



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Enfermería y la anorexia en la adolescencia: Revisión bibliográfica

Estudiante: Mónica Lafuente Andrés

Tutelado por: Manuel Cuervas-Mons Finat

Soria, 8 de junio de 2016

Contenido.

Contenido.

Resumen.....	1
Índice de abreviaturas.....	2
1. Introducción.....	3
1.1. Los trastornos de conducta alimentaria.....	3
1.2. La anorexia.....	3
1.3. Historia de la anorexia.....	4
1.4. Epidemiología.....	6
1.5. Etiología.....	9
1.6. Diagnóstico de la anorexia.....	12
1.7. Manifestaciones clínicas de la enfermedad.....	12
1.8. Pruebas de laboratorio.....	15
1.9. Complicaciones de la enfermedad.....	16
1.10. Tratamiento de la AN.....	18
1.11. Tratamiento psicológico de la AN.....	21
1.12. Enfermería y la AN.....	22
2. Justificación y Objetivos.....	22
3. Material y Métodos.....	24
4. Discusión.....	25
5. Conclusiones.....	30
6. Bibliografía.....	32
7. Anexos.....	37
7.1. Anexo I: Escala de Actitud Alimentaria 40.....	37
7.2. Anexo II: Cuestionario Scoff para adolescentes.....	39
7.3. Anexo III: Escala de Actitud Alimentaria 26.....	40

Resumen.

Introducción: La anorexia nerviosa es uno de los principales trastornos de la conducta alimentaria, que se caracteriza por una importante pérdida voluntaria de peso. Sus causas se desconocen, pero diversos factores influyen en su desarrollo. Actualmente, está aumentando notablemente su incidencia, sobre todo en la adolescencia. Su complicado diagnóstico, manifestaciones clínicas y complicaciones, hacen del papel de enfermería un elemento indispensable en su evolución y tratamiento.

Objetivos: Estudiar el papel de enfermería en la anorexia nerviosa, diferenciar las funciones de enfermería en Atención Primaria y Especializada, establecer la importancia de la educación para la salud, y, analizar la intervención enfermera.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, como Medline-Pubmed, Scielo, Cochrane-Plus, Elsevier, Cuiden y Dialnet; así como páginas web oficiales de relevancia como el Instituto Nacional de Estadística y la Organización Mundial de la Salud. Se revisaron diversos artículos científicos, incluyéndose los que cumplen los criterios de inclusión.

Discusión: El papel de enfermería en la anorexia nerviosa en los adolescentes es básico. Sus funciones se desarrollan desde la Atención Primaria hasta la Especializada. Las intervenciones no solo se basan en el seguimiento del tratamiento y la evolución; son básicas la educación sobre la enfermedad así como una completa valoración del paciente.

Conclusiones: Enfermería realiza una actuación fundamental en la anorexia nerviosa, tanto con el paciente como con la familia. El equipo multidisciplinar es el ideal para atender al paciente y familia. Las intervenciones enfermeras que se pueden llevar a cabo se basan en la educación sanitaria, el apoyo emocional y el seguimiento de la evolución del paciente.

Palabras clave: anorexia, anorexia nerviosa, adolescentes, enfermería.

Key words: anorexia, anorexia nervosa, adolescence, nurse.

Índice de abreviaturas.

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

AN: Anorexia Nerviosa.

BN: Bulimia Nerviosa.

APA: Asociación Americana de Psiquiatría.

IMC: Índice de Masa Corporal.

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo.

GnRH: Hormona liberadora de Gonadotropina.

Lpm: Latidos por minuto.

EAT: Escalas de Actitud Alimentaria.

1. Introducción.

1.1. Los trastornos de conducta alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones del comportamiento relacionadas con la ingesta de comida y el deseo de perder peso. Dichas alteraciones, se caracterizan por la insatisfacción corporal relacionada con la valoración exagerada del ideal de cuerpo delgado, asociada a patrones disfuncionales de cognición y conductas para el control de peso. Los trastornos se traducen en alteraciones biológicas, psicológicas y sociales importantes, cuya repercusión en la vida del paciente y la familia es muy grave (1).

Los principales TCA son la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN). Además, existen los trastornos no especificados, son aquellos que cumplen solo parte de los criterios diagnósticos, entre ellos encontramos

A rasgos generales, la principal diferencia entre la AN y la BN es el peso corporal. Los pacientes que sufren anorexia, mantienen un peso considerablemente bajo; mientras que el peso de los pacientes con bulimia está dentro del normopeso o incluso, sobrepeso (1).

1.2. La anorexia.

Actualmente, la anorexia nerviosa viene determinada por una importante pérdida de peso decidida de forma voluntaria. Se define por una valoración excesiva del volumen y la forma del cuerpo, o de alguna parte de él (muslos o abdomen), con una marcada búsqueda de la delgadez. Esta característica lleva a una disminución en la ingesta calórica y se realiza ejercicio físico en exceso o purgas para minimizar el efecto de estas ingestas sobre el organismo (2).

Dentro de la anorexia nerviosa encontramos dos subtipos. El tipo restrictivo se basa en el adelgazamiento de forma voluntaria a través de las dietas, unido a la práctica excesiva de ejercicio físico. En el tipo purgativo o de atracón-purga, los pacientes comen sin control o de forma descontrolada en

determinadas ocasiones, y, luego tratan de compensarlo y eliminar las calorías a través del vómito o el consumo de laxantes.

La epidemiología de esta enfermedad se basa en mujeres jóvenes y de raza blanca, aunque puede darse en varones y en cualquier raza. Se comienza con los síntomas en la adolescencia, pero puede aparecer tanto en niños como en jóvenes y adultos. En occidente, entre el 0,51% de las mujeres jóvenes están afectadas, y por cada 10 de ellas, un varón.

Se da más en aquellas culturas influenciadas por la delgadez como patrón de belleza. Suelen ser personas con un perfil socioeconómico mayor, así como una inteligencia muy marcada. Son personas perfeccionistas y obsesivas, a las cuales les gusta tener un control total y absoluto de su vida (1,3).

1.3. Historia de la anorexia.

Antiguamente, en el Medievo, el ideal de belleza de la mujer y con ello símbolo de fecundidad, era una mujer de caderas anchas y abundantes curvas; lo cual contrasta con la imagen actual, la preocupación por la apariencia física, los alimentos bajos en calorías y la idea social y cultural de delgadez.

La anorexia nerviosa es una enfermedad con un gran recorrido histórico y cultural; por ello, no podemos simplificar su historia a la sociedad occidental o a la actualidad. Ya en la época griega se definían cuerpos o “Aforismos” que detestaban los alimentos y se negaban a comer.

En la Edad Media, se registraban casos de esta enfermedad, aunque llaman la atención los de diversas religiosas cuyo único interés era el alimento espiritual; su denominación fue “santa anorexia” (4).

El primer autor que definió las características clínicas de la enfermedad fue el inglés Richard Morton, en su obra “A Treatise of Consumptions” (1689), en la cual describe el caso de una joven que cumple con algunos de los criterios diagnósticos actuales de la enfermedad.

En 1764, el médico Robert Whytt, de origen escocés, hizo observaciones en el mismo sentido que R. Morton sobre una paciente de catorce años. El nombre con el que definiría tal cuadro clínico sería de “atrofia nerviosa”. Tan solo cinco años después, Charles Nadeau realiza la primera asociación de la anorexia nerviosa con la histeria. Por otro lado, en el 1859, Pal Briquet continuó con los diversos estudios, y catalogó la enfermedad en la misma línea. Pero todas estas definiciones eran incompletas y estaban erróneamente conectadas con los problemas psicológicos de histeria (4,5).

En el siglo XIX los estudios por esta enfermedad aumentaron considerablemente, debido a que el número de casos se incrementó en contraposición con el ideal de belleza que todavía se mantenía, de mujer con curvas. Fue en el año 1873, con William Gull, cuando se definió ya como anorexia histérica, describiéndose brevemente como una enfermedad dada principalmente en mujeres jóvenes, entre los 15 y los 23 años de edad, y, caracterizada por un extremo adelgazamiento (6).

Pero fue con la Emperatriz Sissi cuando comenzó a cambiar el ideal de belleza, la búsqueda de la delgadez extrema y del uso del corsé llevan a la anorexia a posicionarse como un estilo de vida, un éxito social y económico y con todo ello una gran ambición, que ha llegado hasta nuestros días, y cada vez se encuentra, por desgracia, en mayor auge (4,5).

