

**GUIA CLÍNICA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
PER A TRASTORNS
DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA**



**GUIA CLÍNICA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
PER A TRASTORNS
DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA**

© Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC)

C. Diputació, 239 4t 1ª B

08007 – Barcelona

aificc@aificc.cat

Primera edició, gener de 2009

Dipòsit legal: 4953

ISBN: 978-84 691 6795-3

Imprimeix: Gràfiques Conesa

Gran Via Corts Catalanes, 1022 – 08020 Barcelona

Tirada: 500 exemplars

GRUP DE TREBALL TRASTORNS CONDUCTA ALIMENTÀRIA:

Ruth Martin Cardizales (Infermera EAP Can Bou . CASAP – Castelldefels)

Rosa García Andrade (Infermera Pediatria EAP Sant Ildefons . ICS – Cornellà de Llobregat)

Meritxell Aivar Blanch (Infermera EAP Sant Ildefons . ICS – Cornellà de Llobregat)

GUIA CLÍNICA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA PER A TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA.

ABORDATGE INTERDISCIPLINARI DELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA EN ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT.

1.DEFINICIONS

ANOREXIA NERVIOSA (Definició segons CIM 10)

- Pèrdua significativa de pes (IMC menor de 17,5), autoinduïda mitjançant l'evitació d'aliments "que engreixen" i per un o més dels següents símptomes: vòmits autoprovocats, purgues intestinals autoprovocades, exercici excessiu i consum de fàrmacs anorexígens o diürètics. Distorsió específica de la imatge corporal psicològica. Trastorn endocrí generalitzat que afecta l'eix hipotàlam-hipofisiari-gonadal.

Especificació del tipus:

- Tipus restrictiu: durant l'episodi d'anorèxia nerviosa l'individu no recorre regularment a afartaments o purgues (per exemple, provocació del vòmit o ús excessiu de laxants, diürètics o exercici físic intens).
- Tipus compulsiu/purgatiu: durant l'episodi d'anorèxia nerviosa, l'individu recorre regularment a afartaments o purgues.

BULIMIA NERVIOSA(Definició segons CIM 10)

- Preocupació persistent pel menjar, juntament amb un desig intens o un sentiment de compulsió pel menjar; presenta episodis de polifàgia durant els quals el malalt consumeix grans quantitats de menjar en períodes curts de temps. Per contrarestar la repercussió dels afartaments en el pes utilitza mètodes purgatius, vòmits autoprovocats, abús de laxants, períodes-intervals de dejuni, consum de fàrmacs, exercici intens.

TRASTORN PER AFARTAMENT (TA) (Definició segons CIM 10)

Es caracteritza per afartaments recurrents en absència de la conducta compensatòria inadequada típica de la bulímia nerviosa (p. ex. autoinducció al vòmit, abús de laxants o altres fàrmacs, dejuni i exercici físic excessiu).

A. Episodis recurrents d'afartaments. Un episodi d'afartament es caracteritza per les dues condicions següents:

- 1 . Ingesta, en un curt període de temps, d'una quantitat de menjar definitivament superior a la qual la majoria de les persones podria consumir en el mateix temps i sota circumstàncies similars.
- 2 . Sensació de pèrdua del control sobre la ingesta durant l'episodi (p. ex. sensació que un no pot parar de menjar o controlar quin o quant està menjant).

B. Els episodis d'afartaments s'associen a tres o més dels següents símptomes:

- 1 . Ingesta molt més ràpida de lo normal.
- 2 . Menjar fins a sentir-se desagradablement ple.
- 3 . Ingesta de grans quantitats de menjar a pesar de no tenir fam.
- 4 . Menjar tot sol per amagar la seva voracitat.
- 5 . Sentir-se de mala gana amb un mateix, depressió, o gran culpabilitat després dels afartaments.

C. Profund malestar al recordar els afartaments.

D. Els afartaments tenen lloc almenys dos dies a la setmana durant sis mesos.

E. Els afartaments no s'associa a estratègies compensatòries inadequades (p. ex. purgues, dejuni, exercici físic excessiu) i no apareixen exclusivament en el transcurs d'una Anorèxia Nerviosa o una Bulímia Nerviosa.

**TRASTORN DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA NO ESPECIFICAT
(TCANE) (Definició segons CIM 10)**

En casos on:

- Criteris diagnòstics d' Anorèxia Nerviosa però sense alteració de menstruació o pes dins els límits de la normalitat.
- Criteris diagnòstics de Bulímia NerviosaN però on les conductes compensatòries o els afartaments es produeixen menys de dos cops/setmana o duren menys de 3 mesos.
- Ús regular de conductes compensatòries inapropiades després d'ingerir petites quantitat en persones amb normopès.
- Mastegar i expulsar quantitats importants d'aliment.

