



PERÚ

Ministerio
de Salud

"Hospital "Víctor Larco Herrera"
Oficina de Gestión de Calidad

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía peruana"

HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



2025



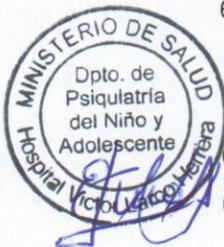
Integrantes:

- MC. Elizabeth Magdalena Rivera Chávez
- MC. Silvana Maria Solari Soto
- Psic. Maria Espirita Valqui Romero
- T. Social. Sandra Ysabel Andonayre Munayco



ÍNDICE

I. FINALIDAD	5
II OBJETIVOS	5
III ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
IV. PROCESO A ESTANDARIZAR	5
4.1. Nombre y código	5
V. CONSIDERACIONES GENERALES	5
5.1. Definición	5
5.2. Etiología	6
5.3. Fisiopatología	6
5.4. Aspectos Epidemiológicos	7
5.5. Factores de Riesgo Asociados	8
5.5.1. Medio ambiente y estilos de vida:	8
5.5.2. Factores hereditarios:	8
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	8
6.1. Cuadro Clínico	8
6.1.1. Signos y Síntomas/ Características	9
6.2. Diagnóstico	9
6.2.1. Criterio de Diagnóstico	9
6.2.2. Diagnóstico diferencial	10
6.3. Exámenes Auxiliares	11
6.4. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva	11
6.4.1. Medidas generales y preventivas	11
6.4.2. Tratamiento	12
6.4.3. Técnicas	12
6.4.4. Evolución	18
6.4.5. Criterios de Alta	18
6.4.6. Pronóstico	18
6.5. Complicaciones	19
6.6. Criterios de Referencia y Contrarreferencia	20
6.7. Flujograma	21
VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23



VIII ANEXOS	25
ANEXO Nº 1: Eating Attitudes Test (EAT - 26).....	26
ANEXO Nº2: Eating Disorder Inventory (EDI - 3).....	27
ANEXO Nº 3: INSTRUMENTO: INVENTARIO CLINICO PARA ADOLESCENTES DEMILLON (MACI).....	30
ANEXO Nº 4: ESCALA ESTILOS DE CRIANZA FAMILIAR (ECF-29)	34
ANEXO Nº 5: ADAPTABILIDAD FAMILIAR-.....	36
ANEXO N.º 6: FICHA SOCIAL DE CONSULTA EXTERNA (SS-29).....	40
ANEXO Nº 7: HOJA SEGUIMIENTO DE SERVICIO SOCIAL (SS-25)	43
ANEXO Nº 8 FICHA DE VISITA DOMICILIARIA.....	44
ANEXO Nº 9 PERCENTILES DE ESTATURA POR EDAD Y PESO POR EDAD (NIÑAS)	45
ANEXO Nº 10: PERCENTILES DE ESTATURA POR EDAD Y PESO POR EDAD (NIÑOS) .	46
ANEXO Nº 11: VELOCIDAD DE ESTATURA (NIÑAS)	47
ANEXO Nº 12: VELOCIDAD DE ESTATURA (NIÑOS).....	48



I. FINALIDAD

La presente Guía de Práctica Clínica, tiene como propósito contribuir al correcto diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria Código F50 (CIE-10) entre la población infantojuvenil que consulta al Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera.

II. OBJETIVOS

- Mejorar la atención que se brinda a los pacientes que acuden al Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes por presentar Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- Establecer los criterios técnicos para un correcto diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, implementado las buenas prácticas clínicas y maximizando la calidad y eficiencia de los servicios, reduciendo así la heterogeneidad en la práctica clínica y como apoyo en la toma de decisiones.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La mencionada guía es de aplicación en el Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera.

IV. PROCESO A ESTANDARIZAR

4.1. Nombre y código

Trastornos de la conducta alimentaria. (código: F50 según CIE.10 y 6B8 según la CIE 11 de la OMS). (21,26)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definición

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un conjunto de trastornos psiquiátricos cuyo denominador común es la aparición y el desarrollo de importantes irregularidades en la ingestión de alimentos, que no son causados por perturbaciones médicas. Esto conlleva a alteraciones nutricionales y metabólicas, que mantienen y/o potencian las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, que dieron origen a la irregularidad investigada y, en última instancia, al TCA en sí. (21,1)

- La **Anorexia Nerviosa (AN)**, es una enfermedad seria y compleja, con altas tasas de mortalidad y morbilidad médicas y psiquiátricas. Se caracteriza por un peso corporal significativamente bajo para la estatura, la edad y la etapa de desarrollo del individuo, (Índice de Masa Corporal - IMC) inferior a 18,5 kg/m² en adultos e IMC para la edad inferior al quinto percentil en niños y adolescentes) que no se debe a otra condición de salud o a la falta de disponibilidad de alimentos.

El bajo peso corporal se acompaña de un patrón persistente de comportamientos que impiden el restablecimiento del peso normal, puede incluir comportamientos destinados a reducir la ingesta de energía (restricción alimentaria), comportamientos de purga (p. ej., vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes) y comportamientos destinados a aumentar el gasto de energía (p. ej., ejercicio excesivo), generalmente asociados con el miedo al aumento de peso. El bajo peso o forma corporal es fundamental para la autoevaluación de la persona o se percibe incorrectamente como normal o incluso excesivo (21,19).



- La **Bulimia Nerviosa (BN)** se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de atracones (por ejemplo, una vez a la semana o más durante un período de al menos un mes). Un atracón se define como un episodio en el cual el individuo experimenta una pérdida subjetiva del control sobre la alimentación, comiendo notablemente más o de manera diferente a lo habitual en un período de tiempo, y se siente incapaz de dejar de comer o de limitar el tipo o la cantidad de alimentos que ingiere.

La Bulimia se acompaña además de conductas compensatorias inapropiadas repetitivas para prevenir el aumento de peso (p. ej., vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes o enemas, ejercicio extenuante). El individuo está preocupado por la forma del cuerpo o peso, lo que influye fuertemente en la autoevaluación. El individuo no presenta un peso significativamente bajo y, por lo tanto, no cumple con los requisitos diagnósticos de la Anorexia Nerviosa. (21)

Exclusiones:

- Trastorno por atracón (6B82) (CIE 11)

5.2. Etiología

Los TCA tienen una etiología sumamente compleja. Como todos los trastornos psiquiátricos, son multicausales. No obstante, cuentan con una serie de implicaciones nutricionales, que determinan gran parte de su peculiaridad y su complejidad. (19)

Durante los últimos años se ha puesto de manifiesto que el principal factor que determina la vulnerabilidad de los TCA es genético. Así lo indican los estudios de agregación familiar. Los familiares de pacientes con anorexia tienen una probabilidad 7,7 veces mayor de sufrir anorexia nerviosa y 3,3 veces mayor de sufrir bulimia nerviosa que los familiares de personas sin TCA. Los familiares de pacientes con bulimia tienen una probabilidad 3,5 veces mayor de desarrollar una anorexia nerviosa y 12,1 veces mayor de sufrir bulimia nerviosa que los familiares de controles sanos. (19)

Los problemas perinatales que se consideran predictores de Anorexia Nerviosa son los siguientes: anemia materna, diabetes mellitus, preeclampsia, infarto placentario, problemas cardíacos neonatales. En cuanto a la Bulimia Nerviosa, los predictores son: infarto placentario, dificultades alimentarias tempranas, peso bajo para la edad gestacional. (19)

Existen influencias socioculturales, entre ellos, el temor a engordar, el culto al cuerpo y el anhelo de delgadez. Existen diferentes hechos o circunstancias que a lo largo del siglo XX han influido, interactuando entre sí, a la hora de definir ese modelo estético femenino delgado capaz de generar la ya mencionada insatisfacción corporal femenina. Entre ellos están los medios de comunicación, cambios en el papel social de la mujer, moda de vestir, modelos públicos, productos y servicios para adelgazar, exhibición del cuerpo, rechazo a la obesidad y al sobrepeso, homosexualidad masculina. (23)

5.3. Fisiopatología

Son diferentes los factores que se contemplan en este punto. Un alelo del gen Val66Met y BDNF, relacionados con la regulación del apetito y del peso ha demostrado estar asociado tanto a la anorexia nerviosa restrictiva como a la anorexia nerviosa purgativa o bulimia nerviosa. La herencia poligénica implicada en estos trastornos parece manifestarse a través de una serie de características fenotípicas, que han demostrado desempeñar algún papel (riesgo) en su causalidad. Estas son las más relevantes:



- **Reactividad a la desnutrición:** las mujeres parecen tener mayor reactividad a la desnutrición que los varones. Esto se ha estudiado en voluntarios sanos, utilizando como variables dependientes la disfunción serotoninérgica. Este factor estaría implicado en la disposición para sufrir anorexia nerviosa. (19)
- **Reactividad al estrés:** las situaciones estresantes predisponen o precipitan distintos trastornos o enfermedades; este es el caso de la bulimia nerviosa. Existen diferencias interindividuales en la respuesta al estrés del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Estas diferencias están en gran parte determinadas genéticamente, aunque experiencias traumáticas infantiles pueden y suelen incrementar tal reactividad. (19)
- **Sexo femenino:** existe un papel predisponente de los TCA de los estrógenos circulantes durante el periodo embrionario y fetal. Por el contrario, la testosterona parece actuar como un factor de protección. En consecuencia, las adolescentes, por el hecho de ser mujeres, deben añadirle a la presión social para conseguir un cuerpo delgado, una serie de factores biológicos de raíz genética, que en última instancia actúan en la misma dirección. (19)
- **Edad puberal:** el desarrollo puberal, con la obligada atención del adolescente a su apariencia física, constituye una circunstancia de riesgo prolongada a lo largo de un dilatado periodo de tiempo. Los cambios puberales y su evolución estética y social por parte del adolescente entrañan la explicación fundamental de que sea la adolescencia la base evolutiva de más riesgo para los TCA. (23)
- **Disfunción del sistema serotoninérgico:** durante mucho tiempo se ha considerado que se trataba de una consecuencia de las alteraciones nutricionales de los TCA. Actualmente, se ha demostrado que tal disfunción o cuando menos, la predisposición para la misma es de carácter genético. Se observa de modo similar en pacientes con anorexia y bulimia. (19,8)

5.4. Aspectos Epidemiológicos

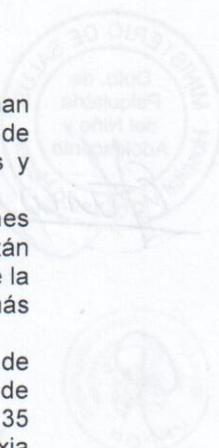
La incidencia y prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria han aumentado claramente en las últimas décadas y ha pasado de ser una epidemia de baja intensidad a una pandemia, ejemplo de la globalización en ideas, usos y costumbres.

