



Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: prevención primaria, detección precoz y papel enfermero.

Trabajo fin de grado de Enfermería
Universidad Autónoma de Madrid

Autoras:

Gil Vega, Loreto
Gómez López, Nerea

Tutora:

Alcolea Cosín, M^a Teresa

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, queremos expresar nuestro agradecimiento a María Teresa Alcolea Cosín, por su supervisión y ayuda durante la elaboración de nuestro Trabajo de Fin de Grado, y por no rendirse con nosotras.

Por otro lado, queremos mostrar nuestros agradecimientos a nuestras respectivas familias por su apoyo incondicional, por la confianza depositada en nosotras y por hacer de nuestros momentos duros los suyos.

Además, queremos agradecer todo el cariño y ánimo recibido por parte de nuestros amigos y compañeros, esencial para continuar.

También, agradecer toda la información recibida por María, enfermera escolar y colaboradora de la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos.

Por último, nos queda agradecer entre nosotras el apoyo y optimismo recibido, las ganas de trabajar y sobre todo, la compañía durante la realización del trabajo fin de grado.

Resumen

Objetivo: Dado el aumento de las conductas de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y las consecuencias de comorbilidad, ingresos hospitalarios y mortalidad que conllevan, el objetivo del trabajo es conocer los modelos de programas de prevención y detección precoz y el papel que la enfermera lleva a cabo.

Método: Se realiza una búsqueda de los artículos publicados en los últimos 5 años en inglés y español en 14 bases, hallándose resultados en ocho de ellas: Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cinhal, DOAJ, ScienceDirect, SpringerLink y Medline. Se obtuvieron como resultado 24 artículos. Se completa la revisión con dos Guías de Práctica Clínica.

Resultados: Los métodos preventivos más utilizados fueron los de disonancia cognitiva y los de crítica a los medios de comunicación de masas. Todos ellos realizan intervenciones interactivas con los adolescentes. Se lleva a cabo un seguimiento de la eficacia de los programas. Únicamente cinco documentos hablan del papel de la enfermera.

Conclusiones: Los programas más utilizados son los que pretenden un cambio de hábitos y conductas y el fortalecimiento del afrontamiento de los adolescentes. Debe haber un mayor registro de la prevención así como un seguimiento a largo plazo, mediante métodos de screening como: SCOFF, EDI-3 y EAT-26. El enfermero/a debe tomar conciencia de la importancia de su actividad en la prevención y promoción, en especial en los colegios ya que es el lugar propicio para realizar los programas.

Palabras clave: Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos, prevención primaria, diagnóstico precoz, atención enfermería, adolescente

Abstract

Objective: Given the increase of the risk behaviors of eating disorders in adolescents and its consequences of comorbidity, hospital admissions and mortality involving, the aim of the study was to determine the model programs of prevention and early detection and the nurse's paper.

Method: It is made a literature research of articles published in the last 5 years in English and Spanish in 14 databases. It is obtained results in 7 of them: Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cinhal, DOAJ, Science Direct and Springer Link. A total of 24 articles were found. The review is completed by two Clinical Practice Guidelines.

Results: The most preventive programs use preventive methods were those about cognitive dissonance and critical the mass media. They all perform interactive interventions with adolescents. A monitoring of the intervention effectiveness is carried out. Only five documents talk about the nurse's role.

Conclusions: The most commonly used programs are those that seek a change of habits and behaviors and the strengthening the coping ability of adolescents. There should be a greater record of prevention and long-term monitoring by screening methods as: SCOFF, EDI-3 and EAT-26. The nurse must become aware of the importance of their activity in the prevention and promotion, especially in schools because it is the right place for programs.

Keywords: feeding and eating disorders, primary prevention, early diagnosis, nursing care, adolescents.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
Los Trastornos de la Conducta Alimentaria	1
Adolescencia	2
Prevención.....	4
Métodos de screening.....	6
Función del enfermero/a.....	8
ESTADO ACTUAL	10
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS.....	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
DESARROLLO	14
Metodología.....	14
Resultados.....	16
1. Programas de prevención de los TCA en adolescentes.....	17
2. Métodos de Screening.....	21
3. Papel enfermero en los programas de prevención de los TCA en adolescentes.....	24
Limitaciones de la revisión narrativa	26
Conclusiones	27
BIBLIOGRAFÍA	31
Anexos	37
Anexo 1. Signos generales y específicos de alerta de los TCA.	37
Anexo2. Métodos de cribado TCA.	38
Anexo 3. Métodos de cribado AN y BN.....	38
Anexo 4. Métodos de Screening. EAT-40 y EAT-26.	39
Anexo 5. Metodología.....	40
Anexo 6. Resultados.....	42

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se encuentran dentro del grupo de trastornos mentales conductuales. Los trastornos alimentarios incluyen varias patologías: la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación o restricción de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria no especificados y el trastorno de atracones (1).

La anorexia nerviosa es definida por la Asociación American de Psiquiatría (APA) como: “la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso y la alteración de la forma de percibir el peso y constitución de otros”. Se trata de un trastorno de la imagen corporal que lleva a una alteración de la conducta alimentaria con el fin de controlar el peso. Las personas que sufren esta patología tienen estados nutricionales carenciales que pueden llegar a tener consecuencias orgánicas y ocasionar trastornos endocrinos y hormonales (1).

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios repetidos de atracones en los que se ingieren grandes cantidades de comida en corto espacio de tiempo acompañados, posteriormente, de acciones compensatorias y recurrentes con el objetivo de evitar un aumento de peso. Estos atracones y métodos compensatorios, según aparece en el DSM-V, deben aparecer al menos una vez a la semana durante 3 meses. Las personas que padecen bulimia nerviosa suelen estar dentro de los límites de un índice de masa corporal (IMC) normal o tener sobrepeso (1). Las principales diferencias entre la anorexia y bulimia se encuentran recogidas en la tabla 1.

Existen una serie de condicionantes en la sociedad que pueden desencadenar la aparición de una enfermedad. Estos condicionantes, llamados factores predisponentes, pueden ser de carácter familiar, cultural, individual y/o genético... En los TCA los factores predisponentes son los siguientes (2):

- El ámbito sociocultural: La clase social es uno de los factores de riesgo. La anorexia se da más en clases altas, media-alta, la bulimia en clase media-baja (3). Por otra parte la existencia de unos cánones de belleza que tienden a la

delgadez dentro de una cultura que presiona hacia la obtención de esos ideales hace que en las últimas décadas haya un aumento de adolescentes en riesgo (4).

- Factores familiares y educacionales: Las familias en las que se educa en la competitividad y auto-exigencia, las familias rígidas en cuanto a la imagen corporal o el déficit de cuidados parenterales son factores que influyen en la aparición de los TCA.
- Factores genéticos y hereditarios: El sobrepeso, el consumo de alcohol y toxicomanías en los padres son algunos de ellos. También se incluyen los antecedentes psiquiátricos de tipo afectivo de los adolescentes. Ser mujer y estar en la pubertad también son factores de riesgo.
- Factores individuales de la persona: la presencia de rasgos obsesivos y/o depresivos, la importancia dada a la imagen corporal, la baja autoestima, la personalidad inmadura, las experiencias personales como una pérdida o carencias afectivas van a ser posibles desencadenantes de los trastornos alimentarios.

Según los datos epidemiológicos (3,5) sobre los TCA, las personas jóvenes presentan una mayor vulnerabilidad a padecer los TCA, particularmente en la adolescencia, etapa en la que los factores psicológicos y socioculturales ejercen una gran influencia.

Adolescencia

Existen diferentes límites a la hora de englobar la adolescencia. Según la OMS (6) y el INE, la adolescencia se encuentra entre los 10 y los 24 años. Otros autores reducen el límite a los 21 (7,8). Aunque haya esta ligera diferencia todos coinciden en que hay varias etapas dentro de la adolescencia, cada una con sus propias características y definidas por la consecución de unos logros.

El primer periodo sería la pre-adolescencia, pubertad o adolescencia temprana (11-14 años). Se caracteriza por la aparición de los caracteres reproductivos, la necesidad de la relación social, la preocupación por la imagen corporal y la generalización de sus apreciaciones (8).

La segunda etapa sería la adolescencia media (14-17 años). En ella, los adolescentes, empiezan a analizar sus emociones, entran en una época de gran confusión. Es el inicio de la búsqueda de identidad y de la autonomía emocional respecto a los padres (8).

La adolescencia tardía o juventud (17-21 años) es la etapa en la que los adolescentes empiezan a definir un referente moral individual que guía su conducta. En esta etapa se espera de la persona que actúe de forma socialmente responsable, que aumente su independencia y que sea capaz de tomar de decisiones sobre su futuro (8).

Los casos de TCA que se producen en la adolescencia se dan mayoritariamente en la adolescencia media y tardía (5,6). Muchos de los estudios que se realizan para objetivar los comportamientos alimentarios de los adolescentes se llevan a cabo desde los colegios e institutos puesto que son los lugares en donde los adolescentes pasan la mayor parte del tiempo y es más fácil llevar a cabo intervenciones (9). En el estudio realizado por Cruz- Sáez et, al. (10) se observa que es en la adolescencia media donde existe un amplio número de adolescentes que realizan dietas, siendo este dato de un 32,8% en adolescentes de 13 a 17 años. Además de acompañarse de atracones, utilizan métodos purgativos como los vómitos o el uso de diuréticos y laxantes; además de experimentar una insatisfacción con su imagen corporal. (9).

Desde el ámbito sanitario en España, se actúa en con chicos y chicas que se encuentran en la pre-adolescencia (11-14 años) mediante los derivados del Programa del Niño Sano que acaba a los 14 años. A partir de esta edad, los adolescentes no siguen ningún programa de promoción de la salud llevado a cabo desde la consulta de Atención Primaria. Se puede observar que en el Boletín Oficial del Estado, la Cartera de Servicios comunes al Sistema Nacional de Salud recomienda que las comunidades autónomas incluyan en su Cartera de Servicios las siguientes actividades: Anamnesis y consejos de hábitos tóxicos al adolescente, valoración nutricional y consejos sobre la imagen corporal y prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (11). La Cartera de la Comunidad de Madrid traduce estas recomendaciones en dos servicios: Promoción de la Salud en la adolescencia (15-19 años) y Educación para la Salud (EpS) en centros educativos (12). En el primer servicio se recomienda, como criterio de calidad, que el adolescente, desde los 11 a los 21 años, acuda anualmente a consulta de Atención Primaria (AP). Uno de los objetivos de estas visitas sería realizar

la promoción de la salud propuesta por los Sistemas Sanitarios. Sin embargo, existen datos disponibles en el documento de “Actividad Ordinaria de Atención Primaria” donde aparece que la frecuentación de los adolescentes a las consultas de enfermería de AP es la más baja (figura 1). Los adolescentes tienden a acudir a consulta únicamente cuando padecen alguna enfermedad aguda o cuando tienen que someterse a exámenes físicos. Las visitas esporádicas y breves no favorecen un enfoque preventivo y de detección precoz (14). El segundo servicio propuesto por la Comunidad de Madrid da pautas para realizar EpS en los colegios pero no se especifica la temática.

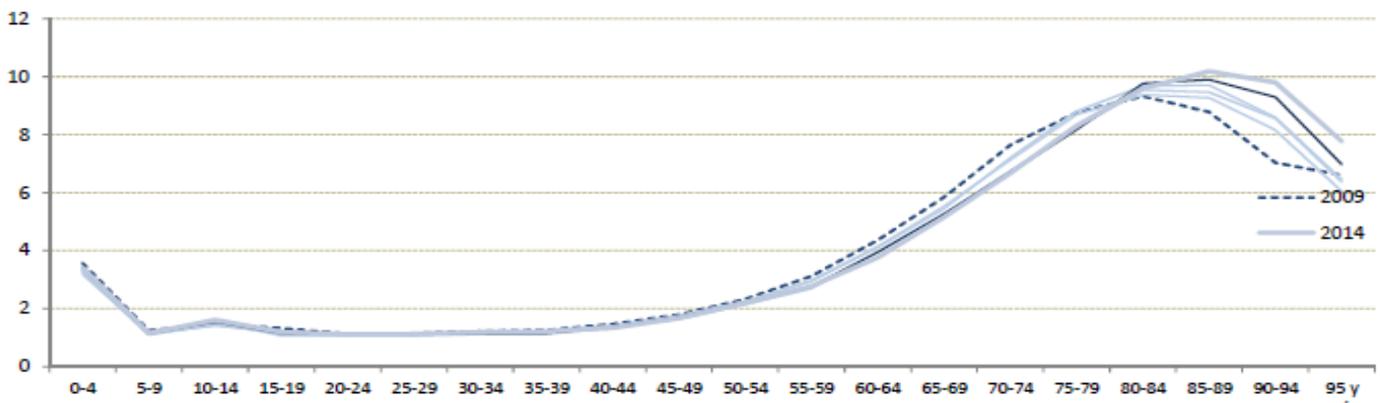


Figura 1. Curva de frecuentación por edad a Enfermería. Evolución 2009-2014. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria, SIAP (13)

La adolescencia, como se ha mencionado anteriormente, es una etapa en la que los niños están forjando su personalidad, su moral, sus valores y su visión del mundo. Es el momento idóneo para poder modificar conductas no saludables, aumentar su capacidad de afrontamiento y hacerles partícipes del cuidado de su salud. Estas actividades son realizadas dentro de las funciones de prevención y detección precoz que tiene un equipo asistencial.

