



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE GRADO

Título
<b>Psicoeducación a familiares de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria</b>
Autor/es
<b>Pablo Del Pozo Herce</b>
Director/es
Ivan Santolalla Arnedo
Facultad
Escuela Universitaria de Enfermería
Titulación
Grado en Enfermería
Departamento
Curso Académico
2014-2015



**Psicoeducación a familiares de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria**, trabajo fin de grado

de Pablo Del Pozo Herce, dirigido por Ivan Santolalla Arnedo (publicado por la Universidad de La Rioja), se difunde bajo una Licencia

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

## TRABAJO FIN DE GRADO

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA “ANTONIO COELLO CUADRADO”

# PSICOEDUCACIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

AUTOR:

PABLO DEL POZO HERCE

TUTOR: IVÁN SANTOLALLA ARNEDO

LUGAR: LOGROÑO

FECHA DE ENTREGA: 29 de junio del 2015.

CURSO 2014-2015

CONVOCATORIA ORDINARIA

## **Resumen.**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas complejas, con múltiples causas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. La alta prevalencia de los TCA en este grupo de población, su problemática asociada, las repercusiones e implicaciones sociofamiliares en el trastorno y la importancia del personal de enfermería como eje fundamental para su tratamiento, hace que sea de interés, valorar la eficacia de la terapia familiar psicoeducativa como parte esencial de su tratamiento. Esta revisión tiene por objetivo valorar la eficacia de esta terapia realizada por enfermeras/os en adolescentes y adultos menores de 32 años con TCA. Se puede concluir que la terapia familiar psicoeducativa es una intervención eficaz, potenciando, el resto de abordajes del conjunto terapéutico, favoreciendo el ambiente familiar, aumentando la adherencia, y consiguiendo una reducción en las recaídas y hospitalizaciones, a la vez que se mejora el funcionamiento familiar, creando un mejor clima terapéutico.

**Palabras claves:** Adolescente, Terapia Familiar, Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa.

## **Abstract.**

Eating disorders are complex psychiatric diseases, triggered by multiple causes, which primarily mainly affect teenagers and young women. In order to value the efficacy of the psycho-educational family therapy as a quintessential part of the disorder treatment, some factors such as the high prevalence of such eating disorders in this vulnerable group of population, the associated problems, the prospective repercussions and the socio-familiar implications such disorders may have, as well as the important role nursery plays, create points worth commenting for deeper discussion. The main objective of this dissertation is to measure the effectiveness of such therapy carried out by nurses in the above mentioned risk group, including teenagers and adults under age 32 suffering from this disease. It can be concluded that psycho-educational family therapy constitutes an efficient procedure, enhancing the remaining approaches to the therapeutic procedure as a whole. Likewise, it favours the quiet family

environment, increasing its adherence, achieving a decrease in relapses and hospitalization, as well as ameliorating the functionality of the family structure, thus finally creating a better therapeutic background.

**key words:** Adolescent; Family Therapy, Eating Disorder, Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa.

## **Introducción.**

La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo, siendo éste capaz de desarrollar sus habilidades, hacer frente a las situaciones cotidianas de estrés, trabajar de forma productiva y fructífera, además de contribuir en su comunidad, por tanto es mucho más que la ausencia de enfermedad, ya que tiene un valor en sí misma. La dimensión positiva de la salud mental hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad, abarca la auto-estima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia (1) y potencia la cohesión social y el capital social, mejora la paz y estabilidad en el entorno, contribuye al desarrollo económico de la sociedad y es uno de los principios que comparten las democracias europeas (2).

El grado de salud mental se relaciona con la capacidad para enfrentarse y superar las adversidades de la vida sin perder el equilibrio emocional. Esta propiedad depende de factores personales, del contexto sociocultural y económico (3).

Los Servicios de Salud Mental en cualquiera de sus formas, atendiendo a la particularidad de desarrollo en las diferentes Comunidades Autónomas (centros de salud mental, servicios de salud mental, equipos de salud mental, unidades de salud mental, etc) son el eje que articula la atención a las personas con trastorno mental grave, siguiendo el principio de continuidad del paciente, creando así una atención especializada en salud mental mediante la prestación de cuidados de enfermería.

Existen diferentes taxonomías clínicas de uso internacional que abarquen el concepto de trastorno mental grave, las de uso más generalizado son el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud) y DSM-IV TR (Manual Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales).

Según CIE-10, se entiende por **trastorno mental grave** (TMG), aquel trastorno mental de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social, deben cumplir dos requisitos (4-6); una evolución de trastorno de 2 años o más, y presentar graves dificultades en el funcionamiento personal y social debidas a esta enfermedad.

Se puede afirmar que en España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, al menos el 9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad, y algo más del 15 % lo padecerá a lo largo de su vida. Se prevé que estas cifras se incrementarán en el futuro (7,8).

Debido fundamentalmente a esta alta prevalencia el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha elaborado un documento de **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, estableciendo contenidos prioritarios, partiendo de un compromiso europeo del Comité de Ministros y de las políticas europeas en esta materia, debido a la necesidad de poner en práctica medidas para (9):

- Reducir la discriminación social de los enfermos mentales.
- Favorecer la promoción de la salud física del enfermo mental y la salud mental de la población.
- Favorecer la formación en el campo de la salud mental de los profesionales no sanitarios.

Ésta estrategia, es un producto político y técnico, que pretende mejorar la atención a la salud mental de la población y propone, por tanto, un conjunto amplio de medidas que expresan una orientación política en materia de salud

mental y responden a un análisis técnico-científico de la situación de la misma y de las medidas a tomar. El Ministerio se centra en la difusión de los contenidos-fuerza de la Estrategia y su inclusión dentro de los aspectos formativos de los profesionales sanitarios y no sanitarios (9).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), constituyen un grupo de trastornos mentales graves, caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo (10-12).

Los TCA se pueden considerar en estos momentos uno de los problemas más importantes que afectan a las adolescentes de nuestro país, debido al incremento de su incidencia y prevalencia en los últimos años, a la dificultad de su diagnóstico y el elevado índice de cronificación. Es la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia, después del asma y la obesidad. Además, se puede afirmar que una de cada dos adolescentes de entre 15 y 16 años "piensa" que su peso es elevado (2,9). Aunque la mayoría de los síntomas relativos al comportamiento alimentario están por debajo de los niveles clínicos, éstos abarcan a una población suficientemente amplia como para que impliquen un alto coste personal y social; además de limitar de forma drástica, las actividades de quienes los padecen por vergüenza corporal (13).

Son trastornos de origen multifactorial, originados por la interacción de diferentes causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural, marcadas por alteraciones en el comportamiento, las actitudes y la ingestión de alimentos, generalmente acompañadas de intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo, difíciles de tratar y perjudiciales para la salud, predispone a los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocia con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura (14). El impacto físico-cognitivo-emocional y familiar que ha tenido y sigue teniendo la enfermedad, sitúa a estos pacientes en una posición de exclusión en todos los ámbitos de su vida.

El DSM-IV TR reconoce tres categorías principales dentro del TCA: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN), y el TCA no especificado (TCANE). Además, se ha propuesto incluir otra categoría llamada trastorno por atracón (TA) (10,13).

Es de destacar también que, aunque los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) están bien definidos y ampliamente utilizados, no son plenamente aplicables a niños y adolescentes, lo que aumenta la dificultad de establecer las tasas de ocurrencia de TCA en esta población (14).

**Anorexia Nerviosa (AN):** Trastorno que se caracteriza por la pérdida de peso o fracaso en la ganancia de peso que conduce a la emaciación. La Anorexia Nerviosa se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo, en la que el individuo rechaza mantener un peso superior al peso saludable para su altura, lo que motiva la adopción de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento del peso (actividad física y restricción drástica de alimentos) (15).

La atención-concentración se ha ido dañado de forma progresiva repercutiendo en la capacidad de fijar la información, por lo que el proceso de aprendizaje está muy afectado. Si le quedan fuerzas físicas suelen seguir manteniendo un ritmo de ejercicio físico excesivo hasta llegar a la extenuación. Generalmente realizan algún tipo de deporte solitario o bien andan durante largos períodos de tiempo que pueden alargarse a 10-12 horas de actividad. Esta combinación de desnutrición severa y ejercicio extenuante produce desequilibrios graves de salud por lo que es frecuente que necesiten ser atendidas de forma urgente en el ámbito hospitalario donde suelen ingresar de forma involuntaria protestando porque, aseguran, que se encuentran bien (16). (Anexo 1) Encontramos dos subtipos de Anorexia Nerviosa:

- **Anorexia Nerviosa restrictiva:** Que agrupa aquellos sujetos que durante el episodio de anorexia no realizan atracones ni conductas compensatorias.
- **Anorexia Nerviosa compulsiva o purgativa:** En el que durante el episodio de anorexia, el sujeto realiza atracones y/o emplea conductas purgativas (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos).

