

PAULA GUINOT PERSONAT

**FACTORES DE RIESGO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LA
ANOREXIA NERVIOSA: PREVENCIÓN EN ADOLESCENTES
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por:

Dra. Silvia Reverté Villarroya

Facultad de Enfermería, Campus Terres de l'Ebre



**FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili**

TORTOSA 2019/2020

Agradecimientos

A mi madre y mi padre, por estar siempre a mi lado, cuidándome y apoyándome, dejando que cumpla mis sueños y dándolo todo por mí.

A mi hermano, por ser mi mitad, mi cómplice de siempre y fiel compañero. Siempre te estaré cuidando, a pesar de la distancia.

A Carlos, por aguantar mis arrebatos en momentos de estrés o tensión, ¡este año te tocaba a ti! Te quiero.

A mis tíos y primos, por acompañarme en este camino y preocuparse siempre por mí, vuestro apoyo ha sido necesario en los momentos de debilidad.

A Rubén, por estar siempre a mi lado, escuchando mis largos audios explicando cualquier cosa. Porque sin ti, no habría descubierto la URV. Mil gracias por todo.

Al gran descubrimiento de la carrera, mi piña, Amanda, Leire, Fiorella, Eulalia, Yasmina, Sergi, estos cuatro años no habrían sido lo mismo sin vosotros. Momentos únicos se quedarán en mi mente para siempre. ¡Qué gran equipo hemos hecho y en qué bonitas Enfermeras nos hemos convertido! ¿Repetimos?

A mis compañeras de tutora de TFG, Angela, Anna, Cristina y Eulalia porque hemos hecho equipo y por el apoyo mutuo. Los nervios y la desesperación los hemos pasado juntas, ahora toca celebrarlo ¿no?

A mi tutora del TFG, Silvia Reverté Villarroya, por la paciencia, tiempo, dedicación y por guiarme en la realización de este trabajo.

A mi ángel de la guarda, mi abuelo, porque sé que estés donde estés, estarás muy orgulloso de mí, porque también gracias a ti, soy lo que soy ahora. Ojalá estuvieras aquí.

Y, por último, a todos los profesionales sanitarios que se han cruzado en mi camino durante estos cuatro años, Lluïsa, Ana, Leyre, Toni, Mireia, Àngela, etc. de cada uno de ellos he cogido lo que más me gustaba para así, a partir de ahora, convertirme en la enfermera que quiero ser el resto de mi vida.

Ahora se cierra una etapa, pero empieza otra, que espero disfrutarla y aprovecharla como estos últimos cuatro años, gracias a todos, sin vosotros no habría sido lo mismo.

Relación de siglas y acrónimos

- AN: *Anorexia Nerviosa*
- TCA: *Trastorno de la Conducta Alimentaria*
- DMS V: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*
- CIE - 10: *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición*
- IMC: *Índice de Masa Corporal*
- BN: *Bulimia Nerviosa*

RESUMEN

Introducción: la anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad de salud mental caracterizada por la pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el propio enfermo, acompañada de anorexia, amenorrea y alteraciones del comportamiento. Saber los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas tempranas ayuda a una detección precoz del problema y consecuentemente una mejor evolución de la enfermedad.

Objetivos:(a) estudiar estrategias de prevención primaria de la enfermera de la AN y el impacto en la población, (b) determinar manifestaciones clínicas iniciales y complicaciones potenciales de AN en la población adolescente, (c) estudiar el entorno familiar y su papel en la enfermedad de la paciente con AN, (d) estudiar los factores de riesgo influyentes en la presentación de la AN en adolescentes y establecer un perfil sociodemográfico, (e) determinar la relación terapéutica de las enfermeras en la atención a pacientes con AN.

Metodología: se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos Pubmed, Dialnet, Scopus, Cinahl, Web of Science y Scielo. Se siguieron las directrices de búsqueda según la Declaración PRISMA y se aplicaron los criterios de calidad CASPe.

Resultados: según los criterios de inclusión y exclusión establecidos, fueron seleccionados para el análisis 11 estudios cuantitativos y 6 estudios cualitativos. Todos tienen una alta calidad basándonos en el cuestionario Caspe (puntuaciones >a 8). Las adolescentes son la población más susceptible de padecer AN. La insatisfacción corporal, baja autoestima y el perfeccionismo son características nucleares de la enfermedad. En cuanto los factores de riesgo, el deterioro funcional, afecto negativo e IMC bajo son predictores de la enfermedad. Sus síntomas son frialdad, palidez cutánea, bradicardia, abuso de laxantes, conductas purgativas y distorsión de la imagen corporal entre otros. Cabe destacar que las enfermeras deben actuar con autoridad y establecer una relación terapéutica con las adolescentes para pactar metas alcanzables y motivarlas a adquirir unos buenos hábitos.

Conclusión: la preocupación excesiva por la apariencia física en la sociedad actual está inculcada a través de los medios de comunicación, los cuales relacionan indirectamente la delgadez con la belleza, el éxito y el ser aceptado. Desde Enfermería, es importante implantar un programa de prevención primaria, que ayude a reducir la vulnerabilidad de las adolescentes, implicando también a los padres para adquirir una buena cobertura de la AN.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa, Diagnóstico precoz, Enfermería, Adolescentes, Prevención Primaria, Bulimia Nerviosa.

ABSTRACT

Background: Anorexia nervosa (AN) is a mental health disease characterized by deliberate weight loss, induced and maintained by the patient himself, accompanied by anorexia, amenorrhea, and behavioral disorders. Knowing risk factors and early clinical manifestations helps early detection of the problem and consequently better disease progression.

Objectives:(a) to study primary prevention strategies for the AN nurse and the impact on the population, (b) to determine initial clinical manifestations and potential complications of AN in the adolescent population, (c) to study the family environment and its role in the patient's disease with AN, (d) to study the influential risk factors in the presentation of AN in adolescents, and establish a sociodemographic profile, (e) to determine the behavior or attitudes of nurses in care for patients with AN.

Methods: a systematic review of the literature was carried out in the Pubmed, Dialnet, Scopus, Cinahl, Web of Science, and Scielo databases. Search guidelines were followed under the PRISMA Declaration and CASPe quality criteria were applied.

Results: according to the inclusion and exclusion criteria established, 11 quantitative studies and 6 qualitative studies were selected for analysis. All have a high quality based on the CASPe questionnaire (scores greater than 8). Adolescent girls are the most susceptible population when it comes to being influenced by the media and consequently having AN. Body dissatisfaction, low self-esteem, and perfectionism are nuclear characteristics of AN. As for risk factors, functional impairment, negative affection, body dissatisfaction and low BMI are predictors of the disease. Symptoms include coldness, skin pallor, bradycardia, laxative abuse, purgative behaviors, body image distortion among others. It should be noted that nurses must act with authority and establish a therapeutic relationship with adolescent girls to agree on achievable goals and motivate them to acquire good habits.

Conclusion: excessive concern for today's society over physical appearance instilled through the media which indirectly link thinness to beauty, success and acceptance. In addition to the need to implement a primary prevention program that helps reduce the vulnerability of adolescent girls, also involving parents in order to acquire good coverage of AN.

Keywords: Anorexia Nervosa, Early Diagnosis, Nursing, Adolescent, Primary Prevention, Bulimia Nervosa.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Relación de siglas y acrónimos.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
1.JUSTIFICACIÓN:	8
2. Pregunta PICO:	9
3.MARCO CONCEPTUAL:	10
3.1.DEFINICIÓN Y TIPOS:	10
3.2. EPIDEMIOLOGÍA.	11
3.3. FACTORES DE RIESGO.....	12
3.4. CLÍNICA	15
3.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	17
3.6. TRATAMIENTO:.....	19
3.7 COMPLICACIONES	22
3.8 PREVENCIÓN	23
3.9 ABORDAJE ENFERMERÍA	26
4.OBJETIVOS:.....	29
5.METODOLOGÍA.....	29
6.RESULTADOS	31
7.DISCUSIÓN.....	44
8.LIMITACIONES	56
9.CONCLUSIONES.....	56
10.LÍNEAS FUTURAS DE ESTUDIO	58
11.BIBLIOGRAFÍA.....	59
12. ANEXO I.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de hospitalización a pacientes con AN.	20
Tabla 2. Búsqueda en PUBMED.....	33
Tabla 3. Búsqueda en SCOPUS	33
Tabla 4. Búsqueda en SCIELO	34
Tabla 5. Búsqueda en DIALNET.....	34
Tabla 6. Búsqueda en WEB OF SCIENCE	35
Tabla 7. Búsqueda en CINAHL.....	35
Tabla 8. Resultados de los artículos seleccionados para el estudio	36
Tabla 9: Revisión de los artículos recuperados con la lista CASPe para estudios cuantitativos.....	43
Tabla 10: Revisión de los artículos recuperados con la lista CASPe para estudios cualitativos.....	43

1. JUSTIFICACIÓN:

El significado de la palabra anorexia es falta de apetito. La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno grave de la conducta alimentaria caracterizado por pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el propio enfermo, acompañada de anorexia, amenorrea y alteraciones del comportamiento(1). Las personas que padecen esta enfermedad de salud mental tienen una constante preocupación por la comida y por el temor a ganar peso.

En las personas diagnosticadas de AN se observa una restricción de ingesta energética por debajo de sus necesidades, que asociada a la edad, el sexo y la salud física conlleva a un peso corporal significativamente bajo. Además, presentan un miedo desproporcionado a engordar o aumentar de peso, incluso en situaciones de bajo peso extremo, lo que indica una alteración de la autopercepción corporal grave(2).

Hasta hace unos 30 años, la AN se había mantenido como un trastorno poco frecuente que no necesitaba la atención ni de psiquiatras ni de médicos de familia. Sin embargo, durante los años cincuenta y sesenta, aumentó la prevalencia de dicha enfermedad en el mundo occidental, viéndose en las últimas décadas un incremento evidente. Según estudios realizados en países desarrollados en los últimos años, se habla de un incremento que va desde el 0'42 - 0'45 por 100.000 habitantes. Para la población de riesgo (mujeres de 12 - 24 años) se habla de entre un 0'4% y un 1%. Además, otros estudios han evidenciado el crecimiento en mujeres adultas. Las cifras de prevalencia varían de unos países a otros. En el mundo occidental se considera que es de 1'1% en los adolescentes de sexo femenino, y la proporción entre sexos es de 1 varón cada 10 mujeres(1).

En el curso escolar 2018/2019 la Asociación contra la Anorexia y la Bulimia puso en marcha una encuesta a los jóvenes entre 12 y 16 años de toda Cataluña. Dicha encuesta reveló que un 23% de los adolescentes han hecho dieta para adelgazar sin control de un especialista (45% mujeres y 4% hombres) y esto es un posible desencadenante de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). El 39% de los adolescentes sufrieron en algún momento burlas por su físico; los comentarios negativos sobre el físico de una persona también es un factor de riesgo para sufrir algún TCA(3).

Por otra parte, los estudios de prevalencia muestran invariablemente que hay más casos en poblaciones escolares que los relevados por los estudios clínicos. Cabe suponer que hay casos en los que la persona experimenta períodos cortos de problemas alimentarios, los cuales remiten espontáneamente. También en ciertas profesiones como bailarinas o modelos, se pueden observar ciertas actitudes que pueden llevar a este problema, como puede ser la obsesión por su cuerpo o por la alimentación.

Se han creado ciertos programas como puede ser el de “*salut i escola*” en el cual se pretende mejorar la salud de los adolescentes mediante acciones de promoción de la salud, prevención de las situaciones de riesgo y la atención precoz de los problemas de salud mental donde se incluiría los TCA y la AN.

Por todo lo expuesto, parece que aun existiendo bastantes estrategias de prevención y detección precoz, siguen incrementado exponencialmente los casos de AN. La población no es consciente de que la AN no es solo que la persona no quiere comer porque se ve gorda, sino que existen más factores para que se desencadene dicha enfermedad. Con este trabajo se pretende estudiar todas aquellas intervenciones propias de la enfermera asociadas en la detección precoz y la prevención de la AN.

2. PREGUNTA PICO:

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas o factores de riesgo más prevalentes en la AN para la detección precoz y/o prevención de la AN en adolescentes?

P: Adolescentes

I: Factores de riesgo y/o manifestaciones clínicas

C: No se compara

Outcome (resultado): Prevención y detección precoz de la anorexia nerviosa

3. MARCO CONCEPTUAL:

3.1. DEFINICIÓN Y TIPOS:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la AN es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia(4).

La AN es una enfermedad de salud mental incluida en los TCA en la cual puede correr peligro la vida de la persona que la sufre. Se caracteriza por el rechazo o la incapacidad de la paciente de mantener un peso corporal dentro de los límites para su edad y constitución física, temor excesivo a aumentar de peso, percepción distorsionada de su figura corporal y del tamaño del cuerpo y la incapacidad o la negativa a reconocer la existencia o gravedad del problema. En las mujeres que lo sufren se puede apreciar amenorrea. Además, pueden aparecer síntomas psiquiátricos como ansiedad elevada, alteración del estado de ánimo siendo la más frecuente la depresión, irritabilidad, fatiga. Estas pacientes no pierden el apetito, sino que lo ignoran, así como los signos de debilidad física y cansancio. Se puede apreciar en ellas conductas inusuales como negarse a comer en presencia de otras personas o cortar la comida en trozos pequeños, también tienen una obsesión con el ejercicio físico(5,6).

Según las clasificaciones utilizadas actualmente, podemos encontrar y diferenciar dos tipos de AN(2,6):

- *Tipo restrictivo:* En los últimos tres meses no ha habido ningún episodio de atracón o purga. La pérdida de peso se produce por un aumento de ejercicio físico, dieta o practicando el ayuno.
- *Tipo compulsivo/purgativo:* En los últimos tres meses, la persona recurre a los atracones (entendido como ingesta de una gran cantidad de comida en 2 horas o menos) o purgas (entendido como conducta por la cual se expulsa el alimento mediante el vómito o uso de laxantes, diuréticos o enemas) aun ingiriendo poca cantidad de comida.

Además, las pacientes con AN, pueden encontrarse en dos situaciones diferentes por lo que se debe especificar si están en:

- *En remisión parcial:* el/la paciente no tiene bajo peso corporal, pero continúa teniendo miedo intenso a aumentar de peso y/o tiene alteración de su propia imagen.
- *En remisión total:* el/la paciente tienen los criterios nombrados en el apartado anterior pero no en un periodo de tiempo continuado.

Existe otro tipo de AN, la anorexia nerviosa atípica, la cual se determina cuando una persona no cumple todos los criterios anteriormente nombrados típicos de la AN, como la amenorrea o la pérdida significativa de peso, pero el resto si los cumplen.

3.2. EPIDEMIOLOGÍA.

Los TCA son patologías que han incrementado en mayor medida su incidencia en los últimos años(5). La prevalencia de AN es de 0'5 a 1% en los países desarrollados y la relación de mujeres y hombres es de 10:1(7).

En la actualidad, la incidencia de la AN es de 30 mujeres menores de 25 años por cada 100.000 habitantes. Los hombres representan un 5 – 10% del total. La edad de inicio más frecuente de dicho problema de salud mental es de 13 a 18 años las personas que no cumplen todos los criterios de la AN tienen una incidencia y prevalencia mayor en la población adolescente(5).

En Cataluña, los TCA afectan a un 6% de la población adolescente, esto quiere decir que hay 1'5 alumnas por aula que sufren esta enfermedad(8). En 2019 se realizó un estudio en el cual se encuestaba a adolescentes de 12 a 16 años. Este estudio revela que un 23% de los adolescentes hacen dieta para adelgazar. Un 8% de los encuestados cree que puede estar sufriendo un problema de alimentación y un 18% no lo tiene claro. La mayoría de los jóvenes hace por lo menos una comida con su familia y el 72% utiliza algún aparato electrónico durante las comidas(3).