2.SIGNES D'ALERTA

SOMÀTICS	PSICOLÒGICS	CANVI CONDUCTA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Malnutrició i aturada del creixement. ➤ Dolors abdominals inespecífics, repetitius, distensió abdominal ➤ Demanda excessiva de purgants. ➤ Debilitat, astènia ➤ Palpitacions, bradicàrdia, arítmies ➤ Irregularitats menstruals, amenorrea primària o secundària ➤ Fractures patològiques ➤ Edemes als turmells ➤ Hipertròfia parotídia, submaxil·lar ➤ Signe de Russell. ➤ Alteracions dentals o faringies cròniques 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteració de l'autoimatge corporal. Valoració personal molt important centrada en el físic. ➤ Aïllament social, menys comunicació amb amics i família. ➤ Discòrdia familiar. ➤ Humor depressiu, irritabilitat, canvis ràpids emocionals. ➤ Abandonament d'activitats que poden donar plaer. ➤ Augment del perfeccionisme i dedicació extremes en les seves fites. ➤ Baixa autoestima. ➤ Obsessió constant pel menjar, calories ingerides, número d'àpats, què mengem?, Quan?, On?, i per sopar?... ➤ Sentiment de culpabilitat i avergonyiment després de conductes d'afartament. ➤ Baix control d'impulsos, sobretot en bulímiques. ➤ Conductes autolesives. ➤ Poden complir criteris de trastorns de l'estat de l'ànim (distímia o depressió major), trastorn obsessiu compulsiu (TOC), trastorn per ansietat. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Restricció de la ingesta de menjar ➤ Augment de les activitats relacionades amb l'esport. ➤ Augment de l'activitat en general ➤ Reducció de la varietat de menjar sobretot d'hidrats de carboni i greixos. ➤ Conductes peculiars amb el menjar. ➤ Comentaris freqüents sobre el tipus de menjar calories, sentir-se ple o obès. ➤ Intents de controlar tot allò que es cuina. ➤ Evitar menjar amb els altres. Menjar a soles i d'amagat. ➤ Obsessió per pesar-se moltes vegades al dia. ➤ Enganyar-se portant roba ampla que amagui el cos. ➤ Anar al lavabo immediatament després dels àpats, per vomitar, mirar-se al mirall, etc. ➤ Afartaments ➤ Vòmits i consum de laxants, diürètics o altres fàrmacs anorexigens: Hormones tiroidees.

		<ul style="list-style-type: none">➤ Conductes autolesives que intenten mantenir amagats.➤ Augment de la impulsivitat i descontrol conductual
--	--	---

3. DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

Diagnòstic diferencial amb anorèxia nerviosa:

- 1.- Alteracions psicopatològiques: depressió, ansietat, trastorns psicòtics, mania-bulímia, esquizofrènia, TOC centrat en l'alimentació.
- 2.- Consum de tòxics.
- 3.- Diabetis Mellitus. Clínica : Polidípsia ,polifagia, poliúria ,pèrdua de pes
- 4.- Tuberculosi . Clínica: astènia, pèrdua de pes, febrícula amb sudoració nocturna, símptomes diversos.
- 5.- Hipertiroidisme. Clínica: taquicàrdia, tremolor, pèrdua de pes, diarrea, ansietat.
- 6.- Neoplàsies Sistema Nerviós Central (SNC). Clínica: focalitat neurològica, pèrdua de pes, amenorrea.
- 7.- Altres menys freqüents: limfomes, sarcoïdosi, malaltia d'Addison, celiàquia, intolerància a la lactosa, panhipopituitarisme, trastorn dismòrfic corporal (dismorfofòbia)etc.

Diagnòstic diferencial amb bulímia nerviosa:

1. Diabetis
2. Hipotiroidisme
3. Lesions hipotalàmiques i tumors inductors d'hiperfàgia.
4. Altres menys freqüents: Síndrome de Kleine-Levin, Síndrome de Klüver-Bucy.

Es diferencien en que totes elles no cursen amb distorsió de la imatge corporal ni desig d'aprimar-se.