Los TCA pueden afectar a personas de todas las edades, géneros, orientaciones sexuales, etnias y geografías. Los adolescentes y adultos jóvenes están particularmente en riesgo de padecer anorexia nerviosa, que comienza antes que la bulimia nerviosa. Se considera que la AN es la tercera enfermedad crónica más frecuente entre las adolescentes del mundo occidental. (17)

Aproximadamente un 3% de las mujeres jóvenes presenta un TCA y hasta el 6% de esta población si incluimos las formas incompletas del trastorno. La incidencia de Anorexia Nerviosa es del 1-2 por 1000 hab/año con un rango de edad entre 8 y 35 años y dos picos modales a los 13-14 y 17-18 años. La prevalencia de Anorexia Nerviosa es del 1,4% (0,1-3,6%) en mujeres y del 0,2% (0-0,3%) en varones, igualándose si el diagnóstico se realiza en edad infantil. Para la Bulimia Nerviosa su prevalencia es del 1,9% (0,3-4,6%) en mujeres y 0,6% (0,1-1,3%) en varones, quedando un grupo de pacientes con conductas bulímicas que no se detectan por ocultación de síntomas. Aproximadamente el 15% de las pacientes con Bulimia Nerviosa han recibido antes tratamiento para Anorexia Nerviosa. Respecto al Trastorno por Atracón, la prevalencia es de 2,8% (0,6-5,8%) para las mujeres y el 1,0% (0,3-2,0%) para los hombres. (15)

En el Perú no hay suficientes estudios en relación con la incidencia y/o prevalencia de trastornos de conducta alimentaria. En otros países como España la prevalencia de anorexia nerviosa en población femenina adolescente se sitúa alrededor del 0,3%. La prevalencia en varones es mucho menor; el trastorno se diagnostica a 1 varón por cada 9-10 mujeres afectadas. (20)

En la población adolescente y juvenil se hallan prevalencias de bulimia nerviosa del 1% aproximadamente y en varones, alrededor de 0,1%. (23)



5.5. Factores de Riesgo Asociados

5.5.1. Medio ambiente y estilos de vida:

Los estudios identifican los siguientes factores socioculturales como de riesgo para los TCA: modelos familiares sobreprotectores, rígidos y exigentes, conflictivos, y poco cohesionados, familias desestructuradas (padres divorciados), antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsivo, de TCA (especialmente en las madres), dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia (preocupación por el peso por parte de los padres), obesidad (especialmente en madres), alcoholismo (especialmente en padres), hábitos alimenticios poco regulares durante la infancia, profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso.

5.5.2. Factores hereditarios:

Estudios de casos y controles mediante la genética molecular han obtenido asociación positiva entre la presencia de determinados polimorfismos y una mayor vulnerabilidad a padecer AN. Los más estudiados son el sistema serotoninérgico (5-HT) que regula el apetito, la respuesta al estrés, la conducta sexual, la sintomatología obsesiva, el humor, etc.; dopaminérgico y neurotrofinas (especialmente BDNF, NTRK2 y NTRK3).

Igualmente, positivos han sido los hallazgos en los cromosomas 1,2 y 13. Sin embargo, estos resultados hasta el momento no son concluyentes. La genética parece explicar entre el 60% y el 70% de la vulnerabilidad en el caso de AN. En el caso de la BN, la presencia de la susceptibilidad se encuentra en el cromosoma 10. Existe discrepancia en cuanto a la aparición precoz de la menarquia como factor de riesgo en las niñas. En gemelos se ha descrito una heredabilidad del 33 al 84%. (8) Existe una posible asociación con los genes de los receptores 5-HT2A y 5-HT2C sobre todo en AN, y con el gen del transportador de la 5-HT en AN y BN. (17)

- **Factores neuroquímicos/hormonales:** la Serotonina está relacionada con el apetito y la impulsividad, y explicaría las conductas restrictivas y los pensamientos obsesivos de AN y BN. Existe una disminución de la concentración de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo en pacientes con AN. Un menor riesgo de patología alimentaria entre los hombres parece surgir de una exposición a testosterona durante el desarrollo prenatal/perinatal y exposición posterior a niveles moderados-altos después del inicio de la pubertad y en edad adulta. (17)
- **Otros factores de riesgo,** la comorbilidad psiquiátrica es considerada como un factor de riesgo importante, especialmente los trastornos de ansiedad y depresivos. (10)

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. Cuadro Clínico

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos mentales que cursan con complicaciones médicas, psiquiátricas y familiares que condicionan su evolución. Quienes los padecen, tienen en común la dificultad de aceptarse a sí mismos, física y moralmente y alcanzar su maduración y pleno desarrollo. La insatisfacción corporal que les caracteriza es una muestra de una profunda descalificación personal. Similar también es el temor a perder el control sobre la alimentación y sobre sus vidas y el rechazo o vergüenza de aceptar su problema. Las consecuencias médicas cierran el círculo definitorio, ya que sin ellas estos cuadros no tendrían la gravedad que les caracteriza.



6.1.1. Signos y Síntomas/ Características

- La primera, es el temor a engordar y adquiere el carácter de obsesión por la delgadez, lo que ocupa una parte significativa del campo mental. La paciente pasa muchas horas diaria pensando en cómo no comer o en adelgazar. Se acompaña también de conductas compulsivas tendentes a restringir la ingesta, hacerla inviable con vómitos o intentar compensar lo comido. (1)
- La segunda de ellas, la insatisfacción corporal, es un malestar que con frecuencia aumenta con la adolescencia y puede hacerse insoportable. La insatisfacción puede hacerse extensiva a la propia identidad, comprometiéndola, aún más, una autoestima que con frecuencia estaba dañada previamente. La distorsión de la imagen corporal está caracterizada por una intensa angustia, como es la sensación de verse con un volumen muy aumentado. (2)
- Un tercer elemento común a los TCA, es el temor al descontrol con la comida (anorexia nerviosa) o la constatación de ello en forma repetida (bulimia nerviosa). La ideación anoréxica se refiere a la invasión de la mente por las ideas desagradables sobre el cuerpo y la alimentación. A mayor insatisfacción corporal, más obsesión por adelgazar y mayor sufrimiento y temor al descontrol impulsivo-compulsivo mediante maniobras compensatorias (vómitos, laxantes, ejercicios, ayuno).
- La negación y ocultamiento de la enfermedad también es habitual, la pérdida de peso se traduce en una intensa satisfacción y placer, existe una sensación de control de la vida, el propio destino. (19)
- Los TCA tienen siempre una expresión vincular. Ponen a prueba la relación del paciente con su entorno social, madre, padre, hermanos, amigos y pareja. Los TCA interfieren en el funcionamiento del organismo, alterando la fisiología digestiva y nutricional condicionando respuestas, que en sujetos físicamente sanos contribuyen a mantener la enfermedad. Condicionan una respuesta de intenso y prolongado estrés en la que están implicados los mecanismos modulares inmunológicos, neurovegetativos y neuroendocrinos, en una retroalimentación continua con los procesos patológicos mentales. La dificultad para modular o gestionar el estrés, tanto interno como externo, es una secuela importante de los TCA. (19,8)
- Complicaciones Psiquiátricas, tanto en anorexia nerviosa como en la bulimia nerviosa se observa comorbilidad psiquiátrica especialmente en patologías psiquiátricas más frecuentes son los episodios depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de control de impulsos. En adolescentes es habitual la repercusión sobre la organización de la personalidad. (1,19,8)
- Tendencia a la cronificación, desde sus inicios se activan los mecanismos de cronificación y se escenifican en su entorno los factores de mantenimiento de ahí que un cuadro completo tarde tanto en recuperarse.

6.2. Diagnóstico

6.2.1. Criterio de Diagnóstico

Anorexia Nerviosa (AN): de acuerdo con la CIE-10 (F50.0):

- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal inferior a 17,5 kg/m²).
- La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos "que engordan", vómitos, purgas, ejercicios y fármacos.
- Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que los pacientes se imponen un dintel de peso corporal.
- Trastorno endocrino generalizado, que se manifiesta en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia.



Tipos:

- **Restrictivo:** durante el episodio, el paciente no incurre en atracones o purgas.
- **Compulsivo/purgativo:** durante el episodio el paciente incurre regularmente en atracones o purgas.

Bulimia Nerviosa (BN): De acuerdo con la CIE 10 (F50.2):

- Episodios frecuentes de hiperfagia, el paciente consume grandes cantidades de alimentos en poco tiempo. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- Intentos de contrarrestar la repercusión sobre el peso mediante uno o más de estos síntomas: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, ayunos, fármacos anorexígenos o diuréticos, ejercicio intenso.
- Autopercepción de estar demasiado obeso e ideas intrusivas de obesidad, que pueden conducir a un déficit de peso.

Tipos:

- **Purgativo:** Durante el episodio incurre regularmente en vómitos, consumo de laxantes, diuréticos o enemas.
- **No purgativo:** durante el episodio incurre en ayunos o ejercicio excesivo, pero no en conductas purgativas.

Trastorno de la Alimentación no Especificado (TCANE)

De acuerdo con la CIE-10 (F50.9): Integra síndromes imparciales o incompletos y cuadros residuales. Tienden a ser la mayoría en los estudios de población y también en la atención primaria.

6.2.2. Diagnóstico diferencial

A pesar de la existencia de unos criterios diagnósticos de los TCA bien definidos, en la práctica clínica se plantean con frecuencia problemas de diagnóstico diferencial con otras entidades que requieren de una evaluación clínica rigurosa.

Las mismas enfermedades descritas para el diagnóstico diferencial de AN, pueden dar síntomas de BN, además de otras enfermedades que cursan con hiperfagia. Estas incluyen de manera general: patología endocrinológica, enfermedades genéticas, patología neurológica, neoplasias, hiperfagia secundaria a fármacos, entre otras. (24)

En relación con la AN, se ha de hacer diagnóstico diferencial con aquellas patologías que puedan cursar con pérdida del apetito y pérdida de peso importante. Si bien las características principales de la AN, como son la distorsión de la imagen corporal, el deseo de perpetuar la pérdida de peso y el miedo a engordar, no están presentes en todos los casos:

- Trastornos mentales: depresión, ansiedad, trastornos psicóticos y consumo de tóxicos.
- Diabetes mellitus
- Tuberculosis
- Hipertiroidismo
- Neoplasias del sistema nervioso central
- Otras menos frecuentes: linfomas, sarcoidosis, enfermedad de Addison, enfermedad celíaca, síndrome de la arteria mesentérica (a veces puede ser una complicación de la AN), intolerancia a la lactosa, panhipopituitarismo, etc.
- El diagnóstico diferencial de la AN está específicamente indicado en el paciente adulto, debido a la atipicidad de la edad de presentación.
- En la BN, el diagnóstico diferencial es más limitado que el de la AN e incluye entidades orgánicas que cursan con hiperfagia y aumento de peso:



- ✓ Diabetes mellitus.
- ✓ Hipotiroidismo.
- ✓ Síndrome de Kleine-Levin (trastorno idiopático que afecta sobre todo a hombres de 20 – 30 años y que cursa con hipersomnias e hiperfagia), lesiones hipotalámicas.
- ✓ Tumores inductores de hiperfagia.
- ✓ Depresión mayor, depresión atípica, trastorno límite de personalidad. (TLP)

6.3. Exámenes Auxiliares

- Hemograma
- Bioquímica general
- Electrolitos
- Hormonas tiroideas
- Proteínas totales y albumina
- Sedimento de orina
- Electrocardiograma
- BK en esputo
- Radiografía de tórax
- Ecografía abdominal y pélvica

6.4. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutoria

6.4.1. Medidas generales y preventivas

6.4.1.1. Evaluación médica del paciente

- **Triaje:** Que será realizado por el personal de Enfermería y ante la sospecha de un paciente con TCA, se consignarán los siguientes datos: peso en kilogramos (debe ser tomado con el paciente de espalda a la balanza y sin zapatos), talla, calculando el IMC.

6.4.1.2. Evaluación médico-psiquiátrica (1ra Sesión)

- **Historia clínica completa:** Preguntar además si hay atracones, conductas compensatorias (vómitos, realización de ejercicios físicos de manera compulsiva, uso de laxantes o diuréticos, potomanía). Importante si hay antecedentes de sobrepeso.
- **Evaluación psicopatológica detallada:** Descripción de los síntomas anteriormente mencionados en relación al cumplimiento de los criterios de la CIE 10 para Trastorno de Conducta Alimentaria.
- **Exploración biológica completa:** Frecuencia cardíaca, índice de masa corporal (peso/talla²), temperatura, alteraciones del sueño, ritmo intestinal, menstruación (preguntar si hay amenorrea y desde cuándo).
- **Descarte de comorbilidad psiquiátrica:** especialmente si hay riesgo autolítico.