La mortalidad a corto plazo de la AN es relativamente baja, del 1 al 5%, aunque a largo plazo asciende al 2% y casi la mitad corresponden al suicidio consumado. Las adolescentes pierden el control de la situación y deciden acabar con el sufrimiento que sienten quitándose la vida(7).

3.3. FACTORES DE RIESGO

Aun existiendo varios estudios sobre la AN y los TCA, no quedan claros los factores determinantes y el papel del medio ambiente en la aparición de la AN en la adolescencia. A continuación, se describen los factores de riesgo de la AN en adolescentes en tres grandes grupos:

- **Factores biológicos:**

- Genéticos: no existe un único gen que cause el TCA, sino que un conjunto de ellos propician la vulnerabilidad a padecerlo. Se estima que, durante la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del 50 al 85% de los factores riesgo y de la preocupación con el peso y la forma del cuerpo. El deseo de estar delgado y la insatisfacción corporal, la pérdida de peso intencional y el comportamiento alimentario anormal fueron significativamente más bajos entre los niños en comparación con las niñas. Se conoce que los efectos genéticos destacaban sobre los síntomas de AN mostrados en la pubertad y no antes ni después.
- Pubertad: el inicio de la pubertad se produce por la liberación de hormonas a través del eje hipotálamo - hipófiso - gonadal, caracterizado por el desarrollo y maduración de los órganos sexuales en los adolescentes, así como el crecimiento, el aumento de peso y desarrollo de la identidad. Esta nueva estructura corporal en las niñas se opone a lo establecido como un ideal de belleza para las mujeres, pudiendo ver así la presión por ser delgada que esto supone en ellas repercutiendo en una menor satisfacción con su imagen corporal y con ello la posible aparición de la AN.
- Sobrepeso y obesidad: la obesidad es un problema de salud importante en la infancia y la adolescencia, especialmente en los países desarrollados. En el mundo en el que vivimos, los alimentos con altas calorías y de bajo coste están al alcance de todos, lo cual favorece al sobrepeso y la obesidad. Los adolescentes con sobrepeso habitualmente están sometidos a las presiones socio –culturales y de los medios de comunicación por tener un cuerpo “ideal”, llegando así a valorar negativamente su cuerpo y empezar a realizar conductas inusuales con la comida. Un estudio demuestra que el 40% de las niñas y el 20% de los niños con sobrepeso estaban involucrados en por lo menos un comportamiento alimentario inusual. En definitiva, se puede afirmar que la obesidad en la adolescencia es una condición de riesgo para desarrollar AN(9).

▪ **Factores socio – culturales:**

- Presiones socio – culturales sobre el peso: muchos adolescentes están centrados en un ideal de belleza inalcanzable debido a las presiones socioculturales (medios de comunicación o las relaciones interpersonales), los cuales los llevan a la insatisfacción con la imagen corporal y la posible aparición de la AN. Se puede observar que la familia ejerce influencia en los niños adolescentes más jóvenes, mientras que los amigos y los medios de comunicación influyen en las fases intermedias y finales de la adolescencia.

- *La influencia de los medios de comunicación:* en la sociedad actual, el ideal de belleza se ve expuesto en los medios de comunicación estigmatizando así la obesidad. Es contradictorio el mensaje que dan estos, ya que por una parte se puede ver como gratifican la delgadez, pero a la vez anuncian productos alimentarios que no son saludables. Los niños que aún están en proceso de formación de su imagen corporal reciben estas informaciones opuestas, lo cual es desfavorable para su maduración.

Un estudio realizado por Schooler y Trinh (9) demostró que la insatisfacción con la imagen corporal en niñas iba asociado al uso continuado de la televisión. Además, se demuestra una asociación entre un mayor efecto de los medios de comunicación con la insatisfacción corporal y el ideal de desarrollo del tono muscular entre los varones adolescentes.

- *Las influencias de las relaciones interpersonales:* el poder de la opinión de los padres y amigos, pueden reforzar las presiones ejercidas por los medios de comunicación sobre el adolescente sobre la imagen corporal y el cuerpo ideal, aumentando así el riesgo de que la persona desarrolle problemas con la alimentación. Así que se puede afirmar que los padres y amigos tienen un efecto directo en la insatisfacción con la imagen corporal de la adolescente, teniendo más influencia la opinión y críticas de los amigos que de los padres.

El comportamiento que algunos padres podrían tener sobre el control de la alimentación de sus hijos, junto con la presión social anteriormente nombrada por alcanzar la delgadez, colabora al desarrollo de una imagen corporal negativa de uno mismo(9).

▪ **Factores psicológicos:**

- Preocupación por el peso, la internalización del ideal de delgadez: Esto se puede ver reflejado en el deseo de los adolescentes de un cuerpo ideal, delgado. El miedo a engordar se vio reflejado en el 71% de los niños y adolescentes. Las adolescentes que su deseo era estar más delgadas eran cuatro veces más propensas a adquirir actitudes inusuales alimentarias en comparación a las que no tenían este deseo.
- La importancia de la insatisfacción con la imagen corporal: se demuestra que ésta se presenta en un 25 – 81% de las adolescentes y contribuye a la aparición de diversas condiciones físicas y psicológicas. Dicha insatisfacción corporal se asocia al inicio de la pubertad en las niñas, probablemente como resultado de la ganancia de peso (más grasa que músculo) característica en esta etapa. El rechazo de la configuración de su nuevo cuerpo es un factor de riesgo causal de los comportamientos negativos hacia los alimentos y está relacionada con la obesidad, la baja autoestima y síntomas de depresión.
- Comportamiento inadecuado para bajar de peso: dieta: muchas adolescentes de hoy en día desean estar más delgadas. Para lograrlo, utilizan comportamientos inadecuados, como dietas restrictivas, ayuno, vómitos provocados, uso de laxantes, etc. La dieta es la estrategia más utilizada para conseguir este objetivo. Neumark-Sztainer(9) encontró que el 55'4% de las adolescentes alguna vez han hecho dieta para adelgazar y el 23% realizaron ayuno, lo que puede generar mayor vulnerabilidad a la adquisición de hábitos alimentarios inadecuados.
- Baja autoestima y el afecto negativo: en la pubertad, las hormonas sexuales promueven el cambio de los rasgos psicológicos y del comportamiento. Este periodo es el momento de la formación de la identidad del adolescente y los cambios físicos que se puede apreciar favorecen a la necesidad de ser aceptados en su ámbito social, lo cual puede generar procesos de comparación de su cuerpo con la gente de su alrededor o de los medios de comunicación. Esto puede favorecer la insatisfacción con su imagen corporal, baja autoestima, depresión, restricción de dieta y todo esto a la aparición de la AN. Los estudios muestran que la baja autoestima es un problema común entre los adolescentes y se asocia a una imagen negativa de su propio cuerpo. Además, la tendencia a

comparar su cuerpo con el de otras personas y la insatisfacción que esto puede generar se asocian a la baja autoestima(9).

3.4. CLÍNICA:

La AN, como se ha mostrado anteriormente, se presenta habitualmente en adolescentes con discreto sobrepeso. La enfermedad comienza con una disminución de la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y continúa progresivamente hasta una dieta muy restringida. Es típico de la enfermedad realizar excesivo ejercicio físico, sin apreciar el cansancio. Estas personas cada vez están más preocupadas por la comida y a consecuencia crece su miedo a no tener control sobre su apetito, el cual no pierde, sino que lo ignoran o aprenden a tolerar. Los pacientes con AN muestran interés por los temas relacionados con la alimentación, como preparar la mesa, comprar libros de cocina o preparar la comida para toda la familia sin ella probarla(10).

Se ha detectado que la mitad de las anoréxicas restrictivas pierden el control sobre la comida y ponen en práctica los atracones, lo cual al poco tiempo les lleva al vómito inducido. Asimismo, las que presentan amenorrea primaria tienen mayor temor a la madurez, lo que intentan afrontar realizando la dieta y paralizando así su propio desarrollo del cuerpo tratando de evitar la pubertad. La menstruación suele regresar con el aumento de peso(10). En la exploración física de la paciente se puede observar(1):

- Delgadez: IMC bajo o muy bajo, inferiores a 18 kg/m², con pérdida progresiva de peso y disminución del líquido corporal.
- Hipotensión arterial: los adolescentes de por sí, ya suelen tener la tensión baja, si a esto le añadimos la delgadez extrema que presentan, disminuye aún más la tensión. Es muy frecuente los valores inferiores a 90/60 mmHg.
- Bradicardia: al igual que la hipotensión, este es inversamente proporcional a la delgadez de la persona, cuanto más delgada, menor es la frecuencia cardíaca. Suelen estar por debajo de los 70 latidos por minuto.
- Hipotermia: la temperatura basal la suelen tener disminuida, por debajo de los 36'5°C, lo que les lleva a utilizar ropa de abrigo de manera habitual debido a su frialdad. Esto es debido a que hay una alteración en los mecanismos de termorregulación.

Además de lo anteriormente nombrado, es habitual ver otros signos y síntomas que nos harían sospechar de AN como pueden ser la piel seca, cabello frágil y escaso, lanugo (vello corporal no terminal), uñas quebradizas, piel de palmas y pies se vuelven anaranjadas, reducción del sueño durante la noche manifestado por la paciente(1).

▪ **Manifestaciones psiquiátricas:**

La AN viene controlada por una preocupación excesiva del propio peso corporal, mantener una imagen física y temor ilógico a ganar peso. Estas pacientes presentan un aislamiento social relacionado con las comidas, cuando tiene una comida con alguien, normalmente no se terminan la cantidad servida en el plato, mastican durante bastante tiempo la comida y se la cortan en trozos muy pequeños, los cuales, si tienen oportunidad se los esconden y al final los tiran en cualquier lugar de donde se encuentren. Además de alargar las comidas todo lo que pueden haciendo creer y creyéndose ellas mismas al final que han comido suficiente(1,5).

Una característica esencial en la AN es que los pacientes tienen una distorsión de su propia imagen corporal (la mente transforma el tamaño, forma y figura que tiene el propio cuerpo), siendo inconscientes de su propia enfermedad. Estas personas son capaces de reconocer una delgadez extrema o sobrepeso en terceras personas, pero no en ellos mismos lo que hace que no tengan conciencia de su propia enfermedad(1,5).

Otra característica presente en la AN es la hiperactividad física y laboral lo cual les favorece para perder peso más rápido. Al principio de la enfermedad, mantienen su grado de rendimiento escolar, con un gran cumplimiento y autoexigencia, aunque en estadios más avanzados, debido al grado de la enfermedad y a su afectación, disminuye el nivel de concentración y rendimiento, lo que acentúa las anomalías psicológicas propias de la misma AN(1,5).

La personalidad predominante de los pacientes que tienen AN suele ser la obsesivo-compulsivo, con timidez y aislamiento social. También suele aparecer juntamente con síntomas depresivos y ansiedad mantenida. Además, en ciertas ocasiones también aparecen cuadros psicóticos, comportamientos inadecuados, disminución de la lívido e incluso intentos de autolisis(1).

3.5 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

El diagnóstico de la AN se establece a partir de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y/o Clasificación internacional de enfermedades 10ª (CIE – 10). Previamente a esto, se pueden manifestar ciertas conductas en los adolescentes que se pueden utilizar para realizar una detección precoz(1):

- **Cambios en el patrón de la ingesta:** el primer lugar, como se ha comentado anteriormente, se presencia la restricción de los alimentos con más contenido calórico, como los hidratos de carbono y las grasas, pudiendo llegar más adelante a restringir hasta el agua. Estas personas justifican su comportamiento en su dieta, la cual piensan que es adecuada.
- **Ocultación y manipulación de la comida:** acostumbran a tirar la comida o esconderla, mintiendo así a sus familiares respecto a lo que comen. Además, tiene una preocupación excesiva por las calorías y la cantidad exacta que comen con el objetivo de controlar al máximo lo que ingieren.
- **Alteraciones en las relaciones interpersonales:** se puede ver afectada su actividad social, ya rehúyen las actividades en las cuales haya comida o bebida.
- **Alteraciones en la apariencia personal:** debido a la hipotermia, suelen usar ropas anchas y varias prendas a la vez para así esconder su “cuerpo obeso”. Se pueden apreciar dos tipos de conductas, las personas que se pesan a diario por temor de haber engordado, y las que evitan conocer su peso real.
- **Incremento de consumo energético:** realizan excesivo ejercicio físico además de comportamientos que incrementa el gasto energético como puede ser dormir poco.

Para la **detección precoz** existe un cuestionario con cuatro ítems (Cuestionario Scoff), pudiendo ser diagnosticada AN con más de dos ítems afirmativos.

CUESTIONARIO SCOFF(11):

1. ¿Te encuentras mal porque estás lleno?
2. ¿Has perdido más de 5 kg últimamente?
3. ¿Crees que estás gordo mientras los demás te dicen que estás delgado?
4. ¿La comida domina tu vida?

El CIE - 10 y el DSM - V proponen una serie de criterios que deben cumplirse para el diagnóstico de la AN.

3.5.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA AN EN LA CIE – 10(1):

Deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

1. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que lleva a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondientes.
2. La pérdida de peso autoinducida, evitando alimentos “que engordan”.
3. Distorsión específica de la imagen corporal patológica, en forma de idea intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad.
4. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo - hipófisis-adrenal, puesto en manifiesto en la mujer por la amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia.

Los siguientes síntomas apoyan al diagnóstico, pero no son elementos necesarios:

- Vómitos autoinducidos.
- Ingesta de laxantes
- Ejercicio físico
- Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

3.5.2. CRITERIOS DIANÓSTICOS PARA LA AN EN EL DMS – V(2):

El DSM - V identifica como criterios diagnósticos de la AN:

- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

- Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

3.6. TRATAMIENTO:

El tratamiento que se suele emplear en la AN es el cognitivo - conductual. Esta es complicada de tratar, ya que como se ha dicho anteriormente, las adolescentes que tienen este TCA niegan reconocer su enfermedad, se desinteresan completamente o tienen resistencia al tratamiento, por esto el terapeuta y el equipo asistencial deben motivar apoyar y comprender a la paciente(6,12).

Los principales **objetivos** del tratamiento son restablecer los hábitos alimenticios, con una ingesta adecuada alimentaria, para poder aumentar de peso hasta el adecuado para su edad y talla, y reducir la insatisfacción con su imagen corporal.

Para conseguir el primer objetivo, se debe pactar un horario de ingestas y las cantidades para llegar a un nivel energético adecuado, e instaurar unas “normas” para eliminar las actividades purgativas, si existen.

Para alcanzar el segundo objetivo se debe educar a la paciente para intentar disminuir la ansiedad que el peso y su silueta generan en ella, objetar los pensamientos erróneos que tiene sobre su imagen corporal y ofrecerle estrategias de afrontamiento para afrontar las situaciones que le generen malestar(12).

Las opciones del tratamiento son el ingreso de la paciente en un centro de atención especializada en TCA, pautar una dieta semiambulatoria, realizar programas de tratamiento de día y tratamiento ambulatorio. La modalidad de tratamiento dependerá de la gravedad del trastorno (grado de adelgazamiento, duración de los atracones, deseo de bajar de peso, insatisfacción del propio peso...). Para las pacientes que son conscientes de su enfermedad y se comprometen a aumentar de peso la opción óptima es hospitalizarlas un periodo breve de tiempo para ganar peso rápido mientras están en el hospital. Los pacientes que no son conscientes de la enfermedad, les costará más ganar peso, por lo cual requerirán un periodo más largo en el hospital. La hospitalización genera un serio impacto en la persona que ingresa, vive una serie de cambios que son muy drásticos para ella, y al principio puede mostrarse reacia a ellos.