Prevención

Las actividades preventivas se centran en los disminuir los factores de riesgo y aumentar las capacidades de afrontamiento de las personas. Desde la OMS se habla de tres tipos de prevención atendiendo a la población que va dirigida: la prevención universal, la selectiva y la indicada. La primera va a desarrollar actividades preventivas para un grupo completo que no se encuentra en la base de mayor riesgo, la segunda a

individuos o subgrupos cuyo riesgo es más alto que el promedio y la tercera se dirige a personas con conductas de riesgo. De esa forma, se especifica en los TCA, que la prevención universal estaría dirigida a estudiantes de educación primaria y secundaria, la prevención selectiva se centraría en los estudiantes de escuelas profesionales como las bailarinas de ballet, atletas, estudiantes de modelaje y culinaria y la prevención indicada está orientada a niñas adolescentes y mujeres jóvenes que tengan malos hábitos alimenticios y conductas de riesgo (6). Aparte de saber las características de la población a la que va dirigida la prevención, también, se ha de conocer las fases de la enfermedad con la que se va a tratar, ya que se realizará un tipo de prevención u otra. En primer lugar estaría la prevención primaria para hacer frente a las causas. La Educación para la Salud es un ejemplo de prevención primaria. En segundo lugar estaría la prevención secundaria que intenta eliminar la enfermedad en sus estados iniciales. Esta prevención abarca actividades de diagnóstico precoz y tratamiento intensivo. Por último, se encuentra la prevención terciaria o rehabilitación. El objetivo de las acciones va a ser enlentecer la progresión de la enfermedad (15).

En cuanto a la prevención de los TCA existen distintos tipos de intervenciones específicas de prevención primaria (16) que se dividen en:

- Las intervenciones psicoeducativas. Se caracterizan por proporcionar información sobre los TCA con el posterior debate o discusión sobre el tema.
- La crítica de medios de comunicación de masas. Con esta intervención se pretende reducir el riesgo de los TCA a través de la adquisición de habilidades cognitivo-conductuales para que puedan enfrentarse a la presión sociocultural.
- Inducción y disonancia cognitiva. Consiste en discernir entre las distintas posturas sobre un tema (por ejemplo, los cánones del ideal de delgadez) a través de la defensa de la postura contraria a la propia, creando así en los adolescentes un sentimiento de incomodidad que consigue disminuir la internalización de ideas que constituyen un riesgo de padecer un TCA.
- Movilización y activismo social y político. Lo que se pretende con esta intervención es influir en la opinión de los adolescentes sobre los TCA, abordándolos desde un contexto social.

- Intervenciones centradas en eliminar o reducir los factores de riesgo de los TCA. Constan de intervenciones específicas como reducir actitudes negativas sobre el peso y la silueta o eliminar creencias irracionales sobre las dietas; e intervenciones inespecíficas que se centran en reducir la exposición a riesgos como la psicopatología de padres o los abusos.
- Intervenciones centradas en fortalecer a la persona con riesgo de ser afectada. El objetivo de las actividades que se van a llevar a cabo es que los adolescentes consigan habilidades para mejorar el afrontamiento y la resolución de problemas.

Como se expone en el libro de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad: Un enfoque integral (16), hasta la fecha, desde la prevención primaria se han llevado a cabo, mayoritariamente, intervenciones de tipo psicoeducativo. Existe un riesgo de este tipo de intervenciones en las que se da información: los adolescentes pueden llevar a cabo lo que se denomina “inducción mimética” de conductas de riesgo (16). Aprenden qué hacer para padecer un trastorno. Los TCA pueden ser una manera de expresar la rebeldía juvenil o ser una llamada de atención y cariño hacia los padres o incluso una vía de protesta ante una determinada situación familiar. Todo ello fundamenta la importancia de tener presentes los factores familiares para incluir a los padres en las actividades de prevención.

Cuando la prevención primaria no es eficaz o no se ha podido llevar a cabo, se realiza la prevención secundaria, basada en la detección precoz. En la detección precoz se utilizan unos screening muy sensibles para poder detectar a todas las posibles personas en riesgo. Después se utilizan pruebas más específicas para corroborar la existencia de una enfermedad o trastorno (15, 16).

Métodos de screening

La detección precoz de los TCA consiste en identificar los signos y síntomas conductuales de alerta (Ver anexo 1). Los métodos de identificación de los signos y síntomas de los TCA son las diferentes pruebas de cribado. Según Blanco Fernández M.A. (16) de los instrumentos de cribado existentes sólo cuatro cumplirían los criterios establecidos por la Revisión Sistemática de la Evidencia Científica (RSEC):

- BET (Branched eating disorders Test)

- EDDS (Eating Disorders Diagnostic Scale)
- SED (Survey for eating disorders)
- SCOFF(Sick Control One Fat Food Questionnaire). Se ha realizado una escala adaptada y validada al español.

	SI	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6 Kg en un periodo de 3 meses?		
¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		
Puntuación Total		

Figura 2. Cuestionario SCOFF (16)

Otro método de cribado utilizado para la detección de los TCA, que no forma parte de los propuestos por la RSEC, es el EatingDisordersInventory (EDI), cuya última versión es EDI-3 (17). En España se encuentra en proceso de validación la Encuesta Hábitos Alimentarios (EHA).

Existen otros métodos de cribado, que no son recogidos por la RSEC. Aun así, se les otorga una gran importancia por ser métodos específicos de la AN y la BN. Se pueden encontrar el EAT-40 (EatingAttitude Test) que es un instrumento de cribado específico para la anorexia. Existe una versión abreviada, EAT-26, y otra infantil (ChEAT). Para la bulimia nerviosa los screening adecuados son el BULIT-R (Bulimia Test Revised) y el BITE (Bulimia Investigatory Test Edimburgo). Los test EAT-40, eat-26, las principales características de instrumentos generales de cribado de TCA y los específicos se recogen en el anexo 2, 3 y 4.

Es importante, para asegurar una buena evaluación del adolescente, realizar una entrevista clínica, generalmente, una vez que ya se ha pasado un método de cribado. Existen unas entrevistas específicas de evaluación de TCA: *EatingDisorderExamination* (EDE), la más actual es la EDE-12 (12ª versión), se agrupan en cuatro escalas

(restricción, preocupación por comer, preocupación por el peso y preocupación por la imagen corporal) con las que se obtiene el Global EDE-Q. Además la sección H de la entrevista *Composite International Diagnostic Interview* (CID-I) también es una herramienta de evaluación. Una vez realizada la evaluación, debe ser contrastada con personas del círculo social del adolescente (16).

La prevención y detección precoz son actividades que se proponen, desarrollan, ejecutan y evalúan desde equipos asistenciales de salud. Entre los componentes del equipo asistencial se encuentra la enfermera o el enfermero.

Función del enfermero/a

El cuidado dado por la enfermería a los individuos y comunidades ha ido recogiendo en varios documentos (Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud, Ley General de Sanidad de 1986 y la LOPS, entre otros) para agrupar las funciones de enfermería en cuatro: Clínico-asistencial, formación, investigación y gestión y organización (23). Las actividades de prevención y detección anteriormente descritas se incluyen dentro de la función asistencial ya que ésta “*consiste en proporcionar cuidados directos e integrales al individuo, la familia y la comunidad, a través de acciones dirigidas al fomento de la salud, a la mejora del medio físico y social, a la prevención de las enfermedades y a la restauración de la salud, utilizando para ello la metodología propia de la disciplina*” (24) y dentro de las funciones docentes de enfermería, entre las que se destacan: la implantación de actividades en población sana con el objetivo de que ésta disminuya su exposición a factores de riesgo además de la creación de programas educativos dirigidos a la comunidad para lograr la promoción de salud (25).

Según el modelo de prevención de enfermería, presente en el libro “Enfermería Psiquiátrica: principios y práctica”, las acciones de la enfermera son las siguientes (26):

1. Identificación de factores de estrés que producen una mala adaptación en una mayoría de la población. Así mismo, desarrollar métodos para reconocer las personas con riesgo.
2. Estudiar las posibles consecuencias del factor estresante y elaborar una hipótesis para intentar disminuir o eliminar las consecuencias negativas.

3. Poner en marcha los programas preventivos basados en el estudio de estas posibles consecuencias del factor estresante.

Al mismo tiempo, el modelo permite aplicar el proceso de atención de enfermería (26):

Valoración: Se realizan las entrevistas y los métodos de cribado específicos de los TCA para identificar las conductas desadaptativas y población en riesgo.

Planificación: Se decide qué tipo de método de promoción y prevención se va a llevar a cabo teniendo en cuenta a la población que va dirigida, además de seleccionar el ámbito de intervención (ver figura 3).

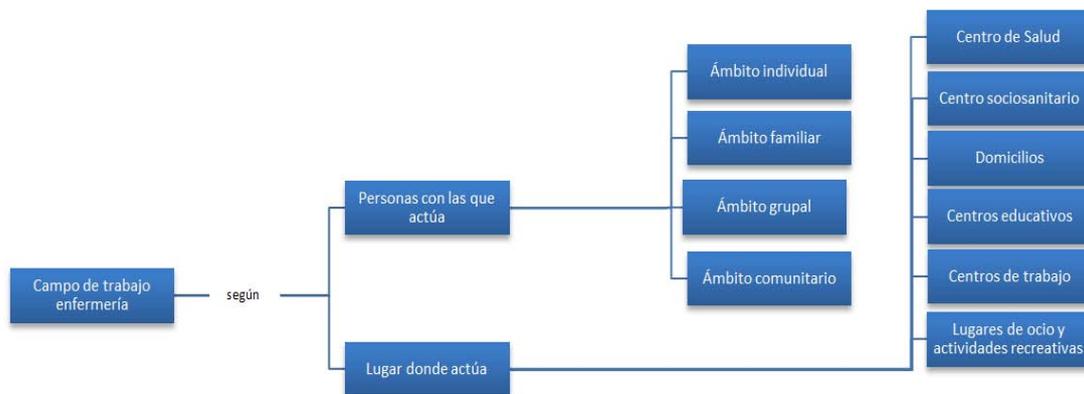


Figura 3. Campo de trabajo de la enfermería. Elaboración propia (24)

Ejecución: Aplicación de las intervenciones seleccionadas cuyo objetivo va a ser disminuir las respuestas de desadaptación y proporcionar habilidades de afrontamiento.

Evaluación: Se determina la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo, así como la utilización de recursos y la comparación con otras estrategias.

De manera más concreta, en el Programa de Atención de la Salud Infanto-juvenil de la Comunidad Autónoma de Canarias, se encuentran propuestos los objetivos de la actividad enfermera en el ámbito de la salud mental de los adolescentes, entre los que cabe destacar (27):

- La promoción de la salud mental de los adolescentes en instituciones tanto sanitarias como no sanitarias.

-La prevención de los trastornos mentales mediante programas de detección precoz, en colaboración con las instituciones educativas, sanitarias, sociales...

- La atención especial a hijos de padres psicóticos.

Como aparece en la figura 2, uno de los ámbitos donde la enfermera/o actúa es en el centro educativo. Los colegios, dada su amplia cobertura, presentan una gran oportunidad para poder impartir conocimientos sobre la salud, fomentar conductas saludables y, a su vez, afianzar el desarrollo psicosocial de los adolescentes. Por tanto, según Leiva et al. (28) se considera como la mejor estancia para desarrollar los programas de prevención y detección. Además es el lugar donde pasan la mayor parte de su tiempo y en donde establecen gran parte de sus relaciones (8). Los niños y adolescentes tienen derecho a ser atendidos por una figura del ámbito sanitario tal y como aparece recogido por la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE). Por tanto, al tratar el presente trabajo sobre adolescentes y la prevención y detección, se quieren mostrar las funciones de la Enfermería Escolar, entre las que destacan (29):

- Colaborar en programas de Educación para la Salud junto con Atención Primaria y Centros Municipales de Salud; así como realizar el seguimiento y la evaluación de estos programas y los cuidados de enfermería llevados a cabo.
- Formar y aportar a los tutores del centro educativo y todos los profesionales, información y orientaciones en el aprendizaje de habilidades que facilitan la adquisición y mantenimiento de conductas saludables, así como los conocimientos relevantes de procesos patológicos.
- Fomentar el autocuidado de los alumnos y la adquisición de hábitos de vida saludables a través de programas de educación para la salud.
- Formación e información a las familias de los alumnos a través de las Escuelas de Padres, en relación con la importancia de la prevención.