A partir del siglo XX, se catalogó como enfermedad mental, padeciendo las pacientes técnicas de tratamiento como la terapia electro convulsiva o las lobotomías. Además, en los años 40, se consideraba como una enfermedad sexual nerviosa femenina, donde la anorexia se asociaba con la obsesión por el embarazo y su estado. Fue alrededor de 1960 cuando Hilde Brunch defendió un nuevo enfoque de la enfermedad, dado que en sus estudios encontró las mismas características en los casos de hombres y de mujeres (6).

A pesar de los diversos avances, hasta 1990 la Asociación Americana de Psicología (APA) no recomendó el uso de los antidepresivos y con ello el estudio de nuevo de la enfermedad desde términos psicológicos y psiquiátricos.

En la actualidad se conocen múltiples factores que pueden interferir en el desarrollo de esta peligrosa enfermedad, aunque se van conociendo los signos y síntomas en profundidad y se continúa con los avances en los tratamientos (4,5).

1.4. Epidemiología.

La epidemiología de esta enfermedad se basa principalmente en mujeres jóvenes y de raza blanca. Se comienza con los síntomas en la adolescencia e incluso en la niñez, pero puede aparecer en jóvenes y mujeres adultas.

En diferentes trabajos de investigación acerca de la prevalencia de la anorexia en la actualidad, se puede observar un aumento de la misma. Este aumento comenzó sobre los años 90 en casi la totalidad de los continentes. Aunque históricamente se asocia con mujeres de raza blanca, se ha observado y estudiado que puede afectar a cualquier persona, independientemente de su sexo, raza o edad.

En Asia encontramos un gran y drástico aumento de los desórdenes alimentarios desde 1960; dicho suceso se debe al aumento de contacto entre la cultura oriental y la occidental. Este giro se corresponde al proceso de industrialización y urbanización, al rápido crecimiento económico y a la intensificación de la globalización que se ha llevado a cabo, íntimamente relacionado con ambas culturas, y cuyo resultado se observa sobre todo en la actualidad. Se cree que un tercio de la población estudiantil experimenta insatisfacción con su cuerpo; y, aunque la mayoría de los casos refieren a mujeres, los factores de riesgo más importantes afectan a ambos sexos por igual, como pueden ser el índice de masa corporal (IMC), el perfeccionismo, el uso de drogas, el deporte... Igualmente, el número de casos se estima que aumente, ya que el proceso de industrialización y sus consecuencias no han hecho más que comenzar (7).

Más concretamente se observa, en un estudio realizado en distintas ciudades de Japón, que los valores epidemiológicos de la anorexia nerviosa, pueden alcanzar, e incluso lo están haciendo, los valores europeos y estadounidenses. Además se aprecia como en el periodo de los 15-18 años de edad, la prevalencia se encuentra en 0,5% de la población (8).

En Irán se han demostrado las mismas consecuencias del proceso de globalización, añadiéndose a ello el riesgo de los adolescentes a padecer más enfermedades como los desórdenes alimentarios debido a su estilo de vida y a diversas influencias, ya que la adolescencia es un periodo de transición y de diversos cambios. Actualmente se observa que el 24,2% de los adolescentes iraníes son propensos a padecer desórdenes alimentarios. Centrándonos en la anorexia nerviosa, aproximadamente el 0,1% de las jóvenes la padecen; pero no se han dado casos de hombres que la sufran (9).

En Occidente, entre el 0,5-1% de las mujeres jóvenes están afectadas, y por cada 9-10 de ellas, un varón. Dos artículos recientes, uno realizado en Inglaterra y el otro en España nos hablan del aumento en la prevalencia de los trastornos alimentarios.

El estudio en Inglaterra habla del aumento que ha habido tanto en la detección de nuevos casos como en los diversos reingresos de pacientes ya diagnosticados de anorexia nerviosa. A lo largo de los años se han mantenido los valores entre un 2-3 por cien mil de casos registrados. A principios de los años 90 se ve un descenso de nuevos casos registrados, tanto en jóvenes varones como mujeres; pero es a partir de 1997 cuando vuelve a despuntar la enfermedad, aumentan los valores y finalmente, en el 2011 se registran valores de 6,3 nuevos casos registrados en cada 100000 mujeres. En el caso de los hombres, la cantidad es mucho menor, ya que apenas supera el 0,5 de nuevos casos. Estos valores son muy preocupantes, puesto que en apenas 20 años, tanto el número de nuevos casos como el de reincidencias en la hospitalización son alarmantes (10).

En el caso de España, más concretamente de Gran Canaria, se puede admitir que entre un 4 y un 12 % de los alumnos en 12-20 años sufren riesgo de desarrollar un TCA, cuya prevalencia diagnóstica oscila entre un 1 y un 5 % de ellos. El estudio se hizo con un grupo de control de 1342 participantes. De los cuales, el 0,2% se diagnosticó o ya estaban diagnosticados de anorexia nerviosa. Es necesario reconocer que cuanto mayor es la edad de los participantes, más aumenta tanto el riesgo como la certeza de padecer un diagnóstico. Los pacientes mayores de 18 años sufren una prevalencia de 8% en la anorexia nerviosa.

Además, a lo largo de estos últimos años, en España se han realizado diversos estudios, gracias a los cuales se están detectando nuevos casos y un mejor y mayor conocimiento de la anorexia nerviosa (11).

Se da más en aquellas culturas influenciadas por la delgadez como patrón de belleza. Suelen ser personas con un perfil socioeconómico mayor, así como una inteligencia muy marcada. Son perfeccionistas y obsesivos, y les gusta tener un control total y absoluto de su vida; pero a pesar de estas características, cualquier persona puede sufrir un trastorno de este tipo.

El mayor problema que se dispone actualmente con los TCA, en especial con la anorexia nerviosa, es que cada vez se comienza antes con la patología, puesto que se desarrollan antes. Pero es cierto que en la edad pediátrica son más difíciles de diagnosticar, a nivel psicológico, los pacientes no describen claramente las sensaciones y percepciones, y, a nivel físico la amenorrea en las niñas no es valorable. Así mismo, es cierto asegurar que una vez diagnosticados, tienen un mejor pronóstico, dada la corta edad del paciente y la figura de los padres sobre él. Se estima que en España, la anorexia nerviosa en niños tiene una prevalencia de 0,4-0,8% de casos, están más afectadas las niñas (con una proporción de 1:7), pero los casos de varones son más comunes en esta edad (12).

Actualmente, la incidencia de la enfermedad oscila en cifras de entre 100-250 casos cada 100.000 personas. En los años 90 fue cuando se produjo el gran aumento en estos valores, puesto que pasó de 55 personas a más de 100 (13).

1.5. Etiología.

Las causas de la anorexia se desconocen, pero se produce la combinación de determinados factores de riesgo que llevan a cursarla. Dentro de estos factores de riesgo podemos encontrar diversos tipos: biológicos, psicológicos y culturales o sociales.

Los factores biológicos se centran en la concordancia gemelar, la agregación familiar y la genética con un papel predisponente a sufrirla. También los grandes cambios que se producen en la adolescencia y pubertad tienen un papel determinante. La genética es la responsable de hasta el 85% de las modificaciones que se producen en el organismo de un adolescente; por ello, el inicio de la preocupación por el peso, la forma del cuerpo y algunos síntomas de los trastornos alimentarios están íntimamente relacionados con la genética. Esta gran influencia hereditaria se produce entre los 14 y los 18 años, debido a los cambios que se suceden en la etapa de la adolescencia. Además, hemos de tener en cuenta, que en el caso de las mujeres, con la activación de las hormonas ováricas, se produce un aumento de la influencia genética (13).

En el caso de la concordancia gemelar, se cree que las influencias familiares y sociales de la pareja de gemelos (con mayor epidemiología en mujeres) ayudan en el desarrollo de la anorexia nerviosa. Además, en los gemelos monocigóticos, la presencia de variaciones genéticas predisponentes a sufrir desórdenes obsesivo-compulsivos puede ser determinantes para desarrollar anorexia nerviosa. Esto se debe a que ambos trastornos psicológicos comparten factores genéticos, lo cual es un riesgo añadido al desarrollo de la patología (14).

La pubertad destaca no solo por las modificaciones físicas o psicológicas que se producen, sino también por el inicio de la acción de diversas hormonas, como es el caso de las esteroideas, que al aumentarla, influyen en la ansiedad y el apetito. Además tanto la pubertad temprana como la acumulación de grasa en distintas partes del cuerpo debido a la nueva estructura corporal, hacen que sea complicado compaginar el propio cuerpo con los actuales cánones de belleza.