6.4.1.3. Evaluación psicológica (tres sesiones, duración 10 días)

- Entrevista psicológica a los padres y adolescente en forma individual.
- Realizar las siguientes evaluaciones psicométricas al paciente:
 - ✓ Eating Attitudes Test (EAT - 26) (ANEXO I)
 - ✓ Eating Disorder Inventory (EDI - 3) (ANEXO II)
 - ✓ Inventario Clínico para Adolescentes de Millón-Maci (ANEXO III)



- ✓ Escala Estilos De Crianza Familiar (ECF-29) (ANEXO IV)
- ✓ Adaptabilidad Familiar Faces – IV (ANEXO V)

6.4.1.4. Evaluación social

Se deriva a Trabajo Social para que sea evaluado desde un contexto social y familiar, realizando un trabajo en red que facilite la articulación en diferentes niveles: individual, social, familiar y comunitario.

6.4.1.5. Evaluación nutricional

De ser posible, interconsulta a un nutricionista, para apoyo en el tratamiento nutricional. Se realizará la derivación correspondiente según sea el caso.

6.4.2. Tratamiento

6.4.2.1. Objetivos

- **A corto plazo**, corregir las alteraciones biológicas que ponen en riesgo la vida del paciente, incrementar el peso, mejorar la nutrición, normalizar la ingesta de comida e interrumpir las conductas purgativas.
- **A mediano plazo**, los objetivos del tratamiento se centran plenamente en los aspectos psicológicos (autoimagen, autoestima, habilidades sociales, cogniciones anómalas sobre la alimentación y la imagen corporal, problemas en las relaciones familiares, características de personalidad, etc.).
- **A largo plazo**, la consolidación y mantenimiento de la mejoría lograda tanto biológica como psicológica. Además, se realizará el seguimiento social buscando el fortalecimiento y consolidación de la dinámica familiar.

6.4.2.2. Tratamiento psicológico

Intervención cognitivo conductual de Trastornos Alimenticios.

6.4.2.3. Objetivo General

Reducir la sintomatología del trastorno alimenticio mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.

6.4.2.4. Objetivos Específicos

- Restablecer un modelo de alimentación normalizada.
- Desarrollar técnicas de afrontamiento para evitar atracones y conductas compensatorias.
- Modificar distorsiones cognitivas acerca de la comida y de la imagen corporal.

6.4.3. Técnicas

6.4.3.1. Entrevista conductual

Se sugiere realizar una entrevista clínica en la que se representen situaciones problemáticas identificadas por el paciente. La labor del terapeuta será observar detalladamente la actuación del paciente, el volumen, el tono, el contenido de su lenguaje, la mirada, la postura, y gestos del evaluado. (6)

6.4.3.2. Entrevista motivacional

Dirigidas principalmente a las conductas de restricción alimentaria, vivenciadas por el/la paciente como egosintónicas, con el fin de externalizar la enfermedad de la propia persona. Las tareas incluidas son las siguientes. (25)



- Creación de una lista de pros/contras actuales del cambio.
- Creación de una lista de pros y contras futuros del cambio, ¿qué te gustaría que pasara dentro de 5 años?, ¿qué te gustaría que se dijera de ti?
- El coste de cambiar, ¿qué pierdo o no sé comunicarme ahora de otra manera?
- Discusión sobre la autoeficacia percibida, las posibles barreras, y la toma de acción.

6.4.3.3. Respiración diafragmática

Es una respiración esencial ya que el diafragma es considerado como nuestro segundo corazón. En el primer momento de inspiración, el abdomen se hincha. El suave descenso del diafragma ocasiona un masaje constante y eficaz en toda la masa abdominal. (25)

6.4.3.4. Autoobservación y autorregistros conductuales

Es donde el/la paciente adquiera información acerca de su problema alimentario, y por otra, que esta adquisición de conciencia del problema ayude al cambio. Para ello se hace uso de un registro de control alimentario (15), en el que constan los siguientes apartados por ingesta: hora, comida y bebidas consumidas, lugar, si el/la paciente considera esa ingesta excesiva, el empleo de vómito autoinducido o laxantes, y la última columna está reservada para cualquier incidencia que influya en las comidas, así como los sentimientos que se producen antes y después de la ingesta. Como también, desencadenantes de restricción de alimentos. (12)

6.4.3.5. Instauración de patrón alimentario de 5 comidas: Moldeamiento:

Se realizará cinco ingestas planificadas al día. Dado que los TCA presentan un patrón completamente desestructurado de ingestas, la instauración de las cinco comidas diarias supondrá regular el circuito de hambre-saciedad, mientras a su vez, supondrá la desaparición de uno de los métodos de restricción alimentaria. La instauración de las ingestas se hará de forma gradual, comenzando por el desayuno y la comida, las cuales le suponen menor dificultad. A continuación, se introduce la cena y por último los tentempiés: almuerzo y merienda. (25)

6.4.3.6. Entrenamiento en respuesta alternativa

Esta técnica de autocontrol se emplea principalmente para el manejo de los impulsos de comer compulsivamente o evitar consumir alimentos. Consiste en entrenar al paciente para que ponga en práctica conductas que interfieren o impiden la conducta problema (episodios de sobreingestas, etc). En primer lugar, se le pide que confeccione una lista con todas las actividades alternativas, incompatibles a la conducta problema, que se le ocurran. Se promueven aquellas que implican acción. Una vez elegidas, se le pide que las escriba en un papel tamaño tarjeta, para que lo pueda tener siempre a mano, y las ponga en práctica ante el impulso de comer compulsivamente o restringirse.

6.4.3.7. Control estimular

- **Cambios en el medio social:** se utiliza la presencia de otras personas como medio de influencia en el comportamiento. Restringir los estímulos discriminativos: evitar el contacto innecesario con la comida, no llevar más dinero del necesario, limitar la comida disponible. Presentar estímulos discriminativos que incrementen la probabilidad de aparición de la conducta que se quiere instaurar: llevar lista de las compras, llevar el tentempié preparado al lugar al que asista. Modificar las condiciones fisiológicas: hacer la compra después de comer, no dejar que pasen más de 3-4 horas sin comer, entre otros.



- **Cambios en la secuencia habitual de conductas:** se indica a los pacientes que ponga los cubiertos en el plato una vez introducido el alimento en la boca, que mastique suficientemente la comida antes de tragar, y que vuelva a repetir este patrón; se consigue de este modo cortar una ingesta excesivamente rápida, que podría provocar un atracón al tener los pacientes una sensación de saciedad reducida al acabar la comida e ingerir cantidades excesivas de alimento. (3)

6.4.3.8. Resolución de problemas

Se plantea esta técnica como modo de afrontamiento de situaciones problemáticas y se analizará mediante los autorregistros, cómo las ingestas compulsivas tienden a darse en momentos de estrés. Se muestra a los pacientes el procedimiento y se practica con ellos. Se les pide que pongan en práctica esta técnica en su vida diaria, prestando especial atención a aquellas situaciones que suelen generar problemas alimentarios. (3)

Para ello, cuando surja un problema debe escribirlo en la columna 6 del registro diario de alimentación, y describir en el reverso de la página los pasos que ha seguido para resolverlo. Por último, debe hacer una revisión del proceso seguido al día siguiente.

La meta del entrenamiento en resolución de problemas (ERP) es ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida que son antecedentes de respuestas desadaptativas y, al mismo tiempo, en caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar de manera más eficaz e independiente futuros problemas. (11)

6.4.3.9. Control de la respiración

Se introduce esta técnica como método para facilitar la exposición, mediante la disminución de la hiperactivación fisiológica que ésta pueda provocar en los primeros momentos. La elección de esta técnica de relajación frente a otras se debe a su mayor rapidez de aprendizaje y facilidad de utilización en la vida cotidiana. (4)

6.4.3.10. Exposición

Es la auto exposición, con el fin de introducir aquellos alimentos "prohibidos" para la paciente en su vida diaria. Los alimentos prohibidos son tratados como estímulos fóbicos, cuya evitación mantiene el miedo a ingerirlos. La clave será impedir que la evitación se convierta en una señal de seguridad. A continuación, se describen los pasos a seguir:

1. Confección lista de alimentos: ir a un supermercado y apuntar las comidas que le gustan, pero que son reacios a comer por el efecto que tenga en su figura o peso.
2. Jerarquizarlos en función del malestar que les produzcan.
3. Introducirlos en las comidas, al principio en aquellas con los que los pacientes se sientan cómodos. Se prepara la situación donde se van a ingerir estos alimentos antes de hacerlo.
4. Al principio la cantidad de comida no es importante, aunque la meta es que los pacientes coman cantidades normales. Se continúa hasta que no presenten ansiedad sobre la comida. Una vez logrado, pueden elegir si desea ingerirlos o, por lo menos, no llevar a cabo una dieta tan estricta. (4)



6.4.3.11. Reestructuración Cognitiva

La Reestructuración Cognitiva consiste en que los pacientes, con la ayuda inicial del terapeuta, identifiquen y cuestionen sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional o conductual causada por los primeros. En la Reestructuración Cognitiva, los pensamientos son considerados como hipótesis y por lo tanto, terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos. (4)

- **Cuestionamiento socrático:** Hacen referencia a emplear preguntas para aclarar significados, provocar emociones y consecuencias, así como para crear una perspectiva o explorar acciones alternativas. (16)
- **Examinando evidencia:** En vez de asumir que un pensamiento determinado negativo es verdadero, se intenta enseñar a los pacientes la evidencia real existente. El foco de esta técnica no es poner en duda la veracidad del mismo, sino, como veremos más adelante, intentar ver si hay modos alternativos y, sobre todo, menos dañinos de interpretar lo que ha sucedido.
- **Descubrimiento guiado:** Propone que el debate forma parte del proceso de descubrimiento guiado y en él, el diálogo terapéutico debe tener como objetivo ayudar al paciente a considerar toda la información relevante y explorar explicaciones alternativas en lugar de que el terapeuta intente argumentar o convencer a los pacientes de una conclusión específica.

6.4.3.12. Psicoeducación

Educar al paciente sobre la BN e incrementar la regularidad de la comida, guiando al paciente hacia el modelo con tres comidas principales y dos aperitivos cada día. Promueve el auto-registro de alimentos, atracones y purgas. Programa psicoeducativo que es común con el de la AN.

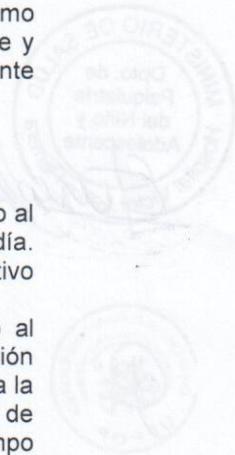
Es una herramienta de primera intervención, siendo importante para dar inicio al tratamiento, siendo así un entrenamiento terapéutico, ya que es toda aquella información técnica que el psicoterapeuta brinda en terapia la cual se considera necesaria para la mejora del paciente y una mayor comprensión que impacta en los pacientes de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída y al mismo tiempo genera un mayor entendimiento, donde se le da una breve definición del diagnóstico, cómo se origina, signos, síntomas, características, los reforzadores, riesgos de recaídas, etc. Teniendo una clara idea de su problema actual. (14)

6.4.3.13. Prevención de recaídas

En esta etapa se comprueba que las expectativas alcanzadas son realistas, se le enseña a distinguir una "caída" de una recaída, y se repasan los logros alcanzados y las estrategias que han sido más útiles a lo largo de la terapia. A su vez, se repasan los factores de riesgo y se prepara un plan de acción en caso de que estos surjan. Por último, se diseña un plan de mantenimiento de estas posibles recaídas a largo plazo.

6.4.3.14. Tratamiento farmacológico

- **Seguimiento Médico Psiquiátrico,** revisión médica y psicopatológica: Realizado por el psiquiatra: Los dos primeros meses una vez a la semana, luego cada 15 días por dos meses más y luego una vez al mes, si la evolución es



favorable, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Indicaciones nutricionales, reposo, horario escolar, actividades de ocio, tareas, medicación.

