN MINI Y PISOS.....	101
10. BIBLIOGRAFIA	102

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un problema de Salud Pública, de origen multifactorial, que afecta fundamentalmente a mujeres en la edad adolescente, con unos determinantes de salud diversos y con un impacto social superior al epidemiológico. Son enfermedades mentales muy prevalentes en la actualidad, que generan una elevada demanda de recursos sanitarios y cuyo tratamiento es habitualmente largo y complejo y requiere la participación, sucesiva o simultánea de profesionales de diferentes especialidades (médicos de atención primaria, pediatras, psiquiatras, psicólogos, endocrinólogos, personal de enfermería y frecuentemente otros especialistas médicos –cardiólogos, nefrólogos, etc) que van a ofrecer sus servicios en diferentes ámbitos asistenciales según las necesidades del paciente en cada momento evolutivo de la enfermedad (hospital, centro de salud, ambulatorio, centros de salud mental, recursos terciarios, etc). En el abordaje de los TCA también suelen estar implicados profesionales de otros ámbitos (colegios, institutos, gimnasios, etc) y requiere la colaboración de la familia y otras personas relacionadas.

Las graves y/o crónicas repercusiones sobre la salud física de los pacientes con un TCA generan una alarma importante en las familias que demandan una mayor implicación de los profesionales y de los agentes sociales en su abordaje. La dualidad sintomática, psíquica y somática y la comorbilidad con otros trastornos mentales generan dificultades de abordaje a los que se añaden la resistencia o falta de motivación que muestran de muchos pacientes para el tratamiento. Por todo, los TCA constituyen un reto importante para los equipos multiprofesionales que se enfrentan a unas necesidades de coordinación entre profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos asistenciales (sanitarios y extrasanitarios) en un medio que no siempre cuenta con todos los recursos necesarios ni con mecanismos ni tiempos suficientes para una coordinación compleja.

No hay una única modalidad de intervención que sea considerada mejor que las demás, todos los modelos de intervención psicoterapéutica y farmacológica obtienen logros y tienen sus limitaciones pero hay amplio consenso en la necesidad de utilizar una combinación de ellas en función de las necesidades de cada momento de la evolución del cuadro. Las distintas modalidades y enfoques de tratamiento hacen que sea preciso llegar a un consenso que recoja los acuerdos mínimos entre profesionales y permita un abordaje multidisciplinar de los TCA pensando en el paciente y sus circunstancias y para cada actividad de prevención, diagnóstico y tratamiento. Existe unanimidad en que el programa terapéutico general incorpore el apoyo y el asesoramiento de los familiares.

Este proceso plantea un modelo de coordinación que, sobre la base de líneas claras y criterios uniformes de actuación, garantice la continuidad asistencial, redefiniendo nuevos elementos que nos ayuden a mejorar la calidad de la atención de los TCA.

I. Visión de los Procesos:

El enfoque de los Procesos asistenciales en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPySM) del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) es conseguir una asistencia integrada e integral de la máxima calidad para los pacientes con trastornos mentales graves o prevalentes mediante la consecución de una óptima organización de los recursos disponibles que asegure un abordaje global de los problemas psicopatológicos y sus consecuencias.

El proceso de Trastornos de la Conducta alimentaria se basa en una serie de principios:

- Se sustenta en un modelo de intervención comunitario.
- Pretende garantizar la asistencia integral de los pacientes desde los aspectos médicos a los psicológicos y sociales.
- Pretende asegurar la continuidad de cuidados.
- Prioriza la coordinación entre dispositivos y profesionales.
- Tiene en cuenta en su génesis y en su evaluación la opinión de los pacientes que se encuentran dentro del proceso y sus familiares, así como las asociaciones de usuarios.
- Propone la utilización de intervenciones basadas en la evidencia.

II. Razón de ser del Proceso TCA:

La asistencia a los pacientes con TCA se ofrece en un encuadre comunitario en varios recursos coordinados en red que incluyen: tres equipos de Salud Mental (SM) ambulatorios situados en dos Centros de Salud Mental (CSM), consultas específicas de Endocrinología y Nutrición en el servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA, una unidad Funcional de ingreso de TCA con dos camas a cargo de Endocrinología y Nutrición y de un equipo experto en TCA, un Hospital de Día de Salud Mental de adultos y adolescentes, un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Centro de Día, Minirresidencias, Equipo de apoyo comunitario, una Unidad de Hospitalización Breve psiquiátrica y un servicio de Interconsulta y psiquiatría de enlace multiprofesional. El Hospital de Día de Meco (centro privado con cobertura de diferentes aseguradoras y seguro escolar) ofrece tratamiento ambulatorio intensivo a pacientes adultos y adolescentes de Alcalá de Henares con TCA. El Hospital de Día de Santa Cristina, específico de TCA, admite pacientes de todas las zonas sanitarias de Madrid. En el Hospital Ramón y Cajal existe una unidad de ingreso específica de TCA con 4 camas. El ingreso de niños y adolescentes con TCA se realiza en la Unidad de Niños y Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón en Madrid.

Esta Guía de Proceso de TCA está dirigida a los pacientes diagnosticados de TCA de todos los grupos de edad derivados para tratamiento a la AGCPySM del HUPA. Están excluidas del proceso las actividades de detección, prevención y

coordinación con otros recursos asistenciales o sociales no relacionados con el tratamiento de las manifestaciones del trastorno.

El Proceso de TCA se realiza en coordinación y con la participación del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA.

2. MISIÓN DEL PROCESO

I. Objetivos generales:

- Mejorar la efectividad y la eficiencia de las intervenciones que se realizan en el servicio, destinadas al abordaje integral de los TCA y adecuarlas a las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias.
- Homogeneizar la oferta de tratamiento en base a los conocimientos científicos sobre el tema.
- Organización horizontal de los recursos asistenciales.
- Flexibilizar el proceso de forma que se pueda adaptar a los cambios y progresos en el conocimiento sobre el tema y a la situación social de la población diana.
- Ser evaluable y modificable.

II. Objetivos específicos:

Describir el conjunto de actividades de diagnóstico y tratamiento de los problemas emocionales, relacionales, psicológicos y físicos que presentan los pacientes con TCA, así como el conjunto de recursos asistenciales y las actividades de coordinación entre ellos.

- Describir el recorrido asistencial de cada paciente basado en un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT).
- Asegurar el conocimiento de los profesionales de los recursos asistenciales, las vías de acceso y las indicaciones.
- Describir las intervenciones terapéuticas y sus indicaciones.
- Monitorizar la marcha del tratamiento y la satisfacción de los pacientes y sus familias.
- Detectar necesidades asistenciales.
- Detectar necesidades formativas de los profesionales.

III. Estrategias

1.- Asegurar la coordinación y la comunicación entre:

- Profesionales, equipos y dispositivos de salud mental.
- Profesionales, equipos y dispositivos de salud mental con el equipo de Endocrinología y Nutrición.
- Profesionales de atención primaria y otros especialistas.
- Otros recursos sociales (escolares, recursos residenciales).

2.- Establecer condiciones organizativas a nivel de profesionales y dispositivos que permitan dar la prioridad asistencial que les corresponde por su gravedad y complejidad a los pacientes con un TCA.

3.- Orientar las actividades terapéuticas y asistenciales para que se adapten a las recomendaciones basadas en la evidencia científica y en el consenso profesional.

4.- Generar una filosofía común y una visión compartida del problema entre los distintos equipos profesionales que permita mejorar las condiciones de trabajo individualmente y en equipo y de forma que se aumente el nivel de satisfacción tanto del profesional como del paciente y su familia.

5.- Proporcionar formación continuada a los diferentes profesionales.

3. DEFINICIÓN FUNCIONAL

El proceso asistencial para los Trastornos de la Conducta Alimentaria es el conjunto de actividades destinadas al abordaje integral de los pacientes con diagnóstico de TCA derivados para tratamiento al AGCPySM del HUPA.

I. Objetivos generales

- Mejorar la salud de los pacientes diagnosticados de TCA en los supuestos incluidos.
- Lograr una intervención precoz, integral e integrada de los problemas físicos, psicopatológicos, familiares y sociales derivados o asociados al trastorno.
- Facilitar la accesibilidad y la asistencia en tiempo (según indicadores de calidad).
- Incluir a las familias en el tratamiento desde su inicio.
- Favorecer una orientación comunitaria de trabajo en red, con recursos sociosanitarios coordinados.
- Detectar carencias y necesidades asistenciales.
- Detectar carencias y necesidades formativas de los profesionales.

II. Objetivos específicos

- Facilitar la información al paciente y la familia de las opciones de tratamiento y hacerles partícipes de las decisiones terapéuticas. Facilitar vías regladas y predecibles de comunicación entre la familia y el profesional.
- Monitorizar la marcha del tratamiento y la satisfacción de los pacientes y sus familias.
- Garantizar la atención continuada de los pacientes.
- Tener un registro actualizado de los pacientes en tratamiento por TCA que permita evaluar periódicamente las necesidades asistenciales.
- Garantizar la existencia de intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas programadas y estables accesibles a toda la población diana del proceso.
- Procurar la formación continuada de los profesionales implicados.

4. DESTINATARIOS

Todos los pacientes que cumplen criterios diagnósticos de TCA como diagnóstico principal o secundario a otro proceso patológico médico o psiquiátrico (según se define en los límites) que viven en el área de influencia del Hospital Príncipe de Asturias o que solicitan canalización desde otro Hospital.

Las familias de los pacientes anteriormente descritos.

5. LIMITES DEL PROCESO

I. LÍMITE INICIAL

Personas de ocho o más años que cumplen criterios de los siguientes diagnósticos: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). Los TCANE incluyen: el trastorno por atracones (TA) y las formas no específicas, incompletas o parciales, que no cumplen todos los criterios, para AN o BN y TA.

Pacientes con TCA crónicos, refractarios al tratamiento, a los que se les puede ofrecer una prevención terciaria de sus síntomas más graves y de sus complicaciones más severas.

II. LÍMITES DE SALIDA

- La salida del proceso se produce por alta médica cuando el paciente ha mantenido estables durante dos años los siguientes parámetros:
 - El peso saludable y un correcto estado nutricional.
 - Unos hábitos alimentarios normalizados sin distorsiones perturbadoras de la conducta alimentaria.
 - Relaciones socio-laborales normalizadas que favorezcan su independencia.
 - No presenta alteraciones psicopatológicas ni una distorsión o insatisfacción corporal que interfiera con su autonomía y con su desempeño social y laboral.
- Alta voluntaria (si no cumple criterios para tratamiento involuntario, por solicitud de traslado a otro centro, por derivación a otro centro con el que no se mantiene coordinación habitual).
- Abandono.
- Fallecimiento.
- La salida se produce también cuando se estima que un paciente que presenta comorbilidad con un Trastorno de Personalidad (TP) o Trastorno Mental Grave (TMG), presenta un estado psicopatológico que se pueda abordar mejor con los recursos ofrecidos en otro proceso siempre que se cumplan unos mínimos requisitos de estabilidad en la clínica propia del TCA:

- El peso mínimo saludable y el estado nutricional que no comprometa la salud física y permita un tratamiento ambulatorio.
- La autonomía y el desempeño laboral están más interferidos por las manifestaciones psicopatológicas del trastorno mental concurrente que por el propio TCA.
- La recuperación completa de los síntomas del TCA está interferida por las manifestaciones del trastorno mental concurrente.

III.LIMITES MARGINALES

- La entrada de aquellos pacientes detectados en otros dispositivos médicos o socio- sanitarios se ha de producir a través de uno de los agentes definidos en las puestas de entrada del proceso.
- Pacientes que consultan por sobrepeso u obesidad mórbida salvo que se detecte un TCA con clínica activa en el momento de la valoración.
- Otros trastornos alimentarios diferentes de la AN, BN, TCANE o TA (Anorexia secundaria a otro trastorno mental, hiperorexia asociada a otro trastorno mental, Ortorexia, Vigorexia, ingesta nocturna, Fobia a la alimentación, hipocondría, fobia a la deglución, alimentación selectiva, etc).
- Personas menores de 8 años con diagnósticos relacionados con los TCA propios de esas edades como la fobia a la deglución, alimentación selectiva, pica y rechazo a la alimentación.
- Las inclusión de pacientes con comorbilidades propias de los TCA (Trastornos mentales: Trastornos relacionados con sustancias, T de ansiedad, T obsesivo-compulsivo, T de la personalidad, T del estado de ánimo, T del control de los impulsos; y Trastornos orgánicos: diabetes mellitus, obesidad, síndromes de mala absorción y enfermedades del tiroides) estarán sujetas a una valoración individualizada caso por caso.

6. PUERTA DE ENTRADA Y SALIDA DEL PROCESO

I. Puerta de entrada en el proceso

La entrada en el proceso se produce cuando un Médico de Atención Primaria (MAP), pediatra, endocrinólogo del servicio de Endocrinología y Nutrición o facultativo de salud mental de urgencias o de la interconsulta detecte un caso que cumple los criterios definidos.

Las puertas de entrada en el proceso son:

- Las consultas del CSM de adultos e infanto-juvenil.
- La urgencia del hospital general.
- Las consultas de Endocrinología y Nutrición del HUPA.
- La interconsulta de psiquiatría.
- El programa de enlace con Endocrinología y Nutrición del HUPA.

II. Puerta de salida del proceso

La salida programada del proceso se realiza hacia las consultas de atención primaria desde:

- Las consultas del CSM de adultos e infanto-juvenil.
- Las consultas de Endocrinología y Nutrición y del HUPA.
- La consulta de psiquiatría de enlace.

7. INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO

Para el arranque del proceso se han definido indicadores de calidad: Fáciles de obtener, registrar y valorar; que sean relevantes; que atiendan al máximo número posible de fases del proceso.

En el Proceso TCA se tendrán en cuenta para la calidad los siguientes aspectos:

I.Asistenciales

- Facilidad y rapidez en la recepción del paciente en Atención Especializada (AE) desde el momento de la detección en Atención Primaria (AP).
- Realización de las actividades en recursos hospitalarios o intermedios adecuados a las necesidades específicas de los pacientes con TCA.

II.Coordinación

- Que estén disponibles los aspectos básicos de la historia clínica y los resultados de las pruebas realizadas previamente al paciente para evitar duplicidades.
- Espacios de coordinación multiprofesional y vías de comunicación bien definidos y reglados.
- Existencia de un plan individualizado de tratamiento y de un “responsable clínico del proceso”.
- Registros de la información generada durante el proceso.

III.Competencia del Personal

- Formación continuada del equipo.

IV.Comunicación con Paciente/Familia

- Información sobre el modelo de atención del proceso, desde la consulta inicial, hasta la resolución final del mismo, que incluirá: pruebas, tratamientos prescritos, pronóstico y evolución; y que quedará formalizada en los informes generados en cada una de las etapas del proceso.