ESTADO ACTUAL

Los trastornos de la conducta alimentaria se consideran trastornos emergentes en países desarrollados y en vías de desarrollo siendo, actualmente, un problema de salud

pública. Como se expone a continuación, existe un aumento de la prevalencia en las últimas décadas además de una tendencia hacia la cronicidad y gravedad (6). El interés sobre estos trastornos ha ido en aumento debido a su dificultad de tratamiento y a la mortalidad y letalidad de la que se acompañan (5, 30).

A nivel mundial, la situación actual de los TCA, partiendo de datos procedentes de estudios realizados principalmente en países desarrollados es la siguiente: la anorexia nerviosa ocurre entre un 0.5-1% y la bulimia nerviosa entre 0.9-4.1% de la población adolescente femenina y adultos jóvenes. Otro de los datos que la OMS recoge es el de las conductas de riesgo de los adolescentes, se menciona que entre 5-15% de las niñas adolescentes utilizan métodos purgativos (6). A pesar de que la prevalencia e incidencia de los TCA no es alta, conlleva unas tasas de cronicidad, comorbilidad, ingresos hospitalarios y mortalidad relevantes.

A nivel nacional, y según aparece recogido en la Guía de Prevención de los TCA de Cantabria y en el Tratado de Nutrición de Ángel Gil Hernández los datos de prevalencia de los TCA en nuestro país se reparten de la siguiente manera: para la anorexia nerviosa los datos oscilan entre el 0,1-1%, para la bulimia nerviosa del 1 al 3%, y entre 2,7-3,8% para los trastornos no especificados (30, 31). La incidencia en la anorexia en España es de 8/100.000 población por año y de 12/100.000 población en la bulimia. La mortalidad en España se sitúa alrededor del 5-6% en seguimientos de 5 años y aumenta a un 5-10% en seguimientos de 10 años (31). Se observa que la mortalidad en España de los TCA, en los primeros años, oscila en el mismo rango que la mortalidad mundial: 6-7% (6). Los estudios realizados a nivel nacional, exponen que los fallecimientos se deben a suicidio o inanición. Se asocia un mayor riesgo a bajo peso inicial, mayor duración del trastorno, y consumo abusivo de alcohol (31). Los mismos estudios a largo plazo (más de 5 años) señalan datos aproximados de remisión del 60%, con un 25% de mejorías parciales y un 15% de cronicidad. Son necesarios estudios a largo plazo porque se estima que se necesitan, de media, entre 3 y 5 años para resolver un TCA (30).

A nivel autonómico, según los datos recogidos en el artículo de Peláez Fernández MA (30) que compendia varios estudios epidemiológicos realizados en la Comunidad de Madrid, se observa un aumento de la prevalencia de los TCA y de su población en riesgo. En el 2000-2001 se obtuvo una prevalencia de los TCA de 3,7% en

mujeres adolescentes de 15 a 18 años y una prevalencia de 7,6% de la población en riesgo (30). En 2005, la prevalencia de los TCA aumenta a 4,7% en adolescentes (5). En el 2011, el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (5) informa sobre la prevalencia de las conductas de riesgo relacionadas con los TCA en adolescentes. Se puede observar que un 30,5% de chicas adolescentes y un 8,5% de los chicos referían haber realizado dietas para adelgazar. También un tercio, 33,7% de adolescentes femeninas se perciben con sobrepeso y obesidad y un 16,6% de los adolescentes masculinos. Estas cifras evidencian un ligero aumento en comparación a las cifras dadas en el 2005 por el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (33), en el que el 25,1 de los jóvenes se veía a sí mismo con sobrepeso u obesidad, un 12,2% de chicas adolescentes no había ingerido ningún tipo de alimento en 24 horas y un 9,5% se había provocado vómitos con el objetivo de adelgazar. Se objetiva, por tanto, un ligero aumento de la prevalencia de las conductas de riesgo de los TCA, especialmente en chicos.

Otra cifra que se destaca en el Boletín es la tasa de ingresos hospitalarios. Durante 2010 se produjeron 367 ingresos por algún TCA. Como se puede observar en la figura 3, la mayoría son mujeres entre 15 y 24 años. Sumado a la tasa de ingresos hospitalarios, se encuentra la estancia media hospitalaria: 29,72 días, cifra que es cuatro veces mayor que la del resto de diagnósticos. Esto hace que como se expone en el boletín, la mitad (47,4%) de las personas con TCA que han sido dadas de alta vuelvan a ingresar en el mismo año.

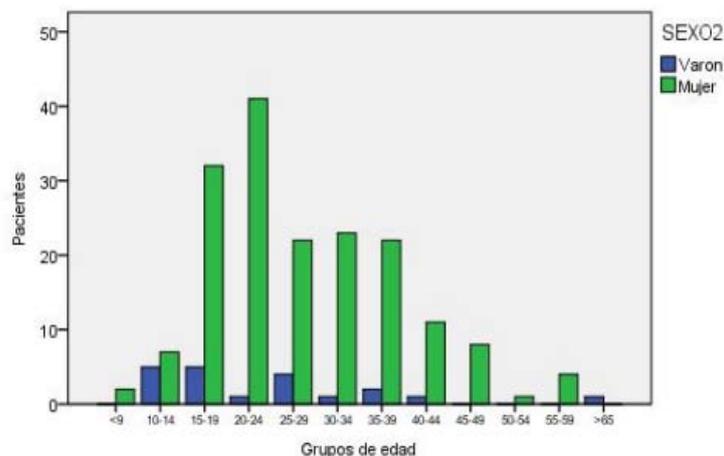


Figura 4. Distribución por edad y sexo de los casos ingresados con diagnóstico. Fuente: Boletín Epidemiológico Comunidad de Madrid (5)

Los TCA tienen unas tasas de comorbilidad alta. Se ha visto que las personas diagnosticadas de anorexia y bulimia nerviosas suelen presentar comorbilidad con otro tipo de trastornos: afectivos, de ansiedad, obsesivos y con el abuso de sustancias tóxicas. Según la OMS, aproximadamente, desarrollan un trastorno crónico el 25-33% de los pacientes con anorexia y bulimia; además de presentar relación con el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad y la depresión. Otros datos indican que la prevalencia de un Trastorno del Control de Impulsos (TCI) comórbido es de entre un 16 y 23,8% en personas con TCA. Así mismo, los TCA también presentan comorbilidad con Diabetes Mellitus I y II (14).

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es un periodo frágil. Una etapa en la que los chicos y chicas construyen su personalidad y empiezan a establecer la forma de relacionarse con su entorno. Como se ha dicho anteriormente desde el ámbito sanitario, no se hace el énfasis que corresponde a este grupo de edad. A partir de los 14 años, el tipo de actividades que se realizan con los adolescentes cambia: se reducen las actividades y programas propuestos en relación a la infancia (11,12), quedándose la prevención y detección enfermera a merced de la demanda que hagan los colegios y la frecuentación con la que los adolescentes acudan a consulta.

Los TCA son trastornos a los que se asocia cierto grado de gravedad. Se ha visto que la letalidad se encuentra en torno a un 6% tanto a nivel mundial como nacional. En torno al 15% de los españoles padecen TCA de forma crónica y los que consiguen una recuperación total tardan entre 3 y 5 años de media. Las conductas de riesgo o relacionadas con los TCA siguen siendo frecuentes en población adolescente femenina y va en aumento en población masculina. Esta situación se agrava por la existencia cada vez mayor de una presión mediática para la obtención de un ideal de belleza basado en la delgadez. Por tanto, es necesario insistir en la necesidad de seguir promocionando hábitos alimentarios saludables así como tener en cuenta estos trastornos en los programas preventivos en el medio escolar o sanitario.

Las características de la adolescencia junto con las consecuencias de los TCA tanto sanitarias, familiares, personales, emocionales y físicas, hacen que la prevención

y detección precoz sea una actividad a realizar y ejecutar por los profesionales sanitarios (16). Desde la enfermería también se ha de dar importancia a este campo, ya que es competencia de la profesión enfermera, y elemento esencial de la profesión, cuidar en todos los ámbitos de la persona y comunidad, intentando empoderar a la población para que obtengan el mayor nivel de salud.

OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar una revisión de la literatura acerca del papel de enfermería en la prevención y detección de los TCA en adolescentes.

Objetivos específicos

Describir los programas de prevención de los TCA en adolescentes que se realicen en la actualidad.

Conocer los métodos de detección precoz de los TCA en adolescentes más utilizados.

Analizar el papel de la enfermera en los programas de prevención y detección de los TCA en adolescentes.

DESARROLLO

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura acerca de la prevención y detección de los TCA en los adolescentes y el papel de la enfermería en dichas actividades.

Para realizar la búsqueda bibliográfica se han considerado como criterios de inclusión: La población adolescente sana, artículos publicados del 2011 al 2016, y los publicados en idioma inglés y castellano. Como criterios de exclusión se consideraron la edad adulta, la población con TCA ya instaurado, y por tanto, también, la prevención de recaídas. Por último, se consideraron criterios de exclusión a los grupos específicos como los atletas o las bailarinas ya que se estaría hablando de una prevención más concreta que no contempla a todos los adolescentes.

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet, Cuiden, Cinhal, Doaj, ScienceDirect, Springerlink, Medline, Scielo, TESEO, IME, Cuidatge, Enfispo y Bdie durante los meses de febrero, marzo y abril.

Se hizo uso de las palabras claves recogidas en la tabla 3. Los términos se adaptaron al lenguaje controlado específico de cada base. El lenguaje libre se utilizó en Dialnet, SpringerLink, TESEO, Cuidatge y Enfispo.

Decs	Mesh
Trastornos de Alimentación y de la Ingestión de Alimentos	Feeding and eating disorders
Anorexia/Bulimia	Anorexia/Bulimia
Prevención Primaria	Primary Prevention
Diagnóstico Precoz	Early Diagnosis
Atención enfermería	Nursing Care
Cribado	Screening

Tabla 1. Términos Decs y Mesh utilizados

Se realizaron ecuaciones de búsqueda combinando las diferentes palabras claves o keywords. Los términos se unieron por el operador booleano AND. Las bases de datos donde las ecuaciones de búsqueda no produjeron ningún resultado fueron Scielo, Teseo, IME, Cuidatge, Enfispo y Bdie.

Las ecuaciones de búsqueda que produjeron resultados son un total de 22, que aparecen reflejadas en el Anexo 5. En algunas de ellas se puede observar que no aparece la palabra clave de atención de enfermería o nursing ya que creaba una distorsión en la búsqueda: no producía ningún resultado. Por otra parte, al no obtener suficientes resultados con “early diagnosis” y “diagnóstico precoz”, se introduce en las bases de datos “screening” y “cribado”. Por último, en todas las bases de datos se introdujo la adolescencia como límite a excepción de Medline que se introdujo como palabra clave: adolescents.

Siguiendo la estrategia de búsqueda expuesta anteriormente, se obtuvieron un total de 177 artículos. Se excluyeron 10 artículos por encontrarse duplicados. Tras ello se procedió a obtener los artículos. Se eliminó uno por ser de pago. De los 166 artículos restantes, se eliminaron 139 tras la lectura del título y resumen. Todos los que se eliminaron no cumplían los criterios de inclusión o, bien, cumplía los de exclusión. Se

leyeron los 27 restantes y se excluyeron 4 por no aportar ningún resultado para nuestros objetivos. La muestra final fue de 23 artículos. Dentro de los 23 artículos encontrados, hay 15 fuentes primarias que son artículos originales y 8 fuentes secundarias: 4 revisiones sistemáticas, 2 artículos de divulgación, un artículo de opinión y un programa de Educación para la Salud. Se decidió escoger los artículos de divulgación y el artículo de opinión por responder a los objetivos propuestos dado que se obtienen datos relevantes de los métodos de detección y del papel enfermero. El programa de Educación para la Salud publicado otorga información completa y clara de las características de un programa preventivo de los TCA teniendo gran relevancia para nuestro trabajo.

Por otra parte, también se han realizado búsquedas en Google académico con el objetivo de encontrar Guías de Práctica Clínica para conocer el grado de recomendación de la práctica enfermera que desde distintos organismos sanitarios se ofrecen. Introduciendo los términos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes se han encontrado las siguientes fuentes secundarias:

- Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria
- Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

Resultados

Los resultados de la búsqueda bibliográfica se recogen en el Anexo 6 donde figuran los 23 artículos resultantes de dicha búsqueda. A éstos, se deben añadir las dos Guías de Práctica Clínica encontradas: la Guía de Práctica Clínica de TCA y Obesidad y la Guía de Cuidados de Enfermería Comunitaria y Familiar en los TCA. Los resultados se expondrán en base a los programas de prevención de los TCA, los métodos de screening y el papel enfermero en los mismos.