El sobrepeso y la obesidad en esta etapa son dos factores de riesgo, debido a que las presiones sociales son muy fuertes en la etapa de la adolescencia y ello puede generar insatisfacción corporal. Así mismo, la comparación entre el propio cuerpo y los ideales de belleza llevan a un mayor riesgo para padecerlos y a realizar conductas de pérdida de peso. Actualmente se cree que entre el 25-80% de los adolescentes sufren insatisfacción corporal (13).

Como factores psicológicos podemos encontrar los trastornos obsesivos compulsivos (TOC), la ansiedad, la insatisfacción corporal, la baja autoestima e incluso los desórdenes de la personalidad o la depresión (en los casos más graves). La insatisfacción corporal o con la imagen corporal es un potente factor de riesgo para el desarrollo de un TCA, en especial de la anorexia nerviosa. Esto ocurre porque la cultura actual y los ideales de belleza que se siguen, no se encuentran en concordancia con la figura y peso de la mayoría de mujeres jóvenes o adolescentes. Este hecho lleva a presentar insatisfacción y desarrollar una baja autoestima. Esta baja autoestima es un factor muy vulnerable que contribuye al desarrollo y/o mantenimiento del desorden. La baja autoestima, incluso a edades tempranas, lleva a desarrollar conductas alimentarias de riesgo, con hábitos poco saludables para la salud. Se considera actualmente que aproximadamente el 20% de las adolescentes o jóvenes que poseen insatisfacción corporal, autoestima baja, ansiedad o depresión (características y factores de riesgo frecuentes en la anorexia nerviosa), realizan este tipo de conductas para intentar conseguir el ideal de belleza y un índice de masa corporal menor (15,16,17).

Los factores culturales o sociales son los más complicados de combatir, dada su gran extensión actual en las diversas culturas, con mayor hincapié en la occidental. Entre otros factores encontramos: la persecución de la delgadez como belleza, las modas, el rechazo al sobrepeso, la influencia de la cultura, las opiniones de amigos y familiares, la perfección en la autoevaluación, y, los efectos secundarios que tiene la práctica de algunos deportes o actividades como pueden ser el ballet, la gimnasia rítmica y los deportes de fondo.

La familia desarrolla una gran presión sobre los niños, niñas y adolescentes en edad temprana. Según va pasando el tiempo, la influencia social, de los medios de comunicación y de los amigos y compañeros, va ganando importancia. La presión que puede hacer tanto la familia como el entorno de la persona acerca de su imagen corporal logra hacer gran daño y causar graves consecuencias como el desarrollo de la anorexia nerviosa. Además, la comparación social que se da actualmente entre unas personas y otras ejerce un gran peso a la hora de desarrollar conductas de adelgazamiento (13).

Entre los factores culturales o sociales podemos encontrar el deporte, tanto como actividad física complementaria o como actividad principal. Los deportes que pueden ocasionar problemas con la AN actualmente son los deportes de estética, de categoría de peso, de gimnasio y de resistencia. Esta presión está influida por su voluntad de mejorar, la intención de los padres, la presión de los entrenadores y la gran competitividad que se desarrolla en los mismos (18).

Además de esta clasificación etiológica, podemos encontrar otra clasificación basada en la multicausalidad de la anorexia nerviosa. Por ello es necesaria la presencia de diversos factores para su desarrollo. Esta clasificación desarrolla los factores en: predisponentes, precipitantes y de mantenimiento (19,20).

Tabla 1.1 Factores etiológicos

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores de mantenimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos. • Edad. • Sexo femenino. • Trastorno afectivo. • Introversión. • Obesidad. • Nivel social. • Familiares con trastorno afectivo/adicciones/trastornos de la ingesta. • Obesidad materna. • Valores estéticos dominantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios corporales. • Separaciones y pérdidas. • Contactos sexuales. • Incremento/descenso de peso. • Críticas respecto al cuerpo. • Enfermedad adelgazante. • Traumatismo desfigurador. • Incremento actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencia de la inanición. • Interacción familiar. • Aislamiento social. • Cogniciones anoréxicas. • Actividad física excesiva e iatrogénica.

Fuente: elaboración propia. Datos obtenidos de (19,20)

1.6. Diagnóstico de la anorexia.

El diagnóstico de este trastorno está definido y caracterizado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DsM-5, cuyos criterios diagnósticos son (21):

- Se produce una restricción en la ingesta de energía en relación a las necesidades de la persona, lo que se traduce en un peso “significativamente bajo” en relación al sexo, edad, salud física y desarrollo de la persona. El peso significativamente bajo es aquel que está por debajo del mínimo normal, o en edades tempranas, inferior al mínimo esperado.
- Existe un miedo intenso a engordar, ganar peso, o comportamientos que evitan continuamente el aumento de peso, sea cual sea el peso de la persona.
- Se ocasiona una alteración en la forma que uno aprecia su constitución corporal o peso, la autoevaluación del paciente se ve influenciada negativamente por la propia percepción, y no llegan a reconocer su estado de gravedad.

1.7. Manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Las manifestaciones clínicas que se producen en la fase aguda de la enfermedad son muy variadas, tanto en los signos como en los síntomas. Esto se debe a que el organismo no tiene suficiente sustento para mantenerse, y se va auto consumiendo para poder obtener energía; por ello, casi la totalidad de los sistemas del cuerpo se ven afectados.

En relación al metabolismo, se produce una disminución de su actividad; por ello se dan síntomas hipometabólicos. Entre ellos encontramos la debilidad, la sensación de frío, el cansancio o la falta de energía.

En la anorexia, tanto la piel como el pelo se ven muy afectados y se detectan las variaciones a simple vista. La piel se deshidrata (piel seca), se producen hematomas con relativa facilidad (equimosis), se detectan problemas

de cicatrización al carecer la piel del flujo apropiado de sangre y se mantiene “piel de gallina” debido a los síntomas hipometabólicos.

El pelo sufre un lento crecimiento y puede dar alopecia en algunas partes del cuero cabelludo. En la parte superior del cuerpo y la cara crece lanugo, un característico vello propio de los bebés a pretérmino. Cuando se comienza con la realimentación del paciente, este observará que su pelo empeora, debido a que el pelo dañado se cae porque está siendo sustituido por pelo nuevo.

Los ojos, dientes y glándulas salivales no sufren síntomas característicos, al contrario que en la bulimia. En el caso de la anorexia purgativa, se produce la ausencia del reflejo faríngeo.

Las alteraciones del sistema cardiocirculatorio son importantes y según se agrava la enfermedad, más preocupantes. En el caso del subtipo restrictivo, el gasto cardíaco se reduce y los mareos y desvanecimientos son comunes. En el subtipo purgativo, son más habituales las palpitaciones. Por otro lado, en el electrocardiograma se muestran alteraciones de bradicardia sinusal, alteraciones inespecíficas del segmento ST y la onda T, además de reducciones en el voltaje del complejo QRS. Cuando la enfermedad avanza hasta las etapas más graves, se pueden producir arritmias graves (3).

El sistema endocrino se ve totalmente alterado. Las transformaciones más llamativas se producen en el sistema reproductor, en las mujeres postmenarquia se origina amenorrea. Dicha amenorrea basa su origen en el hipotálamo y nos muestra una reducción en la producción de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Lo cual lleva a una disminución de gonadotropinas, cuyo efecto secundario es el descenso de los niveles de estrógeno en las mujeres y de testosterona en los hombres.

Otra hormona alterada es la del crecimiento, que ve aumentada su concentración, pero al estar disminuido el factor de crecimiento (similar a la insulina), se producen problemas en dicho crecimiento y una menor densidad ósea. Esta densidad es proporcional al tiempo de duración de la enfermedad, y existe el riesgo de sufrir fracturas de huesos. En el caso de niños o

adolescentes, el crecimiento óseo puede llegar a detenerse y por ello no pueden alcanzar la talla normal adulta o esperada (1,3).

El sistema digestivo sufre complicaciones a nivel estomacal en el subtipo restrictivo; en el caso del subtipo purgativo, pueden aparecer complicaciones como la erosión del esmalte de los dientes o un aumento del tamaño de las glándulas salivales. Al producirse una reducción de peso, se ven disminuidos el tono y el volumen de la musculatura gastrointestinal; por ello refieren malestar y sensación de plenitud con la ingesta. A nivel intestinal, desarrollan estreñimiento y se produce el uso de laxantes para aliviar esta situación o como método de purga.