4.COMPLICACIONS

ANORÈXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA	CRÒNIQUES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amenorrea ➤ Hipoproteinèmia, ➤ T3-T4 baixes. ➤ Alteracions de l'ionograma (hiponatrèmia, hipopotasèmia, hipomagnesèmia, hipoclorèmia) ➤ Anèmia, leucopènia, trombocitopènia. ➤ Hipercolesterolèmia. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edemes perifèrics. ➤ Hiponatrèmia (letargia, convulsions i coma). ➤ Hipocalèmia (aritmies i alteracions renals). ➤ Hipomagnesèmia. ➤ Hipofosfatèmies. Alcalosi/acidosi metabòlica. ➤ Alteracions menstruals. ➤ Alteracions gastrointestinal (sagnat gastroesofàgic, perforació esofàgica, anèmia, hiperamilasèmia), ➤ Alteracions renals (fallada renal secundària a diürètics o deshidratació). ➤ Hipoplàsia medul·lar (anèmia ferropènica, trombocitopènia). ➤ Alteracions neurològiques (epilèpsia, neuropaties perifèriques). ➤ Cardiopatia, mort secundària a trastorns electrolítics. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema reproductor (amenorrea o trastorns menstruals, infertilitat, augment del nombre d'avortament, nadó amb baix pes i malformacions). ➤ Sistema endocrí (osteoporosi, osteopènia, augment del cortisol i hormona del creixement, alteracions hormones tiroidees i disminució de la taxa metabòlica). ➤ Sistema Renal (augment dels nivells de creatinina, fracàs renal crònic). ➤ Otorrinolaringologia (càries dental, gingivitis, eritema faringic, dilatació glàndules salivals i paròtides).

5. QÜESTIONARIS DE DETECCIÓ A NIVELL D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

- Entrevista amb el/la pacient i amb la seva família.
- Test: **SCOFF, EAT-26- CHEAT-26**, test de la imatge corporal per models anatòmics.
- **Registre alimentari de 3 dies. Qüestionari de freqüència de consum.**

• **Sick control On Fad food (SCOFF)**. El Qüestionari SCOFF prova que consta de cinc preguntes que aborden el nucli fonamental de la bulímia i de l'anorèxia. El seu nom SCOFF deriva de l'acrònim de les paraules en anglès de cadascuna de les preguntes (Sick Control On Fat Food).

És un Qüestionari de screening d'anorèxia-bulímia nerviosa, de **Morgan i Cols**.

Consta de 5 preguntes. Cada resposta afirmativa: un punt.

Valors de tall: Igual o superior a 2 .

La sensibilitat del qüestionari SCOFF en espanyol és de 81,9% (70.7% - 89.7%), menor que per al qüestionari en anglès, i l'especificitat del 78%.

Cal destacar que el valor predictiu negatiu és del 91%, és a dir que identifica els individus sense patologia, però que fa necessari contar amb una persona experta per a confirmar o descartar el diagnòstic.

Seleccioni la resposta que més s'ajusta al que li passa. S'han de contestar totes les preguntes.

SÍ

NO

1. Té la sensació d'estar malalt/a perquè sent l'estómac tan ple que li resulta incòmode?
2. Està preocupat/ada perquè nota que ha de controlar-se quan menja?
3. Ha perdut darrerament més de 6 kg en el període de tres mesos?
4. Creu que està gras/assa encara que els altres diguin que està massa prim/a?
5. Diria que el menjar domina la seva vida?

• EATING ATTITUDES TEST (EAT 26/CHEAT 26).

El EAT-26 (Garner et al., 1982) és un qüestionari de 26 ítems dissenyat per a identificar hàbits d'alimentació anormals i en les preocupacions pel pes, derivat a partir del qüestionari original de 40 ítems (Garner i Garfinkel, 1979).

Temps de durada: 15 minuts.

Les respostes puntuen: Les preguntes des de la 1 a la 24 i la 26 (en direcció favorable a la variable) prenen la següent puntuació: mai, rares vegades i de vegades 0 punts, freqüentment 1 punt, gairebé sempre 2 punts i la categoria sempre 3 punts. Per al cas de l'ítem 25 (en direcció desfavorable a la variable) la puntuació és la següent: sempre, gairebé sempre i freqüentment, 0 punts; de vegades, 1 punt; rares vegades, 2 punts i mai, 3 punts. Els ítems de la prova estan estructurats a partir de tres factors: Dieta, compost pels ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 i 25; Bulímia i preocupació pel menjar, que conté els reactius 3, 4, 9, 18, 21 i 26; i Control Oral compost pels ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 i 20 (Eating Disorders: Afflicting Mind, Bodi & Soul, 1999).

Sensibilitat del 91%.

Valors de Cort: + de 20 punts tant en EAT_26 com en CHEAT-26.

Advertiment: possibilitat de falseig de les respostes, cosa que ens pot induir a error.

CHEAT-26: Maloney i col. en l'any 1988, creen una versió per a nens denominada CHEAT-26 que utilitza un llenguatge més senzill (Iñarritu, Cruz i Morán, 2004).