- La información se proporcionará de forma adecuada, de manera comprensible para el paciente y la familia.
- Toda la información facilitada a los padres y tutores estará sujeta a los aspectos legales vigentes.

Estos indicadores se revisarán anualmente para valorar su cumplimiento, modificarlos y/o incorporar otros nuevos.

El cumplimiento o incumplimiento de los indicadores propuestos deberá tener un reflejo en modificaciones y ajustes en el proceso de TCA.

En la tabla siguiente se reflejan los criterios de calidad, indicadores y estándares del proceso.

Criterio	Indicador	Estándar
Transcurrirá máximo 1 mes desde la detección en AP o en las consultas de Endocrinología y Nutrición hasta la primera cita en Salud Mental en derivaciones Normales.	[Fecha 1ª cita en Salud Mental] – [Fecha de derivación desde AP o Endocrinología y Nutrición] ≤ 30 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.
Transcurrirá máximo 15 días desde la detección en AP o en las consultas de Endocrinología y Nutrición hasta la primera cita en Salud Mental en derivaciones Preferentes.	[Fecha 1ª cita en Salud Mental] – [Fecha de derivación desde AP o Endocrinología y Nutrición] ≤ 15 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.
Transcurrirá máximo 7 días desde la detección en las consultas de Endocrinología y Nutrición hasta la primera cita en Salud Mental en derivaciones urgentes.	[Fecha 1ª cita en Salud Mental] – [Fecha de derivación desde Endocrinología y Nutrición] ≤ 15 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.

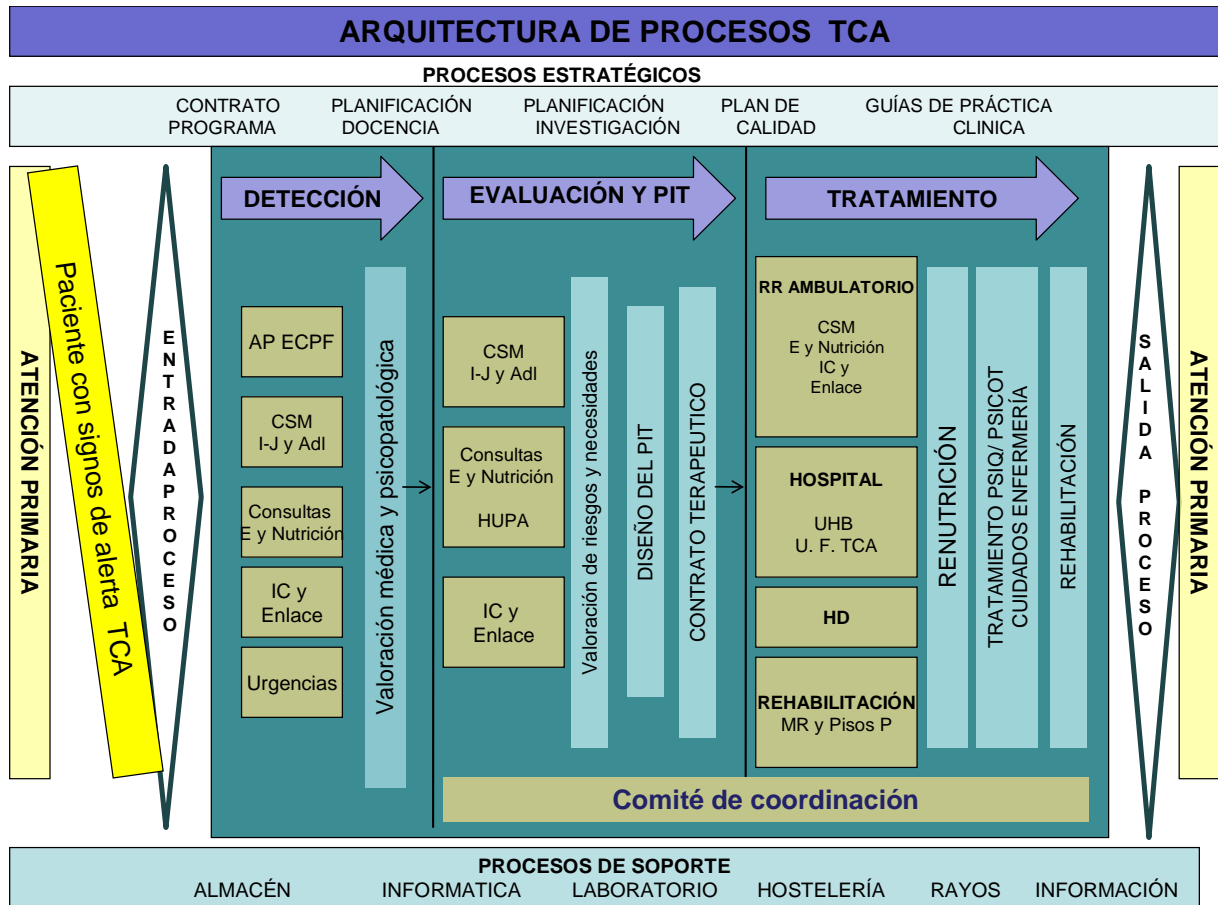
Transcurrirá máximo de un mes desde la detección en Salud Mental hasta la primera cita en Endocrinología y Nutrición.	[Fecha detección en Salud Mental] – [Fecha de primera cita en Endocrinología y Nutrición] ≤ 30 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.
Transcurrirá máximo 15 días desde la primera cita en Salud Mental hasta la confirmación diagnóstica.	[Fecha confirmación diagnóstica] – [Fecha de 1ª cita en Salud Mental] ≤ 15 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.
Todos los pacientes tendrán asignado un tutor del programa de seguimiento desde el momento de la detección.	[Nº pacientes que tienen asignado un tutor en el programa de seguimiento]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.
Transcurrirá máximo 1 mes desde la confirmación diagnóstica hasta el fin de la evaluación clínica, funcional y social.	[Fecha de fin de la evaluación clínica, funcional y social] – [Fecha de confirmación diagnóstica] ≤ 30 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.
Transcurrirá máximo 1 mes desde el fin de la evaluación clínica, funcional y social hasta la elaboración del PIT.	[Fecha elaboración del PIT] – [Fecha de fin de la evaluación clínica, funcional y social] ≤ 30 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.
Todos los pacientes con diagnóstico confirmado tendrán asignado un facultativo del equipo de Endocrinología y Nutrición del HUPA responsable del caso a la finalización del PIT.	[Nº pacientes que tienen asignado un facultativo del equipo de Endocrinología y Nutrición responsable del caso]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.

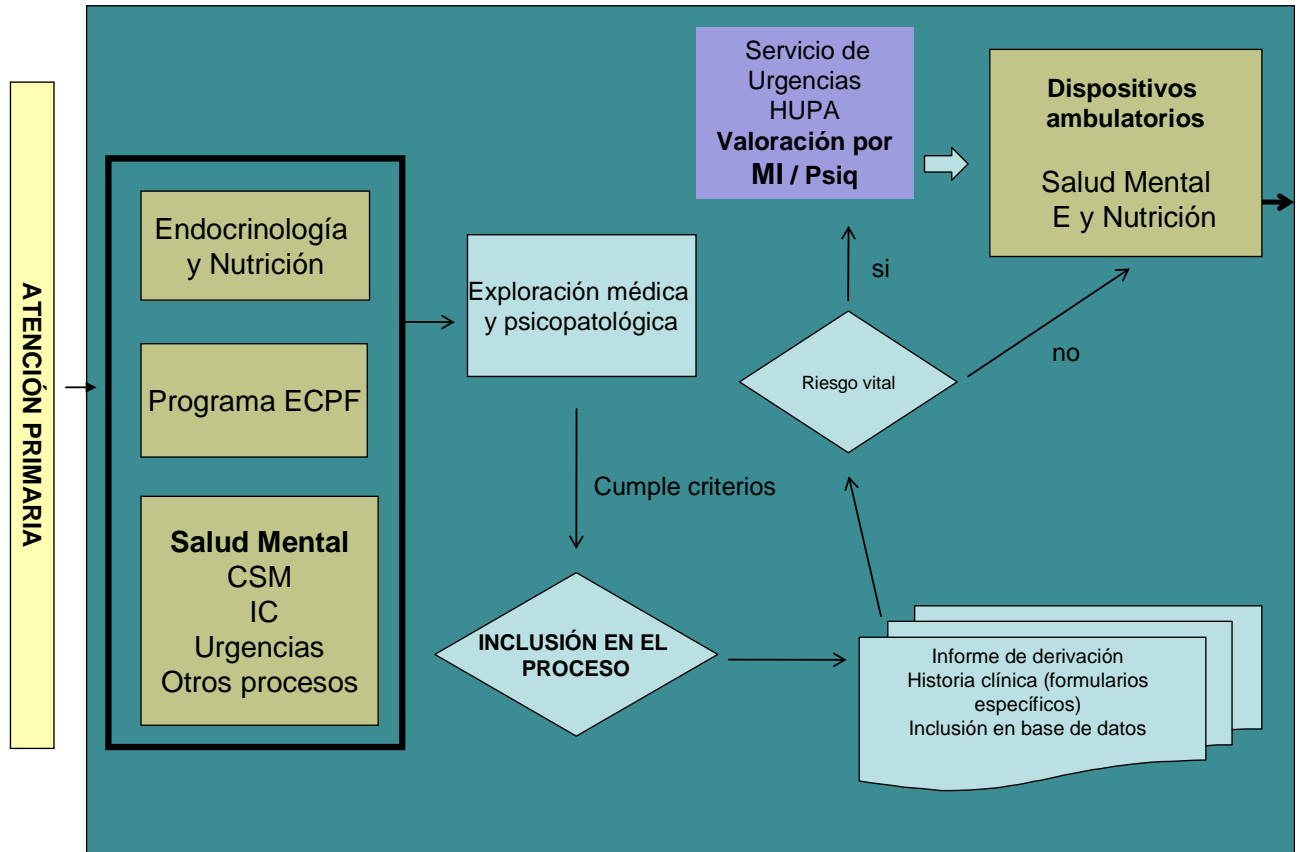
Todos los pacientes con diagnóstico confirmado tendrán asignado un profesional del programa de seguimiento responsable del caso a la finalización del PIT.	[Nº pacientes que tienen asignado un profesional del programa de seguimiento responsable del caso]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.
Al finalizar el proceso de evaluación se habrá informado a la familia sobre las características del trastorno, el pronóstico inicial y los aspectos pertinentes del PIT.	[Nº pacientes incluidos en el proceso en los que se ha finalizado la evaluación]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.
Toda la información relevante acerca de la evaluación Nutricional y de Salud Mental y el PIT deben constar en la historia electrónica al finalizar la elaboración del mismo.	[Nº pacientes incluidos en el proceso en los que se ha finalizado la evaluación y tiene un PIT]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.
Se realizará al menos una revisión al año del PIT de todos los pacientes incluidos en el proceso.	[Nº pacientes incluidos en el proceso en los que se ha revisado el PIT al menos una vez al año]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	≥ 80%
Se realizará al menos una reunión de coordinación anual entre todos los profesionales implicados en el tratamiento de cada paciente incluido en el	[Nº pacientes incluidos en el proceso en los que se ha realizado una reunión de coordinación anual]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	≥ 80%

proceso.		
Si procede, se dará información al menos una vez al año al paciente y la familia sobre el PIT.	[Nº pacientes incluidos en el proceso en los que procede informar al paciente, familia sobre el PIT, y se les ha informado al menos una vez al año]/ [Total de pacientes incluidos en el proceso en los que procede informar al paciente, familia sobre el PIT] x 100	≥ 80%
No existirá demora de un alta en un recurso de la red motivada por la ausencia de plaza en el recurso adecuado.	Nº pacientes en los que ha existido demora de un alta en un recurso de la red motivada por la ausencia de plaza en el recurso adecuado/ Total de pacientes dados de alta de un recurso.	≤ 20%
Transcurrirá un máximo de 3 meses desde derivación a un recurso de la red y la primera cita en dicho recurso.	[Fecha primera cita en el recurso] – [Fecha de derivación al recurso] ≤ 90 días naturales.	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes
La pérdida no justificada de pacientes incluidos en el proceso será mínima.	[Nº de pacientes dados de baja del proceso por pérdida] / [Total de pacientes que salen del proceso] x 100	≤ 10%
Todos lo pacientes incluidos en el proceso tendrán un mínimo de 3 consultas al año en Endocrinología y Nutrición tras la evaluación.	[Nº de pacientes que han tenido 3 consultas al año en Endocrinología y Nutrición] / [Total de pacientes incluidos en el proceso] x 100	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes

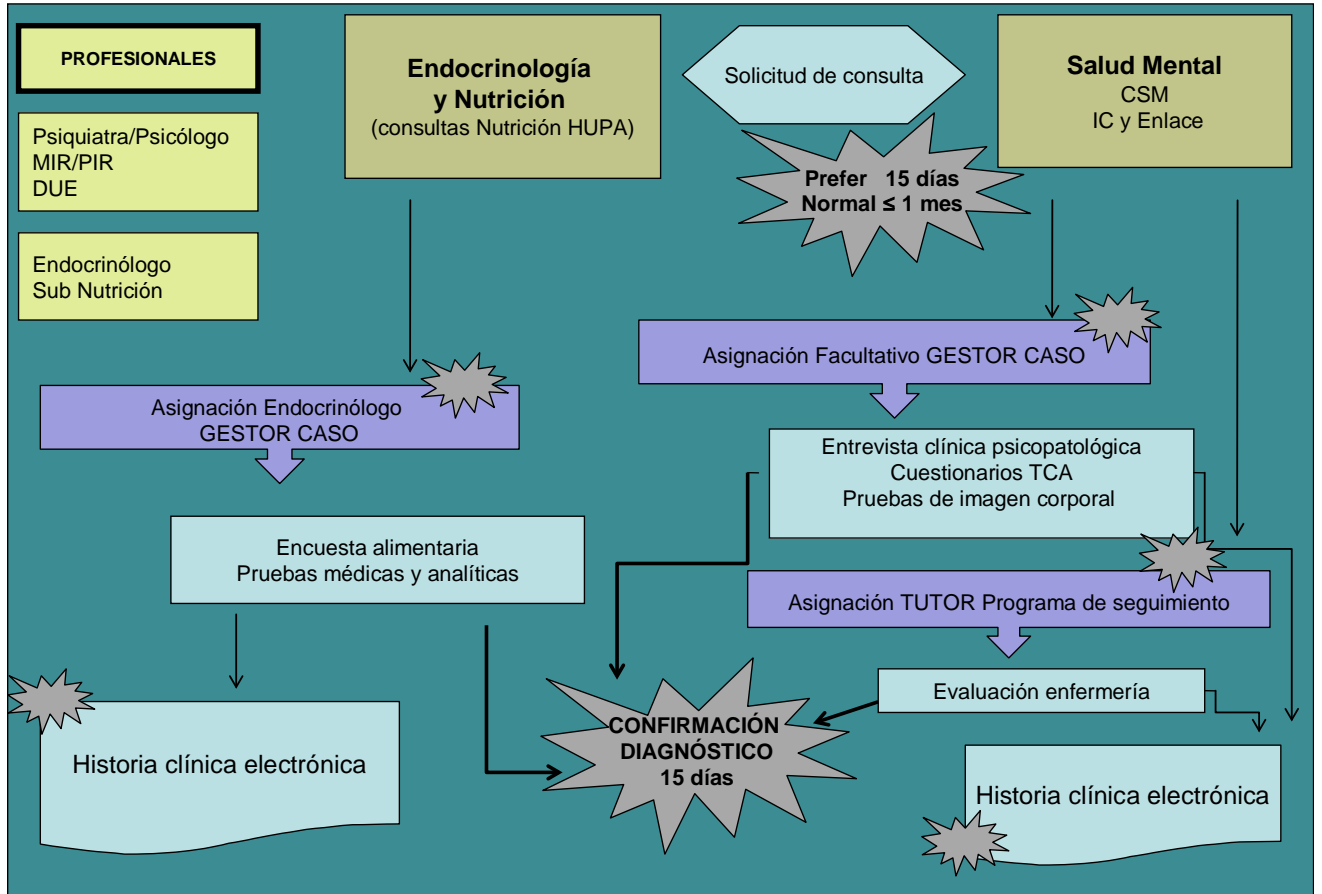
La Comisión multidisciplinar se reunirá al menos una vez al trimestre.	Nº comisiones en un año natural.	≥ 3 comisiones al año
Habrà actividades de Formación Continuada destinadas al equipo multiprofesional al menos bianuales.	Nº de cursos de formación cada 2 años.	≥ 2 cursos bianuales
Cuando se produzca la salida del proceso se realizará un informe de alta que se entregará al paciente en el que figuren: el diagnóstico, las intervenciones realizadas, los motivos de la salida, el dispositivo de derivación y las recomendaciones de cuidados.	$\left[\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes que han salido del proceso y tienen informe de alta}}{\text{Total de pacientes que salen del proceso}} \times 100 \right]$	Se cumplirá en al menos el 80% de los pacientes.