1. Programas de prevención de los TCA en adolescentes.

Los resultados de la revisión de los programas se estructurarán en base al método preventivo utilizado, contenidos, características del programa, seguimiento posterior y el lugar de implementación.

1.1. Método preventivo

Los distintos métodos preventivos que se han definido en los programas son los descritos por Morandé en el libro Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad: un enfoque integral (16).

1.1.1. Prevención basada en la psicoeducación.

Los programas de prevención que se van a presentar a continuación (30, 34, 35 y 36), además de llevarse a cabo a través de la psicoeducación proporcionando información sobre los TCA, también incluyen intervenciones para la reducción de los factores de riesgo de los mismos, así como otras que favorecen la adquisición de habilidades sociales. Dentro de estos, se encuentra el recogido por la Guía de Práctica Clínica de TCA y Obesidad (30) que utiliza, a su vez, otro método preventivo basado en la crítica de medios de comunicación. Lo mismo ocurre con el programa propuesto por Mora, M. (34) llevado a cabo en el ámbito escolar y cuyos objetivos son corregir falsas creencias sobre la alimentación y mostrar la importancia del ejercicio físico además de la realización de un análisis crítico y debate sobre los modelos de belleza existentes y la influencia de los medios sobre éstos. El artículo de Jiménez Rodríguez (35) expone un programa psicoeducativo dirigido a la población adolescente e impartido por un equipo multidisciplinar que desarrolla, tras varias sesiones, aspectos como la educación nutricional, la potenciación de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales. Otro ejemplo es el expuesto en el artículo de Gómez Pèresmitré (36) donde compara dos programas con los mismos contenidos pero formatos distintos: el formato psicoeducativo y la Realidad Virtual, programa que intenta reducir los factores de riesgo a través de una simulación por ordenador que ayuda a los participantes a evocar sensaciones y percepciones reales sobre el ideal de belleza y la aceptación de la variedad corporal. En los dos programas se incide en la importancia de involucrar a los profesionales sanitarios en la prevención y en acompañar estas técnicas con el entrenamiento en habilidades sociales y la promoción de comportamientos

saludables. En el artículo de Weigel (37) se expone un programa de prevención cuyo objetivo, además de ser el de aumentar los conocimientos sobre los TCA, pretende disminuir los factores de riesgo a través de múltiples sesiones. El estudio realizado por Wick, K (38) muestra un programa de prevención de la anorexia nerviosa enfocado al ámbito escolar y denominado PriMa basado únicamente en la reducción de los factores de riesgo y en el fortalecimiento de la persona a través de la adquisición de habilidades sociales. Para ello se llevan a cabo actividades como el role-playing, la visualización de películas y el debate. Además de los artículos mencionados anteriormente, se encontraron revisiones sistemáticas de programas preventivos. En la revisión de López-Guimera (39) se observa que desde 1993 hasta 2011 la mayoría de los programas preventivos que revisaron, 47, eran exclusivamente psicoeducativos obteniéndose con ellos grandes efectos al aumentar los conocimientos pero limitaciones en cuanto a la reducción de factores de riesgo.

1.1.2. Prevención basada en la disonancia cognitiva.

Entre los programas de prevención basados en la disonancia cognitiva se encuentra el llevado a cabo por Jáuregui Lobera (42), basado en una adaptación de un programa de prevención conocido como “Girls’ Group” en el que se tratan los factores de riesgo para las chicas adolescentes e incluye elementos interactivos y la disonancia cognitiva a través de la cual se tratan los contenidos en presentaciones con efectos visuales, fotografías y gráficos animados. Otro ejemplo lo encontramos en el artículo de Rohde (43) donde se ofrece una adaptación del programa de prevención conocido como “Body Project”. La adaptación de este programa solo pretende reducir la duración de las sesiones y la complejidad de los conceptos con el fin de incrementar la comprensión en los participantes menores de 15 años y conseguir que los efectos de la intervención persistan. En este programa las adolescentes con una preocupación sobre la imagen corporal critican de forma voluntaria el ideal de belleza de manera verbal, escrita y a través de ejercicios de comportamiento. Además, incluye la visualización de vídeos sobre el cambio del ideal de belleza a lo largo del tiempo y actividades de role-playing. Por último, en la revisión realizada por Ciao (44) se analizan las características comunes de varios programas de prevención entre los que destaca el Body Project, todos ellos se basan en teorías cognitivo-conductuales. Tras su análisis, Ciao muestra que los más

exitosos fueron aquellos que se llevaron a cabo en colegios y con una prevención universal dirigida a niños y niñas.

1.1.3. Prevención basada en la crítica de medios de comunicación y movilización y activismo social.

En el artículo de Mora, M. (34) se encuentra expuesto otro programa de prevención basado en las técnicas de crítica de medios de comunicación y movilización y activismo social. Esta prevención se realiza a través de un programa de teatro donde los participantes desarrollan competencias comunicativas como son el análisis, la creación, la reflexión y la actuación. El programa mostró efectos protectores en cuanto a las habilidades psicológicas adquiridas por los adolescentes. Otro programa que se basa en la crítica de medios de comunicación, mediante el enfoque cognitivo-conductual, es el StudentBodies (45). Se realiza a través de Internet y está formado por 8 sesiones que se realizan a lo largo de 8 semanas. Beintner (45), analiza 6 implantaciones del StudentBodies para conocer la adherencia de los adolescentes a este estilo de intervenciones. Se observa que hay una adherencia del 74%, independientemente de si es prevención selectiva o universal. Beintner recomienda la realización de dicho programa ya que es de bajo coste, fácil divulgación y tiene un potencial impacto sobre la salud pública. El programa POPS, Potsdam Prevention at Schools, (46) llevado a cabo por Warschburguer se encuentra dentro de aquellos programas que pretenden aumentar las capacidades de afrontamiento de los adolescentes. Además también se tratan temas como la alimentación saludable y las dietas. La novena sesión, la última del programa es una psicoeducación sobre los TCA y sus factores de riesgo pero va dirigida a los padres. Este programa se lleva a cabo en el contexto escolar. En la revisión sistemática llevada a cabo por Schober, I. (47) se revisan programas preventivos realizados en el ámbito escolar del 2001 al 2012, en los que se observa la aparición crecientemente de programas basados en el método de disonancia y la crítica de medios de comunicación. Dicho método se ha valorado como herramienta de prevención universal ya que trabaja con la autoestima y protegen las redes de apoyo (47). Willksch, añade, en su revisión (48), que es el enfoque más efectivo de prevención en adolescentes junto con el método de fortalecimiento de habilidades de resolución de problemas.

1.2. Contenidos de los programas

Tras la lectura de los artículos se observa como todos los programas coinciden en tratar el tema de la alimentación saludable y las dietas, a excepción de Weigel (37) y Mora (34) en el programa basado en el arte dramático. Estos autores describen que los programas propuestos quieren trabajar en profundidad los temas de la influencia de los medios de comunicación y los modelos de belleza de delgadez tanto masculinos como femeninos. Estos temas son recogidos en los demás programas, especialmente en aquellos que utilizan el método de crítica de medios de comunicación y el de disonancia cognitiva. Por otra parte, muchas de las sesiones de los programas, de una forma u otra, van orientadas al aumento de la autoestima trabajando en la percepción de la imagen corporal, el conocimiento de uno mismo y aumentando o mejorando las habilidades sociales y las de afrontamiento de problemas.

1.3. Características del programa

Se puede observar que los programas revisados guardan similitudes. En todos ellos, se menciona que el estilo en el que se debe realizar las intervenciones es interactivo y dinámico. Ejemplo de ello son actividades como el role-playing, el debate, la visualización de cortos, los juegos dinámicos, entre otros. Estas actividades se trabajan en sesiones grupales. En relación a las cualidades de la población diana de los programas, cabe mencionar que 12 programas de los 18 revisados, van dirigidos a adolescentes de ambos sexos.

1.4. Seguimiento

La mayoría de estos programas (30, 34, 37, 38) cuentan con cuestionarios pre y post-test que son administrados al finalizar el programa con el fin de valorar si se mantienen los efectos de las actividades preventivas. En cada uno de los programas el momento en el que se administran y las veces que lo realizan son variables. El rango oscila desde el final de la última sesión hasta los 6 meses mayoritariamente. Dos de los programas lo alargan hasta los 13 meses (34, 45). Ciao, en su revisión (44), expone que los programas analizados tienen un seguimiento en el tiempo de un máximo de 6 meses pero recomienda que los programas que se impartan más adelante ofrezcan un seguimiento mayor ya que únicamente se observan los resultados a corto plazo (44).

López Guimera y Schober (39, 47) coinciden en la recomendación de Ciao de un seguimiento a largo plazo, al igual que Jiménez Rodríguez y Rhode (35,43).

1.5. Lugar de implementación

Tras la revisión de los artículos, se debe mencionar que el ámbito escolar es donde se desarrollan estos programas ya que es el lugar idóneo para intervenir sobre un amplio número de adolescentes al mismo tiempo (30, 34, 35, 37, 38, 42). Cabe mencionar el estudio realizado por Haines J, (49) en el que valida el cuestionario EAT-26 en los colegios, debido a que es en éstos donde tienen acceso a un mayor número de adolescentes y pueden administrarlo en el contexto de la encuesta anual de salud que realiza la enfermera escolar en EEUU.

1.6. Prevención en el ámbito familiar

Como característica a resaltar, se observa que en varios programas preventivos aparece el enfoque familiar. En el programa propuesto por Wick, K. (38) se destaca que la primera sesión va dirigida a los padres. A través de una charla informativa, también propuesta en el programa de prevención presente en la Guía de Práctica Clínica de TCA (30), se les hace conocedores de los síntomas de los TCA y sus consecuencias. Por otro lado, Jones, M. (40) desarrolla un programa online dirigido a los padres de estudiantes cuyo objetivo es educarles en los peligros de la anorexia nerviosa para conseguir así que sean capaces de intervenir en su prevención. El contenido de las sesiones está centrado en la concienciación de los padres, animándoles a que actúen frente a los comportamientos problemáticos relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. El mismo objetivo aparece en el programa de Educación para la Salud de Quinta Aguza (41) que consta de 4 sesiones cuyos contenidos serían: la alimentación y la nutrición, la sobreprotección parental, el control de los medios de comunicación, alimentación, valores, así como los TCA y sus signos de alarma.

2. Métodos de Screening.

A la hora de realizar la detección precoz, se pueden seguir los pasos recomendados por el Comité de la Academia Americana de Pediatría y Adolescencia (AAP). Estas recomendaciones, sintetizadas en el artículo de Debora L. McBride (50),

recogen que se deben realizar métodos de cribado a preadolescentes y adolescentes en las revisiones anuales y en los exámenes físicos que se realicen en los colegios. Añaden que en la revisión se debe tener una entrevista con los adolescentes y hacerles preguntas en lo relativo a las conductas alimentarias, la preocupación por la imagen corporal y la obsesión por el control del peso. En este punto se habla de los cuestionarios que se describen más adelante como forma de objetivizar y registrar el riesgo que los adolescentes puedan tener de padecer TCA. Una vez realizado el cribado, si el adolescente tiene un riesgo positivo, se debe iniciar un seguimiento por parte de aquellas personas que implanten el programa de prevención en el que las revisiones sean cada una o dos semanas, además de realizar entrevistas específicas de los TCA. Por otra parte, también hacen hincapié en una entrevista posterior con los padres para conocer la situación familiar y que ellos puedan colaborar en ayudar a su hijo a que no desarrolle ningún TCA. Por último, menciona, la importancia de conocer los síntomas de los TCA, de las actitudes que se expresan con cada edad y del posible tratamiento para derivar cuando sea necesario. Se puede observar en los artículos en los que se exponen programas (30, 34, 35, 37, 42) se administran los distintos cuestionarios de cribado y/o se realizan entrevistas específicas de los TCA pero sólo en el Programa PriMa llevado a cabo por Wick (38), en la Guía de Práctica Clínica de TCA y Obesidad (30), en el POPS (46) y en el programa de Jones M. (40) se menciona realizar la entrevista a los padres. En los artículos relativos a los métodos screening, se han encontrado los siguientes cuestionarios:

-Cuestionario SCOFF: J.Botella realiza un metaanálisis de la escala SCOFF (51) En él se pretende determinar su eficacia como herramienta rápida de screening de los TCA. Se estima que la sensibilidad del cuestionario es de un 80,1% y su especificidad de un 93,4%. Además, la sensibilidad aumenta hasta un 88,2% si el cuestionario se administra a través de la entrevista, revelando así la habilidad de los profesionales en la detección de síntomas. Se refuerza la idea de que el cuestionario SCOFF constituye una herramienta eficiente en la detección de los TCA. Además es breve y puede ser administrada por personas no especialistas.