En la actualidad se consideran cifras internacionalmente aceptadas de **prevalencia** de cuadro completo de Anorexia Nerviosa en chicas adolescentes y jóvenes adultas (menores de 25 años), de **0,2% - 0,8%** (14,17,18,19,20,21).

En cuanto a la **incidencia** de Anorexia Nerviosa en la población general sería de 20-30 mujeres por 100.000 habitantes (12).

**Bulimia Nerviosa (BN):** La definición y diagnóstico implica la presencia de tres características principales caracterizadas por mostrar una gran cantidad de síntomas físicos producto de sus conductas purgativas continuadas. (Anexo 2)

La primera, hace referencia a la presencia de episodios recurrentes de atracones. Además, durante el atracón se experimenta sensación de pérdida de control sobre la ingesta.

La segunda característica; supone la ejecución de conductas compensatorias recurrentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno, o ejercicio físico exagerado) realizadas para prevenir la ganancia de peso. Esta impulsividad es especialmente preocupante ya que genera la acción de comportamientos inadecuados. Ello les hace más proclives a necesitar uno o varios ingresos, realizar más intentos de suicidio o presentar

mayor dificultad para adherirse al tratamiento o a las prescripciones terapéuticas sugeridas (16). El criterio diagnóstico de Bulimia Nerviosa implica al menos 2 atracones semanales durante los 3 últimos meses (15). El uso continuado de laxantes y diuréticos, aumenta a tal extremo que numerosos días se producen desequilibrios electrolíticos y la paciente tiene que acudir a urgencias e ingresar para estabilizar su salud y no morir. Estos comportamientos le suelen llevar a bajas laborales continuas y de larga duración hasta que pierden su puesto laboral. En muchas pacientes bulímicas de larga evolución existen otros comportamientos impulsivos reflejo de un ímpetu que les impide establecer un tiempo entre el deseo y la acción; acción que se realiza sin pensamiento ni reflexión.

La tercera característica; hace referencia a la excesiva preocupación por el peso y la figura, la valía personal se juzga casi exclusivamente en función del peso y la figura (15). Encontramos dos subtipos de Bulimia Nerviosa:

- **BN de tipo purgativo:** Incluye a la persona que realiza conductas purgativas como el vómito inducido o abusan de laxantes y diuréticos.
- **BN de tipo no purgativo:** Que incluye a la persona que emplea otro tipo de conductas compensatorias como el ayuno o el exceso de ejercicio físico.

La **prevalencia** de la Bulimia Nerviosa oscila entre **1 - 4,2%** en mujeres jóvenes y su edad de aparición suele ser en la adolescencia (14,18,19,20,22).

La **incidencia** de la Bulimia Nerviosa es de 26 mujeres y 0,8 varones por cada 100.000 habitantes (14).

**Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE):** Se definen como la falta de control sobre la ingesta que se manifiesta comiendo grandes cantidades de alimentos en un periodo discreto de tiempo. Se llaman así porque no cumplen con los criterios clínicos de Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa.

La realización de atracones causa gran malestar en el sujeto; éstos no van seguidos de conductas compensatorias y deben ocurrir por lo menos dos veces a la semana durante al menos 6 meses. Dentro de este tipo encontramos el trastorno por atracón (TA), el cual, es más frecuente entre obesos que entre sujetos de peso normal. Aproximadamente entre el 20-30% de los pacientes obesos que acuden a programas para perder peso presentan Trastorno por Atracón, frente a un 2 % de personas de peso normal. El Trastorno por Atracón se da con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, a pesar de que en estudios realizados con muestras de comunidades se han encontrado tasas semejantes entre ambos sexos (15).

La **prevalencia** de los TCANE oscila entre 3.7% en adolescentes (14,18,19,20,21).

El progresivo incremento de la incidencia de estas enfermedades en las sociedades occidentales y el hecho de que se de en una proporción mucho mayor en las mujeres, tiene como causa la presión por el ideal estético, especialmente por el ideal de belleza femenina, que los medios de comunicación se encargan de publicitar (17).

La insatisfacción corporal y el anhelo hacia la delgadez representan el común denominador de todos los trastornos alimentarios y viene desencadenada por un peligroso proceso de asociaciones entre un cuerpo extremadamente delgado y el autoconcepto. De tal modo que las adolescentes con TCA extienden sus creencias negativas sobre su apariencia física al conjunto de características estructurales del "yo", equiparando la evaluación de su autoconcepto a la que

hacen de su imagen corporal. Y así la valoración negativa del cuerpo, invade todo su autoconcepto. En el siguiente nivel, el atractivo físico autopercebido condiciona la valoración del autoconcepto: la **autoestima**. Permitiendo que una variable tan importante para el bienestar psicológico personal, quede supeditada a algo tan externo, variable y en gran medida ajeno a nuestro control como es la apariencia física (17).

Entre las variables sociodemográficas más estudiadas a la hora de analizar los datos epidemiológicos de los diferentes tipos de TCA destacan: **edad, sexo**. Además como variable psicológica de riesgo más estudiada se encuentra la **insatisfacción corporal**, aunque también se han propuesto otros factores de riesgo en los estudios clínicos como la dieta, la baja autoestima o la distorsión de la imagen corporal.

La evidencia científica indica que los factores de riesgo causales de los TCA son multifactoriales, afectando principalmente a la población femenina (aproximadamente, por cada 9 casos de TCA en mujeres se presenta 1 caso en hombres). Dichos factores son:

**Factores biológicos:** Principalmente factores genéticos y alteraciones neurobiológicas. Los estudios realizados en familias muestran una mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA, con lo cual concluyen que debe haber una vulnerabilidad familiar para estos trastornos (14,18).

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 Anorexia Nerviosa. Los más estudiados son el sistema serotoninérgico (5-HT; regula el apetito, respuesta al estrés, la conducta sexual, la sintomatología obsesiva, el humor), dopaminérgico y neurotrofinas. También cabe destacar el inicio de la pubertad; ya que debido a la liberación de hormonas, provoca un aumento en la cantidad de grasa corporal en los

adolescentes, dicha estructura corporal se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, lo que conlleva a una presión por ser delgadas y provoca así una insatisfacción con la propia imagen corporal, este sentimiento es incrementado debido a los medios de comunicación que muestran mensajes de que ser delgado es hermoso y no solo a esto, sino también influye el entorno que les rodea, como los amigos, ya que el comportamiento de estos influye en el nivel de satisfacción con la imagen corporal y comportamientos relacionados con la dieta (14,23).

**Factores socioculturales:** 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, antecedentes familiares de trastornos afectivos y sintomatología obsesivo-compulsiva de TCA, dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia, obesidad, alcoholismo, hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia, profesiones y/o actividades durante la infancia-adolescencia que valoran excesivamente la delgadez y/o el peso, influencia de los medios de comunicación acerca del ideal de belleza inalcanzable y la influencia de las relaciones interpersonales y el estigma, el cual es la huella que éstas creencias, actitudes y comportamientos dejan en la persona que sufre la enfermedad y en la familia, influyendo en mayor o menor medida en todos los ámbitos sociales: familiares, amigos, trabajo, medios de comunicación y también en los ámbitos sanitarios y profesionales de la salud mental, con una superación lenta (8,14,18).

La enfermedad/trastorno produce un detenimiento en su desarrollo personal que impregna de sentimientos de vacío y fracaso toda su existencia. Y aunque algunos logran mantener su status laboral a pesar de sus condiciones físicas, la mayoría tiende a una posición de invalidez. Presentan aislamiento social y/o poca disponibilidad de apoyo social (muy limitado contacto social o percepción negativa de la disponibilidad de apoyo). La mayoría han tratado de realizar todos los tratamientos ofertados. Su actitud ante los tratamientos pasados y futuros es de desmoralización y desconfianza (16).

**Factores psicológicos:** Se han asociado con los TCA y por tanto, con la imagen negativa del cuerpo los siguientes factores psicológicos: trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno de control de impulsos, trastornos afectivos (negativos) que junto con la baja autoestima (depresión) deben ser considerados como una influencia negativa sobre el peso y aumentan el riesgo de insatisfacción corporal y preocupación sobre la alimentación (inadecuada, restrictiva) , ocasionando problemas graves en la adherencia al tratamiento y relaciones sociales, potenciando así las recaídas, pudiendo llegar incluso al suicidio (14,18,24).

La propia persona afectada, no es consciente de la enfermedad, por tanto, no es capaz de identificar las consecuencias negativas del trastorno, ni de la necesidad de llevar a cabo un tratamiento, ni tampoco los beneficios de este. Este hecho dificulta la adherencia al tratamiento en algunos casos. Si esto, el papel de la familia es especialmente importante para intentar que la persona afectada reciba el tratamiento que necesita aunque no colabore en recibirlo (11).

