



***Lineamientos Operativos para la intervención a
personas con Trastornos de la Ingestión de Alimentos:
Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa, en los
establecimientos del Ministerio de Salud Pública.***

Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad

Dirección Nacional de Promoción de la Salud

Dirección Nacional de Salud Intercultural

Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

Gerencia Institucional de Soberanía Alimentaria y Nutrición

- Ficha catalográfica:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *Lineamientos Operativos para la intervención a personas con Trastornos de la Ingestión de Alimentos: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa, en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, 2016, 15 pg 33; tab; gra



Ministerio
de Salud Pública

2016

Como citar este documento:

Ministerio de Salud Pública, Lineamientos Operativos para la intervención a personas con Trastornos de la Ingestión de Alimentos: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa, en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios, Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, Octubre, 2016, Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública

Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

Calle San Javier N26-175 y Av. Francisco de Orellana

Teléfono: 593-2-381-4400

www.salud.gob.ec

Autoridades

Dra. María Fernanda Andrade, Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud, MSP.
Lic. Consuelo Santamaría, Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad, MSP.
Mgs. Adriana Pavón, Directora Nacional de Promoción de la Salud, MSP.
Soc. Ana Paulina Jiménez, Directora Nacional de Salud Intercultural, MSP.
Ing. María Gabriela Morales, Gerente del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, MSP.

Equipo de redacción y autores

MSc. Pscl. Carlos Díaz, analista, Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, MSP.

Equipo de revisión

Pscl. Andrés Aguirre, analista, Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, MSP.
Lic. Iván R. Cañizares, Analista de Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud, MSP.
Mgs. Diana Cerón Díaz, Especialista de Promoción de la Salud Mental, MSP.
Dra. Sylvia Proaño Checa, Especialista de Promoción de la Salud Intercultural, MSP.
Dra. Helen Susana Tamayo Maggi, Gerente Institucional de Innovación de la Seguridad y Soberanía Alimentaria
Lic. Pamela Cecilia Piñeros Rosas, Analista de la Gerencia Institucional de Soberanía Alimentaria y Nutrición

CONTENIDOS

1. Introducción	7
2. Antecedentes y justificación	8
3. Marco Legal	12
4. Propósito	13
5. Objetivos Específicos	13
6. Alcance	13
7. Lineamientos generales del servicio	13
7.1 Talento Humano	14
8. Aspectos clínicos a considerar en los TIA	14
9. Determinantes de la salud	15
9.1. Contexto socioeconómico y político	16
9.2. Posición socioeconómica	16
9.3. Los determinantes intermedios o factores intermediarios	17

9.4. Determinantes ambientales	18
9.5 Determinantes sociales en la salud	18
9.6. Determinantes sociales de la salud mental	19
10. Promoción de la salud	21
11. Factores predisponentes a padecer un TIA	26
12. Población objetivo	27
13. Lineamientos generales de la intervención terapéutica. Modelo de atención integral para personas con trastornos de la ingestión de alimentos: AN y BN	27
14. Modalidades de tratamiento	28
14.1 Tratamiento ambulatorio: Centros de salud de primer nivel	28
14.2 Tratamiento ambulatorio intensivo: Centros de salud de primer nivel	29
15. Anexos	30
16. Referencias	32

1. Introducción:

Los trastornos de la ingestión de alimentos (anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN)) son el resultado de un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales que, interactuando en una persona, pueden llegar a causar el trastorno. Si nos centramos en los aspectos socioculturales que inciden en el desarrollo del trastorno, vemos cómo las mujeres han sufrido décadas de presión para adaptarse a unos determinados modelos de delgadez. Existe una cultura general que acepta el control del peso como algo normal, sin establecer principios sobre lo que es o no saludable. Vemos en publicidad de forma permanente modelos que alientan el consumo de alimentos bajos en calorías de forma natural, por control del peso, no por motivos que tengan la salud como base principal. En esta línea de pensamiento, hay *spots* publicitarios que fomentan el autocontrol y la pérdida del placer en la ingesta de un determinado artículo lácteo, en lugar del que desca. Está satisfecha por la importante disminución del número de calorías (y por el control que ha ejercido sobre sí misma)¹.

La AN consiste en dejar de comer por miedo patológico a engordar y se caracteriza por la adopción de dietas rigurosas y actividad física excesiva que provocan alteraciones emocionales como depresión, irritabilidad y baja autoestima. A nivel físico los varones manifiestan impotencia o eyaculación precoz, mientras que las mujeres sufren problemas hormonales y trastornos menstruales.

Por otro lado, la BN consiste en ingerir grandes cantidades de alimento en un tiempo corto (atracones), seguido de la provocación de vómito y/o uso de laxantes, lo cual ocasiona disminución de los nutrientes como el potasio y el hierro, situación que podría derivar en anemia severa².

Además, existe otra categoría de los trastornos atípicos de la alimentación, los mismos que comenzaron a diagnosticarse como tales a finales de los años noventa. Inicialmente, dentro de esta categoría de «atípicos» se incluían casos parciales de anorexia o bulimia, esto es, que no cumplían todos los criterios para ser una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa puras. Entre los atípicos figuran los trastornos por atracón, que han comenzado a identificarse mejor en los últimos cinco años y que, antes, pasaban desapercibidos, sin purga³.

En las mujeres adolescentes de los países occidentales se estima una prevalencia del 1% para la AN y del 2-4% para la BN. La prevalencia de Trastornos de la Ingestión de Alimentos (TIA) atípicos puede situarse en torno al 5-10%. Aunque los datos en varones son más limitados se estima una relación de prevalencia entre mujeres y varones de 9:1. La edad de comienzo de la AN más frecuente es la adolescencia o la juventud, aunque algunos casos aparecen después de los 40 años o en la infancia. La BN suele tener un comienzo más tardío. Estudios recientes indican su aparición en todas las clases sociales, además algunos grupos

profesionales como modelos, bailarinas, atletas, gimnastas, etc., parecen más afectados. En la mayoría de los estudios los pacientes con AN, no tanto los que tienen BN, presentan un buen rendimiento escolar, lo que suele ir ligado a actitudes de auto exigencia y perfeccionismo⁴.