A nivel del sistema músculo-esquelético se producen modificaciones en manos y pies, se vuelven de color azulado y su temperatura disminuye. Esta reducción de la temperatura se produce a nivel de todo el cuerpo, ya que es necesario que se conserve la misma a nivel central y por ello en la periferia se produce un enlentecimiento del pulso sanguíneo. Este descenso de temperatura y el enlentecimiento del pulso sanguíneo (puede ser inferior a 60 latidos por minuto (lpm)) hace referencia al descenso metabólico que la persona desarrolla (1,3,19).

El sistema nervioso no desarrolla síntomas característicos; pero el estado mental de los pacientes se altera con depresión, ansiedad, síntomas obsesivos o compulsivos...estas alteraciones en el humor pueden empeorar con el avance de la enfermedad. Actualmente se cree que estos pacientes han de tener funciones cognitivas alteradas, aunque en los exámenes realizados a pacientes y personas sanas no existen diferencias significativas entre unos y otros. Los pacientes con AN presentan mayor rigidez cognitiva, debido tanto a su perfeccionismo como a su fuerza de voluntad para adelgazar. Igualmente, es su propio perfeccionismo el que les lleva a desarrollar trastornos obsesivos y/o compulsivos. Tras la realización de estudios neurológicos y pruebas de neuroimagen, se está viendo que tanto las alteraciones neuropsicológicas, la capacidad de atención y de memoria verbal, y la velocidad de procesamiento de la enfermedad son alteraciones previas al desarrollo completo de la AN. Es por ello que existen alteraciones en el hemisferio derecho que llevan a estos

pacientes a alterar sus capacidades de flexibilidad cognitiva, impulsividad, resolución de problemas, perseverancia y cambio de criterio en la toma de decisiones (22,23,24).

También es cierto, que los pacientes ven alterada su imagen corporal, se sienten gordos y distorsionan algunas partes de su cuerpo.

Cuando se les pregunta, los propios pacientes refieren estos síntomas, lo cual quiere decir que sí son conscientes de ellos, pero su “necesidad” por adelgazar es mayor que la preocupación por lo que sienten.

Su estado general se basa en la delgadez, en algunos casos es tan extrema que puede llegar a la caquexia, dependiendo de las ingesta y del gasto energético que realice la persona. En algunas ocasiones, intentan disimularlo a través de la ropa holgada o de color oscuro, además ellos se ven mejor con este tipo de ropa. El peso corporal en general es bajo, en algunos estadios de la enfermedad es decreciente, y, si dicha persona sufría sobrepeso, puede tener normo-peso.

1.8. Pruebas de laboratorio.

En realidad no existe una única prueba de laboratorio que determine el diagnóstico de la enfermedad, si no que tras meses de duración, se producen diversas alteraciones. Normalmente, se realiza un perfil bioquímico, un análisis del hemograma y se determina la velocidad de sedimentación en la sangre.

Tras los resultados de estas pruebas, se observa que el paciente sufre leucopenia y anemia normocrómica. En el caso de los pacientes que sufren deshidratación, se produce un aumento de la creatinina en sangre y del nitrógeno ureico (3,25).

La glucosa en sangre es baja, dada la pérdida de peso y la escasez en la ingesta; también se producen alteraciones a nivel de colesterol y de cortisol, ya que ambos se elevan.

Por otro lado, la concentración de proteínas en sangre suele ser normal. Sin embargo, el aumento del consumo de líquidos altera las concentraciones de hormona antidiurética (1,26).

Pero es necesario añadir que con un análisis a nivel de laboratorio del estado del paciente no se puede determinar su diagnóstico ni estadio, ya que las modificaciones a nivel sanguíneo se van produciendo lentamente y el metabolismo intenta conseguir compensarlas para que no sean tan evidentes a este nivel.

1.9. Complicaciones de la enfermedad.

Las complicaciones de la sintomatología de la anorexia nerviosa evolucionan debido a la privación calórica o malnutrición y a la pérdida de peso que se produce en estos pacientes.

A nivel gastrointestinal, uno de las principales y graves complicaciones que pueden surgir es la broncoaspiración debida a tos recidiva o a la purga como método de compensación. Estos pacientes suelen referir un enlentecimiento en la motilidad gástrica e intestinal, saciedad temprana, náuseas o hinchazón en el momento de las comidas. Estas complicaciones se pueden solucionar con la ganancia de peso (27).

La dilatación gástrica aguda puede producir perforación gástrica, si no se reconoce o diagnostica rápidamente. Esta dilatación puede deberse a la dilatación de la arteria mesentérica superior, grave complicación que se produce cuando el duodeno comprime la arteria. Su principal tratamiento es la ganancia ponderal de peso (28).

A nivel hepático se produce una elevación del nivel de las transaminasas, lo que representa la muerte de los hepatocitos como resultado de la malnutrición.

Aproximadamente el 60% de las muertes en AN se deben o bien a problemas cardíacos o por suicidio. La causa exacta se desconoce, pero se sabe que los pacientes sufren bradicardia junto a una elevación del tono vagal

en pacientes con un peso considerablemente bajo. Dicha bradicardia no precisa un tratamiento específico, puesto que con la ganancia de peso mejora, pero si las pulsaciones descienden por debajo de 40 lpm, es recomendable su hospitalización (29).

Las muertes por problemas cardíacos se deben principalmente por una prolongación del intervalo QT observable en el electrocardiograma.

En el caso de la anorexia severa, también se pueden observar modificaciones a nivel estructural, el ventrículo izquierdo sufre atrofia y la válvula mitral se prolapsa. Estos cambios a nivel estructural aumentan la mortalidad de esta grave enfermedad.

En lo referido a análisis de sangre, además de las ya citadas anemia y leucopenia, podemos encontrar trombocitopenia, aproximadamente un 10% de los pacientes con AN la sufren (30).

Las fracturas de huesos son múltiples, pero no existe un tratamiento específico para ello, además, estos enfermos apenas comen lácteos ni les da el sol a su piel.

En la categoría del sistema endocrino, las alteraciones producidas por amenorrea pueden prolongarse aunque el paciente haya conseguido restaurar el peso, y la fertilidad verse permanentemente afectada.

Si los pacientes desarrollan la enfermedad en la niñez, es posible que no alcancen la talla media en la adolescencia ni juventud, debido a la reducción en la producción de hormona del crecimiento.

Los problemas dermatológicos y la sequedad e irritación ocular, se curan con la ganancia ponderal de peso (27).

Otra complicación que se puede dar en la AN, mejor dicho en su tratamiento, es el síndrome de realimentación. Consiste en una realimentación muy rápida o desequilibrada, por vía enteral o parenteral, en pacientes con desnutrición severa y que puede cursar como desenlace la muerte. Estos pacientes sufren un desequilibrio hidroelectrolítico y pueden cursar fallo

cardíaco, edemas y afectación general de diversos sistemas. Se puede prevenir a través de (31):

- Ganancia ponderal de un máximo de 500grs/semana.
- Control continuo de la ingesta de líquidos.
- Administración de algunos suplementos al inicio.
- Uso de suplementos hipercalóricos.
- Adecuar la ingesta calórica a las necesidades.

1.10. Tratamiento de la AN.

El tratamiento de la AN es muy complicado, puesto que no existe uno específico ni único. Además, al no saber cuál es la causa que lleva a desarrollarla, no se puede tratar la misma. Para poder llevarlo a cabo, hemos de tener en cuenta todos y cada uno de los factores que influyen en esta enfermedad (32).

Actualmente, el tratamiento de la anorexia nerviosa se concentra en el tratamiento nutricional, la rehabilitación, el tratamiento psicológico, la psicoterapia individual y las intervenciones familiares tanto a nivel psicológico como educativo. Teniendo en cuenta todos estos factores, es imprescindible saber que cuanto más motivado está el paciente hacia el cambio, mejores serán los resultados en el tratamiento, sobre todo en la ganancia ponderal de peso (33).

El médico o enfermero de atención primaria tienen un papel fundamental, puesto que pueden ser ellos los primeros en darse cuenta. El planteamiento dietético y nutricional es esencial y básico, ha de ser personalizado y siempre que se cumpla, asegura recuperación ponderal. A la vez que se va educando al paciente, han de irse añadiendo nuevos alimentos y nuevas cantidades de comida. Es importante que el paciente participe, si no, el resultado será el contrario.

