



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población  
adolescente: Anorexia.

Autor/es

Carla Sarabia Mayoral

Director/es

Verónica Marcelina Iriarte Moreda

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2021-22



***Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población adolescente: Anorexia.,***  
de Carla Sarabia Mayoral

(publicada 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.

© El autor, 2022

© Universidad de La Rioja, 2022

[publicaciones.unirioja.es](http://publicaciones.unirioja.es)

E-mail: [publicaciones@unirioja.es](mailto:publicaciones@unirioja.es)

**Universidad de La Rioja**

**Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales**

**Grado en Enfermería**

**Trabajo Fin de Grado**

**Trastornos de la Conducta Alimentaria en la  
población adolescente: Anorexia.**

**Autora: Carla Sarabia Mayoral**

**Tutora: Verónica Marcelina Iriarte Moreda**

**Logroño, 10 de mayo de 2022**



**UNIVERSIDAD  
DE LA RIOJA**

**ÍNDICE**

<b>ÍNDICE.....</b>	<b>1</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....</b>	<b>4</b>
<b>GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS (ORDEN ALFABÉTICO) .</b>	<b>5</b>
<b>1. RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>TITLE:.....</b>	<b>7</b>
<b>1. ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
PALABRAS CLAVE .....	7
<b>2. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
2.1. ¿QUÉ SON LOS TCA? .....	8
2.2. ANÁLISIS HISTÓRICO .....	9
2.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	10
2.4. DESCRIPCIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE LOS DISTINTOS TRASTORNOS.....	11
2.5. ETIOPATOGENIA .....	13
2.6. CLÍNICA .....	14
2.7. DIAGNÓSTICO .....	15
2.8. CONSECUENCIAS, COMORBILIDADES Y PRONÓSTICO.....	16
2.8.1. <i>COMPLICACIONES</i> .....	16
2.9. INSTRUMENTOS PARA EL CRIBADO Y LA EVALUACIÓN. ....	17
2.10. TRATAMIENTO .....	19
<b>3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>20</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>21</b>
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	21
4.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>5. METODOLOGÍA.....</b>	<b>22</b>
5.1. TIPO DE ESTUDIO: .....	22

5.2.	PREGUNTA PICO:.....	22
5.3.	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:.....	23
5.3.1.	<i>Términos DESH y MESH:</i> .....	23
5.3.2.	<i>Booleanos y truncamientos:</i> .....	23
5.3.3.	<i>Criterios de inclusión y exclusión:</i> .....	23
5.3.4.	<i>Bases de datos:</i> .....	24
5.4.	LOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS:.....	29
5.4.1.	<i>Evaluación de la calidad de los artículos:</i> .....	29
5.4.2.	<i>Cronograma:</i> .....	29
5.4.3.	<i>Limitaciones:</i> .....	30
5.5.	ANÁLISIS DE PARECIDOS Y DIFERENCIAS CON OTROS ARTÍCULOS: 30	
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
6.1.	IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ADOLESCENTE CON ANOREXIA NERVIOSA. ....	35
6.2.	DISTINGUIR LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EFICACES EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA. ....	37
6.2.1	<i>Técnicas motivacionales.....</i>	37
6.2.2.	<i>Técnica de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC).....</i>	38
6.2.3.	<i>Técnicas de Psicoeducación.....</i>	39
6.2.4.	<i>Autorregistros.....</i>	39
6.2.5.	<i>Otras técnicas.....</i>	39
6.3.	EVALUAR LOS FACTORES QUE AFECTAN AL TRATAMIENTO INDIVIDUAL Y A LA RECUPERACIÓN DE LOS ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA. ....	41
6.4.	REVISAR EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR. ....	43
6.4.1.	<i>Técnicas de terapia familiar.....</i>	44
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>8.</b>	<b>FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES PRÁCTICAS.....</b>	<b>48</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>49</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>
	ANEXO I: DIAGRAMA DE GANTT (CRONOGRAMA). ....	52

ANEXO II: EJEMPLO DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO INTEGRADOR .....	53
--	----

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1: Complicaciones de la AN.</b> Fuente: elaboración propia basada en el libro “Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón” de Dra. M <sup>a</sup> Eulalia Lorán Meler y Dr. Luis Sánchez Planell. Amat editorial. El médico en casa. 2013 (2) 16	
<b>Tabla 2: Escalas para cribado de AN.</b> Fuente: elaboración propia basada en artículos de escalas de valoración de TCA de la Revista de Ciencias Biomédicas, la Editorial Academia Española y el Instituto de Ciencias de la Conducta. (11–13)	18
<b>Tabla 3: Pregunta en formato PICO.</b> Fuente: elaboración propia.	22
<b>Tabla 4: Términos DeCS y MeSH empleados en la estrategia de búsqueda.</b> Fuente: elaboración propia.	23
<b>Tabla 5: Estrategia de búsqueda en Dialnet.</b> Fuente: elaboración propia.	25
<b>Tabla 6: Estrategia de búsqueda en Pubmed.</b> Fuente: elaboración propia.	26
<b>Tabla 7: Estrategia de búsqueda en Science Direct.</b> Fuente: elaboración propia.	26
<b>Tabla 8: Estrategia de búsqueda en Google Académico.</b> Fuente: elaboración propia.	27
<b>Tabla 9: Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.</b> Fuente: elaboración propia.	28
<b>Tabla 10: Manuales utilizados en la revisión bibliográfica.</b> Fuente: elaboración propia.	28
<b>Tabla 11: Libros utilizados en la revisión bibliográfica.</b> Fuente: elaboración propia.	28
<b>Tabla 12: Selección final de artículos utilizados para responder a los objetivos del trabajo.</b> Fuente: elaboración propia.	34
<b>Tabla 13: Citas bibliográficas correspondientes a cada uno de los objetivos específicos del trabajo.</b> Fuente: elaboración propia.	34
<b>Tabla 14: Diagrama de Gantt.</b> Fuente: elaboración propia.	52
<b>Tabla 15: Ejemplo de un tratamiento psicológico integrador.</b> Fuente Revista de Casos Clínicos en Salud Mental. 2016. Servicio de Psiquiatría. Hospital clínico universitario de Valencia (16).	55

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1: Prevalencia en mujeres adolescentes en España. Fuente: elaboración propia basada en (2,6).</i>	10
<i>Ilustración 2: Tipos de anorexia. Fuente: elaboración propia basada en (8).</i>	11
<i>Ilustración 3: Jerarquización de la evidencia científica. Fuente: elaboración propia basada en (27).</i>	29
<i>Ilustración 4: Diagrama de flujo PRISMA. Fuente: elaboración propia.</i>	31

## **GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS (ORDEN ALFABÉTICO)**

**AFT:** Terapia Individual centrada en el adolescente

**AN:** Anorexia Nerviosa

**BN:** Bulimia Nerviosa

**CIE -10:** Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición

**TANE:** Trastornos Alimentarios No Especificados

**DSM -5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition —en español, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición

**EAT:** Eating Attitudes Test. Escala.

**EDI:** Eating Disorders Inventory. Escala.

**EE:** Emoción Expresada

**FBT:** Tratamiento Basado en la Familia (FBT)

**IMC:** Índice de Masa Corporal

**MFT:** Terapia Familiar Múltiple (MFT)

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PI:** Psicoterapia Interpersonal

**SCOFF:** Sick Control Outweight Fat Food. Escala.

**TAC:** Terapia Analítica Cognitiva

**TAU:** Tratamiento Habitual (TH -TAU)

**TCA:** Trastornos de Conducta Alimentaria

**TCC:** Terapia Cognitivo Conductual

**TFM:** Terapia Familiar Múltiple

## 1. RESUMEN

**Introducción:** La anorexia nerviosa se define como una desviación de la conducta alimentaria normal causada por la interrelación de varios factores. Se trata de un problema de salud de gran relevancia, con una alta prevalencia en la adolescencia y en el sexo femenino.

**Objetivos:** El objetivo general del trabajo es realizar una revisión bibliográfica para ampliar los conocimientos de los profesionales de enfermería y establecer las pautas de actuación más correctas en el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes.

Los objetivos específicos son: identificar las principales intervenciones enfermeras, distinguir las técnicas terapéuticas eficaces, evaluar los factores que afectan al tratamiento y a la recuperación y revisar el papel de enfermería en la psicoeducación familiar.

**Metodología:** Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con el objetivo de dar respuesta a los interrogantes científicos formulados en la pregunta PICO. Para ello se ha efectuado una búsqueda de información rigurosa en bases de datos como Dialnet, Pubmed y Google Académico.

**Resultados:** En este trabajo se estudia la elección de las diferentes intervenciones en el abordaje del adolescente con anorexia nerviosa, focalizando la importancia de la alianza terapéutica. A su vez, se analizan los beneficios de la intervención enfermera en la educación y terapia familiar.

**Conclusiones:** Los factores considerados más útiles en el tratamiento del adolescente con anorexia nerviosa son la alianza terapéutica, la participación activa y el enfoque holístico e individualizado. El empleo conjunto de técnicas psicológicas ha resultado ser la intervención más eficaz, adquiriendo especial importancia la TCC, la psicoeducación y la terapia familiar.

**TITLE: Eating Disorders in the adolescent population: Anorexia.****1. ABSTRACT**

**Introduction:** Anorexia nervosa is defined as a deviation from normal eating behavior caused by the interrelationship of several factors. It is a health problem of great relevance, with a high prevalence in adolescence and in the female sex.

**Objectives:** The general objective of the work is to carry out a bibliographic review to expand the knowledge of nursing professionals and establish the most correct guidelines for action in the treatment of anorexia nervosa in adolescents.

The specific objectives are: to identify the main nursing interventions, to distinguish effective therapeutic techniques, to assess factors affecting treatment and recovery and to review the role of nursing in family psychoeducation.

**Methodology:** A bibliographic review has been carried out with the aim of answering the scientific questions formulated in the PICO question. To this end, a rigorous search for information has been carried out in databases such as Dialnet, Pubmed and Google Scholar.

**Results:** In this work, the interventions of choice in the approach of the adolescent with anorexia nervosa are studied, focusing on the importance of the therapeutic alliance. In turn, the benefits of nursing intervention in family education and therapy are analyzed.

**Conclusions:** The factors considered most useful in the treatment of adolescents with anorexia nervosa are the therapeutic alliance, the active participation and the holistic and individualized approach. The joint use of psychological techniques has proved to be the most effective intervention, CBT, psychoeducation and family therapy acquire special importance.

**PALABRAS CLAVE**

**Palabras clave:** Anorexia nerviosa, adolescente, enfermera, tratamiento.

**Keywords:** Anorexia nerviosa, adolescent, nurse, treatment.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1.¿QUÉ SON LOS TCA?

Los **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)** son enfermedades mentales graves que conllevan una conducta alterada frente a la ingesta y hábitos alimentarios. Esto lleva a las personas que los padecen a presentar comportamientos que varían desde la falta de ingesta de comida y conductas extremistas de control de peso, hasta comer de una manera no controlada. Es frecuente que los síntomas y conductas de los TCA varíen con el paso del tiempo y personas que al inicio presentaban cuadros de restricción alimentaria, acaben desarrollando atracones y comidas descontroladas, o a la inversa (1).

Según M<sup>a</sup> Eulalia Lorán Meler y Luis Sánchez Planell en su libro “Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón”, se definen los TCA como “todas aquellas enfermedades caracterizadas por una desviación de la conducta alimentaria normal, con relación a unas características emocionales y a unas creencias particulares respecto a la comida y la imagen corporal” (2).

Se sospecha de la presencia de un TCA en personas que presentan una distorsión y preocupación desmedida por su imagen física y peso corporal, una conducta de alimentación alterada basada en creencias particulares patológicas y síntomas de baja autoestima e inseguridad (2,3).