Edat	Sexe	Ètnia
Senyali amb una X la resposta que més l'identifiqui. S'han de contestar totes les preguntes.		
Nivell d'estudis	Graduat escolar	<input type="checkbox"/>
	Secundària	<input type="checkbox"/>
	Universitat	<input type="checkbox"/>
Pràctica d'esport	Competició	<input type="checkbox"/>
	Escolar	<input type="checkbox"/>
	Recreatiu	<input type="checkbox"/>
	Altres	<input type="checkbox"/>

A: mai

B: gairebé mai

C: de vegades

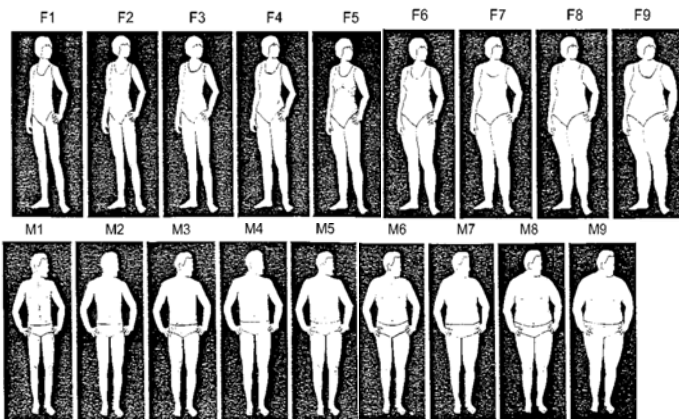
D: bastants cops

E: gairebé sempre

F: sempre

1. Engreixar-me, m'horroritza.
2. Procuo no menjar encara que tingui gana.
3. Em preocupo molt pel menjar.
4. A vegades em quedo molt fart de menjar, però em veig incapaç de parar de menjar.
5. Tallo els aliments en trossos petits.
6. Tinc cura de les calories dels aliments que menjo.
7. Evito, especialment, aliments rics en hidrats de carboni (com ara pa, arròs, patates, etc.).
8. Noto que els altres preferirien que mengés més.
9. Vomito després d'haver menjat.
10. Em sento molt culpable després d'haver menjat.
11. Estic preocupat/ada. Desitjo estar més prim/a.
12. Penso que he de cremar calories quan faig exercici.
13. Els altres pensen que estic massa prim/a.
14. Estic preocupat/ada amb la idea de tenir greix al cos.
15. Tardo més a menjar que les altres persones.
16. Evito menjar aliments dolços.
17. Menjo aliment de règim.
18. Sento com si els aliments em controlessin.
19. Demostro autocontrol en els menjars.
20. Em fa la sensació que els altres em pressionen perquè mengi.
21. Passo massa temps pensant i preocupant-me pel menjar.
22. Em sento incòmode després de menjar dolços.
23. Em comprometo a fer règim.
24. M'agrada sentir l'estómac buit.
25. M'agrada provar nous sabors.
26. Em vénen ganes de vomitar després dels menjars.

- Test imatge corporal per models anatòmics.



6. ACTUACIÓ D'INFERMERIA DAVANT TCA

PREVENCIÓ PRIMÀRIA:

Prevenció primària:

Actua sobre la causa dels problemes facilitant els aprenentatges dels comportaments que poden protegir la salut (factors de protecció) i reduint els que la poden afectar negativament (factors de risc).

Prevenir significa anticipar-se, intervenir per tal d'evitar que tingui lloc un esdeveniment no desitjat. Si el fet ja ha succeït, prevenir vol dir actuar per evitar que la situació no desitjada progressi. Actuar perquè un fet no es repeteixi també és prevenció.

Educació hàbits alimentaris.

- Alimentació saludable, suficient i equilibrada. Realitzar 5-6 àpats/dia.
- Informació veraç
- Reforç de l'autoestima i la imatge corporal: introducció d'elements crítics del model estètic corporal.
- Reforç relació familiar. Disminuir la discòrdia familiar
- A la consulta, instituts, escoles de primària, professionals en contacte amb els grups de risc: professors, educadors esportius, professionals de la salut, etc.
- Educació aspectes positius del exercici físic.
- Desmitificar conductes alimentàries errònies: "diètes miracle", diètes cetogèniques, mite alimentaris...
- Intervenció interdisciplinària: àmbit escolar (professors, pedagogs, psicòlegs, educadors esportius, infermeres del programa "Salut i escola"), àmbit familiar (pares, germans...) i àmbit sanitari.
- Hàbits tòxics i conductes de risc: drogues, alcohol, tabac, sexe...
- Promoure reducció de danys.
- Detecció de grups de risc: Adolescents sobre tot del sexe femení, nois i noies amb problemes de pes des de la infantesa, gimnastes d'alt competició, ballarines, models...
- Programes dirigits a modificar conductes precursors de trastorns del comportament alimentari, amb continguts com: ensinistrament en la presa de decisions, control de pensaments, desenvolupament de l'autoestima i de l'assertivitat.