Para que el tratamiento pueda ser ambulatorio, es imprescindible que la situación médica sea estable y no haya riesgo de suicidio. La vida académica, laboral y familiar son la base de este tratamiento y pueden ayudar en su avance. Se puede llevar a cabo cuando el IMC del paciente sea mayor o igual a 16 (31).

El principal objetivo es la recuperación del paciente. Esta recuperación es más importante que sea ponderal y gradual, ya que un avance rápido puede significar una mala recuperación y producir efecto rebote. Los requerimientos energéticos del paciente, irán en función de su masa corporal al inicio del tratamiento y de su IMC. Cuanto mejor es el peso inicial, mejor y mayor recuperación desarrollará el paciente y un mejor pronóstico obtendrá.

Al inicio, el tratamiento está dirigido a la mejora de la tolerancia de alimentos del paciente y a la mejora o consolidación de un buen estado general. Posteriormente, se procederá a la recuperación ponderal. Se encabeza la recuperación con una alimentación baja en cantidades energéticas, pero que asegure la hidratación del paciente; a partir de este punto, la realimentación se desarrollará de forma gradual. Cuando el paciente cuente con un buen y estable estado general, comenzará la introducción de calorías y con ello la ganancia de peso. Si el paciente posee un IMC inferior o igual a 15, su ingreso será obligatorio.

Según se van modificando las necesidades y la realimentación del paciente, se pueden utilizar diversos suplementos, bien sean calóricos, de vitaminas, de minerales... aunque no está completamente demostrado que sean beneficiosos. Igualmente, estos suplementos no pueden sustituir ninguna comida (34).

Este proceso de realimentación está totalmente supervisado por un equipo experto y multidisciplinar. Además, estos pacientes reciben a la vez la educación nutricional y las posibles terapias psicológicas (si fueran necesarias).

La utilización de nutrición enteral a través de sonda nasogástrica se daría en casos de pacientes que no admiten la ingesta y que su estado general pelagra. Asimismo, esta alimentación pone en duda la confianza entre el enfermo y los profesionales.

El caso de la nutrición parenteral es muy controvertido, puesto que solo se da en casos de riesgo vital del paciente o si la nutrición enteral ha fracasado (31).

En los pacientes crónicos con diversas recidivas, puede ser indispensable el tratamiento forzado con su ingreso hospitalario de forma involuntaria para poder preservar su vida. En estos casos, la prioridad es estabilizar el estado del paciente y eliminar el riesgo vital.

Por otro lado, la educación nutricional ha de hacerse de forma continua y avanzando poco a poco, el paciente ha de ir conociendo los beneficios de cada grupo de alimentos, la forma de cocinarlos y la importancia de cada uno, así como ir incluyéndolos en la dieta poco a poco. Es muy importante no olvidar que estas personas suelen tener muchos conocimientos acerca de la nutrición. La educación nutricional persigue la modificación del comportamiento, con una comprensión del problema y el conocimiento de los beneficios del cambio de actitud (35).

Actualmente se comienza a dar importancia a la terapia familiar, sobre todo en edades tempranas, puesto que si los padres apoyan a los pacientes, es más fácil que estos avancen en el tratamiento y la presión familiar acerca de la delgadez disminuirá. Además, no perderán ni su rol familiar ni sus relaciones, y se mantendrá como punto de apoyo y referencia. Pero se necesitan más estudios al respecto.

Un tratamiento holístico de la persona con AN debe incluir problemas de salud, aspectos nutricionales, funcionamiento neuro-cognitivo, alteraciones de la imagen personal, distorsiones cognitivas, relaciones interpersonales y familiares y la reinserción a nivel social y laboral.

1.11. Tratamiento psicológico de la AN.

En lo referente a un tratamiento psicológico, no existen pruebas específicas que avalen su grado de eficacia, no en uno específico para la AN. Actualmente se sustenta la teoría basada en la regulación, los pacientes sufren emociones o estados afectivos negativos e intentan escapar o regularlos a través de las conductas alimentarias inadecuadas, este hecho les conduce a desarrollar un trastorno de la alimentación; por ello, la anorexia se asocia con las emociones dolorosas. Por su parte, el tratamiento psicológico farmacológico es controvertido. También es cierto que los pacientes con AN pueden y suelen presentar dificultades emocionales, hasta el punto de desarrollar algún otro trastorno psicológico como las alteraciones en el reconocimiento emocional, que pueden ser (36):

- Déficit en el reconocimiento emocional propio: los pacientes poseen problemas al reconocer sus propias emociones, tanto a nivel adulto como en edades más tempranas; en las edades tempranas se puede confundir con los cambios que se producen en la adolescencia, pero empeoran con el desarrollo de la AN. No son capaces de reconocer sus emociones y necesidades, ni de expresarlas.
- Problemas en la cognición social: los pacientes son capaces de reconocer las emociones de las personas que les rodean, pero tienen problemas para relacionarse con ellos. Creen que no entienden su enfermedad, que no los apoyan y que se ponen en su contra; por ello se encuentran aislados muchas veces.

El tratamiento de la enfermedad está ligado al tratamiento de los factores que influyen en su desarrollo o en su consolidación. En el tratamiento psicológico debemos incluir algunos puntos como son la insatisfacción corporal y las alteraciones de la conducta o de la actitud hacia la comida. Además, se pueden desarrollar otros trastornos psicológicos como es el obsesivo-compulsivo o se mantenimiento.

Hemos de extender estos trastornos más allá, dado que su base radica en la baja autoestima, la necesidad de perfeccionismo y los problemas interpersonales o sociales (37).

1.12. Enfermería y la AN.

El papel de enfermería con los desórdenes alimentarios, en este caso la AN, comienza en la Atención Primaria (AP) y continua por cualquier ámbito que podamos imaginar.

Dado el gran aumento que está habiendo en la prevalencia estos últimos años, la concienciación del grave problema que supone es básica para poder tanto observar los posibles pacientes como captarlos y poder ayudarlos. Para poder llevar a cabo una buena actuación, todo el entorno ha de estar alerta e implicado; asimismo, esto nos ayudará en la detección precoz y con ello un mejor pronóstico del trastorno (38).

Cuando se sospecha de un caso, la actuación es indispensable, pero no podemos olvidar que el interés y la ayuda que aporte el propio paciente son esenciales para su recuperación. Por eso es básico entablar una buena comunicación y relación entre él y los diversos profesionales sanitarios. En este punto, enfermería puede desarrollar una gran labor y papel al estar más en contacto con el paciente y familiares que otros profesionales.

El enfermero también ayuda a resolver el resto de alteraciones que se produzcan en las necesidades del individuo, tanto las más básicas como la alimentación, autocuidado y aseo, como las más personales, los valores, las relaciones y las creencias (39).

2. Justificación y Objetivos.

La realización de este trabajo se debe al gran y rápido aumento de la prevalencia de la enfermedad.

Además, no podemos restar importancia al gran peso que tiene la sociedad sobre la delgadez o el ideal de belleza. En la actualidad, estar delgada no es sinónimo de estar sana. Las nuevas tecnologías tampoco ayudan, porque no hay un solo día que no veamos fotos de chicas o chicos delgados, poniendo folios o teléfonos sobre diversas partes de su cuerpo,

demostrando su delgadez, o mejor dicho, dejándonos verla. Algunas aplicaciones para los teléfonos móviles, como puede ser “Instagram”, que solo publica fotografías, puede hacer un gran daño sobre la mentalidad de las personas y sus creencias, puesto que si exploramos fotos de nuestro alrededor, veremos que predominan los cuerpos delgados sobre las curvas, aunque en la vida real no concuerden estos datos.

Por otro lado, las páginas web en internet nos proporcionan información rápida pero no siempre verídica, acerca de la salud, la nutrición, los TCA, la delgadez, dietas, métodos de conseguirla, supuestos resultados... Al mismo tiempo, cada vez es más fácil tener acceso a internet, sin tener en cuenta la procedencia de dicha información, ni si es verídica o no. En este aspecto, los adolescentes son un grupo de riesgo, al estar en contacto continuo con las nuevas tecnologías, y ser fácilmente influenciables (40).

Sería interesante que los organismos oficiales dieran más popularidad y mejoraran sus páginas web y la información que proporcionan.

Los objetivos específicos son:

- Estudiar el papel de enfermería en esta patología.
- Diferenciar las funciones de enfermería en Atención Primaria y Especializada.
- Establecer la importancia de la educación para la salud, tanto en el paciente con anorexia como a su entorno.
- Analizar la intervención enfermera, incluyendo la valoración y las intervenciones.