Además, provoca una discapacidad en la propia persona, la cual produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente (25):

- Desempleo, o empleo apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.

- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria (higiene, alimentación, gestión económica).
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial.

El conjunto de la influencia de estos factores, unido a los síntomas que presentan los diferentes tipos de TCA, genera una serie de problemas graves para la salud mental del propio paciente y de su entorno.

Es vital que reduzcamos los problemas mentales, y la promoción y prevención pueden contribuir considerablemente a esta nueva prioridad del siglo XXI. Pero solo conseguiremos combatir esta creciente problemática si la futura política de salud mental tiene como objetivo la sostenibilidad de distintos organismos y prácticas para la salud mental y si se dirige por igual a la prevención y al tratamiento logrando un equilibrio mejor entre los dos (2).

La promoción de la salud mental tiene como objetivos proteger, promover y mantener el bienestar emocional y social y crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo, así como potenciar la salud mental respetando la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad de las personas. Las iniciativas implican a los individuos (aquellos en riesgo de padecer trastornos mentales, los que los padecen o los que están recuperándose de ellos) en el proceso de conseguir una salud mental positiva, de mejorar la calidad de vida y estrechar las distancias en las expectativas de salud entre países y grupos (2).

“Prevenir” significa literalmente “intervenir o actuar con anticipación para impedir que algo ocurra”. La prevención de los trastornos mentales se centra en reducir los factores de riesgo, la incidencia, la prevalencia y la recurrencia de los trastornos mentales, así como la duración de los periodos sintomáticos o las

condiciones de riesgo para el desarrollo de una enfermedad mental, previniendo o retrasando las recurrencias así como el impacto de la enfermedad en la persona afectada, su familia y la sociedad (2).

Para prevenir este tipo de trastornos encontramos opiniones dispares; los hay partidarios de realizar programas de prevención primaria dirigidos a todas las mujeres adolescentes, mientras que otros consideran que esto podría resultar contraproducente. Los fenómenos de emulación son muy frecuentes en la adolescencia; por ello conviene evitar el mito de considerar la anorexia nerviosa como una “enfermedad” de moda, lo que podría hacerla atractiva a algunos adolescentes. Dar información sensacionalista puede resultar nocivo y ocasionar un semillero de nuevos casos (26).

Existe el riesgo de proporcionar información sin modificar actitudes; sin cambios en las conductas, pero sí en los conocimientos. Para que realmente sea efectiva la prevención se debe conocer exactamente la causa del trastorno y en el caso de los TCA la etiología es multifactorial lo que complica las actuaciones preventivas. Además las actividades preventivas tienen mayor probabilidad de ser eficaces cuando no dependen de la modificación de la conducta de los individuos. Hay que tener en cuenta el enorme peso reconocido por todos los autores de la influencia del contexto sociocultural en los trastornos alimentarios. De ahí la importancia de persuadir a los medios de comunicación, en especial a los destinados a la mujer, para que incluyan otros modelos corporales entre sus contenidos y transmitan que un amplio rango de formas y tallas es aceptable y deseable en nuestra sociedad (26).

La detección precoz seguida del tratamiento en personas con TCA se asocia con buenos resultados evolutivos. Para ayudar a realizar esta detección precoz, se han desarrollado cuestionarios como el Eating Attitudes Test (**EAT-26**) que permitan la valoración sistemática del comportamiento alimentario. Otro cuestionario que puede ser útil en la detección de TCA es el Sick Control On Fast Food (**SCOFF**) que consta de cinco preguntas, es sencillo y de fácil interpretación (26).

Cuanto más tiempo pasa entre el inicio del trastorno y el tratamiento, peor es el resultado en la evolución y el pronóstico. Hay unos signos de alarma que no deben pasarnos desapercibidos como pueden ser: una excesiva preocupación por la ganancia ponderal, la realización de dietas hipocalóricas, la obsesión por el ejercicio físico, la demanda de laxantes o diuréticos y la presencia de amenorrea. Es importante identificar a las personas de alto riesgo de desarrollar TCA para poder incidir en las etapas tempranas del trastorno y hacer una intervención precoz siendo ésta considerada como un importante factor de buen pronóstico en la evolución de los TCA (26). Esto hace imprescindible la intervención de los profesionales de enfermería en la detección de los síntomas y signos de alarma pero existen pocos estudios sobre la detección y diagnóstico de los TCA, por lo que se apunta una situación de infradiagnóstico, debida a varios motivos:

- La escasa concienciación de los profesionales ante estos problemas hasta hace pocos años.
- La falta de tiempo real por la gran presión asistencial, que impiden profundizar en la atención integral de los pacientes y en la realización de actividades preventivas.
- La baja frecuentación de los adolescentes a las consultas de atención primaria y su falta de “conciencia de enfermedad”.

Parece evidente, que ante la cronificación debemos, más que nunca, planificar de forma individualizada el tratamiento y tener muy presentes las posibles demandas que se pueden presentar: hospitalizaciones de repetición, hospitalizaciones parciales, cuidados residenciales, psicoterapia, apoyo social, uso de medicación e incluso uso de terapia electroconvulsiva (27).

Los programas de tratamiento de día, pueden proporcionar una estructura alrededor de las comidas y a la vez una terapia intensiva, sin que el paciente se aíse totalmente del apoyo y los retos que tiene en su medio habitual. Ello puede facilitar la transición entre los ingresos y el tratamiento ambulatorio, sin perder los beneficios obtenidos y atenuando el riesgo de la «puerta giratoria», que fomenta las ideas de cronicidad y la desesperanza (28).

Debe recordarse también que muchas hospitalizaciones son evitables con un contacto ambulatorio más frecuente, en cuanto al peso las expectativas deben ser más realistas (peso seguro en lugar de sano) y que hay que adecuar los objetivos generales del tratamiento. Si no podemos cambiar el peso y normalizar la vida del paciente deberemos, al menos, mejorar su calidad de vida y atender a los cuidados paliativos que pueda ir necesitando (29).

NANDA Internacional (North American Nursing Diagnosis Association) define diagnóstico de enfermería como los problemas reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de objetivos de los que la enfermera/o es responsable (30). Entre los problemas graves de salud más prevalentes en los TCA encontramos los siguientes diagnósticos de enfermería NANDA.

El diagnóstico de enfermería “**trastorno de la imagen corporal**” se define como sentimientos negativos o percepción negativa de las características, funciones o límites del cuerpo o de una zona corporal, en este caso, referido al estado de salud en personas adolescentes con anorexia, bulimia o trastorno de conducta alimentaria no especificado, en el cual, se intervendrá para reforzar un funcionamiento cognitivo y conductas deseadas tanto en los propios pacientes como en sus respectivas familias (31,32).

El diagnóstico de enfermería “**Incumplimiento del tratamiento**” se define como una conducta de una persona o de un cuidador que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (familia o

comunidad) y un profesional del cuidado de la salud. Cuando se ha acordado un plan, ya sea terapéutico o de promoción de la salud, la persona o el cuidador pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos (30).

El diagnóstico de enfermería “**Deterioro parenteral**” se define como incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno favorecedor del óptimo crecimiento y desarrollo del niño (30).

Ante los problemas de salud del paciente (NANDA), se realizarán intervenciones (NIC) a través del equipo sanitario. Dentro de todo el equipo multidisciplinar, enfermería es uno de los pilares fundamentales a la hora de intervenir, ya que se encarga del desarrollo de la actividad interventiva derivada de los planes de cuidados, tanto a nivel individual como grupal, con el objeto de recuperar pautas y hábitos alimentarios sanos, romper círculos de “control-descontrol”, manejar estados emocionales y alteraciones conductuales asociadas a la patología, fomentar la adherencia a los tratamientos implicando al paciente y familia, prevenir las recaídas y evitar la necesidad de hospitalización y cronificación de la enfermedad (33,34).

Los enfermeros/as tienen que pensar en la salud como en una fuerza dinámica y en constantes cambios, esto influye en las decisiones tomadas en la organización de planes de cuidados. «*Las enfermeras/os tenemos que trabajar con y para el paciente con el fin de conseguir que se produzcan cambios*» (35). Apoyándose en todo momento de diferentes modelos de intervención, el más relevante, el modelo de **Hildegard Peplau** y creando así una relación terapéutica e interpersonal entre paciente-enfermera/o (35).

Si los estudiantes de enfermería están entrenados en estas habilidades, conseguiremos profesionales mejores preparados, que contemplarán a las personas en su globalidad, proporcionando una atención integral. Ésta es una

demanda de la sociedad actual, la cual conllevaría a una mejora de la salud individual.