8. MAPAS DEL PROCESO

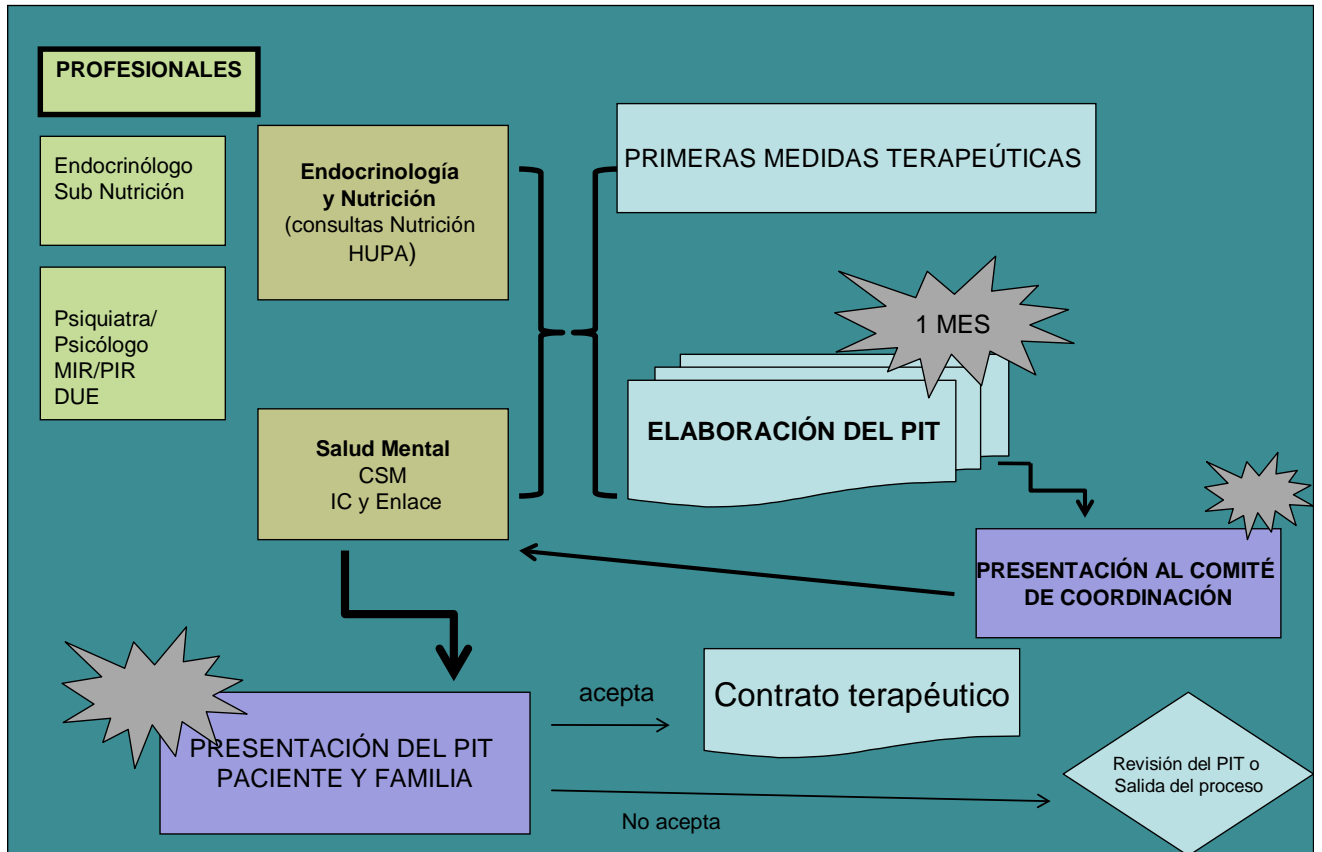




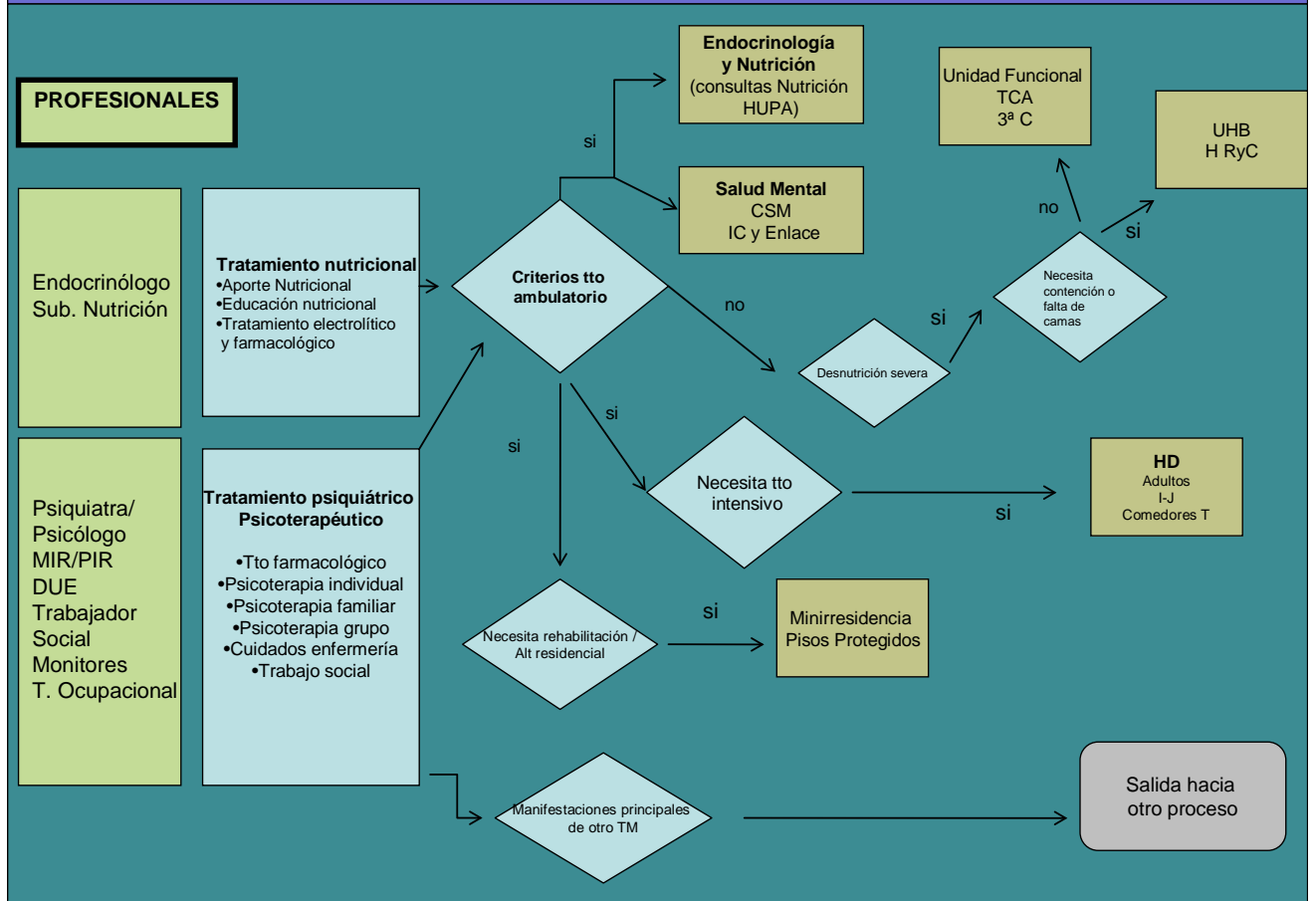
ARQUITECTURA DE PROCESOS: NIVEL I 2.- Inclusión en el proceso



ARQUITECTURA DE PROCESOS: NIVEL II Primeras medidas terapéuticas y PIT



ARQUITECTURA DE PROCESOS: NIVEL III Tratamiento y seguimiento



9. ACTIVIDADES DEL PROCESO

El proceso asistencial para los trastornos de la conducta alimentaria se organizará en torno a 3 subprocesos:

Las actividades incluidas en cada subproceso serían las siguientes.

DETECCIÓN:

- Comprobación de que un paciente presenta signos de alerta o que cumple los criterios contemplados como límite de entrada (ANEXO 1).
- Inclusión en el proceso y derivación a AE: Salud Mental y/o Endocrinología y Nutrición.

VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT)

- Confirmación del diagnóstico: entrevista específica y pruebas complementarias.
- Primeras medidas asistenciales y terapéuticas e inicio de la coordinación.
- Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT).
- Presentación del PIT al paciente y la familia.

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

- Actividades asistenciales y terapéuticas.
- Tratamiento Nutricional.
- Actividades en Salud Mental.
- Tratamiento psiquiátrico.
- Tratamiento psicoterapéutico.
- Cuidados de Enfermería.
- Trabajo Social.
- Dispositivos asistenciales y criterios de derivación.
- Salida del proceso.

I.DETECCIÓN:

1.Detección del paciente con potencial TCA.

1. DETECCIÓN DE PACIENTE CON POTENCIAL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DERIVACIÓN A SALUD MENTAL
Profesional responsable
Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Las consultas de Atención Primaria, las consultas del CSM de adultos e infanto-juvenil, la urgencia del hospital general, las consultas de Endocrinología y Nutrición del HUPA, la interconsulta de psiquiatría, el programa de enlace con endocrino del HUPA.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>Lugar:</p> <ul style="list-style-type: none">•Las consultas de AP: a través del Programa de Consultor de Presencia Física de SM en AP o mediante la derivación habitual a través del programa telefónico SCAE.•El Centro de Salud Mental: en el programa de evaluación o en el programa de atención ambulatoria en el curso del tratamiento por otro problema de salud mental o en otro proceso.•En la consulta de Endocrinología y Nutrición del HUPA, por el endocrinólogo.•En la hospitalización, la consulta de enlace o la urgencia del HUPA por el psiquiatra/psicólogo o el endocrino. <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">•Entrevista con el paciente o con el familiar consultante.•Exploración médica y psicopatológica.•En AP y Endocrinología y Nutrición ante signos de alerta mediante cuestionarios de detección (Test Scoff- ANEXO 2). <p>Instrumentos de derivación:</p> <ul style="list-style-type: none">•Informe indicando: Preferencia de la derivación, motivo, diagnóstico de sospecha, actuaciones y tratamientos hasta el momento.
Registro de la actividad
Anotación en la historia según el registro que emplee cada dispositivo. HP-Doctor en médicos especialistas de consultas e interconsulta, HCIS en urgencias.

Criterios de sospecha de TCA

Signos y síntomas de alarma físicos:

- Pérdida de peso de origen desconocido en jóvenes, sobre todo en las chicas.
- Fallo en el crecimiento normal para la edad y peso del paciente.
- Irregularidades de la menstruación y/o amenorrea.
- Complicaciones médicas por ejercicio físico abusivo.
- Osteoporosis en jóvenes.
- Hirsutismo o lanugo.
- Anomalías dentarias.
- Hipertrofia parotídea.
- Callosidades en los nudillos de las manos.

Signos y síntomas de alarma conductuales:

- Desaparición inmediatamente después de las comidas y encierro en el baño.
- Preocupación desorbitada por temas gastronómicos, ropas y modas.
- Uso de pantalones de forma exclusiva y tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo.
- Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente.
- Retraimiento de amistades y compañeros.
- Aumento de actividades “útiles” y horas de estudio.
- Miembros de un subgrupo vulnerable de población (bailarinas, modelos, gimnastas)

INSTRUMENTOS DE CRIBADO PARA LA DETECCIÓN DE CASOS DE TCA

TCA en general	Anorexia Nerviosa	Bulimia nerviosa
SCOFF (a partir de los 11 años)	EAT-26	BITE
EDI-2	ChEAT (el último entre los 8-12 años)	BULIT (a partir de 12-13 años)
ACTA		
ABOS		

ENCUESTA SCOFF SICK, CONTROL, ONE, FAT, FOOD QUESTIONNAIRE. MORGAN J, ET AL., 1999.

La encuesta SCOFF es un instrumento de cribado de TCA (ANEXO 2). Puede ser tanto autoadministrado como heteroadministrado. Consta de cinco preguntas dicotómicas (Sí/No) que valoran la pérdida de control sobre la ingesta, las purgas e insatisfacción corporal lo que permite su aplicación en AP. El rango de puntuación oscila de 0 a 5 puntos (No=0 y Sí=1), una puntuación total de 2 o más puntos identifica personas en riesgo de TCA (sensibilidad AN:100%; BN: 100%; especificidad para AN y para BN: 85% y 80%, respectivamente; tasa de falsos positivos 7,3% para AN y 8% para BN). Estudios independientes realizados en atención primaria indican valores de sensibilidad que oscilan entre el 78%-85% y de especificidad entre el 88%-90%, con sólo dos respuestas afirmativas.