El tratamiento ambulatorio es efectivo para aquellos pacientes los cuales se les empezaron a manifestar los síntomas hace menos de 6 meses y no recurren a las actividades purgativas en su trastorno, tienen una familia la cual entiende su enfermedad y está dispuesta a ayudarles y comprometerse en la terapia familiar. La terapia cognitivo - conductual es útil para evitar las recaídas y mejorar el final de la enfermedad(6).

Criterios de hospitalización(12):

Criterios médicos – biológicos	Criterios psicosociales o familiares	Criterios psicoterapéuticos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deterioro orgánico, debido a la desnutrición ▪ Pérdida de peso (25 – 30%) ▪ Irregularidades electrolíticas, alteraciones en los signos vitales o infecciones en pacientes desnutridas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aislamiento excesivo, la paciente no mantiene ningún tipo de contacto interpersonal. ▪ No puede trabajar o estudiar. ▪ La situación familiar o social es muy conflictiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracaso en tratamientos previos ▪ Falta de motivación ▪ Negativa a hacer tratamiento ambulatorio ▪ Imposibilidad de control ▪ Imposibilidad de aplicar normas en casa ▪ Gran depresión con ideas de suicidio

Tabla 1: *Criterios de hospitalización a pacientes con AN. Elaboración propia*

El tratamiento se puede dividir en tres categorías:

▫ **Tratamiento médico:**

El tratamiento tiene como objetivo la recuperación del peso normal, la corrección de los desequilibrios hidroelectrolíticos, la rehabilitación nutricional y la rehidratación. A las pacientes se les propone comidas equilibradas (desde un punto de vista nutricional) y pequeñas cantidades en forma de aperitivo, las cuales se van aumentando poco a poco hasta llegar al peso adecuado para su talla y edad.

En caso de desnutrición grave, es posible que sea necesaria la nutrición parenteral total, la sonda nasogástrica o la sobrealimentación para que la paciente reciba un aporte nutricional correcto.

Generalmente, cuando existen actividades purgativas, se suele acompañar al baño a la paciente para controlar que no vomite el alimento ingerido.

Los criterios para determinar que el tratamiento está siendo efectivo son el aumento de peso y la ingesta de comida siendo una cantidad suficiente(6).

▫ **Psicofarmacología:**

Se han estudiado varios fármacos para tratar la AN, pero pocos han demostrado una eficacia clínica. La *amitriptilina* y el *antihistamínico ciproheptadina* a dosis altas contribuyen en algunos casos a que la paciente aumente de peso durante el ingreso hospitalario. Asimismo, se han comprobado que da buenos resultados para actuar sobre la distorsión de la propia imagen corporal la *olanzapina*, teniendo un efecto antipsicótico.

La *fluoxetina* es eficaz para prevenir las recaídas en pacientes que ya han recuperado su peso total o parcialmente, pero hay que mantener un seguimiento con la paciente, ya que un efecto secundario es la pérdida de peso(6).

▫ **Psicoterapia:**

Cuando las pacientes son menores de 18 años, puede ser efectiva la terapia familiar para mejorar la comunicación y a abordar los problemas, de este modo, los miembros de la familia se convierten en participantes activos del tratamiento de la paciente.

En algunos casos, como cuando la paciente es mayor de edad o independiente de la familia, es recomendable la terapia individual. Ésta se centra en problemas específicos y sus circunstancias, como pueden ser la autoestima, se les facilita estrategias de afrontamiento para ellos y les inculcan asertividad y toma de decisiones.

La psicoterapia puede ayudar a las pacientes a mejorar en todas las áreas anteriormente nombradas y obtener un mayor grado de satisfacción(6).

3.7 COMPLICACIONES

Las complicaciones médicas que pueden tener las adolescentes se podrían dividir en dos grandes grupos:

→ ASOCIADAS A LA PÉRDIDA DE PESO CORPORAL(5,6):

- **Musculoesqueléticas:** a menudo se observa disminución de la densidad mineral ósea, con la consecuentemente destrucción de la masa muscular, pérdida de grasa, osteoporosis e incluso fracturas. Además, tienen un retraso en la instauración de la pubertad.
- **Metabólicas:** hipotiroidismo, hipoglucemia y disminución de la sensibilidad a la acción de la insulina.
- **Cardíacas:** desciende la tensión arterial y se origina una bradicardia, destrucción de la masa muscular cardíaca, arritmias y muerte súbita.
- **Gastrointestinales:** disminuye la motilidad intestinal, unido a una baja ingesta de alimentos, ayuda a la presencia de estreñimiento. Existe también un retraso del vaciado gástrico, meteorismo intestinal (distensión abdominal provocada por la producción y acumulación de una cantidad excesiva de gases en el tracto gastrointestinal) y junto a esto dolor abdominal.
- **Reproductivas:** amenorrea y disminución de la concentración de *hormona luteinizante* y *foliculoestimulante*.
- **Cutáneas:** piel seca y quebradiza a consecuencia de la deshidratación, lanugo (vello en la espalda, pecho, cara y/o brazos), edemas a consecuencia de déficits de proteínas o por la suspensión de diuréticos que se administraba, y acrocianosis (cianosis de piel y manos).
- **Hematológicas:** debido a una disminución de todo tipo de células, se puede encontrar leucocitopenia, anemia, trombocitopenia, hipercolesterolemia e hipercarotinemia. La deshidratación se puede evidenciar por la presencia elevada de nitrógeno ureico en sangre.
- **Neuropsiquiátricas:** depresión con apatía, síntomas y signos leves de un síntoma psicoorgánico y alteraciones del sueño(5,6).

→ ASOCIADAS A LAS PURGAS(6):

- **Metabólicas:** aparecen alteraciones hidroelectrolíticas (hipopotasemia, alcalosis hipoclorémica, hipomagnesemia y elevación de la concentración de urea en niveles sanguíneos).
- **Gastrointestinales:** inflamación e hipertrofia de las glándulas salivales y del páncreas con aumento de la concentración de *amilasa* sérica, esofagitis erosiva, rotura esofágica, gastritis, disfunción intestinal y síndrome de la arteria mesentérica superior.
- **Dentales:** aparece perimólisis (erosión del esmalte dental), se observa especialmente en la dentadura anterior.
- **Neuropsiquiátricos:** convulsiones relacionadas con el gran desequilibrio de los líquidos y alteraciones hidroelectrolíticas, neuropatías leves, cansancio, debilidad y síntomas y signos leves de síndrome psicorgánico(6).

3.8 PREVENCIÓN

Las medidas de prevención de la AN pueden contribuir a disminuir la incidencia, mejorar su pronóstico, ahorrar los costes y mejorar los rendimientos, actuando a diferentes niveles. La prevención se podría abordar a tres niveles:

◆ PREVENCIÓN PRIMARIA:

El objetivo es reducir la incidencia de la AN y por tanto evitar la aparición de nuevos casos. Un programa de prevención primaria debería abordar los siguientes aspectos:

- Información: existe un gran desconocimiento de la población sobre lo que realmente es la AN, ya que existe la idea de que es “una moda más” de la juventud. Dependiendo de la población diana del programa, se informará de una cosa u otra.
 - *Dirigida a los sujetos de riesgo:* rueda de alimentos, composición de los alimentos, características socializadoras de la comida, actitud crítica frente a los estereotipos, mejoría de la autoestima, peligros del perfeccionismo...
 - *Dirigida a las familias:* síntomas de sospecha, lugares donde acudir a conseguir información y/o ayuda, capacidad de resolución de conflictos...

→ *Dirigida a los profesionales de la salud:* adquirir capacidades necesarias para transmitir mensajes, detectar e intentar resolver las demandas de las familias...

- Modificación de conductas precursoras – precipitantes de la enfermedad: la dieta no justificada ni supervisada por un profesional es la conducta inicial que se puede observar, por lo que se tiene que educar sobre ella. Los pacientes y familiares deben ser informados de los riesgos que supone realizar una dieta sin supervisión.
- Identificación de los grupos de riesgo: existen determinados cuestionarios (EAT – 40, EDI, BITE) con los que se podrían detectar a los sujetos en situación de riesgos de sufrir AN. Estos cuestionarios son capaces de detectar rasgos específicos en la percepción y aceptación del propio cuerpo.
- Acción sobre los estereotipos culturales: son muchos los factores sociales, económicos y culturales que asocian la delgadez extrema con una alta autoestima, belleza, elegancia, aceptación social... Para una correcta prevención se debe incidir sobre estos estereotipos con tres objetivos; sensibilizar a la población sobre el riesgo de un estereotipo inalcanzable irreal, neutralizar el mensaje “belleza física igual a éxito” y exigir un control por parte de los organismos pertinentes sobre el negocio de la belleza.
- Educación escolar: tiene un papel fundamental en la prevención de muchas enfermedades incluyendo la AN. Los educadores tienen la función de inculcar los valores de un juicio crítico antes las imposiciones sociales, enseñarles a valorar su propio cuerpo, animarles a tener unas metas realistas... Asimismo tienen un papel importante en la detección precoz de ciertos comportamientos que pueden llegar a AN. La educación escolar deberá incluir la educación sobre la autoestima, concepto y desarrollo personal, conocer, valorar, aceptar y cuidar nuestro propio cuerpo, teniendo una correcta imagen corporal, educar en la alimentación, etc (1).

◆ **PREVENCIÓN SECUNDARIA:**

La prevención secundaria está encaminada a reducir la prevalencia de la AN, acortando la duración de esta y disminuyendo el tiempo que existe entre la detección del problema y el inicio del tratamiento. Este tipo de acciones consistirán en:

- Diagnóstico y tratamiento precoces: con el objetivo de reducir las posibles secuelas que puede dejar la AN. Hay que educar en los signos de alarma como son la pérdida de peso, la amenorrea, preocupación excesiva por el peso o alteraciones de la alimentación. El curso natural de la AN es de 4 – 5 años, aunque a veces el diagnóstico no es aceptado por la familia o la propia paciente y esto desencadenaría un final más lejano e intentando buscar causas físicas del problema.
- Tratamiento correcto: los objetivos son: recuperar un peso saludable, lograr una menstruación y ovulación normal, evitar las complicaciones físicas, reforzar la motivación del paciente, proporcionar educación sobre una nutrición saludable y modelos de alimentación, corregir los pensamientos disfuncionales y las actitudes erróneas, y prevenir las recaídas.
El tratamiento adecuado deberá tratar la enfermedad desde todas las áreas implicadas, tanto la física, como las conductuales y cognitivas, habrá que tratar la pérdida de peso desde un fondo multidimensional.
- Prevención de recaídas: las recaídas es un aspecto a considerar, las medidas más eficaces son las farmacológicas, psicosociales, educación nutricional y el seguimiento de los casos resueltos favorablemente(1).

◆ PREVENCIÓN TERCIARIA:

La prevención terciaria permitiría disminuir las hospitalizaciones, reducir la estancia media, actuar sobre los factores que prolongan o mantienen el cuadro, evaluar las necesidades asistenciales. El desarrollo de dispositivos capaces de seguir la evolución de las pacientes, de tratamientos a largo plazo y de brindar el apoyo social necesario, imprescindible para reducir la discapacidad que puede provocar la AN(1).

En Cataluña existe la Asociación contra la Anorexia y Bulimia la cual, juntamente con la *Fundació Imatge i Autoestima* han creado un programa (“Quan no t’agrades emmalateixes”) de prevención de los TCA el cual llega a más de 26.000 beneficiarios entre los que se encuentran adolescentes, familias, profesores y educadores. Este programa consta de talleres para los alumnos de primaria, secundaria y bachillerato, formación para las familias y profesionales de la educación y la salud(13).

Además, también en este territorio se ha creado el programa “*Salut i Escola*” el cual tiene como objetivos mejorar la coordinación entre los centros educativos y los de salud, generando así una libertad de consulta de los adolescentes a las enfermeras con la máxima intimidad y pudiendo así detectar precozmente ciertos problemas de salud entre los cuales se encuentra la AN(14).

3.9 ABORDAJE ENFERMERÍA

En los programas anteriormente nombrados, la enfermera ejerce un papel importante en la unión entre la paciente y el equipo multidisciplinar. Es la encargada de realizar el primer contacto con la paciente mediante una valoración inicial, dándole pautas y pactando objetivos en común. El abordaje de la enfermera se podría dividir en:

1. Valoración: existen varios instrumentos para la valoración de una persona con sospecha de AN, pero el más utilizado es el Cuestionario sobre actitudes con respecto a la alimentación (*Eating Attitudes Test:EAT*)(15)sensible a los cambios, por lo que también es utilizado para evaluar los resultados del tratamiento. El EAT es un cuestionario para evaluar síntomas y conductas comunes en anorexia nerviosa. Además, proporciona un índice de gravedad del trastorno. Consta de 40 ítems y las puntuaciones puede oscilar entre 0 y 120. Una puntuación mayor o igual a 30 significa que la persona presenta problemas significativos con respecto a la conducta alimentaria. (Anexo I)

- I) Antecedentes: los familiares refieren que la paciente antes de la AN era una persona perfeccionista, muy inteligente y centrada en sus objetivos, digna de confianza y deseosa de agradar, buscando aprobación constantemente.
- II) Aspecto general y comportamiento motor: tienen un aspecto lento, adormilado y cansado. Suelen responder a las preguntas con lentitud, y dan la impresión de que les resulta complicado decidir lo que van a decir. Son personas reacias para reconocer los problemas. Normalmente visten con varias capas y anchas, lo cual les ayuda a ocultar la delgadez y mantener la temperatura. Suelen evitar el contacto visual y cuando se sienten incómodas y ya no quieren dialogar más dan por concluida la conversación.
- III) Estado de ánimo y afectos: estas pacientes suelen presentar fragilidad emocional teniendo un aspecto triste, ansioso y preocupado. Evitan los alimentos malos

otorgándoles poder y control sobre la alimentación. Los atracones, comer o las purgas les provocan ansiedad, depresión y sensación de descontrol. Son unas personas que apenas sonrían, nunca se ríen y no dan pie a ninguna broma en la consulta. Siempre hay que preguntar al paciente si tiene ideas suicidas o autolíticas, ya que estas pacientes tienen alto riesgo de dichas conductas. Este riesgo incrementa si la paciente ha sufrido abusos sexuales anteriormente.

- IV) Procesos y contenido del pensamiento: la mayor parte del tiempo piensan en dietas para adelgazar. Parecen estar obsesionadas con evitar la comida. No pueden pensar en si mismas sin pensar en el peso corporal. La distorsión de la imagen corporal les incita a seguir adelgazando para llegar a su objetivo inalcanzable. También pueden presentar ideas de tipo paranoide hacia su familia y el equipo sanitario, ya que piensan que solo quieren obligarles a comer para engordar.
- V) Nivel de conciencia y procesos cognitivos: estas pacientes suelen estar conscientes y orientadas y conservan las funciones intelectuales. La excepción sería en desnutrición grave, donde las pacientes han perdido mucho peso y se ven afectadas sus funciones cognitivas, en estos casos podrían aparecer confusión leve, dificultad para prestar atención o concentrarse.
- VI) Sentido de la realidad y capacidad de introspección: estas pacientes presentan muy poca capacidad de conciencia y sentido de la realidad hacia el propio estado de salud. Consideran que no tienen ningún problema de salud e incluso los datos no les sirven para hacerles cambiar de opinión ni ver la gravedad de la situación.
- VII) Concepto de si mismo: destacan por su baja autoestima, se juzgan constantemente. Si comen “alimentos que no deberían” se sienten desamparados, impotentes e incompetentes. No gratifican otros logros que no estén relacionados con la comida.
- VIII) Roles y relaciones interpersonales: la AN interviene negativamente en la capacidad para desempeñar nuevas relaciones sociales gratificantes. Empiezan a faltar a clase y a aislarse socialmente, prestando poca atención a sus amistades de toda la vida. Esto en parte, se debe al miedo de descontrolarse si comen en compañía.
- IX) Problemas fisiológicos y autocuidado: el estado general de salud de la paciente dependerá del grado de dieta y las purgas que realice a diario, ya que esto, como anteriormente se ha comentado, puede llevar a la desnutrición. Muchas pacientes

manifiestan tener problemas con el sueño y dentales, este último a causa de los vómitos autoinducidos, por ello es importante realizar una exploración bucal(6).