Durante todo este proceso, se llevará a cabo un enfoque que permita incluir las vertientes biológicas, psicológicas y sociales del tratamiento (**“enfoque bio-psico-social”**). Así, es preciso incorporar otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales que en muchos aspectos vienen a incluirse en el concepto de Rehabilitación Psicosocial. El objetivo de estas intervenciones y este enfoque no es otro que la mejora del funcionamiento personal y social y de la calidad de vida de las personas que sufren un trastorno mental, así como el apoyo a su integración (36).

Esto implica ir más allá del control de los síntomas y plantear la superación de la enfermedad, es decir, promover que la persona con un trastorno mental pueda llevar una vida significativa y satisfactoria, que pueda definir sus propios objetivos y que encuentre en los profesionales de enfermería ayuda para desarrollarlos (36).

En la práctica profesional la relación paciente-enfermera aparece como una constante y es que las enfermeras definen la profesión como una relación de ayuda (18), teniendo en cuenta que la adquisición de habilidades y actitudes son fundamentales a la hora de realizar este tipo de relaciones. La relación terapéutica se define como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre enfermera y paciente se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad (17). Por lo tanto, es considerada como un proceso, método o instrumento, por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos y así se va creando una relación profesional, basada en un proceso de interacción e influencia social cuyo objetivo es la curación del enfermo (37). Entre un 30 y un 50% de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el personal. En todo proceso comunicativo influyen unos factores personales tanto por parte del emisor como del receptor, cada uno de los cuales aporta sus propios valores, cualidades y biografía personal (3).

Para conseguir el entendimiento global del paciente, es importante ayudar a la persona desde una concepción holística, esto requiere el establecimiento de una relación terapéutica enfermera-paciente, en la que, sin duda, el enriquecimiento va a ser mutuo. El profesional de enfermería tiene que proponerse un conocimiento profundo de la persona con la que va a establecer la relación, habiendo adquirido previamente las habilidades y conocimientos necesarios para desarrollar una eficaz relación de ayuda (19). Hay que tener en cuenta que la enfermera no solo tiene una historia personal, sino que también pertenece a un sistema cultural en el que ha sido socializada (38). El entrenamiento y aplicación de unas habilidades sociales sólidas, tales como el autoconocimiento, observación, asertividad, empatía, respeto, observación, escucha activa, consciencia de las propias facultades y límites es fundamental para conseguir el bienestar del paciente.

Todo esto es necesario para establecer una comunicación efectiva. La enfermera es el centro de referencia de la relación terapéutica, y a la que sin lugar a dudas el paciente se dirige en primera instancia cuando acontece algo importante para él o le preocupa algo o si necesita hablarlo. Por lo tanto es importante adquirir estas habilidades y conocimientos a través de las escuelas de enfermería, así se irá dejando atrás el modelo paternalista y nos dirigiremos hacia una relación terapéutica basada en el diálogo abierto, interacción y la escucha activa (38).

Las familias, siendo en muchas ocasiones el único apoyo o el soporte más directo que tienen las personas con TCA, forman parte activa en el proceso terapéutico de rehabilitación o recuperación. Obviar su implicación en el desarrollo e implementación de los programas de psicoeducación, sería ignorar las necesidades para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. La creación y consolidación en todo el territorio español de grupos de psicoeducación en familias, ha permitido proporcionar a las familias la información y estrategias necesarias para afrontar las dificultades que supone la convivencia con un familiar diagnosticado de TCA (8,39,40,41).

Tener conocimiento de que los TCA no solo están relacionados con el deseo de delgadez, sino que surgen en personas que desconocen la importancia de reconocer y expresar sus emociones y que tal reconocimiento produce un efecto saludable sobre su salud física y psíquica, disminuye la culpa de las pacientes e incrementa su esperanza de cambio. A las familias se les ayuda a tratar las conductas alimentarias de su hijo al proporcionarles educación acerca de estos trastornos, estimular a los padres a generar estrategias para aumentar la ingesta de alimentos y limitar la actividad física. También se hace énfasis en la aplicación de éstas estrategias de forma consistente y tranquila. Hay tres fases principales del proceso de tratamiento (21).

En la primera fase el objetivo principal es la realimentación y el aumento de peso. Este objetivo se logra al depositar la responsabilidad de los patrones de alimentación del adolescente en las manos de los padres y enfatizar la incapacidad del adolescente para controlar sus patrones de alimentación debido a los efectos de la inanición.

La segunda fase se centra en la resolución de problemas con respecto a la familia y los aspectos psicológicos que interfieren en la realimentación.

La fase final se centra en aspectos familiares y psicológicos más generales, en particular los relacionados con el aumento de la autonomía de los límites de los adolescentes y los familiares. Generalmente lo anterior se logra mediante el trabajo con los adolescentes y los miembros de la familia en sesiones de terapia familiar conjuntas.

Además de estas intervenciones de terapias familiares formalmente descritas, las familias participan en otros abordajes terapéuticos que apoyan la recuperación del miembro de la familia afectado. Esta participación puede adoptar diversas formas, y aunque no tiene necesariamente una base teórica bien descrita, también puede tener una influencia importante en la recuperación (21).

## **Justificación.**

La alta prevalencia de los TCA en los adolescentes y adultos jóvenes, los graves problemas que pueden derivar hoy en día en la sociedad y el peligro que corre la salud de los pacientes con estos trastornos; siendo el personal de enfermería un eje fundamental para su tratamiento a través de las diferentes intervenciones en este ámbito y constituyendo la terapia familiar psicoeducativa parte esencial de este tratamiento, es de interés valorar su eficacia en este ámbito interventivo.

## **Objetivos.**

### **Objetivo principal:**

El objetivo principal de nuestra investigación es valorar la eficacia de la terapia familiar psicoeducativa realizada por enfermeras/os, en adolescentes y adultos menores de 32 años con trastornos de la conducta alimentaria.

### **Objetivos específicos:**

1. Verificar que tras la terapia familiar psicoeducativa realizada por enfermeras/os, se produce una mejoría en el ambiente familiar con los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

2. Valorar si los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria aumentan la adherencia al tratamiento tras la terapia familiar psicoeducativa realizada por enfermeras/os

3. Valorar si los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria disminuyen las recaídas tras la terapia familiar psicoeducativa realizada por enfermeras/os

## **Metodología.**

El trabajo consiste en realizar una revisión sistemática sobre la psicoeducación de familiares de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria con el objeto de valorar la eficacia de estas intervenciones.

Entendiendo como **eficacia** el impacto o efecto de una acción sobre el nivel de salud o bienestar de la población, llevada a cabo en condiciones óptimas, la cual respondería a la cuestión sobre cual es la capacidad esperada de una intervención sanitaria para mejorar el nivel de salud de un individuo o colectivo (42). Se puede considerar eficaz una intervención familiar psicoeducativa cuando tras su desarrollo se evidencia mejora en el ambiente familiar, en la adherencia tanto en el tratamiento como en las terapias psicoeducativas realizadas por enfermería y en las recaídas, entendiendo como éstos:

**Mejora del ambiente familiar:** Es indudable que los familiares de pacientes evolucionan y actúan de modo paralelo a cómo evoluciona y actúa el paciente. Por ello se debe prestar atención especial a la familia y requerir su activa participación. La intervención grupal ayuda, entre otras cosas, a reducir el sentimiento de aislamiento que padecen muchas familias. Descubrir problemas similares en otras familias facilita la apertura, más si se tiene en cuenta que, todavía, en nuestro entorno, muchos familiares de pacientes no se sienten entendidos ni apoyados. Finalmente, el intercambio de experiencias va a enriquecer el tratamiento de cada paciente (29).

**Fomento de la adherencia:** Se define como el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Por tanto, resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad de los profesionales sanitarios, consiguiendo así potenciar la adherencia no solo al tratamiento que estos pacientes precisan, sino también una adherencia en las terapias que se llevan a

cabo para conseguir una mejoría en este tipo de trastornos. Consiguiendo así un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas (43).

**Reducción de recaídas:** Ocurrencia de aquellos comportamientos en los que ya se había hecho un progreso y cuya reincidencia produce una merma de lo conseguido, pudiendo empujar al paciente al nivel inicial de su patología. En los trastornos alimentarios el momento más probable para la recaída es el primer año tras el alta. En los cinco años siguientes también resulta frecuente en relación con situaciones de estrés intenso y cambios vitales radicales (29).

Con el objeto de conocer la situación actual, la importancia del tema a tratar e identificar estudios relacionados, se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: PUDMED, COCHRANE PLUS, SCIELO incluyendo Dialnet,

Asimismo, se utilizaron otras estrategias con la intención de cubrir la mayoría de los artículos publicados en esta área: a) búsqueda manual en revistas relevantes dentro de esta temática; b) búsqueda manual a partir de listas de referencias bibliográficas de los artículos más relevantes sobre el tema y así enriquecer la base de información tras una revisión inicial; c) información contenida en manuales, d) libros disponibles en la biblioteca de la Universidad de La Rioja, e) buscadores de Internet académicos, entre otros, cuya bibliografía, será posteriormente referenciada.