El tratamiento de los TIA requiere de un equipo multidisciplinario en el que participan médicos familiarizados con estos trastornos, especialistas en nutrición, psiquiatras y psicólogos. Este tratamiento incluye la psicoterapia, los psicofármacos, el tratamiento nutricional y de las complicaciones de la enfermedad. La agilidad funcional y la aplicación de una terapia multidisciplinaria representan una herramienta fundamental que incrementa las posibilidades de recuperación.

2. Antecedentes y Justificación:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. La adultez temprana comprende desde los 19 a 24 años como promedio.

La OMS estima que en el planeta al menos el 1% de los adolescentes y adultos jóvenes sufren AN y otro 4,1% de BN. Se estima que entre un 5% y un 13% de este grupo poblacional presenta síndromes parciales de estas alteraciones, aunque se carece de una estadística precisa de los casos en el mundo, señalan especialistas. De acuerdo con la OMS, la AN inicia en edades que van de los 14 a 18 años, en tanto que la BN suele ser más frecuente durante el período de transición de la adolescencia a la adultez temprana, es decir, en mayores de 16 años. Estas enfermedades afectan a 7 millones de mujeres y a 1 millón de hombres en todo el mundo. En la actualidad, la BN tiene mayor incidencia que la AN: el 75% de las pacientes con patología alimentaria sufre BN y el 25% restante, AN. La prevalencia de la BN entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1% al 3 % y, entre los varones, 10 veces menor⁵.

Las cifras en la región indican que los TIA siguen en aumento en los países de América Latina:

- Chile: 70,000 mujeres de entre 14 y 30 años sufren de anorexia nerviosa.
- Colombia: El 17.7% de la población de mujeres adolescentes sufren de trastornos alimenticios.
- Argentina: Asociación de Lucha contra la bulimia y la anorexia (ALUBA), indicó que de las 90,000 adolescentes que participaron, 1 de cada 10 sufre de un trastorno alimenticio (3 veces mayor a las de los Estados Unidos)⁶.

En el Ecuador, no existe una prevalencia significativa en lo referente a estadísticas oficiales suministradas por la Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud desde la fuente del INEC. Sin embargo, la proyección de las cifras, de acuerdo a las internacionales, se presenta de la siguiente manera:

En Ecuador, la población de 10-24 años: 4.461.867⁷.

AN, según datos de OMS (1%): 44.619 personas

BN, según datos OMS (4.1%): 182.937 personas

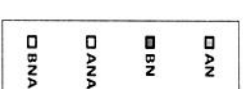
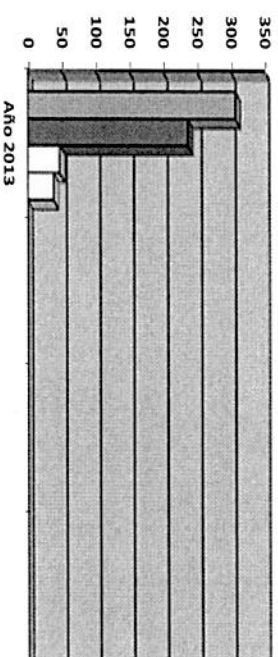
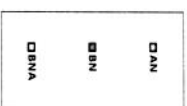
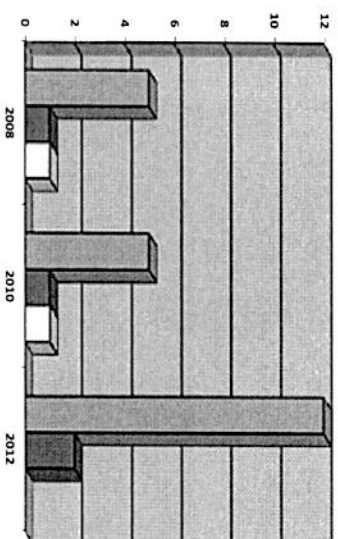
Los egresos hospitalarios registran:

Año 2008: 7 casos, de los cuales 5 (AN), 1 (BN), 1 (BNA).

Año 2010: 7 casos, de los cuales 5 (AN), 1 (BN), 1 (BNA).

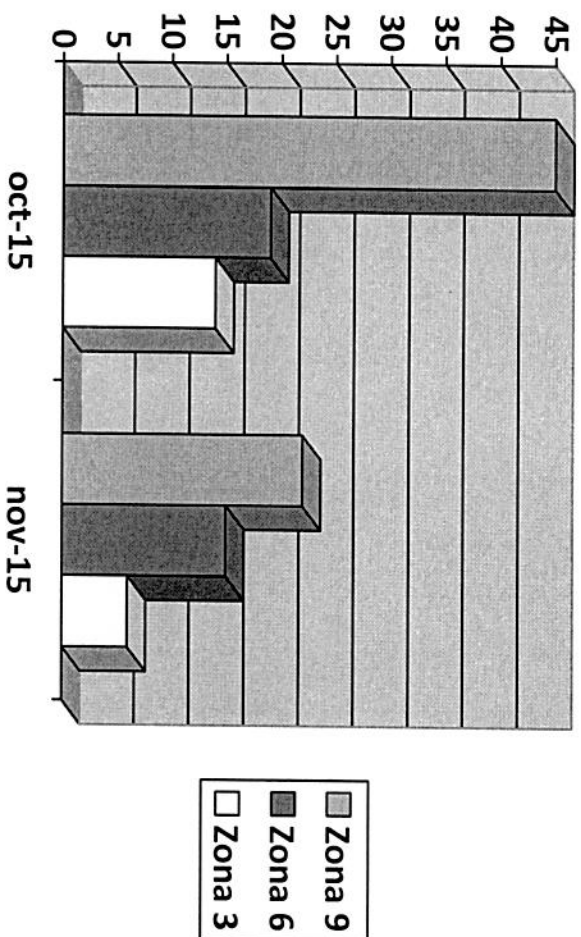
Año 2012: 14 casos, de los cuales 12 (AN), 2 (BN)⁸.