PREVENCIÓ SECUNDÀRIA

Prevenció secundària:

- Són el conjunt d'accions que pretenen aturar l'evolució de la malaltia en la fase preclínica, quant encara els símptomes i signes no són aparents però existeixen en estat embrionari (subclínic) i per tant permeten detectar precoçment el procés patològic i posar en pràctica les mesures necessàries per impedir la seva progressió.
- Objectiu: Reduir la prevalença.
- Activitats preventives: detecció precoç, diagnòstic precoç, derivació especialitzada i tractament especialitzat

PREVENCIÓ TERCIÀRIA:

Prevenció terciària

Facilita l'aprenentatge de conductes que eviten les recaigudes posteriorment al tractament:

- Informar respecte els signes d'alarma (característiques mèdiques, psicopatològiques i psicològiques) dels trastorns del comportament alimentari.
- Proporcionar eines pel maneig integral dels pacients als pares, familiars o parella.
- Informar dels recursos assistencials i socials especialitzats en TCA i com coordinar-los amb els familiars.
- Valoració, seguiment i control del trastorn i de les complicacions en els pacients detectats.
- Acollida a la família.
- Control de conductes de risc a nivell alimentari, conductual i psicològic.
- Reforçar el concepte d'autoimatge i augmentar l'autoestima.
- Promocionar una alimentació equilibrada, variada i adequada a les seves necessitats energètiques

HISTÒRIA CLÍNICA COMPLETA:

1. Exploració física i valoració de dades antropomètriques:

- Història ponderal: avaluació actual i seguiment.
- IMC, plecs cutanis (segons possibilitat) i ritme de creixement: evolució individual i comparació amb els valors de referència segons edat i sexe.
- Valoració de símptomes i signes més freqüents en trastorns de comportaments alimentaris (estat general, pell, cabell, signe de Russell, alteracions dentals i bucals, hipertròfia de les paròtides, edemes perifèrics...).
- Activitat física i intensitat.
- Evolució en l' utilització de les tècniques purgatives.
- Estudi analític i comparació de valors amb estudis anteriors.

2. Història dietètica: característiques qualitatives de l' ingesta:

- Conèixer i valorar les pautes d' alimentació prèvies a la restricció voluntària de l' ingesta i la seva evolució.
- Conèixer i avaluar els hàbits alimentaris en el moment actual mitjançant la recollida d' enquestes de consum alimentari pertinents : Registre alimentari de 3 dies; Recordatori de 24 hores (repetit en el temps); qüestionari de freqüència de consum (QFC).
- Conèixer les al·lèrgies o intoleràncies alimentàries, els aliments preferits i els aliments temuts, així com els motius que ho condicionen.
- Conèixer i avaluar els hàbits alimentaris de l' últim any (QFC).

Tractament:

L'objectiu del tractament és la **reeduació del pacient i la instauració o recuperació d'una alimentació variada i suficient que cobreixi els seus requeriments energètics i metabòlics.**

Dietètic i nutricional: Pla d'alimentació

El tractament dietètic s'establirà en funció de les característiques individuals (temps d'evolució del procés, tipus de manipulacions dietètiques realitzades, existència de conductes purgatives i **grau de consciència de la malaltia**).

A partir de la recollida de les enquestes alimentàries i de consum començar un increment calòric **lent i progressiu**, sempre pactar amb el pacient i en funció del grau de compliment observat.

1. Educació alimentària pel que fa a una alimentació equilibrada, amb l'objectiu d'aturar la pèrdua de pes.

2. Pacte de ganancia ponderal setmanal. El guany de pes pot oscil·lar entre 0,5-1 Kg de pes/setmana. Donar una informació veraç i adaptada a les característiques i fase en la que es troba el pacient.

En les darreres fases determinar conjuntament amb el pacient el pes final a assolir.

Informar de l'aparició freqüent de molèsties digestives (sensació de plenitud i distensió abdominal). Tranquil·litzar al pacient, ja que és una situació fisiològica i transitòria.

1. Incloure tots els grups d'aliments respectant sempre que sigui possible els hàbits familiars i les preferències del pacient.

a. Proporcionar una informació general dels diferents grups d'aliments i recomanar una freqüència de consum diària o setmanal.

b. Establir mitjançant l'ús de mesures casolanes la ració aconsellada de cada aliment.

c. Només en situacions concretes especificar el gramatge d'alguns aliments.