-EDI/EDI-2/EDI-3: Segura-García realiza un estudio sobre las dos últimas versiones del EDI (52). Se pretende saber si la nueva versión, EDI-3, reduce la tasa de falsos negativos del EDI-2, y si es más eficaz en reconocer nuevos casos. Para ello se

hicieron dos estudios. En el primero se administraron las dos versiones en una población de recién diagnóstico de TCA y el segundo en una población en riesgo. Tras realizar dos estudios en distintas poblaciones, un psiquiatra realizó entrevistas a los adolescentes para saber si los casos positivos eran reales o falsos positivos. Al analizar los resultados, se concluyó que el EDI-3 es de mayor confianza a la hora de diagnosticar a las personas que pueden tener TCA y de clasificarlas en el tipo correspondiente.

-EAT-40: Peláez-Fernández (53) realiza un estudio en la Comunidad de Madrid sobre la validez diagnóstica del EAT-40. En este estudio, demuestra que disminuyendo el punto de corte a 21 (anteriormente en 30) se obtiene una sensibilidad del 88,2%. Este estudio demuestra que el EAT-40 es válido para administrarlo en los diferentes campos de trabajo con los adolescentes y que la precisión a la hora de detectar un TCA aumenta si se administra por especialistas. La única deficiencia, es la especificidad del 62,1%.

-EAT-26: Se encuentran dos estudios (49,54) sobre esta escala. Uno de los estudios valida el EAT-26 en una población femenina de entre 15-25 de Medellín (54). Una vez detectados los casos positivos, se realizó como en el estudio de las versiones del EDI, una confirmación posterior con dos psiquiatras. La conclusión fue que el EAT-26, modificado y abreviado es un buen instrumento de cribado, con buenos valores de confiabilidad (92%), sensibilidad (100%) y especificidad (85,6%). Por otra parte, Haines J (49), además de validar el cuestionario, comprueba la eficacia de detección precoz de TCA de determinados ítems conductuales y actitudinales de la escala EAT-26 para que el personal de los colegios pueda incluirlos en las encuestas de salud anual que se realiza. En el estudio se recomienda la combinación de los ítems de “preocupación por el deseo de ser delgado” (ítem actitudinal), vómitos para el control del peso y atracones de comida (ítems conductuales). Haines J recomienda que se añadan a la entrevista de salud los 3 ítems, puesto que las consecuencias de los TCA son graves para la salud y desde los colegios se debe hacer el esfuerzo de detectar y tratar las conductas que en un primer momento se consideren de riesgo. Haines J, con este estudio no solo consigue validar los ítems para la ayuda a la detección precoz de los TCA, sino que intenta concienciar a enfermeras escolares y profesores y así sepan administrar adecuadamente los cuestionarios y detectar precozmente.

-EDE-Q: Peláez Fernández examina la versión española de la entrevista EDE-Q en adolescentes y adultos jóvenes (55). Es el primer estudio que se realiza en este rango

de edad. Los resultados exponen una adecuada consistencia interna y validez del cuestionario. Además, las subescalas del EDE-Q se correlacionan de manera positiva con las subescalas del EAT-40, especialmente el de la dieta. Se concluye que la valoración de la entrevista EDE-Q en su versión española es buena-excelente con una sensibilidad del 96,04% y una especificidad del 94,01%.

3. Papel enfermero en los programas de prevención de los TCA en adolescentes.

Tras la búsqueda bibliográfica se ha visto que sólo en 5 de los documentos encontrados se menciona el papel de la enfermería (39, 41, 49,56, 57). Según estos documentos la figura de la enfermera se puede desglosar en: enfermera especialista en Salud Mental, enfermera de Atención Primaria, y enfermera escolar.

Enfermera especialista en Salud Mental

En el programa de educación para la Salud realizado por Quinta Aguza (41) se plantea que la persona encargada de llevar a cabo el programa de EpS sea la enfermera de salud mental. Dicho programa está orientado a los padres de los adolescentes de un colegio. La enfermera es la encargada de realizar las cuatro sesiones por las que está compuesto el programa. En la primera sesión, la enfermera da información sobre la alimentación y la nutrición mediante el método expositivo de la charla. En la segunda, aborda los mismos temas dirigiendo un taller sobre la distribución adecuada de las comidas, el IMC y los falsos mitos de la alimentación y dietas. En la tercera sesión trata temas como la sobreprotección parental, el control de los medios de comunicación, valores, afectividad familiar mediante la técnica de discusión. La enfermera es la moderadora. Posteriormente realiza una exposición a modo de conclusión. En la última sesión, se encarga de informar sobre los TCA y sus signos de alarma y de educar a los padres para que éstos sean capaces de actuar cuando existan sospechas claras. Durante la realización de dicho programa, está dentro de las competencias de la enfermera detectar familias en riesgo, valorar al adolescente y derivar a una unidad de salud mental si fuera necesario, así como, realizar el seguimiento de ese adolescente

Enfermera de Atención Primaria

La Guía de Cuidados de Enfermería Comunitaria y Familiar de los TCA (56) propone un programa de Educación para la Salud que dirige la enfermera de AP. Como

población diana de esta prevención se encontrarán los adolescentes, las asociaciones de padres presentes en las escuelas, personas en riesgo de padecer un TCA, entre otros. La enfermera podrá llevar a cabo las EpS en el centro de salud, las escuelas, los centros culturales, los centros deportivos y los institutos. La enfermera llevará a cabo la difusión del programa así como la distribución de las sesiones. Por una parte realizará sesiones grupales en las que a través de técnicas de investigación en el aula, técnicas expositivas, de análisis y de desarrollo de habilidades se abordarán las distintas temáticas. Por otra parte, la enfermera comunitaria también llevará a cabo sesiones informativas a público abierto sobre los TCA mediante la técnica expositiva.

En la revisión de programas de prevención realizado por López Guimera (39), se muestra que 3 de los programas concuerdan en que deben ser los profesionales especialistas los que los impartan. Es en un programa del 2007 realizado en Canadá y dirigido por Mcvey G. en el que se menciona a la enfermera comunitaria como una figura especialista capacitada para implementar el programa de prevención universal de TCA. Para llevarlo a cabo en las escuelas, la enfermera colabora con investigadores y maestros. Cabe mencionar que dicho programa también trabaja con los padres de los estudiantes. La enfermera, por tanto, realizará actividades de prevención, de análisis de resultados y de seguimiento.

Enfermera de colegio

Funari (57) describe el trabajo de la enfermera escolar en la detección de síntomas de TCA y coincide con las recomendaciones dadas por el Comité de la Academia Americana de Pediatría y Adolescencia (AAP). La enfermera escolar debe conocer los síntomas de los TCA y cómo se expresan a cada edad para que si existe sospecha de que un adolescente esté en riesgo de padecerlo realice una valoración de la conducta alimentaria, de las conductas del adolescente relacionadas con el peso y la imagen corporal, una valoración del estado mental, social y psicológico y un registro del peso y altura. En cuanto a la prevención se mencionan algunos consejos que se podrían dar a los adolescentes y que se agrupan en dos líneas de prevención: la alimentación saludable y el pensamiento positivo sobre la propia imagen corporal. Además aconseja realizar distintas actividades para empoderar a los estudiantes. La enfermera escolar tiene las competencias para desarrollar, entre otras: clases extra-curriculares en cuanto al peso, imagen corporal y su diversidad, los TCA y los falsos mitos de las dietas;

programas que aumenten la autoestima mediante el desarrollo de cualidades internas (honestidad, creatividad, amabilidad, etc), sesiones en las que se ayude a los estudiantes a entender la táctica publicitaria que promueve la insatisfacción corporal y así, poner en duda y luchar contra el ideal de belleza de la delgadez, actividades en las que se entrene a los estudiantes en grupos de pares para que sean capaces de hablar con compañeros en sospecha de padecer un TCA o con preocupación excesiva por la imagen corporal.

A su vez, investigadores de EEUU en el estudio sobre la validez conductual y actitudinal de los ítems del EAT-26 (49) añaden la necesidad de que sean los profesionales que trabajan comúnmente con los adolescentes los encargados de detectar, administrar el cuestionario y derivar los nuevos casos de TCA. Pone como ejemplo a la enfermera escolar. Proponen administrar el cuestionario durante la encuesta anual de salud que se realiza en los colegios.

Limitaciones de la revisión narrativa

Las limitaciones que se encuentran en la realización de la revisión narrativa son las relativas a la selección del idioma. Uno de los criterios de inclusión es el idioma, en inglés o en castellano, esto hace que la bibliografía de relevancia en otros idiomas como portugués, alemán o italiano no se haya considerado y puede alterar los resultados y conclusiones. Otro ámbito que podría generar modificaciones en los resultados es el no haber buscado en más bases de datos o repositorios, así como el no haber revisado artículos incluidos en la propia bibliografía de los seleccionados. Además, el hecho de limitar la búsqueda de bibliografía a los últimos 5 años podría haber dejado fuera de la selección de documentos aquellos que aportasen mayor información sobre el enfoque de este trabajo. Cabe mencionar el hecho de ser el primer acercamiento que se tiene a este tipo de trabajos, por lo que la búsqueda se ha hecho más ardua y se han podido dejar fuera artículos de relevancia al no afinar las búsquedas convenientemente. Además, a esto se le añade la dificultad encontrada a la hora de redactar de una forma aséptica la información recogida, lo que nos ha llevado más tiempo, retrasándonos así en la realización del mismo. Otra dificultad en la realización del trabajo, ha sido la realización de éste en pareja debido al tiempo que nos llevado ponernos de acuerdo en los diferentes aspectos del mismo. En lo referente a las búsquedas, la decisión de introducir el papel de enfermería en la revisión narrativa ha creado distorsión en las mismas, debido a que no aparecían resultados de prevención y promoción de TCA en

adolescentes. Este hecho, conlleva, que los resultados relacionados con las funciones del enfermero o enfermera sean escasos, hecho que creó una desmotivación en nosotras. Además, al hablar sobre la prevención de los TCA en los colegios e institutos y su amplia cobertura, no hemos tenido en cuenta la tasa de fracaso escolar o adolescentes no escolarizados que quedan fuera de estas medidas preventivas y que requerirán de medidas alternativas para captarlos.

Conclusiones

Tras la revisión de 11 estudios en los que aparecían 1 o 2 programas de prevención, 3 revisiones sistemáticas de programas preventivos anteriores al 2012 y la lectura de 2 guías de práctica clínica se puede concluir que no hay un enfoque preventivo único para asegurar que el programa de prevención o las actividades preventivas sean eficaces ya que ninguno consigue la reducción de los factores de riesgo en su totalidad. En la actualidad, se está tendiendo a realizar programas que contengan un enfoque mixto. Debido a la gran importancia que tienen los mensajes que transmiten los medios de comunicación en nuestra época, y debido al ideal de belleza de delgadez que se muestra, el método cognitivo-conductual de crítica de medios de comunicación de masas toma el protagonismo. Junto con él, la disonancia cognitiva se introduce en las intervenciones de los distintos programas. Ejemplos de estos programas son el StudentBodies, el BodyProject, el PriMa, el GirlsGroup o el POPS. Los estudios revisados sobre los mismos muestran que son los que han obtenido unos mejores resultados en la disminución de los factores de riesgo de los TCA. Los factores de riesgo que más se han valorado han sido la autoestima, las habilidades sociales, la influencia ejercida por los medios de comunicación, la preocupación por el peso y la imagen corporal y la existencia de conductas de riesgo.

Por otra parte, se observa que la mayoría de los programas de prevención no realizan un seguimiento mayor de 6 meses lo que dificulta saber si son eficaces para reducir los factores de riesgo a largo plazo. Por tanto, y coincidiendo con Schober, López-Guimera y Ciao, se deben hacer seguimientos mayores para asegurarnos que los conocimientos, hábitos y/o modificaciones de conductas o la visión sobre sí mismo se consolidan en el adolescente. Se deben definir los cuestionarios post-test, administrarlos varias veces a lo largo de más de seis meses y registrar los resultados.

Otra de las características de los programas revisados que coinciden con las Guías de Práctica Clínica (30,56) es la realización de las intervenciones de manera interactiva y dinámica. Esto hace que los adolescentes puedan involucrarse más en las actividades, no pierdan la atención e interioricen el contenido de las sesiones de una forma eficaz. Al mismo tiempo, también es importante que los programas sean de sesiones múltiples para afianzar los objetivos y para poder tratar al menos dos de los factores que influyen en la aparición de los TCA. En estas sesiones, aparece la necesidad de trabajar por grupos de pares, que se puede ver en los programas de disonancia y de crítica de medios de comunicación de masas.