Los objetivos generales de este trabajo son la revisión y puesta al día de la anorexia nerviosa:

- Determinar qué son los trastornos del comportamiento alimentario y sus tipos.
- Estudiar la anorexia como enfermedad.
- Establecer la historia de la misma.

- Estudiar tanto la epidemiología como la etiología actual de la anorexia.
- Establecer el diagnóstico y las manifestaciones clínicas.
- Analizar los tratamientos actuales que se pueden proporcionar.

3. Material y Métodos.

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica, para la actualización del tema se analiza bibliografía especializada y publicaciones científicas.

Especificado el tema base de esta revisión bibliográfica, se determinan los términos de búsqueda, empleados en inglés y español. Las palabras clave utilizadas son: anorexia (anorexia), anorexia nerviosa (anorexia nervosa), adolescencia (adolescence), enfermería (nursing, nurse), epidemiología (epidemiology), etiología (etiology) y tratamiento (treatment). Los operadores booleanos utilizados son “AND” Y “OR”.

El periodo de la búsqueda bibliográfica comenzó en diciembre de 2015 y finalizó en mayo de 2016. Se han empleado libros de Medicina Interna, Psiquiatría y Nutrición para establecer las bases de la enfermedad; las bases de datos utilizadas son Medline-Pubmed, Scielo, Cochrane-Plus, Elsevier, Cuiden y Dialnet; las páginas de relevancia son el Instituto Nacional de Estadística, la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación; y, revistas de relevancia científica.

Los criterios de inclusión de los documentos para realizar la revisión fueron los comprendidos entre 2006 y 2016, dando relevancia a los artículos científicos comprendidos entre 2011-2016.

Los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta fueron artículos y documentos anteriores al año 2006, duplicados, no relacionados con la anorexia nerviosa en los adolescentes y que no estén publicados en documentos con relevancia científica.

Por otro lado, los casos clínicos han sido criterio de exclusión.

Realizada la búsqueda y desechados los documentos en base a los criterios de exclusión, se seleccionaron 46 documentos, cuyo contenido es la base para la realización de este trabajo.

4. Discusión.

Enfermería ha de estar presente en todos los campos que influyan tanto al paciente como a la familia del enfermo, y a las personas sanas. Para poder evitar este tipo de trastornos, es básica la educación sanitaria y la prevención.

Según Piqué (41), enfermería en Atención Primaria posee las bases para fomentar una buena educación y prevención de la AN. Al trabajar con adolescentes, lo ideal sería trabajar con grupos de edades similares, con previo conocimiento por parte de los padres. En estos grupos se trabajaría la educación para la salud, y se abarcarían puntos como la definición de AN, BN y obesidad; los factores de riesgo que influyen en su desarrollo; los signos y síntomas de alarma; los tratamientos y las consecuencias de las enfermedades; educación en la dieta equilibrada, los problemas secundarios de las dietas milagro y sus peligros; la imagen corporal; el ejercicio físico; la autoestima; la comunicación; y, diversas opciones lúdicas para realizar en el tiempo de ocio.

Martínez et al. (42), destacan la necesidad no solo de educar a los adolescentes, si no a las personas que les rodean, padres, profesores, entrenadores deportivos, monitores de ocio... Es necesario valorar y educar a todos los componentes del entorno del adolescente, para que estos no sean factores de riesgo del desarrollo de la enfermedad.

Una vez que se ha llevado a cabo la prevención y la promoción de la salud, se puede desarrollar la intervención terapéutica. Megías-Lizancos et al. (43), nos muestran los ámbitos que podrían componer esta intervención enfermera:

- Identificación y diagnóstico de la enfermedad.
- Información sobre la enfermedad.

- Intervención terapéutica.
- Seguimiento de la patología.

La detección del problema se lleva a cabo muchas veces en las consultas de Atención Primaria. El mayor problema, como dicen Ramírez et al. (44), es que los adolescentes no se sienten enfermos y no acuden a la consulta, a menos que sea por citación previa. Por ello, cuando acuden es importante preguntarles acerca de sus hábitos alimentarios, para poder llevar a cabo la detección del problema y avisar a los profesionales adecuados y necesarios. En estos casos, la mayoría de los cuestionarios son demasiado extensos para el tiempo que se dispone en la consulta, por ello se pueden utilizar otros como es el Cuestionario de SCOFF (45).

Una vez que se ha determinado el problema, para un completo diagnóstico y valoración del paciente, este es derivado al servicio de Salud Mental, para que un equipo especializado pueda conocer el caso y determinar cuáles son las mejores vías para conseguir la recuperación (41,44).

Proporcionar información a la persona afectada y a su familia, y el establecimiento de contacto e implicación de todas las partes, formarían la etapa de evaluación del paciente y de su entorno. A partir de este punto, se determinarían tanto el abordaje más recomendado como la ayuda a las diversas partes implicadas.

Como dice Martínez (42), la información se puede proporcionar tanto en la etapa de la prevención, como en la etapa de enfermedad. Son temas muy sensibles y complicados, por ello hay que tener gran paciencia al explicárselos a los diversos estamentos sociales, así como la capacidad de hacerles ver la importancia de conocerlos y su gravedad. Cuando el paciente ya ha desarrollado la enfermedad, son muy importantes algunas cualidades enfermeras como la empatía, la escucha activa, las habilidades para entablar y mantener la comunicación, evitar el juicio, ayudarle a reconocer su problema y evitar las culpas.

Cuando tratamos a un enfermo, no podemos evitar a la familia. Es un pilar fundamental tanto de la enfermedad, como del tratamiento y recuperación. Necesitan tanta educación como el paciente, escucha activa y complicidad, ya que para ellos, es un mundo nuevo y muy complicado. Además son una de las bases de la posible recuperación y empeoramiento de la enfermedad (42).

En la segunda fase, tratamiento, incluiríamos el cumplimiento del tratamiento y su buen seguimiento, la inclusión del enfermo y familia en programas específicos, y la ayuda ante cualquier necesidad nueva o modificaciones que fueran surgiendo (43).

El tratamiento a nivel hospitalario se compondría de un equipo multidisciplinar, para poder abordar todos los puntos. Enfermería y su valoración son una parte básica del mismo. Por ello, es importante que se valoren los diversos patrones funcionales de salud.

Esta valoración según las necesidades de Virginia Henderson estaría formada por (46,47):

- Necesidad 1: Respiración y circulación. Respecto a la respiración, suele ser eupneica, sin dificultad para llevarla a cabo y sin ruidos. La circulación se ve alterada por el enlentecimiento del pulso y los problemas cardíacos.
- Necesidad 2: Alimentación e hidratación. Son pacientes que cursan errores en sus hábitos alimentarios, niegan tener hambre o apetito, realizan dieta autoimpuesta, pierden peso, utilizan alimentos bajos en calorías, están obsesionados con la pérdida de peso, y, realizan compensación a través de la purga o los laxantes. Su hidratación se ve alterada por el uso de diuréticos.
- Necesidad 3: Eliminación. Generalmente presentan estreñimiento, con frecuencia utilizan laxantes y diuréticos. Este hecho puede producir alteraciones electrolíticas o de hidratación.
- Necesidad 4: Moverse y mantener la postura adecuada. Respecto a la postura, no presentan alteraciones. En relación a la movilidad, aumentan su actividad física, son muy obsesivos con el ejercicio y si no pueden llevarlo a cabo, presentan ansiedad.

- Necesidad 5: Dormir y descansar. Es frecuente la falta de sueño y de descanso. Su estado de inseguridad y de ansiedad no les permite un placentero descanso. Además, suelen estar siempre cansados, por la gran cantidad de actividad física que realizan y el continuo estado de catabolismo de su organismo.
- Necesidad 6: Vestirse y desvestirse. Su ropa suele ser oscura, por lo general negra; tienen problemas para encontrarla, pero son meticulosos en su organización y limpieza.
- Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal. Con el desarrollo de la enfermedad, la temperatura baja, por el descenso de su metabolismo.
- Necesidad 8: Higiene corporal e hidratación de la piel. Son meticulosos en su higiene y cuidan la piel con productos especiales; pero esto no impide que se produzcan modificaciones.
- Necesidad 9: Seguridad. Son personas obsesivas con su estado físico, y no ven el problema que supone la enfermedad, ni sus consecuencias. Solo buscan ayuda cuando sienten problemas físicos. Al perder su roles, los peligros en el trabajo o la escuela se anulan. Además, hemos de tener en cuenta que no se sienten enfermos, ni física ni psicológicamente.
- Necesidad 10: Comunicación. Son personas solitarias, evitan los eventos sociales al sentirse incomprendidas. Aparecen conflictos en sus relaciones personales, por la disparidad de opiniones. A la hora de comunicarse con su pareja, pierden el interés sexual, unido a su auto percepción deteriorada, hacen que las relaciones en pareja sean complicadas.
- Necesidad 11: Creencias y valores. Tanto las creencias como los valores suelen pasar a un segundo plano; su principal preocupación es el peso y la figura, y, suelen sufrir distorsiones cognitivas tanto con los pensamientos como con los sentimientos.
- Necesidad 12: Autorrealización. Pierden sus roles, tanto en el trabajo como en su propio hogar. Son personas que pierden la

capacidad de auto cuidarse y cuidar del resto. Este hecho hace que necesiten ser cuidados de forma continua.