Se trata de un tipo de enfermedades complejas que ponen en riesgo la vida de la persona que las padece en múltiples ocasiones, ya que es la interrelación de factores biológicos, psicológicos y socioculturales la que influye en su desarrollo y por ello la persona se ve afectada en todas estas esferas de su vida (1,3).

Existen dos sistemas actuales de clasificación de enfermedades mentales (CIE-10 y DSM-5), en los cuales se incluye un apartado sobre los TCA, quedando clasificados los trastornos en 3 grupos: Anorexia nerviosa (AN), Bulimia nerviosa (BN) y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE) (2).

## 2.2. ANÁLISIS HISTÓRICO

Los TCA han adquirido una gran relevancia desde finales del siglo XX y comienzos del XXI asociándose a un ensalzamiento de la delgadez y a un desmedido culto al cuerpo, características de la sociedad en la que nos encontramos (4).

Sin embargo, ya en la Edad Media se observaron casos de anorexia, íntimamente relacionada con la religión. La restricción alimentaria representaba una negación de lo material, una forma de perfeccionarse ante dios y los atracones se empezaron a considerar un pecado capital. Posteriormente en el siglo XVII existieron las “santas ayunadoras”, las cuales buscaban insaciablemente la pureza espiritual con penitencias e incluso llegaban a la muerte por trastornos de falta de alimentación. Ya en esa época se utilizaban hierbas como laxantes o para provocar el vómito (4,5).

La primera aparición del término anorexia tuvo lugar en el siglo XVII y fue denominada “consunción nerviosa” por el médico Richard Morton, que la definía como una alteración del sistema nervioso. El término actual de “anorexia nerviosa” fue otorgado posteriormente por Sir William Gull, médico de la reina Victoria, quién la definió como una alteración de componente mental y llegó a convertirse en el mayor experto hasta la época en esta patología. Este término proviene del griego y está compuesto por “an” (prefijo de negación) y “orexis” (apetito). En sus escritos se describen principalmente a mujeres de 16 a 23 años con una clínica como la que conocemos hoy en día y tratamientos centrados en pautas de alimentación saludable y administración de calor en la zona abdominal al comer (4,5).

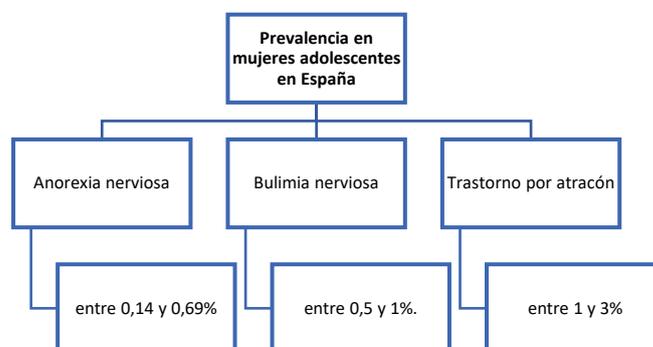
En el siglo XX, se catalogó la anorexia nerviosa como una patología mental y se trataba con tratamientos propios de la psiquiatría de esa época. Y fue en 1979 cuando G.F.M. Russell diferenció la anorexia nerviosa de la bulimia nerviosa y definió esta última como “una siniestra variedad de anorexia nerviosa” (5).

### 2.3.EPIDEMIOLOGÍA

Los TCA afectan a millones de personas en el mundo de cualquier sexo, raza, edad o nivel socioeconómico, aunque frecuentemente se inician en la adolescencia o adultez joven (12 a 24 años) y principalmente en mujeres, en una proporción 10:1 con respecto al sexo masculino. La Organización Mundial de la Salud (OMS) apunta que es un problema de salud que afecta de forma más notoria al sexo femenino e indica que es la tercera enfermedad crónica con más prevalencia entre la población juvenil. Esta edad se considera de alta vulnerabilidad, ya que en ella se producen cambios corporales significativos de la pubertad, asociados a múltiples sentimientos de insatisfacción corporal y a dificultades emocionales que conlleva la propia adolescencia. Rompiendo con los estereotipos marcados, en el caso de los varones, la AN se encuentra muy vinculada al cuidado de la salud y al ejercicio físico (1–3).

Según varios estudios los TCA se desarrollan con más frecuencia en mujeres adolescentes de raza blanca de países occidentales desarrollados e industrializados. Es en estas poblaciones donde resulta 3 o 4 veces mayor la prevalencia que en la población general, debido a la mayor vulnerabilidad ligada a los factores socioculturales como ideales estéticos de delgadez y altos niveles de exigencia y perfeccionismo (2,6).

Se calcula que cerca de un 16% de adolescentes españolas entre 12 y 18 años se encuentra en riesgo de padecer algún tipo de TCA y que una cuarta parte de ellas lo padece. A su vez, una décima parte de ellas presentará un alto riesgo de cronicidad y complicaciones durante su vida, quedando así la anorexia nerviosa como la tercera causa de enfermedad crónica en la época adolescente (2,6).



**Ilustración 1:** Prevalencia en mujeres adolescentes en España. Fuente: elaboración propia basada en (2,6).

Cabe destacar el considerable aumento de la obesidad infantil actual como un factor importante en el futuro desarrollo de un TCA. Estudios recientes han estimado que un 23,5% de los niños en España entre 3 y 5 años padecen obesidad o sobrepeso, lo cual hace pensar en un incremento de casos de TCA en su juventud y edad adulta (2).

## **2.4.DESCRIPCIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE LOS DISTINTOS TRASTORNOS.**

La clasificación actual de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos se encuentra en dos manuales: en el **CIE-10** (Clasificación Internacional de Enfermedades) y en el **DSM-5** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (7,8).

Según la clasificación de la DSM-5 se pueden encontrar diferentes trastornos:

- **Anorexia nerviosa (307.1) (CIE: F50.0)** definida por tres criterios:
  - “Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, el curso del desarrollo y la salud física” (8).
  - “Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo” (8).
  - “Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o de la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual” (8).

La DSM-5 diferencia a su vez dos tipos de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo	Tipo atracón / purga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas”</li> </ul>

***Ilustración 2:** Tipos de anorexia. Fuente: Manual DSM-5 (8).*

- **Bulimia nerviosa (307.51) (CIE: F50.2):** Caracterizada por episodios recurrentes de atracones<sup>1</sup> seguidos de comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso, como la autoinducción del vómito, el abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo (8).
- **Trastorno de atracones (307.51).** Caracterizado por episodios recurrentes de atracones. Se diferencia de la bulimia nerviosa en que estos pacientes no presentan conductas compensatorias asociadas a la ingesta excesiva de alimentos (2,8).
- **Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (307.59).** En este grupo se incluyen los trastornos que presentan síntomas característicos de un TCA pero que no cumplen todos los criterios de ningún tipo de trastorno mencionado anteriormente: anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa o trastorno por atracón de frecuencia baja y/o duración limitada, trastorno por purgas y síndrome de ingestión nocturna de alimentos (8).
- **Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (307.50).**
- **Pica (307.52)**
- **Trastorno de rumiación (307.53)**
- **Trastorno de evitación/restricción de ingestión de alimentos (307.59)**

Otros trastornos de reciente aparición no reflejados en el DSM-V ni CIE-10:

1. **Ortorexia:** Caracterizada por una necesidad patológica de alimentarse únicamente de alimentos que se consideren saludables en su naturaleza y preparación (9).
2. **Vigorexia:** Caracterizada por una preocupación patológica por la musculatura y la ausencia de grasa, lo que conduce a prácticas de ejercicio físico en exceso y alteraciones en la alimentación. También denominada “anorexia inversa” o “dismorfia muscular” (9).
3. **Comedores compulsivos:** Caracterizados por una sensación de pérdida de control que les lleva a comer grandes cantidades de comida a una velocidad más rápida de lo normal hasta saciarse excesivamente, aún sin sentirse hambrientos antes de comenzar la ingesta. Se diferencia de la bulimia porque no implica ninguna conducta compensatoria (9).

---

<sup>1</sup> \* Atracones: “Ingestión en un periodo determinado de una cantidad de alimentos claramente superior a la que ingerirían la mayoría de las personas en las mismas circunstancias o sensación de falta de control sobre lo que se ingiere” (8).

## 2.5. ETIOPATOGENIA

Los TCA se desencadenan debido a la interrelación de factores de naturaleza biológica, psicológica y ambiental. Estos factores que favorecen el desarrollo y mantenimiento de los trastornos se pueden clasificar en distintos grupos(2):

- 1- **Factores predisponentes:** No implican que vaya a desarrollarse con seguridad el TCA, pero facilitan su aparición.
  - Factores biológicos: genética y predisposición fisiológica, género femenino, raza, edad 13-20 años, obesidad y sobrepeso previo (2,10)
  - Factores neuroendocrinos: aumento de la actividad serotoninérgica (relacionada con la rigidez, obsesión y perfeccionismo) y reducción de la actividad noradrenérgica (relacionada con la dieta restrictiva y el bajo peso) (2).
  - Factores psicológicos: introversión, inestabilidad afectiva, perfeccionismo, impulsividad, rigidez de pensamiento, rasgos obsesivos de la personalidad, necesidad de aprobación, exceso de responsabilidad, insatisfacción corporal, baja autoestima, pobreza de expresión emocional y dependencia emocional (2,10).
  - Factores familiares: entorno familiar de sobreprotección y rigidez, dificultades comunicativas, hábitos alimentarios desestructurados, escasez de afecto, patrones estéticos definidos y familiares con adicciones o TCA (2,10).
  - Factores socioculturales: valores estéticos dominantes propios de la cultura occidental, idealización de la delgadez, preocupación desmesurada por el peso, expectativas sociales y la influencia mediática (2,10).
  
- 2- **Factores desencadenantes o precipitantes:** Precipitan el inicio del trastorno.
  - La dieta restrictiva es la conducta más frecuente que lleva al inicio del trastorno. Se suele iniciar a raíz de la insatisfacción corporal o el sobrepeso (2).

- Alteraciones en el funcionamiento cerebral derivadas de la privación alimentaria que tienen como consecuencia la aparición de obsesiones con la alimentación y el ejercicio físico, sobrevaloración de la figura corporal y la dieta, cambios de humor e irritabilidad (2).
- Acontecimientos vitales estresantes: alteraciones de la situación escolar, familiar, de pareja o de salud, experiencias sexuales negativas, pérdidas, críticas sobre el cuerpo (2).

3- **Factores perpetuadores:** Favorecen que el trastorno se vuelva crónico.

Los más relevantes son los factores individuales y familiares sin resolver, la persistencia de influencia sociocultural negativa, las alteraciones psicológicas causadas por la desnutrición y el aislamiento social (2).

## 2.6. CLÍNICA

Los TCA comparten entre sí varias características clínicas y con frecuencia un mismo individuo puede desarrollar distintos síntomas a lo largo de su vida (comenzar con una restricción alimentaria y posteriormente evolucionar hacia una conducta purgativa). Los síntomas clínicos más frecuentes en la AN son (2):

- Pensamiento centrado en un deseo irrefrenable de delgadez unido a un miedo intenso a engordar, que conlleva a un control obsesivo del peso y de la alimentación.
- Distorsión de la percepción de la propia imagen corporal, sin capacidad de reconocer la progresiva delgadez e insatisfacción con el propio cuerpo.
- Alteraciones menstruales que pueden evolucionar hasta la amenorrea, como consecuencia de la gran pérdida de peso, disminución de la ingesta calórica y desnutrición.
- Alteraciones de la termorregulación con tendencia a una disminución de la temperatura corporal.
- Cambios significativos del estado de ánimo, caracterizados por irritabilidad, tristeza, tendencia al aislamiento social, dificultad en la expresión emocional y

desorganización de la vida social y familiar, síntomas depresivos y riesgo de suicidio.