Adicionalmente, se consultaron los boletines estadísticos del Instituto Nacional de Salud, UNICEF, Organización Mundial de la Salud, El Observatorio de Salud de la Infancia, El instituto de bienestar familiar, entre otros. Finalmente, se seleccionaron las referencias que estuvieran acordes con el objetivo que se quiere lograr con esta revisión.

**Términos utilizados:**

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se han utilizado los siguientes términos en inglés: “Eating Disorder; Adolescent; Family Therapy; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa”, usando diferentes sinónimos y realizando diferentes combinaciones entre ellos. En castellano: “Trastornos de la conducta alimentaria; Adolescente; Terapia Familiar; Anorexia Nerviosa; Bulimia Nerviosa”.

**Términos Mesh:**

El término Mesh que se ha utilizado y que representa el tema central de este estudio es Eating Disorder (mesh term).

**Booleanos:**

Los booleanos utilizados para combinar los términos y llevar a cabo la búsqueda ampliándola o reduciéndola, han sido: AND, NOT, OR.

**Periodo de búsqueda:**

La búsqueda se realizó durante los meses de febrero a mayo, dándola por finalizada en mayo del año 2015.

**Criterios de inclusión y exclusión:****Criterios de inclusión:**

Para llevar a cabo la revisión, se limitó la búsqueda a los estudios en adolescentes y adultos menores de 32 años, de ambos sexos, con trastornos de la conducta alimentaria con disponibilidad a texto completo, que fueron publicados en los últimos 15 años (del año 2000 en adelante), en inglés y español.

**Criterios de exclusión:**

Se excluyeron aquellos estudios cuyo objetivo principal era otros trastornos psiquiátricos distintos a los TCA, edad igual o inferior a 13 años y superior o igual a 32 años, de mayor antigüedad de 15 años desde su publicación, y por presencia de otros trastornos mentales en una persona además de TCA.

**Estrategia de búsqueda:**

Toda la información sobre las estrategias de búsqueda, puede verse de forma esquemática en una tabla de elaboración propia, denominada "*Estrategias de búsqueda*".

Se procedió a realizar las búsquedas en cada una de las bases de datos. Primero se llevaron a cabo búsquedas generales sin establecer ningún tipo de filtro, y después se fueron combinando términos e introduciendo filtros con el fin de afinar más las búsquedas.

En Dialnet, se realizaron búsquedas básicas con términos generales sin establecer ningún tipo de filtro. Pubmed, es otra de las bases utilizadas, donde a priori se realizaron búsquedas sin establecer ningún tipo de filtro y después para concretar más se establecieron filtros como la disponibilidad del documento, los años de publicación (últimos 15 años) y el idioma, en inglés y español.

La siguiente base de datos utilizada fue Cochrane y la estrategia de búsqueda fue similar, inicialmente sin establecer filtros y más adelante limitando los años de publicación, el idioma y en alguna ocasión el tipo de documento para afinar más la búsqueda a revisiones sistemáticas en muchos de los casos. Además, se introdujeron los booleanos para concretar más la búsqueda.

Por último, la base utilizada es Scielo, es una base donde las búsquedas realizadas se llevaron a cabo limitando los años de publicación y el tipo de documento en alguno de los casos.

En la tabla de “Estrategias de búsqueda”, pueden verse, las bases de datos utilizadas, las fechas en las que se realizaron las distintas búsquedas, las diferentes combinaciones de términos utilizadas en cada una de ellas, así como los artículos inicialmente seleccionados junto con los utilizados definitivamente para llevar a cabo la revisión.

### **Justificación de uso de las diferentes bases de datos:**

Los motivos por lo que se han seleccionado las bases de datos citadas anteriormente han sido los siguientes:

#### **PUBMED:**

Se trata de un sistema de recuperación de la información basado en tecnología world wide web, que permite buscar en la base de datos de referencias bibliográficas denominada MEDLINE. Es una de las formas más utilizadas de buscar en MEDLINE, independizándose en cierta forma del sistema ENTREZ en cuyo seno nació. Tiene acceso gratuito a MEDLINE sin necesidad de registro, ni inclusión de contraseñas. Permite realizar dos tipos de búsquedas: búsqueda básica, (ingresando unos pocos términos en el formulario de la página de inicio), búsqueda avanzada, (construir una estrategia de búsqueda compleja utilizando los operadores booleanos). Da la posibilidad de elegir entre varias pantallas o interfaces, con diferentes grados de dificultad y potencia de búsqueda. Da la opción de clicar enlaces con los textos completos de algunos artículos a través de las sedes web de los editores, además existen modalidades de búsqueda adicional como la posibilidad de buscar artículos relacionados a partir de un artículo encontrado en una búsqueda previa. También se pueden hacer búsquedas clínicas a partir de filtros metodológicos preconfigurados (año de publicación del documento, tipo de documento, idioma, etc.). Brinda la posibilidad de acceder a libros de texto en formato electrónico y sitios web con

información editorializada, relacionados con las citas. Limitaciones: En algunas ocasiones, ciertos documentos no permitían acceder al texto íntegro.

### **DIALNET:**

Se trata de un servicio de alertas sobre publicaciones de contenido científico al cual está asociada la Universidad de La Rioja por lo que como alumnos nos facilita el acceso al mismo y a muchos de los artículos que contiene. Me ha sido de gran utilidad para encontrar artículos que posteriormente utilicé para la introducción del trabajo.

### **COCHRANE PLUS:**

Es una base de datos elaborada por la Colaboración Cochrane, a través de la cual se difunden los trabajos realizados por la misma. Los documentos se encuentran en español e inglés y contiene el texto completo de revisiones y de protocolos actualmente en curso y las referencias bibliográficas de otros documentos de interés, como ensayos clínicos, artículos científicos, etc. Además permite establecer la fecha de publicación que interese obtener.

### **SCIELO:**

Es una biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas españolas de ciencias de la salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos. El principal objetivo del proyecto es contribuir al desarrollo de la investigación, aumentando la difusión de la producción científica nacional y mejorando y ampliando los medios de publicación y evaluación de sus resultados. El proyecto contempla la aplicación y desarrollo de una metodología común para la preparación, almacenamiento, difusión y evaluación de la literatura científica en formato electrónico.

El objetivo es implementar una biblioteca electrónica, que proporcione acceso completo a una colección de revistas, así como al texto completo de los

artículos. El acceso tanto a las revistas como a los artículos se puede realizar usando índices y formularios de búsqueda.

**TABLA 1 “ESTRATEGIA DE BUSQUEDA”**

PUBMED					
FECHA	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	FILTROS	RESULTADOS	SELECCIONADOS	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
24-feb	Eating disorders		31.032	0	<p>Rutherford L; Jennifer Couturier J. A Review of Psychotherapeutic Interventions for Children and Adolescents with Eating Disorders. November 2007 (44)</p> <p>Gonzalez A, Clarke M. Eating disorders in adolescents. Australian Family Physician. August 2007; Vol. 36. (18)</p> <p>Dalle R, Calugi S. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy?. January 2013. (37)</p> <p>Neville H. Golden, M.D, Debra K. Katzman M.D, et al. Eating disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. 2003. New York. (45)</p> <p>Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for Eating Disorders Position Paper: The Role of the Family in Eating Disorders. July 2009, Chicago, USA. (39)</p> <p>Katherine A. Halmi. The multimodal treatment of eating disorders. June 2005 New York, USA.(46)</p> <p>Rojo L, M. Barberá, J. Plumed, M. C. Sangüesa, L. Livianos. Hospitalization due to eating behaviour disorders. Patient and family satisfaction. 2009. Valencia, España. (47)</p> <p>Denise E, Rachel P, Andrea E. Cognitive Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorders in Children and Adolescents. April 2011, Misuri, USA. (40)</p> <p>Le Grange D, Eisler I. Family Interventions in Adolescent Anorexia Nervosa. 2008.(48)</p>
24-feb	Eating disorders [mesh term]		14.649	0	
24-feb	Eating disorders [mesh term]	Free full text available/ 15 years	9.701	0	
24-feb	Eating disorders [mesh term] AND adolescents	Free full text available/ 15 years	3.278	0	
24-feb	Eating disorders [mesh term] AND adolescents* AND family therapy	Free full text available/ 15 years/ Spanish and English	247	2	
24-feb	Eating disorders [mesh term] AND (Anorexia* AND Nervosa OR Bulimia* AND Nervosa) AND adolescents AND family therapy	Free full text available/ 15 years/ Spanish and English	15	3	
25-feb	"eating disorders" AND Adolescent And Anorexia Nervosa OR Bulimia Nervosa	Free full text available/ 15 years	1368	0	
22-mar	Eating disorders [mesh term] AND adolescents AND family therapy	Free full text available/ 15 years/ Spanish and English	587	1	
22-mar	Family therapy AND ("eating Disorders") AND adolescent	Free full text available/ 15 years/ Spanish and English	41	3	
				<b>TOTAL</b>	9