Para saber si hay necesidad de implementar los programas, o ya una vez implementados, conocer la situación de riesgo en la que están los adolescentes, se utilizan distintos cuestionarios de detección. Los más comunes son la escala SCOFF, los cuestionarios EAT-40 y EAT-26, el EDI-3 y la entrevista EDE-Q. Se ha visto que todos ellos son eficaces para la detección de adolescentes en riesgo. La SCOFF se podría administrar en cualquier ámbito como un primer sondeo, debido a su brevedad y sencillez. Los cuestionarios EAT y EDI requieren de más tiempo para la administración aunque dan una mayor precisión de los posibles nuevos casos debido a que son escalas que abordan más esferas. Por lo que una combinación de ambas, o directamente la EAT-26 o la EDI-3 para un primera evaluación serían aceptables. Para una valoración más rigurosa se puede administrar la EDE-Q, al igual que realizar una entrevista a los padres o las personas cercanas al adolescente como ocurre en varios programas.

Exponer el papel de la enfermera o enfermero en la prevención y detección de los TCA se hace complejo. Hasta la fecha la enfermería no ha tomado conciencia de la importancia de la prevención en adolescentes y más en este tipo de trastornos que conllevan consecuencias de salud graves. Muestra de ello, es la poca literatura que se ha encontrado al respecto y la distorsión que creaba en las búsquedas. Se ve, por tanto, la necesidad de que desde la investigación enfermera se ahonde en este campo y se tome iniciativa ya que la enfermera es una figura clave del equipo multidisciplinar de AP y sobre todo en los colegios donde es la representante de la salud. La figura de la enfermera escolar, ya desarrollada en EEUU, puede ir creciendo en nuestros colegios a fin de conseguir más visibilidad, llegar a la población adolescente y realizar actividades de prevención y detección. Además, el enfermero/enfermera recibe en su formación

competencias que hacen que pueda llevar a cabo tanto la prevención como la investigación en los programas que mejor se adecuen a los adolescentes con los que trabaja. La Guía de Cuidados de Enfermería Comunitaria y Familiar de los TCA y el artículo de Funari, son un buen reflejo de las actividades preventivas y de detección precoz de los TCA que puede llevar a cabo un enfermero o enfermera con los adolescentes. Además, y dada la importancia del entorno familiar en el desarrollo de un TCA, la enfermera deberá trabajar no sólo con los adolescentes, sino también con los padres y familiares de éstos, tal y como aparece en el documento de Quinta Aguza (41), con el objetivo de educarles en salud y promover unos hábitos saludables en el seno familiar, así como proporcionarles información y recursos para que sean capaces de actuar frente a los signos de alarma de estos trastornos. Para este trabajo preventivo con la familia y los adolescentes, desde la taxonomía NANDA (58), existen varias intervenciones a realizar entre las que destacamos:

- *Educación parental: adolescentes.* Con actividades como enseñar a los padres técnicas de comunicación que aumenten la capacidad de empatizar con sus hijos y ayudarles así a solucionar problemas.
- *Educación para la Salud*
- *Fomentar el desarrollo: adolescentes;* promoviendo un hábito de vida saludable, fomentando las habilidades comunicativas y de asertividad.
- *Mejora de la imagen corporal,* con actividades como ayudar al adolescente en riesgo a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.
- *Potenciación de la autoestima.* Ayudando al adolescente, por ejemplo, a identificar sus puntos fuertes.

En lo relativo al ámbito en el que se realiza la prevención, los colegios son el mejor ambiente en el que llevar a cabo los programas. Los artículos afirman que es debido a su facilidad de acceso a la población diana y a la amplia cobertura que proporcionan. Además tras la lectura de las características de los programas, se llega a la conclusión de que los colegios son la mejor estancia para trabajar con el grupo de pares, para llevar un seguimiento a largo plazo, para poder realizar un enfoque familiar y para consolidar el colegio como una red de apoyo. Por otro lado, se debe tener en cuenta la tasa de abandono educativo existente en España, del 21,9% en 2014 (59), porcentaje de adolescentes al cual no se accedería a través del colegio, y debería tenerse en cuenta

desde el ámbito sanitario captando a todos los adolescentes que acuden a las consultas a través de una valoración enfermera en la que se introduzca el cuestionario de cribado, como puede ser el SCOOF. Como en el ámbito escolar en España no está instaurada completamente la figura de la enfermera escolar, existen las mesas de salud escolar (60), donde aparecen recogidos los distintos proyectos preventivos y de Educación para la Salud que se llevan a cabo en niños y adolescentes e impartidos por las enfermeras de Atención Primaria durante el año escolar.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5ª ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 329-354.
- (2) Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *NutrHosp* 2012; 27(3):391-401.
- (3) Ortiz Moncada R. Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario. Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia; 2015.
- (4) Santana LP, M.; R Silva, R.C.; M O Assis, A.; et al. Factors associated with body image dissatisfaction among adolescents in public schools students in Salvador, Brazil. *NutrHosp*. 2013; 28(3) 747-755
- (5) Oliva L, Gandarillas A, Sonogo M, et al. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid: Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas. 2012; 18(8):3-23.
- (6) Previendo los trastornos mentales: trastornos alimenticios. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2004.p. 45-47.
- (7) Navarro Rodríguez MC, Marrero Montelongo MM. El cuidado de la salud en la adolescencia y la juventud. En: Darías Curvo S. Enfermería Comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 708-719.
- (8) Mansilla Pozuelo MD. La adolescencia, periodo de búsqueda de la identidad. En: Plumed Moreno C. Psicología general. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012. p. 347-377.
- (9) Garrote Rojas D, Palomares Ruiz A. Educación y salud en la adolescencia: Los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete* 2011; 26: 55-70.
- (10) Cruz-Sáez M.S, Salaberria K, Rodríguez S, Echeburúa E. Imagen corporal y realización de dieta: diferencias entre adolescentes españolas y latinoamericanas. *Univ. Psychol*. 2013. 12(3) 699-708.
- (11) Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado. 2015; Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>. Fecha de acceso: 1/4, 2016.

- (12) Servicio Madrileño de Salud. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. julio 2014; Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142521116585&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1354503211337&idPagina=1343068184421&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid&sm=134306818443. Fecha de acceso 1/4, 2016.
- (13) Sistema de Información de Atención Primaria. Actividad asistencial en centros de Atención Primaria y a domicilio. España: Sistema Nacional de Salud; 2014
- (14) Ammerman S, Martín H. Atención al adolescente. ¿Cuándo, cómo y dónde? Medicina de la Adolescencia. Atención integral. 2ª ed. España: Medicina Adolescencia.; 2012. p. 111-120.
- (15) Prevención y promoción de la salud. Manual CTO. Oposiciones de Enfermería. Comunidad Autónoma de Illes Balears. Volumen I Madrid: CTO EDITORIAL, S.L.; 2009. p. 113-119.
- (16) Morandé Lavín G, Graell Berna M, Blanco Fernández MA. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad: un enfoque integral. 1ª ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- (17) Clausen L, Rosenvinge J.H, Friberg O, RokkedalK. Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A Comparison between 561 Female Eating Disorders Patients and 878 Females from the General Population. J PsychopatholBehav Assess. 2011; 33(1): 101-110.
- (18) Selzer R, Hamill C, Bowes G, Patton G. The Branched Eating Disorders Test: Validity in a Nonclinical Population. International Journal of EatingDisorders 1996; 20(1): 57-64.
- (19) BisettoPonse D, Botella Guijarro A, Sancho Muñoz A. Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. Adicciones 2012; 24(1):9-16.
- (20) Salazar Mora Z. El Test de Actitudes hacia la alimentación en Costa Rica: primeras evidencias de validez y confiabilidad. Actualidades en Psicología 2012; 26(113).
- (21) Smith MC, Farmer MH, Wonderlich J. Cuestionario de Bulimia Revisado. 1991; Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/CUESTIONARIO%20DE%20BULIMIA%20REVISADO%20\(BULIT-R\)/BULIT-R_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/CUESTIONARIO%20DE%20BULIMIA%20REVISADO%20(BULIT-R)/BULIT-R_F.pdf).
- (22) Henderson M, Freeman PL. Test de Investigación en Bulimia de Edimburgo. 1987; Disponible en:

[http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/TEST%20DE%20INVESTIGACION%20EN%20BULIMIA%20\(BITE\)/BITE_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ALIMENTACION/TEST%20DE%20INVESTIGACION%20EN%20BULIMIA%20(BITE)/BITE_F.pdf).

(23) Comisión Científico Técnico de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Papel de Enfermería en Atención Primaria. 2009; Disponible en: https://www.semg.es/doc/comunidades/madrid/enfermeria_en_ap.pdf.

(24) Ramos Calero E. Enfermería comunitaria. En: Darias Curvo S. Enfermería Comunitaria. Vol. II. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 432-447.

(25) Servicio andaluz de empleo. Ocupaciones. Material de orientación profesional: enfermero-enfermera. Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Empleo; 2003.

(26) Wiscarz Stuart G. Promoción de la Salud Mental y Prevención de la enfermedad. Enfermería Psiquiátrica: Principios y práctica. 8ª ed. España.: Elsevier; 2006. p. 208-220.

(27) Programa de Atención a la Salud infanto-juvenil de la Comunidad de Canarias. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/508923fe-66fc-11de-a8cf-2599df347c77/Capitulo3%20InfantoJuvenil.pdf>. Fecha de acceso: 1/4, 2016.

(28) Leiva, L.; George, M.; Antivillo, A.; et al. Salud mental escolar: logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas*. 2015. 15 (1) 31-41.

(29) López Langa N, González Prieto NI, López Gutiérrez I. Competencias profesionales de la enfermería escolar. 1ª ed. Madrid: Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos; 2015.

(30) Gómez del Barrio JA, Gaité Pindado L, Gómez L, et a. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. España.: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.; 2012.

(31) De Cos Blanco AI, Loria Kohen V, Gómez Candela C. Nutrición en los trastornos de la conducta alimentaria. Tratado de Nutrición. Tomo IV. Nutrición clínica. 2ª ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 447-469.

(32) Peláez Fernández MA, RaichEscursell RM, Labrador Encinas FJ. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2010; 62-75.

(33) Sevillano Fernández JP. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Plan estratégico de Salud Mental. 2010-2014. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ed.; 2010. p. 130-136.

- (34) Mora M, Penelo E, Gutiérrez T, et al. Assessment of two school-based programs to prevent universal eating disorders: media literacy and theatre-based methodology in Spanish adolescent boys and girls. *TheScientificWorldJournal* 2015:1-12.
- (35) Jiménez Rodríguez D, Galindo Muñoz JS, Gómez Díaz M, et al. Efectividad de un programa de prevención psicoeducativa en trastornos de la conducta alimentaria dirigido a adolescentes. *Parainfo digital* 2013; 19.
- (36) Gómez Péresmitré G, León Hernández R, Platas Acevedo S, et al. Realidad Virtual y Psicoeducación: formatos de prevención selectiva en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2013:23-30.
- (37) Weigel A, Gumz A, Uhlenbusch N, et al. Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: study protocol a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015; 15(21):1-9.
- (38) Wick K, Brix C, Bormann B, et al. Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Preventive Medicine* 2011; 52: 152-158.
- (39) López-Guimera G, Sánchez-Carrecedo D, Fauquet J. Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2011; 2: 125-147
- (40) Jones M, Völker U, Lock J, et al. Family-based Early Intervention for Anorexia Nervosa. *EatDisordersRev* 2012; 20:137-143.
- (41) Quinta Aguza C, Fernández Cabello ME, Martínez Cabello V; et al. Programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Biblioteca Las Casas* 2015;11(2).
- (42) Jáuregui Lobera I, León Lozano P, Bolaños Ríos, P. et, al. Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents. *International Journal Of General Medicine* 2010; 3: 263-272.
- (43) Rohde P, Auslander BA, Shaw H, et al. Dissonance-based prevention of Eating Disorder Risk Factors in Middle school girls: results from two pilot trials. *International Journal of Eating Disorders* 2014;47 (5):483-494.
- (44) Ciao AC, Loth K, Neumark-Sztainer D. Preventing eating disorder pathology; common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *PsychiatryRep* 2014
- (45) Beintner I, Jacobi C, Barr Taylor C. Participant adherence to the Internet- based prevention program StudentBodies for eating disorders- A review. *Internet Intervention* 2014:26-32.