- Insomnio y disminución del deseo sexual. El paciente pierde progresivamente el interés por estos aspectos de su vida, centrándose sólo en la conducta alimentaria y en su peso.
- Síntomas psicológicos ligados a la pérdida de peso: síntomas obsesivos de orden y limpieza, pensamientos intrusivos y repetitivos, disminución del rendimiento intelectual, dificultades en la concentración y empeoramiento de resultados laborales y académicos y mayor vulnerabilidad.
- Negación de la enfermedad, rechazo de ayuda médica y falta de preocupación sobre las consecuencias que pueden derivarse de su situación desnutritiva.
- Algunos signos característicos son: la manipulación excesiva y muy peculiar de los alimentos, el deseo de comer en solitario, la ocultación de comidas y mentiras respecto a lo ingerido, el ritmo lento de las comidas e incluso comportamientos obsesivos en cuanto a todo lo relacionado con la comida(2).

## **2.7.DIAGNÓSTICO**

Los TCA son un tipo de patologías de difícil diagnóstico, por ello, requieren un conjunto de métodos evaluativos para determinar la presencia del trastorno. El diagnóstico de TCA se obtiene gracias a la suma de entrevistas semiestructuradas, la entrevista clínica, la exploración física, conductual y psicopatológica y el resto de exploraciones complementarias como test o cuestionarios. Gracias a ellas se pueden percibir las alteraciones cognitivas, somáticas, conductuales y emocionales que cumplen los criterios diagnósticos determinados por el DSM-5 e indican el desarrollo de la patología (11,12).

La gravedad de los trastornos está indicada a su vez en el DSM-5. En cuanto a la anorexia se establecen cuatro grados de gravedad en función del IMC (Índice de Masa Corporal) del individuo: leve (IMC 18,5 – 17 kg/m<sup>2</sup>), moderado (IMC 16–16,99 kg/m<sup>2</sup>), grave (IMC 15–15,99 kg/m<sup>2</sup>) y extremo (IMC < 15 kg/m<sup>2</sup>) (8).

## 2.8. CONSECUENCIAS, COMORBILIDADES Y PRONÓSTICO

Los TCA son extremadamente peligrosos debido a la vulnerabilidad de la época adolescente en la que se suelen desarrollar. Las complicaciones de los TCA guardan relación con el inicio, duración, severidad y número de episodios y pueden afectar a todos los órganos del cuerpo (Tabla 1) (6).

Las personas que padecen TCA presentan altas tasas de mortalidad, siendo la tasa estandarizada para la AN del 5,86%, 1,93% para BN y 1,92% para los TCANE (6).

En cuanto a la recuperación, en pacientes con AN se estima que un 50% se recupera totalmente, un 30% mejora con el curso de la enfermedad y un 20% tiende a la cronicidad. Un diagnóstico y tratamiento tempranos aumenta considerablemente las posibilidades de recuperación. En general los mejores pronósticos se asocian a pacientes más jóvenes con un primer ingreso largo. Por el contrario, los peores pronósticos se observan en mujeres que ya padecían otras enfermedades somáticas o psiquiátricas asociadas (2,6).

### 2.8.1. COMPLICACIONES

ANOREXIA NERVIOSA	
<b>CARDIOVASCULARES</b>	Bradycardia, hipotensión arterial, arritmias cardíacas, acrocianosis.
<b>GASTROINTESTINALES</b>	Enlentecimiento del vaciado gástrico, estreñimiento, elevación de enzimas hepáticas.
<b>RENALES</b>	Disminución del filtrado glomerular, edemas, litiasis renal.
<b>HEMATOLÓGICAS</b>	Anemia, leucopenia, trombocitopenia, hipoplasia medular, degeneración gelatinosa.
<b>ENDOCRINOMETABÓLICAS</b>	Ovarios poliquísticos, amenorrea, alteración de la termorregulación, disfunción tiroidea, aumento del colesterol, descenso de la glucemia y las proteínas, incremento del cortisol, osteopenia, osteoporosis.
<b>OTRAS</b>	Deshidratación, lanugo, alteraciones electrolíticas, hipopotasemia, pérdida de cabello, calambres musculares, debilidad generalizada.

*Tabla 1: Complicaciones de la AN. Fuente: elaboración propia basada en el libro “Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón” de Dra. M<sup>a</sup> Eulalia Lorán Meler y Dr. Luis Sánchez Planell. Amat editorial. El médico en casa. 2013 (2)*

## **2.9. INSTRUMENTOS PARA EL CRIBADO Y LA EVALUACIÓN.**

Las escalas son herramientas que sirven para valorar la presencia de conductas de riesgo de TCA, identificar los síntomas e iniciar acciones de modo preventivo. Tienen gran utilidad en las consultas de atención primaria, poniendo especial hincapié en aquellos jóvenes que presenten un índice de masa corporal inferior a lo establecido según su edad y talla, mujeres con amenorrea, adolescentes con una obsesiva preocupación sobre su peso y adolescentes que presenten antecedentes de episodios de vómitos autoinducidos. Resulta fundamental que los profesionales sanitarios dispongan de estas escalas y se interesen en la identificación de conductas de riesgo para así poder concienciar y promover la salud, a la vez que prevenir la evolución de los trastornos gracias a una detección y tratamiento precoces (11,12).

En la actualidad existen una gran cantidad de escalas de evaluación, pero las que se aplican con más frecuencia en atención primaria para evaluar la AN son: SCOFF, EAT y EDI, (Tabla 2) (11,12).

Como se ha mencionado anteriormente, estas escalas no son adecuadas para confirmar un diagnóstico de TCA por sí solas. Se requiere un conjunto de métodos evaluativos para poder determinar la presencia del trastorno. Si tras el interrogatorio clínico general se sospecha de TCA, se deben utilizar las escalas EAT o SCOFF. Un resultado positivo en estas escalas determinaría la posible presencia de TCA y se procederá al seguimiento del paciente por personal sanitario especializado para poder afirmar o descartar el diagnóstico de TCA (11,12).

Cuestionario	Características	Rango de puntuación	Puntuación de riesgo TCA	Subgrupos de preguntas
<b>SCOFF (Sick Control Outweight Fat Food)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 ítems.</li> <li>- Últimos 3 meses.</li> <li>- Respuesta dicotómica.</li> <li>- Autoadministrada.</li> </ul>	De 0 a 5 puntos. Más puntuación indica más riesgo.	De 2 o mayor.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Pérdida de control sobre la ingesta</li> <li>2- Purgas</li> <li>3- Insatisfacción corporal</li> <li>4- Dependencia de la comida</li> <li>5- Pérdida de peso</li> </ol>
<b>EAT-40 (Eating Attitudes Test)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 40 ítems.</li> <li>- Respuesta de siempre a nunca.</li> <li>- Escala de 6 puntos tipo Likert.</li> <li>- Autoadministrada.</li> </ul>	De 0 a 120 puntos. Más puntuación indica más riesgo.	De 30 o mayor.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Conductas bulímicas</li> <li>2- Imagen corporal</li> <li>3- Uso de laxantes</li> <li>4- Vómitos</li> <li>5- Restricción alimentaria</li> <li>6- Comer a escondidas</li> <li>7- Presión social percibida</li> </ol>
<b>EAT-26</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificación de EAT-40.</li> <li>- 26 ítems.</li> <li>- Más utilizada.</li> </ul>	De 0 a 78 puntos. Más puntuación indica más riesgo.	De 20 o mayor.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Dieta</li> <li>2- Bulimia</li> <li>3- Preocupación por comer y control oral</li> </ol>
<b>EDI (Eating Disorders Inventora)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 64 ítems.</li> <li>- Escala Likert 6 puntos: siempre a nunca (0 a 5 puntos).</li> <li>- Autoadministrada</li> <li>- Más efectividad que EAT: permite diferenciar AN y BN.</li> </ul>	De 0 a 192 puntos. Más puntuación indica más riesgo.	De 42 o mayor.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Obsesión por la delgadez</li> <li>2- Bulimia</li> <li>3- Insatisfacción corporal</li> <li>4- Ineficacia</li> <li>5- Perfeccionismo</li> <li>6- Desconfianza interpersonal</li> <li>7- Conciencia interoceptiva</li> <li>8- Miedo a la madurez</li> </ol>

**Tabla 2:** Escalas para cribado de AN. Fuente: elaboración propia basada en artículos de escalas de valoración de TCA de la Revista de Ciencias Biomédicas, la Editorial Academia Española y el Instituto de Ciencias de la Conducta.(11–13)

## 2.10. TRATAMIENTO

El tratamiento de los TCA debe ser integral, abarcar la psicoterapia, el tratamiento médico, psiquiátrico y el consejo nutricional. No hay un tratamiento específico, sino que deben ser complementarios y adaptarse a las necesidades y alteraciones de cada individuo.

1. **Psicoterapia:** La psicoterapia tanto individual, grupal y familiar ha resultado muy beneficiosa en pacientes con AN. Gracias a este abordaje el paciente y la familia toman conciencia de la enfermedad y se generan vínculos con otros pacientes que se encuentran en una situación similar. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha resultado ser especialmente efectiva focalizándose en los pensamientos y conductas que mantienen el trastorno. Para que resulte eficaz, es necesaria la aceptación participación del paciente y de los familiares (2,14).
2. **Farmacológico:** El tratamiento farmacológico en individuos con un TCA no incluye solamente medicamentos relacionados con los principales síntomas de la patología, sino también se deben añadir fármacos para tratar la desnutrición y problemas de salud mental y física asociados, como los antidepresivos y las benzodiacepinas (2,15).  
Respecto a la AN los tratamientos que más beneficio han obtenido, a pesar de no estar aprobados, son: la olanzapina que provoca efectos positivos en sueño, ansiedad y aumento de peso, el aripiprazol con efectos positivos sobre rituales de alimentación e ideas rígidas y el dronabinol, que resulta beneficioso para el aumento de peso (2,15).
3. **Rehabilitación nutricional:** El consejo nutricional es fundamental en el tratamiento de estos pacientes para establecer unos hábitos de alimentación saludables y conseguir normalizar el peso (2).
4. **Tratamiento ambulatorio u hospitalización:** Según la gravedad del trastorno, el manejo por el paciente y las complicaciones asociadas se procede a un tratamiento a nivel ambulatorio, a una hospitalización parcial en hospitales de día o a una hospitalización completa en casos de alto riesgo vital(2,15).

### **3. JUSTIFICACIÓN**

La presente revisión bibliográfica tiene como propósito aportar información sobre la anorexia nerviosa en la edad más vulnerable, la adolescencia, debido a la magnitud e importancia de esta enfermedad en la población.

El estudio nace de la necesidad de conocer las principales intervenciones de enfermería en el tratamiento de los adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa, así como de ampliar los conocimientos de estos profesionales para el cuidado y la atención adecuada de las necesidades de este tipo de pacientes.

La dificultad diagnóstica unida al alto grado de morbimortalidad de la patología y a la escasez de protocolos de la actuación de enfermería en cuanto a los cuidados de estos pacientes, han sido los principales motivos para realizar esta revisión sistemática.

El equipo sanitario tiene un papel fundamental en la detección del problema y a la hora de educar a los pacientes y a sus familiares, aumentando su adherencia al tratamiento gracias al establecimiento de una buena alianza terapéutica. Por todo ello, este tema resulta de gran interés para poder brindar unos cuidados óptimos e intentar mejorar la calidad de vida de los adolescentes que padecen esta enfermedad.

## **4. OBJETIVOS**

En el presente trabajo se plantea un objetivo general, el cual es alcanzado mediante el abordaje de múltiples objetivos específicos.