Año 2013: 629 casos, de los cuales 307 (AN), 237 (BN), 47 (ANA), 38 (BNA)⁹.



Egresos Hospitalarios (red pública y complementaria) Fuente (INEC).

NOTA: En relación a las cifras a nivel mundial, en comparación con los datos suministrados por la DNEAIS (fuente INEC), se puede concluir que existe un subregistro de información sobre esta patología o que hay alguna dificultad en el acceso de estos usuarios.



COORDINACIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN. DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD. CONSULTAS DE MORBILIDAD PRIMERAS Y SUBSECUENTES (F50.0-F50.1-F50.2-F50.3) SEGÚN ZONA Y MES (OCTUBRE - NOVIEMBRE 2015).

3. Marco Legal

El Derecho Internacional

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Social y Culturales establece que los estados partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alta nivel posible de salud física y mental.

Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos los que sustentan el buen vivir; que al Estado le corresponden garantizarlo mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y garantizar su acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. Estableciendo que la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

Art. 35.- “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”.

Art. 50.- “El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferencial”.

4. Propósito

Establecer un flujo de intervención con labores de prevención y atención integral de salud a las personas con trastornos de la ingestión de alimentos: Anorexia nerviosa y Bulimia Nerviosa, así como orientación y manejo a los familiares en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública.

5. Objetivos Específicos

- Prevenir Trastornos de la ingestión de alimentos: AN y BN.
- Promover una alimentación y estilos de vida saludables, habilidades para la vida.
- Potenciar factores de protección frente a estas enfermedades.
- Elaborar un programa de intervención, sencillo y válido que les permita desarrollar actividades de promoción y educación para la salud y prevenir la aparición de trastornos de la conducta alimentaria, dirigido a profesionales que trabajan con adolescentes (profesorado, psicólogos infantiles, psicopedagogos, pedagogos, etc.)
- Definir las rutas de atención integral en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública.
- Definir las prestaciones de salud en las unidades operativas del MSP para el tratamiento a estos trastornos.
- Orientar a la familia en la conducta a seguir ante un familiar con este tipo de trastorno.

6. Alcance

Los presentes lineamientos operativos son de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública.

7. Lineamientos Generales del Servicio

El Modelo de Atención Integral de Salud, es la normativa que rige el Sistema Nacional de Salud, con un enfoque netamente comunitario, apuntando al fortalecimiento de la atención primaria, enfatizando la promoción y prevención.

En ese contexto, se generó el Modelo de Atención de Salud Mental, en el cual se considera una red de servicios en los diferentes niveles de atención, manteniendo como pilar a la atención primaria, ya que es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, por estar en constante contacto con la comunidad.

Desde esta perspectiva, se establecen los siguientes lineamientos, para fortalecer el funcionamiento del servicio y la coordinación con la red de salud mental:

7.1 Talento Humano

Los servicios de atención en salud mental deben contar con profesionales de medicina, nutrición (itinerante) y psicología para la atención de estos casos.

8. Aspectos clínicos a considerar en los TIA.

En los últimos años, la tendencia de pensamiento sobre los TIA es de considerarlos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales, surgiendo de la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos. Así mismo, las descripciones actuales subrayan el papel de la maduración sexual y de la vulnerabilidad psicológica¹⁰.

Las variables emocionales (ansiedad, alexitimia, autoestima) son elementos importantes a tener en cuenta para detectar el riesgo de padecer un TIA. Estas variables son determinantes a la hora de diseñar programas de prevención, que deberían tenerlas en cuenta. El hecho de que el estado de ánimo de la persona se vea excesivamente influenciado por la alimentación, el peso y la figura corporal, que su autoestima sea baja y que, ante situaciones productoras de ansiedad, la persona no exprese las emociones y tienda a actuar de forma impulsiva/compulsiva, puede ser una señal de alerta sobre el riesgo de desarrollar un TIA. Estos resultados aportan evidencias sobre el papel que cumplen los estados emocionales en el origen y predisposición a los trastornos de la conducta alimentaria. Apuntan en la misma dirección que los hallados en otros estudios, donde analizaron el papel que desempeñan la baja autoestima y la falta de expresión emocional en general en el desarrollo de los trastornos alimentarios¹¹.

Las características de personalidad imprimen diferentes matices a la presentación clínica de estos trastornos. Un estudio de Westen y Hamden-Fisher identifica tres tipos de personalidad predominante en quienes padecen un TIA:

1. Alto funcionamiento autocrítico, perfeccionista que tienden a sentir culpa y ansiedad y que en su mayoría sufren de BN.
2. Perfil sobrecontrolado o constreñido, en el cual hay una restricción de placer, necesidades, emociones, relaciones, autoconocimiento, sexualidad y entendimiento profundo de los otros. Estos pacientes se muestran disfóricos, anecdónicos, ansiosos y con un potente sentimiento de vergüenza. Este tipo de personalidad es generalmente observado en personas que tienen AN tipo restrictivo.
3. Se caracterizan por desregulación emocional e impulsividad. En este grupo frecuentemente se presentan antecedentes de abuso sexual y los síntomas de trastornos alimentarios, que son generalmente del tipo bulímico, les sirven para modular la intensidad del afecto ¹².