2. Análisis de los datos: Con ello, la enfermera podría asignar unos diagnósticos para crear un plan de curas específico para cada paciente. Los diagnósticos de enfermería que se podrían asignar a las pacientes con AN son:

- *Desequilibrio nutricional: ingesta de nutrientes que no satisface las necesidades del organismo.*
- *Estrategias de afrontamiento ineficaces.*
- *Distorsión de la imagen corporal.*
- *Baja autoestima crónica.*
- *Volumen de líquidos deficiente*
- *Estreñimiento(6)*

3. Identificación de resultados: Si la paciente se encuentra en desnutrición grave, será necesario primero estabilizar el estado médico antes de empezar con la psicoterapia y el tratamiento psiquiátrico. Para esto podría ser necesaria la administración de líquidos por vía parenteral, alimentación parenteral y/o monitorización cardíaca. Los resultados que cabría esperar de una paciente con AN son:

- Conseguir que la paciente adquiriera unos hábitos de alimentación sanos.
- Dejar de recurrir a las actividades de purga
- Aprender a utilizar unas estrategias de afrontamiento que no están relacionadas con los alimentos ni con la alimentación.
- Dejar expresar los sentimientos verbalmente y/o animar a la paciente a hacerlo.
- Expresar su percepción y aceptación de su propia imagen corporal(6).

4. Intervenciones:

→ *Promover hábitos alimentarios sanos:* las principales funciones de enfermería son aplicar y supervisar la dieta de rehabilitación nutricional. Para ello acompañarán a la paciente durante las comidas, animándolas, controlando que no esconden o tiran la comida y observando durante 1 – 2 horas después de comer. Se debe pesar a la paciente todos los días, intentando que sea a la misma hora y con la misma ropa, observando la posibilidad de que tenga algo escondido entre la ropa para pesar más.

- Identificar las emociones y desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces: estos pacientes suelen tener problemas con la autoconciencia, resultándoles difícil expresar e identificar sus propios sentimientos. Las enfermeras tienen que educar a reconocer sus emociones, no presionarlos y darles tiempo para que lo describan.
- Prestar atención a los problemas con la imagen corporal: se debe intentar ayudar a la paciente a aceptar su imagen corporal y por consiguiente a su cuerpo. Para esto es necesario que la paciente se comprometa a comer más de lo que en principio le gustaría y a conseguir un buen estado de salud. Cuando mejora el estado psicológico, mejora la autoestima, lo que ayuda a satisfacer las necesidades de la paciente de una manera más sana y podrá aceptar a su cuerpo tal y como es viendo así también sus aspectos personales positivos(6).

4. OBJETIVOS:

A) Generales:

- Estudiar las estrategias de prevención por Enfermería en la Anorexia Nerviosa y el impacto en la población.

B) Específicos:

- Determinar manifestaciones clínicas iniciales y complicaciones potenciales de la Anorexia Nerviosa en la población adolescente.
- Estudiar el entorno familiar y su papel en la enfermedad de la paciente con Anorexia Nerviosa.
- Estudiar los factores de riesgo influyentes en la presentación de la enfermedad en adolescentes y establecer un perfil sociodemográfico.
- Determinar la relación terapéutica de las enfermeras en la atención a pacientes con AN.

5.METODOLOGÍA

♦ DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura basada en la evidencia científica que existe actualmente para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada. Dicha revisión se realizó mediante las palabras clave buscadas en los

Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) “Anorexia Nerviosa” “Bulimia” “Diagnóstico precoz” “Enfermería” “Adolescente” “Prevención Primaria”. Asimismo, se utilizaron los términos MeSH “Bulimia Nervosa” “Early diagnosis” “Anorexia Nervosa” “Nursing” “Adolescent” “Primary Prevention”. Se utilizó la combinación de los operadores booleanos AND y NOT.

En el presente trabajo se siguieron las directrices de búsqueda según la Declaración PRISMA. El periodo de realización fue de octubre 2019 – febrero 2020. Se realizó la lectura crítica de los artículos incluidos por pares y mediante los criterios de calidad *Critical Appraisal Skills Programme Español (Caspé)*(16).

♦ ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

Para la búsqueda se utilizaron las bases de datos:

- *PUBMED*: consiste en un motor de búsqueda de acceso libre y tiene más de 29 millones de citas de carácter biomédico además de revistas de ciencias de la salud y libros en línea. Estas citas pueden incluir el acceso al texto completo de Pubmed central o de las direcciones web de los editores.
- *DIALNET*: es uno de los portales bibliográficos de más envergadura con el objetivo principal de dar más visibilizada la literatura científica hispana, engloba principalmente los ámbitos de las ciencias humanas, jurídicas y sociales. Como recursos y servicios documentales incluye base de datos de contenido científico hispano, servicios de alerta bibliográfica, hemeroteca virtual y depósito o repositorio de acceso abierto a la literatura científica hispana.
- *SCOPUS*: es una base de datos de la empresa Elsevier y contiene 18.000 revistas publicadas por parte de más de 5.000 editores de origen internacional, ofrece herramientas inteligentes para navegar, analizar y visualizar la investigación procedente de los campos de la ciencia, tecnología, medicina, las ciencias sociales, artes y humanidades.
- *SCIELO*: buscador utilizado para la publicación y difusión electrónica de revistas científicas, su origen y evolución, su metodología, componentes, servicios y potencialidades, así como su implantación en España. Con 13 países participantes que suponen 8 portales certificados y 5 portales en desarrollo, más dos portales temáticos. Recoge 611 revistas y 195.789 artículos, de los cuales el 46% eran de Ciencias de la Salud.

- *WEB OF SCIENCE*: plataforma basada en tecnología Web que recoge las referencias de las principales publicaciones científicas de cualquier disciplina del conocimiento, tanto científico como tecnológico, humanístico y sociológicos desde 1945, esenciales para el apoyo a la investigación y para el reconocimiento de los esfuerzos y avances realizados por la comunidad científica y tecnológica.
- *CINHAL*: base de datos bibliográfica de Enfermería y ciencias de la salud. Incluye artículos de revistas, monografías, tesis, ponencias y comunicaciones. Tiene una cobertura temática en Enfermería, Fisioterapia y Rehabilitación; Terapia ocupacional; Asistencia social y salud; Gerontología; Educación sanitaria; Administración y legislación sanitaria.

- ♦ LÍMITES DE LA BÚSQUEDA

Previamente a la búsqueda, se determinaron los criterios de selección (criterios de inclusión y exclusión), utilizados en todas las bases de datos nombradas anteriormente.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Artículos publicados entre los años 2010 – 2020 (ambos incluidos), de ámbito nacional e internacional.
- ✓ Artículos de lengua inglesa y castellano.
- ✓ Artículos de texto completo, que estudien a la población adolescente con anorexia nerviosa, las estrategias de diagnóstico precoz y prevención de la misma.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✗ Cualquiera que no cumpla los criterios de inclusión.
- ✗ Artículos de revisión sistemática y metaanálisis.
- ✗ Literatura gris (actas, informes, tesis doctorales...)
- ✗

→ **RESULTADOS**

La estrategia de la búsqueda de artículos se basó en los criterios descritos anteriormente (Tablas 2, 3, 4, 5 y 7). Se realizaron 4 búsquedas en las bases de datos; Pubmed, Scopus, Scielo, Dialnet, Web of Science y Cinahl.

Tras la lectura de los resúmenes y títulos de los artículos, se han seleccionado los siguientes para proceder a su estudio para la presente revisión sistemática (Figura 1)

♦ **DIAGRAMA DE PRISMA(17).**

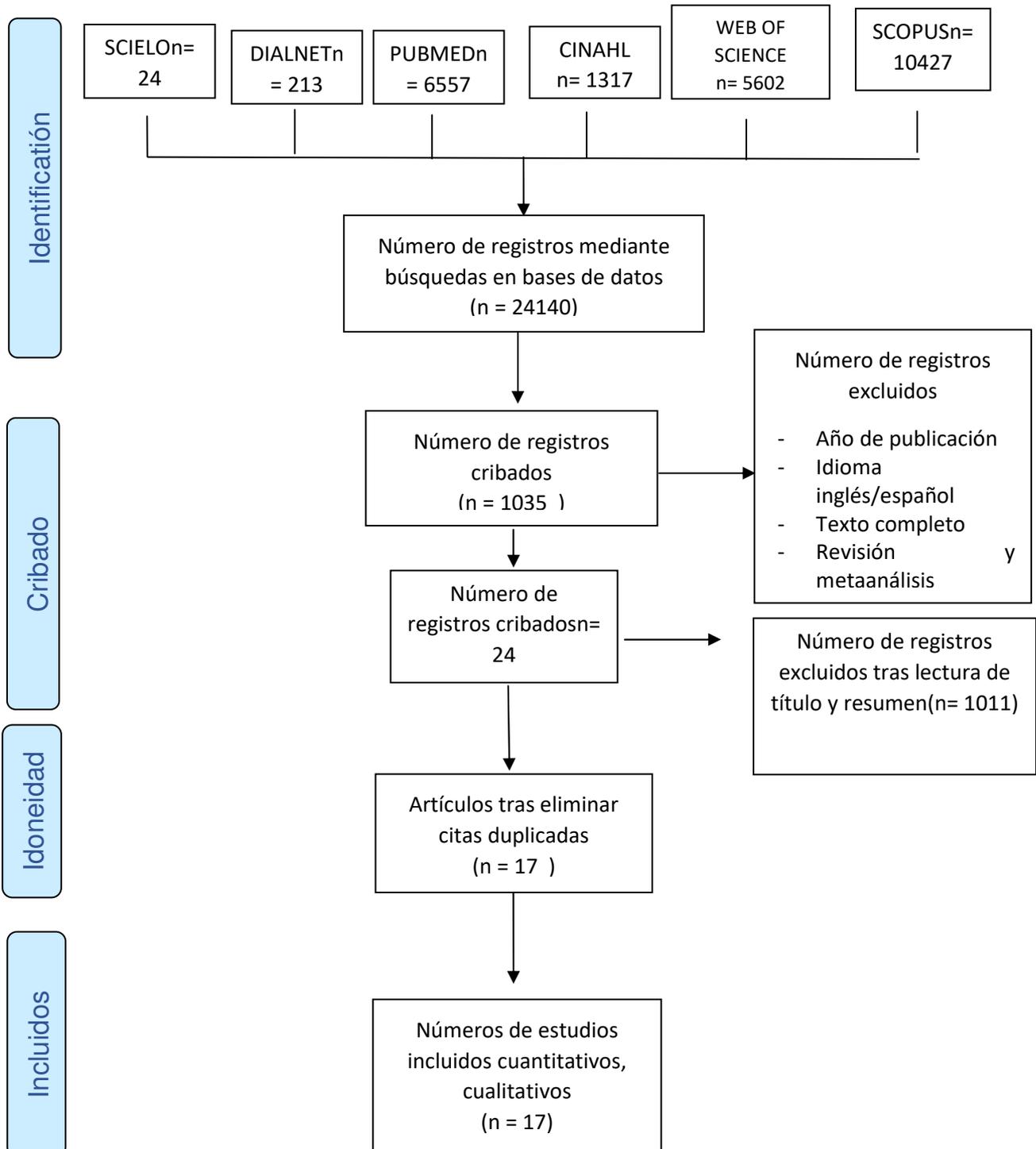


Tabla 2. *Búsqueda en PUBMED.*

	Frase de búsqueda	Criterios	Resultados
#1	Anorexia Nervosa AND early diagnosis NOT Bulimia nervosa	Sin filtros	n= 12
		▫ <5 años	n= 5
		▫ Free full text	n= 0
#2	Anorexia Nervosa AND Nursing	Sin filtros	n= 73
		▫ < 5 años	n= 8
		▫ Free full text	n= 6
		▫ 13 – 18 años	n= 5
		▫ Idioma Inglés/Español	n= 3
▫ No revisión ni metaanálisis	n= 3		
#3	Anorexia Nervosa AND Adolescent	Sin filtros	n= 6462
		▫ < 5 años	n= 827
		▫ Free full text	n= 153
		▫ 13 – 18 años	n= 153
		▫ Idioma Inglés/Español	n= 78
▫ No revisión ni metaanálisis	n= 64		
#4	Anorexia Nervosa AND PrimaryPrevention	Sin filtros	n= 10
		▫ < 5 años	n= 2
		▫ Free full text	n= 0

Tabla 3. *Búsqueda en SCOPUS.*

	Frase de búsqueda	Criterios	Resultados
#1	Anorexia Nervosa AND early diagnosis NOT Bulimia nervosa	Sin filtros	n= 295
		▫ < 5 años	n= 49
		▫ Open acces	n= 12
		▫ Adolescent	n= 7
		▫ Idioma inglés/español	n= 7
▫ Excluir revisión y metaanálisis	n= 6		
#2	Anorexia Nervosa AND Adolescent	Sin filtros	n= 9652
		▫ <5 años	n= 1741
		▫ Open acces	n= 425
		▫ Idioma: inglés/español	n= 411
▫ Excluir revisión	n= 354		
#3	Anorexia Nervosa AND Nursing	Sin filtros	n= 363
		▫ < 5 años	n= 59
		▫ Open acces	n= 6
		▫ Adolescent	n=2
▫ Idioma inglés/español	n= 2		
#4	Anorexia Nervosa AND PrimaryPrevention	Sin filtros	n= 114
		▫ < 5 años	n= 23
		▫ Open acces	n= 5
		▫ Adolescent	n= 1
		▫ Idioma: inglés/español	n= 1
▫ Excluir revisión	n= 1		

Tabla 4. *Búsqueda en SCIELO.*

	Frase de búsqueda	Criterios	Resultados
#1	Anorexia Nerviosa AND Diagnostico precoz AND NOT Bulimia Nerviosa	Sin filtros	n= 2
		▫ < 5 años	n= 2
		▫ Acceso abierto	n= 2
		▫ Idioma: inglés/español	n= 2
#2	Anorexia Nerviosa AND Enfermería	Sin filtros	n= 6
		▫ < 5 años	n= 2
		▫ Acceso abierto	n= 2
		▫ Idioma inglés/español	n= 2
#3	Anorexia Nerviosa AND Adolescentes	Sin filtros	n= 14
		▫ < 5 años	n= 6
		▫ Acceso abierto	n= 6
		▫ Idioma inglés/español	n= 5
#4	Anorexia Nerviosa AND Prevención Primaria	Sin filtros	n= 2
		▫ < 5 años	n= 0

Tabla 5. *Búsqueda en DIALNET.*

	Frase de búsqueda	Criterios	Resultados
#1	Anorexia Nerviosa NOT Bulimia AND Diagnóstico precoz.	Sin filtros	n= 7
		▫ < 5 años	n= 2
		▫ Texto completo	n= 0
#2	Anorexia Nerviosa AND Adolescentes	Sin filtros	n= 129
		▫ < 5 años	n= 40
		▫ Texto completo	n= 24
		▫ Idioma inglés/español	n= 20
		▫ Excluir revisión/metaanálisis	n= 12
#3	Anorexia Nerviosa AND Enfermería	Sin filtros	n= 21
		▫ < 5 años	n= 12
		▫ Texto completo	n= 8
		▫ Idioma inglés/español	n= 8
		▫ Excluir revisión/metaanálisis	n= 6
#4	Anorexia Nerviosa AND prevención primaria	Sin filtros	n= 56
		▫ < 5 años	n= 25
		▫ Texto completo	n= 20
		▫ Idioma inglés/español	n= 20
		▫ Excluir revisión/metaanálisis	n= 14