### **4.1.OBJETIVO GENERAL**

Realizar una revisión bibliográfica para ampliar los conocimientos de los profesionales de enfermería y establecer las pautas más correctas de actuación en el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes.

#### **4.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las principales intervenciones de enfermería en el tratamiento del adolescente con anorexia nerviosa.
- Distinguir las distintas terapias y técnicas terapéuticas eficaces en el tratamiento de adolescentes con anorexia nerviosa.
- Evaluar los factores que afectan al tratamiento y a la recuperación de los adolescentes con anorexia nerviosa.
- Revisar el papel de enfermería en la psicoeducación familiar.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1.TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica de artículos basados en la evidencia acerca de los tratamientos de adolescentes diagnosticados de anorexia nerviosa (AN), centrándose concretamente en el papel que desempeña la enfermería en esta patología. Los datos han sido recogidos a través de consultas en distintas plataformas informáticas y diversos manuales, guías y libros.

Con el objetivo de recabar información acerca de las principales intervenciones enfermeras con el paciente y la familia, las diversas terapias utilizadas y los factores influyentes en el tratamiento de la AN, se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Dialnet, Scielo y Google Académico. También se utilizaron manuales como el CIE-10 y el DSM-5 y varios libros para ampliar la información.

### 5.2.PREGUNTA PICO:

Se hace uso de la pregunta PICO para estructurar una pregunta clínica adecuada. Esta pregunta consta de 4 componentes: paciente (P), intervención (I), comparación (C) y resultado (O).

**Pregunta:** ¿Cuáles son los cuidados/intervenciones de enfermería más eficaces en el tratamiento y recuperación de los adolescentes con anorexia nerviosa?

Paciente	Intervención	Comparación	Resultado (Outcome)
Adolescentes con anorexia nerviosa	Cuidados/intervenciones de enfermería en el tratamiento y recuperación.	Adolescentes con anorexia nerviosa que reciben cuidados de enfermería frente a los que no.	Proporcionar los conocimientos e intervenciones eficaces en el tratamiento y cuidado de los adolescentes con anorexia nerviosa a los profesionales de enfermería.

*Tabla 3: Pregunta en formato PICO. Fuente: elaboración propia.*

### 5.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

#### 5.3.1. Términos DESH y MESH:

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se ha hecho uso de términos DeCS (Descriptores en ciencias de la salud) y MeSH (Medical Subject Heading). En la siguiente tabla se muestran los términos aplicados en esta revisión:

DeCS	MeSH
Anorexia nerviosa	Anorexia nerviosa
Trastornos de alimentación	Eating disorders
Enfermera	Nurse
Adolescente	Adolescent
Terapia familiar	Family therapy
Tratamiento	Treatment
Terapia	Therapy
Alianza terapéutica	Therapeutic alliance
Resultado del tratamiento	Treatment outcome

*Tabla 4: Términos DeCS y MeSH empleados en la estrategia de búsqueda. Fuente: elaboración propia.*

#### 5.3.2. Booleanos y truncamientos:

Se han empleado booleanos para establecer la relación entre términos de búsqueda. El booleano AND (Y) se ha utilizado para hallar resultados en los que se encuentren todos los términos de búsqueda ej. Anorexia AND enfermería

Por otro lado, se ha hecho uso del truncamiento “\*”, para encontrar las distintas formas de una palabra ej. Nurs\* o enfermer\*.

#### 5.3.3. Criterios de inclusión y exclusión:

Se han utilizado criterios de inclusión y exclusión a la hora de seleccionar los diferentes artículos.

- **Criterios de inclusión:** Para limitar la búsqueda en las distintas bases de datos y obtener resultados que se adecuasen más al objetivo del estudio se incluyeron los siguientes filtros:
  - Disponibilidad de texto completo.
  - Artículos escritos en inglés y castellano.
  - Artículos publicados en los últimos 10 años.
  - Artículos de libre acceso.
  - Artículos relacionados con los objetivos y el tema planteado.
  
- **Criterios de exclusión:** Se excluyeron todos los artículos que no cumplían los filtros mencionados anteriormente, los artículos de casos controles y los que, a pesar de incluir el tema principal del estudio, no lo abordaban desde la perspectiva enfermera.
  - No disponibilidad de texto completo.
  - Artículos escritos en un idioma diferente al castellano o inglés.
  - Artículos con fecha de publicación mayor a los 10 años.
  - Artículos no relacionados con el tema (a pesar de contener las palabras clave) o de escasa relevancia.
  - Artículos de escaso respaldo bibliográfico.

#### **5.3.4. Bases de datos:**

Con la finalidad de localizar contenido científico sobre el tema a desarrollar, se consultaron diferentes bases de datos.

- **Periodo y términos de búsqueda:** La búsqueda tuvo comienzo el 22 de diciembre de 2021 y se dio por finalizada el 23 de abril de 2022.
- **Artículos encontrados y seleccionados:** La estrategia de búsqueda se puede ver de forma clara y esquemática en las siguientes tablas de elaboración propia.

<b>BASE DE DATOS: DIALNET</b>					
<b>Fecha</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Filtro</b>	<b>Resultados obtenidos</b>	<b>Artículos seleccionados</b>	<b>Número de referencia</b>
<b>22/12/2021 hasta el 26/02/2022</b>	Trastornos comportamiento alimentario	Texto completo 2010-2020 Artículo de libro Ciencias de la salud Español	14	1	(10)
	Escalas AND TCA	Texto completo 2010-2019 Ciencias de la salud, generalidades Español	8	1	(11)
	Cuestionarios AND trastornos alimentarios	Texto completo 2010-2019 Ciencias de la salud, generalidades Español	28	1	(13)
	Anorexia nerviosa	Texto completo 2020-2029 Ciencias de la salud Español	20	1	(14)
<b>26/03/2022 hasta el 23/04/2022</b>	TCA AND terapia psicológica	Texto completo 2010-2019	9	1	(16)
	Anorexia AND terapia cognitivo conductual	Texto completo 2010-2019	9	2	(17,18)
	Enfermería AND anorexia	Texto completo Ciencias de la salud Español	37	1	(19)
	Anorexia AND enfermer* AND familia	Texto completo Ciencias de la salud 2010-2019	4	1	(20)

*Tabla 5: Estrategia de búsqueda en Dialnet. Fuente: elaboración propia.*

BASE DE DATOS: PUBMED						
Fecha	Estrategia de búsqueda	Filtro	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados	Número de referencia	
26/03/2022 hasta el 23/04/2022	Anorexia AND adolescent AND relationship AND nurs*	Texto completo 2015-2022	18	1	(21)	
	Anorexia AND adolescent AND cognitive behaviour therapy	Texto completo 2015-2022	125	1	(22)	
	Anorexia AND adolescent AND change AND outcome	Texto completo 2015-2020	142	1	(23)	
	Anorexia AND adolescent AND treatment AND therapeutic alliance	Texto completo 2015-2020	32	1	(24)	
	Anorexia AND adolescent AND treatment AND family therapy	Texto completo 2015-2022 Ensayo clínico	31	2	(25,26)	

*Tabla 6: Estrategia de búsqueda en Pubmed. Fuente: elaboración propia.*

BASE DE DATOS: SCIENCE DIRECT					
Fecha	Estrategia de búsqueda	Filtro	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados	Número de referencia
15/01/2022	Pharmacological treatment AND eating disorder	Review articles Year 2021 Pharmaceutical Science	160	1	(15)

*Tabla 7: Estrategia de búsqueda en Science Direct. Fuente: elaboración propia.*

<b>BASE DE DATOS: GOOGLE ACADÉMICO</b>					
<b>Fecha</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Filtro</b>	<b>Artículos seleccionados</b>	<b>Artículos utilizados</b>	<b>Número de referencia</b>
<b>22/12/2021 hasta el 26/02/2022</b>	Trastornos conducta alimentaria definición	2010-2020 Castellano Artículos revisión	5	2	(1,3)
	Historia AND trastornos conducta alimentaria	2010-2020 Castellano Artículos revisión	2	1	(4)
	Historia AND anorexia nerviosa	2010-2020 Castellano Artículos revisión	2	1	(5)
	Trastornos de conducta alimentaria AND epidemiología	2010-2020 Castellano Artículos revisión	5	1	(6)
	TCA aparición reciente	2010-2020 Castellano Artículos revisión	2	1	(9)
	Evaluación AND TCA	2010-2020 Artículos revisión	3	1	(12)
	Jerarquía evidencia científica	2010-2020 Artículos revisión	2	1	(27)
<b>5/04/2022</b>	Factors AND treatment AND adolescent AND anorexia	2015-2022 Español	Resultados: 206 Seleccionados: 3	1	(28)

*Tabla 8: Estrategia de búsqueda en Google Académico. Fuente: elaboración propia.*

BASE DE DATOS: COCHRANE LIBRARY					
Fecha	Estrategia de búsqueda	Filtro	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados	Número de referencia
22/03/2022	Anorexia AND treatment	Reviews 2012-2022	17	0	

*Tabla 9: Estrategia de búsqueda en Cochrane Library. Fuente: elaboración propia.*

MANUALES				
Fecha	Manual Diagnóstico	Siglas	Ubicación	Número de referencia
2/02/2022	CIE – 10	Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª edición.	Trastornos mentales y del comportamiento (F01-F99). Trastornos de la conducta alimentaria (F50)	(7)
2/02/2022	DSM – 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª edición.	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos (307.5).	(8)

*Tabla 10: Manuales utilizados en la revisión bibliográfica. Fuente: elaboración propia.*

LIBROS				
Fecha	Título	Autores	Editorial	Número de referencia
11/02/2022	Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón.	Dra. Mª Eulalia Lorán Meler, Dr. Luis Sánchez Planell.	Amat editorial. El médico en casa. 2013	(2)

*Tabla 11: Libros utilizados en la revisión bibliográfica. Fuente: elaboración propia.*

## 5.4. LOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS:

### 5.4.1. Evaluación de la calidad de los artículos:

Con el objetivo de seleccionar dentro de la evidencia científica la mejor disponible, se utiliza la pirámide de la evidencia. En esta pirámide se puede ver representado el nivel de evidencia, desde documentos de menor nivel en la base de la pirámide, hasta el mayor nivel en la punta, los metaanálisis. Centrando el presente estudio principalmente en los metaanálisis y los ensayos clínicos.



*Ilustración 3: Jerarquización de la evidencia científica. Fuente: elaboración propia basada en (27).*

Por otro lado, en cuanto a la realización de las referencias bibliográficas se ha utilizado el programa Mendeley, siguiendo el estilo de referencias Vancouver. Debido a que permite hacer una selección de artículos útiles y una búsqueda de documentos relacionados con el tema a estudio.

### 5.4.2. Cronograma:

La realización de este trabajo se desarrolló desde finales de diciembre de 2021 hasta mayo de 2022. El cronograma se puede ver explicado de forma clara y detallada mediante el Diagrama de Gantt en el **Anexo I**.

### **5.4.3. Limitaciones:**

En un inicio el objetivo principal que se quería abordar con este trabajo era el de realizar una revisión sistemática acerca del papel de enfermería en la prevención y detección de la anorexia nerviosa en adolescentes, además de su función en el tratamiento. Sin embargo, la búsqueda se vio limitada por la escasez de artículos acerca del papel de enfermería en los programas de prevención y detección precoz en este grupo de edad. Por ello, la revisión bibliográfica final se centró exclusivamente en el tratamiento de la anorexia nerviosa.