Además de los aspectos clínicos presentes en este tipo de trastornos, existen otros que influyen en el bienestar integral de un individuo. Por esta razón es relevante mencionar la importancia de los determinantes de la salud en estos tipos de problemas de salud mental.

9. Determinantes de la Salud

De acuerdo al Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y en base al modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, “*Los determinantes de la salud son el conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva.*”¹³

Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades”¹³.

¿Por qué son importantes?

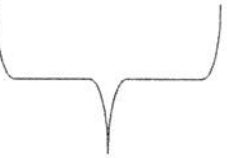
- Los determinantes de la salud permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria)
- Los determinantes de la salud estructuran los comportamientos relacionados con la salud
- Los determinantes de la salud interactúan mutuamente en la generación de salud

9.1 Contexto socioeconómico y político: Se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Estos

son:

1. Gobierno en su aspecto amplio.
2. Políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las que regulan el mercado laboral.
3. Políticas sociales que afectan al mercado laboral, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda.
4. Otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.)
5. Valores sociales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.
6. Valores culturales, que proveen al individuo como ser solo o comunitario con un sistema de creencias que los agrupa en sujetos de prácticas religiosas a los que de cierta forma muchos disienten, pero como es un arraigante cultural se convierte en cohesión social.

9.2- Posición socioeconómica: En este apartado también se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto:

1. Clase Social
 2. Posición socioeconómica
 3. Género
 4. Pertenencia étnica
- 
- Ejes que determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud, debido a las jerarquías de poder y acceso a los recursos.

Las desigualdades de salud, son producidas a raíz de que no todas las personas tienen los privilegios y las mismas oportunidades de acceso que otras, dependiendo así directamente de los ejes anteriormente detallados.

9.3- Los determinantes intermedios o factores intermediarios: La estructura social determina desigualdades de salud. Estos factores son:

1.- Las circunstancias materiales

- Vivienda
- Nivel de ingresos
- Condiciones de trabajo o el barrio de residencia

2.- Las circunstancias psicosociales

- Falta de apoyo social
- Situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos)
- Poco control (habilidades de afrontamiento)

3.- Factores conductuales y biológicos

- Estilos de vida que perjudican la salud

4.- Sistema de salud

- Las desigualdades de acceso cultural, económico y geográfico, así como de calidad a los servicios sanitarios de salud, resultan en una vulneración de los derechos humanos. Por ejemplo, la clase social pobre, es la población más vulnerable y en riesgo, ya que se les dificulta el acceso a los servicios de salud y si acceden, dependiendo de los costos, estos no son de buena calidad e incrementan el riesgo de caer aún más en la pobreza.

9.4- Determinantes ambientales: La interacción entre elementos naturales y sociales contribuye a la generación de condiciones de protección o riesgo para la salud. En el país, los determinantes ambientales tienen una gran relevancia en la exposición a condiciones de riesgo, por ejemplo:

- Limitaciones en el acceso a agua segura
- Servicios básicos
- Condiciones para la seguridad alimentaria
- Fenómenos geológicos: sismos, erupciones volcánicas, inundaciones, sequías, heladas, deforestación, incendios, derrames de petróleo, contaminación con sustancias químicas, etc.

9.5- Determinantes sociales en la salud¹⁴.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

PRINCIPALES DETERMINANTES SOCIALES Y SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD		
DETERMINANTES	EFECTOS	ENFERMEDADES
La Escala Social	Aumentan con la pendiente social	Riesgo doble de padecer enfermedades graves y muerte prematura.
El Estrés	Acumulativos sobre el sistema cardiovascular e inmunológico	Diabetes, infecciones, hipertensión, infartos cardíacos y cerebrales, depresión y agresividad, muerte prematura.
Primeras etapas de la vida: falta de apoyo emocional, carencias nutricionales, estrés maternal, tóxicos en la madre.	Reduce el desarrollo físico, emocional y cognitivo	Enfermedades crónicas en la madurez: cardiovasculares, respiratorias, renales y pancreáticas

La exclusión social: pobreza, falta de vivienda digna y discriminación	Provoca divorcios, adicción, aislamiento social, estrés crónico	Enfermedades cardiovasculares, depresión, muerte prematura
El trabajo precario	Provoca estrés crónico, pérdida de autoestima Provoca estrés persistente, efectos psicológicos	Dolores osteomusculares crónicos, enfermedades cardiovasculares y depresión Auto percepción de mala salud, trastornos depresivos y enfermedades cardiovasculares
El desempleo	Incrementa la posibilidad de exclusión social	Enfermedades cardiovasculares, depresión, muerte prematura
La falta de apoyo social		
La adicción: alcohol, tabaco, otras drogas, su uso está relacionado con índices de desventaja económica y social	Intensifican los condicionantes que han llevado a su consumo	Muertes violentas, muertes prematuras
Los alimentos: la pobreza tiende a sustituir alimentos frescos por comida procesada barata	Por exceso o por defecto: sobre el metabolismo y otros órganos Reduce el ejercicio físico, aumenta el tráfico y contaminación	Malnutrición, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades oculares degenerativas, obesidad, caries dental Enfermedades relacionadas con la falta de ejercicio físico, con la contaminación, los accidentes de tráfico y otros
El transporte público		

Fuente: Wikinson R y Marnot M.

9.6- Determinantes sociales de la salud mental

Del mismo modo que lo están la salud y la enfermedad en general, la salud mental y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores de interacción de tipo social, psicológico y biológico. Una prueba clara, es el riesgo de padecer enfermedades mentales, tanto en el mundo desarrollado como en vías de desarrollo, guarda relación con indicadores de pobreza y trastornos mentales parece ser universal, pues se da en todas las sociedades, independientemente de sus niveles de desarrollo.