- (46) Warschburger P, Helfert S, Krentz EM. POPS: a school- based prevention programme for eating disorders. *J Public Health* 2011;19: 367-376.
- (47) Schober I, Sharpe H, Schmidt U. The reporting of fidelity measures in primary prevention programmes for eating disorders in schools. *Eat Disorders Rev* 2013;21:374-381.
- (48) Wilksch SM. How can we improve dissemination of universal eating disorder risk reduction programs? *EatingBehaviors*.2016; [Article in Press]
- (49) Haines J, Ziyadeh N, Franko D, McDonal J, Mond J, Austin B. Screening High School Students for Eating Disorders: Validity of Brief Behavioral and Attitudinal Measures. *J Sch Health*. 2011; 81: 530-535
- (50) Deborah L, McBride M. New Screening Guidelines for Eating Disorders.*Journal of Pediatric Nursing* 2011;26:377-378
- (51) Botella J, Sepúlveda AR, Huang H, et a. A Meta- Analysis of the Diagnostic Accuracy of the SCOFF. *Spanish Journal of Psychology* 2013;16(92):1-8.
- (52) Segura García C, Aloí M, Rania M, et a. Ability of EDI-2 and EDI-3 to correctly identify patients and subjects at risk for eating disorders. *Eating Behaviors* 2015;19:20-23.
- (53)Pélaez-Fernández MA, Ruiz-Lázaro PM, Labardor FJ, Raich RM. Validación del EatingAttitudes Test como instrumento de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en población general en población general. *MedClin (Barc)*. 2014; 124 (4): 153-155
- (54) Constain GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez MA, et a. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *AtenciónPrimaria* 2014;46(6):283-289.
- (55) Peláez Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) – Spanish version- for screening Eating disorders. *TheSpanishJournal of Psychology* 2012;15(2):817-824.
- (56) Nieto García E, Casado Lollano A, García Pérez C, et a. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria. España:Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria; 2008.
- (57) Funari M. Detecting Symptoms, early intervention, and preventative education. *NASN School Nurses* 2013:162-166.
- (58)Elsevier. NNNConsult. 2016; Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/> Fecha de acceso:14/6, 2016.

(59) Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Datos y cifras. Curso escolar 2015-2016. 2015; Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/indicadores-publicaciones-sintesis/datos-cifras.html>. Fecha de acceso 13/6, 2016.

(60) Servicio de Salud Pública, Área 10. Mesa de Salud Escolar: Proyectos de prevención y promoción de la Salud para centros educativos. Curso 2013-2014. Educación Primaria, Secundaria, ciclos formativos y comunidad educativa. 2013; Disponible en: http://www.madrid.org/dat_sur/upe/salud/CUADERNO_GENERAL_DE_PROYECTO_S_CURSO_2013-2014_PARLA.pdf. Fecha de acceso 13/6, 2016.

Anexos

Anexo 1. Signos generales y específicos de alerta de los TCA.

Signos generales de alerta	Signos específicos de alerta
Patrones alterados de alimentación y peso	<ul style="list-style-type: none"> - Negativa/ evitación a la ingesta de algunos alimentos - Sobre-ingesta - Intentar saltarse comidas, comidas en secreto, esconder o tirar comida o restos de comida. - Pérdida de peso rápida o insidiosa menor del 15% - Vómitos sin atracones y sin causa orgánica
Cambios en la actividad física	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento o interés nuevo
Cambios en la preocupación por peso y figura	<ul style="list-style-type: none"> - Hablar con frecuencia e intensidad de comida, calorías, peso, aún sin pérdida de peso - Egosintónico: Escasa motivación al cambio.
Cambios en el estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad, inestabilidad emocional. - Tristeza, pasividad, apatía. - Incontinencia emocional con llanto frecuente.
Funcionamiento familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento niño o adolescente en medio familiar - Reacción de la familia a los síntomas: negación, inconsistencia. - Alerta de la familia por las conductas observadas
Aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo a socialización, sentirse diferente. - Competitividad - Comparación exagerada corporal y personal con el grupo de pares
Cambio en rendimiento escolar	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento del tiempo dedicado al estudio o del rendimiento
Signos físicos	<ul style="list-style-type: none"> - Amenorrea: primaria o secundaria. - Pérdida de peso que no se recupera tras una enfermedad. - Quejas somáticas inespecíficas que justifican la alteración de la ingesta: pirosis, estreñimiento, dolor abdominal, sensación de plenitud - En adolescentes diabéticos con escasa adherencia al tratamiento se puede observar hiperglucemias, pérdidas de peso por no administrarse insulina, retinopatías...
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Análítica normal en mujer que pierde peso o con estilo alimentario alterado según observación familiar. - Negación manifiesta y con gran carga emocional por parte del adolescente de la conducta alimentaria observada por los padres. - Conducta alimentaria o síntomas compensatorios referidos por profesores y compañeros. - Interés creciente en webs específicas o redes sociales de: dietas, imagen corporal, autolesiones... - Consultas en Atención Primaria por adolescentes sin sobrepeso para realizar dietas.

Anexo2. Métodos de cribado TCA. Elaboración propia (16, 17 y 20).

Nombre cuestionario	Características	Rango puntuación	Puntuación indicadora de riesgo
BET (1996)	- 47 preguntas. Autoadministrada. - Primeras preguntas sobre regularidad de las comidas, comidas entre horas, menstruación, seguidas de preguntas sobre severidad, frecuencia y duración de los síntomas (18).		
EDDS (2004)	- 22 ítems - Ítems para 3 categorías: AN, BN y trastornos por atracón. - Distingue entre umbral máximo (TCA establecido) y subumbral (en riesgo de TCA) (19).		
SED (1993)	- 12 ítems - Información sobre factores demográficos, historia del peso, imagen corporal, dieta, atracones, conductas purgativas, ejercicio, actividad sexual, menstruación, historia médica y psiquiátrica, modificaciones de hábitos e historia familiar (15).		
SCOFF versión adaptada español (2004)	- 5 preguntas dicotómicas. Autoadministrado. - Ítems: Pérdida de control sobre la ingesta, purgas e insatisfacción corporal (15).	De 0-5	2 o más puntos.
EDI (2004)	- 91 ítems. Autoadministrado. - 12 escalas, 3 específicas de los TCA y 9 escalas psicológicas generales con 3 estilo de respuesta (inconsistencia, infrecuencia, valoración negativa) (17)	Según baremación por el estilo de respuesta	
EHA	-14 preguntas de respuesta múltiple. Autoadministrado -Dispone de 3 agrupaciones para conocer el riesgo de AN, BN y TCANE (15).	De 13-78	A mayor puntuación, más riesgo

Anexo 3. Métodos de cribado AN y BN. Elaboración propia (16, 21, 22 y 23)

Nombre cuestionario	Características	Rango puntuación	Puntuación indicadora de riesgo
EAT-40 (1979)	- 40 ítems. Autoadministrado. -Se agrupan en 3 factores: Dieta y preocupación por la comida, presión social percibida y malestar con la alimentación y trastornos psicobiológicos (20).	De 0-120	30 o más puntos
EAT-26 versión adaptada al español (2003)	- 26 ítems (cada uno va de 0 a 3 puntos. 3 es la puntuación más sintomática). Autoadministrado - Se agrupa igual que el EAT-40 (15).	De 0-75	20 o más puntos
BULIT-R (1991)	-36 ítems. Autoadministrado - 5 dimensiones: Atracones, malestar, vómitos, tipo de alimentación y modificaciones en el peso (21).	De 28 a 140	104 o más puntos.
BITE (1987)	- 33 ítems. Autoadministrado - 2 dimensiones: escala de síntomas (30 ítems) y escala de gravedad (3 ítems) (22).	Escala de síntomas: 0-30 Escala de gravedad: 0-18	Escala de síntomas: 20 o más Escala de gravedad: 5 o más

Anexo 4. Métodos de Screening. EAT-40 y EAT-26.

Ítems	Factor		
	I ^a	II ^b	III ^c
1. Me gusta comer con otras personas			
2. Preparo comidas para otros, pero yo me las como	I		
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas	I		
4. Me da mucho miedo pesar demasiado	I		
5. Procuero no comer, aunque tenga hambre	I		
6. Me preocupo mucho por la comida	I		
7. A veces me "lleno" de comida sintiendo que soy incapaz de parar de comer			
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños	I	II	
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	I		
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, papas, etc.)	I		
11. Me siento lleno/a después de las comidas			
12. Noto que los demás preferirían que yo no comiera más		II	
13. Vomito después de haber comido			III
14. Me siento muy culpable después de comer	I		
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	I		
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	I		
17. Me peso varias veces al día	I		
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada			
19. Disfruto comiendo carne			III
20. Me levanto pronto por las mañanas	I		
21. Cada día como los mismos alimentos	I		
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	I		
23. Tengo la menstruación regular (varones pasan a la siguiente)			
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a		II	
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	I		
26. Tardo en comer más que las otras personas		II	
27. Disfruto comiendo en restaurantes	I		
28. Tomo laxantes (purgantes)			III
29. Procuero no comer alimentos con azúcar	I		
30. Como alimentos de régimen (dieta)	I		
31. Siento que los alimentos controlan mi vida	I		
32. Me controlo en las comidas	I		
33. Noto que los demás me presionan para que coma		II	
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	I		
35. Tengo estreñimiento			III
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces	I		
37. Me comprometo a hacer régimen (dieta)	I		
38. Me gusta sentir el estómago vacío	I		
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	I		
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas			III

^a Dieta y preocupación por la comida

^b Presión social percibida y malestar con la alimentación

^c Trastornos psicobiológicos

1. Me da mucho miedo pesar demasiado
2. Procura no comer aunque no tenga hambre
3. Me preocupo mucho por la comida
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más
9. Vomito después de haber comido
10. Me siento muy culpable después de comer
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
15. Tardo en comer más que las otras personas
16. Procuero no comer alimentos con azúcar
17. Como alimentos de régimen
18. Siento que los alimentos controlan mi vida
19. Me controlo en las comidas
20. Noto que los demás me presionan para que coma
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces
23. Me comprometo a hacer régimen
24. Me gusta sentir el estómago vacío
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas

Anexo 5. Metodología

Base de datos	Ecuaciones realizadas	Ecuaciones con resultado	Ecuación de búsqueda/ Texto libre	Artículos encontrados	Artículos eliminados			Artículos seleccionados	
					Duplicidad	De pago	Tras lectura título y resumen		Tras lectura completa
PUBMED	20	4	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] AND "Primary Prevention"[Mesh] AND ("2011/01/01"[PDat] : "2016/04/12"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND "adolescent"[MeSH Terms]	4			2	2	
			"Anorexia Nervosa/prevention and control"[Mesh] AND ("2011/01/01"[PDat] : "2016/04/12"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND "adolescent"[MeSH Terms]	5			4	1	
			"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh] AND ("2011/01/01"[PDat] : "2016/04/08"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND "adolescent"[MeSH Terms]	7			6	1	0
			"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] AND "Mass Screening"[Mesh] AND ("2011/01/01"[PDat] : "2016/04/08"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND "adolescent"[MeSH Terms]	22	1		20		1
DIALNET	9	6	Prevención trastornos alimentarios Adolescentes. Filtro: 2011-2016. Materia: Ciencias de la Salud. Submateria: Enfermería	1			1	0	
			Prevención Trastornos Alimentarios. Filtro: 2011-2016. Materia: Ciencias de la Salud. Descriptor: Adolescentes	3			2	1	
			Detección Anorexia. Filtro 2011-2016. Materia: Ciencias de la Salud	3			2	1	
			Detección Bulimia. Filtro: 2011-2016. Materia: Ciencias de la Salud	5	2		3	0	
			Cribado trastornos conducta alimentaria. Filtro: 2011-2016	7	2		5	0	
			EatingdisordersScreening. Filtro: 2011-2016	8			5	3	

CUIDEN	5	2	("Prevención") AND (("Trastornos") AND ("alimentarios")). Filtro: 2011-2016	11			9		2
			("Detección") AND (("Trastornos") AND ("alimentarios")). Filtro: 2011-2016	3	1		2		0
CINHAL	8	3	Eating disorders AND prevention AND nursing. Filtros: 2011-2016 y 13-18 años.	7			5	1	1
			MM Eating disorders AND Early detection. Filtros: 2011-2016 y 13-18 años.	11		1	9		1
			EatingDisorders AND Screening	7	2		4	1	0
DOAJ	8	1	Prevention eating disorders (comotítulo).	6			4		2
SCIENCE DIRECT	6	3	pub-date > 2010 and TITLE-ABSTR-KEY(prevention) and TITLE-ABSTR-KEY(eating disorders) AND LIMIT-TO(topics, "eating disorder")	21			18	1	2
			pub-date> 2010 and TITLE-ABSTR-KEY(prevention) and TITLE-ABSTR-KEY(eating disorders)[All Sources(Nursing and Health Professions)].	15			14		1
			pub-date > 2010 and TITLE-ABSTR-KEY(tractors conduct alimentarium) and TITLE-ABSTR-KEY(carbadox)	4	2		2		0
SPRINGER-LINK	5	1	Preventioneatingdisorders como frase exacta. Filtro: 2011-2016	5			3		2
MEDLINE	6	2	Eating disorders AND prevention programs AND adolescents (Todasellascomopalabras claves). Filtro: 2011-2016.	6			5		1
			Eating disorders AND prevention programs AND adolescents (Todasellascomopalabras claves). Filtro: 2011-2016.	16			14		2
Total	67	22		177	10	1	139	4	23