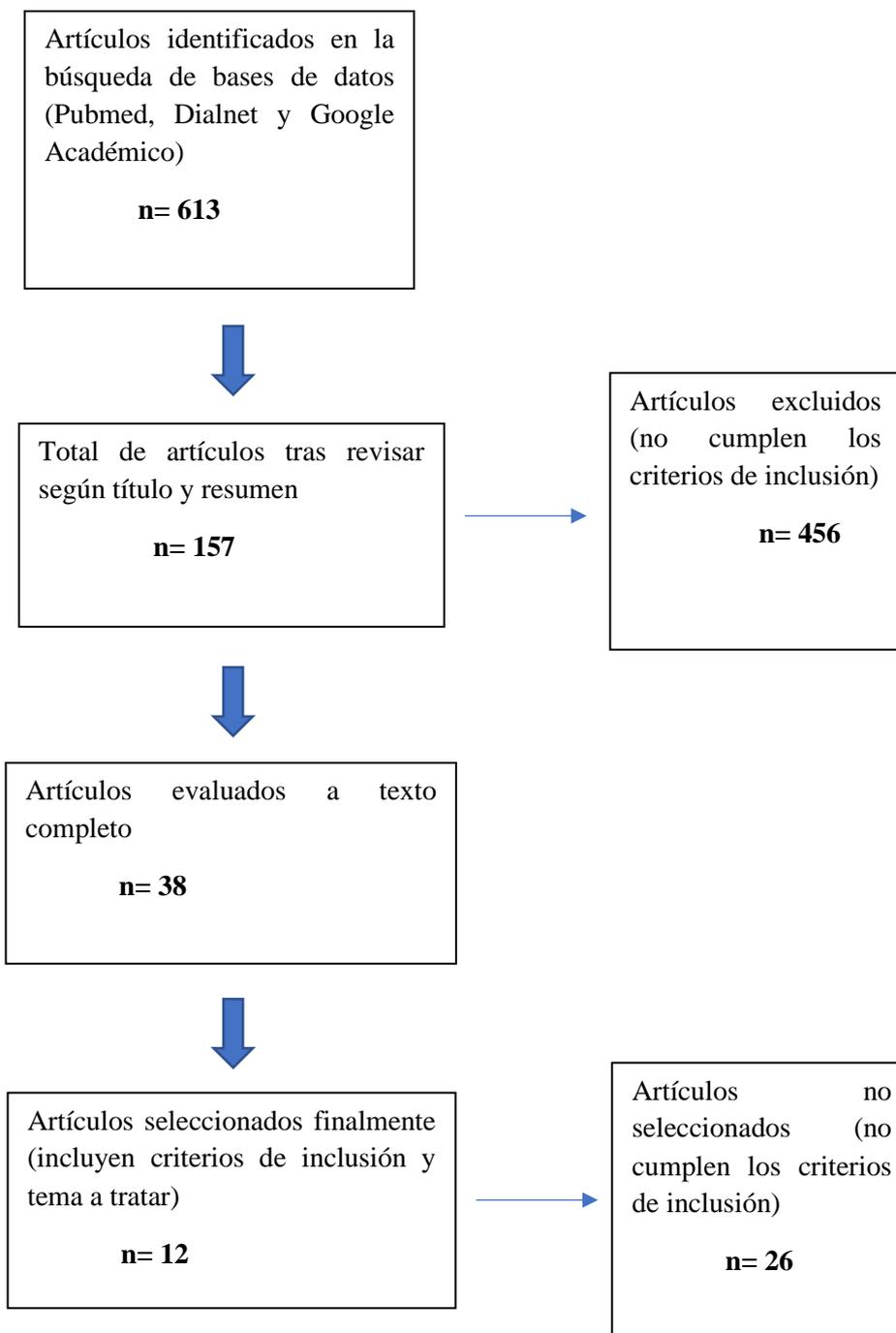
Por último, en lo que respecta a los estudios utilizados para responder a los objetivos del trabajo, la totalidad de ellos se realizaron exclusivamente en adolescentes de sexo femenino, dada la alta prevalencia de esta enfermedad en este grupo de población. Sin embargo, hay constancia de que la anorexia nerviosa también afecta adolescentes masculinos, lo cual evidencia la falta de investigación acerca de los factores y cuidados a aplicar por parte de enfermería en los adolescentes varones con anorexia nerviosa.

### **5.5. ANÁLISIS DE PARECIDOS Y DIFERENCIAS CON OTROS ARTÍCULOS:**

Respecto al análisis de la revisión sistemática que se ha realizado, se ha llevado a cabo una síntesis narrativa de los artículos encontrados analizando sus semejanzas y diferencias. Todo ello para elaborar los resultados y las conclusiones de este trabajo.

## 6. RESULTADOS

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica de artículos acerca del papel de enfermería en el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes, los artículos seleccionados que responden a cada uno de los objetivos específicos y por tanto al objetivo general del trabajo fueron 12.



*Ilustración 4: Diagrama de flujo PRISMA. Fuente: elaboración propia.*

La selección final de artículos utilizados junto con la idea principal que contienen se puede ver reflejada en la siguiente tabla:

Título del artículo	Autores	Año	Ideas principales	Referencia
<b>La necesidad de una intervención psicológica integradora en los trastornos de la conducta alimentaria: a propósito de un caso.</b>	Mara Segura, Regis Vilegas, Paula Placencia y Julio Sanjuan	2016	El estudio trata de demostrar la eficacia de la integración de técnicas psicológicas en el tratamiento de los trastornos alimentarios.	(16)
<b>Intervención psicológica de un Trastorno de Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa.</b>	Begoña Martínez Amores	2018	El artículo expone un procedimiento de intervención psicológica utilizando la terapia cognitivo conductual en adolescentes con anorexia nerviosa.	(17)
<b>Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia.</b>	Ruth A. Castiblanco, Jiemy C. Parra, Laura D. Rey, Laura V. Rodríguez, Yacky K. Sánchez y Paula A. Solano.	2020	El artículo describe los cuidados de enfermería en adolescentes con anorexia nerviosa y analiza su impacto y las consecuencias de no aplicarlos.	(19)
<b>Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática.</b>	Lisa Galsworthy-Francis y Steve Allan	2016	El artículo analiza la eficacia de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes.	(18)
<b>Factors impacting treatment and recovery in Anorexia Nervosa: qualitative findings from an online questionnaire.</b>	Sarah Fogarty y Lucie M. Ramjan	2016	El estudio trata de identificar los factores que benefician o dificultan el tratamiento y la recuperación de los adolescentes con anorexia nerviosa.	(28)

<b>Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research.</b>	Martín Salzmann Erikson y Jeanette Dahlén	2016	El artículo describe los factores que promueven o dificultan la relación de la enfermera y el adolescente con anorexia nerviosa.	(21)
<b>Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa.</b>	Simona Calugi, Riccardo Dalle Grave, Massimiliano Sartirana y Christopher G. Fairburn	2015	El estudio proporciona información acerca de la influencia de la terapia cognitiva conductual en el peso corporal de un adolescente con anorexia nerviosa.	(22)
<b>Motivation to change and perceptions of the admission process with respect to outcome in adolescent anorexia nervosa.</b>	Simona Hillen, Astrid Dempfle, Jochen Seitz, Beate Herpetz-Dahlmann y Katharina Bühren	2015	El artículo quiere dar a conocer la influencia de la disposición al cambio y las percepciones de salud de los adolescentes con anorexia nerviosa, en la eficacia del proceso terapéutico.	(23)
<b>A qualitative analysis of aspects of treatment that adolescents with anorexia identify as helpful.</b>	Shannon Zaitsoff, Rachele Pullmer, Rosanne Menna y Josie Geller	2016	El estudio analiza los aspectos de tratamiento que los adolescentes con anorexia nerviosa identifican como beneficiosos durante el proceso.	(24)
<b>Expressed Emotion, Family Functioning, and Treatment Outcome for Adolescents with Anorexia Nervosa.</b>	Renée D. Rienecke, Erin C. Accurso, James Lock y Daniel Le Grange	2016	El estudio describe la influencia de la familia en el resultado del tratamiento de los adolescentes con anorexia nerviosa.	(25)
<b>Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa.</b>	Jordi Torralbas, Joaquim Puntí, Eloisa Arias, M.Carmen Naranjo, Jezabel Palomino y Ángel Lorenzo	2011	El artículo da a conocer las intervenciones de enfermería con la familia del adolescente con anorexia nerviosa.	(20)

<b>The Effect of Multiple Family Therapy on Weight Gain in Adolescents with Anorexia Nervosa: Pilot Data.</b>	Kevin Gabel, Leora Pinhas, Iván Eisler, Debra Katzman y Margus Heinmaa	2014	El estudio describe los beneficios de la terapia familiar múltiple en la sintomatología y en el peso de los adolescentes con anorexia nerviosa.	(26)
---	--	------	---	------

*Tabla 12: Selección final de artículos utilizados para responder a los objetivos del trabajo. Fuente: elaboración propia.*

Las citas bibliográficas correspondientes a cada uno de los objetivos específicos del trabajo son las siguientes:

<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>
<b>Realizar una revisión bibliográfica acerca del papel de enfermería en el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes.</b>	Identificar las principales intervenciones de enfermería en el tratamiento del adolescente con anorexia nerviosa.	(16–19,21,28)
	Distinguir las distintas terapias y técnicas terapéuticas eficaces en el tratamiento de adolescentes con anorexia nerviosa.	(16–19,22)
	Evaluar los factores que afectan al tratamiento y a la recuperación de los adolescentes con anorexia nerviosa.	(19,21,23,24,28)
	Revisar el papel de enfermería en la psicoeducación familiar.	(16,17,19,20,24–26)

*Tabla 13: Citas bibliográficas correspondientes a cada uno de los objetivos específicos del trabajo. Fuente: elaboración propia.*

## 6.1. IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL ADOLESCENTE CON ANOREXIA NERVIOSA.

La AN es una patología que afecta al individuo que la padece en todas sus esferas: individual, familiar y social. Por ello, las diversas estrategias de tratamiento propuestas por organizaciones a nivel local, nacional e internacional proponen un enfoque terapéutico centrado en el individuo, la familia y la sociedad que lo rodea, proporcionado por el equipo de enfermería (19).

Los principales objetivos del tratamiento en adolescentes con AN a nivel individual son:

- Aumentar la comprensión de su patología.
- Restablecer unos patrones alimentarios y de ejercicio físico adecuados.
- Lograr una recuperación ponderal progresiva.
- Modificar las creencias disfuncionales y reducir la sobrevaloración entorno a la figura, peso y control estricto de la alimentación.
- Promover el fortalecimiento y mejora del autoconcepto.
- Aumentar la motivación y adherencia al tratamiento.
- Reducir la sintomatología ansiosa - depresiva y estabilizar el estado de ánimo.
- Adoptar un buen funcionamiento del paciente a nivel individual, familiar, social y académico.
- Dotar de herramientas y estrategias emocionales para promover la autonomía emocional del paciente y el manejo de situaciones de un modo adaptativo.
- Promover la adquisición de habilidades de resolución de conflictos personales e interpersonales (16,17)

Debido a que en la actualidad no existe ninguna intervención psicológica única que haya demostrado ser eficaz en el tratamiento de adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa, diversos artículos plantean la necesidad de integrar distintas técnicas psicológicas conjuntamente para el tratamiento de estos pacientes. Esto ha promovido la creación de un **tratamiento psicológico integrador** que englobe las terapias cognitivo-conductual, contextual, narrativa y sistémica (16). A su vez, las guías actuales de tratamiento de la AN recomiendan el empleo conjunto de distintas terapias psicológicas

que incluyan la Terapia Analítica Cognitiva (TAC), la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Psicoterapia Interpersonal (PI), la terapia psicodinámica focal y las intervenciones familiares (18).

Los estudios realizados en pacientes tras la aplicación de un tratamiento psicológico integrador, han demostrado una mejoría relevante y duradera en los pacientes tanto a nivel de la psicopatología alimentaria, depresiva y ansiosa, como a nivel social, académico y personal (16). En el **anexo II** se puede ver representado un ejemplo de un tratamiento psicológico integrador de 28 sesiones, en las cuales se pueden ver los objetivos y las técnicas empleadas en cada una de ellas.