La situación económica tiene importantes implicaciones para el funcionamiento familiar y la salud mental del niño. Los problemas de salud mental, sociales y de conducta pueden interactuar intensificando los efectos que cada uno tiene sobre la conducta y el bienestar. Al mismo tiempo, como se lo comenta en el libro *de Salud Mental en la Comunidad* de la Organización Panamericana de la Salud, “*hay evidencia suficiente que indica que los principales determinantes socioeconómicos y ambientales del sufrimiento mental están relacionados con grandes problemas como la pobreza, la guerra y la desigualdad, las migraciones, el desplazamiento, la discriminación racial y la inestabilidad económica*”¹⁵.

En el año 2005 la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Según el informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, las categorías del impacto de los factores en la salud, son los siguientes:

- Condiciones cotidianas de vida: nacimiento, crecimiento y desarrollo, acceso a la educación, trabajo decente, protección social y acceso universal a los servicios de salud.
- Poder, dinero y recursos: equidad en políticas, sistemas y programas de salud, financiamiento adecuado, mercado responsable, equidad de género, empoderamiento político, apropiada gobernanza global.

Consecuentemente, la salud desde la perspectiva social, no solo representa las cargas genéticas, congénitas y los factores físicos y del medio ambiente, sino también las relaciones familiares e interpersonales, son causas por las cuales las personas pueden perder su salud.

Como resultado, los determinantes sociales antes mencionados encajan con los determinantes sociales que causan, influyen y afectan la salud mental de las personas en general, sin tomar preferencia de su estrato social, como por ejemplo:

- Los valores y sustentos culturales sobre la locura y la salud mental.
- Las tradiciones y estilos de vida de los sujetos y comunidades.
- Su acceso a la cultura, sus condiciones de vivienda, trabajo, educación.

- El medio ambiente, la participación y la cohesión social.
- El papel del Estado, el respeto y la protección de los derechos humanos, las políticas y el financiamiento de salud mental de un país, así como los marcos jurídicos que los respaldan.
- Los modelos conceptuales que sostienen las prácticas y los servicios de salud mental, la producción de información, conocimientos y evidencia sobre la salud mental y las orientaciones de la formación de los profesionales de salud mental.
- Las bases técnico-administrativas que definen la organización de los servicios de salud mental.
- Las múltiples articulaciones que producen entre estos campos de determinación, potenciándolos y haciéndolos más complejos.

10. Promoción de la salud

La promoción de la salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho básico y no enfocado a una enfermedad o trastorno específico. El objetivo es ejercer un impacto con el fin de aumentar la salud mental positiva.

Las estrategias de promoción de la salud establecen algunos lineamientos enfocados en reorientar el modelo de atención hacia un enfoque integral, en el que las acciones de prevención y promoción de la salud sean los ejes fundamentales, la construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación activa de la población¹⁶.

La orientación del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental es de tipo distributiva porque busca proporcionar bienes o servicios de salud mental a toda la población; a aquellas personas que requieren acciones de los servicios de salud, que vayan desde promoción, prevención, atención, recuperación hasta rehabilitación.

Prevención de problemas y trastornos mentales: Es la reducción de la ocurrencia de nuevos casos de problemas y trastornos mentales¹⁷.

Promoción de la salud: La combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud¹⁸.

Promoción de salud mental: Es una estrategia integral y un conjunto de actividades positivas encaminadas a:

1. Mejorar la visibilidad y el valor de la salud mental a nivel de las sociedades, las secciones de las sociedades y los individuos, y
2. Proteger, mantener y mejorar la salud mental¹⁹.

Enfoque de género: *“Este enfoque permite entender las relaciones de poder existentes entre los sexos, la construcción sociocultural de las identidades de género, y como las mismas se estructuran en un sistema social que jerarquiza a las personas según sus marcas corporales creando condiciones de desigualdad, inequidad, discriminación y marginación.”*

Al incluir el enfoque de género en las políticas públicas es posible potenciar una acción transformadora de la realidad, vivencias, necesidades, condiciones específicas de las mujeres y las personas con identidad de sexo – genérica diversa, tomando en cuenta situaciones de desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, sus causas y efectos en la vida social.

Enfoque de derechos: Este enfoque parte del reconocimiento de las personas como titulares de derechos fundamentales, inalienables, universales e interdependientes. Enfoque que parte de un cambio en el acercamiento del Estado con la ciudadanía como sujeto de participación, y de concepción de políticas públicas.

Enfoque de interculturalidad: Es el reconocimiento de la diversidad cultural, del otro sin barreras ni jerarquías sociales partiendo del debate entre el Estado y los pueblos, nacionalidades indígenas, afro ecuatorianos, montubios y mestizos donde se valore y respete desde un servicio integral su cosmovisión, su propio sistema y se garantice el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad²⁰.

La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permitiera una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas. Es así que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la inter-relación entre culturas sanitarias distintas, aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, contribuyendo a responder adecuadamente a las necesidades de las y los usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud.

La organización de los servicios de salud al interior del Sistema Nacional de Salud, incorporando el enfoque intercultural permite acercar los servicios a la población porque reduce las barreras de acceso sociocultural principalmente²¹.