Tabla 6. *Búsqueda en WEB OF SCIENCE.*

	Frase de búsqueda	Criterios	Resultados
#1	Anorexia Nervosa AND Early Diagnosis NOT Bulimia Nervosa	Sin filtros	n= 161
		▫ < 5 años	n= 56
		▫ Acceso abierto	n= 24
		▫ Idioma inglés/español	n= 24
		▫ Excluir revisión y metaanálisis	n= 20
#2	Anorexia Nervosa AND Nursing	Sin filtros	n= 147
		▫ < 5 años	n= 45
		▫ Acceso abierto	n= 16
		▫ Idioma Inglés/Español	n= 15
		▫ Excluir revisión y metaanálisis	n= 10
#3	Anorexia Nervosa AND Adolescents	Sin filtros	n= 5115
		▫ < 5 años	n= 1443
		▫ Acceso abierto	n= 552
		▫ Idioma Inglés/Español	n= 536
		▫ Excluir revisión y metaanálisis	n= 424
#4	Anorexia Nervosa AND PrimaryPrevention	Sin filtros	n= 179
		▫ < 5 años	n= 39
		▫ Acceso abierto	n= 13
		▫ Idioma Inglés/Español	n= 12
		▫ Excluir revisión y metaanálisis	n= 9

Tabla 7. *Búsqueda en CINAHL. Elabo*

	Frase de búsqueda	Criterios	Resultados
#1	Anorexia Nervosa AND early diagnosis NOT Bulimia Nervosa	Sin filtros	n= 13
		▫ < 5 años	n= 4
		▫ Full text	n= 1
		▫ Idioma inglés/español	n= 1
#2	Anorexia Nervosa AND Nursing	Sin filtros	n= 193
		▫ < 5 años	n= 32
		▫ Full text	n= 4
		▫ Idioma inglés/español	n= 4
#3	Anorexia Nervosa AND Adolescent	Sin filtros	n= 1100
		▫ < 5 años	n= 363
		▫ Full text	n= 121
		▫ Idioma inglés/español	n= 121
		▫ Excluir revisión y metaanálisis	n= 96
#4	Anorexia Nervosa AND PrimaryPrevention	Sin filtros	n= 11
		▫ < 5 años	n= 2
		▫ Full text	n= 1
		▫ Idioma inglés/español	n= 1
		▫ Excluir revisión y metaanálisis	n= 1



Tabla 8. RESULTADOS DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA EL ESTUDIO.

Autores País Año	Objetivo	Diseño del estudio y muestra	Variables y/o instrumentos	Conclusión
<p>Elizabeth H.Evans Ashley J. Adamson Laura Basterfield Ann Le Couteur Jessica K. Reilly John J. Reilly Kathryn N. Parkinson</p> <p>Reino Unido 2017</p>	<p>Examinar los factores de riesgo de presentar síntomas del TCA en una cohorte de adolescentes jóvenes a los 7, 9 y 12 años.</p>	<p>Estudio longitudinal. n = 516 262 niñas y 254 niños</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas del TCA y restricción dietética: versión infantil del Cuestionario DEBQ-C*1 y la Prueba ChEAT*2. - Imagen corporal: escala CBIS*3 y el WQOL – Kids*4 - Síntomas depresivos: el Inventario CDI –S*5 - Datos antropométricos (peso, estatura e IMC) y estatus socioeconómico 	<p>La autoimagen corporal fue más baja a los 12 años de edad en ambos sexos.</p> <p>Los síntomas depresivos en las niñas fueron más altos y se asociaron a TCA. En niños de 7 años hubo mayor restricción dietética y fue un factor predictor.</p> <p>La baja autoestima se desarrolla junto con los TCA en lugar de actuar como un predictor.</p>
<p>Eric Stice Jeff M. Gau Pau Rohde Heather Shaw</p> <p>Reino Unido 2017</p>	<p>Examinar los factores de riesgo que predicen la aparición futura de cada tipo de TCA y las dimensiones centrales de los síntomas que afectan a los trastornos transversales.</p>	<p>Estudio longitudinal. n= 1272 participantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de TCA: entrevista semiestructurada de los síntomas del trastorno en los últimos 3 meses al inicio del estudio. - Cuerpo ideal: escala del estereotipo - Beneficios sociales y psicológicos esperados de la delgadez: escala de expectativa de delgadez - Escala de insatisfacción corporal y de control de peso. - Comportamientos de dieta: escala Holandesa de Alimentación Restringida IMC 	<p>La búsqueda del ideal delgado y la insatisfacción corporal resultante, la dieta y los comportamientos poco saludables de control de peso aumentan el riesgo de TCA del espectro de atracones /purgas.</p> <p>El funcionamiento interpersonal deteriorado y el afecto negativo son factores de riesgo transdiagnóstico, lo que sugiere que estos factores deberían ser el objetivo de los programas de prevención.</p>

*1 DEBQ – C: Cuestionario de comportamiento alimentario holandés *2 ChEAT: Pruebas de actitudes alimentarias de los niños.

*3 CBIS:

TheChildren'sBodyImageScale*4 IWQOL – Kids: Impacto del peso en la calidad de vida de los niños

*5 CDI – S: Inventario de depresión infantil



Autores País Año	Objetivo	Diseño del estudio y muestra	Variables y/o instrumentos	Conclusión
Joel Sebastian Zugai Jane Stein-Parbury Michael Roche Australia 2019	Explorar la dinámica de la autoridad enfermera con pacientes que están siendo tratados de AN en el ambiente hospitalario.	Estudio cualitativo. n= 10 Enfermeras	Entrevistas en persona a las enfermeras, a excepción de una que fue por teléfono.	El cuidado de enfermería de adolescentes con AN es complejo, ya que luchan por cuidar a un individuo con el cual no comparten un concepto bienestar. Por consecuencia de la AN, se manifiestan comportamientos impulsados por la ansiedad para mitigar la autoridad, que brinda a las enfermeras la capacidad de garantizar el aumento de peso.
Corinna Jacobi Kristian Hütter Ulrike Völker Katharina Möbius Robert Richter Mickey Trockel Megan Jones Bell James Lock Alemania 2018	Evaluar la eficacia de un programa preventivo indicado, basado en los padres y basado en la web, lternalsTherapeuten para reducir los factores de riesgo y los síntomas de la AN.	Ensayo controlado aleatorio n= 4000 cuestionarios a niños y niñas.	- Niñas de 11 – 17 años: evaluación de factores de riesgo seleccionados y síntomas tempranos de AN. - Las familias en riesgo se asignaron al azar. - Las evaluaciones se realizaron pre y postintervención(6semanas después) y en el seguimiento a los 6 y 12 meses.	La participación de los padres y el cumplimiento de la intervención fueron bajos. En general, la prevención indicada basada en los padres para niños en riesgo de AN no fue prometedora, aunque podría ser útil para los padres que participan en la intervención.
Laura Beukers Tamara Berends Janneke M. de Man - van Ginkel Annemarie A. van Elburg Berno van Meijel Holanda 2015	Describir aquellas intervenciones de enfermería destinadas a restaurar el comportamiento alimentario normal en pacientes con AN.	Estudio cualitativo n= 8 profesionales de la salud y 9 pacientes.	Grabaciones de video a la hora de las comidas,	Los hallazgos podrían contribuir a los programas y pautas de capacitación de los profesionales de la salud, porque profundizan en el conocimiento de las intervenciones y actitudes de enfermería al intentar restaurar el comportamiento alimentario normal durante el tratamiento de pacientes adolescentes.



Autores País Año	Objetivo	Diseño del estudio y muestra	Variables y/o instrumentos	Conclusión
Carol McCormack Edward McCann Irlanda 2015	Investigar las experiencias subjetivas de los padres en el cuidado de un adolescente diagnosticado con anorexia nerviosa.	Estudio cualitativo n= 7 madres y 3 padres con hijas adolescentes con AN.	Entrevistas semiestructuradas a los padres y madres con hijos adolescentes con AN.	Los padres necesitan urgentemente apoyo y conocimientos adicionales relacionados con el manejo del TCA de la paciente. Las enfermeras de salud mental que trabajan esta área especializada tienen la capacidad para brindar dicho apoyo. Esto puede reducir significativamente la angustia de los padres, infundir confianza y empoderarles para ayudar a su hija a alcanzar la recuperación.
David Sancho Cantus Salvador Alberola Juan España 2017	Indicar la incidencia de TCA en adolescentes mediante programas para contribuir a la prevención de su aparición.	Estudio descriptivo, observacional y transversal. n= 100 alumnos de 1º y 2º de ESO	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Imagen corporal - Autoestima - Conducta alimentaria - Inventario ASI*¹ - Cuestionario CIMEC*² - Cuestionario EAT*³ 	Existe una gran influencia sobre el modelo estético corporal, la apariencia y la conducta alimentaria. Se puede afirmar que sería necesario insertar programas para fomentar la salud y bienestar de los adolescentes escolares.
Ignacio Jáuregui Lobera España 2016	Explorar las conductas imitadas entre los pacientes con TCA, en concreto AN, subtipo restrictivo (ANR).	Estudio cualitativo. n= 24 adolescentes y padres.	- Cuestionario a pacientes y sus padres sobre temas como "alimentación", "ejercicio físico" y "vestimenta".	En el ámbito de los TCA, la dieta, ejercicio e imagen son elementos clave que en los adolescentes pueden comportar una importancia crucial por su imitación. Una serie de conductas (modo de comer, tipo y frecuencia - intensidad del ejercicio o forma de vestir) podrían ser factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de alimentación y control de peso alteradas.

*1 ASI: inventario de Esquemas acerca de la apariencia.

*2 CIMEC: cuestionario de Influencia del Modelo estético

Corporal*3 EAT: Cuestionario de actitudes ante la alimentación



Autores País Año	Objetivo	Diseño del estudio y muestra	Variables y/o instrumentos	Conclusión
Serafina Castro-Zamudio Josefina Castro-Barea España 2016	Se examina la impulsividad y la búsqueda de ciertas sensaciones como posibles factores asociados a actitudes y comportamientos característicos de la AN y BN en estudiantes de ambos sexos, de entre 12y 20 años.	Estudio observacional analítico de casos y controles n= 300 (136 varones y 164 mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> - EDI-II*1 - EAT-26*2 - BULIT-R*3 - BIS-11*4 - SSS-V*5 	Existe una relación positiva entre la impulsividad y sintomatología asociada con la conducta alimentaria alterada, anorexia y bulimia nerviosa. La impulsividad y búsqueda de sensaciones parecen ser variables estrechamente relacionadas con los TCA y, por tanto, deberían ser incluidas en programas de estilos de vida saludables, ya que podrían contribuir a disminuir y/o prevenir el incremento de los TCA en población adolescente.
Simona Calugi Mario Miniati Chiara Milanese Massimiliano Sartirana Marwan El Ghoch Riccardo Dalle Grave Italia 2017	Describir el diseño y la validación del Inventario de síntomas de inanición (SSI); un cuestionario de autoinforme que examina los síntomas de inanición en pacientes con bajo peso con trastornos alimenticios.	Ensayo clínico, aleatorio y controlado n= 150 pacientes de sexo femenino con anorexia nerviosa, 341 sujetos de control sanos, 30 pacientes de bajo peso con un trastorno alimentario y 15 pacientes con episodios depresivos bipolares.	<ul style="list-style-type: none"> - EDE-Q*6 - BSI*7 - SSI*8 	El SSI parece medir los síntomas de inanición en pacientes con anorexia nerviosa; podría integrarse fácilmente en la práctica clínica habitual para evaluar los síntomas de inanición en pacientes con bajo peso con trastornos alimentarios, y para evaluar sus cambios durante el proceso de restauración de peso en aquellos que se someten a tratamientos especializados para el trastorno alimentario

*1 EDI – II: EatingDisorderInventory

*2 EAT – 26 :EatingAttitudes Test

*3 BULIT – R: Bulimia Test Revised*4 BIS – 11: BarrattImpulsivenessScale

*5 SSS – V:

SensationSeekingScale *6 EDE - Q: Cuestionario de examen del trastorno alimentari*7 BSI: Inventario breve de síntomas

*8 SSI: Inventario de síntomas de inanición



Autores País Año	Objetivo	Diseño del estudio y muestra	– Variables y/o instrumentos	Conclusión
<p>Maja Batista Lana ŽigićAntić OrjenaŽaja TrpimirJakovina IvanBegovac</p> <p>Croacia</p> <p>2018</p>	<p>Investigar el papel del desajuste psicológico general, la empatía, el estilo de apego y la internalización ideal delgada para el riesgo de trastorno alimentario</p>	<p>Ensayo clínico, transversal.</p> <p>n= 70 participantes (35 con AN y 35 sanas)</p>	<p>– Cuestionario de información general y de salud</p> <p>– EDI-3*1</p> <p>– ECR-R*2</p> <p>– BES*3</p> <p>– SATAQ-3*4</p> <p>– Evaluación de sujetos de control sanos.</p>	<p>Las mujeres con AN exhiben un perfil psicológico diferente al de las HC. Son mujeres más desadaptadas psicológicamente con más problemas interpersonales y afectivos, persiguen la perfección a través de la abnegación y el sufrimiento, y tienen una autoevaluación más baja y la sensación de vacío emocional en comparación con el grupo de HC.</p> <p>No hay diferencias con respecto a la empatía. El riesgo de desarrollar trastornos alimenticios se correlacionó significativamente con la internalización ideal delgada, el estilo de apego y el desajuste psicológico global.</p>
<p>Belén Barajas-Iglesias Ignacio Jáuregui-Lobera Isabel Laporta-Herrero Miguel Ángel Santed-Germán</p> <p>España</p> <p>2017</p>	<p>Explorar los perfiles de personalidad más frecuentes asociados a la AN y BN en adolescentes y analizar aquellos perfiles de personalidad que diferencian de manera significativa a ambos subtipos de TCA.</p>	<p>Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal.</p> <p>n= 104 participantes</p>	<p>– MACI*5.</p>	<p>Existen diferencias relevantes entre los perfiles de personalidad asociados a la AN y la BN durante la adolescencia, por lo que sería importante adaptar las intervenciones terapéuticas para esta población específica.</p>

*1 EDI – 3: Inventario de trastornos alimentarios-3

*2 ECR – R: Experiencia en estrecha relación revisada

*3 BES: Escala de empatía básica

*4 SATAQ – 3: Actitudes socioculturales hacia la apariencia Cuestionario-3

*5 MACI: Inventario Clínico para Adolescentes de Millon



Autores País Año	Objetivo	Diseño del estudio y muestra	Variables y/o instrumentos	Conclusión
<p>Yunior Dueñas Disotuar Mercedes Murray Hurtado Belén Rubio Morell HimaMurjaniBharwani Alejandro Jiménez Sosa</p> <p>España 2015</p>	<p>Determinar las diferentes características de los pacientes en edad pediátrica afectados de TCA que requirieron ingreso en el Servicio de Pediatría</p>	<p>Estudio observacional retrospectivo.</p> <p>n= 35 pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Edad- Diagnóstico- IMC- Observación evolución clínica	<p>Los TCA son enfermedades con incidencia creciente en la edad pediátrica. La pubertad constituye un momento de especial vulnerabilidad para su desarrollo (así como de complicaciones médicas secundarias a la desnutrición).</p> <p>En muchos casos el ingreso hospitalario constituye una herramienta necesaria para un correcto manejo, instaurándose las medidas de control necesarias para la recuperación ponderal.</p> <p>El diagnóstico y tratamiento precoz resultan cruciales para evitar una excesiva pérdida ponderal y mayor incidencia de complicaciones.</p>
<p>Alba Pagés Nebot Mar Ocaña Fernández</p> <p>España 2019</p>	<p>Explorar las diversas características y comportamientos que comparten las chicas pro-ANA, (AN en entornos virtuales), así como identificar sus necesidades de salud.</p>	<p>Estudio cualitativo.</p> <p>Análisis en profundidad de cuatro blogs pro-ANA, que se llevó a cabo en dos fases</p>	<ul style="list-style-type: none">- No procede.	<p>A pesar del intento por parte de las participantes de alcanzar el éxito en todas las esferas de la vida diaria a través de la delgadez se establece en ellas un sentimiento de insatisfacción personal y de baja autoestima, que aumenta paralelamente junto con la instauración del trastorno. La autoestima se convierte en el eje vertebrador de todos los aspectos que giran en torno a dicho trastorno.</p>