Dispone de una versión española adaptada y validada en nuestro medio por García-Campayo J, et al., 2004 para la detección precoz de TCA en atención primaria (mujeres entre 14 y 55 años con un punto de corte de 2 o más).

EAT - CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN. EATING ATTITUDES TEST. DM GARNER Y PE GARFINKEL, 1979.

El EAT es un instrumento para para la detección de TCA en la población general, y para identificar casos actuales o incipientes de AN y BN. Se centra en la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 40 ítems (EAT-40), distribuidos en una escala Likert de 6 puntos, que van desde nunca a siempre. El rango de puntuación oscila de 0 a 120 con el punto de corte situado en 30 puntos o más. El EAT-40 es un instrumento de fácil aplicación, alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural.

Dispone de una versión española adaptada y validada por Castro J, et al. 1991 en un grupo de AN y un grupo control sano. Utilizando el punto de corte de 30 recomendado por los autores originales, la sensibilidad fue del 68% y la especificidad del 86%. Otro estudio realizado situando el punto de corte en 20 puntos o más se obtuvo la mejor predicción diagnóstica (sensibilidad del 73% y especificidad del 85%). El VPP fue del 20% y el valor predictivo negativo (VPN) del 98%.

EAT-26 (Versión abreviada del EAT-40). Esta versión fue desarrollada por Garner DM, et al., 1982 a través del análisis factorial del EAT-40. Consta de los 26 primeros ítems del EAT-40 que configuran tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer y control oral. Se valora mediante la misma escala de Likert de 6 puntos del EAT-40. El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78 con el punto de corte en 22 puntos o más.

La validación española del EAT-26 fue llevada a cabo por Gandarillas A, et al., 2003 (ANEXO 3). Las características psicométricas de este cuestionario son similares

a las descritas por sus autores.

El MSC ya recomendaba su uso como instrumento de cribado en el año 1995, ya que el EAT-26 era capaz de distinguir entre pacientes con AN y población normal y entre pacientes con BN y población normal, pero no entre AN restrictiva y BN, estableciendo el punto de corte de <20 puntos en mujeres, >30 puntos en población de riesgo y >50 puntos en población clínica.

CHEAT (VERSIÓN INFANTIL DEL EAT-26; CHILDREN EATING ATTITUDES TEST) MALONEY MJ, ET AL., 1988.

Se trata de un cuestionario con vocabulario adaptado a población infantil, autoaplicable a partir de los 8 años (requiere de un nivel de lectura para responder de quinto año de primaria). Una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indicaría la posible presencia de TCA.

Gracia M, et al., 2008 desarrollaron la adaptación al español y validación con unos resultados de fiabilidad y validez similares al estudio original (ANEXO 4). No obstante, se recomienda que el punto de corte sea más bajo al establecido por los autores originales, ya que aumenta el número de sujetos en riesgo de TCA a detectar en la escuela.

BULIT - TEST DE BULIMIA. BULIMIA TEST. MC SMITH Y MH THELEN, 1984.

Consta de 32 ítems, además de otros 4 que informan sobre uso de laxantes, uso de diuréticos y amenorrea. Los ítems se distribuyen en 5 dimensiones (atracones o descontrol de las comidas, malestar, vómitos, tipo de alimento y fluctuación de peso). Se puntúan mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. La puntuación global se obtiene de la suma de los 32 ítems y se establece en un rango entre 32 y 160. Además, permite obtener una puntuación en cada dimensión.

Se trata de un instrumento fiable, válido y objetivo para identificar a personas con síntomas bulímicos, confirmando su utilidad para detectar en la población general personas que presentan BN o que se encuentran en riesgo de sufrirla. Con un punto de corte de 102 o más, la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN fueron 95%, 98%, 91% y 99%, respectivamente.

AJ Vázquez et al., 2007 realizó la adaptación española (ANEXO 5) destacando su utilidad para identificar casos de BN y cuantificar la gravedad de los síntomas bulímicos. Utilizando como punto de corte de 88, permite clasificar correctamente al 90% de las personas con BN y al 100% de personas sin TCA.

BITE - TEST DE INVESTIGACIÓN DE BULIMIA DE EDIMBURGO. BULIMIA INVESTIGATORY TEST EDINBURGH. HENDERSON Y FREEMAN, 1987.

El BITE es una herramienta diseñada para identificar a sujetos con síntomas bulímicos (BN o TA). Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 33 ítems divididos en dos subescalas: La escala de síntomas está compuesta por 30 ítems, siendo 30 su puntuación máxima y el punto de corte situado en 20 puntos o más. La escala de gravedad se basa en la frecuencia con que se producen las conductas anómalas y proporciona un índice de gravedad, está compuesta por 3 ítems siendo la máxima puntuación de 39 con un punto de corte de 5 puntos o más. Una puntuación total de 25 puntos o más es indicativa de TCA grave.

La versión española adaptada y validada fue desarrollada por T Rivas, et al., 2004 (ANEXO 6).

Este cuestionario puede utilizarse para la detección precoz en población general y para valorar la intensidad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

EDI - INVENTARIO PARA TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. EATING DISORDER INVENTORY. GARNER, ET AL., 1983.

El EDI-I es una herramienta autoaplicada que evalúa diferentes áreas cognitivas y conductuales de la AN y la BN. Consta de 64 ítems que se puntúan mediante una escala de Likert de 6 puntos. Estos, están agrupados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente. Por un lado, las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal (motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal), los desajustes en estas áreas no son específicos de un TCA, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Por otro lado, las restantes cinco subescalas (inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar) evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales de la AN.

Se puede obtener una puntuación global de la suma de todas las subescalas, o utilizar cada subescala por separado. Clínicamente, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las ocho subescalas que la puntuación global. La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es de 42 o más puntos en las ocho subescalas originales para diagnosticar un TCA.

Varios autores sugieren que puede ser utilizado como prueba de cribado en muestras no clínicas, pero se debe tener en cuenta que su habilidad para diferenciar entre los tipos de TCA es cuestionable. Sin embargo, se sugiere que el EDI es capaz de discriminar entre individuos con TCA e individuos sin padecimientos psiquiátricos. Este cuestionario ha mostrado ser sensible a los cambios registrados en individuos cuando se administra un tratamiento.

La versión 2 del EDI, desarrollada por Garner, et al. 1991, consta de 91 ítems, 64 ítems del EDI-1 que conforman 8 de las subescalas, más otros 27 ítems que

conforman 3 subescalas adicionales (ascetismo, impulsividad e inseguridad social).

La versión española fue adaptada por la editorial TEA, 1998 (ANEXO 7). Los resultados apuntan a que cuando el punto de corte es de 80 para la puntuación total, la sensibilidad es del 91% y la especificidad del 80%; cuando es de 105 puntos, la sensibilidad es del 82% y la especificidad del 89%.

ACTA - ACTITUD FRENTE AL CAMBIO EN LOS TCA. BEATO Y RODRÍGUEZ, 2003

El cuestionario ACTA (ANEXO 8) fue desarrollado con el objetivo de evaluar la actitud frente al cambio en los TCA. Consta de 59 ítems distribuidos en 6 subescalas: precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída.

El ACTA es un instrumento fácil de administrar con adecuada fiabilidad y validez, cuyo empleo dentro del enfoque motivacional puede aportar información de utilidad en cuanto al conocimiento del proceso terapéutico.

ABOS - ESCALA DE OBSERVACIÓN DE CONDUCTA ANORÉXICA PARA PADRES/ESPOSO. ANORECTIC BEHAVIOUR OBSERVATION SCALE FOR PARENTS. VANDEREYCKEN, 1992.

El ABOS es un cuestionario autoaplicado desarrollado para obtener información de los familiares sobre las conductas y actitudes de la persona a evaluar que puedan ser sintomáticas de AN o BN. Con un punto de corte de 19 puntos, el ABOS tuvo una sensibilidad del 90% y una especificidad del 89,6% en una muestra de estudiantes femeninas que fue fiable con la evaluación clínica que se hizo posteriormente. Puede ser una herramienta adicional a los instrumentos de cribado de TCA.

En cuanto a la versión española, (ANEXO 9) no se tiene conocimiento de la disponibilidad de la versión adaptada y validada en nuestro medio.

Las correcciones de estas pruebas aparecen en el (ANEXO 10).

2. Inclusión en el proceso y asignación de profesional responsable en Salud Mental y Endocrinología y Nutrición.

2. INCLUSIÓN EN EL PROCESO. ASIGNACIÓN DE PROFESIONAL RESPONSABLE EN SALUD MENTAL Y EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
Profesional responsable
Facultativos responsables de las puertas de entrada de la red sanitaria: Las consultas del CSM de adultos e infanto-juvenil, la Urgencia del hospital general, las consultas de

Endocrinología y Nutrición del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA, la Interconsulta de psiquiatría, el Programa de enlace con endocrino del HUPA, la Unidad funcional de TCA en Endocrino, la UHB de psiquiatría.

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

1.- Una vez detectado el trastorno por un agente del proceso se **solicitará la inclusión** del paciente en el mismo con los siguientes criterios de preferencia.

Normal : Cuando no existe riesgo físico por desnutrición o descompensación psicopatológica que haya desbordado los recursos de abordaje del nivel previo:

- No hay criterios de desnutrición, ni alteraciones hidroelectrolíticas.
- Las pautas de alimentación están levemente distorsionadas (hace dieta estricta pero mantiene la ingesta en al menos 3 comidas del día, ingiere alimentos de todos los grupos nutricionales).
- No hay conductas purgativas o éstas son ocasionales.
- No hay psicopatología severa.

Preferente: Los recursos de abordaje en nivel asistencial previos se han desbordado o requiere abordaje por el equipo multidisciplinar específico del proceso TCA.

- Hay criterios de desnutrición leve o moderada.
- La conducta alimentaría presenta distorsiones importantes (se salta sistemáticamente comidas, ha suprimido alimentos de alto valor nutricional, hace atracones frecuentes seguidos o no de vómitos, hay una pérdida de peso rápida o significativa).
- Hay psicopatología moderada o que no se controla con los tratamientos propuestos en el nivel previo.
- Las derivaciones a otros recursos implicados en el proceso siempre serán preferentes.

Urgente:

- Desnutrición severa con riesgo vital.
- Riesgo vital inminente por causas médicas o psiquiátricas.
- Conductas purgativas incoercibles.
- Falta de colaboración de la paciente en el tratamiento.
- Psicopatología severa.

2.- A todo paciente que cumple los criterios de inclusión:

Si ha sido detectado en Salud Mental

- Se remitirá a la consulta de Endocrinología y Nutrición, donde se le asignará un endocrinólogo de referencia
- Se le dará un volante para analítica en el HUPA con los siguientes parámetros: Bioquímica básica, Hemograma, Perfil nutricional, Cu, Zn, B12, Ac Fólico, TSH, FSH LH, estradiol, testosterona y DHEAS (ANEXO 8). Se realizará entre los días 4 al 7 del ciclo en caso de mantener ciclos regulares. En el caso de los varones se omitirá la determinación de estradiol.

Si ha sido detectado en la consulta de Endocrinología y Nutrición:

- Se remitirá al Servicio de Salud Mental donde se va a realizar el tratamiento.
- Se le dará una batería de cuestionarios que el paciente entregará completados al profesional que le atiende en Salud Mental.

Si se trata de una situación de emergencia:

- Se derivará al paciente a la urgencia del Hospital para ser valorado por Medicina Interna (MI). En el volante de derivación deben constar de forma clara tanto la demanda como el lugar donde se considera que debe continuar el tratamiento.
- Serán los médicos de MI de la urgencia del HUPA los que se coordinarán con el equipo de guardia para valoración psiquiátrica. La valoración por Endocrinología y Nutrición se hará mediante interconsulta preferente desde el servicio de urgencias psiquiátricas o desde el servicio de interconsulta de psiquiatría).
- Si precisa ingreso se decidirá el lugar más adecuado por el equipo de urgencias y el de interconsulta en coordinación con el Gestor del caso.

3.- En la primera cita en Salud Mental:

- Se le abrirá una historia del programa de TCA y se le asignará un facultativo, psiquiatra, psicólogo o Residente MIR o PIR de referencia (en este caso siempre deberá haber un facultativo responsable de la supervisión y que se hará cargo del resto del proceso cuando finalice la intervención del residente). El facultativo responsable del paciente en SM será el Gestor de caso.
- Se asignará un tutor en el programa de seguimiento.
- El facultativo de referencia proporcionará las citas y el material necesario para iniciar la fase de evaluación.

Registro de la actividad
Anotación en historia según el registro que emplee cada dispositivo. Se garantizará que todos los profesionales que intervienen en el proceso tengan acceso a la información de la historia clínica y pruebas complementarias.

II. VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA, EVALUACIÓN Y DISEÑO DEL PIT

3. Confirmación del diagnóstico: entrevista específica y pruebas complementarias.

3. CONFIRMACIÓN DE TCA: ENTREVISTA ESPECÍFICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Profesional responsable
Facultativo responsable del paciente del dispositivo de Salud Mental donde ha sido derivado el paciente. Facultativo responsable del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA
Participantes en la actividad
<p>Equipo multidisciplinar del dispositivo de Salud Mental donde ha sido derivado el paciente.</p> <p>Psiquiatra</p> <p>Psicólogo</p> <p>MIR o PIR</p> <p>Enfermería</p> <p>Trabajador social</p> <p>Equipo multidisciplinar del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA</p> <p>Endocrino subespecializado en Nutrición</p> <p>Enfermería de Endocrinología y Nutrición</p> <p>Otros especialistas médicos que sean requeridos por el equipo de Endocrinología y Nutrición</p>
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>1.- Evaluación psicopatológica (psiquiatra y psicólogo) :</p> <p>Se realiza la validación de los criterios de TCA (ANEXO 1),</p>

La validación de criterios de TCA se realiza mediante entrevista con el modelo de anamnesis psiquiátrica específica para TCA (ANEXOS 12 Y 13). Para completar la información se recurrirá a:

- Entrevistas individuales con el paciente.
- Entrevistas con la familia.
- Información a través de agentes sociales implicados con el paciente que puedan tener conocimiento de su funcionamiento psicológico y social (colegio, amigos, familia extensa, actividades deportivas, otros profesionales médicos).
- Evaluación de la situación social.
- Pruebas psicométricas (ANEXO 14).
- Pruebas de imagen corporal (ANEXO 15).

2.- Evaluación de necesidades. (DUE de salud mental)

- Historia de Enfermería (ANEXO 16).
- Valoración del estado físico general.
- Entrevista individual y/o familiar.
- Medición antropométrica y de constantes vitales.
- Valoración de autocuidados.
- Diagnóstico de Enfermería (NANDA).

3.- Evaluación social: Realización y registro de la historia social y la red sociofamiliar, en la que conste:

- Historia social (ANEXO 17).
- Valoración de las relaciones sociales.
- Grado de apoyo social y familiar.
- Problemática social, laboral o de formación asociadas.
- Genograma, mapa de relaciones, red social.
- Visita domiciliaria, si se precisa valorar las condiciones
- de la vivienda.
- Evaluación de disfunciones sociales en la familia.
- Diagnóstico de la situación social y familiar.