Tabla 1²²

Líneamiento	Objetivos	Estrategias	Acciones	Indicadores	Metas
Promoción de la Salud Mental de la población, priorizando el enfoque de derechos, interculturalidad y género de acuerdo a los ciclos de vida.	Mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo la salud mental, teniendo en cuenta los ciclos de vida.	Desarrollo de habilidades cognitivas, sociales y de afrontamiento. Estas se refieren a las aptitudes necesarias para comportarse de manera adecuada y enfrentar con éxito las exigencias y desafíos de la vida diaria. Favorecen comportamientos saludables en las esferas físicas, psicológicas y sociales (OPS, 2001).	Actividades participativas enfocadas en promoción de salud mental, dirigidas para el/la usuario/a de los establecimientos de salud (Por ejemplo: sesiones de risoterapia, sociodramas, entre otros)	Número de sesiones realizadas al año Número de personas alcanzadas	Realizar el 80% del total de las sesiones planificadas al año Alcanzar el 80% del total de personas invitadas
			Actividades participativas enfocadas en promoción de salud mental, dirigidas para la comunidad, teniendo en cuenta los diferentes ciclos de vida (Por ejemplo: debates cine foros, teatro, títeres, música en escuelas,	Número de actividades realizadas al año Número de personas alcanzadas	Realizar el 80% del total de las actividades planificadas al año Alcanzar el 80% del total de



Promoción de la Salud Mental de la población, priorizando el enfoque de derechos, interculturalidad y género de acuerdo a los ciclos de vida.	Mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo la salud mental, teniendo en cuenta los ciclos de vida.		Promoción de prácticas de vida saludables en la vida social cotidiana, mediante la creación de espacios saludables, motivando la actividad física	colegios , universidades, barrios, entre otros)	personas invitadas
				Actividades de capacitación a los profesionales de salud en territorio sobre buenas prácticas en promoción de salud mental (Por ejemplo: talleres, mesas de diálogo, seminarios, entre otros)	
				Actividades que promuevan la actividad física y alimentación saludable, teniendo en cuenta los diferentes ciclos de vida (Por ejemplo: sesiones de bailetapia en los establecimientos de salud, uso de infografías, juegos lúdicos, trípticos, afiches con información acerca de la alimentación saludable)	Número de actividades realizadas al año
				Número de personas alcanzadas	Realizar el 80% del total de las actividades planificadas al año
				Número de actividades realizadas al año	Alcanzar el 80% del total de personas
				Número de personas alcanzadas	Realizar el 80% del total de las actividades planificadas al año
				Número de infografías/juegos lúdicos/trípticos, afiches entregados o utilizados con información acerca de la alimentación saludable	Alcanzar el 80% del total de personas invitadas
					Entregar o utilizar el 80% de infografías/juegos lúdicos/trípticos, afiches de los realizados

Promoción de la Salud Mental de la población, priorizando el enfoque de derechos, interculturalidad y género de acuerdo a los ciclos de vida.	Disminuir el estigma y la discriminación que recae sobre las personas con problemas de salud mental, a partir de un enfoque de derechos, interculturalidad y género.	Posicionamiento de promoción de la salud mental en la opinión pública nacional, para incidir en el bienestar individual, familiar y social	Actividades de difusión masiva de mensajes con impacto social para romper mitos que existen en torno al tema de salud mental, sus usuarios y profesionales (Por ejemplo: campañas comunicacionales por medios masivos, entrevistas, boletines informativos, entre otros)	Número de actividades realizadas al año	Realizar el 80% del total de las actividades planificadas al año
		Trabajo con los pueblos y nacionalidades, acciones que deben ser programadas con pertinencia cultural	Actividades de coordinación con hombres y mujeres de sabiduría ancestral, que abordan la salud con un enfoque holístico e integral (cuerpo, mente, espíritu), en torno a la salud mental de la población, con énfasis en los pueblos y nacionalidades indígenas	Número de actividades realizadas al año Número de personas alcanzadas	Realizar el 80% del total de las actividades planificadas al año Alcanzar el 80% del total esperado de personas
		Referencias y contrareferencias comunitarias entre médicos y hombres y mujeres de sabiduría ancestral para atender las demandas de salud de la población en estos temas	Número de referencias y contrareferencias		

11.- Factores predisponentes a padecer un TIA²³

Dentro de los factores que pueden predisponer a sufrir un Trastorno de la ingestión de alimentos, podemos distinguir tres tipos diferentes: individuales, familiares y sociales.

Factores individuales	Factores familiares	Factores sociales
- Falta de autonomía - Baja autoestima - Tendencia al perfeccionismo - Miedo a madurar, a crecer y a manejar la independencia que eso implica - Vivir muy pendientes de lo que los demás esperan de uno o de darles satisfacción	- Una escasa comunicación entre los miembros de la familia - Incapacidad para la resolución de conflictos - Sobreprotección de los padres - Familias para las que el cuidado de la imagen externa es fundamental - Expectativas demasiado altas del padre y de la madre con respecto a sus hijas e hijos - Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo - Antecedentes de anorexia o bulimia en hermanas o hermanos - Haber sufrido abuso sexual o malos tratos	Estos factores están muy influenciados por los medios de comunicación: - Fomento de la delgadez como ideal y requisito para el éxito social - Excesivo culto al cuerpo

12.- Población objetivo

Población en general. Personas con trastornos de la ingestión de alimentos (F50.0 a F50.3)

13.- Lineamientos generales de la intervención terapéutica. Modelo de atención integral para personas con trastornos de la ingestión de alimentos: AN y BN.

La finalidad de los programas de tratamiento en los TIA, es la de ofrecer a estos pacientes un plan terapéutico global donde integremos y coordinemos las actuaciones de diferentes especialidades; siendo los objetivos:

1. Restaurar el peso corporal.
2. Tratar las complicaciones físicas.
3. Mejorar la motivación del paciente para que normalice sus hábitos dietéticos y colabore en el tratamiento.
4. Educar al paciente sobre nutrición saludable y patrones de alimentación adecuados.
5. Abordaje de conflictos psicosociales con arreglo a la técnica psicoterapéutica empleada.
6. Corregir pensamientos, actitudes y sentimientos erróneos sobre su trastorno.
7. Tratar las complicaciones psiquiátricas asociadas (autoestima, depresión, etc.).
8. Favorecer la colaboración de la familia.
9. Prevenir recaídas.