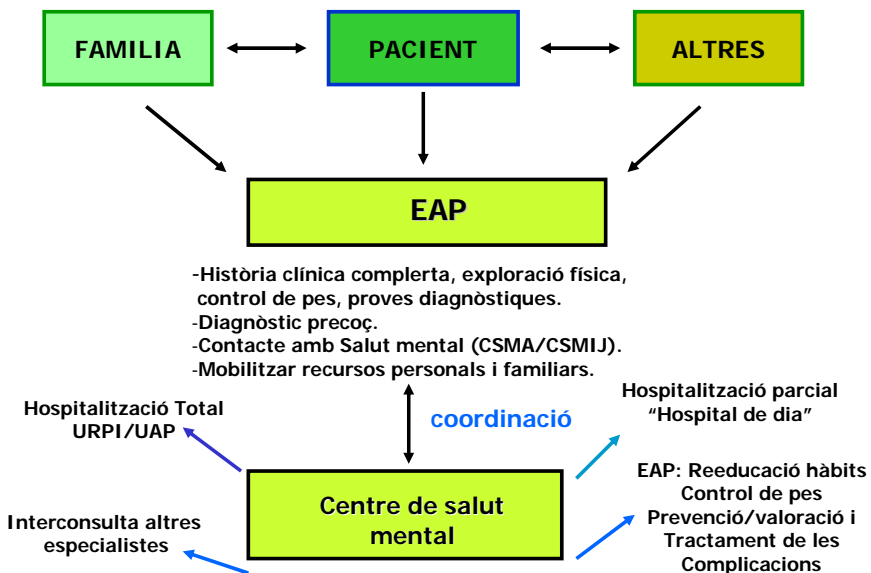
d. Establir el nombre d'àpats diaris, fraccionant l'ingesta total en 4-6 ingestes, amb l'objectiu de regularitzar la pauta d'alimentació.

4. Recomanar que els pacients no intervinguin en l'elaboració del menjar ni en la compra dels aliments. També cal recomanar que realitzin les menjades en l'entorn familiar habitual.
5. Recomanar que el pacient no estigui present durant la preparació dels àpats; només romandrà a la cuina a les hores dels àpats (si hi tenen lloc allà).
6. Recomanar que el pacient mengi el mateix menú que el altres membres de la família. El menjar sempre li hauran de servir.
7. Durant l'àpat evitar temes que tractin d'alimentació, així com evitar correccions i queixes envers la pacient. Intentar que els àpats sigui tranquil i evitar estar pendents de la pacient i la seva ingesta.
8. Realitzar els àpats de manera correcta (ús adequat dels coberts, ordre dels plats), el pa es començarà a prendre des de l'inici del àpat, poc a poc. Evitar manipulacions del menjar per part de la pacient: triturar, esmicolar, etc. Els trossos (bocins) s'han de tallar a mesura que es van passant.
9. Realitzar els àpats sempre asseguda a la taula i acompanyada; mai sola. Durant l'àpat , no realitzarà altres activitats (llegir, mirar TV, etc.). No abandonarà la taula fins acabar l'àpat.
10. Recomanar que un cop servits els plats, retirar de la taula les safates, cassoles, envasos, capsos, pots, etc. Només es deixaran les racions a menjar en l'àpat.
11. No perllongar la duració de l' àpat més enllà d' uns límits raonables (duració no menor de 30 minuts, ni major d'una hora).

Protocol de seguiment:

1. Evolució ponderal: valorar la conveniència de que el pacient conegui o no la mesura del seu pes.
2. En cada visita, recollida de registre dietètic de tres dies i valoració de l'evolució dels hàbits alimentaris.
3. Introducció progressiva d'aliments "temuts", quan el grau de control de la situació sigui l'adequada.
4. Les visites es programaran com a mínim un cop a la setmana.
5. En les visites, afavorir sempre el ritme d'expressió del propi pacient i seguir una conducta equànime, sense crear alarma.
6. Reforçar conductes positives, tant individualment com en l'àmbit familiar i social.
7. Control del compliment del tractament farmacològic.
8. Control de complicacions: cronificació, cardíaques, comorbiditats.
9. Control del repòs i de la son.
10. Prevenció de recaigudes.
11. Proporcionar eines per superar els moments de crisi.

Educació familiar, de forma cíclica des de l'inici, per identificar el reinici de conductes patològiques, assegurar la consecució d'objectius i ajudar a minimitzar l'ansietat i les pors que genera la convivència amb les característiques de la malaltia.



7. NANDA; NOC; NIC ASSOCIATS ALS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA.

1.-Afrontament defensiu:

Definició: projecció repetida d'una autoavaluació falsament positiva basada en un patró protector que defensa a la persona del que percep com a amenaces subjacents a la seva autoimatge positiva.

Manifestacions de dependència:hipersensibilitat als desaires o crítiques, negació de problemes o debilitats evidents, falta de seguiment o participació en la teràpia o tractament, dificultat per establir o mantenir les relacions.

Factors relacionats: pendents de desenvolupar.

NOC:

1300: Acceptació de salut

1302: Afrontament de problemes

1205: Autoestima

0109: Desenvolupament infantil:adolescència.

1502: Habilitats d'interacció social

NIC:

5270: Recolzament emocional

5230: Augmentar l'afrontament

5390: Potenciació de la consciència d'un mateix.

5400: Potenciació de l'autoestima.