- Registro de la valoración e informe social en la historia clínica.

4.- Valoración orgánica y nutricional (Endocrinólogo del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA)

La confirmación de un estado nutricional patológico derivado de un TCA se realizará mediante:

- Anamnesis Nutricional específica (encuesta alimentaria) (ANEXO 18).
- Exploración física.
- Pruebas complementarias pertinentes.

La confirmación de TCA se realiza en un tiempo máximo de 1 mes desde la recepción de la derivación.

5.- Inclusión en base de datos: (auxiliar administrativo)

Cuando se confirme el diagnóstico de TCA y que el paciente cumple los criterios de inclusión en el proceso, el facultativo responsable de los equipos de Salud Mental y de Endocrinología y Nutrición lo comunicará a la administración de la unidad, a los siguientes efectos:

Dar de entrada al paciente en la base de datos del proceso: FICHA DE PROCESO TCA (ANEXO 16)

Elaborar un censo de pacientes compartido con el Servicio de Endocrinología y Nutrición que facilite el seguimiento de los pacientes y que permita detectar fallos en la coordinación o pérdida de pacientes.

6. Coordinación.

Una vez finalizado el proceso de evaluación y confirmado el diagnóstico se promoverá una coordinación (reunión, telefónica y mediante la intranet, dependiendo de la urgencia) o se presentará el caso para su discusión en las reuniones de coordinación de los equipos de SM y Endocrinología y Nutrición.

Registro de la actividad

Anotación en historia HP-Doctor en plantillas específicas. Base de datos del proceso de TCA.

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS RELACIONADAS			
Depresión	Ansiedad	Personalidad	Psicopatología
BDI (a partir de 16 años)	STAI (a partir de 13 años)	SCID-II	SCL-90-R

BDI O BECK - INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK. *BECK DEPRESSION INVENTORY. BECK, ET AL., 1961.*

Se trata de un cuestionario autoaplicado para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión. Dada su probada validez y fiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas es uno de los más utilizados.

Consta de 21 ítems, con un rango de puntuación de 0 a 63 puntos. La puntuación global permite estimar la intensidad de la depresión. Los puntos de corte establecidos son: 0-9 (normal), 10-18 (depresión leve), 19-29 (depresión moderada) y 30-63 (depresión grave).

La versión adaptada y validada para población española fue desarrollada por C Conde y E Useros, 1975. Después, J Sanz, et al., 2003, han adaptado la versión Beck-II (BDI-II) (ANEXO 14).

STAI - INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO. *STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY. SPIELBERGER, ET AL., 1970.*

Este instrumento autoaplicado permite la evaluación de la ansiedad como estado transitorio (ansiedad/estado; A/E) a través de 20 preguntas, identificando sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. A su vez, permite la evaluación de la ansiedad como rasgo latente (ansiedad/rasgo; A/R) a través de otras 20 preguntas, identificando una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Tiene una adecuada validez y fiabilidad.

La versión española fue adaptada a nuestro medio por TEA Ediciones, 1982 (ANEXO 14).

SCID-II – ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DEL EJE II DEL DSM-IV. *STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV AXIS II PERSONALITY DISORDERS. FIRST MB ET AL., 1999.*

Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa categóricamente o dimensionalmente los trastornos de personalidad según los criterios DSM-IV, además

del trastorno de personalidad depresiva y pasivo agresiva. El cuestionario (ANEXO 14) tiene 119 ítems, cada criterio se evalúa con 1 ausente o falsa, 2 subclínico, 3 presente o verdadero y 4 información inadecuada.

SCL-90-R – INVENTARIO DE SÍNTOMAS REVISADO. SYMPTOM CHECKLIST 90 REVISED. DEROGATIS., 1983.

El SCL-90-R (ANEXO 14) es un cuestionario autoinforme de 90 ítems. Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert de 0 a 4 en función con la que el sujeto ha vivido, durante las últimas semanas, el malestar que cada ítem explora.

Los 90 ítems se agrupan en 10 dimensiones sintomáticas de psicopatología: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, y síntomas misceláneos. Se pueden extraer 3 índices globales: el índice sintomático general, el total de síntomas positivos y el índice de distrés de síntomas positivos.

La corrección se realiza a través de la transformación de las puntuaciones directas en centiles y puntuaciones T de acuerdo con el baremo correspondiente.

La versión en castellano fue desarrollada por González de Rivera et al., 1989, en colaboración con el autor original.

Las correcciones de las pruebas psicométricas se pueden consultar en el ANEXO 14.

Comité multiprofesional del proceso TCA

Composición del comité

Un mínimo de un profesional de cada dispositivo implicado en el tratamiento y el coordinador del proceso:

- CSM adultos (Un representante por miniequipo).
- CSM Infantil.
- Programa de Enlace adultos.
- Representante del tratamiento en hospitalización en Endocrino.
- Representante de la UHB (si procede).
- Representante del Hospital de día.

- Representante de Minirresidencia y pisos protegidos (si procede).
- Endocrinos del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA (el coordinador del proceso en Endocrinología y Nutrición y todos los que presenten un caso pendiente de elaboración del PIT).
- Se recomienda que haya al menos un representante de cada categoría profesional de ambos equipos y residentes MIR y PIR.
- El día de presentación de un nuevo caso a la coordinación, podrán acudir los profesionales responsables de cada caso que se presenta aunque no pertenezcan al comité de forma permanente.
- A esta reunión se invitará anualmente al profesional administrativo encargado de la gestión de la base de datos del proceso.
- Se hará un acta de las reuniones.

Funciones

- Discusión de los resultados de la evaluación de todos los pacientes que se han incorporado al proceso desde la reunión anterior.
- Propuesta de un PIT de los pacientes nuevos.
- Revisión anual de los tratamientos en marcha.
- Seguimiento de los casos en tratamiento.
- Discusión de incidencias y dificultades de coordinación.
- Propuesta de mejoras en el proceso.

Lugar de reunión

Unidad de psiquiatría del HUPA.

Fecha

Todos los últimos martes de mes a las 8,30.

4. Primeras medidas asistenciales y terapéuticas e inicio de la coordinación.

4. PRIMERAS MEDIDAS ASISTENCIALES Y TERAPÉUTICAS E INICIO DE LA COORDINACIÓN

Profesional responsable

Facultativo responsable del paciente del dispositivo de Salud Mental donde se inicia el proceso (CSM adultos o programa Infanto-juvenil; programa de Enlace de salud mental del HUPA). Facultativo responsable del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA.

Participantes en la actividad
Equipo multidisciplinar de Salud Mental. Equipo multidisciplinar del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>Hasta la elaboración del PIT el profesional responsable de ambos equipos profesionales pondrán en marcha aquellas medidas asistenciales y terapéuticas necesarias para:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Construir una alianza terapéutica con el paciente y la familia. •Asegurar la estabilidad física y psicopatológica. •Contención de la ansiedad. •Motivación del paciente a tratamiento. •Ajuste de expectativas respecto a los tratamientos. •Prevenir riesgos y un mayor deterioro. •Prevenir abandonos precoces del tratamiento. •Durante esta fase la frecuencia de visitas en Salud Mental no debe ser inferior a 1/semana pudiendo alternarse, para asegurar esa frecuentación, las visitas al facultativo y al programa de seguimiento. •Se puede agilizar la puesta en marcha de estas primeras medidas terapéuticas por parte de Endocrinología y Nutrición como de Salud Mental si el paciente llega a la primera cita en ambos servicios habiéndose realizado las primeras pruebas diagnósticas que se le habrán solicitado en la primera visita de cada servicio respectivamente (tal como se describió en el apartado de diagnóstico).
Registro de la actividad
Anotación en historia HP-Doctor. Registro en Hupaweb de resultados de pruebas complementarias.

5.Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT).

5. ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT)
Profesional responsable
Equipo multidisciplinar de Salud Mental y de Endocrinología y Nutrición.

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

El PIT de un paciente con TCA debe incluir todas las intervenciones que se consideren necesarias para la recuperación de la salud física y psicológica del paciente.

El PIT se elabora por los facultativos responsables del caso y se confirma en las reuniones mensuales de coordinación con las propuestas de todos los profesionales implicados en la evaluación.

Debe quedar constancia del PIT en la historia clínica de SM y de Endocrinología y Nutrición.

El plazo máximo para la confirmación del PIT y su inclusión en la historia clínica no debe superar los 3 meses desde la primera cita.

En todo PIT debe constar:

1.- Salud Mental:

- Definición del problema según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
- Formulación de los objetivos psicoterapéuticos.
- Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
- Plazos para la evaluación terapéutica.

2.-Endocrinología y Nutrición:

- Definición del problema según el diagnóstico y las áreas perturbadas.
- Formulación de los objetivos terapéuticos y el objetivo de peso.
- Elección de técnicas terapéuticas y actividades específicas.
- Planificación de la dieta.
- Plazos para la evaluación terapéutica.

Registro de la actividad
Documento PIT en el HPDoctor.

6. Presentación del PIT al paciente y a la familia.

6. PRESENTACIÓN DEL PIT AL PACIENTE Y A LA FAMILIA
Profesional responsable
Facultativo responsable y gestor de caso. Facultativo responsable de Endocrinología y Nutrición.
Participantes en la actividad
Facultativo responsable y gestor de caso. Otros profesionales implicados que se consideren en cada caso.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>Se informará del PIT a todos los pacientes con TCA y a sus familias en entrevista en el dispositivo de SM donde se va a iniciar la intervención y que en el proceso TCA será un recurso ambulatorio. Cuando los dispositivos de Salud Mental y Endocrinología y Nutrición no estén ubicados en el mismo espacio, la información la proporcionará el responsable de cada dispositivo.</p> <p>La presentación del PIT al paciente y la familia debe incluir información sobre los siguientes elementos:</p> <p>Quién es el personal implicado en el tratamiento y vías de comunicación con los profesionales.</p> <p>Técnicas terapéuticas que se van a utilizar.</p> <p>Tiempo de realización.</p> <p>Plazos de evaluación.</p> <p>Información general del trastorno que incluya el diagnóstico y pronóstico (en términos de fácil comprensión para el paciente, evitando utilizar términos clínicos que creen desesperanza). Se podrá dar información por escrito o vía Internet¹ (ANEXO 20)</p> <p>Conseguir la implicación y compromiso de la familia en el tratamiento. Asegurar la colaboración de la familia para conseguir una evolución favorable.</p> <p>Cumplimentación del contrato terapéutico (ANEXO 21 Y 22)</p> <p>Informe de Salud Mental y Endocrinología y Nutrición al Médico de Familia/Pediatra del diagnóstico y plan terapéutico propuesto.</p>

¹http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142494804947&idConsejeri a=1109266187278&idListConsj=1109265444710&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEst ructura&sm=1109265844004

Registro de la actividad
Anotación en HP-Doctor

III. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

7. Actividades asistenciales. Aplicación del PIT.

7. ACTIVIDADES ASISTENCIALES APLICACIÓN DEL PIT.
Profesional responsable
Responsable de cada dispositivo.
Participantes en la actividad
Equipo multidisciplinar de cada dispositivo.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad
<p>La aplicación del PIT debe ser un proceso flexible sometido a reevaluación constante en función de los resultados obtenidos y las nuevas necesidades que vayan apareciendo.</p> <p>Los objetivos del Tratamiento son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteger la vida del paciente. • Lograr un peso adecuado y un adecuado estado nutricional. • Reestructurar las pautas de alimentación. • Tratar la psicopatología y las pautas disfuncionales. • Mejorar el funcionamiento familiar y social. • Prevenir el deterioro psicosocial. <p>El tratamiento de los TCA se compone de los siguientes abordajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento nutricional. • Tratamiento psiquiátrico.

- Tratamiento psicoterapéutico.
- Cuidados de enfermería.
- Trabajo social.
- Rehabilitación.
- Otros abordajes (T. Ocupacional).

Registro de la actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad.

8. Tratamiento nutricional.

8.- TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Profesional responsable

Endocrinólogo del servicio de Endocrinología y Nutrición responsable del paciente.

Participantes en la actividad

Endocrinólogo o MIR del dispositivo asistencial correspondiente

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

1.- El tratamiento Nutricional consiste en el seguimiento terapéutico de normas y objetivos nutricionales y prevención de las secuelas. Tiene como objetivos:

- La renutrición del paciente.
- Minimización de riesgo físico.
- Cambios en los hábitos alimentarios distorsionados.
- Prevención o tratamiento de las secuelas de la desnutrición.

La renutrición se basa en el Documento de Educación Nutricional (**ANEXO 23**) elaborado por el equipo de nutrición del Servicio de Endocrinología y Nutrición.

2.- Intervenciones:

1.- Aporte nutricional adecuado, con suplementos nutricionales orales o nutrición enteral o parenteral si se precisan para cubrir los requerimientos y la situación clínica del paciente lo requiere.

2.- La educación nutricional del paciente y la familia.

3.- Tratamiento electrolítico y farmacológico.

3.- Características y condiciones del tratamiento nutricional

La renutrición es el elemento central del tratamiento de los TCA. Es primordial y prioritario ya que ninguna intervención farmacológica o psicoterapéutica puede ser eficaz si no existen condiciones nutricionales suficientes.

Se basará en documentos consensuados entre Endocrinología y Nutrición y SM (ANEXO 16).

Se debe realizar en un contexto de seguridad y confianza y mediante pactos consensuados con el paciente para la reincorporación gradual de alimentos evitados.

Debe ser gradual para evitar riesgos físicos (Síndrome de realimentación) y el abandono precoz del tratamiento.

La renutrición debe estar sustentado siempre por una intervención psicoterapéutica por lo que es imprescindible mantener un seguimiento regular en salud mental a la vez que en Endocrinología y Nutrición.

Se debe de realizar contando con la participación de la familia que actuará como apoyo y que recibirá a su vez educación nutricional.

Puede que algunas intervenciones psicoterapéuticas o farmacológicas estén contraindicadas o sean impracticables si existe desnutrición importante.

Siempre en coordinación con SM. Informar de los cambios, necesidades, riesgos o sugerencias de cambios de encuadre.

Cada revisión debe quedar registrada en la historia electrónica de forma que se facilite la coordinación.

Se recomienda un seguimiento periódico quincenal al inicio e ir espaciándolo tras la estabilización, aunque nunca más de 6 meses.

Registro de a actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad.

9.Actividades en salud mental.

9.- ACTIVIDADES EN SALUD MENTAL

Profesional responsable

Facultativo gestor del caso.

Participantes en la actividad

Equipo multidisciplinar de todos los dispositivos de salud mental: CSM programa de adultos y de infanto-juvenil, Urgencia del hospital general, la Interconsulta de psiquiatría, el Programa de enlace con Endocrinología y Nutrición del HUPA, Hospital de día de adultos e Infanto-juvenil. Dispositivos de rehabilitación.