Autores País Año	Objetivo	Diseño del estudio y muestra	Variables y/o instrumentos	Conclusión
Mimma Tafà Silvia Cimino Giulia Ballarotto Fabrizia Bracaglia Chiara Bottone Luca Cerniglia Italia, 2017	<p>Evaluar los perfiles psicológicos de las adolescentes y el posible riesgo psicopatológico de sus padres, comparando entre los grupos de AN, BN y trastorno por atracón.</p> <p>Evaluar el funcionamiento familiar percibido de las adolescentes y comparar su percepción con la de sus padres dentro de cada grupo.</p>	<p>Ensayo clínico, aleatorizado.</p> <p>n= 562 chicas y sus respectivas familias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SCL – 90 - R *1 - FACES - IV*2 - FCS *3 - FSS *4 	<p>Los adolescentes y sus padres difieren en la percepción del funcionamiento de su familia. Los adolescentes con AN perciben a su familia como desconectada, además, las cualidades de cohesión y comunicación se perciben como bajas.</p> <p>Curiosamente, el riesgo psicopatológico de los padres predice la percepción específica de los adolescentes sobre el funcionamiento familiar.</p>
Míriam Seva Ruiz Lina Cristina Casadó Marín España, 2015	<p>Explorar las consecuencias de las relaciones entre la adolescencia y los medios de comunicación, tanto en revistas como en redes sociales. Ofrecer una visión crítica y contrastada sobre las implicaciones de estos medios de comunicación en referencia a la construcción de la identidad corporal de jóvenes y adolescentes.</p>	<p>Estudio cualitativo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No procede. - Explora y analizar durante 1 mes los medios de comunicación 	<p>Los medios de comunicación social suponen un papel fundamental en la construcción de la identidad corporal juvenil y adolescente que puede ser el causante de enfermedades como la Anorexia Nerviosa.</p>
Antje Gumz Angelika Weigel Anne Daubmann Karl Wegscheider Georg Romer Bernd Löwe Alemania, 2017	<p>Evaluar el impacto de un programa de prevención universal para adolescentes de ambos sexos sobre la patología del trastorno alimentario y los factores de riesgo relacionados.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorio, controlado y longitudinal.</p> <p>n= 2515 estudiantes en 23 escuelas de 8 ° u 11 ° curso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - IMC - CHEDE-Q*5 - GAD-7*6 - MSCS*7 - PHQ-9*8 - SATAQ*9 	<p>El programa de prevención se puede recomendar a los adolescentes mayores donde resultó en un mayor conocimiento sobre los trastornos alimentarios y una disminución en la patología del trastorno alimentario.</p> <p>El conocimiento de las enfermedades mentales debería ser una parte integral de la educación y que los programas de prevención también podrían contribuir a la desestigmatización y la detección temprana de las enfermedades mentales.</p>

*1 SCL – 90 – R : Lista de verificación de síntomas

*2 FACES – IV: Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar

*3 FCS: Escala de comunicación familiar

*4 FSS: Escala de satisfacción familiar *5 CHEDE – Q: Cuestionario de examen del trastorno alimentario - versión para niños *6 GAD – 7: Escala de trastorno de ansiedad generalizada

*7 MSCS: Escala multidimensional de autoconcepto *8 PHQ – 9: Cuestionario de salud del paciente - Módulo de depresión *9 SATAQ: Cuestionario de actitudes sociales hacia la apariencia

Por lo tanto, en la búsqueda realizada, se han seleccionado 11 estudios cuantitativos y 6 estudios cualitativos. La mayoría tienen una alta calidad basándose en el cuestionario Caspe. Todos los estudios se han realizado en Europa a excepción de uno que se realizó en Australia y todos se han publicado en los últimos 5 años.

♦ EVALUACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS DE CALIDAD CASPE:

Tabla 9: Revisión de los artículos recuperados con la lista CASPe para estudios cuantitativos(16):

Artículo	Preguntas											Total ítems cumplidos
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
(Evans EH. et al., 2017)(18)	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	9/11
(Stice E. et al., 2017)(19)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11/11
(Jacobi C. et al., 2017)(20)	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	9/11
(Sancho Cantus D. et al., 2017)(21)	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/11
(Castro-Zamudio S. et al., 2016)(22)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/11
(Calugi S. et al., 2017)(23)	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/11
(Batista M. et al., 2018)(24)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11/11
(Barajas-Iglesias B. et al., 2017)(25)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11/11
(Dueñas Disotuar Y. et al., 2015)(26)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	Sí	10/11
(Tafà M. et al., 2017)(27)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	11/11
(Gumz A. et al., 2017)(28)	Sí	Sí	Sí	Si	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	10/11

Fuente: (CASPe. Guías de Lectura Crítica de la Literatura Médica, 2005) (29–31)

Tabla 10: Revisión de los artículos recuperados con la lista CASPe para estudios cualitativos(16):

Artículo	Preguntas										Total ítems cumplidos
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
(Zugai JS. et al., 2019)(32)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
(Beukers L. et al., 2015)(33)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
(McCormack C. et al., 2015)(34)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
(Jáuregui I. 2016)(35)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	Sí	9/10
(Pagès Nebot A. et al, 2019)(36)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
(Seva Ruiz M. et al., 2015)(37)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No sé	Sí	Sí	Sí	Sí	9/10

Fuente: (CASPe. Guías de Lectura Crítica de la Literatura Médica, 2010)(38)

8. DISCUSIÓN

Estudiar las estrategias de prevención por Enfermería en la Anorexia Nerviosa y el impacto en la población.

Se ha observado, que ciertos TCA, como la AN, se desarrollan principalmente en la etapa adolescente. Por este motivo, es importante llevar a cabo una prevención primaria en la preadolescencia. Es necesario introducir técnicas terapéuticas tempranas que faciliten el reconocimiento y aceptación del tratamiento y así impedir el deterioro de la persona. El entorno escolar es un ambiente idóneo para la prevención y educación de la salud por parte de Enfermería (36).

Jacobi et al.(20) aplica una intervención preventiva basada en los padres, comparándolos con un grupo de control. Se observó que las adolescentes del grupo de intervención ganaron más peso y más rápido que las del grupo de control. **El bajo peso** es uno de los **síntomas tempranos** que hay que tener en cuenta a la hora de un programa de prevención. Jacobi, tuvo la limitación en su estudio de que muchos padres no se querían inscribir y participar por miedo a agravar los problemas de sus hijas, por lo que su programa es más beneficioso para aquellos dispuestos a enfrentar los problemas iniciales de su hija y no querer esquivarlos. Las intervenciones preventivas deben educar a los padres de manera explícita sobre los peligros potenciales de los primeros signos de trastornos alimentarios, como la dieta o la pérdida de peso(20).

En cambio, los autores Sancho et al (21), se propusieron aplicar un programa de prevención de 6 sesiones a alumnos de 1º y 2º de la ESO donde se habló de temas que pueden producir susceptibilidad a la hora de desarrollar TCA como la autoestima, la publicidad, la autoimagen, la alimentación y los hábitos de vida saludables. A pesar de que no pudo reevaluar a los adolescentes después de las sesiones, (en él) se vio que las chicas que tenían una mayor predisposición a la enfermedad que los chicos, independientemente de la edad, por lo que se puede afirmar que las jóvenes tienen mayor riesgo que los chicos ante una conducta de riesgo alimentaria. Existe una relación entre la imagen corporal, la apariencia y la conducta alimentaria para desarrollar en un futuro uno de los TCA.

Asimismo, Gumz et al. (28) implantó un breve programa de prevención sobre la patología de los TCA y los factores de riesgo relacionados para adolescentes de ambos sexos. En él se habló sobre los ideales de belleza, la presión de sus compañeros y familiares, factores de riesgo, nutrición saludable y desarrollo de estrategias de afrontamiento. Se comprobó que los adolescentes aumentaron significativamente su **conocimiento en los TCA** y **mejoró la ansiedad** y la **presión social** por la internalización de los ideales de belleza. Los niveles de depresión y autoestima no fueron influenciados por el programa. Por lo visto en el programa, a la ansiedad se debe considerar como un factor de riesgo para la sintomatología de los TCA.

Los adolescentes españoles se ven sometidos a una presión por adelgazar y esto es debido a la influencia social a la que se ven sometidos. Como se ha mencionado anteriormente, para las mujeres los cánones de belleza son difíciles de alcanzar, llevando a compararse y adoptar una insatisfacción y actitud negativa. Existe un riesgo alto de padecer un TCA en las adolescentes ya que intentan alcanzar el prototipo “perfecto” disminuyendo su autoestima y produciendo un mayor rechazo de los alimentos. Por lo que implantar programas que ayuden a **reforzar la autoestima** de los adolescentes, que encuentren un **modelo estético adecuado** y que empiecen a entender la realidad de la apariencia, donde no es el pilar fundamental de su propia felicidad(21), además de ayudar a **aumentar la conciencia de los factores de riesgo**, como la presión de grupo, **disminuyendo así la estigmatización** de las enfermedades mentales y mejorando el comportamiento pro – social., además de ayudar a la detección temprana de las enfermedades mentales en general(28). Dichos programas podrían ser llevados a cabo por el equipo de Enfermería, ya que tienen las capacidades para ponerlo en práctica y así mejorar pronóstico de la AN, enfermedad que afecta tanto a los adolescentes de hoy en día.

Determinar manifestaciones clínicas iniciales y complicaciones potenciales de la Anorexia Nerviosa en la población adolescente.

Según Dueñas y colaboradores, los **factores desencadenantes** de la AN podrían ser conflictos familiares y sociales, comentarios negativos sobre su peso, antecedentes familiares de algún TCA y antecedentes de problemas psiquiátricos en la infancia(26).

En el artículo escrito por Evans et al.(18), se analizan las manifestaciones clínicas de la AN a los 7, 9 y 12 años. A los 7, destaca como síntoma fundamental para niños la restricción dietética y para las niñas la insatisfacción corporal, al igual que a los 9 años. En cuanto a los 12, en los niños destaca la baja estima corporal y en las niñas síntomas depresivos, insatisfacción corporal, IMC y baja autoestima. Según Evans y colaboradores, las manifestaciones más prevalentes de los TCA aparecen en niñas a los 9 años, y a los 12 son evidentes en ambos sexos. También a la edad de 12, la baja estima y la insatisfacción corporal parecen síntomas que se desarrollan junto al trastorno alimentario, en lugar de actuar como predictores. Además, se observa que las niñas tienen más probabilidades de desarrollar conductas alimentarias desordenadas para aliviar los síntomas depresivos.

Así pues, los autores concluyen que se debe tener en cuenta la importancia de las intervenciones tempranas para abordar los síntomas del TCA, así como prevenir el aumento de peso excesivo y/o la depresión. Un enfoque en la restricción dietética infantil, en la insatisfacción corporal concurrente y en la depresión puede ayudar a identificar a los niños y niñas con unas características sugestivas de un riesgo elevado de síntomas futuros de la AN (18).

Junto a los hallazgos anteriores, Dueñas et al. (26), estudió las características físicas y psicosociales de las pacientes en edad adolescente afectadas de TCA, además de añadir las complicaciones derivadas del trastorno.

Los **signos y síntomas** destacados a la exploración física fueron panículo adiposo disminuido, frialdad acra, xerosis, palidez cutánea, bradicardia. También manifestaron restricción alimentaria, conductas purgativas, hiperactividad compensadora, abuso de laxantes y/o diuréticos, distorsión de la imagen corporal, síntomas obsesivos, amenorrea y pérdida significativa de peso (26).

En cuanto a las **alteraciones** de la **analítica sanguínea**, se puede encontrar déficit de la Vitamina D y del ácido fólico, leucopenia, anemia, alteraciones del perfil lipídico y tiroideo y déficit de prealbúmina(26).

Respecto a las **complicaciones**, destaca el estreñimiento como la más frecuente de la AN, que contribuye a las dificultades para la alimentación, además de la sensación de pirosis(26). Asimismo, Jacobi et al.(20) señala como graves el retraso significativo del crecimiento, el retraso o interrupción puberal y la reducción de masa ósea máxima.

La autora Pagès et al. (36), afirma que cada vez hay más jóvenes y adolescentes que quieren adelgazar. Esta idea prevalece en la población joven femenina entre las edades 14 y 24 años y la causa de este deseo se encuentra en la **insatisfacción corporal, la presión social para adelgazar y la baja autoestima de la adolescente**. El objetivo del artículo fue explorar las características y comportamientos que comparten las adolescentes con AN.

Tras el análisis de sus resultados extrajeron las siguientes categorías: en primer lugar, la **Búsqueda de la perfección y la preocupación por el peso y la imagen**, parece ser que el objetivo de las chicas es la búsqueda del cuerpo perfecto según su criterio individual. Seguido de **fotografías**, donde se inspiran para buscar la perfección en fotografías de chicas delgadas se intentan igualarse a su belleza, originando obsesión por el peso y la imagen. La **autoestima baja y búsqueda de reconocimiento social**, el escaso nivel de autoestima es la causa principal que conlleva a no comer para lograr la delgadez y ser aceptada y reconocida en su entorno social. Así como las **metas de peso, autoinsultos, sentimientos de culpa, vacío, soledad e incompreensión**, lo cual deriva en la dependencia hacia su propio cuerpo y en un cambio constante de su meta, produciendo un sentimiento de insatisfacción corporal, culpabilidad y frustración que disminuye aún más la autoestima. El **autocontrol sobre el cuerpo**, se convierte en una fuente de placer y poder, pueden controlar aquello que les parecía incontrolable, su cuerpo adolescente. En cuanto a la **autoexigencia, conflicto familiar y humor lábil**, las adolescentes ven el cuerpo como un refugio de los problemas y al perder el control sobre este, aparece el sentimiento de culpa junto con un castigo (ayuno, purga, ejercicio...), teniendo una actitud de exigencia y disciplina con ellas mismas. Las **autolesiones** son comunes

juntamente con las ideas suicidas, son fuente de placer y libertad, manifiestan sentimientos de desahogo al llevarlas a cabo liberan rabia contenida en su interior.

También las **mentiras y doble personalidad**, donde al mismo tiempo presentan sentimientos de odio hacia sí mismas, mostrando hacia los demás una actitud normalizadora evidenciando la doble personalidad mencionada. Adquieren el **TCA como estilo de vida**, las adolescentes tienen como objetivo exhibir un cuerpo bonito, normalizando la relación con la comida para obtener reconocimiento ajeno. Se observan **contradicciones y falta de conciencia de enfermedad**, constantemente manifiestan contradicciones en sus decisiones de su vida diaria. La última categoría es la **evasión y búsqueda de apoyo en el mundo de los blogs**, en los blogs proana no se hace mención a trastorno alguno, pero sí al malestar interno que repercute en sus vidas diarias, aquí se sienten como en una burbuja, comprendidas y pueden expresarse con libertad usándolos a modo de diario personal.