- Necesidad 13: Ocio y actividades recreativas. Se centran en actividades solitarias. Su ocio se centra en la realización de actividad física.
- Necesidad 14: Aprender. Las actividades a las que se dedican las desarrollan en plenitud. Pero cuando tienen que aprender a seguir el tratamiento, por lo general, tienen problemas para hacerlo.

Las intervenciones que se pueden llevar a cabo con este tipo de pacientes y las alteraciones que se dan en sus necesidades, comprenden un amplio y complejo tratamiento. Es importante que llevemos a cabo actividades para evitar poner en riesgo su vida y para poder mejorar su estado de ánimo y sus relaciones interpersonales. Estas intervenciones se pueden clasificar en (43):

- Educación sanitaria, tanto en lo referido a la dieta y comida, como en la relajación o los cambios que se producen en su organismo.
- Apoyo emocional, resaltando la importancia de expresar sus sentimientos, de comunicarse y apoyarse en su entorno, así como aprender a controlar tanto su inseguridad como su desconfianza.
- Seguimiento de la evolución del paciente, controlando las constantes vitales y parámetros antropológicos, valorando los límites a los que se puede llegar, y, sobre todo, estableciendo las bases del autocuidado.

Al ser enfermedades de larga evolución es imprescindible entablar una correcta relación y determinar los roles y funciones de cada uno. De igual forma, estos enfermos suelen perder una parte o la totalidad de sus papeles ocupacionales, puesto que al estar enfermos, ingresados y/o en continuo tratamiento, no pueden desempeñarlos (42).

El enfermero es un miembro esencial en el equipo multidisciplinar. Ofrece sus atenciones tanto al paciente como a la familia. Sus roles se pueden dividir en los aspectos más clínicos, como podrían ser la administración y el control de la dieta, la recogida de datos clínicos, toma de constantes vitales... Y

en su papel más psicológico o psicosocial, intentando entender al paciente y poniéndose en su lugar para entenderlo, favorecer sus relaciones interpersonales, apoyar en todo momento, poner límites en su vida para que pueda progresar el tratamiento, enseñar el autocuidado y el bienestar, y, promover la autonomía del paciente a medida que avanza en su mejoría (41,43).

La mayoría de los roles o papeles que se pierden están en relación con el trabajo o los estudios, los amigos y aficiones y la pareja. No siempre se pierden estos papeles, pero en muchos casos sí se dan, ya que el propio enfermo se aísla de su vida cotidiana para poder llevar a cabo sus técnicas de pérdida de peso o mantenimiento bajo del mismo.

Además, con la pérdida del trabajo y de las aficiones se comienza a perder relación social, se aíslan, y cada vez les cuesta más comunicarse, ser flexibles y sociables, y mantener su estatus social. Pierden la capacidad de empatizar y asocian las relaciones sociales a sentimientos negativos, por ello pierden a la pareja y a los amigos (41).

Es importante que el enfermero conozca estas situaciones y se dé cuenta de cuándo o cómo ocurren; así, podrá poner límites en los pensamientos negativos del paciente, convocar al entorno y realizar terapia en grupo con los mismos, así como charlas explicativas o formativas sobre la propia AN (39).

5. Conclusiones.

Las conclusiones del presente trabajo son:

- El profesional de enfermería es fundamental a la hora de tratar a los pacientes con anorexia nerviosa. El tratamiento debe implicar a sus respectivas familias
- Enfermería en Atención Primaria posee las bases para la prevención de la enfermedad y la educación sobre la misma. Será

importante captar a los adolescentes que sufren la anorexia para poder trabajar con ellos.

- La Atención Primaria es el lugar adecuado para detectar el problema, siendo conveniente que los adolescentes realicen más visitas a la consulta de atención primaria.
- El tratamiento de estos pacientes se realizará por parte de un equipo multidisciplinar.
- Las intervenciones que puede llevar a cabo enfermería en el ámbito hospitalario se basan en la educación sanitaria, el apoyo emocional y el seguimiento de la evolución del paciente.
- El profesional de enfermería debe realizar una valoración holística de la persona y de esta forma observar sus alteraciones.
- Es necesaria la realización de más estudios acerca del papel de enfermería, para poder protocolizar sus actuaciones.

6. Bibliografía.

1. Kliegman R, Staton B, Schor N, St Geme J, Behrman R. Nelson Tratado de Pediatría. 19th ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
2. de Mateo Silleras B, redondo del Río P, Camina Martín A, Soto Célix M, Alonso Torres, Miján de la Torre A. Efecto de la realimentación en la composición corporal de mujeres con anorexia nerviosa restrictiva; antropometría frente a impedancia bioeléctrica. Nutr Hosp. 2013 Jun; 28(5):1717-1724.
3. Longo D, Kasper D, Jameson JL, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J, editors. Harrison Principios de Medicina Interna. 18th ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2012.
4. Fernández Hernández AM. Historia de la anorexia nerviosa. Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide. 2015 Dec; 20.
5. Abreu de la Torre CL. La anorexia nerviosa. Un enfoque crítico desde la concepción materialista de la historia. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. 2006; 3(1).
6. Zhang C. What can we learn from the history of male anorexia nervosa? Journal of Eating Disorders. 2014 Julio; 2(138):1-4.
7. Pike , Kathleen , Dunne P. The rise of eating disorders in Asia: a review. Journal of Eating Disorders. 2015 Septiembre; 3(33):1-14.
8. Hotta M, Horikawa R, Mabe H, Yokoyama S, Sugiyama E, Yonekawa T, et al. Epidemiology of anorexia nervosa in Japanese adolescents. BioPsychoSocial Medicine. 2015 Julio; 9(17):1-6.
9. Rauof M, Ebrahimi H, Jafarabadi M, Malek A, Kheiroddin J. Prevalence of Eating Disorders Among Adolescents in the Northwest of Iran. Iran Red Crescent Med J. 2015 Octubre; 17(10):1-5.
10. Holland J, Hall N, Yeates D, Goldacre M. Trends in hospital admission rate forma norexia nervosa in Oxford (1968-2011) and England (1990-2011): database studies. The Royal Society of Medicine. 2016; 109(2):59-66.
11. Álvarez-Malé M, Bautista I, Serra L. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. Nutr Hosp. 2015 Enero; 31(5):2283-2288.

12. Dueñas Disotuar Y, Murray Hurtado M, Rubio Morell B, Murjani Bharwani S, Jiménez Sosa A. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutrición Hospitalaria*. 2015 Agosto; 32(5):2091-2097.
13. Portela de Santana M, da Costa Ribeiro H, Mora Giral M, Raich R. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*. 2012; 27(2):391-401.
14. Cederlöf M, Thornton L, Baker J, Lichtenstein P, Larsson H, Rück C, et al. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry*. 2015 Octubre; 14(3):333-338.
15. Ausero Fernández R, Avargues Navarro M, Martín Monzón B, Borda Mas M. Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología*. 2012 Agosto; 5(2):39-45.
16. Solano Pinto N, Cano Vindel A. Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*. 2012 Enero; 24(3):384-389.
17. Bully P, Elosua P, López-Jáuregui A. Insatisfacción corporal en la adolescencia: Evolución de una década. *Anales de Psicología*. 2012 Enero; 28(1):196-202.
18. Paredes F, Nessier C, González M. Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. *Diaeta*. 2011 Septiembre; 29(136).
19. Mataix Verdú J. Tratado de Nutrición y Alimentación. Segunda edición ed. Mataix Verdú J, editor. Barcelona: Oceano Ergon; 2008.
20. Bueno M, Sarría A, Pérez-González J. Nutrición en Pediatría. Tercera edición ed. Madrid: Ergon; 2007.
21. Psiquiatría AAd. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5th ed. Madrid: Panamericana; 2014.
22. Jáuregui-Lobera I. Executive functions in anorexia nervosa. *Nutrición Hospitalaria*. 2014; 29(3):500-507.