**DIALNET**

FECHA	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	FILTROS	RESULTADOS	SELECCIONADOS	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
17-Mar	Eating disorders		257	0	<p>Gutiérrez E, Alvarez Ana R. Familia y Trastornos del Comportamiento Alimentario: Avances en Evaluación y Diseño e Intervención Psicoeducativa. 2013.(17)</p> <p>Garrote D, Palomares A. educación y salud en la adolescencia: los trastornos de la conducta alimentaria. 2011. <i>Granada. España.</i>(20)</p> <p>Jauregui I. Self-help and family care in the treatment of eating disorders. 2005. Sevilla. (49)</p> <p>Saldaña C. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. 2001. (50)</p>
17-Mar	Eating disorders AND adolescents		42	1	
17-Mar	Eating disorders AND adolescents AND anorexia OR bulimia		5	2	
17-Mar	Eating disorders AND anorexia OR bulimia		46	0	
21-Mar	Eating disorders AND family therapy		5	1	
				<b>TOTAL</b>	4

**COCHRANE PLUS**

FECHA	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	FILTROS	RESULTADOS	SELECCIONADOS	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS
26 -Feb	Eating disorders And adolescents	15 years	465	0	<p>López C, Treasure J. Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. 2011. (19)</p> <p>Fisher C, Hetrick S, Rushford N. Terapia familiar para la anorexia nerviosa. 2010. (22)</p> <p>Rojo L, Plumed J, Conesa L, et al. Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo xxi. 2012. España (51)</p> <p>Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, Ben-Tovim D, Yong PY. Psicoterapia individual en el tratamiento ambulatorio de adultos con anorexia nerviosa. 2008.(52)</p> <p>Hollesen A, Clausen L, Rokkedal K. Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: a pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. 2013 Oxford, UK.(41)</p> <p>Kuten E, Granel A. Tratamiento de los pacientes con trastornos alimentarios. jun.2007. (53)</p>
26 -Feb	Anorexia OR Bulimia AND adolescents And family	15 years	2614	0	
26 -Feb	Eating disorders AND adolescents AND family Therapy AND (anorexia OR bulimia)	15 years	40	2	
26 -Feb	Eating disorders AND (Anorexia OR bulimia) NOT child	15 years	1024	0	
27 -Feb	Eating Disorders (Mesh Terms) AND family therapy	15 years	20	2	
27 -Feb	Eating Disorders (Mesh Terms) AND family therapy AND adolescents	15 years	4	1	
28 -Feb	Eating Disorders (Mesh Terms) AND nursing AND prevention	15 years	32	0	
16 -Mar	Eating Disorders (Mesh Terms) AND Anorexia OR bulimia AND adolescent	15 years	13	1	
				<b>TOTAL</b>	6

**SCIELO**

FECHA	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	FILTROS	RESULTADOS	SELECCIONADOS	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS
3-Mar	Eating AND disorder OR disease	15 years	35.639	0	Loria V, Gómez C, Lourenço T, et al. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2009.(54)
3-Mar	Eating Disorders (Mesh Terms) AND Anorexia OR Bulimia AND adolescent	15 years	1.246	0	Portela de Santana M.L, da Costa Ribeiro H, Mora, M, Raich R.M. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. 2012.(14)
3-Mar	Eating disorders (Mesh Terms) AND anorexia OR bulimia AND adolescents AND family therapy	15 years	116	1	Calvo R, Gallego L, García A. Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. 2012. (16)
5-Mar	Eating AND Disorders AND family therapy NOT child	15 years	17.623	0	Calvo R, Tomás L, Solórzano G, et al. Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente. 2014. Madrid, España.(21)
5-Mar	Eating disorders (Mesh Terms) AND psicoeducation AND family therapy AND	15 years	230	2	Márquez, S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. 2008. León, España. (55)
6-Mar	Eating disorders (Mesh Terms) AND family therapy AND adolescents OR adults	15 years	873	1	Méndez JP, Vázquez VV, García GE. Los trastornos de la conducta alimentaria.Vol.65, diciembre 2008. México.(56)
6-Mar	Eating disorders (Mesh Terms) AND anorexia OR bulimia AND family therapy AND adolescents NOT adults NOT childs	15 years	12	2	
				<b>TOTAL</b>	6

## **Desarrollo.**

### **Cuidados de enfermería en los TCA. Incidencia de la terapia familiar psicoeducativa en el ambiente familiar.**

Varias fuentes bibliográficas indican que la terapia familiar provoca mejoras en la recuperación de los adolescentes con TCA ocasionando un aumento de peso llegando al promedio del peso ideal, una regulación de la menstruación en mujeres adolescentes, y una mayor alianza y motivación en el tratamiento. También ocasionan una reducción de la sobrecarga, del nivel de angustia, culpa y vergüenza y una reducción de la psicopatología residual consiguiendo así mejoría en la clínica, en la sociedad y en la familia, así como económico ya que ahorra en el coste de los servicios debido a la integración de la terapia familiar en el sistema asistencial (18,19,22,37,39,40,41,44,46,48,49,51,53,56).

En una investigación realizada en Granada y Madrid en 2011 y 2013, se concluye que las terapias psicoeducativas en familiares de pacientes con TCA logran que los familiares aprendan habilidades para resolver problemas, reduciendo así los niveles de ansiedad y de emoción así como la patología alimentaria de los pacientes y habilidades de comunicación (17,20).

Según Rosa Calvo Sagardoy, Luis Tomás Gallego y Abelardo García en Madrid en el año 2012, se concluye que los padres deben conocer que el/la paciente está aterrada de su propio poder y que cuando los padres asumen su responsabilidad y se atreven a limitarla, le alivian de su gran ansiedad y pueden así iniciar su recuperación (16).

Estudios realizados en 2003 y 2009 en Nueva York y Valencia respectivamente, se concluye que la opinión de los padres debe considerarse al evaluar la calidad de un programa de tratamiento para adolescentes con TCA, teniendo los padres

suficiente información sobre el problema y su tratamiento ya que las actitudes parenterales son esenciales en el cumplimiento y continuidad del tratamiento y por tanto, los padres influyen en el trastorno de su hijo, especialmente si estos pacientes son adolescentes ya que viven en casa e interactúan con ellos (45,47).

Según los autores Rosa Calvo Sagardoy, Luis Tomas Gallego y Abelardo García en un estudio en 2014, consideran que es necesario incluir los aspectos emocionales como parte esencial de los programas de tratamiento y prevención de los TCA. Teniendo en cuenta que los TCA no solo están relacionados con el deseo de delgadez, sino que surgen en personas que desconocen la importancia de reconocer y expresar sus emociones y que tal reconocimiento produce un efecto saludable sobre la salud física y psíquica disminuyendo la culpa de los pacientes e incrementando su esperanza. Así que para que se realicen tratamientos con garantías de éxito, es importante transmitir esta información a los familiares de los pacientes, a la población general y a los profesionales de salud mental (21).

Según Sara Márquez en su estudio del año 2008 concluye diciendo que una vez identificado el TCA, debe iniciarse la terapia y el tratamiento específico, los cuales requerirán un abordaje multidisciplinar en la que se incluye la participación de médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeras y la familia. La relación de confianza entre el paciente y los profesionales que lo traten garantizaran el éxito del tratamiento, recomendándose que la participación de la familia sea mayor cuanto menor edad tengan los pacientes con TCA (55).

### **Cuidados de enfermería en los TCA. Incidencia de la terapia familiar psicoeducativa en la adherencia al tratamiento.**

Varias fuentes bibliográficas indican que la intervención profesional, y entre ella, la terapia familiar, provoca un progreso en la salud de los pacientes con TCA provocando una adaptación de estrategias y comportamientos en las comidas

mas sanas, creando así una mayor adherencia al tratamiento y ocasionando una reducción de conductas purgativas en adolescentes (18,19,44,45).

Según Elena Gutiérrez Álvarez, Ana R Sepulveda, Dimitra Anastasiadou y Melissa Parks en su estudio en 2013, indican que los familiares pueden actuar como agentes que ayuden a los profesionales a favorecer cambios en los pensamientos de los adolescentes con TCA ya que éstos consideran que no tienen un problema y se resisten a la evaluación y tratamiento. Por tanto, puede servir para mejorar la adherencia al tratamiento (17).