14.- Modalidades de tratamiento

14.1. Tratamiento ambulatorio: Centros de salud de primer nivel

- Tratamiento en régimen ambulatorio. Frecuencia semanal
- Evaluación y atención médica
- Evaluación y atención psicológica
- Interconsulta con nutrición para evaluación en establecimiento de salud más cercano.
- Promoción de la salud
- Contrareferencia de casos de mayor complejidad de atención de salud, al centro de salud en modalidad ambulatoria intensiva
- Análisis de casos por equipo interdisciplinario

a) Criterios de Inclusión: Centros de salud en primer nivel de atención.

Personas con diagnóstico (F50.0 a F50.3), con un grado de severidad manejable con los recursos disponibles en primer nivel en referencia a la intensidad (menor) de los síntomas y signos (ansiedad, fobia, desnutrición, alteración de los signos vitales etc.), o que han venido recibiendo tratamiento en una modalidad más intensiva (ambulatorio intensivo u Hospital Básico o General) y han mejorado al punto de poderse beneficiar de esta modalidad de atención o que pudieran requerir mayor intensidad de atención pero que en la actualidad no están listos para acometer un tratamiento de manera completa.

b) Criterios de referencia

- Paciente con evolución desfavorable
- Emergencia de complicaciones médicas severas
- Si ante las recaídas el equipo profesional técnico considera que el paciente debe recibir atención de mayor complejidad.

14.2. Tratamiento ambulatorio intensivo: Centros de salud de primer nivel

Se brinda la atención especializada de tipo ambulatorio intensivo con un equipo interdisciplinario, con enfoque integrativo, y se realiza la contrareferencia a la unidad de primer nivel de atención, si procede.

- Tratamiento en régimen ambulatorio intensivo. Permanencia de varias horas en la mañana, tarde o ambas, y de frecuencia diaria o interdiaria.
- Interconsulta con nutrición en establecimiento de salud más cercano.
- Evaluación y atención médica-psiquiátrica
- Evaluación y atención psicológica individual y familiar
- Promoción de la salud
- Referencia de casos de niveles de menor complejidad de atención de salud
- Actividades de taller de arte terapia (pintura, música, carpintería, manualidades etc.).
- Análisis de casos por equipo interdisciplinario

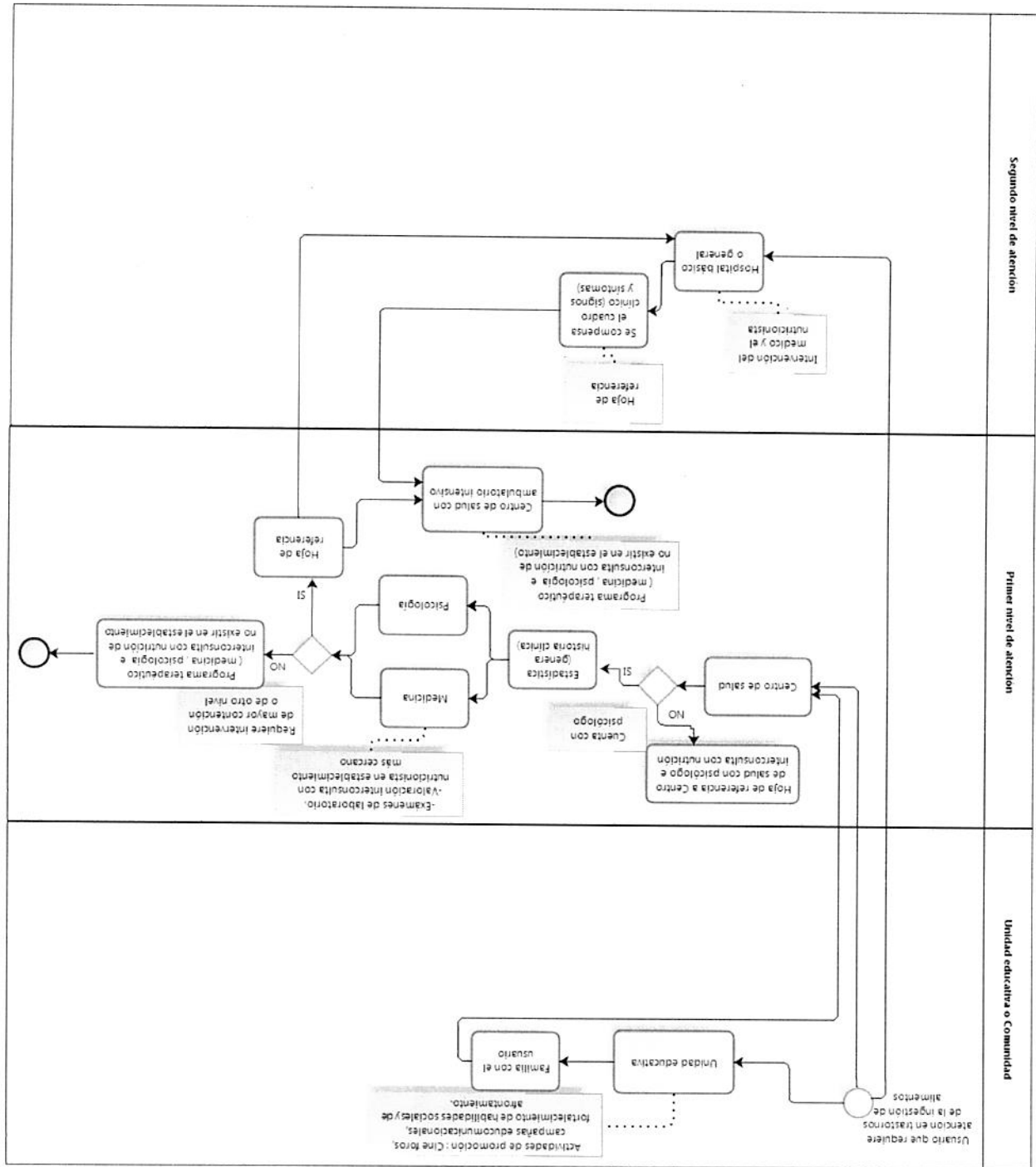
a) Criterios de Inclusión (CIE 10)