Tabla 1: Alternativas farmacológicas

TRASTORNOS	CARACTERÍSTICAS	RECOMENDACIÓN
Anorexia Nerviosa	IMC menor a 17 kg/m ²	Evaluar la necesidad de tratamiento farmacológico.
Anorexia Nerviosa	Bajo peso. Resistente a tratamiento	ISRS: Fluoxetina 20-60 mg/día Olanzapina 5-10 mg/día
Anorexia Nerviosa	Depresión	ISRS: Fluoxetina 20-60 mg/día Sertralina 50mg x Día
Anorexia Nerviosa	TOC	ISRS + Olanzapina/risperidona
Bulimia Nerviosa	Peso normal	ISRS : Fluoxetina, 20mg x día iniciar
Trastorno por atracones	Atracón/reducir peso	ISRS: Fluoxetina, sertralina Topiramato

Fuente: Mardomingo, M. (2013). *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.*



6.4.3.15. Plan de acompañamiento social

Permita a la persona y familia avanzar en base a objetivos en un tiempo previsto estableciendo metas apropiadas para el cambio de comportamiento, poniendo en práctica los planes para el cambio de actitud en la estructura familiar y por ende en el paciente. El acompañamiento como metodología de intervención social permite orientar la acción hacia procesos de cambio, con la persona y con el entorno. Tal como lo definen Funes y Raya acompañar es avanzar "al lado de". Avanzar "al lado de" es compartir un proyecto común. Acompañar es mirar de otra manera a la persona y su historia, para que ella pueda verse de otra forma. Es creer en sus potencialidades, ayudarle a tomar conciencia y a desarrollarse, sea cual sea su estado actual. (14)

6.4.3.16. Entrevista social

A través de la entrevista a la familia se logra una intervención integral lo cual contribuye a optimizar la atención; obteniendo la información que se considera importante y necesaria logrando alcanzar alternativas viables ante su problemática encaminados por el método sistémico elaborándose el estudio social e informe socio económico diagnóstico social y el plan de intervención social. (9)

Ficha social de consulta externa: SS-29. (ANEXO 6)



6.4.3.17. Consejería social

La consejería es la herramienta aplicada a diversos aspectos de la prevención y promoción a la salud mental basada en una comunicación efectiva; con ella se busca mejorar la salud del paciente, impulsando al paciente y familia a actuar y definir un curso de acción de acuerdo con la realidad conociendo los recursos y capacidades que tienen. (9)

6.4.3.18. Seguimiento socio familiar

Seguimiento permanente de los casos e intervención social realizada durante la atención del paciente a través de la evolución social de acuerdo con el plan de trabajo, intentando descongestionar aquellos elementos que pueden estar influyendo en la enfermedad por parte de la familia, enfermedades, preocupaciones, carencia de relaciones interpersonales y de apoyo, barreras culturales. (22)

(Ficha de seguimiento social: SS-25). (ANEXO 7)

6.4.3.19. Visita domiciliaria

Es una herramienta de intervención, caracterizada por ser cercana, que ingresa a la intimidad de una familia; que tiene por fin, ser reparadora, que acompaña procesos, que orienta, que da contención y que vigila. Además, es una acción diferenciada de un gran propósito, siendo uno de sus componentes, la intervención familiar. Las visitas domiciliarias, es un medio para interactuar con las familias, siendo el hogar un ambiente para trabajar con las familias porque ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación, prácticas de crianza y los estilos de vida. Las familias aparecen en su aspecto más natural dentro de su espacio familiar. (22)

Ficha de visita domiciliaria: SS-27. (ANEXO 8)

6.4.3.20. Psicoeducación a la familia

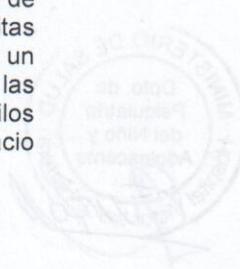
Es un conjunto de intervenciones que buscan educar a las personas sobre el desafío que enfrentan ayudándoles a desarrollar recursos para manejarlos, para que los pacientes, familias y/o cuidadores puedan comprender y manejar los desafíos que enfrentan, reconociendo síntomas y desencadenantes de una crisis, familiarizándose con el trastorno y el tratamiento y que esas situaciones cotidianas no se vuelvan complejas por el desconocimiento. (22)

6.4.3.21. Redes de soporte

Gestionando conflictos familiares subyacentes coordinamos y vinculamos a cada familia con los servicios comunitarios adecuados, activándose otros apoyos que puedan precisar durante el proceso de tratamiento, valorados de manera personalizada para cada familia. Los recursos y servicios de la red comunitaria juegan un papel fundamental estable y favorable al desarrollo del NNA. Permittiéndonos garantizar la continuidad del proceso una vez sea dado de alta. (22)

Objetivos:

- Mejorar la calidad de vida interviniendo en todo el contexto familiar: realizando un abordaje en el contexto familiar, ya que los diferentes elementos que



desencadenan el malestar familiar son multifactoriales, desarrollando conductas de salud. (5)

- Apoyar en la adherencia al tratamiento: lo cual incluye una variedad de conductas, como hábitos saludables, modificación de hábitos de vida, mejorando la calidad de vida como parte del programa de tratamiento.
- Promover dinámicas familiares beneficiosas: es útil promover nuevas organizaciones y dinámicas más adecuadas en este momento, prestando especial atención a la persona cuidadora principal (que tiene un riesgo de desgaste) y a los hermanos (que a menudo pasan a un plano secundario). (5)
- Informar y orientar sobre los recursos existentes: conocimiento sobre los recursos existentes que ayuden al paciente a realizar actividades alternativas en momentos críticos de la enfermedad. Coordinando y vinculando a la familia con los servicios comunitarios adecuados y también activará otros apoyos que se puedan precisar durante el proceso de tratamiento, valorados de manera personalizada para cada familia.
- Atender en los diferentes momentos de su tratamiento: no se sitúa únicamente en el momento en el que la persona está en tratamiento, esta intervención social puede ser: previa a un tratamiento; anterior a un ingreso hospitalario; durante un ingreso hospitalario o en el transcurso de un tratamiento ambulatorio. En cada uno de estos momentos la intervención social responde a necesidades diferentes.
- La finalidad no es que las familias solucionen todos sus conflictos, sino acompañarlas para que puedan realizar una mejor gestión de ellos, y para poder entender y escuchar al otro.

6.4.4. Evolución

Realizar el seguimiento, al inicio una vez por semana, por dos meses, si hay evolución favorable, el seguimiento se hará cada quince días, luego de dos meses, si la evolución sigue siendo favorable, se hará mensualmente.

- **Terapia física:** Cuando su índice de masa corporal esté dentro de lo normal, ayudará a:
 - Fortalecer huesos y músculos, aumentar la densidad ósea (prevenir osteoporosis).
 - Mejorar el estado de ánimo y disminuir el riesgo de padecer estrés y ansiedad. Aumentar la autoestima.
 - Proporcionar bienestar psicológico.

6.4.5. Criterios de Alta

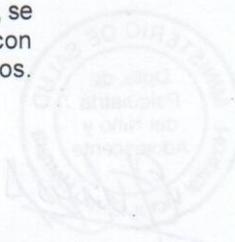
Después de haber completado la aplicación de técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas se reevaluará la psicopatología del trastorno de acuerdo con los criterios diagnósticos CIE X y de obtener un IMC dentro de lo normal por más de 6 meses, se podría considerar el alta médica; sin embargo, la mayoría de los pacientes recaen con frecuencia, por lo que el seguimiento se recomienda no debe ser menor de dos años. (5)

6.4.6. Pronóstico

- **Anorexia nerviosa**

Existen datos contradictorios sobre el pronóstico de la Anorexia Nerviosa a pesar de su prolongado recorrido histórico, motivados por diversos factores: estudios de seguimiento con gran variabilidad temporal, resultados dispares según la época en la que se realizan estos estudios, escasez de estudios de intervención aleatorizados con una valoración suficiente de los resultados, etc. (18)

Teniendo en cuenta las limitaciones anteriores, los resultados de la revisión de los principales estudios sobre el pronóstico de la AN indican lo siguiente: las tasas brutas de mortalidad son en general superiores a las de la población general y aumentan



significativamente con la duración del seguimiento. En contraposición a este dato, parece que el resultado global en las supervivientes mejoras con la duración del seguimiento (con las consiguientes implicaciones terapéuticas).

El 50% de los casos de AN evoluciona a remisión completa. La remisión parcial se observa entre el 20% - 30% de los casos de AN. Entre el 10% y 20% de los casos evolucionan a cronicidad.

Factores Pronósticos:

- Factores de buen pronóstico: buen soporte familiar y redes de apoyo, nivel cognitivo alto, rasgos de personalidad histriónico.
Aproximadamente el 40 % de los pacientes con anorexia nerviosa tienen una evolución favorable con remisión tal de los síntomas, un 30% mejoran y llevan una vida aceptable, aunque no se recuperan de forma total, y un 30% siguen enfermos toda la vida. (19)
- Factores de mal pronóstico: comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo), presencia de vómitos autoinducidos, atracones o abuso de laxantes, rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, ajuste social y duración de la enfermedad. (1, 18)

- **Bulimia nerviosa**

El curso natural de la Bulimia Nerviosa a los 5 años en pacientes que viven en comunidad es el siguiente: cada año, el 33 % remite y otro 33% recae, lo que indica un pronóstico relativamente malo para personas no tratadas. (26)

En estudios de seguimiento a 6 años para personas tratadas, el 60% se consideraban de buen pronóstico, el 30% de recuperación parcial y un 10% de mal pronóstico.

Factores pronósticos:

- Factores de buen pronóstico: a menor tiempo en el inicio del tratamiento mejor pronóstico. Este factor se estima como el mejor indicador de buen pronóstico, más aún que el tipo y la duración de dicho tratamiento.
- Factores de mal pronóstico: antecedentes de trastornos por consumo de sustancias o el abuso de laxantes; la comorbilidad con TOC está asociada a una mayor duración de la enfermedad; presentar en la infancia temprana conflictos y/o rechazos en la comida; un peor funcionamiento psicosocial y una mayor alteración de la imagen corporal, la interiorización de un cuerpo delgado son los factores que más influyen en la recaída de la BN. (1)

- **Trastorno por atracones**

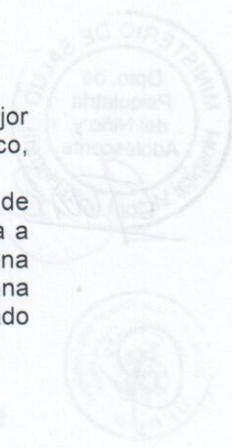
- Factores de mal pronóstico: la presencia de atracones pronostica un aumento de peso. La presencia de rasgos de personalidad (24), predicen mayor frecuencia de atracones.

6.5. Complicaciones

Tabla 2: Complicaciones médicas

Complicaciones médicas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Cardiovasculares	-Bradicardia -Hipotensión, hipotensión ortostática -Arritmias -Miocardiopatía por ipecacuana -Insuficiencia cardiaca congestiva (al realimentar a las pacientes con anorexia)
------------------	---



Dentales	-Caries (en quienes se purgan) -Perimolisis (en quienes se purgan)
Dermatológicas	- Lanugo (en restrictivas) - Signo de Russell (abrasión del área metacarpofalángica por introducirse los dedos para vomitar. - Piel amarillenta (carotenemia)
Endocrinas/metabólicas	- Anomalías electrolíticas, incluida la hipopotasemia - Amenorrea (en anoréxicas) - Infertilidad (en anoréxicas) - Irregularidades menstruales (en anoréxicas) - Elevación del cortisol sérico - Síndrome del enfermo eutiroideo - Hiperamilasemia (en quienes se purgan)
Digestivas	- Retardo del vaciado gástrico - Estreñimiento - Elevación de enzimas hepáticas - Dilatación o rotura gástrica - Esófagitis - Desgarros de Mallory-Weiss
Hematológicas	- Anemia - Leucopenia - Trombocitopenia
Hipotalámicas	- Hipotermia
Renales	- Cálculos renales
Esqueléticas	- Osteoporosis (en las pacientes con amenorrea)

Fuente: Ronald J. Comer y Jonathan S. Comer. Trastornos de la conducta alimentaria Psicopatología. Fundamentos. Editorial Médica Panamericana. (2020).