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

El abordaje psiquiátrico y psicológico es el pilar del tratamiento de los TCA y se apoya en las actividades del servicio de Endocrinología y Nutrición.

El tratamiento se realiza de forma ambulatoria, fundamentalmente dispositivos de consultas externas y con un enfoque comunitario y de continuidad de cuidados.

Al elegir la modalidad de tratamiento más eficaz para alguien que sufre un TCA es preciso tener en cuenta diversas variables, entre ellas el riesgo físico y psicológico, la motivación, el apoyo social, la comorbilidad y la edad.

La base del tratamiento será un contrato terapéutico individualizado y basado en el PIT donde se hagan constar las condiciones para tratamiento en cada uno de los dispositivos y las intervenciones a poner en marcha. Este contrato, a la vez que como guía de tratamiento ha de servir como consentimiento informado. Las familias o cuidadores principales deben estar también implicados en la formalización del contrato donde se deben incluir las acciones que les corresponden. En caso de incumplimiento de dicho contrato será preciso revisar el PIT y tomar las decisiones

oportunas pero puede ser causa de salida del proceso o de derivación a otros recursos (o de inclusión en otros procesos).

Las derivaciones a dispositivos de tratamiento más intensivo serán propuestas, si la situación lo permite, desde el lugar habitual de tratamiento y a través del gestor del caso. La derivación a un recurso de tratamiento intensivo no debe suponer una ruptura con el dispositivo de consultas ambulatorias y se deben establecer vías fluidas de comunicación entre dispositivos para coordinar las decisiones terapéuticas en el equipo multidisciplinar.

Los objetivos de derivación a cualquiera de los dispositivos vendrán definidos en el PIT y son formulados por el gestor del caso y el tutor del programa de seguimiento en coordinación con el dispositivo al que se deriva. Las características esenciales del contrato de tratamiento en el dispositivo al que se deriva deben ser sugeridas por el gestor del caso en coordinación con el recurso y el paciente ha de conocerlas antes de su inclusión en el recurso.

En todos los dispositivos que acogen pacientes con diagnóstico de TCA debe existir un protocolo de actuación diseñado específicamente para las necesidades de estos pacientes.

Registro de a actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

10.Tratamiento psiquiátrico.

10.- TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Profesional responsable

Psiquiatra responsable del paciente.

Participantes en la actividad

Psiquiatra o MIR del dispositivo asistencial correspondiente.

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

Características del tratamiento psiquiátrico:

Los psicofármacos no deben ser el único tratamiento en pacientes con AN y se utilizarán siempre en combinación con las intervenciones psicosociales.

Se debe diferir su uso, siempre que sea posible, hasta que se haya restablecido el peso y estén resolviéndose los efectos psicológicos de la desnutrición.

En la práctica clínica se utilizan ISRS al haber demostrado mayor evidencia y menos problemas de efectos secundarios y antipsicóticos de segunda generación y de baja potencia en algunos pacientes con síntomas graves de AN, aunque su evidencia es limitada.

No se recomienda utilizar para la BN otros tratamientos farmacológicos aparte de los antidepresivos -salvo que exista otra comorbilidad-, que reducen la frecuencia de atracones y purgas y los síntomas psicológicos relacionados con el TCA y previenen las recaídas.

Los TCNE se deben tratar con las mismas recomendaciones que el TCA que más se asemeje a su problema de alimentación. Es una recomendación de alta evidencia la propuesta de un tratamiento con un antidepresivo del grupo ISRS a pacientes con un TA.

Los fármacos considerados se incluyen dentro de los siguientes grupos: antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, orexígenos, antagonistas opiáceos, psicoestimulantes y antieméticos.

El mantenimiento de la medicación debe considerarse para prevenir las recaídas en los pacientes con peso ya recuperado o para tratar ciertas características asociadas a la anorexia nerviosa, tales como la depresión o los problemas obsesivo-compulsivos.

Determinar síntomas o síndromes (comorbilidad) que coexisten en el momento de la valoración o que surgen durante el proceso terapéutico y aplicar protocolos de actuación psicofarmacológica.

Tipos de fármacos e indicaciones

1.- **Los ISRS.** Su uso está justificado cuando hay síntomas acompañantes depresivos (la mayoría de las veces), síntomas leves de descontrol de impulsos y vómitos autoinducidos.

2.- **Los ansiolíticos** son los más usados después de los ISRS. Están indicados para controlar los síntomas de ansiedad que normalmente acompañan a los TCA.

3.- **Los antipsicóticos.** Están indicados ante determinados síntomas o trastornos acompañantes, como son: las alteraciones moderadas/graves de la conducta, ideas obsesivas y rituales graves, o que estén en el límite del trastorno delirante

somatomorfo.

4.- **Los nuevos anticomiciales** y el litio se utilizan por su efecto específico sobre la impulsividad, fundamentalmente en las bulimias con síntomas multi-impulsivos, robos, consumo de alcohol y tóxicos, conductas agresivas y antisociales.

Registro de a actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

11.Tratamiento psicoterapéutico.

11.- TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Profesional responsable

Psiquiatra o psicólogo responsable del paciente.

Participantes en la actividad

Psiquiatra, psicólogo, MIR o PIR del dispositivo asistencial correspondiente.

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

Características del tratamiento psicoterapéutico

La intervención psicoterapéutica es la base del tratamiento de los TCA fundamentado en el establecimiento y mantenimiento de una relación psicoterapéutica informada consignada en el contrato terapéutico.

Debe basarse en las recomendaciones de la evidencia científica:

Para la AN, no hay evidencia de que un determinado tratamiento de los mencionados sea superior a otro tratamiento psicológico para adultos con AN al finalizar el tratamiento y en el seguimiento postratamiento.

En líneas generales, la evidencia existente de la eficacia del tratamiento psicológico para la AN es débil, con excepción de la encontrada en el tratamiento psicológico para adolescentes, que es moderada. En este sentido se recomienda, con una alta calidad de la evidencia, la indicación de TF en niños y adolescentes con AN.

En BN, la evidencia es fuerte para las intervenciones cognitivo-conductuales: la TCC para BN, con una muy alta calidad de evidencia, es una forma específicamente adaptada de TCC y se recomienda que se realicen entre 16 y 20 sesiones en 4 o 5 meses de tratamiento. La TCC grupal podría ser más económica y se obtienen iguales resultados que con la TCC individual. La TIP en BN, con alta calidad de evidencia,

debería considerarse como una alternativa a la TCC aunque convendría informar a las personas que su realización implica de 8 a 12 meses hasta alcanzar resultados similares a los de la TCC.

Para el TA, la evidencia es moderada para las intervenciones cognitivo-conductuales

Debe ser aplicada por profesionales entrenados en tratamiento psicoterapéutico, tanto en relación con el paradigma (sistémico, cognitivo-conductual, dinámico, etc.) como con la modalidad (individual, familiar, grupal).

Su aplicación debe estar establecida en el PIT.

Se recomienda la supervisión clínica para evitar subjetividades y sortear las dificultades así como para el manejo adecuado de la contranferencia y las dificultades en la relación con los pacientes.

Las terapias consideradas en el tratamiento de los TCA han sido las siguientes: Autoayuda y autoayuda dirigida, Entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia interpersonal (TIP), terapia familiar (sistémica o no) (TF), terapia psicodinámica (TPD) y terapia conductual (TC).

Suele ser útil secuenciar y combinar diferentes estrategias psicoterapéuticas según el momento evolutivo de la enfermedad y las necesidades detectadas.

La elección y aplicación de una u otra técnica psicoterapéutica, en función de:

Etapa de la enfermedad.

El tipo de conflictos que se consideren en la génesis o mantenimiento del problema.

Complejidad de las relaciones familiares.

Etapa del ciclo vital y edad del paciente.

El tipo de relaciones interpersonales.

Situación educativa y laboral.

Impulsividad.

Pautas alimentarias.

La predisposición y motivación del paciente y la familia.

La formación y experiencia de los profesionales.

Otras recomendaciones son:

Realizar psicoterapia individual centrada en el análisis de los síntomas y las variables relacionadas con su mantenimiento (personalidad, relaciones familiares, etc.).

Realizar psicoterapia familiar, con niños, adolescentes, y adultos con interacciones conflictivas con sus padres o con otros miembros de la familia. El objetivo es reestructurar el funcionamiento familiar y favorecer cambios internos en el sistema.

Desarrollar un trabajo con grupos psicoterapéuticos acotados en el tiempo y con objetivos limitados.

Trabajar específicamente la imagen corporal con técnicas corporales.

Trabajar la fase psicoeducativa orientada a los cambios conductuales para normalizar las pautas alimentarias, en todos los pacientes y familiares de primer contacto con el dispositivo.

(ANEXOS 24, 25, 26)

Registro de a actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

12.Cuidados de enfermería.

12.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Profesional responsable

DUE de los dispositivos de Salud mental tutor del programa de seguimiento.

Participantes en la actividad

DUE y EIR de los dispositivos de Salud mental responsable del caso.

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

El profesional de enfermería se encargará de las siguientes tareas:

1. Psicoeducación nutricional al paciente y la familia (en encuadre individual y grupal). Se basa en Texto “El camino de la recuperación”. (ANEXO 24)
2. Seguimiento del peso y constantes vitales a indicación del Profesional de Endocrinología y Nutrición.
3. Asesoramiento en pautas de alimentación en coordinación con el profesional de Endocrinología y Nutrición. Se basa en el Documento de Educación nutricional. (ANEXO 23)
4. Entrenamiento en técnicas de relajación.
5. Monitorizar el cumplimiento terapéutico y favorecer la adherencia.

Registro de a actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad

13.Trabajo Social.

13.- TRABAJO SOCIAL

Profesional responsable

Trabajador social del CSM.

Participantes en la actividad

Trabajador social del CSM.

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

La intervención social tiene los siguientes elementos:

1. Búsqueda de recursos sociales necesarios para una mejor adaptación social,

laboral y ocupacional.

2. Configuración de grupos de autoayuda y apoyo: información y puesta en contacto con estos grupos.

3. Participación en la planificación terapéutica.

4. Registro en la historia clínica de las intervenciones realizadas.

Registro de a actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad.

14. Derivación a otros recursos asistenciales.

14.- DERIVACIÓN A OTROS RECURSOS ASISTENCIALES

Profesional responsable

Facultativo responsable y gestor de caso.

Participantes en la actividad

Equipo multidisciplinar de Salud Mental.

Equipo multidisciplinar del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA.

Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

Derivación a otro nivel asistencial según criterios descritos en cada uno de los recursos.

1.- Hospitalización en Unidad específica para TCA (Anexo 27)

Se determinará el ingreso de un paciente cuando sus condiciones físicas y ambientales supongan grave riesgo vital o impidan el tratamiento ambulatorio y se mantendrá hasta que se restablezcan las condiciones (físicas o ambientales) que lo hagan posible.

Se realizará en las camas asignadas al servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA y a cargo del personal de enfermería especialmente entrenado para ello,

siempre que ello sea posible. En situaciones de desbordamiento de estos recursos (por disponibilidad o por las características clínicas de los pacientes) se derivará a la Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Ramón y Cajal o a la Unidad de Hospitalización Breve de psiquiatría (UHB). Los menores de edad ingresarán en la Unidad de Adolescentes del HGM.

Se llevará a cabo en las condiciones establecidas para cada caso en el contrato de hospitalización y en el contrato preliminar de ingreso (aplicable en las fases iniciales del ingreso).

En caso de que el paciente rechace el ingreso, se valorará la necesidad de solicitar autorización judicial para un internamiento por riesgo vital. (Los procedimientos y el material se adjuntan en el.

2.- Hospitalización en UHB (Anexo 28)

La UHB es un recurso de ingreso para casos excepcionales en el proceso TCA. Puede ser necesario comenzar el tratamiento de renutrición en la UHB en la siguientes situaciones:

Falta de camas en la Unidad funcional de ingreso de TCA. El ingreso en la UHB por falta de plaza en las camas específicas debe ser excepcional.

Son necesarias medidas de contención para garantizar la seguridad y estabilidad del paciente cuando:

El paciente presenta alteraciones psicopatológicas graves.

Hay grave riesgo autolítico.

El paciente no está motivado y hay indicación de ingreso involuntario que el paciente no acepta y existe riesgo de fuga.

En caso de que el paciente rechace el ingreso, se valorará la necesidad de solicitar autorización judicial para un internamiento por riesgo vital.

Los ingresos de paciente con TCA y comorbilidad psiquiátrica que no ingresan para renutrición, no se incluyen en el proceso específico TCA y su ingreso se adecuará a las características del recurso sin adaptaciones especiales salvo las que indique el

PIT. (Los procedimientos y el material se adjuntan en el

3.- Hospital de día (Anexo 29)

El Hospital de Día es un recurso de reconocida utilidad en el tratamiento de los pacientes con TP que presentan TCA.

El objetivo principal de tratamiento en HD en estos casos es el de abordar los síntomas derivados con comorbilidad con un trastorno de personalidad, si bien es imprescindible trabajar aspectos directamente relacionados con el peso y la alimentación. Los objetivos de tratamiento en HD son:

Facilitar el alta hospitalaria y la transición al tratamiento ambulatorio.

Proporcionar tratamiento psicoterapéutico intensivo de los rasgos disfuncionales de personalidad.

Proporcionar soporte intensivo durante la realimentación.

Tratamiento intensivo de los síntomas propios del TCA.

El informe de derivación recogerá los aspectos más significativos para la continuidad de cuidados, las razones y los objetivos del ingreso.

4.- Minirresidencia y Pisos protegidos

La derivación a estos recursos se hará cuando el paciente presente deterioros significativos de su funcionamiento psicosocial que necesiten rehabilitación o cuando, además, precisa de un recurso residencial para mantener el tratamiento ambulatorio.

Los objetivos generales de tratamiento son:

Ofrecer una cobertura residencial.

Prevenir el deterioro producido por la cronicidad.

Facilitar la integración de los residentes en la comunidad.

Posibilitar el desarrollo de procesos de mejora de la autonomía personal y social.

Apoyar a las familias cuidadoras, mediante un acogimiento temporal.
Registro de a actividad
Anotaciones en Hp doctor. Captura de actividad.

CRITERIOS Y PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN A LOS DISPOSITIVOS Y RECURSOS DE LA RED DE SALUD MENTAL

El tratamiento de los TCA se realizará en su mayor parte de forma ambulatoria y son los CSM, las consultas de Enlace y las consultas de Endocrinología y Nutrición los recursos en los que se centraliza y sobre los que pivota toda la actividad terapéutica. Todas las decisiones terapéuticas han de ir descritas en el PIT y son lideradas por el gestor del caso en coordinación con el resto de agentes del Proceso mediante contactos puntuales y mensualmente a través del comité de coordinación.

Tratamiento ambulatorio

La base del tratamiento con los pacientes incluidos en el proceso de TCA será un contrato terapéutico individualizado y basado en el PIT donde se hagan constar las condiciones para tratamiento en cada uno de los dispositivos y las intervenciones a poner en marcha. Este contrato, a la vez que como guía de tratamiento ha de servir como consentimiento informado. Las familias o cuidadores principales deben estar también implicados en la formalización del contrato donde se deben incluir las acciones que les corresponden. En caso de incumplimiento de dicho contrato será preciso revisar el PIT y tomar las decisiones oportunas, pero puede ser causa de salida del proceso o de derivación a otros recursos. (Inclusión en otros procesos).

Los objetivos del tratamiento ambulatorio son:

- Proteger la vida del paciente.
- Lograr un peso adecuado y un adecuado estado nutricional.
- Reestructurar las pautas de alimentación.
- Tratar la psicopatología y las pautas disfuncionales.
- Mejorar el funcionamiento familiar y social.
- Prevenir el deterioro psicosocial.

En los CSM se ofertan todas las técnicas terapéuticas descritas con una secuenciación como se describe a continuación:

- Tratamiento como de costumbre + Soporte a la renutrición con educación

alimentaria (individual o grupal pacientes y/o familiares o cuidadores) + monitorización del estado nutricional y la conducta alimentaria.

- A + Psicoterapia individual y/o familiar.
- A + Psicoterapia intensiva: Psicoterapia de grupo interpersonal y/o grupo de imagen corporal + soporte individual estrecho).

<p>A.- Tratamiento como de costumbre + Soporte a la renutrición con educación alimentaria (individual o grupal pacientes y/o familiares o cuidadores) + monitorización del estado nutricional y la conducta alimentaria.</p>	<p>TODOS LOS PACIENTES</p>
<p>B.- A + Psicoterapia individual y/o familiar.</p>	<p>Pacientes con psicopatología moderada /grave²</p>
<p>C.- A + Psicoterapia intensiva: Psicoterapia de grupo interpersonal y/o grupo de imagen corporal + soporte individual estrecho)</p>	<p>Pacientes con psicopatología persistente, conflictos interpersonales y/o severa distorsión de la imagen corporal²</p>

A lo largo de todo el tratamiento los pacientes y sus familiares reciben el soporte del equipo de Endocrinología y Nutrición que proporciona los cuidados médicos necesarios y las recomendaciones nutricionales que son la base de la educación nutricional. El equipo de Endocrinología y Nutrición ofrece asesoramiento nutricional y soporte médico a todos los recursos de tratamiento.

DERIVACIONES A OTROS RECURSOS

Una vez que la persona con TCA ha sido incluida en el proceso, en el transcurso del seguimiento pueden aparecer situaciones clínicas o psicosociales que requieran la intervención de otros dispositivos o recursos de la red de Salud Mental.

El procedimiento para la derivación a recursos o dispositivos de la red de Salud Mental se recoge en el subproceso 7 “Elaboración del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT)” y se resume en el siguiente procedimiento:

1º- El Facultativo Responsable presenta el caso y la propuesta de Plan Individualizado de Tratamiento y Rehabilitación en el Comité Multidisciplinar del

² Y/o que no han mejorado con el nivel anterior de tratamiento.

Proceso.

**Las derivaciones para ingreso por desnutrición pueden realizarse en cualquier momento del proceso independientemente del Comité de derivación. Se pueden realizar de forma programada (a través del coordinador del Proceso en el HUPA quien, conjuntamente con el gestor del caso valorarán el recurso de hospitalización más adecuado y programará el ingreso) o de forma urgente (derivando el paciente a la urgencia del HUPA mediante el procedimiento habitual).

2º- La Comisión valora y consensúa la propuesta de PIT y los recursos y dispositivos a utilizar por el paciente.

3º- El Facultativo y el Gestor de Caso cumplimentan los protocolos al uso para la derivación al recurso y presentan el contrato al paciente para su toma en consideración antes de entrar en el recurso.

4º- El caso y los protocolos son presentados en la Comisión de Seguimiento y Derivación a Recursos.

5º El caso queda en lista de espera del recurso.

6º- Cuando el recurso tenga una o varias plazas libres lo comunicará al programa de continuidad de cuidados, quien, en consenso con los Facultativos Responsables del Caso, decidirán que personas de la lista de espera ocupan la/s plaza/s disponible/s. Para esta decisión se barajarán dos criterios: tiempo de espera y "urgencia"/"momento idóneo" del paciente.

HOSPITAL DE DÍA

Es un dispositivo asistencial de tratamiento intensivo, activo y estructurado en régimen de día. En esta modalidad de tratamiento predominan los principios que rigen un ambiente terapéutico, es decir, se focaliza en las interrelaciones que se producen entre los pacientes y entre éstos y el personal con fines terapéuticos. Proporcionan una doble dimensión de tratamiento, ya que a la terapia intensiva se une la posibilidad de contención directa durante una parte del día.

El objetivo principal de tratamiento en HD en pacientes que presentan TCA es el de abordar los rasgos de personalidad disfuncionales, si bien es imprescindible trabajar aspectos directamente relacionados con el peso y la alimentación.

Objetivos de tratamiento en HD son:

- Facilitar el alta hospitalaria y la transición al tratamiento ambulatorio.
- Proporcionar tratamiento psicoterapéutico intensivo de los rasgos disfuncionales de personalidad.
- Proporcionar soporte intensivo durante la realimentación.
- Tratamiento intensivo de los síntomas propios del TCA.

Indicaciones para tratamiento en HD:

- Tener un IMC por encima de 17 (salvo situaciones especiales valoradas estrictamente por el servicio de endocrino), derivación desde CSM con documentación establecida para ello.
- No presentar conductas alimentarias que pongan en grave riesgo la salud.
- No presentar complicaciones médicas graves.
- Conciencia de enfermedad en lo que respecta al TP, al TCA o a otra comorbilidad y motivación suficiente para el tratamiento psicoterapéutico.
- Mala evolución relacionada con comorbilidad y/o contexto.
- Mal pronóstico relacionado con comorbilidad y/o contexto.
- El paciente está de acuerdo con realizar un tratamiento intensivo en régimen de día y acepta sus normas de convivencia.
- Suficiente soporte personal, familiar y social que permite contención fuera del horario del HD.

Dependiendo del estado de la paciente el objetivo variará a psicoterapia o exclusivamente renutrición o transición a tratamiento ambulatorio.

El instrumento básico del tratamiento es el contrato terapéutico basado en un plan individualizado de tratamiento y que incluya objetivos específicos de mejoría del peso y pautas de alimentación.

Contraindicaciones:

- Capacidad intelectual que no permita el abordaje psicoterapéutico en el HD.
- Deterioro o déficit cognitivo grave que impida trabajar de forma activa.
- Trastorno orgánico que impida el tratamiento psicoterapéutico de forma ambulatoria.
- Patrón de dependencia de sustancias que interfiera con el tratamiento en HD.
- Conductas psicopáticas estructuradas y de larga evolución.
- Riesgo de suicidio a corto plazo u otras situaciones que requieran ingreso a tiempo completo.

COMEDOR TERAPÉUTICO PARA ADOLESCENTES CON TCA

DEFINICIÓN

El Centro Educativo Terapéutico-Hospital de Día “Puerta de Madrid” perteneciente al Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (Madrid) presta asistencia especializada a adolescentes con problemas de salud mental y sus familias.

Dentro de la cartera de servicios de este dispositivo sanitario de tercer nivel, se desarrolla un programa específico de tratamiento dirigido a adolescentes que cumplen criterios de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) según el DSM IV-TR. Este programa ambulatorio parcial de Hospital de Día se denomina “*Comedor Terapéutico para adolescentes con TCA*”.

Debido a la complejidad que supone el abordaje sociosanitario de este tipo de patologías, resulta indispensable el diseño de un protocolo consensuado que establezca una metodología de trabajo para el equipo multidisciplinar del Hospital de Día. Este protocolo contribuirá a organizar el proceso de atención, mejorar la calidad asistencial y ofrecer una respuesta efectiva a las necesidades de las personas afectadas por un Trastorno de Conducta Alimentaria.

OBJETIVOS

Objetivo General: Proporcionar una alternativa terapéutica ambulatoria e intensiva a los adolescentes que padecen un TCA y sus familias.

Objetivos Específicos:

- Establecer relación terapéutica entre la persona-familia afectada y los profesionales del equipo multidisciplinar.
- Acompañar a las personas con TCA en el momento de la ingesta alimentaria ofreciendo apoyo psicoterapéutico.
- Normalizar pautas y hábitos relacionados con la alimentación y la actividad física
- Promover la motivación al cambio dentro del medio terapéutico de Hospital de Día.
- Mejorar la conciencia de enfermedad y problemática asociada al TCA así como mecanismos de afrontamiento por parte de la persona afectada y su familia.
- Fomentar la capacidad de autodeterminación de la persona y la familia así como la participación activa en el programa de tratamiento.
- Prevenir las posibles recaídas e intervención precoz en situación de crisis.
- Mejorar el autoconcepto y la autoestima personal.
- Promover la socialización con pares y la realización de actividades de ocio/descanso.

- Identificar y potenciar los recursos familiares y personales.

DESTINATARIOS

La población diana beneficiaria del programa de Comedor Terapéutico de Hospital de Día "Puerta de Madrid" son adolescentes de entre 12 y 18 años diagnosticados de un Trastorno de Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa u otros Trastornos de Conducta Alimentaria No Especificados que hayan sido derivados desde su CSM a Hospital de Día y que, tras la evaluación, se considere que cumplen criterios de inclusión en dicho programa.

Criterios de Inclusión:

- Edad mayor de 12 años y menor de 18 años.
- Realizar seguimiento en dispositivos de atención a la Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud.
- Fracaso reiterado al tratamiento ambulatorio convencional o inestabilidad psicopatológica, recaídas frecuentes, deterioro físico o falta de recuperación que requieran tratamiento más intensivo del realizado en CSM y no se consideren candidatos a programa completo de Hospital de Día.
- Derivación a Hospital de Día según procedimiento habitual.
- Aceptación del tratamiento y colaboración con el mismo por parte del adolescente y familiares.

Criterios de Exclusión:

- Complicaciones físicas severas que requieran tratamiento en régimen de hospitalización.
- Trastornos mentales de base orgánica. Trastornos mentales debidos al consumo de drogas.
- Retraso mental.
- Riesgo autolítico grave que requiera ingreso hospitalario para contención o inclusión en programa completo.
- Trastornos del comportamiento (antisocial, disruptivo grave).
- Falta de colaboración con el tratamiento.

ACTIVIDADES

Acudirá a comer a comedor de Hospital de día los días indicados en el contrato terapéutico que se realizará tras la valoración inicial (inicialmente por norma general acudirán de lunes a viernes).

Se realizará control ponderal para garantizar estado de salud en HD en las mismas condiciones establecidas en CSM.

Se mantendrán consultas de seguimiento en CSM en los términos acordados con el terapeuta de referencia de Hospital de Día y CSM.

Seguimiento por enfermería; control de salud, autoregistros, analíticas, educación para la salud...

Se asignará un terapeuta de referencia en Hospital de día que será el encargado de la psicoterapia individual, entrevistas familiares, control de tratamiento farmacológico, coordinación con CSM y con endocrino.

El paciente mantendrá seguimiento en consultas de endocrinología del HUPA según las indicaciones de dicho servicio.

HOSPITALIZACIÓN

Se determinará el ingreso de un paciente cuando sus condiciones físicas y ambientales supongan grave riesgo vital o impidan el tratamiento ambulatorio y se mantendrá hasta que se restablezcan las condiciones (físicas o ambientales) que lo hagan posible.

Serán criterios de hospitalización en la Unidad funcional de ingreso de TCA en las camas de Endocrinología y Nutrición los siguientes:

- IMC igual o menor de 17 o pérdida progresiva de un 5% del peso en las últimas 6 semanas o del 10% en los últimos 6 meses.
- Complicaciones somáticas graves.
- Ausencia de conciencia de enfermedad o ausencia de motivación para el tratamiento.
- Ausencia de apoyo familiar o ambiente familiar que impida la evolución favorable de la enfermedad.
- Episodios de voracidad y vómitos incontrolados o consumo peligroso de laxantes y/o diuréticos.

Se realizará en las camas asignadas al servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA y a cargo del personal de enfermería especialmente entrenado para ello, siempre que ello sea posible. En situaciones de desbordamiento de estos recursos (por disponibilidad o por las características clínicas de los pacientes) se derivará a la Unidad de Hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Ramón y Cajal.

Serán criterios de ingreso en la UHB de psiquiatría:

- Falta de camas en la Unidad funcional de ingreso de TCA. El ingreso en a UHB por este motivo debe ser excepcional.
- Son necesarias medidas de contención para garantizar la seguridad y estabilidad del paciente por los siguientes motivos:
 - El paciente presenta alteraciones psicopatológicas graves de difícil contención.
 - Hay grave riesgo autolítico.
 - El paciente no acepta el ingreso y hay indicación de ingreso involuntario con riesgo de fuga.

En ambas unidades el ingreso se llevará a cabo en las condiciones establecidas para cada caso **en el contrato de hospitalización y en el contrato preliminar de ingreso** (éste último aplicable en las fases iniciales del ingreso).

HOSPITALIZACIÓN DE LOS MENORES DE 18 AÑOS

Criterios de ingreso:

- Interrupción de la ingesta prolongada con desestabilización a nivel orgánico o IMC menor de 16.
- Complicaciones somáticas graves.
- Ausencia de conciencia de enfermedad o ausencia de motivación para el tratamiento.
- Ausencia de apoyo familiar o ambiente familiar que impida la evolución favorable de la enfermedad.
- Episodios de voracidad y vómitos incontrolados o consumo peligroso de laxantes y/o diuréticos.

- Alteraciones psicopatológicas graves de difícil contención.
- Grave riesgo autolítico.

RECURSOS

- Unidad de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón.
- Hospital Niño Jesús.

PROCEDIMIENTO

Valoración de ingreso en la urgencia del Hospital Príncipe de Asturias en coordinación con el terapeuta del CSM y con el hospital receptor del ingreso.

Si no hubiera camas libres en dichos centros, se procederá a la observación y tratamiento en el Hospital Príncipe de Asturias hasta dicho momento.

MINI-RESIDENCIA

DEFINICIÓN

La Residencia “Alcalá de Henares” de 20 plazas, y la Residencia “Espanales Sur Alcalá de Henares” de 30 plazas se conciben como recursos residenciales comunitarios para personas que, o bien carecen de apoyo familiar/ social, o bien por su grado de deterioro, conflictos familiares, circunstancias sociales o necesidades de su proceso de rehabilitación, requieran servicios de este recurso.

Proporcionan con carácter temporal (estancia corta o transitoria) o indefinido (estancia larga), alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo comunitario, y en su caso orientación y apoyo a las familias. Se organiza de un modo polivalente y flexible y ofrece atención y supervisión continuada (24 horas).