En un estudio realizado por Viviana Loria Kohen, C Gómez, T Lourenço, A Pérez, R Castillo, M Villarino et al. en 2009, se concluye que los pacientes mejoraron la cantidad de comidas realizadas por día, así como el número de platos por comida y tiempo dedicado a comer, mejorando así su adherencia en el tratamiento, lo cual indica una mejora de su patrón alimentario otorgando una herramienta fundamental para alcanzar una dieta saludable, equilibrada y al mismo tiempo les acerca a una mayor reinserción social y un mayor lazo familiar (54).

Según R. Calvo Sagardoy, Luis Tomas Gallego y Abelardo García en su estudio en 2012 concluye que el punto de inflexión a la mejoría se produce cuando el/la paciente decide por si mismo/a que quiere salir del trastorno, a partir de aquí, la lucha y conflictos con el equipo y sus respectivas familias desaparecen formando así un nexo de unión para conseguir dicho objetivo potenciando así la adherencia en el tratamiento (16).

En una investigación realizada en España en el año 2011 por Mónica Leila Portela de Santana, Hugo da Costa Riveiro, Marisol Mora Giral y Rosa María Raich se concluye que para desarrollar estrategias de prevención y adherencia al tratamiento de los TCA en adolescentes es necesario establecer los factores (entre ellos, la terapia familiar) que permitan la formulación adecuada de modelos explicativos que incluyan la comprensión de las interacciones de los mismos (14).

En 2009 una investigación realizada por Luis Rojo, María Barberá, Javier Plumed, MC Sangesa y Lorenzo Livianos se concluye la importancia de la alianza terapéutica en la evolución favorable de los pacientes que sufren de trastorno del comportamiento alimentario. Por tanto, puede servir para mejorar la adherencia al tratamiento (47).

Según los autores Esteban Kuten y Augusto Granel en su estudio de 2007 consideran que el uso de fluoxetina en dosis de 20 a 60 mg/día en pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo tiene beneficios para el mantenimiento del peso corporal en una etapa de mantenimiento, que junto con la terapia familiar favorecen una mayor adherencia en el tratamiento (53).

Varias fuentes bibliográficas indican que la terapia cognitiva conductual es muy útil en la gestión de aumentar de peso y prevenir los atracones y purgas, y por tanto favorece la adherencia al tratamiento. Una intervención temprana ayuda a los niños y adolescentes a mejorar su vida diaria y llevar una vida sana, considera que el tratamiento de los trastornos de la alimentación se basa en un enfoque multimodal y los pacientes deben ser tratados por un equipo multidisciplinario (40,45,46,50,52).

### **Cuidados de enfermería en los TCA. Incidencia de la terapia familiar psicoeducativa en la reducción de recaídas.**

Según Aranzazu González, Michael R Khon y Simon D Clarke, en su estudio del año 2007 consideran que las recaídas son previsibles y aún más en momentos de tensión creciente en la vida de los adolescentes por lo que los profesionales de atención primaria siguen participando con los adolescentes y sus familias después de la recuperación (18).

Varias fuentes bibliográficas indican que la fluoxetina mejora el estado de ánimo de los pacientes con TCA y por consiguiente, los síntomas de la anorexia y

previene recaídas. En estas fuentes se refiere que la formación de los familiares en el conocimiento de la patología y tratamiento adecuado, mejora su cumplimiento y por tanto las recaídas (19,45,46,50,56).

En una investigación realizada en España en el 2009 por Viviana Loria Kohen, C Gómez, T Lourenço, A Pérez, R Castillo, M Villarino et al. se concluye que la educación nutricional en familiares y pacientes provoca un incremento significativo en las kilocalorías consumidas tanto en anorexia nerviosa restrictiva y purgativa, una mejor distribución porcentual de nutrientes, lográndose un aumento en la ingesta de hidratos de carbono y un incremento en el aporte de algunas vitaminas, reduciéndose así el número de recaídas (54).

En el año 2011, los autores Luis Rojo Moreno, Javier Plumed Domingo, Llanos Conesa Burget, Francisco Vaz Leal, Marina Díaz Marsá, Luis Rojo Bofill et al. Indican que en la desnutrición, se encuentra incrementada la liberación dopaminérgica, por tanto, los procesos de extinción de comportamientos son más difíciles, siendo más fácil la recaída debido al incremento de las adicciones a sustancias y adicciones comportamentales (51).

Según Esteban Kuten y Augusto Granel en su artículo de 2007, indican que los ansiolíticos y los antidepresivos pueden ser una forma complementaria al trastorno. Los ansiolíticos en la anorexia nerviosa pueden ser usados en intentos suicidas, mientras que los antidepresivos (los inhibidores de la recaptación de serotonina), en bulimia reduce la frecuencia de episodios de ingesta-purga, siendo contraindicado el bupropión por inducción a convulsiones. Por tanto, puede servir para mejorar la adherencia al tratamiento y reducir las recaídas (53).

Varias fuentes bibliográficas indican que tras la **terapia familiar** se observaron mejorías en las medidas de ajuste psicosexual, obsesión y humor, una disminución de síntomas de trastornos alimenticios y una disminución en las **recaídas**. Hay que ir despacio en la recuperación para que los pacientes vayan adquiriendo seguridad, incorporen nuevos alimentos, estableciendo horarios estables y logrando así una estabilidad para emprender cambios que impliquen

un mayor compromiso en el proceso de mejoría, además los profesionales ayudarán a los padres potenciando así la autonomía y disminuyendo la culpa (16,41,44).

## **Conclusión.**

La terapia familiar tiene resultados positivos en los adolescentes más jóvenes, es una terapia eficaz y eficiente para producir cambios duraderos en los adolescentes con TCA. La terapia grupal familiar es imprescindible para dar el primer paso a la recuperación de pacientes con TCA, una buena relación de confianza entre pacientes y profesionales junto con la participación familiar garantizan el éxito del tratamiento provocando mejorías en la ganancia de peso, y favoreciendo una alianza y una mayor motivación en el tratamiento, consiguen además una disminución de la carga que tienen las familias.

La terapia familiar psicoeducativa provoca un progreso en la salud de los pacientes con TCA que junto con la intervención de profesionales favorecen cambios en el comportamiento de los adolescentes con estos trastornos, creando así una mayor adherencia tanto en el tratamiento farmacológico como en las terapias psicoeducativas. Esto último provoca una mayor adaptación de estrategias y ocasiona una reducción de las conductas purgativas en los adolescentes, un aumento en el tiempo dedicado a las comidas y un mayor apetito en ellas.

La terapia familiar psicoeducativa junto con la intervención de los profesionales es imprescindible para conseguir una disminución en las recaídas. Una correcta educación nutricional en los familiares y pacientes provoca un incremento significativo en las ingestas lográndose un aumento de alimentos ricos en hidratos de carbono y vitaminas, favoreciendo un correcto cumplimiento y disminuyendo recaídas. Estas son previsibles siendo especialmente vulnerables en los momentos de tensión creciente en la vida de los adolescentes con estos trastornos, por lo que una adecuada información y preparación de los familiares es vital para que esto no ocurra.

Tras lo expuesto y partiendo de que los familiares son parte de la solución y no del problema, la intervención familiar potencia, sin duda, el resto de los

abordajes del conjunto terapéutico, favoreciendo el ambiente familiar, aumentando la adherencia, no solo en el tratamiento, sino también en las terapias psicoeducativas, y consiguiendo una reducción en las recaídas y hospitalizaciones a la vez que mejora el funcionamiento familiar, creando un mejor clima terapéutico. Por tanto se concluye que la terapia familiar psicoeducativa es eficaz en los pacientes con TCA.

Finalizo mi trabajo fin de grado con una frase del **Dr Ian Fallon**, que resume con creces todo lo hablado anteriormente:

**“Un buen ambiente familiar puede ser el factor principal en la estabilización de la enfermedad y en prevenir serias recaídas” (57).**

## **Bibliografía.**

- (1) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. 2010.
- (2) Jané-Lopis A, Anderson P. Mental health Promotion and Mental Disorder Prevention: A policy for Europe. Nijmegen, 2005.
- (3) Vidal R, Adamuz J, Feliu P. relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. Enfermería Global, Octubre 2009;17.
- (4) CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1992.
- (5) Asociaciones Nacionales. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave, 2003.
- (6) American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. 2006. Arlington, Virginia:American Psychiatric Association.
- (7) Schinnar A, Rothbard A, Kanter R, Jung Y. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. Am J Psychiatry 1990;147(12):1602-1608.
- (8) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació d Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
- (9) Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Difusión de la Estrategia

en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y formación a profesionales. Madrid 2014.

(10) Ministerio de Sanidad y Consumo .Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la conducta Alimentaria. 2009.

(11) Asociación contra la anorexia y bulimia. ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?. ACAB; Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Gobierno de La Rioja.