Por otro lado, la idoneidad del tratamiento es fundamental para la recuperación del paciente y se considera adecuado cuando presenta un **enfoque individualizado y sin límite de tiempo**. Resulta imprescindible el análisis de cada caso por individual y la posterior aplicación de distintas herramientas terapéuticas adecuadas a las necesidades individuales de cada paciente y por ello diversos artículos coinciden en que no se deben protocolizar los tratamientos sino adaptarlos a cada caso concreto (16,19,28).

Además, el tratamiento por parte de enfermería debe tener un **enfoque holístico** y tratar los **factores subyacentes**, reconociendo a cada paciente como un sujeto único con necesidades específicas, separando a la persona del trastorno y abordando todos los aspectos dietéticos, psicológicos, físicos y sociales del paciente (16,19,28).

Las consecuencias de no recibir una intervención enfermera han demostrado ser muy perjudiciales para los pacientes, ocasionándoles una falta de apoyo, escasez de adherencia al tratamiento, ausencia de control sobre su enfermedad y aumento de morbilidad. Según la evidencia, los factores más influyentes en el abandono del tratamiento son la severidad del trastorno junto con la baja conciencia de la enfermedad y la carencia de motivación (19).

Otro aspecto fundamental para el tratamiento de los adolescentes con AN es la **formación y conocimiento de los profesionales de enfermería** que intervienen en este proceso. Se ha relacionado el conocimiento y la comprensión de la enfermedad por parte de enfermería con la capacidad para identificar, comprender y manejar los sentimientos de los pacientes. Las habilidades de las enfermeras en el manejo de las emociones y en la comprensión del proceso de enfermedad, afectan en los sentimientos de confianza del paciente y en el establecimiento de una buena **relación terapéutica** (21).

La evidencia demuestra que cuando las enfermeras tratan al paciente holísticamente, comprenden su enfermedad con profundidad y le transmiten compromiso; se establece la base de la relación terapéutica y la confianza necesarias para su tratamiento y recuperación (21,28). Múltiples estudios han mencionado la terapia cognitivo conductual y la terapia familiar según el enfoque Maudsley, como las herramientas más eficaces en el tratamiento de adolescentes con anorexia nerviosa (19).

## **6.2.DISTINGUIR LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EFICACES EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA.**

En la actualidad, existen diversas técnicas de tratamiento que han resultado efectivas en los adolescentes diagnosticados con anorexia nerviosa. Se nombran posteriormente las más relevantes según la bibliografía revisada.

### **6.2.1 Técnicas motivacionales**

Diversos estudios han demostrado que la motivación hacia el cambio se encuentra íntimamente relacionada con unos resultados muy beneficiosos y una tasa de abandono del tratamiento menor. El objetivo principal de esta técnica es fomentar la conciencia del problema y aumentar la motivación al cambio de conducta. Para ello se utilizan técnicas básicas como las preguntas abiertas, la escucha reflexiva, la afirmación y el resumen. Las preguntas abiertas potencian la comunicación y permiten que el paciente analice sus problemas; y gracias a la escucha reflexiva se le ayuda a analizar esos problemas y los cambios a ejecutar. A su vez, las técnicas de afirmación y resumen permiten mediante frases de comprensión y comentarios potenciadores, devolver la información proporcionada por el paciente de forma reformulada para propiciar su reflexión acerca de los temas abarcados (16).

Por otra parte, el empleo de ejercicios de proyección y reflexión de futuro, análisis de aspectos positivos o negativos y ejercicios de separación cognitiva de la patología y el individuo, han resultado ser muy eficaces en cuanto al aumento de la motivación hacia el cambio (17).

### **6.2.2. Técnica de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC)**

La TCC ha sido el tratamiento más investigado para la anorexia nerviosa y cuenta con el mayor apoyo empírico para el abordaje psicológico de esta patología. Se caracteriza por ser estructurada, directiva, de duración limitada y de enfoque presente. El objetivo principal de la terapia es la modelación de los pensamientos, tratando de mejorar el autoconcepto y los pensamientos distorsionados sobre la alimentación, figura y peso. Trata de proporcionar herramientas de respuesta a conductas, pensamientos y emociones de manera adecuada, mediante la identificación del pensamiento disfuncional y el cambio en la respuesta. Para ello, se hace uso de técnicas de normalización de conductas alimentarias, reestructuración cognitiva y exposición gradual a situaciones de riesgo (17,18).

Ha demostrado ser eficaz a la hora de tratar diversos factores de la psicopatología alimentaria específica y otros intervinientes en el mantenimiento del trastorno, mejorando la adherencia al tratamiento y disminuyendo el abandono. Los estudios demuestran una mejoría ponderal, una evolución más estable a lo largo del tiempo, una menor tasa de abandono del tratamiento y tasas de recaídas y, por último, una mejoría sobre la sintomatología propia del trastorno (síntomas depresivos, baja autoestima y pensamientos negativos) (16,18).

A su vez, las técnicas conductuales y paradójicas han demostrado buenos resultados en cuanto a la identificación de situaciones estresantes y el manejo de estas, proporcionando técnicas de control de estímulos y respuestas alternativas beneficiosas ante la misma circunstancia. Así mismo, el uso de la reestructuración cognitiva ofrece resultados alentadores en cuanto a la modificación de creencias asociadas a situaciones percibidas por los pacientes como estresantes, gracias a la exposición gradual de estas situaciones y a la posterior dotación de estrategias de manejo emocional y reconducción de la conducta (16).

Cabe destacar que los estudios obtenidos en pacientes con AN tras el tratamiento con TCC ambulatoria, han demostrado un aumento y rapidez de la recuperación ponderal. Se ha establecido la necesidad de un promedio de 15 semanas para restaurar el peso corporal (IMC de 18,5) en adolescentes tratados con TCC ambulatoria, siendo la duración convencional de este tratamiento de 40 semanas. Tras el análisis de estos resultados, se ha destacado la importancia de un diagnóstico precoz y un tratamiento temprano en este grupo de edad, dada su gran capacidad de recuperación ponderal con esta técnica (22).

### **6.2.3. Técnicas de Psicoeducación**

La educación como intervención enfermera en pacientes con AN no solo debe centrarse en los aspectos clínicos de la enfermedad, sino también en las emociones asociadas, relaciones interpersonales, necesidades nutritivas y el resto de las esferas afectadas. El objetivo del tratamiento debe ser, no solamente el aumento del peso y restablecimiento de unos patrones alimentarios adecuados, sino también se debe dotar al paciente de técnicas de afrontamiento de situaciones y manejo de las diversas emociones que pueda experimentar durante el proceso (16). Gracias a la educación y la adquisición por parte del paciente de conciencia sobre su enfermedad, se conseguirá aumentar su sensación de control sobre su salud, su motivación para el cambio y mejorará la adherencia y la adquisición de un papel activo frente a su tratamiento (16,17,19).

### **6.2.4. Autorregistros**

Varios estudios concuerdan en la importancia y utilidad de la autoobservación y los autorregistros diarios por parte del paciente acerca de sus ingestas, ejercicio físico, emociones relacionadas y situaciones desencadenantes. La monitorización de las ingestas, en la cual los pacientes deben incluir la hora, el lugar, los alimentos ingeridos y las emociones experimentadas antes, durante y después de la ingesta; ha demostrado ser de gran utilidad para hacer consciente al paciente de su situación y evolución durante el tratamiento, mejorando la disposición frente al cambio. A su vez, esta herramienta ha permitido al personal de enfermería, valorar el estado del paciente tras la revisión de estos autorregistros y así proporcionarle la psicoeducación más necesaria en su caso particular, ofreciéndole unos patrones de alimentación adecuados (16,17).

### **6.2.5. Otras técnicas**

Las técnicas de exposición gradual también han demostrado ser útiles en el tratamiento de estos pacientes. Principalmente en cuanto a la introducción de alimentos considerados como “prohibidos” para el paciente y, por otro lado, para la exposición a sus zonas corporales más evitadas. Esta técnica se debe realizar de forma paulatina, informando previamente al paciente y siguiendo unas jerarquías de exposición acordadas entre ambas partes (17).

De igual manera, las técnicas de aceptación y compromiso, narrativas y experienciales han demostrado su utilidad en la intervención de aspectos familiares. Principalmente en la mejora comprensiva entre la familia, la eliminación de la culpa y el establecimiento de técnicas de manejo de conductas y emociones adecuadas por parte de la familia y de la propia paciente (16).

Otra de las estrategias propuestas en el tratamiento de los adolescentes con AN, es la aplicación de dispositivos electrónicos como juegos y videos, ya que proporcionan una exposición gradual a la comida, generando así un cambio en la percepción del paciente y aumento de la motivación respecto al cambio y estado de ánimo. Por otra parte, los estudios demuestran resultados positivos en la parte emocional y cognitiva del paciente tras la aplicación de técnicas de musicoterapia (19).

Por todo ello, resulta fundamental a lo largo de la ejecución de cualquiera de las terapias, la consolidación de los logros obtenidos y estrategias consideradas como más útiles para hacer frente a los objetivos. Este planteamiento será muy beneficioso para la prevención de recaídas a lo largo de la vida del paciente, ya que le ayudará a evitar las situaciones y factores de riesgo y en el caso de que surjan, contará con un plan de acción establecido y entrenado para resolverlas (17).

### **6.3. EVALUAR LOS FACTORES QUE AFECTAN AL TRATAMIENTO INDIVIDUAL Y A LA RECUPERACIÓN DE LOS ADOLESCENTES CON ANOREXIA NERVIOSA.**

Hay diversos factores que influyen en el cambio de las conductas alimentarias de los adolescentes, por ello, una gran variedad de artículos concuerda en la importancia de los cuidados de enfermería en el tratamiento de estos pacientes. El profesional de enfermería debe tratar de establecer una relación terapéutica con el paciente basada en aspectos fundamentales como: **empatía, solidaridad, comprensión, motivación, sinceridad, confianza, seguridad, respeto, acuerdo, igualdad, participación, presencia y disponibilidad**. El empleo de estos factores conllevará a una adecuada adherencia terapéutica por parte del paciente y le permitirá compartir sus pensamientos y emociones de forma abierta y sincera. De igual manera, esta intervención enfermera proporcionará un aumento de la autoestima del paciente y una disminución de sentimientos negativos como la ansiedad y la culpa (19,21,28).

Los factores considerados más importantes en el tratamiento y recuperación de los pacientes son: el **apoyo para hacer frente al cambio, ser escuchado y sentirse comprendido, la esperanza y el empoderamiento**. Estos elementos en conjunto han proporcionado un incremento de la motivación y autoestima, un aumento de la comunicación y expresión emocional, un aprendizaje de habilidades y afrontamiento de situaciones más eficaz y un control y participación activa del paciente en su tratamiento (21,28).

Por otra parte, se ha relacionado fuertemente la **motivación** para cambiar con un aumento de peso semanal más rápido y una mejoría de la psicopatología del trastorno durante el tratamiento hospitalario, lo que implica una necesidad de intervenir en el aumento de la motivación desde los cuidados enfermeros. Tras el estudio de las variables que influyen en esta disposición al cambio y mantienen a los pacientes motivados, se ha observado que los pacientes con un menor peso ponderal al inicio del tratamiento y una larga duración de la enfermedad dotan de una mayor motivación. Sin embargo, la baja motivación está íntimamente relacionada con pacientes que presentan una psicopatología más grave de la enfermedad, aunque presentan una mayor necesidad percibida de recibir tratamiento. Si bien es cierto que la motivación aumenta significativamente entre el ingreso y el alta, una buena intervención enfermera en la motivación del paciente hacia el cambio al inicio del

tratamiento es imprescindible para que resulte eficaz y se establezca una buena relación terapéutica, ya que una baja disposición al cambio se asocia frecuentemente con un abandono temprano del tratamiento. La psicoeducación en este ámbito resulta fundamental ya que la evidencia sostiene que una mayor comprensión de la enfermedad está íntimamente relacionada con una mayor motivación hacia el cambio (23).