Por lo tanto, la **insatisfacción corporal** y el **perfeccionismo** son características nucleares de la AN que influyen significativamente en su tratamiento y desenlace. El sentimiento de insatisfacción personal y de **baja autoestima** aumenta la probabilidad de la instauración del trastorno, además la autoestima se convierte en el eje vertebrador de todos los aspectos(36).

Por otra parte,, Calugi et al. (23)propusieron diseñar un nuevo **inventario de síntomas de inanición (SSI)** para medir aquellos más significativos (mareos, hambre...) en la AN y así poder diagnosticarla precozmente. A partir de una muestra de 150 pacientes y 340 adolescentes sanas se pudo demostrar que la versión final del SII mostró muy buena consistencia interna y confiabilidad del test. La puntuación global se asoció con la AN y la psicopatología general, por lo tanto, se puede afirmar que el SII es una herramienta prometedora en pacientes con AN y podría integrarse fácilmente en la práctica clínica habitual para medir los síntomas anteriormente nombrados y así poder diagnosticar AN con mayor eficacia. Actualmente no se aplica, por lo que se podría implantar como herramienta a realizar por las enfermeras a la hora de realizar la valoración.

Estudiar el entorno familiar y su papel en la enfermedad de la paciente con Anorexia Nerviosa.

McCormarck et al.(34) propone 4 temas claves donde se incluía el entorno familiar, el impacto psicosocial en los padres, la experiencia de los servicios y las esperanzas y aspiraciones futuras. En cuanto al primer tema, **el ambiente familiar**, afirma que todos los aspectos de la vida familiar se veían afectados por la AN en el hogar, y que esto iba disminuyendo a medida que comenzaba a recuperarse de la enfermedad. La comunicación se volvió problemática y aumentaron las discusiones entre la familia, el estigma social frente a las enfermedades de salud mental tuvo un gran impacto tanto en el adolescente como en los padres. Éstos se culpan de no haber identificado antes los signos y con esto buscar la ayuda y apoyo adecuados. Respecto al segundo tema, el **impacto psicosocial en los padres**, muchos aspectos de la vida estaban siendo afectados como resultado directo de la enfermedad como pueden ser los estilos sociales, financieros, personales y de crianza. La atención del adolescente era siempre la prioridad y varios padres se sentían algo responsables de la enfermedad de su hija, justificándolo con haber hecho dieta en el pasado. Ellos manifestaron la preocupación alimentaria de las adolescentes incluyendo el impacto emocional, el aumento de la ansiedad y sentimiento de culpa además de expresar la preocupación por el progreso de sus hijos.

En referencia al tercer tema, la **experiencia de servicios**, se pueden apreciar experiencias positivas y algunas menos favorables de los padres en los servicios de atención primaria. Se puede valorar positivamente la calidad del servicio y el hecho de no ser juzgados por los profesionales, además ellos opinan que un grupo de apoyo sería muy beneficioso entre adolescentes con AN en sus localidades. Por otra parte, manifestaron la falta de información sobre la enfermedad y que los médicos de familia desconocían los servicios y opciones del tratamiento, lo que llevó a sentimientos de frustración y enfado en los padres. Por último, en el cuarto tema, **futuras esperanzas y aspiraciones**, los padres comentaron que la esperanza es crucial para el proceso de recuperación, también las fortalezas y la resistencia innata de la adolescente que iban creciendo a medida que iban recuperándose, además de mejorar la comunicación entre la familia.

Como comenta McCormack(34), los padres necesitan apoyo y conocimientos adicionales relacionados con el manejo de la AN y las enfermeras tienen el conocimiento y las habilidades requeridas para la capacitación y el apoyo psicoeducativo a los padres. Las sesiones educativas deben contener información sobre habilidades para resolver problemas, mejorar las habilidades interpersonales y de comunicación y construir relaciones positivas dentro de la familia. El aumento de los apoyos psicosociales puede reducir la angustia de los padres, infundir confianza y empoderarlos para ayudar a su adolescente a alcanzar sus objetivos de recuperación.

En cuanto a la personalidad de los progenitores, las **madres** de adolescentes con AN tienen más síntomas de **depresión** y son más **flexibles** con su familia en comparación con madres sanas y los **padres** suelen tener más **ideas paranoicas** y **psicoticismo** y suelen ser más **caóticos** en general(27).

Estudiar los factores de riesgo influyentes en la presentación de la enfermedad en adolescentes y establecer un perfil sociodemográfico.

En la investigación realizada por Stice et al.(19)se afirma que los TCA afectan al 13% de las mujeres, los factores de riesgo son anteriores al inicio de la enfermedad y predicen la aparición futura de síntomas individuales. **El deterioro funcional, afecto negativo y IMC bajo** predicen el inicio futuro de AN. Además de los síntomas descritos por Evans y colaboradores (18), estos pronostican la aparición futura de los síntomas centrales del trastorno alimentario, que son **la mayor internalización del ideal delgado, la negación de la búsqueda de la delgadez y el ejercicio excesivo.**

Síntomas similares predicen el inicio de la sobrevaloración del peso y la forma cuerpo, excepto la internalización del ideal delgado, la negación de la búsqueda de la delgadez, aunque si afecta significativamente hacer **ayuno** al igual que precede el miedo a aumentar de peso. En cambio, las presiones culturales para la delgadez y los comportamientos de control de peso no predijeron la aparición de AN. Además, afirma que las jóvenes que tienen un alto afecto negativo y **dificultades para llevarse bien con su familia y compañeros** corren el riesgo de desarrollar AN. Por lo tanto, las intervenciones destinadas a prevenir la AN pueden necesitar dirigirse a una población de alto riesgo, como podrían ser las adolescentes.

Por otra parte, la investigación de Jáuregui (23)incide en la dieta y explora las conductas imitadas entre pacientes con AN, ya que son de gran importancia para el desarrollo de los TCA sobre todo en los ámbitos de la alimentación, ejercicio y forma de vestir. En cuanto a la **alimentación**, la *influencia personal directa* (de amigos, familia, compañeros de clase...) es negada por las adolescentes, aunque los padres afirman que existe, así como la *influencia de los medios* (anuncios, revistas, televisión...) donde tanto padres como jóvenes afirman que existe dicha influencia, aunque las pacientes afirman tener **mayor influenciadirecta que de los medios**.

En referencia al **ejercicio físico**, las pacientes reconocen la *influencia personal directa*, mientras que los padres la niegan. En el caso de los *medios de comunicación* las pacientes no reconocen la influencia y los padres si la aprecian. En resumen, para las **adolescentes** sería más relevante la **influencia directa** y para los **padres** influirían **ambos ámbitos por igual**(35).

Sobre **la vestimenta y la integración social**, hay controversia en cuanto a la *influencia directade* la vestimenta, ya que las jóvenes la niegan y los padres la admiten. Respecto a la integración social, las adolescentes reconocen más que los padres, el **miedo a la separación del grupo**(35).

Teniendo en cuenta los estudios de Stice et al (19) y Jáuregui (35), se puede afirmar que en el ámbito de los TCA, **la dieta, el ejercicio y la imagen** son elementos clave que en las adolescentes tienen una importancia crucial por la vía de la imitación. Una serie de conductas (modo de comer, tipo y frecuencia/intensidad del ejercicio o forma de mentir) podrían ser factores de riesgo para el desarrollo de conductas de alimentación y control de peso alteradas.

Por otra parte, Castro – Zamudio (22) estudia la impulsividad relacionada con los TCA. Las mujeres con síntomas purgativos eran las que presentaban un mayor nerviosismo en su día a día, por lo que tenían más pensamientos y conductas relacionadas con los trastornos. Aquellas adolescentes que obtenían mayores puntuaciones en **impulsividad** también obtenían puntuaciones altas en conductas y pensamientos de AN. Sería conveniente favorecer o promover a las jóvenes que son más impulsivas o que presentan comportamientos imprudentes, estilos de vida saludables ya que podrían disminuir o prevenir el incremento de los TCA y por ello, también de la AN.

La impulsividad puede ayudar a detectar de forma precoz el riesgo de desarrollar una conducta anoréxica, por tanto, los programas de prevención deberían diseñarse para ayudar a los adolescentes a utilizar estrategias de adaptación para manejar mejor el sufrimiento y regular las emociones.

Además, Batista et al. (24) afirma que las adolescentes con AN tienen un mayor desajuste psicológico, más problemas interpersonales y afectivos, persiguen la perfección a través del sufrimiento y tienen una baja autoevaluación y vacío emocional. Muestran autoestima más baja, deseo de ser delgadas, insatisfacción con su cuerpo e inseguridad en las relaciones interpersonales. También presentan ansiedad y altos niveles de evitación, y no se aprecia diferencia con el resto de la población respecto a la empatía.

Como decía Stice et al. (19), la **internalización del ideal delgado** es un factor de riesgo causal para la aparición de trastornos relacionados con la alimentación y la forma, como es la AN, éste causa la **insatisfacción corporal, deseo de realizar una dieta y afecto negativo**. En cuanto al desajuste psicológico, no debe ser ignorado cuando haya un riesgo de manifestación de la enfermedad, ya que el papel sociocultural sobre la imagen corporal en la población es importante en lo que a este desajuste se refiere y por lo tanto para la AN.

Otros factores de riesgo son los **cambios a nivel físico y emocional** propios de la pubertad, **sobrepeso u obesidad** o aspectos psicológicos propios del individuo como puede ser la depresión, Trastorno Obsesivo Compulsivo, ansiedad social, dificultades para el cambio, rituales, perfeccionismo(26).

Para finalizar, Seva et al. (37) afirman que los **medios de comunicación** juegan un **papel importante** en la construcción y representación de un modelo de cuerpo determinado. En la sociedad de hoy en día la belleza y delgadez son términos que están íntimamente relacionados y sobre la mujer recae una presión ejercida por la sociedad hacia la centralidad del cuerpo, su cuidado y la estética.

En los diferentes medios de comunicación existe la **distorsión y lamaniplación de la figura del cuerpo femenino**. Se establece un cánón clasificado y aceptado como “cuerpo ideal”, lo cual favorece a **las inseguridades** de jóvenes causando **problemas** para establecer su **propia identidad corporal** y consecuentemente puede propiciar a la **aparición de AN**. Asimismo, las fuentes de comunicación son portadores de modelos y conductas sociales y a determinadas edades dejan una huella imborrable que marcará para siempre el camino hacia la madurez. Todos siguen el mismo patrón, basado en crear una necesidad movida por la propia insatisfacción corporal ante la imposibilidad de alcanzar el “cuerpo 10”, prácticamente inalcanzable para muchas jóvenes, las cuales bajo cualquier precio pretenden optar a él, produciéndose una distorsión de la percepción corporal y muchas caen presas en las redes de la enfermedad adquiriendo conductas alimentarias restrictivas e incorrectas que suponen una amenaza para su vida(37).

La sociedad en general idolatra la idea del cuerpo perfecto, en especial el femenino y dicha idea viene inducida por los medios de comunicación. Y, como se ha comentado anteriormente, muchas adolescentes intentan **imitar** lo que ven **reflejado en la pantalla** a la hora de construir su identidad corporal, sin considerar que esas imágenes pueden llevar filtros y retoques. Por lo tanto, los medios informativos suponen un papel fundamental en la construcción de la identidad corporal juvenil y adolescente y pueden causar enfermedades como la AN.

Por otra parte, respecto al perfil de las adolescentes con AN, Barajas – Iglesias et al. (25) afirman que las pacientes diagnosticadas muestran un perfil más sumiso, egoísta y conformista e histriónico. Asimismo, Tafà et al. (27) comenta que las adolescentes con AN son más **obsesivo – compulsivas, depresivas, hostiles** y presentan más **ansiedad**. También, se sienten menos satisfechas con el funcionamiento de su familia, el cual es más rígido y está más desconectado, existiendo menos comunicación entre ellos.

Determinar la relación terapéutica de las enfermeras en la atención a pacientes con Anorexia Nerviosa.

Zugai et al.(32) exploró la dinámica de la autoridad de las enfermeras con adolescentes hospitalizados tratados por AN. Se desarrollaron dos temas generales: “El camino de mayor resistencia, donde se detallaron la autoridad de las enfermeras y la oposición de las pacientes” y “La zona de amigos, el desafío al que se enfrentaban las más jóvenes”. El primer tema se centra en la forma que las pacientes respondían a la **autoridad** de las enfermeras generalmente con oposición. Esto provocaba para algunas enfermeras inseguridad en su trabajo, ellas ejercían su autoridad con las pacientes en cuanto al aumento de peso y en ocasiones, estas respondían con críticas y hostilidad hacía las enfermeras. Además, entendieron que el aumento de peso era angustiante para las adolescentes y que las actividades que debían realizar implicaban el uso de autoridad para su cumplimiento, lo cual tensaba la **relación terapéutica**, entrando en conflictos. Respecto al segundo tema, las adolescentes interactuaron con las enfermeras más jóvenes de una manera parecida a la **amistad**, lo cual amenazó la capacidad de las enfermeras para la autoridad anteriormente nombrada.

La relativa inexperiencia de las enfermeras más jóvenes justificó la estrecha supervisión por parte de enfermeras más expertas. Si las pacientes sobrepasaban los límites de la confianza con las sanitarias jóvenes, éstas se sentían incómodas e inseguras debido a la **falta de experiencia** nombrada, lo cual impedía que pudieran ejercer autoridad, necesitando de la supervisión de una enfermera experimentada para cuando debieran hacerlo. Se debe decir que la relación que mantuvieron las enfermeras más novicias ayudó al tratamiento de las pacientes y a la comprensión de la necesidad del aumento de peso, permitiendo así a las enfermeras más expertas el uso de su autoridad.

Por lo tanto, se entiende que ser distante con las adolescentes no es adecuado para una atención de enfermería sólida. El asentamiento de la alianza terapéutica es una actividad fundamental de la enfermera de salud mental, por lo que un enfoque efectivo para el cuidado de las personas con AN requiere un equilibrio tanto del compromiso interpersonal como de la autoridad.

Asimismo, el artículo escrito por Beukers et al.(33), concuerda con el anterior. Las intervenciones de las enfermeras son efectivas cuando existe una relación terapéutica de confianza con las pacientes, por lo que es importante que el equipo preste atención tanto a los aspectos físicos de la recuperación como a las necesidades psicosociales y emocionales de la paciente. Se afirma que restaurar el peso corporal del paciente es lo primordial para la posterior recuperación personal y social.

Beukers y colaboradores dividen en cuatro categorías las intervenciones utilizadas por Enfermería: Supervisión e instrucción, alentar, motivar y guiar, apoyo y comprensión y por último la de educar. En cuanto a la primera categoría, **supervisión** e **instrucción**, los profesionales de la salud utilizan las comidas para la observación estructurada de las pacientes. Al sentarse con ellas, supervisan de manera discreta cada detalle del patrón de alimentación de la paciente. Mientras tanto, instrúan a las pacientes sobre los hábitos alimenticios normales como la manera adecuada de sentarse en la silla, el ritmo al que deben comer, cantidades de alimento etc. Además, los profesionales sanitarios hablaban abiertamente con las pacientes sobre las costumbres anoréxicas que tenían e insistieron en cambiar dichas rutinas. Una vez detuvieron estos rituales, las formaban inmediatamente para que asumieran hábitos alimenticios normales. Asimismo, los profesionales de la salud **animaron** a las pacientes con frases cortas como “Sigue así”, que se convertían en breves pero poderosos estímulos.

También se establecían pequeñas y **alcanzables metas** durante las comidas, se les informaba tanto de las consecuencias negativas de los hábitos anoréxicos como de las positivas de un patrón de alimentación normal y **motivaban** a las pacientes, haciéndoles ver la respuesta positiva que los familiares y amigos tendrían si ellas lograban restaurar un patrón de peso y de ingesta normal. Las enfermeras **apoyaban** a las adolescentes durante las comidas, felicitándolas cuando seguían sus instrucciones, consejos nutricionales y cumplían los objetivos establecidos. Igual que afirmaba Zugai et al.(33), las enfermeras son conscientes del estrés y la ansiedad de los pacientes cuando se enfrentaban a estas **guías**. Los profesionales educaban a las pacientes invitándolas a comunicarse con ellos cuando tuvieran pensamientos poco saludables, para que no se retiraran a su mundo interno de pensamientos anormales.