• **Alteraciones socio-familiares**

- Tendencia al aislamiento social, normalmente disminuye el interés por el grupo de iguales.
- Excepcionalmente puede darse una mayor frecuencia de citas sociales y de vida social. Mayor aislamiento de la familia. Está mayor tiempo encerrado en su habitación.
- Mayor conflictividad familiar.
- Mayor dificultad en aceptar las normas y los límites.
- Se agudizan las dificultades propias del momento evolutivo.

6.6. Criterios de Referencia y Contrarreferencia

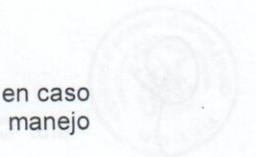
Elaboración: Equipo multidisciplinario DPNA 2025

6.6.1. Criterios de referencia

- Valorar si requiere atención médica urgente: Se referirá a Hospital General en caso de presenten complicaciones medicas considerable que requieran manejo especializado y pongan en riesgo la vida del paciente.

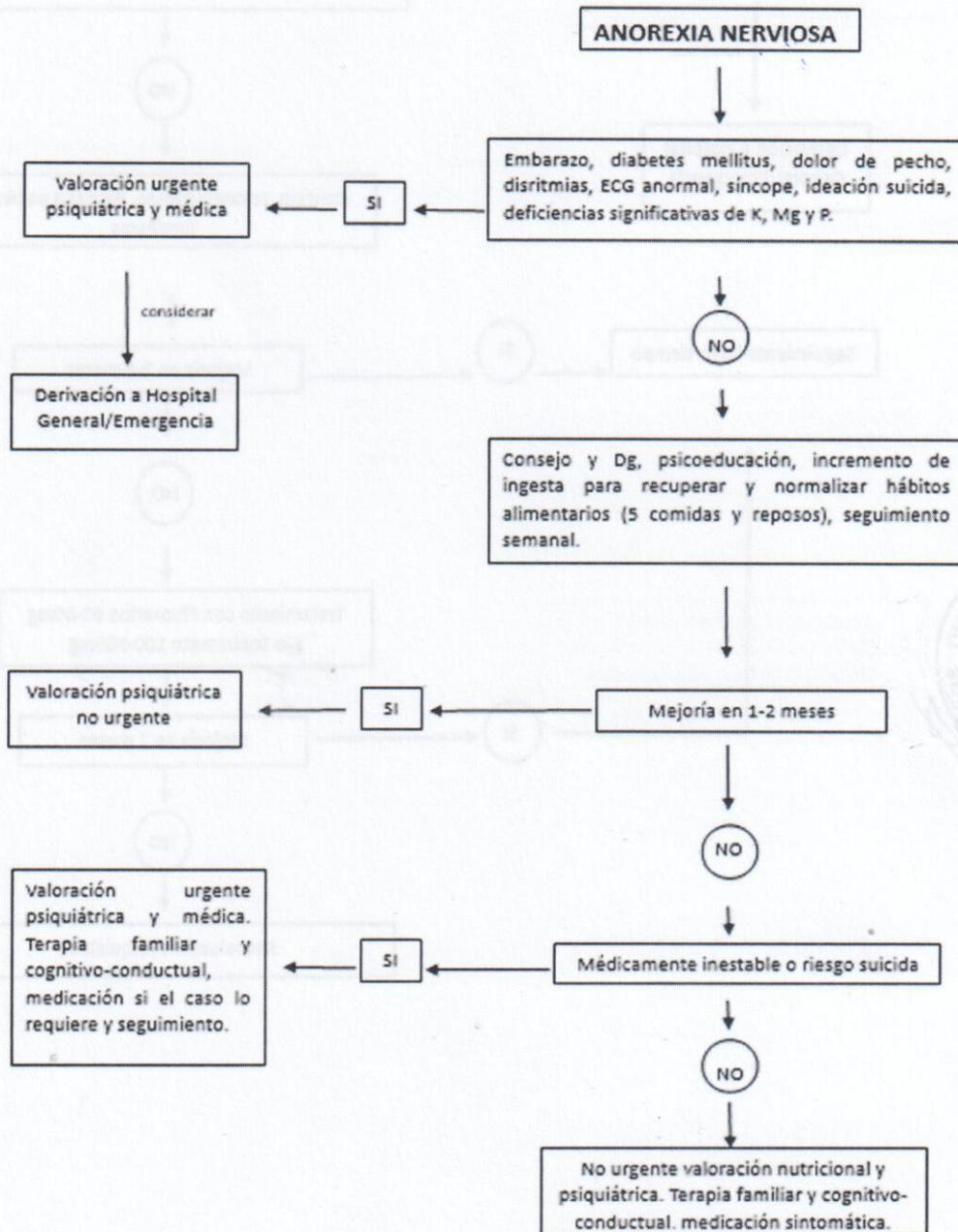
6.6.2. Criterios de contrarreferencia

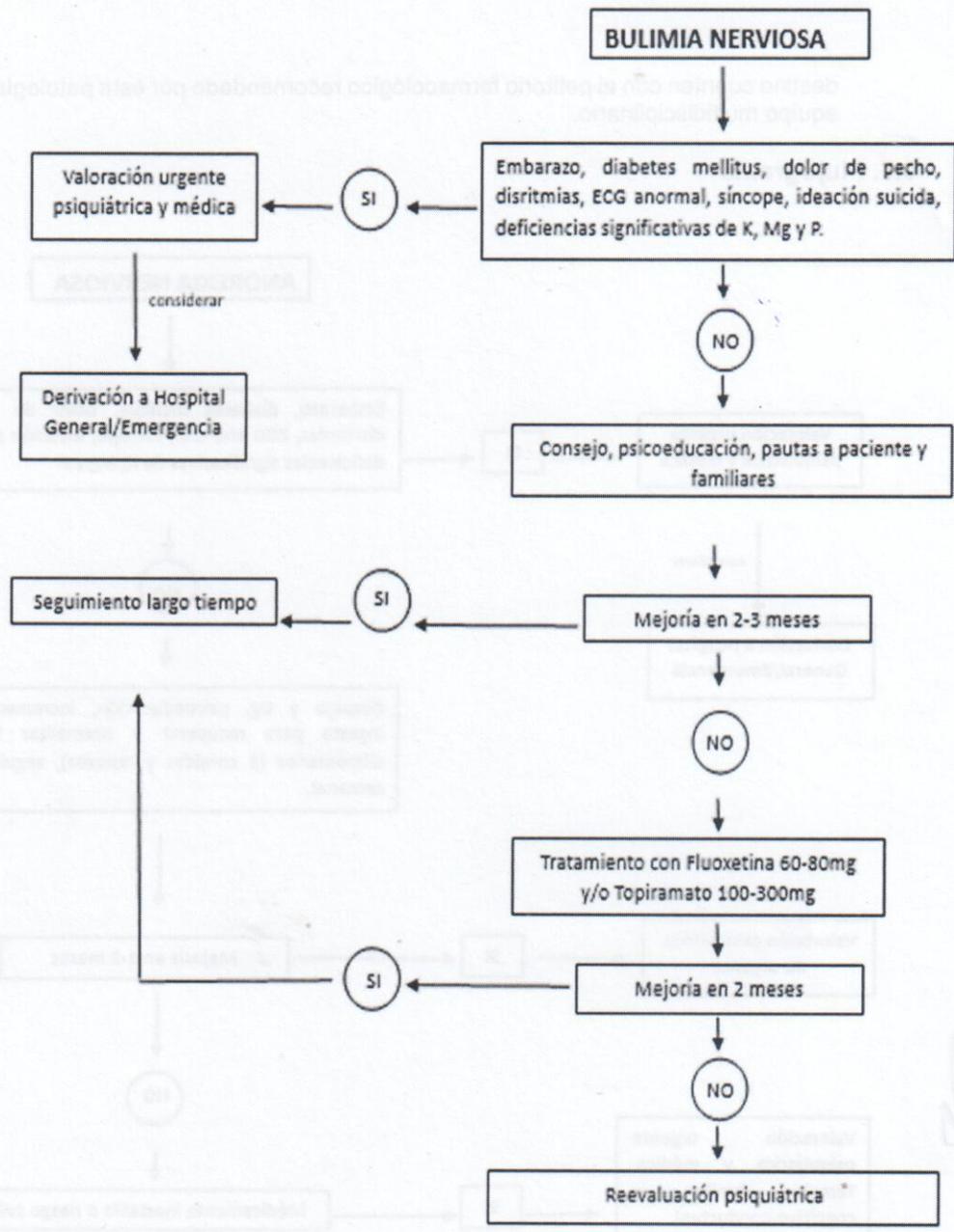
Se contra refieren aquellos pacientes con trastorno de conducta alimentaria no complicado o sin comorbilidad, con sintomatología controlada que pueda ser manejada por médicos psiquiatras generales, siempre y cuando estos centros de



destino cuenten con el petitorio farmacológico recomendado por esta patología y con equipo multidisciplinario.

6.7. Flujograma





VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
2. Alarcon, R., Chaskel, R. y Berlanga, C. (2019). *Psiquiatría*. Cuarta Edición. Lima. Universidad Cayetano Heredia, 777.
3. Bados, A. y García, E. (2014). *Resolución de problemas*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>.
4. Beck, A., Rush, J., Shaw, F. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao Desclée de Brouwer.
5. Botella, V., Salvador, J., Rodero, M., Bádenes, L., Sanchís, M. y Rivera, R. (2018). *¿Quién cuida del cuidador? Tratamiento para familiares de personas con trastornos alimentarios y trastornos de personalidad*. pág. 65-78.
6. Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo veintiuno.
7. Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Editorial Buenos Aires.
8. Castro, J. (2009). *Psiquiatría de niños y adolescentes*. Primera Edición Lima: Universidad Cayetano Heredia. pp. 399-415.
9. Cáceres, C., Oblitas, B., Álvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J., y Vázquez-Arévalo, R. (2009). *Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria*. Revista de Salud Pública, 11(4).
10. Comer, R. y Comer, J. (2020). *Trastornos de la conducta alimentaria Psicopatología. Fundamentos*. Editorial Medica Panamericana. pp.1-17.
11. D'Zurilla, T. (1993). *Terapia de resolución de conflictos: competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. Desclée de Brouwer.
12. Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., O'Connor, M., Palmer, R. y Dalle, R. (2013). *Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study*. *Behaviour Research and Therapy*, 51 (1), 2-8.
13. Fairburn, C. (1995). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós Ibérica.
14. Funes, J. y Raya, E. (2001). *El acompañamiento y los procesos de incorporación social, Guía para su práctica*. Federación Sartu.
15. Hay, P. (2020). *Current approach to eating disorders: a clinical update*. *Clinical Perspectives*. Internal Medicine Journal 50. 24-29.
16. James, I., Morse, R. & Howarth, A. (2009). *The Science and Art of Asking Questions in Cognitive Therapy*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(1), 83. doi: 10.1017/s135246580999049x
17. Janet Treasure J., Tiago Antunes T. Ulrike Schmidt U. (2020). *Eating disorders*. vol 395 March 14 899-911. DOI: [10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
18. Londoño-Pérez, C., y Ruge, A. (2017). *Factores Familiares y Personales Predictores de Trastornos de Conducta Alimentaria en Jóvenes*. 33(2), 235. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.236781>
19. Mardomingo, M. (2013). *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Madrid. Editorial Médica Panamericana. Pp. 726 al 774. Del Capítulo 19.
20. Morandé, G., Celada, J. y Casas, J. (1999). *Prevalence of eating disorders in a spanish school-age population*. *J Adolescent Health*.



21. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima versión (CIE-11)*. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
22. Parra, P. (2000). *La entrevista en Trabajo Social*. 1ra Edición, Buenos Aires, Espacio Editorial.
23. Portela de Santana, M. (2012). *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión*. Nutr. Hosp. vol.27 no.2 Madrid mar./abr.
24. Rubio, B., Moreno, D. y Lázaro, L. (2021). *Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. 1era edición. Elsevier.
25. Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Decleée De Brouwer S.A.
26. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. Ginebra: WHO.



VIII. ANEXOS

- Anexo 1: Eating Attitudes Test (EAT-26)
- Anexo 2: Eating Disorder Inventory (EDI - 3)
- Anexo 3: Instrumento: Inventario Clínico para adolescentes (maci)
- Anexo 4: Escala estilos de crianza familiar (ecf-29)
- Anexo 5: Adaptabilidad Familiar
- Anexo 6: Ficha Social de Consulta Externa (SS-29)
- Anexo 7: Hoja de Seguimiento de Servicio Social (SS-25)
- Anexo 8: Ficha de visita domiciliaria
- Anexo 9: Percentiles de estatura por edad y peso por edad (niñas)
- Anexo 10: Percentiles de estatura por edad y peso por edad (niños)
- Anexo 11: Velocidad de estatura (niñas)
- Anexo 12: Velocidad de estatura (niños)



ANEXO N° 1: Eating Attitudes Test (EAT - 26)

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
Me da mucho miedo pesar demasiado						
Procura no comer aunque no tenga hambre						
Me preocupo mucho por la comida						
A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
Corto mis alimentos en trozos pequeños						
Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)						
Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
Vomito después de haber comido						
Me siento muy culpable después de comer						
Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
Tardo en comer más que las otras personas						
Procuro no comer alimentos con azúcar						
Como alimentos de régimen						
Siento que los alimentos controlan mi vida						
Me controlo en las comidas						
Noto que los demás me presionan para que coma						
Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
Me siento incómodo/a después de comer dulces						
Me comprometo a hacer régimen						
Me gusta sentir el estómago vacío						
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
Tengo ganas de vomitar después de las comidas						



ANEXO N°2: Eating Disorder Inventory (EDI - 3)

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.						
Creo que mi estómago es demasiado grande.						
Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.						
Suelo comer cuando estoy disgustado.						
Suelo hartarme de comida.						
6. Me gustaría ser más joven.						
Pienso en ponerme a dieta.						
Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.						
Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.						
Me considero una persona poco eficaz.						
Me considero muy culpable cuando como en exceso.						
Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.						
En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.						
La infancia es la época más feliz de la vida.						
Soy capaz de expresar mis sentimientos.						
Me aterroriza la idea de engordar.						
Confío en los demás.						
Me siento solo en el mundo.						
19. Me siento satisfecho con mi figura.						
Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.						
Suelo estar confuso sobre mis emociones.						
Preferiría ser adulto a ser niño.						
Me resulta fácil comunicarme con los demás.						
Me gustaría ser otra persona.						
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso.						
Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.						
Me siento incapaz.						
He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.						
Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.						
Tengo amigos íntimos.						
Me gusta la forma de mi trasero.						
Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.						
No sé qué es lo que ocurre en mi interior.						
Me cuesta expresar mis emociones a los demás.						



Las exigencias de la vida adulta son excesivas.									
Me fastidia no ser el mejor en todo.									
Me siento seguro de mí mismo.									
Suelo pensar en darme un atracón.									
Me alegra haber dejado de ser un niño.									
No sé muy bien cuando tengo hambre o no.									
Tengo mala opinión de mí.									
Creo que puedo conseguir mis objetivos.									
Mis padres esperaban de mí, resultados sobresalientes.									
Temo no poder controlar mis sentimientos.									
Creo que mis caderas son demasiado anchas.									
Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.									
Me siento hinchado después de una comida normal.									
Creo que las personas son más felices cuando son niños.									
Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.									
Me considero una persona valiosa.									
Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.									
Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.									
Pienso en vomitar para perder peso.									
Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incomodo si alguien se acerca demasiado.									
Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.									
Me siento emocionalmente vacío en mi interior.									
Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.									
Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.									
Creo que mi trasero es demasiado grande.									
Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.									
Como o bebo a escondidas.									
Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.									
Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.									
Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.									
La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.									
Me avergüenzo de mis debilidades humanas.									
La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.									
Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.									
Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.									
Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.									
Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.									
Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.									
Soy comunicativo con la mayoría de la gente.									
Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.									



La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.						
La gente comprende mis verdaderos problemas.						
Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.						
Comer por placer es signo de debilidad moral.						
Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.						
Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.						
Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.						
Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.						
Los demás dicen que me irrito con facilidad.						
Tengo la sensación de que todo me sale mal.						
Tengo cambios de humor bruscos.						
Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.						
Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.						
El sufrimiento te convierte en una persona mejor.						
Sé que la gente me aprecia.						
Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.						
Creo que realmente sé quién soy.						



ANEXO N° 3: INSTRUMENTO: INVENTARIO CLINICO PARA ADOLESCENTES DE MILLON (MACI)

N°	Preguntas	V	F
1	Preferiría seguir a alguien antes que ser el líder		
2	Estoy bastante seguro(a) de saber quién soy y qué quiero en la vida		
3	Yo no necesito tener amistades cercanas como otros chicos		
4	Frecuentemente me desagrada hacer cosas que otros esperan de mí		
5	Hago lo mejor que puedo para no herir los sentimientos de los demás		
6	Puedo contar con que mis padres me entiendan		
7	Algunas personas piensan que soy un poco presumido(a)		
8	Pase lo que pase, nunca consumiría drogas		
9	Siempre trato de hacer lo que es correcto		
10	Me gusta cómo me veo		
11	Aunque me dan ataques incontrolables de hambre en los que, como muchísimo, odio subir de peso		
12	Casi nada de lo que pasa parece hacerme sentir feliz o triste		
13	Parece que tengo un problema para llevarme bien con otros adolescentes		
14	Me siento muy avergonzado(a) contándole a la gente cómo fui abusado(a) cuando era niño(a)		
15	Nunca he hecho algo por lo cual me pudieran haber arrestado		
16	Pienso que todos estarían mejor si yo estuviera muerto(a)		
17	Algunas veces, cuando estoy lejos de casa, comienzo a sentirme tenso(a) y con pánico		
18	Generalmente actúo rápido, sin pensar		
19	Supongo que soy un(a) que se queja mucho (a) que espera que suceda lo peor		
20	No es raro sentirse solo(a) y no querido(a)		
21	El castigo nunca me detuvo para hacer lo que yo quería		
22	Parece que el beber ha sido un problema para varios miembros de mi familia		
23	Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que otros esperan de mí		
24	Parece que encajo bien con cualquier grupo nuevo de chicos que conozco		
25	Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por otros		
26	Odio el hecho de no tener ni la apariencia ni la inteligencia que desearía		
27	Me gusta estar en casa		
28	A veces asusto a otros chicos para que hagan lo que yo quiero		
29	Aunque la gente me dice que estoy delgado(a), yo me siento con sobrepeso		
30	Cuando tomo unos tragos me siento más seguro(a) de mí mismo(a)		
31	La mayoría de la gente es más atractiva que yo		
32	Frecuentemente temo desmayarme o sentir pánico cuando estoy en una multitud		
33	A veces me fuerzo a vomitar después de comer mucho		
34	Frecuentemente me siento como "flotando", como perdido(a) en la vida		
35	Parece que no le caigo bien a la mayoría de los adolescentes		
36	Cuando puedo escoger, prefiero hacer las cosas solo(a)		
37	Involucrarse en los problemas de los demás es una pérdida de tiempo		
38	Frecuentemente siento que los demás no quieren ser amistosos conmigo		
39	No me importa mucho lo que otros chicos piensen de mí		
40	Solía quedar tan drogado(a) que no sabía lo que estaba haciendo		



41	No me molesta decirle a la gente algo que no les gustaría escuchar		
42	Veo que estoy muy lejos de lo que en realidad me gustaría ser		
43	Las cosas en mi vida van de mal en peor		
44	Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago		
45	Nunca he sido llamado(a) "delincuente juvenil"		
46	Frecuentemente soy mi peor enemigo		
47	Muy pocas cosas o actividades parecen darme gusto		
48	Siempre pienso en hacer dieta, aun cuando la gente dice que estoy delgado(a)		
49	Me es difícil sentir lástima por personas que siempre están preocupadas por algo		
50	Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas		
51	No creo tener tanto interés en el sexo como otros de mi edad		
52	No veo nada malo en usar a otros para obtener lo que quiero		
53	Preferiría estar en cualquier lugar menos en casa		
54	A veces me siento tan molesto(a) que quiero lastimarme seriamente		
55	No creo que haya sido abusado(a) sexualmente cuando era niño(a)		
56	Soy un tipo de persona dramática y me gusta llamar la atención		
57	Yo puedo beber más cerveza o licor que la mayoría de mis amigos		
58	Los padres y profesores son demasiado duros con los chicos que no siguen las reglas		
59	Me gusta mucho coquetear		
60	No me molesta ver a alguien sufriendo		
61	Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás		
62	Disfruto pensando en sexo o viendo imágenes que tengan ese tipo de contenido		
63	Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo(a)		
64	A menudo me siento triste y no-querido(a)		
65	Se supone que soy delgado(a), pero siento mis muslos y mi trasero demasiado grandes		
66	Frecuentemente merezco que otros me humillen		
67	La gente me presiona para que haga más de lo que es justo		
68	Creo que tengo una buena figura		
69	Socialmente, me siento abandonado(a)		
70	Hago amigos fácilmente		
71	Soy una persona algo asustadiza y ansiosa		
72	Odio pensar en alguna de las formas en que fui abusado(a) cuando niño(a)		
73	No soy diferente de muchos de los chicos que roban cosas de vez en cuando		
74	Prefiero actuar primero y pensarlo después		
75	He pasado periodos en los que he fumado marihuana varias veces a la semana		
76	Demasiadas reglas se cruzan en mi camino para hacer lo que quiero		
77	Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta crear un poco de emoción		
78	A veces yo haría algo cruel para hacer a alguien infeliz		
79	Paso mucho tiempo preocupándome por mi futuro		
80	Frecuentemente siento que no merezco las cosas buenas que hay en mi vida		
81	Me siento algo triste cuando veo a alguien que está solo		
82	Como poco delante de otros, pero después como demasiado y sin control cuando estoy solo(a)		
83	Mi familia está siempre gritando y peleando		