5220: Potenciació de la imatge corporal.

5240: Assessorament.

4480: Facilitar la autoresponsabilització.

4362: Modificació de la conducta: habilitats socials.

2.-Trastorn de la imatge corporal

Definició: confusió en la imatge mental del jo físic.

Manifestacions de dependència: expressió de sentiments que reflectint una alteració de la visió del propi cos en aspecte, estructura o funció; expressió de percepcions que reflectint una alteració de la visió del propi cos en aspecte, estructura o funció; conductes d'evitació, control o reconeixement del propi cos. Objectives: ocultament o exposició excessiva (intencionada o no) d'una part corporal, canvi real en la estructura. Subjectives: rebuig a verificar un canvi real, preocupació amb el canvi, sentiments negatius sobre el cos.

Factors relacionats: cognitius o perceptuals

NOC:

1205: Autoestima.

0108: desenvolupament infantil: segona infància.

0109: Desenvolupament infantil: Adolescència.

1200: Imatge corporal.

1305: Modificació psicosocial: canvi de vida.

NIC:

5270: Suport emocional.

5820 Disminució de l'ansietat

5440: Augmentar els sistemes de suport

5240: Assessorament

5230: Augmentar l'afrontament

5480: Clarificació de valors

5390: Potenciació de la consciència d'un mateix.

5400: Potenciació de l'autoestima

5220: Potenciació de la imatge corporal.

3.-Autoestima baixa crònica

Definició: llarga durada d'una autoavaluació negativa o sentiments negatius cap a un mateix o les seves capacitats.

Manifestacions de dependència: la persona de forma crònica o durant un llarg període de temps: racionalitza o rebutja la retroalimentació positiva sobre si mateixa i exagera la negativa, te expressions negatives sobre si mateixa, resistència a provar coses o situacions noves, manifesta vergonya o culpa, s'autovalora com a incapaç d'afrontar els coneixements, busca excessiva de reafirmació.

Factors relacionats: pendents de desenvolupar.

NOC:

1205: Autoestima.

2000: Qualitat de vida.

1208: Nivell de depressió

NIC:

5400: Potenciació de l'autoestima.

5480: Clarificació de valors familiar dels fills.

5310: Donar esperança.

5330: Control del humor.

4.-Aïllament social

Definició: soledat experimentada per l'individu i percebuda com negativa o amenaçadora o imposada.

Manifestacions de dependència: Objectives: retraïment, projecció de la hostilitat en la veu/conducta, busca aïllar-se, preocupació pels propis pensaments; Subjectives: interessos inadequats o immadurs per la edat o etapa de desenvolupament, falta d'un propòsit significatiu en la vida o incorrecció de l'existent, sentiments de ser diferent als altres, inseguretat en públic.

Factors relacionats: alteracions de l'aspecte físic, conducta socialment no acceptada, incapacitat per establir relacions personals satisfactòries.

NOC:

- 2002: Benestar personal.
- 2601: Clima social de la família.
- 1204: Equilibri emocional.
- 1502: Habilitats d'interacció social.
- 1503: Implicació social.
- 1604: Participació en activitats d'oci.
- 0116: Participació en jocs
- 1203: Severitat de la solitud.
- 1504: Suport social

NIC:

- 5230: Augmentar l'afrontament
- 5390: Potenciació de la consciència d'un mateix.
- 7100: Estimulació de la integritat familiar.
- 5330: Control del humor.
- 4362: Modificació de la conducta: habilitats socials.
- 5100: Potenciació de la socialització.
- 5360: Teràpia d'entrenament.
- 4430: Teràpia amb jocs.
- 5440: Augmentar els sistemes de recolzament.
- 7110: Fomentar la implicació familiar.

5.-Afrontament familiar incapacitant

Definició: comportament d'una persona significativa que inhabilita les seves pròpies capacitats i les del client per abordar efectivament tasques essencials per a l'adaptació d'ambdós al repte de salut.

Manifestacions de dependència: distorsió de la realitat del problema de salut del client, incloent negació extrema de la seva existència o gravetat; falta d'atenció a les relacions amb altres membres de la família; agitació, depressió, agressió, hostilitat.

Factors relacionats: la persona significativa té sentiments crònics de culpa, ansietat, hostilitat, desesperació.

NOC:

2006: Afrontament dels problemes de la família.

2508: Benestar del cuidador principal.

2604: Normalització de la família.

2210: Possibles resistència al cuidador principal

2204: Relació entre el cuidador principal i el pacient.

2204: Rendiment del cuidador principal:cures directes.

2205: Rendiment del cuidador principal:cures indirectes.

1504: Suport social

NIC:

7140: Recolzament familiar.

5230: Augmentar l'afrontament

7150: Teràpia familiar.

7260: Cures intermitents.