Por último, tras la realización de cuestionarios a los adolescentes con anorexia nerviosa, se han identificado los aspectos del tratamiento que consideran más útiles y que están relacionados con unos mejores resultados. Las dos categorías más interpretadas por los pacientes como útiles son la **alianza terapéutica y la participación activa** del paciente a lo largo del tratamiento. La alianza terapéutica es considerada el factor más importante del tratamiento, debido al interés del profesional en la persona y en la comprensión de sus emociones y no solo en el trastorno alimentario. En cuanto a la participación activa, ha sido reconocida como útil al proporcionarles a los pacientes control sobre su enfermedad y opciones de cambio. La proposición de diferentes opciones de cambio por parte del terapeuta y el acuerdo entre las dos partes para establecer la medida más adecuada de intervención genera una gran sensación de autosatisfacción por parte del paciente al sentirse responsable de su recuperación. Otras intervenciones identificadas como eficaces son el **apoyo** por parte de los profesionales en la capacidad del paciente para cambiar y durante todas las etapas del tratamiento, y por otro lado, la **proporción de información** nutricional y acerca de la patología durante el transcurso del tratamiento, ya que les proporciona confianza, motivación y control en su propio cambio (21,24,28).

Por el contrario, las suposiciones acerca de los pensamientos y emociones, los juicios con respecto a los comportamientos del paciente y el establecimiento de metas no realistas por el profesional; han sido reconocidos como aspectos muy negativos en los pacientes y han supuesto un abandono más temprano del tratamiento (24).

En conclusión, un tratamiento enfocado no solamente en los problemas asociados al trastorno, si no también dirigido a la persona como individuo y las razones detrás del desarrollo de la alteración; ha supuesto un resultado muy beneficioso y un aumento de la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes (21,24).

#### **6.4. REVISAR EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR.**

Los padres han sido considerados un recurso fundamental en el tratamiento de estos pacientes, lo cual implica el enfoque de una de las principales intervenciones enfermeras en la familia. Para realizar una buena intervención enfermera con las familias, se consideran indispensables el compromiso y la motivación de ésta para cumplir con los objetivos propuestos en el tratamiento del adolescente (19,20,25).

Los principales objetivos de tratamiento de la AN en adolescentes a nivel familiar son la promoción de actitudes y conductas saludables y adaptativas frente a la enfermedad, la mejora o reparación de vínculos disfuncionales intrafamiliares y la reestructuración de creencias erróneas ajustando límites y roles (16,17).

A nivel familiar, las intervenciones más eficaces son las **técnicas de psicoeducación y las herramientas de expresión emocional**, proporcionándole al entorno familiar habilidades de afrontamiento de la enfermedad y técnicas para el manejo de las situaciones y resolución de conflictos. El papel de enfermería con las familias es el de establecer una **relación terapéutica** que facilite la expresión emocional, la comprensión del trastorno, la escucha y participación activa, el cumplimiento y la adquisición de herramientas de resolución de dificultades. Asimismo, la enfermera debe educar a la familia, brindarle apoyo psicológico y ofrecerle la posibilidad de intercambiar experiencias con otras familias que se encuentran en una situación similar, ya que se ha comprobado que puede ser muy beneficioso (17,19,20,25).

Por otro lado, se han recogido en diversos artículos las dificultades que experimentan las familias de estos pacientes en el seguimiento del plan terapéutico y las más frecuentes son los problemas en la elaboración de una dieta equilibrada, dificultad para el manejo conductual y emocional del paciente, inexistencia de hábitos alimentarios familiares previos, escasa supervisión y control familiar y oposición e incumplimiento de las pautas establecidas. Para hacer frente a estos problemas, la enfermera debe educar a la familia en cuanto a la elección y preparación de alimentos saludables y el establecimiento de una dieta variada, promoviendo la implementación de horarios y pautas de alimentación y la educación de las necesidades nutricionales de los adolescentes. En cuanto al manejo

emocional del adolescente con AN, la enfermera debe dotar de habilidades y estrategias conductuales para la prevención de conflictos, así como establecer pautas de refuerzo positivo (20).

Además, los conflictos intrafamiliares, las familias extensas y la exigencia familiar, han demostrado ser factores que afectan de forma negativa a la conducta alimentaria del adolescente (19).

#### **6.4.1. Técnicas de terapia familiar.**

Las terapias de enfoque familiar han obtenido resultados positivos en cuanto a eliminar la estigmatización de la enfermedad, conseguir una atmósfera de cambio más positiva, mejorar la comunicación intrafamiliar, reducir el aislamiento del paciente y obtener distintas perspectivas e ideas que conduzcan al empleo de estrategias de afrontamiento (26). El **tratamiento basado en la familia (FBT) según el enfoque Maudsley**, es considerado en la actualidad la terapia de primera línea para el adolescente con anorexia nerviosa, asociada con mejoras en la comunicación y control del comportamiento del paciente a lo largo del tratamiento (24,25).

La Terapia Familiar Múltiple (MFT) es una técnica de terapia familiar grupal según el modelo Maudsley que hace uso de las fortalezas familiares para beneficiar al paciente en el aumento de peso y normalización de la conducta alimentaria (26).

Los resultados obtenidos tras las intervenciones conjuntas de la MFT además de su tratamiento habitual (TAU) han supuesto cambios positivos muy significativos respecto a los síntomas físicos y psicológicos. El TAU consta de terapias nutricionales, tratamiento farmacológico, terapias de salud mental, psicoeducación y terapia familiar individual. Según la evidencia estudiada la MFT aporta un beneficio adicional en comparación con el empleo único del TAU, acelera la tasa de aumento ponderal y aumenta la probabilidad de obtener una recuperación total del peso en este grupo de edad, proporciona beneficios en la sintomatología depresiva y ansiosa, aumenta la motivación hacia el cambio y mejora la dinámica familiar (26).

Por otro lado, algunos estudios han relacionado la emoción expresada por los padres (EE) con la dinámica familiar y el resultado del tratamiento. La EE se refiere a la respuesta conductual y emocional de un familiar hacia el paciente con AN y se compone de 5 áreas fundamentales: involucramiento emocional excesivo, críticas, hostilidad, comentarios positivos y calidez. Se ha demostrado que una alta EE caracterizada por comentarios críticos, hostilidad, sobreinvolucramiento emocional, se relaciona con un aumento de recaídas y abandonos del tratamiento. Los familiares que presentan una alta EE propician un círculo familiar tóxico y relaciones negativas que interfieren negativamente en el tratamiento. Por el contrario, las expresiones de calidez y presencia de comentarios positivos predicen un buen resultado en el tratamiento, al proporcionar un entorno facilitador del cambio. Por todo ello, se plantea la intervención de enfermería en la EE de los familiares como objetivo del tratamiento de los adolescentes con AN (20,25).

Por último, en cuanto a las diferencias entre la **AFT (terapia individual centrada en el adolescente)** y la **FBT (terapia basada en la familia)**, la FBT otorga el poder a la familia respecto al proceso de recuperación y manejo de las conductas relacionadas con el trastorno, mientras que, la AFT, empodera al paciente para hacerse cargo de su propia recuperación, proporcionándole habilidades de afrontamiento, autonomía y gestión de emociones. Se ha demostrado la superioridad de la FBT sobre la AFT como tratamiento ambulatorio de elección para adolescentes con anorexia nerviosa, especialmente en padres con características de baja EE. Sin embargo, el tratamiento de elección en pacientes con una familia disfuncional y presencia de una alta EE, sin respuesta a las intervenciones dirigidas a modificar y mejorar la dinámica familiar, es la AFT (25).

## 7. CONCLUSIONES

Las características de la anorexia nerviosa implican la necesidad de emplear un enfoque terapéutico basado en aspectos individuales, familiares y sociales. La aplicación de un **tratamiento psicológico integrador** que englobe distintas técnicas psicológicas, ha resultado ser eficaz en cuanto a la sintomatología propia de la enfermedad (depresión y ansiedad) y también ha demostrado una gran mejoría en relación con el funcionamiento individual, social y académico del adolescente. Los aspectos más relevantes, respaldados en la evidencia, en cuanto a las intervenciones de enfermería en el paciente adolescente con AN son el **enfoque holístico y el tratamiento individualizado**, los cuales implican el tratamiento de todos los factores influyentes en el paciente y no solamente de la sintomatología de la enfermedad.

En cuanto a las técnicas terapéuticas eficaces en el tratamiento de estos pacientes, se ha determinado tras la revisión que, la **psicoeducación** y las **técnicas motivacionales**, aumentan la motivación al cambio y tienen una gran relevancia en la efectividad, adherencia al tratamiento y velocidad de recuperación. Por otra parte, respecto a la **TCC**, se ha demostrado su eficacia a nivel psicopatológico y en la mejoría de la estabilidad en la evolución a largo plazo de los adolescentes con AN. Sin embargo, a pesar de contar con el mayor apoyo empírico para el tratamiento psicológico de esta enfermedad, no existe evidencia científica que respalde la TCC como el tratamiento de elección en esta patología. Por último, el empleo de autorregistros y técnicas de exposición también ha demostrado su utilidad en el proceso terapéutico.

Por otra parte, los principales factores influyentes en la modificación de la conducta alimentaria del paciente son: empatía, solidaridad, comprensión, motivación, sinceridad, confianza, seguridad, respeto, acuerdo, igualdad, participación, presencia, disponibilidad, apoyo y escucha activa. Estos factores facilitan la base de una buena **relación terapéutica** y de la **participación activa** del paciente, ambos factores interpretados por los adolescentes como los más útiles en su tratamiento. Por el contrario, los juicios, las suposiciones, el alto nivel de exigencia y la rigidez son factores que influyen de manera negativa en la recuperación de los adolescentes con anorexia nerviosa.

En lo que respecta a la familia, se considera que tiene un papel fundamental en el tratamiento de estos adolescentes, lo cual implica la necesidad de una buena intervención enfermera con el entorno familiar más cercano al paciente. Las técnicas de **psicoeducación, la escucha activa y la dotación de estrategias de afrontamiento** por parte del profesional, permiten a la familia expresar sus emociones y dificultades a la vez que fomentan su participación activa en la recuperación del adolescente. En la actualidad, el tratamiento de primera línea de la anorexia nerviosa en este grupo de edad es la **terapia familiar según el enfoque Maudsley**. Los beneficios de esta terapia se ven reflejados principalmente en el aumento de la comunicación, mejora de la dinámica familiar y creación de una atmósfera más positiva, aspectos que facilitan el cambio y proporcionan una evolución más estable a lo largo del tratamiento.

En conclusión, la revisión bibliográfica ha evidenciado la **importancia de la intervención enfermera en el tratamiento de los adolescentes con anorexia nerviosa**, fomentando el aumento de la adherencia terapéutica y el descenso de la tasa de abandono del tratamiento. Por ello, es de especial importancia la **formación de los profesionales de enfermería** respecto a las técnicas terapéuticas más eficaces, **fomentando sus conocimientos y comprensión de la enfermedad**, para así lograr unos cuidados óptimos.

## **8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES PRÁCTICAS.**

Atendiendo a los resultados obtenidos tras la revisión bibliográfica, considero como propuestas interesantes para un futuro las siguientes:

- Profundizar en el estudio de la mejor estrategia terapéutica y considerar la creación de un protocolo de tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes para unificar los criterios y técnicas de mayor utilidad.
- Proporcionar un mayor número de encuestas a la población adolescente ya diagnosticada con anorexia nerviosa, acerca de los factores que consideran más útiles en su tratamiento.
- Concienciar a los profesionales sanitarios del aumento de esta patología en la sociedad actual y educarles acerca de los cuidados específicos que requieren estos pacientes.