REQUISITOS DE DERIVACIÓN

- Tener entre 18 y 65 años.
- Presentar una enfermedad mental grave de curso crónico. Los trastornos de conducta alimentaria serán diagnósticos asociados a otra patología

mental grave y crónica.

- Estar atendido en los Servicios de Salud Mental de la zona para la que sectorice la Residencia, y ser derivado por ellos.
- Mantener citas de seguimiento por el servicio de Endocrinología.
- Tener necesidad de alojamiento y soporte social debido a dificultades en el funcionamiento psicosocial, careciendo de apoyo familiar o social adecuado.
- No presentar problemas que impidan dar cobertura residencial mínimamente normalizada con los recursos y apoyos de la Residencia.
- Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas o agresivas.
- Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
- Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada.

INDICACIONES

- Personas para los que el tratamiento ambulatorio no es suficiente, lo que genera inestabilidad psicopatológica, problemas en la convivencia etc.
- Personas que necesitan un paso intermedio previo a integración en comunidad.
- Personas que necesiten iniciar proceso de rehabilitación en un recurso diurno, para favorecer su adaptación.

CONTRAINDICACIONES

- No cumplir requisitos de derivación ya mencionados (ej. que sí exista consumo de tóxicos frecuente).
- Encontrarse en un momento o fase de enfermedad poco pertinente al recurso (ej. presentar conductas disruptivas que impidan la labor de los profesionales).
- Deterioro cognitivo grave o retraso mental asociado.

OBJETIVOS

- Ofrecer una cobertura residencial a aquellas personas que por su nivel de

deterioro en su funcionamiento o por ausencia de soporte residencial necesitan un mayor apoyo.

- Prevenir el deterioro producido por la cronicidad.
- Facilitar la integración de los residentes en la comunidad, buscando la normalización.
- Facilitar la recuperación de los vínculos sociales de los residentes, de manera que se evite la deriva hacia la marginalidad y el aislamiento o las situaciones de desamparo o falta de soporte socio-afectivo.
- Posibilitar el desarrollo de procesos de mejora de la autonomía personal y social (psicoeducación, AVD, autocuidados, habilidades psicosociales, etc.) en aquellos residentes en los que las características de su entorno (familiar o social) impidan o dificulten estos procesos.
- Servir de plataforma para conectar a los residentes con los recursos relevantes para su integración: laborales, recursos socioculturales, formativos, de ocio, etc.
- Apoyar a las familias cuidadoras, mediante un acogimiento temporal que evite la sobrecarga familiar o que permita a los familiares que puedan cubrir sus propias necesidades sin dejar por ello desatendido a su familiar.
- Promover la optimización y adecuación de las relaciones familiares, trabajando para preparar una vuelta en las mejores condiciones posibles del usuario al ambiente familiar si esta es la mejor opción.

PISOS SUPERVISADOS

DEFINICIÓN

Constituyen una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte organizado en pisos o viviendas normalizadas, insertas en el entorno comunitario en los que residen 3 ó 4 personas con enfermedad mental, recibiendo el apoyo y supervisión flexible que en cada momento necesiten, a través de profesionales.

Los Pisos Supervisados se organizan en coordinación y vinculación con las residencias.

REQUISITOS DE DERIVACIÓN

El servicio de Salud Mental será el responsable de proponer y derivar a los usuarios que cumplan las condiciones y criterios que se indican en el siguiente punto, para su ingreso en el piso supervisado. Desde la Residencia se valorará y propondrá

usuarios que sean indicados para continuar su proceso de rehabilitación en un recurso de estas características. Es necesario:

- Tener entre 18 y 65 años.
- Presentar una enfermedad mental grave de curso crónico. Los trastornos de conducta alimentaria serán diagnósticos asociados a otra patología mental grave y crónica.
- Estar atendido y ser derivado desde su Servicio de Salud Mental.
- Ausencia de apoyo familiar o incapacidad o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado.
- Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte, y tengan dificultades para mantenerse solos en una vivienda.
- No requerir una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias, con un apoyo flexible pueden adaptarse, convivir y funcionar adecuadamente en los Pisos.
- Situación psicopatológica estabilizada, no presentando conductas excesivamente disruptivas o agresivas.
- Ausencia de consumo de tóxicos o alcoholismo.
- Ausencia de enfermedades orgánicas graves que supongan la necesidad de asistencia especializada y continuada.

INDICACIONES

- Personas para los que el tratamiento ambulatorio no es suficiente, lo que genera inestabilidad psicopatológica, problemas en la convivencia etc. pero que no necesitan supervisión 24 horas.
- Personas que necesitan un entrenamiento previo a la salida al propio domicilio.

CONTRAINDICACIONES

- No cumplir requisitos de derivación ya mencionados (ej. que sí exista consumo de tóxicos frecuente).
- Encontrarse en un momento o fase de enfermedad poco pertinente al recurso (ej. presentar conductas disruptivas que impidan la labor de los profesionales).
- Deterioro cognitivo grave o retraso mental asociado.

OBJETIVOS

- Ofrecer una cobertura residencial a aquellas personas que por su nivel de deterioro o por ausencia de vivienda necesitan un apoyo constante e indefinido.
- Prevenir el deterioro producido por la cronicidad.
- Posibilitar la máxima autonomía posible de los residentes.
- Facilitar la integración de los residentes en la comunidad, buscando la normalización.
- Facilitar la recuperación de los vínculos sociales de los residentes, de manera que se evite la deriva hacia la marginalidad y el aislamiento o las situaciones de desamparo o falta de soporte socio-afectivo.
- Posibilitar el desarrollo de procesos de mejora de la autonomía personal y social en aquellos residentes en los que las características de su entorno (familiar o social) impidan o dificulten estos procesos.
- Posibilitar la puesta en práctica del mayor número posible de roles sociales adecuados a su contexto.
- Servir de plataforma para conectar a los residentes con los recursos relevantes para su integración: laborales, recursos socioculturales, formativos, de ocio, etc.
- Apoyar a las familias cuidadoras, mediante un acogimiento temporal que evite la sobrecarga familiar o que permita a los familiares que puedan cubrir sus propias necesidades sin dejar por ello desatendido a su familiar.
- Promover la optimización y adecuación de las relaciones familiares, trabajando para preparar una vuelta en las mejores condiciones posibles del usuario al ambiente familiar si esta es la mejor opción.

15. Salida del proceso. Alta

15.- ALTA DEL PROCESO
Profesional responsable
Facultativo responsable y gestor de caso.
Participantes en la actividad
Equipo multidisciplinar de Salud Mental. Equipo multidisciplinar del servicio de Endocrinología y Nutrición del HUPA.
Modo de realizar la actividad. Características de Calidad

La finalización del proceso deberá acordarse en la CM TCA y tendrá lugar:

1. Cuando la mejoría clínica sea evidente y permita la incorporación del paciente a la vida cotidiana, verificando que durante un periodo de tiempo superior a dos años cumple los siguientes criterios:

- Mantenimiento del peso y ausencia de alteraciones nutricionales.
- Ausencia de peculiaridades alimentarias perjudiciales para la salud.
- Vida relacional adecuada.
- Relaciones familiares que permitan y favorezcan su independencia.
- Sentimientos asociados a la percepción corporal no excesivamente displacenteros, molestos o desagradables.

2. Ante incumplimiento del contrato terapéutico o abandono voluntario: se comunicará al Médico de Familia/Pediatra.

Requisitos

Informe del Equipo de Salud Mental y Endocrinólogo para el paciente y Médico de Familia/Pediatra, que incluya los aspectos más relevantes de la evolución terapéutica y las pautas de actuación post-alta.

Registro de actividad

Anotaciones en Hp doctor. Captura de alta en registro informático. Registro de alta en la Base de datos.

10.BIBLIOGRAFIA

- Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Schneider JA, Telch CF, Raeburn SD, et al. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. *Am J Psychiatry*. 1992;149(1):82-7.

- Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Telch CF, Raeburn SD, Bruce B, et al. One-year follow-up of psychosocial and pharmacologic treatments for bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(5):179-83.

- American Psychiatric Association. APA. Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario. *Ars Médica*, 2ª Edición. APA, 2001.

- Beato, L. y Rodríguez, T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACAT). Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003;31(3):111-9.

- Belusci, A., Villalobos, A. y Calvo, R. (2003). Programa de intervención para ayudar a mejorar la imagen corporal (no publicado).

- Biederman J, Herzog DB, Rivinus TM, Harper GP, Ferber RA, Rosenbaum JF, et al. Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 1985;5(1):10-6.

- Canals J, Carbajo G, Fernández-Ballart J. Discriminant validity of the Eating Attitudes Test according to American Psychiatric Association and World Health Organization criteria of eating disorders. *Psychol Rep*. 2002;91(3 Pt 2):1052-6.

- Casas Rivero J, García Alba C, Hidalgo Vicario I, Palanca Maresca I, Viñas Pifarré R, Yerro Álvarez MJ. Anorexia Bulimia: Líneas de actuación en la atención a los trastornos del comportamiento alimentario en la Comunidad de Madrid. *Consejería de Sanidad-INSALUD*; 1999.

- Castro J, Toro J, Cruz M. Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2000;30(1):61-7.

166. Castro J, Toro J, Salamero M. The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Eval Psicol*. 1991;7:175-90.

- Cervera Enguix S y col. Protocolo de Atención a Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra; 1995.

- Cooper PJ, Taylor MJ. Body image disturbance in bulimia nervosa. Br J Psychiatry. 1987;(2):34-8.

- Conde C, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat. 1975;12:217-36.

- Cotton MA, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. J Gen Intern Med. 2003;18(1):53-6.

- Cuestionario de autoevaluación Ansiedad Estado / Rasgo (STAI). Versión española adaptada por TEA; 1982.

- De Gracia M, Marco M, Trujano P. Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. Psicothema. 2007;19(4):646-53.

- De Irala J, Cano-Prous A, Lahortiga-Ramos F, Gual-García P, Martínez-González M, Cervera- Enguix S. Validación del cuestionario Eating attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. Med Clin (Barc). 2008;130(13):487-91.

- Díaz Marsá y col. El papel de la personalidad en los Trastornos de la conducta Alimentaria. Actas Españolas de Psiquiatría. 1999. Fernández Aranda F, Turón V J Gil. Trastornos de la Alimentación. Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia. ED. Masson, S.A. 1998.

- Dunican KC, DeIDotto D. The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. Ann Pharmacother. 2007;41(1):111-5.

- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(7):659-65.

- Fassino S, Leombruni P, Daga G, Brustolin A, Migliaretti G, Cavallo F, et al. Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2002;12(5):453-9.

- Fernández Liria A, Diéguez Porres M. Guía clínica para la atención a los trastornos de la conducta alimentaria en el Área 3 de Madrid. Alcalá de Henares: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2005.

- Fichter MM, Leibl C, Kruger R, Rief W. Effects of fluvoxamine on depression, anxiety, and other areas of general psychopathology in bulimia nervosa. *Pharmacopsychiatry.* 1997;30(3):85-92.

- Fichter MM, Leibl K, Rief W, Brunner E, Schmidt-Auberger S, Engel RR. Fluoxetine versus placebo: a double-blind study with bulimic inpatients undergoing intensive psychotherapy. *Pharmacopsychiatry.* 1991;24(1):1-7.

- García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibáñez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 2005;59(2):51-5.

- García-García E, Vázquez V, López J, Arcila D. Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorder Inventory, en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex.* 2003;45:206-10.

- Garner M, Olmsted M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord.* 1983;2:15-34.

- Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2008; Mar;45(2):173-8.

- Gil Canalda MI, Candela Villanueva JP, Cecilia Rodríguez M. Atención Primaria y trastornos de la alimentación: ¿qué podemos hacer nosotros? (II). *Aten Primaria* 2003; 31: 248-251.

- González de Rivera, J. L.; Derogatis, L.R.; de las Cuevas, C.; Gracia Marco, R.; Rodríguez-Pulido, F.; Henry-Benítez, M; Monterrey, A. L.: The spanish version of

the SCL-90-R. Normative data in the general population. Clinical Psychometric Research, Towson, 1989.

- Guía de la práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

- Guía práctica clínica de los trastornos de conducta alimentaria. Murcia: Subdirección General de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud; 2005.

- Guia per a l'abordatge dels trastorns de la conducta alimentària a Osona. Regió Sanitària Catalunya Central. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008.

- Harper-Giuffre, H. y MacKenzie, R. (1998): Terapia de grupo en los trastornos de ingesta, en Kaplan, HI y Sadock, BJ *Terapia de grupo*, Ed. Médica Panamericana, Madrid, págs. 485-502.

- Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. Br J Psychiatry. 1987;150:18-24.

- Iglesias C, Gimeno Tejedor A, Díaz Conesa I, González Borja A I, López Suárez G, Inda Caro M. Dimensiones de la personalidad en la Anorexia Nerviosa según el modelo de cinco factores. Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias. Centro colaborador de la OMS. Oviedo. Anales de Psiquiatría Vol. 15 (9); 1999.

- Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. BMJ. 2002;325(7367):755-6.

- Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988;27(5):541-3.

- Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic Families. Anorexia in context. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1978.20.

- Mitchell JE, Fletcher L, Hanson K, Mussell MP, Seim H, Crosby R, et al. The relative efficacy of fluoxetine and manual-based self-help in the treatment of outpatients with bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21(3):298-304.

- Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319(7223):1467-8.

- Pope HG Jr, Keck PE Jr, McElroy SL, Hudson JI. A placebo-controlled study of trazodone in bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol*. 1989;9(4):254-9.

- Pratt BM & Woolfenden SR. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: update software.

- Proceso Asistencial Integrado. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

- Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.

- Rivas T, Jiménez M, Bersabé R. Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicol Conduct*. 2004;3:447-62.

- Saldaña, C. 2001. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, Vol. 13, nº 3, pp. 381-392.

- Sancho C, Asorey O, Arija V, Canals J. Psychometric characteristics of the Children's Eating Attitudes Test in a Spanish sample. *Eur Eat Disord Rev*. 2005;13(5):338-43.

- Sanz Fernández J, Vázquez C, Navarro M. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Anal Modif Conducta*. 2003;29(124):239-88.

- Smith MC, Thelen MH. Development and validation of a test for bulimia. *J Consult Clin Psychol*. 1984;52(5):863-72.

- Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1970.

- Soldado Mérida M. Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. Trastornos de la conducta alimentaria. 2006;4:336-47.

- Toro J. Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Editorial Retrospectivo.

- Toro J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel; 2004. 24. Bulik CM, Devlin B, Bacanu SA, Thornton L, Klump KL, Fichter MM, et al. Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa. Am J Hum Genet. 2003;72(1):200-7.

- Vandereycken W. Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents. Acta Psychiatr Scand. 1992;85(2):163-6.

- Vandereycken W, Castro J, Vanderlinden J. Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Barcelona: Martínez-Roca; 1991.