7040: Recolzament al cuidador principal.

7200: Fomentar la normalització familiar.

5520: Facilitar l'aprenentatge.

7400: Guies del sistema sanitari.

5390:Potenciació de la consciència

6.-Desequilibri nutricional per defecte

Definició: ingesta de nutrients insuficient per a satisfer les necessitats metabòliques.

Manifestacions de dependència: pes corporal inferior en un 20% o més al pes ideal, informe d'ingesta inferior a les quantitats diàries recomanades, pal·lidesa de les conjuntives i mucoses, debilitat dels músculs requerits per la masticació o la deglució, inflamació o nafres a la cavitat bucal, afartament immediatament després de la ingesta d'aliments, informe o evidència de falta d'aliments, incapacitat subjectiva per ingerir aliments, aversió a menjar, dolor còlic abdominal, falta d'interès pels aliments, fragilitat capil·lar, diarrea o esteatorrea, caiguda excessiva de cabell, sorolls abdominals hiperactius.

Factors relacionats: incapacitat per digerir o absorbir els nutrients degut a factors biològics o psicològics.

NOC:

1014: Gana

0303: Autocures: alimentació

1004: Estat nutricional.

1005: Estat nutricional: determinacions bioquímiques

1006: Pes: Massa corporal.

NIC:

5246: assessorament nutricional

1120: Monitorització nutrional.

1160: Teràpia nutricional.

1803:Ajudes amb l'autocura: alimentació.

1204: Ajuda per guanyar pes.

1100: Maneig de la nutrició.

1030: Maneig dels trastorns del comportament alimentari.

2000: Maneig dels electròlits.

2080: Maneig dels líquids/electròlits.

7.-Desequilibri nutricional per excés

Definició: Ingesta de nutrients que excedeix les necessitats metabòliques.

Manifestacions de dependència: Plec cutani tricípital superior a 25mm en dones i 15mm en homes. Pes corporal superior a un 20% al ideal segons talla i constitució corporal. Menjar com a resposta a estímuls externs i interns. Informació i observació de patrons alimentaris disfuncional.

Factors relacionats: Ingesta excessiva de nutrients superiors a les necessitats metabòliques.

NOC:

1014: Gana

1612: control del pes.

1008: estat nutricional: ingestió alimentària i de líquids.

1009: estat nutricional: ingestió de nutrients

1005: Estat nutricional: determinacions bioquímiques

1006: Pes: Massa corporal.

NIC:

1120: Monitorització nutrional.

1160: Teràpia nutricional.

1803: Ajudes amb l'autocura: alimentació.

1280: ajuda per disminuir el pes.

1100: Maneig de la nutrició.

1030: Maneig dels trastorns del comportament alimentari.

5246: assessorament nutricional

BIBLIOGRAFIA

1. Detección precoz: ¿Qué nos puede hacer sospechar que un chico o una chica está sufriendo un Trastorno Alimentario?

Cristina Carretero Jardí, Coordinadora del programa de formación y prevención de la ACAB (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia) (10/10/2005)

2. Més enllà del desig d'aprimar-se. P. 129 año 2002

3. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de Cuidados. J Forné. 2005 Madrid p109-124. Ed Panamericana SA

4. Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos Básicos. 6ª Edición. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid 2005. Louise Rebraca Shives. P 366-398

5. P Gómez Enterría y C. Martínez. Servicio Endocrinología y Nutrición. Servicio de Psiquiatría. Hospital Central de Asturias. Trastornos del comportamiento alimentario del paciente con anorexia nerviosa. Capitulo 13 p275-278 Manual de Recomendaciones Nutricionales al Alta Hospitalaria.

6. Mª Paz González ,MªPaz; López J.Luis; Alejandra Sáiz Enfermería psiquiátrica. Ed. Síntesis. Manuales científico-técnicos. P285-288

7. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2003-2004. NANDA International. Ed Elsevier.

8. Serra-majem I, aranceta bj, perez-rodrigo c et al. prevalence and deteminants of obesity in spanish children and young people. br j nutr. 2006;96 suppl 1:s67-72.:s67-s72.

9. Protocol d'atenció integrat I específic en TCA. Servei Català de Salut. Departament de Salut. Mayo 2006.

10. Toro, j. (1996). El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel.

11. INSALUD (1995). Programa de atención de los trastornos de la conducta alimentaria, Madrid:Ministerio de Sanidad y Consumo.
12. Germán E. Rueda-Jaimes, MD. Validación del cuestionario SCOFF para los trastornos de alimentación. Avances en psiquiatría biológica. Vol 7, 2006.
13. Leonor Corada Luis; Alejandra Montedónico Arancibia. Estudio del aporte de un instrumento (test de actitudes alimentarias EATt-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología. Santiago, Noviembre de 2007.