(12) Ortiz Montcada M. Módulo 9; Alimentación y Nutrición. Nutrición; trastornos de la conducta alimentaria. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Universidad de Alicante.

(13) Ministerio De Trabajo Y Asuntos Sociales. Trastornos de la conducta alimentaria y la exposición a los medios de comunicación en chicas adolescentes. Vigo 2005.

(14) Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro H, Mora, M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp.* 2012;27(2):391-401.

(15) Saldaña C. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema* 2001;13(3):381-392.

(16) Calvo R, Gallego LT, García A. Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. *Nutr Hosp.* 2012;27(3):763-770.

(17) Gutiérrez E, Anastasiadou D, Sepúlveda AR, Parks M. Familia y Trastornos del Comportamiento Alimentario: Avances en Evaluación y Diseño e Intervención Psicoeducativa. 2013;4(2): 107-117.

(18) González A, Kohn MR, Clarke SD. Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Phys.* August 2007; 36: 614-9.

(19) López C, Treasure J. Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. Elsevier 2011; 22(1) 85 – 97.

(20) Garrote Rojas D, Palomares Ruiz A. Educación y salud en la adolescencia: los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, Nº 26, 2011, (55-70).

(21) Calvo R, Gallego LT, Solórzano G, Kassem S, Morales C, Codesal R, et al. Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente. *Nutr Hosp.* 2014;29(4):941-952.

(22) Fisher C, Hetrick S, Rushford N. Terapia familiar para la anorexia nerviosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010.

(23) Zehr JL, Culbert KM, Sisk CL, Klump KL. An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Hormones and Behavior* 2007; 52 (4): 427-35.

(24) Calderón C, Forns M, Varea V. Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr Hosp* 2010; 25 (4): 641-647.

(25) Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. Programa de trastornos mentales graves. Servicio Extremeño de Salud; 2007.

(26) Montón C, García J, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández MC et al. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria. *Elsevier* 2012;44(1):52-56

(27) DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Mason. Barcelona 2002.

(28) Ministerio de Calidad y Consumo. Trastornos de la conducta alimentaria. Madrid, 2000.

(29) Jáuregui I. Cronicidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2009; (10): 1086-1100.

(30) Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorehead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª de. Madrid: Elsevier; 2007.

(31) Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. Boston (MA) 2003.

(32) McCloskey JC, Bulechek GM. Nursing Interventions Classification (NIC) 1995.

(33) Ibañez D. Salud Mental. Universidad de La Rioja, España 2013.

(34) Ruiz R, Marino I, Santolalla I. Unidad de trastornos alimentarios. Principios terapéuticos. Dossier de intervenciones individuales y grupales. Gobierno de La Rioja, Logroño 2008.

(35) Santolalla I. Psicología II. Tema 10: Habilidades sociales; la comunicación interpersonal en la relación enfermera/paciente. Escuela Universitaria de Enfermería, Logroño, España 2012.

(36) Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. Información para personas con TMG y sus familias. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Madrid, España.

(37) Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy?. *Behav Res Ther* 2013; 51: R9-R12.

(38) Mínguez Arias J. La enfermera comunitaria. Historia de la reforma sanitaria en La Rioja (1984-2006). Logroño: IER; 2013.

(39) Le Grange D, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for Eating Disorders Position Paper: The Role of the Family in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. Chicago (IL) July 2009.

(40) Wilfley DE, Kolko RP, Kass AE. Cognitive Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorders in Children and Adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2011.

(41) Hollesen A, Clausen L, Rokkedal K. Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: a pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *Journal of Family Therapy* 2013;35:53–67.

(42) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 2001 (22.ªed.). Madrid, España.

(43) Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Osakidetza* 2011;19(1):1-6.

(44) Rutherford L, Couturier J. A Review of Psychotherapeutic Interventions for Children and Adolescents with Eating Disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007.

(45) Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J, et al. Eating disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine. *J. Adolesc. Health* 2003; 33:496-503.

(46) Halmi KA. The multimodal treatment of eating disorders. *World Psychiatr* 2005.

(47) Rojo L, Barberá M, Plumed J, Sangüesa MC, Livianos L. Hospitalization due to eating behaviour disorders. Patient and family satisfaction. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37(5):267-275.

(48) Le Grange D, Eisler I. Family Interventions in Adolescent Anorexia Nervosa. *Int J Eat disord.* 2008.

(49) Jauregui I. Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastorno de la conducta alimentaria* 2005; 2:158-198.

(50) Saldaña C. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema* 2001;13(3):381-392.

(51) Rojo L, Plumed J, Conesa LI, Vaz F, Díaz M, Rojo-Bofill L et al. Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Rev Psiquiatr Salud Ment, (Barc.)*. 2012; 5(3):197-204.

(52) .Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, Ben-Tovim D, Yong PY. Psicoterapia individual en el tratamiento ambulatorio de adultos con anorexia nerviosa (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

(53) Kuten E, Granel A. Tratamiento de los pacientes con trastornos alimentarios. *Evid. Actual. Práct. Ambul* 2007;10(3):81-84.

(54) Loria V, Gómez C, Lourenço T, Pérez A, Castillo R, Villarino M, et al. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr Hosp* 2009;24(5):558-567.

(55) Márquez S.. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutr Hosp* 2008;23(3): 183-190.

(56) Méndez JP, Vázquez VV, García GE. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2008;65:579-592.

(57) Fallon I. Schizophrenia: youth's greatest disabler, the schizophrenia society, Edmonton, Canadá 2002.

## **Agradecimientos.**

En primer lugar, quiero agradecer a la Escuela Universitaria de Enfermería "Antonio Coello Cuadrado" por su completa implicación en mi formación, su capacidad de adaptación al nuevo plan de estudio, y por consiguiente el apoyo para el desempeño del presente trabajo.

Mi agradecimiento también a la Dirección del Servicio Riojano de Salud por su apoyo institucional, al igual que a todos y cada uno de los enfermeros y facultativos médicos del área de Salud Mental, en especial a Isabel Marino, enfermera especialista en salud mental que han apoyado el estudio y han estado dispuestos a ayudarme, contribuyendo con reseñables sugerencias, valiosa información y proporcionándome tanto recursos espaciales como materiales.

Agradecimiento especial merece Iván Santolalla Arnedo, supervisor del Hospital General de La Rioja y del Área de Salud Mental, mi tutor y guía, cuya labor de dirección y supervisión sumada a su seriedad científica debidamente matizada de criticidad, me han ayudado gratamente en esta experiencia académica. Su calidad como persona y nivel de dedicación se ha manifestado en su disposición permanente para escuchar y solucionar mis problemas y dudas, por su interés y apoyo incondicional, valores sin los cuales el resultado final no hubiera sido el mismo.

Y por supuesto a mis padres, defensores a ultranza de la utilidad y significado de la formación académica, por su enorme paciencia y constante apoyo físico, psíquico y económico, que me ha permitido llegar donde estoy y suscribir mi identidad como persona hoy día.

**"La dificultad no es sino una palabra para  
designar la cantidad de fuerza que es  
necesaria para vencer un obstáculo."**

**(Warren)**

## **Competencias.**

Tras el desempeño y resolución final del presente trabajo, puedo reseñar la adquisición de las siguientes competencias que seguidamente se enumeran:

- Capacidad de análisis y síntesis, manejando habilidades cognoscitivas de orden superior.

- Habilidades de gestión de la información, tales como identificar y acceder a bases de datos y fuentes documentales útiles para la formación e investigación relacionadas con ciencias sanitarias, así como la habilidad de recuperación, análisis e interpretación de información procedente de distintas fuentes.

- Capacidad de exponer, argumentar y desarrollar razonamientos críticos y autocríticos en base a los conocimientos adquiridos.

- Habilidades interpersonales, aplicando los principios básicos de la comunicación y sus principales canales.

- Habilidad para trabajar de manera autónoma, razonando y argumentando las decisiones de manera asertiva.

- Diseño y gestión de proyectos.

## **Anexos.**

### **Anexo 1: Criterios DSM IV para el diagnóstico de Anorexia nerviosa (F50.0)**

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. ( Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente al uso de atracones o a purgas (p ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

## Anexo 2: **Criterios DSM IV para el diagnóstico de Bulimia nerviosa (F50.2)**

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (ej. en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (ej. Sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos y el ayuno o ejercicio excesivo.

3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

**Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

**Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

## **Indice.**

RESUMEN.....	p. 2-3
INTRODUCCIÓN.....	p. 4-21
JUSTIFICACIÓN.....	p. 22
OBJETIVOS.....	p. 22
METODOLOGIA.....	p. 23-31
DESARROLLO.....	p. 32-37
CONCLUSIÓN.....	p. 38-39
BIBLIOGRAFÍA.....	p. 40-46
AGRADECIMIENTOS.....	p. 47
COMPETENCIAS.....	p. 48
ANEXOS.....	p. 49-51