84	A veces me siento muy infeliz de ser quien soy		
85	Al parecer yo no disfruto estar con gente		
86	Tengo talentos que otros chicos(as) desearían tener		
87	Me siento muy incómodo(a) con la gente, a menos que esté seguro de que realmente es agrado		
88	Matar me podría ser la forma más fácil de resolver mis problemas		
89	A veces me confundo o me molesto cuando la gente es amable conmigo		
90	El alcohol realmente parece ayudarme cuando me siento decaído(a)		
91	Rara vez espero algún acontecimiento con placer o emoción		
92	Soy muy bueno(a) inventando excusas para salir de los problemas		
93	Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores		
94	El sexo es placentero		
95	A nadie realmente le importa si vivo o muero		
96	Deberíamos respetar a nuestros mayores y no creer que nosotros sabemos más		
97	A veces siento placer al lastimar a alguien físicamente		
98	Frecuentemente me siento muy mal después de que algo bueno me ha pasado		
99	No creo que la gente me vea como una persona atractiva		
100	Socialmente soy un solitario y no me importa		
101	Casi todo lo que intento me resulta fácil		
102	Hay veces en las que me siento mucho más joven de lo que soy en realidad		
103	Me gusta ser el centro de atención		
104	Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar en lo que pueda pasar		
105	Tengo un temor terrible de que, aunque este muy delgado(a), si como, volveré a subir de peso		
106	No me acerco mucho a las personas porque me da miedo de que se burlen de mí		
107	Con más y más frecuencia yo he pensado en terminar con mi vida		
108	A veces me crítico para que otra persona se sienta mejor		
109	Me da mucho miedo cuando pienso en estar completamente solo(a) en el mundo		
110	Las cosas buenas no duran		
111	He tenido algunos "encuentros" con la ley		
112	Me gustaría cambiar mi cuerpo por el de otra persona		
113	Hay muchas veces en las que deseo volver a ser mucho más joven		
114	No he visto un auto en los últimos diez años		
115	Otras personas de mi edad parecen estar más seguras que yo de quienes son y de lo que quieren		
116	Pensar en sexo me confunde casi todo el tiempo		
117	Hago lo que quiero sin preocuparme si afecta a los otros		
118	Muchas de las cosas que parecen ser buenas hoy, se volverán malas después		
119	Otras personas de mi edad nunca me llaman para juntarme con ellos		
120	Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin un poco de marihuana		
121	Hago mi vida más complicada de lo que tiene que ser		
122	Prefiero que me digan qué hacer en vez de decidir por mí mismo(a)		
123	He intentado suicidarme en el pasado		
124	Me dan ataques incontrolables de hambre en los que como mucho un par de veces a la semana		
125	Últimamente, me deprimó por pequeñas cosas		



126	El año pasado crucé el Atlántico en avión 30 veces		
127	Hay veces en que deseo ser otra persona		
128	No me importa pasar por sobre otras personas para demostrar mi poder		
129	Estoy avergonzado(a) de algunas cosas terribles que los adultos me hicieron cuando era joven		
130	Trato de hacer todo lo que hago tan perfecto como sea posible		
131	Estoy contento(a) con la forma en que mi cuerpo se ha desarrollado		
132	Frecuentemente me asusto cuando pienso en las cosas que tengo que hacer		
133	Últimamente me siento inquieto(a) y nervioso(a) casi todo el tiempo		
134	Yo solía probar drogas fuertes para ver qué efecto tendrían		
135	Puedo "encantar" a la gente para que me den casi todo lo que yo quiero		
136	A muchos otros chicos les dan facilidades que a mí no me dan		
137	Cierta gente me hizo cosas sexuales cuando yo era demasiado chico(a) para Entender		
138	Frecuentemente sigo comiendo hasta el punto de sentirme mal físicamente		
139	Yo me burlaría de alguien en un grupo sólo para humillarlo(a)		
140	No me gusta ser la persona en la que me he convertido		
141	Al parecer hecho a perder las cosas buenas que me pasan		
142	Aunque quiero tener amigos, no tengo casi ninguno		
143	Me agrada que los sentimientos sobre el sexo sean parte de mi vida ahora		
144	Estoy dispuesto(a) a "morirme de hambre" para ser más delgado(a) de lo que soy		
145	Soy muy maduro(a) para mi edad y sé lo que quiero hacer en la vida		
146	En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente		
147	Mi futuro parece sin esperanza		
148	A mis padres les ha costado mucho trabajo disciplinarme		
149	Cuando las cosas no resultan como quiero, rápidamente pierdo la calma		
150	Frecuentemente me divierto haciendo ciertas cosas que son ilegales		
151	Supongo que dependo demasiado de los otros para que me ayuden		
152	Cuando estamos divirtiéndonos, mis amigos y yo podemos quedar bastante Borrachos		
153	Me siento solo(a) y vacío(a) la mayor parte del tiempo		
154	Siento que mi vida no tiene sentido y no sé a dónde voy		
155	Decir mentiras es una cosa muy normal		
156	He pensado en cómo y cuándo podría suicidarme		
157	A mí me gusta iniciar peleas		
158	Hay veces en que nadie en mi casa parece preocuparse por mí		
159	Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para evitar errores		
160	Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo		



ANEXO N° 4: ESCALA ESTILOS DE CRIANZA FAMILIAR (ECF-29)

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrarás afirmaciones sobre maneras de pensar, sentir y actuar. Lee cada una con mucha atención; luego, marca la respuesta que mejor te describe con una X según corresponda. Recuerda, no hay respuestas buenas, ni malas. Contesta todas las preguntas con la verdad.

OPCIONES DE RESPUESTA:

N=Nunca AV= A veces AM= A menudo S= Siempre

N°	PREGUNTAS	S	AM	AV	N
01	Mi padre y/o mi madre me exigen que haga las cosas sin errores en un corto tiempo.				
02	Siento que mi familia es unida y nos apoyamos.				
03	Pienso que mis padres exageran en sus manifestaciones de cariño y/o preocupación.				
04	Mis padres creen que no es necesario dar a los hijos un premio o elogio por sus logros.				
05	Mis padres evitan a toda costa que tenga experiencias desagradables o que me equivoque.				
06	Siento la confianza de contarles mis problemas a mis padres.				
07	Me siento solo y sin el apoyo de nadie en casa.				
08	En mi hogar mis padres se molestan cuando les desobedezco y me castigan.				
09	En mi familia tengo la seguridad de expresar mi opinión y sentimientos porque seré escuchado.				
10	Si contradigo a mis padres en sus decisiones se molestan y medijan de hablar.				
11	En mi casa cada uno entra y sale cuando quiere.				
12	En mi familia mis padres tienen la última palabra para resolver problemas.				
13	Creo que mis padres me cuidan demasiado y si expreso mi desacuerdo ellos no me escuchan.				
14	En mi familia existe el diálogo.				
15	Los miembros de mi familia temen decir lo que piensan, sienten o quieren.				
16	En mi familia hay normas que se centran en el cuidado excesivo de los hijos.				
17	A mis padres les es indiferente que traiga malas o buenas calificaciones.				
18	A mis padres les gusta enseñarnos cosas nuevas, sin presionarnos y confiando en nosotros.				



19	Evito expresar mis opiniones y sentimientos porque siento que nadie las va a escuchar en casa.				
20	Mis padres se ponen nerviosos cuando quiero hacer algo sin su ayuda.				
21	Mis padres nos expresan su afecto física o verbalmente.				
22	Mi padre y/o mi madre comparan mi rendimiento académico con el de mis compañeros o familiares.				
23	Mis padres piensan que la vida es la mejor escuela y los consejos están demás.				
24	Si me porto mal mis padres me llaman la atención diciendo "sigue así y ya no te voy a querer".				
25	Si cometo un error, mis padres me hacen reflexionar acerca de ellos.				
26	En mi familia creen que los hijos maduran y se hacen responsables cuando son castigados por su mala conducta.				
27	En casa hay reglas que todos respetamos porque son flexibles.				
28	Si llevo visita a casa "les da igual", que sean buenas o malas amistades.				
29	A mis padres les agrada que tenga iniciativa para hacer las cosas.				



ANEXO N° 5: ADAPTABILIDAD FAMILIAR-
FACES – IV

		1	2	3	4	5
		Totalmente en Desacuerdo	Generalmente en Desacuerdo	Indeciso	Generalmente de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1	Los miembros de la familia están involucrados entre sí.					
2	Nuestra familia busca nuevas maneras de lidiar con los problemas.					
3	Nos llevamos mejor con gente ajena a la familia que con nuestra propia familia.					
4	Pasamos demasiado tiempo juntos.					
	Hay estrictas consecuencias por romper las reglas en nuestra familia.					
6	Parecemos nunca estar organizados en nuestra familia.					
7	Los miembros de la familia se sienten muy cerca el uno del otro.					
8	Los padres comparten por igual el liderazgo en nuestra familia.					
9	Los miembros de la familia parecen evitar contacto entre ellos mismos cuando están en casa.					
10	Los miembros de la familia se sienten presionados a pasar más tiempo libre juntos.					
11	Hay claras consecuencias cuando un miembro de la familia hace algo malo.					
12	Es difícil saber quién es el líder en nuestra familia.					
13	Los miembros de la familia se apoyan el uno del otro durante tiempos difíciles.					
14	La disciplina es imprescindible en nuestra familia.					
15	Los miembros de la familia saben muy poco acerca de los amigos de otros miembros de la familia.					
16	Los miembros de la familia son demasiado dependientes el uno del otro.					
17	Nuestra familia tiene una regla para casi todas las situaciones posibles.					
18	Las cosas no se hacen en nuestra familia.					



19	Los miembros de la familia se consultan unos a otros sobre decisiones importantes.					
20	Mi familia es capaz de hacer cambios cuando sea necesario.					
21	Los miembros de la familia están juntos cuando hay un problema por resolver.					
22	Para los miembros de la familia no son indispensables las amistades fuera de la familia.					
23	Nuestra familia es muy organizada.					
24	Es poco claro quién es responsable por cosas (tareas, actividades) en nuestra familia.					
25	A los miembros de la familia les gusta compartir su tiempo libre con los demás miembros de la familia					
26	Nos turnamos las responsabilidades del hogar de persona a persona.					
27	Nuestra familia casi nunca hace cosas juntos.					
28	Nos sentimos muy conectados entre sí.					
29	Nuestra familia se desequilibra cuando hay un cambio en nuestros planes o rutinas.					
		1	2	3	4	5
		Totalmente en Desacuerdo	Generalmente en Desacuerdo	Indeciso	Generalmente de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
30	Nuestra familia carece de liderazgo					
31	Aunque los miembros de la familia tienen intereses individuales, aun así participan en las actividades familiares.					
32	Tenemos reglas y roles muy claros en nuestra familia.					
33	Los miembros de la familia raras veces dependen el uno del otro.					
34	Nos resentimos cuando los miembros de la familia hacen cosas ajenas a la familia.					
35	Es importante seguir las reglas en nuestra familia.					
36	Nuestra familia tiene dificultades para hacer seguimiento de quienes hacen diversas tareas en el hogar.					
37	Nuestra familia concibe perfectamente lo que es estar juntos o separados.					



38	Cuando los problemas surgen, nos comprometemos.					
39	Los miembros de la familia actúan principalmente de manera independiente.					
40	Los miembros de la familia sienten culpabilidad si pasan mucho tiempo alejados entre sí.					
41	Una vez que se toma una decisión, es muy difícil modificarla.					
42	Nuestra familia se siente ajetreada y desorganizada.					
43	Los miembros de la familia están satisfechos de cómo ellos se comunican entre sí.					
44	Los miembros de la familia son muy buenos oyentes.					
45	Los miembros de la familia expresan afecto el uno al otro.					
46	Los miembros de la familia son capaces de preguntarse entre sí que es lo que desean.					
47	Los miembros de la familia pueden discutir tranquilamente los problemas entre ellos.					
48	Los miembros de la familia discuten sus ideas y creencias con los demás miembros de la familia.					
49	Cuando los miembros de la familia se hacen preguntas entre sí, obtienen respuestas honestas.					
50	Los miembros de la familia tratan de entender los sentimientos de cada uno de ellos.					
51	Cuando los miembros de la familia están molestos, raras veces se dicen cosas negativas entre sí.					
52	Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos entre sí.					
Que tan satisfecho está usted con:		1	2	3	4	5
		Muy Insatisfecho	Algo Insatisfecho	Generalmente Satisfecho	Muy Satisfecho	Extremadamente Satisfecho
53	El grado de intimidad entre los miembros de la familia.					
54	Las habilidades de su familia para superar el estrés.					
55	Las habilidades de su familia para ser flexible.					
56	Las habilidades de su familia para compartir experiencias positivas.					