Anexo 6. Resultados

Base de datos	Artículo	Autor	País	Año	Tipo de estudio	Principales hallazgos
Pubmed	Thereporting of fidelitymeasures in primaryprevention programmesforeati ngdisorders in schools.	Schober, I.	UK	2013	Revisión sistemática	Se realiza una revisión sistemática de 38 artículos en los que se proponen programas de prevención de los TCA en las escuelas. El objetivo es examinar el grado de cumplimiento de los programas de prevención. Se dan recomendaciones para mejorar la evaluación de dichos programas como proporcionar informes rigurosos de la intervención y control de las condiciones: número de sesiones, duración, contenido y seguimiento, desarrollar una formación estandarizada para los administradores del programa así como entregarles un manual de las intervenciones del programa y llevar a cabo una evaluación del programa mediante indicadores
	Real-worldeffectiveness of a German school-basedinterventionfor primaryprevention of anorexia nervosa in preadolescentgirls.	Wick, K.	Alemania	2011	Estudio observacional	Se describe una intervención basada en 9 sesiones con medidas pre y post-test en un seguimiento de 3 meses. El objetivo es actuar sobre el comportamiento alimenticio, la autoestima y el conocimiento sobre la anorexia nerviosa.
	Family-based early intervention for anorexia nervosa.	Jones, M	EEUU	2012	Estudio observacional	El objetivo del estudio es saber si los factores de riesgo potenciales de la anorexia nerviosa pueden ser modificados a través de una intervención por internet dirigida a los familiares. Tras la intervención con los familiares se observó que 16 de las 19 participantes que cumplieron los criterios de AN, disminuyeron los comportamientos y actitudes características de los TCA y aumentaron su peso.
	Screening High SchoolStudentsforEatingDisorders: Validity of BriefBehavioral and AttitudinalMeasures	Haines, J.	EEUU	2011	Estudio observacional	El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de las encuestas breves de comportamiento y actitud (EAT-26) para identificar los adolescentes en riesgo en EEUU. Se comprobó que combinando el elemento actitudinal (EAT-26) junto con el comportamental (encuesta de hábitos y de salud) se haya una mayor sensibilidad para detectar nuevos casos. Se menciona a la enfermera como ejemplo de persona especialista para administrarlo.

Base de datos	Artículo	Autor	País	Año	Tipo de estudio	Principales hallazgos
Dialnet	Universal prevention programs on disordered eating: assessment methodologies, results and future lines	Lopez-Guimera, G.	México	2011	Revisión sistemática	Se realiza una revisión sistemática, evaluando la metodología de 47 programas de prevención de TCA desde 1993 hasta 2011. En él se muestra cómo ha ido mejorando la rigurosidad metodológica pero no se ha resuelto diversos problemas, como la falta de consenso sobre medidas de calidad. Tres artículos mencionan la necesidad de que sean especialistas los que lo lleven a cabo. Uno de ellos habla de la enfermera de AP.
	Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia	A. Constain, G.	España	2013	Estudio observacional.	Estudio observacional que evalúa la validez y utilidad diagnóstica del EAT-26 en adolescentes femeninas de 15 a 25 años en Medellín. Se concluye que el EAT-26 abreviado y modificado es un instrumento multidimensional con valores de confiabilidad y sensibilidad excelentes, así como un apropiado valor de especificidad.
	Validación del Eating Attitudes Test como instrumento de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en población general en población general.	Peláez-Fernández MA	España	2014	Estudio observacional transversal	El objetivo del estudio es validar un punto de corte del EAT-40. Se administró la versión española a una muestra de 1543 estudiantes (12-21 años) de la Comunidad Autónoma de Madrid. Se concluyó que el punto de corte 21 para el EAT-40, confirma que es un buen instrumento de cribado para los casos de TCA.
	Validation of Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) – Spanish Version – for Screening Eating Disorders	Peláez-Fernández MA	España	2012	Estudio observacional transversal	Se examina la consistencia interna, validez, sensibilidad y especificidad de la Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire en su versión española como método de screening de los TCA en una muestra comunitaria de 1543 estudiantes de 12 a 21 años. Se obtuvo una buena consistencia interna, una sensibilidad de 96,08% y una especificidad de 94,01%.
	A Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of the SCOFF	Botella J, Sepúlveda AR	Madrid	2013	Revisión sistemática.	Revisión sistemática de 15 estudios seleccionados con el objetivo de estimar la exactitud en el diagnóstico de un TCA a través de la escala SCOFF. Se obtuvo una sensibilidad de 80% y una especificidad de 93% que aumentaba a 88,2% y 92,5% respectivamente, si posteriormente se les hacía una entrevista en profundidad.

Base de datos	Artículo	Autor	País	Año	Tipo de estudio	Principales hallazgos
Cuiden	Programa de educación para la salud dirigido a padres en la detección precoz de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes.	Quinta aguja. C	España	2015	Proyecto de estudio cuasiexperimental de intervención comunitaria.	Propone valorar la eficacia de un programa de EpS dirigido a padres e impartido por la enfermera especialista en salud mental sobre la detección precoz de los trastornos alimentarios. Describe el programa y las temáticas de las sesiones a impartir.
	Efectividad de un programa de prevención psicoeducativa en trastornos de la conducta alimentaria dirigida a adolescentes.	Jiménez Rodríguez D.;	España	2013	Estudio de corte longitudinal	Se analiza la efectividad de un programa de prevención en adolescentes llevado a cabo por un equipo multidisciplinar en el que se encuentran enfermero/as. Se obtuvo como resultado que el método psicoeducativo redujo de forma significativa el riesgo de padecer TCA en las primeras 6 semanas.

Base de datos	Artículo	Autor	País	Año	Tipo de estudio	Principales hallazgos
Cinhal	DetectingSymptoms, EarlyIntervention, and PreventativeEducation: EatingDisorders&theSchool-AgeChild.	Funari, M	EEUU	2013	Artículo de divulgación	Artículo que define los trastornos de la conducta alimentaria, los signos y síntomas, los métodos de detección precoz, las opciones de tratamiento y la prevención desde la enfermería escolar de los TCA con el objetivo de que la enfermera escolar se convierta en un recurso para que los adolescentes y sus familias tengan unos hábitos saludables.
	New Screening Guidelines for Eating Disorders.	McBride, Deborah L.	EEUU	2011	Artículo de opinión	Artículo que recoge las recomendaciones dadas por el Comité de Adolescencia de la Academia americana de Pediatría. Hace hincapié en las recomendaciones sobre la frecuencia de realizar métodos de detección de TCA en los colegios: como mínimo, anualmente, así como en la necesidad de que los profesionales de los sistemas educativos se familiaricen con los recursos para la detección y tratamiento de los TCA en adolescentes y en los recursos existentes en la comunidad.

Base de datos	Artículo	Autor	País	Año	Tipo de estudio	Principales hallazgos
DOAJ	Participant adherence to the Internet-based prevention program Student Bodies for eating disorders. A review.	Beintner, I.	EEUU, Alemania	2014	Estudio observacional.	Estudio que analiza la adherencia a un programa de prevención, Student Bodies. Se realiza el análisis de adherencia de 10 ensayos, 7 en EEUU y 3 en Alemania. Se observó que la adherencia al programa según los ensayos realizados, las características y los países era de 74%.
	Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents	Jauregui-Loberi, I	España	2010	Estudio observacional.	Se trata de un estudio que compara un programa tradicional psicoeducativo con otro programa basado en intervenciones de disminución de conductas de riesgo en adolescentes. El grupo al que fueron dirigidas las intervenciones contaron con un equipo multidisciplinar de apoyo. En dicho grupo se observó una reducción significativa en los ítems de insatisfacción corporal, deseo de delgadez e influencia de medios de comunicación.

Base de datos	Artículo	Autor	País	Año	Tipo de estudio	Principales hallazgos
Science-Direct	Ability of EDI-2 and EDI-3 to correctly identify patients and subjects at risk for eating disorders	Segura-García, C	España, Italia	2015	Estudio observacional.	Estudio que compara la capacidad del EDI-2 y del EDI-3 para identificar sujetos de riesgo. Para ello, realiza dos estudios, uno de ellos con chicas que ya presentan el trastorno y el otro con población en riesgo. Se obtiene que el EDI-3 tiene una mayor capacidad de identificación de sujetos en riesgo así como la identificación correcta de un mayor número de sujetos con TCA y una mayor confiabilidad que el EDI-2.
	How can we improve dissemination of universal eating disorder risk reduction programs?	Wilksch, S. M.	Australia	2016	Artículo de divulgación	Artículo que aborda los siguientes temas: la necesidad de considerar diferentes estrategias de prevención que han sido descartados, como los programas de sesión única, la importancia en la claridad de lo que los programas buscan prevenir o reducir y una discusión sobre las mejores medidas para llevar a cabo los programas en un contexto universal.
	Realidad Virtual y Psicoeducación. Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria	Gómez Pérezmitre, G	Mexico	2013	Estudio observacional.	Analiza y evalúa la eficacia de dos programas de intervención distintos: Psicoeducación y Realidad Virtual. Los resultados muestran que no hay diferencias significativas en cuanto a la eficacia, ya que ambos obtuvieron resultados positivos y estadísticamente significativos ($p < 0.001$) en las variables imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo (conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso, dieta crónica y restringida y conducta alimentaria de compensación psicológica). Cómo limitación exponen la falta de seguimiento para comprobar la duración de los resultados

Base de datos	Artículo	Autor	País	Año	Tipo de estudio	Principales hallazgos
SpringerLink	Preventing Eating Disorder Pathology: Common and Unique Features of successful eating disorders prevention programs	Ciao A.C; Loth K; Neumark-Sztainer D	EEUU	2014	Revisión sistemática	Revisión sistemática de 9 programas de prevención de los TCA. Discusión sobre las líneas comunes y únicas que deberían seguir los futuros programas de prevención. Con la revisión se muestra que los nueve programas obtienen una reducción de los factores de riesgo y que coinciden en los contenidos de las intervenciones aunque difieren en el método preventivo. Se insta a trabajar más con la prevención universal puesto que hay necesidad de incluir a mayor número de población de ambos sexos. Se sigue afirmando que la prevención que se realiza en las escuelas es una prioridad y que es necesario un buen control de la administración de los programas.
	POPS: a school-based prevention programme for eating disorders.	Warschburger P; Helfert S; Krentz E.V.	Alemania	2011	Educación para la Salud	Se describe el desarrollo y el contenido de un programa de prevención de trastornos alimentarios en adolescente realizado en las escuelas. El programa se basa en las investigaciones actuales sobre factores de riesgo y protección para los trastornos de la alimentación con énfasis en factores socioculturales. Utiliza distintos métodos de prevención. Tiene en cuenta a los padres. Se demuestra que es un programa que puede ser implementado en las clases.

Base de datos	Artículo	Autor	País	Año	Tipo de estudio	Principales hallazgos
Medline.	Dissonance-based. Prevention of eating disorders risk factors in middle school girls: results from two pilot trials.	Rohde P; Auslander B.A; Shaw H.	EEUU	2014	Estudio observacional	Se evalúa la efectividad de la adaptación del programa BodyProject a menores de 15 años. Se realizan dos estudios con la adaptación del BodyProject. En uno no se realiza seguimiento y en el otro se realiza un seguimiento de 3 meses. Se observa que esta adaptación produce una reducción media de los factores de riesgo (insatisfacción corporal, realización de dietas y percepción sobre el riesgo) de los TCA y que en los seguimientos post-test muestran una limitada persistencia de los efectos
	Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: study protocol of a randomized controlled trial.	Weigel A; Gumz A; Romer G.	Alemania	2015	Proyecto de estudio aleatorio controlado	Su objetivo es presentar un programa interactivo adaptado al género para la prevención de los TCA en los colegios. Este programa mide antes y después factores de riesgo como la internalización del ideal de belleza occidental, insatisfacción corporal, autoconcepto, ansiedad y síntomas depresivos. No presenta resultados en el documento pero prevé un aumento en el conocimiento sobre los TCA y una reducción de la insatisfacción corporal así como de síntomas de ansiedad y depresión relacionados.
	Assessment of two school-based programs to prevent Universal Eating Disorders: media literacy and theatre- based methodology in Spanish adolescent boys and girls.	Mora Penelo; Gutiérrez T.	España	2015	Estudio observacional.	Se evalúa los efectos a largo plazo de dos programas de prevención de los TCA administrados a una muestra de adolescentes de ambos sexos. Uno de los programas sigue el método de crítica de medios de comunicación y el otro trata los mismos contenidos pero realizando una obra de teatro. Se observaron que ambos programas aumentaron significativamente la autoestima y que el programa de crítica de medios de comunicación también disminuyó la interiorización del ideal de belleza de delgadez