Por lo tanto, las intervenciones y actitudes direccionales y de control son esenciales para que las pacientes rompan sus hábitos compulsivos de alimentación anoréxica, los profesionales deben ser insistentes y firmes y deben ayudar a paliar la ansiedad y el estrés que presentan las jóvenes frente a estos cambios. La **empatía, comprensión, apoyo y motivación de las enfermeras ayudaron a las adolescentes a efectuar su cambio de comportamiento**(32,33).

“Algo que te hace llorar y sufrir tanto para alcanzar la “perfección”, no puede ser lo que necesitas para ser feliz” – Anónimo.

9. LIMITACIONES

A pesar de que es una enfermedad que está presente comúnmente entre los adolescentes no se han encontrado artículos donde estudien las estrategias de prevención o intervenciones realizadas por la enfermera para la AN. Aunque si que se han podido analizar algunos documentos encontrados sobre la prevención general. Se ha podido comprobar que está más estudiado cómo se comportan las enfermeras a la hora de tratar con pacientes con AN que la prevención de la misma.

10. CONCLUSIONES

En la sociedad actual existe una excesiva preocupación por la apariencia física, la televisión, revistas, anuncios, muestran diariamente cuerpos perfectos los cuales se convierten en un gran referente social. La población relaciona la delgadez con la belleza, éxito, seguridad y ser aceptado(21). Las adolescentes son la población más susceptible a la hora de ser influenciados por los medios y así tener AN. Éstas tienen la autoestima baja lo que conlleva a no comer para lograr la delgadez y ser aceptada socialmente, siente el control sobre su cuerpo, el cual se convierte en una fuente de placer y poder. La insatisfacción corporal y el perfeccionismo son características nucleares de la AN como también la baja autoestima(36).

Respecto a los factores de riesgo, se sabe que el deterioro funcional, afecto negativo e IMC bajo son predictores de la enfermedad. Además de la insatisfacción corporal, negación de la búsqueda de la delgadez, la dieta y el ejercicio excesivo(19). Asimismo, los cambios a nivel físico y emocional, presiones socio – culturales y de los medios de comunicación son factores a estudiar en la AN(26).

Los síntomas en la exploración física y psicológica de la AN son frialdad, palidez cutánea, panículo adiposo disminuido, bradicardia, restricción alimentaria, conductas purgativas, abuso de laxantes, distorsión de la imagen corporal, amenorrea y pérdida de peso(26). En cuanto a las complicaciones, destaca el estreñimiento y la sensación de pirosis, además de retraso en el crecimiento, interrupción puberal y reducción de la masa ósea máxima(20,26).

Como se ha comentado anteriormente, los medios de comunicación tienen un papel crucial en la AN ya que juegan un papel importante en la construcción y representación de un modelo de cuerpo determinado. Existe la distorsión y manipulación de la figura del cuerpo femenino, y juntamente con las inseguridades de los jóvenes las cuales quieren imitar lo que ven reflejado en la pantalla y causan problemas en su propia imagen corporal y así aparece la AN(37).

Por otra parte, se puede decir que las adolescentes con AN tienen un perfil más sumiso, de egoísmo, hostiles y conformes. Además de una personalidad obsesiva, depresiva, histriónica y presentaban más ansiedad(25,27).

Las enfermeras deben actuar con autoridad y establecer una relación terapéutica con las adolescentes para así establecer unas metas alcanzables y motivarlas a seguir unos hábitos alimenticios saludables. Deben apoyarlas en los momentos de crisis y ayudarles a disminuir la ansiedad y estrés que acompaña a la AN. Las enfermeras tienen la empatía, comprensión, apoyo y motivación necesarias para ayudar a las adolescentes a efectuar su cambio de comportamiento(32,33).

Por último, hay que recalcar que la adolescencia es un periodo vulnerable con respecto al desarrollo de un TCA, hay que fomentar los programas de prevención e intervención para la aparición de los TCA como puede ser la AN, generar programas de prevención primaria que ayuden a reducir la vulnerabilidad de la población adolescente, sobre todo en mujeres, ante los factores de riesgo de esta manera se conseguirá reducir la incidencia de los TCA además de la estigmatización de las enfermedades mentales. Asimismo, la enfermera debe empoderar a los progenitores de las adolescentes con AN para así mantener una buena relación con su hija, infundir confianza en ellos además de enseñar habilidades y conocimientos sobre cómo manejar a pacientes con AN(21,28,34).

11. LÍNEAS FUTURAS DE ESTUDIO

Como líneas futuras se propone la realización e implantación de un programa de prevención de la AN. Éste podría ser impartido por las Enfermeras, las cuales también deberían implicar a los padres, para así, tanto adolescentes como adultos conocer la realidad de la AN y de este modo reconocer los síntomas tempranos de la enfermedad. Las sesiones educativas deben contener información sobre habilidades para resolver problemas, mejorar las habilidades interpersonales y de comunicación y construir relaciones positivas dentro de la familia

Asimismo, se podría realizar de manera rutinaria en Atención Primaria a las adolescentes que presenten algún signo o síntoma de la AN el inventario de síntomas de inanición (SSI) ya que se ha demostrado ser válido en la práctica.

Además, se propone una nueva línea de búsqueda sistemática que se basen en actuaciones y abordajes del ámbito de la enfermera comunitaria viendo así como afecta una detección precoz en la evolución de la enfermedad

12. BIBLIOGRAFÍA

1. León Espinosa de los Monteros MT, Castillo Sánchez MD. Trastornos del comportamiento alimentario : anorexia y bulimia nerviosa. Alcalá la Real (Jaén) : Formación Alcalá; 2003.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5. 5a ed. Médica Panamericana; 2014.
3. Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia. Un 23% dels adolescents d'entre 12 i 14 anys estan en risc de patir anorèxia o bulímia. 2019; Disponible a: [http://www.acab.org/fitxer/1886/Nota premsa Enquesta Associació contra l'anorèxia i la bulímia.pdf](http://www.acab.org/fitxer/1886/Nota%20premsa%20Associaci%C3%B3%20contra%20l'anor%C3%A8xia%20i%20la%20bul%C3%ADmia.pdf)
4. OMS. Salud mental del adolescente [Internet]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
5. Fornés Vives J, Gómez Salgado J. Principales problemas de salud mental e intervención enfermera. 1ª. Madrid : Fuden; 2008.
6. Videbeck SL, Miller CJ. Enfermería psiquiátrica. 5a ed. Hospitalet de Llobregat : Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
7. Melissa Lenoir D, Silber TJ, Melissa Lenoir D. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) [Internet]. Vol. 104, Arch.argent.pediatr. 2006. Disponible a: http://www.maudsleyparents.org/images/Anorexia_nerviosa_en_ni_os_y_adolescentes,_parte_1.pdf
8. La Associació contra la Anorèxia i la Bulímia. ANNEX I Informe ACAB La realitat dels trastorns de la conducta alimentària. [Internet]. Disponible a: www.iqua.net
9. Portela De Santana ML, Da Costa H, Junior R, Mora Giral M, Raich RM^a. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutrición Hospitalaria. 2012;27(2):391-401.
10. Martha Bravo Rodríguez, Argelia Pérez Hernández RPB. Anorexia nerviosa: características y síntomas. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2000;72(4). Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000400011&lng=es.
11. Ayerbe-García Monzón L, González-Lópeza E, López-Larrayoz I, Ezquerro-Gadea J. El test SCOFF: Una posible herramienta de cribado de los trastornos de comportamiento alimentario en atención primaria [Internet]. Vol. 32, Atención Primaria. 2003. p. 315-6. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-test-scoff-una-posible-13051586>
12. Raich RM. Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios. Pirámide. 1996. 117-120 p.
13. Bulímia LA contra la A i la. La prevenció a l'Escola [Internet]. 2004. Disponible a: <http://www.acab.org/ca/publicacions/la-prevencio-a-l-escola>
14. Programa salut i escola [Internet]. 2009. Disponible a: www.gencat.cat/salut

15. Dos Santos Alvarenga, Marle. Francischi, Rachel. Fontes, Flávia. Baeza Scagliusi, Fernanda. Tucunduva Philippi S. Adaptación y validación al español del Disordered Eating Attitude Scale (DEAS) [Internet]. 2010. Disponible a: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082010000100002
16. Instrumentos para la lectura crítica | CASPe [Internet]. [citad 10 maig 2020]. Disponible a: <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med [Internet]. 21 juliol 2009;6(7):e1000097. Disponible a: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
18. Evans EH, Adamson AJ, Basterfield L, Le Couteur A, Reilly JK, Reilly JJ, et al. Risk factors for eating disorder symptoms at 12 years of age: A 6-year longitudinal cohort study. Appetite [Internet]. 1 gener 2017;108:12-20. Disponible a: <https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0195666316304536?via%3Dihub>
19. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. J Abnorm Psychol [Internet]. 1 gener 2017;126(1):38-51. Disponible a: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC5215960/>
20. Jacobi C, Hütter K, Völker U, Möbius K, Richter R, Trockel M, et al. Efficacy of a parent-based, indicated prevention for anorexia nervosa: Randomized controlled trial. J Med Internet Res [Internet]. 2018;20(12). Disponible a: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC6315221/>
21. Sancho Cantus D, Alberola Juan S. Programa de prevención y detección de incidencias sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de secundaria. Rev Iberoam Enfermería Comunitaria [Internet]. 2017;9(2):31-42. Disponible a: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1533/RIdEC-v9-n2-dic2016-may2017 - Originales 3.pdf>
22. Castro-Zamudio S, Castro-Barea J. Impulsividad y búsqueda de sensaciones: factores asociados a síntomas de anorexia y bulimia nerviosas en estudiantes de secundaria. Escritos Psicol / Psychol Writings. 2016;9(2):22-30.
23. Calugi S, Miniati M, Milanese C, Sartirana M, Ghoch M El, Grave RD. The starvation symptom inventory: Development and psychometric properties. Nutrients [Internet]. 1 setembre 2017;9(9):1-8. Disponible a: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC5622727/?report=classic>
24. Batista M, Antić LŽ, Žaja O, Jakovina T, Begovac I. Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. Acta Clin Croat [Internet]. 2018;57(3):399-410. Disponible a: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC6536277/>
25. Barajas-Iglesias B, Jauregui-Lobera I, Laporta-Herrero I, Santed-German MA. Trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia: Perfiles de personalidad asociados a la anorexia y a la bulimia nerviosa. Nutr Hosp [Internet]. 2017;34(5):1178-84. Disponible a: <http://web.b.ebscohost.com.sabidi.urv.cat/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b121b728-6ac5-4888-a733-f552680316eb%40pdv-sessmgr01>

26. Dueñas Disotuar Y, Hurtado MM, Rubio Morell B, Bharwani HSM, Sosa AJ. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015;32(5):2091-7. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/sabidi.urv.cat/pdf/nh/v32n5/26originalpediatria05.pdf>
27. Tafà M, Cimino S, Ballarotto G, Bracaglia F, Bottone C, Cerniglia L. Female Adolescents with Eating Disorders, Parental Psychopathological Risk and Family Functioning. *J Child Fam Stud* [Internet]. 1 gener 2017;26(1):28-39. Disponible a: <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/article/10.1007/s10826-016-0531-5>
28. Gumz A, Weigel A, Daubmann A, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools: a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 11 agost 2017;17(1):293. Disponible a: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1454-4>
29. Customer P. PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica 11 preguntas para entender un ensayo clínico Comentarios generales [Internet]. Disponible a: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_ensayo_clinico_v1_0.pdf?file=1&type=node&id=158&force=
30. PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica 11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes Comentarios generales [Internet]. Disponible a: <http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/cohortes11.pdf?file=1&type=node&id=157&force=>
31. PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe 11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de Casos y Controles [Internet]. Disponible a: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/casos_y_controles.pdf?file=1&type=node&id=156&force=
32. Zugai JS, Stein-Parbury J, Roche M. Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 31 agost 2019;28(4):940-9. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12595>
33. Beukers L, Berends T, de Man-van Ginkel JM, van Elburg AA, van Meijel B. Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 1 desembre 2015;24(6):519-26. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/inm.12150>
34. McCormack C, McCann E. Caring for an Adolescent with Anorexia Nervosa: Parent's Views and Experiences. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 1 juny 2015;29(3):143-7. Disponible a: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0883941715000345?via%3Dihub>
35. Jáuregui I. Modas y modelos sociales en salud mental. Anorexia y bulimia [Internet]. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2016. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250819>

36. Pagès Nebot A, Ocaña Fernández M. Características y comportamientos que comparten las chicas pro-ANA. Un cambio de rumbo en la anorexia nerviosa. *Metas Enferm* [Internet]. 2019;22(3):12-9. Disponible a: <https://www-enfermeria21-com.sabidi.urv.cat/revistas/metas/articulo/81387/caracteristicas-y-comportamientos-que-comparten-las-chicas-pro-ana-un-cambio-de-rumbo-en-la-anorexia-nerviosa/>
37. Seva Ruiz, Miriam. Casadó Marín LC. La construcción de la identidad e imagen corporal en la adolescencia a través de los medios de comunicación social: estrategias para el desarrollo de un modelo de prevención. *Enfermería Integr* [Internet]. 2015; Disponible a: www.enfervalencia.org
38. PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe; 10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo [Internet]. Disponible a: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=none&id=147&force=

12. ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN (Eating Attitudes Test)

Marque con una X la columna cuya respuesta se ajuste mejor a cada una de las afirmaciones. Los resultados son estrictamente confidenciales. La mayor parte de las afirmaciones se refieren a la comida y a la alimentación, aunque hay también afirmaciones sobre otros temas. Lea atentamente cada una de las afirmaciones y responda con total sinceridad. Muchas gracias por su colaboración.

	Siempre	Muy frecuentemente	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Hago la comida para otras personas pero no como lo que concino						
3. Tengo ansiedad antes de comer						
4. Me aterroriza tener sobrepeso						
5. Evito comer cuando tengo hambre						
6. Me preocupo por lo alimentos que como						
7. Me doy atracones de comida durante los que tengo la sensación de que no puedo parar de comer						
8. Corto los alimentos en trozos pequeños						
9. Me preocupa el contenido calórico de los alimentos						
10. Evito especialmente las comidas con alto contenido en hidratos de carbono (pan, arroz, patatas).						
11. Me siento hinchado después de comer.						
12. Me parece que los demás quieren que coma más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de haber comido						
15. Me preocupo por estar más delgado.						
16. Hago ejercicio físico hasta el agotamiento para quemar calorías						

17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ceñida.						
19. Me encanta comer carne.						
20. Me levanto muy temprano por la mañana.						
21. Como los mismos alimentos todos los días.						
22. Cuando hago ejercicio físico pienso que estoy quemando calorías.						
23. Mis menstruaciones son regulares.						
24. Los demás piensan que estoy muy delgado.						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26. como más lento que los demás o tardo más en terminar la comida.						
27. Me gusta comer en restaurantes.						
28. Tomo laxantes.						
29. Evito los alimentos que contienen azúcar.						
30. Como alimentos dietéticos.						
31. Siento que la comida controla mi vida.						
32. Mantengo el control de lo que como.						
33. Siento que los demás me presionan para comer.						
34. Pienso demasiado en la comida.						
35. Sufro estreñimiento.						
36. Me siento culpable						
37. Sigo una dieta para adelgazar.						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Me gusta probar cosas apetitosas que no he comido antes.						
40. Siento la tentación de vomitar después de comer.						