Por otro lado, en vistas a prevenir la aparición de la anorexia nerviosa en este grupo de edad, pueden ser de gran utilidad las siguientes actuaciones:

- Facilitar educación sanitaria acerca de la anorexia nerviosa en los centros escolares y universitarios mediante programas y actividades, principalmente en adolescentes entre 12 y 24 años.
- Concienciar a la población de los factores de riesgo influyentes en el desarrollo del trastorno para poder prevenir su aparición.
- Proporcionar encuestas a la población adolescente ya diagnosticada con anorexia nerviosa, acerca de los factores que consideran que han influido en el desarrollo de la enfermedad, en vistas a prevenir futuros casos.
- Analizar el impacto y la repercusión de los medios audiovisuales en la época adolescente, debido a su especial vulnerabilidad.
- Fomentar el estudio y desarrollo de programas de enfermería de prevención y detección precoz de esta patología en la adolescencia.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Hilker Salinas I, Caballero M, Flamarique Valencia I. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Clinic Barcelona. 2019 Jan;
2. Lorán Meler DraME, Sánchez Planell DrL. Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. Amat editorial. 2013.
3. Tabárez LicV. Trastornos alimentarios: qué son, cómo tratarlos y prevenirlos. Revista de salud del Casmu. 2016 Apr;
4. Vasquez Cornieles E. Revisión histórica de los trastornos de la conducta alimentaria. In: *Psiquiatría General*. vol. XIV; 2013.
5. María Fernández Hernández A. Historia de la anorexia nerviosa.
6. Calvo Medel D. Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada. Universidad de Zaragoza; 2012.
7. Manual de Codificación. CIE-10-ES Diagnósticos. Gobierno de España; 2016.
8. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 2014.
9. Haro Lorente JM. Revisión bibliográfica de trastornos de la conducta alimentaria de aparición reciente. *Rev Paraninfo digital*. 2014;20.
10. Muñoz Calvo MT, Argente J. Trastornos del comportamiento alimentario. *Asociación Española de Pedriatría*. 2019;1:295–306.
11. Castro ÁM, Boneu-Yépez DJ, Méndez JTM, Obredor PEA. Trastornos del comportamiento alimentario: escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Revista Ciencias Biomédicas [Internet]*. 2012 [cited 2022 Apr 9];3(1):99–111. Available from: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3173>
12. Losada AV, Marmo J. Herramientas de Evaluacion En Trastornos de La Conducta Alimentaria. Editorial Academia Española (Madrid) [Internet]. 2013 [cited 2022 Apr 9]; Available from: <https://www.academica.org/analia.veronica.losada/14>

13. Bolaños Ríos P. CUESTIONARIOS, INVENTARIOS Y ESCALAS QUESTIONNAIRES, INVENTORIES AND SCALES. Vol. 18, Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2013.
14. Martínez Giménez A, Martínez Giménez B, Minchot Ballarín J, Mora Alins S, Ariño Rosó M, Araguás Mor DJ. La anorexia nerviosa. Revista Sanitaria de Investigación. 2022 Jan 13;
15. Himmerich H, Kan C, Au K, Treasure J. Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences. *Pharmacology & Therapeutics*. 2021 Jan 1;217:107667.
16. Segura M, Villegas R, Placencia P, Sanjuan J, Segura M, Villegas R, et al. LA NECESIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRADORA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO AN INTEGRATED PSYCHOLOGICAL INTERVENTION ON EATING DISORDERS (ED): A CASE STUDY. Vol. 2, Casos Clínicos en Salud Mental. 2016.
17. Martínez Amores B. Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. *INFORMACIÓ PSICOLÒGICA*. 2018;79–94.
18. Galsworthy-Francis L, Allan S. Terapia cognitivo-conductual para la anorexia nerviosa: una revisión sistemática. 2016.
19. Castiblanco-Montañez RA, Parra-Rodríguez JC, Sánchez-Cubillos YK, Rey-Ochoa LD, Rodríguez-Díaz LV, Solano-Saavedra PA. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2020 May 1;17(2):102–15.
20. Torralbas-Ortega J, Puntí-Vidal J, Arias-Núñez E, Naranjo-Díaz MC, Palomino-Escrivá J, Lorenzo-Capilla Á. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enfermería Clínica*. 2011 Nov;21(6):359–63.
21. Salzman-Erikson M, Dahlén J. Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *J Child Fam Stud*. 2017;26:1–13.

22. Calugi S, Dalle Grave R, Sartirana M, Fairburn CG. Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. 2015 [cited 2022 Apr 29]; Available from: [www.cdc.gov/growthcharts](http://www.cdc.gov/growthcharts)
23. Hillen S, Dempfle A, Seitz J, Herpertz-Dahlmann B, Bühren K. Motivation to change and perceptions of the admission process with respect to outcome in adolescent anorexia nervosa. 2015;
24. Zaitsoff S, Pullmer R, Menna R, Geller J. A qualitative analysis of aspects of treatment that adolescents with anorexia identify as helpful. *Psychiatry Research* [Internet]. 2016 Apr 30 [cited 2022 Apr 29];238:251–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.045>
25. Rienecke RD, Accurso EC, Lock J, le Grange D. Expressed Emotion, Family Functioning, and Treatment Outcome for Adolescents with Anorexia Nervosa. 2016;
26. Gabel K, Pinhas L, Eisler I, Katzman D, Heinmaa M. The Effect of Multiple Family Therapy on Weight Gain in Adolescents with Anorexia Nervosa: Pilot Data The Hincks-Dellcrest Centre and North York General Hospital. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:3.
27. Delgado CM, Manterola C, Asenjo-Lobos C, Otzen T. Jerarquización de la evidencia. Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual Hierarchy of evidence. Levels of evidence and grades of recommendation from current use. *Rev Chilena Infectol* [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 9];31(6):705–18. Available from: [www.sochinf.cl](http://www.sochinf.cl)
28. Fogarty S, Ramjan LM. Factors impacting treatment and recovery in Anorexia Nervosa: qualitative findings from an online questionnaire. 2016;

## 10.ANEXOS

### ANEXO I: DIAGRAMA DE GANTT (CRONOGRAMA).

ACTIVIDADES	TIEMPO DE DURACIÓN (meses)					
	2021	2022				
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Elección de tema						
Revisión bibliográfica						
Elaboración de la introducción						
Establecimiento de objetivos						
Metodología de investigación						
Elaboración de resultados						
Elaboración de conclusiones						
Anexos						
Defensa oral						

*Tabla 14: Diagrama de Gantt. Fuente: elaboración propia.*

**ANEXO II: EJEMPLO DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO INTEGRADOR**

Ejemplo de una intervención de enfermería en una adolescente con anorexia nerviosa, bajo el empleo de un tratamiento psicológico integrador.

Sesión	Objetivos terapéuticos	Técnicas psicológicas
1-2-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener información sobre el problema, recoger historia clínica personal y familiar, recabar lo necesario para la formulación clínica y terapéutica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación psicológica.</li> <li>• Administración de cuestionarios.</li> </ul>
4-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la motivación hacia el cambio y fomentar la conciencia del problema.</li> </ul>	Entrevista motivacional: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centrarse en lo importante para ella.</li> <li>- Proporcionar información acerca del problema.</li> <li>- Aumentar reflexiones sobre su estado actual.</li> <li>- Reflexionar sobre la alimentación, el peso y la figura.</li> <li>- Ayudarle a percibir que tiene libertad de elección.</li> <li>- Seguir su ritmo terapéutico.</li> <li>- Focalizar la atención en lo que quiere conseguir.</li> </ul>
5-6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener su compromiso con la terapia.</li> <li>• Aumentar la comprensión de su problema.</li> <li>• Establecer encuadre terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación sobre TCA.</li> <li>• Formulación individual del caso conjuntamente.</li> <li>• Educación sobre el tratamiento.</li> <li>• Autorregistro y monitorización de las ingestas.</li> </ul>
7-8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar los atracones.</li> <li>• Reestablecer patrones alimentarios y de ejercicio físico adecuados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación nutricional.</li> <li>• Prescripción de un patrón de alimentación y ejercicio físico regular.</li> <li>• Aprender a interpretar los autorregistros.</li> <li>• Técnicas conductuales y paradójicas para el manejo del atracón.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestablecer patrones alimentarios adecuados.</li> <li>• Identificar antecedentes y consecuentes de los episodios de atracón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar los autorregistros.</li> <li>• Inicio de exposición gradual a “alimentos prohibidos”.</li> <li>• Manejo de las dificultades encontradas durante la semana anterior.</li> <li>• Psicoeducación sobre emociones.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender a manejar la sensación de hambre y el aburrimiento.</li> <li>• Aprender a identificar sus emociones (tristeza y ansiedad como precipitantes del episodio de atracón).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de emociones. Autorregistro.</li> </ul>
<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender a identificar sus emociones.</li> <li>• Manejo alternativo de los precipitantes de los episodios de atracón (estados emocionales desagradables).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de emociones mediante el análisis del autorregistro.</li> <li>• Entrenamiento en técnicas de manejo de ansiedad y tristeza.</li> </ul>
<b>11-12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo adaptativo de la tristeza, ansiedad y enfado.</li> <li>• Reforzar los recursos de la paciente para que logre cuidarse por sí misma de los conflictos producidos por la disfunción familiar y de las soluciones ensayadas que llevan a cabo.</li> <li>• Reparación (mejora) del vínculo disfuncional madre-hija.</li> <li>• Favorecer la identificación y manejo adaptativo de emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silla vacía.</li> <li>• Expresión emocional respecto a la madre.</li> <li>• Entrenamiento en asertividad.</li> </ul>
<b>13</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender a expresar y manejar de un modo adaptativo el enfado y la ira.</li> <li>• Normalización de la ira. Eliminar sentimientos de culpa al respecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalización de emociones.</li> <li>• Regulación emocional: manejo de la ira y enfado.</li> <li>• Entrenamiento en asertividad.</li> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>14-15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar conductas de evitación.</li> <li>• Reducir el aislamiento social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desesperanza creativa.</li> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> <li>• Exposición.</li> <li>• Experimentos conductuales.</li> </ul>
<b>16-20</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar las creencias y actitudes disfuncionales en torno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> <li>• Trabajo con valores.</li> <li>• Árbol del yo.</li> </ul>

	<p>al peso, la figura y la comida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la sobrevaloración de la figura, el peso y su control.</li> <li>• Fomentar su autoestima y la autoimagen.</li> </ul>	
<b>20</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la aceptación de las críticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación sobre relaciones interpersonales.</li> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> </ul>
<b>21-22</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilizar el perfeccionismo clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva.</li> <li>• Experimentos conductuales.</li> </ul>
<b>23</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar conductas de evitación: Pesarse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación y normalización.</li> <li>• Exposición.</li> <li>• Estrategias de manejo de ansiedad.</li> </ul>
<b>24-25</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la reestructuración de la jerarquía familiar, reajustar límites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reajustar límites.</li> <li>• Fomentar la autonomía.</li> </ul>
<b>26-27</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender estrategias y habilidades para prevenir posibles recaídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de recaídas.</li> </ul>
<b>28</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación después del tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista de seguimiento después de 6 meses de finalizar la intervención.</li> </ul>

**Tabla 15:** Ejemplo de un tratamiento psicológico integrador. Fuente Revista de Casos Clínicos en Salud Mental. 2016. Servicio de Psiquiatría. Hospital clínico universitario de Valencia (16).