23. Oltra Cucarella J, Espert Tortajada R, Rojo Moreno L. Neuropsicología y anorexia nerviosa. Hallazgos cognitivos y radiológicos. Elsevier. 2012; 27(8):504-510.
24. Overas M, Kapstad H, Brunborg C, Landro N, Lask B. Are poor set-shifting abilities associated with a higher frequency of body checking in anorexia nervosa? *Journal of Eating Disorders*. 2015; 3(17):1-8.
25. Lenoir M, Silber T. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. *Arch. Argent. Pediatr*. 2006 Agosto; 104(4).
26. Gil Hernández Á, al e. Tratado de Nutrición. Tomo IV: Nutrición Clínica. Segunda edición ed. Madrid: Médica Panamericana, D.L.; 2010.
27. Westmoreland P, Krantz M, Mehler P. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*. 2016 Enero; 129(1):30-37.
28. Mascolo M, Dee E, Townsend R, Crinton J, Mehler P. Severe gastric dilatation due to superior mesenteric artery syndrome in anorexia nervosa. *Int Jou of Eating Disorders*. 2015 Enero; 48(5):532-534.
29. Yahalom M, Spitz M, Sandler L, Heno N, Roguin N. The Significance of Bradycardia in Anorexia Nervosa. *International Journal of Angiology*. 2013 Mayo; 22(2):83-94.
30. Sabel A, Gaudiani J, Statland B, Mehler P. Hematological abnormalities in severe anorexia nervosa. *Annals of Hematology*. 2013 Mayo; 92(5):605-613.
31. Jáuregui-Lobera I, Bolaños-Ríos P. Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Rev Med Chile*. 2012; 140:98-107.
32. Rojo Moreno L, Plumed Domingo J, Conesa Burguet L, Vaz Leal F, Diaz Marsá M, al e. Los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones sobre nosología, etiopatogenia y tratamiento en el siglo XXI. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012 Marzo; 5(3):197-204.
33. 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. *BMC Psychiatry*. 2015; 15(140):1-8.
34. Gentile M, Pastorelli P, Ciceri R, Manna G, Collimedaglia S. Specialized refeeding treatment for anorexia nervosa patients suffering from extreme undernutrition. *Clinical Nutrition*. 2010 Marzo; 29:627-632.

35. Loria Kohen V, Gómez Candela C, Lourenço Nogueira A, Castillo Rabaneda R, Villarino Marin M. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutr Hosp.* 2009; 24(5):558-567.
36. Calvo Sagardoy R, Gallego Morales L, Solórzano Ostolaza G, Kassem García S, Morales Martínez C, Codesán Julián R, et al. Procesamiento emocional en pacientes con trastornos de conducta alimentaria adultas vs adolescentes; reconocimiento emocional y teoría de la mente. *Nutr Hosp.* 2014 Febrero; 29(4):941-952.
37. Marco J, Perpimá C, Botella C. Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de Psicología.* 2014 Mayo; 30(2):422-430.
38. González Villanueva P. Enfermería de la infancia y la adolescencia. Primera edición ed. Pedraz Marcos A, editor. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2012.
39. Quiles-Cestari L, Pessa Ribeiro R. Los papeles ocupacionales de mujeres con anorexia nervosa. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012 Abril; 20(2):1-8.
40. González-Soltero R, Blanco M, Biscaia J, Mohedano R, Grille-Mariscal M, Blanco M. Análisis del contenido, posicionamiento y calidad de páginas web en español relacionadas con la nutrición y los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutr Hosp.* 2015; 31(3):1394-1402.
41. Piqué Prado E. Guía de buenas prácticas en Atención Primaria con perspectiva de género. *Index de Enfermería.* 2011 Diciembre; 20(4).
42. Martínez Riera J, del Pino Casado R. Manual práctico de enfermería comunitaria. Primera edición ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
43. Megías-Lizancos F, Serrano Parra M. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Segunda edición ed. Acebes Seisdedos E, editor. España: Enfermería S 21; 2009.
44. Ramírez Arrizabalaga R, Julián Viñals R, Melgar Borrego A, Gómez Lumbreras A. Detección precoz, en atención primaria, de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. *Aten Primaria.* 2007; 39(6):330-331.

45. Campo-Arias A, Díaz-Martínez L, Rueda-Jaimes G, Martínez-Mantilla J, Amaya-Naranjo W, Campillo H. Consistencia interna y análisis factorial del cuestionario Scoff para tamizaje de Trastorno de Conducta Alimentaria en adolescentes estudiantes: una comparación por género. Univ Psychol Bogotá. 2006 Julio; 5(2):295-304.
46. Megías-Lizancos F, Serrano Parra D. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Segunda edición ed. Mompert García P, editor: Enfermería S21; 2009.
47. García R. Fundamentos de enfermería. Segunda edición ed. Madrid: Difusión en avances de enfermería; 2009.
48. de Irala J, Cano-Prous A, Lahoritiga-Ramos F, Gual-García P, Martínez-González MCE. Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. Med Clinica. 2008; 487(91):487-491.
49. Costain G, Ramírez C, Rodríguez-Gázquez M, Álvarez M, Marín C, Agudelo C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. Aten Primaria. 2014 Abril; 46(6):283-289.

7. Anexos.

7.1. Anexo I: Escala de Actitud Alimentaria 40.

Escala de Actitud Alimentaria (EAT-40) (48):

Tabla 1: Escala de Actitud Alimentaria (EAT 40) (48)

<i>Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso.</i>									
A: Nunca	B: Casi nunca	C: Algunas veces	D: Bastantes veces	E: Casi siempre	F: Siempre				
				A	B	C	D	E	F
1. Me gusta comer con otras personas									
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como									
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas									
4. Me da mucho miedo pesar demasiado									
5. Procuro no comer aunque tenga hambre									
6. Me preocupo mucho por la comida									
7. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer									
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños									
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como									
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono									
11. Me siento lleno/a después de las comidas									
12. Noto que los demás preferirían que no comiese más									
13. Vomito después de haber comido									
14. Me siento muy culpable después de comer									
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a									
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías									
17. Me peso varias veces al día									
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada									
19. Disfruto comiendo carne									
20. Me levanto pronto por las mañanas									
21. Cada día como los mismos alimentos									
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio									
23. Tengo la menstruación regular									

24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que otras personas						
27. Disfruto comiendo en restaurantes						
28. Tomo laxantes (purgantes)						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar						
30. Como alimentos de régimen						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						
32. Me controlo en las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incómoda después de comer dulces						
37. Me comprometo a hacer régimen						
38 Me gusta sentir el estómago vacío						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabores						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						
TOTAL:						

7.2. Anexo II: Cuestionario Scoff para adolescentes.

Versión del Cuestionario Scoff para adolescentes (45):

Tabla 2: Cuestionario Scoff para adolescentes (45)

Ítem	Pregunta
1	¿Usted se provoca el vómito porque se siente lleno?
2	¿Le preocupa que haya perdido el control sobre la cantidad de comida que ingiere?
3	¿Ha perdido recientemente más de 7 kg en un periodo de 3 meses?
4	¿Cree que está gordo aunque los demás digan que está demasiado delgado?
5	¿Usted diría que la comida domina su vida?

7.3. Anexo III: Escala de Actitud Alimentaria 26.

Escala de Actitud Alimentaria (EAT-26) (49):

Tabla 3: Escala de Actitud Alimentaria (EAT 26) (49)

<i>Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso.</i>									
Nunca	B: Casi nunca	C: Algunas veces	D: Bastantes veces	E: Casi siempre	F: Siempre				
				A	B	C	D	E	F
1. Me da mucho miedo pesar demasiado									
2. Procura no comer aunque no tenga hambre									
3. Me preocupó mucho por la comida									
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer									
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños									
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como									
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono									
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más									
9. Vomito después de haber comido									
10. Me siento muy culpable después de comer									
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a									
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías									
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a									
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo									
15. Tardo en comer más que otras personas									
16. Procuro no comer alimentos con azúcar									
17. Como alimentos de régimen									
18. Siento que los alimentos controlan mi vida									
19. Me controlo en las comidas									
20. Noto que los demás me presionan para que coma									
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida									
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces									
23. Me comprometo a hacer régimen									
24. Me gusta sentir el estómago vacío									
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas									
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas									