57	La calidad de comunicación entre los miembros de la familia.					
58	Las habilidades de su familia para resolver problemas.					
59	La cantidad de tiempo que ustedes pasan juntos como familia.					
60	El modo en que los problemas son asumidos.					
61	La imparcialidad de la crítica en su familia.					
62	La preocupación que se tienen los unos a los otros dentro de la familia.					



ANEXO N.º 6: FICHA SOCIAL DE CONSULTA EXTERNA (SS-29)



FICHA SOCIAL DE CONSULTA EXTERNA

Nº

H.C.Nº [] [] [] [] [] []

FECHA [] [] [] [] [] []
HORA: [] []

I. Datos Generales

Nombre del Paciente: _____ DNI: _____
 Médico tratante: _____ Tipo de Seguro: _____
 Entrevistado: _____ Teléfono: _____

II. Localización de la vivienda y datos socio demográficos

Dirección: _____
 Distrito: _____ Provincia: _____
 Referencia: _____
 Teléfono: _____

III. Antecedentes de visita domiciliar:

SI: [] NO: [] FECHA Aproximada: _____

IV. CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Identificación de las personas	Sexo/ edad		FECHA NAC EDAD	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	Grado de Instrucción				OCUPACIÓN		SALUD		si estuvo enfermo los 3 meses últimos si acudió al Servicio de Salud	
	M	F				Iliterado	Primaria	Secundaria	Superior Técnico	Universitario	TIPO	CONDICION	NO		SI
Nombres y Apellidos															
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															

SOPORTE SOCIO FAMILIAR:



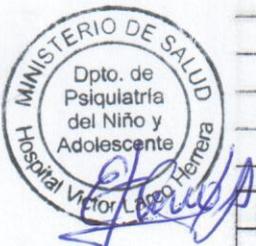
V. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FAMILIAR

FAMILIOGRAMA:

Blank space for drawing the family genogram.

DINÁMICA FAMILIAR:

Blank lines for describing family dynamics.



CICLO VITAL FAMILIAR	MARCAR CON X	TIPO DE FAMILIA	MARCAR CON X	ECCOMAPA (Redes Sociales)
a) Familia en formación	<input type="checkbox"/>	a) Nuclear	<input type="checkbox"/>	
b) Familia en expansión	<input type="checkbox"/>	b) Extendida	<input type="checkbox"/>	
- Pareja con nacimiento del 1er. hijo	<input type="checkbox"/>	c) Monoparental	<input type="checkbox"/>	
- Pareja con hijo en edad pre escolar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Pareja con hijo en edad escolar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
- Pareja con hijo adolescente	<input type="checkbox"/>	d) Reconstituida	<input type="checkbox"/>	
- Pareja con hijo en edad adulta	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
c) Familia en Dispersión	<input type="checkbox"/>	e) Familia sin núcleo	<input type="checkbox"/>	
d) Familia en Contracción	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

ANEXO N° 7: HOJA SEGUIMIENTO DE SERVICIO SOCIAL (SS-25)

Ministerio de Salud
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
 Departamento Servicio Social



HOJA DE SEGUIMIENTO : SERVICIO SOCIAL

SERVICIO:.....

Cada Nota debe ir acompañada de la firma de la Trabajadora Social

FECHA	HORA	ACTIVIDAD QUE SE REALIZA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	H.C.	H.S.
------------------	------------------	---------	------	------



ANEXO N° 8 FICHA DE VISITA DOMICILIARIA



Historia Clínica
Historia Social N°
Programa/Servicio

VISITA DOMICILIARIA

I. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos Edad
Dirección Tel
Referencia

II. MOTIVO

- Violencia Familiar () - Dinámica Familiar ()
- Verificación socioeconómica () - Informe Social ()
- Abandono de Tratamiento () - Seguimiento de Tratamiento Social ()
- Precisar Diagnóstico Social () - Otros..... ()

III. OBJETIVO

- Evaluación Social ()
- Orientación y/o Consejería Social ()
- Promover actitudes y estilos de vida saludables ()
- Coordinación con organizaciones de la comunidad ()
- Otros ()

IV. INFORME DE LA VISITA

V. RESULTADOS DE LA VISITA

Fecha: / /

Hora:

.....
Firma y Sello
Trabajadora Social

SS-27



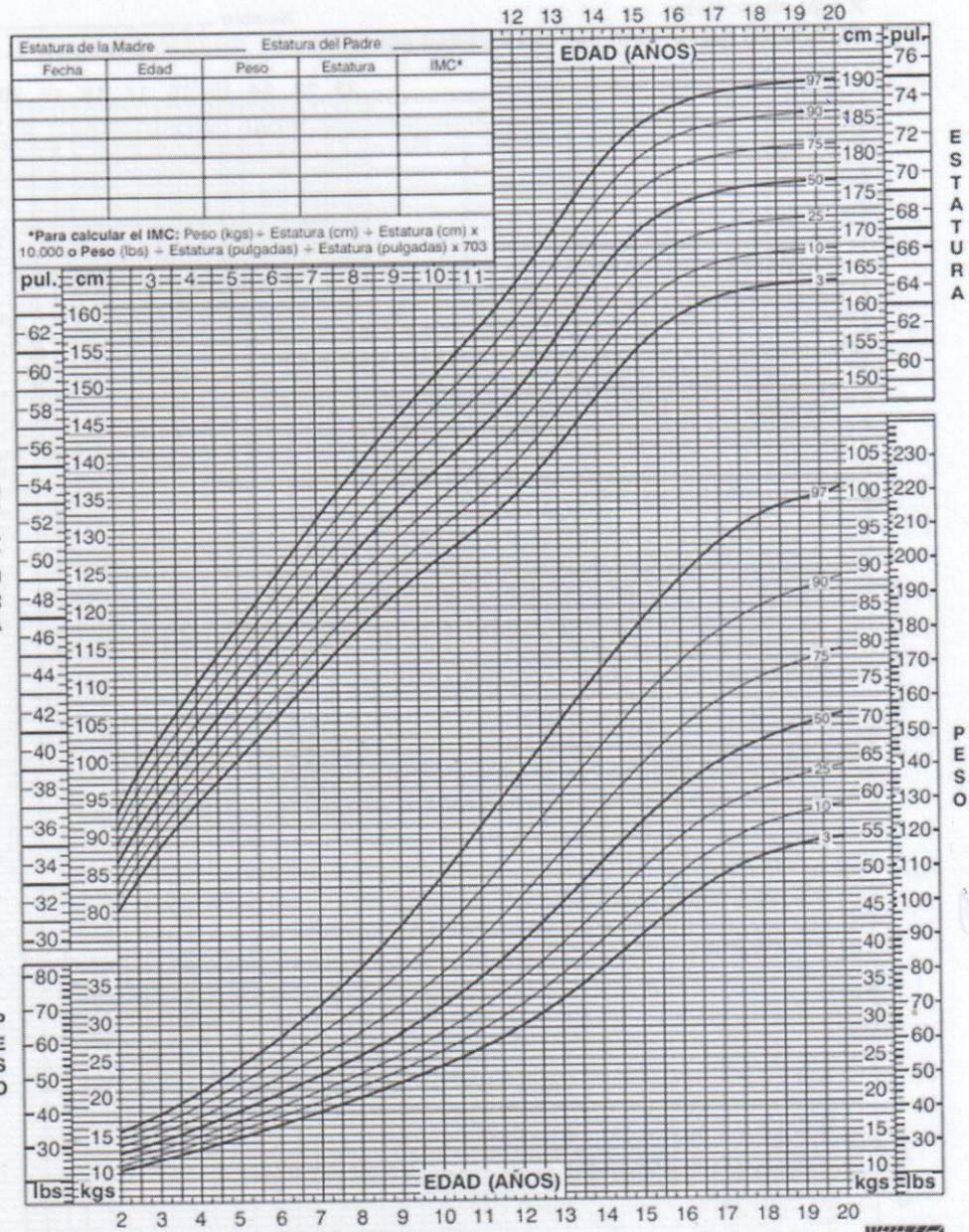
ANEXO N° 10: PERCENTILES DE ESTATURA POR EDAD Y PESO POR EDAD (NIÑOS)

2 a 20 años: Niños

Nombre _____

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

de Archivo _____



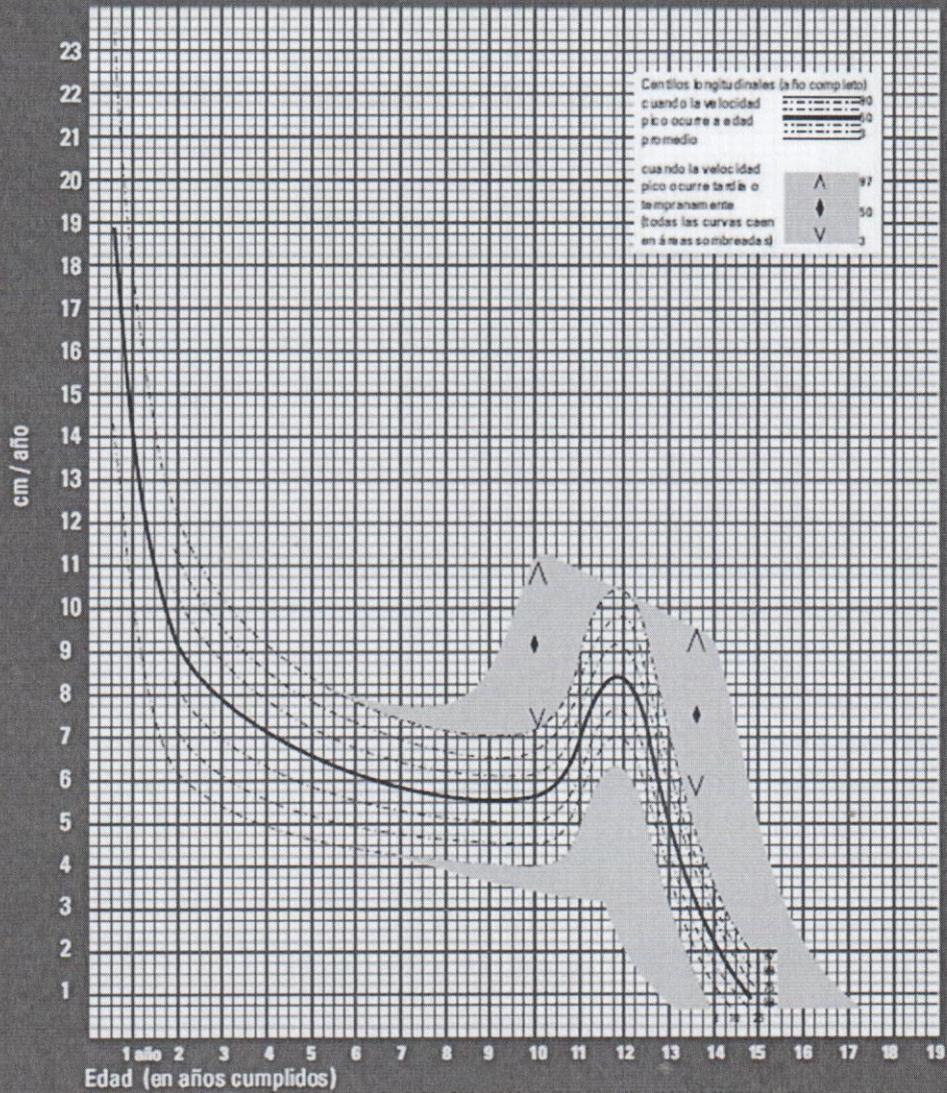
Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



ANEXO N° 11: VELOCIDAD DE ESTATURA (NIÑAS)

VELOCIDAD DE ESTATURA. NIÑAS

Nacimiento a 19 años. Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría
Se sugiere utilizar en mayores de 2 años



ANEXO N° 12: VELOCIDAD DE ESTATURA (NIÑOS)

VELOCIDAD DE ESTATURA. NIÑOS

Nacimiento a 19 años. Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría
Se sugiere utilizar en mayores de 2 años