Personas con diagnóstico (F50.0 a F50.3), con un grado de severidad (mayor) referente a signos y síntomas del cuadro clínico (ansiedad, fobia, desnutrición, alteración de los signos vitales etc.) con requerimientos de un trabajo interdisciplinario más intensivo con nutricionista y que no puede ser manejado con los recursos disponibles en una modalidad ambulatoria en primer nivel.

b) Criterios de referencia a hospital general o básico

- Comorbilidad psiquiátrica
- Aparición o emergencia de complicaciones psiquiátricas severas
- Emergencia de complicaciones médicas severas
- Necesidad de compensación de cuadro clínico

A continuación se detalla la ruta de atención integral en los servicios del Ministerio de Salud Pública.



Referencias bibliográficas

- ¹ Defensor del menor para la comunidad de Madrid. La prevención de la anorexia y la bulimia en internet: Primera atención personalizada [consultado 20 jul 2014]. Disponible en [http:// WWW. protegeles.com/docs/estudio_anorexia.pdf](http://WWW.protegeles.com/docs/estudio_anorexia.pdf).
- ² CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Meditor, 1992. (Consultado 11 julio 2014).
- ³ Ni anorexia ni bulimia, trastornos atípicos. 2009; [1 página] [consultado 19 jul 2014] Disponible en URL: http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2007/04/10/161459.php.
- ⁴ Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. (consultado 19 julio 2014). Disponible en http://www.aeped.es/sites/default/files/.../anorexia_bulimia.pdf.
- ⁵ Prevención de los Trastornos Mentales INTERVENCIONES EFECTIVAS Y OPCIONES DE POLÍTICAS. INFORME COMPENDIADO. Un Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. 2004. Disponible en: www.who.int/mental.../Prevention_of_mental_disorders_spanish_version....
- ⁶ Anorexia y bulimia [INTERNET]. (consultado 26 jul 2014). Disponible en: <http://aluba.org.ar/aluba/fr-aluba.htm>.
- ⁷ INEC. 2013. Proyección del censo poblacional 2010
- ⁸ Egresos Hospitalarios. Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud, fuente (INEC-2012)
- ⁹ Egresos Hospitalarios. Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud, fuente: (INEC-2013)
- ¹⁰ Patrones de creencias cognitivas que reflejan una dependencia sobre fuentes externas de logro y afirmación, en oposición a creencias en el valor intrínseco de las cualidades y carácter de uno para iniciar el desarrollo de síntomas. (Consultado 17 de agosto de 2014). Disponible en: www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/.../10modulo_09.pd...
- ¹¹ Bulimia y anorexia afectan a siete mujeres por cada varón, Triste, solitaria y delgada. [consultado 15 jul 2014]. Disponible en <http://www.espaciodesalud.com.ar/Trastornos%20alimentarios.html>.
- ¹² Carolina López C. y Col. Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Rev. Med. Clin. CONDES- 2011; 22(1) 85-97. REV. MED. CLIN. CONDES - 2011; 22(1) 85 – 97. (consultado el 18 de agosto de 2014).
- ¹³ Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS. Ecuador: MSP; 2013.
- ¹⁴ Organización Mundial para la Salud. Determinantes sociales de la salud [internet] consultado el 20 de julio de 2015. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/es/
- ¹⁵ Organización Panamericana de la salud, Salud mental en la comunidad, segunda edición , 2009
- ¹⁶ Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS. Ecuador: MSP; 2013.
- ¹⁷ Patricia B. Mrazek, y Robert J. Haggerty. Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research. Committee on Prevention of Mental Disorders. Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Institute of Medicine. Washington D.C: National Academy Press; 1994
- ¹⁸ Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Ecuador: MSP; 2013
- ¹⁹ Lehtinen, Riikonen & Lahtinen. Framework for Promoting Mental Health in Europe. [agosto, 2014] Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf
- ²⁰ Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS. Ecuador: MSP; 2013.



²¹ Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS, pág 45 y 46. Ecuador: MSP; 2013

²² Organización Mundial de la Salud. 2004. Promoción de la Salud Mental. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

²³ Prevención de la anorexia y bulimia [internet]. Disponible en <https://www.prevencion.adeslas.es/es/trastornoalimenticio/masprevencion/Paginas/riesgo-anorexia.aspx>

Aprobación por:	Dra. María Fernanda Andrade	Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud	
	Lic. Consuelo Santamaría	Subsecretaria Nacional de Promoción de la Salud e Igualdad	
Validación por:	Mgs. Adriana Pavón	Directora Nacional de Promoción de la Salud	
	Soc. Ana Paulina Jiménez	Directora Nacional de Salud Intercultural	
	Ing. María Gabriela Morales	Gerente del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental	
Revisión por:	Pscl. Andrés Gustavo Aguirre	Analista del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental	
	Lic. Iván R. Cañizares	Analista de Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud	
	Mgs. Diana Cerón Díaz	Especialista de Promoción de la Salud Mental	
	Dra. Sylvia Proaño Checa	Especialista de Promoción de la Salud Intercultural	
Elaboración por:	MSc. Pscl. Carlos Díaz	Analista del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental	