



FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2019-2020

Trabajo de Fin de Grado

CONDUCTA E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alumna: Gema Espuelas Blanco

Dirigido por: Dra. Georgina Casanova Garrigós

Tortosa, 2020

AGRADECIMIENTOS

A mi madre y mi familia por haberme apoyado y animado en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida.

A María, por haber estado a mi lado durante estos cuatro años.

A todos los profesores de Enfermería por enseñarme lo bonita que es esta profesión, y a ti Georgina por haberme guiado y acompañado durante este último año.

RESUMEN

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes, además se presentan en asociación con otros trastornos psiquiátricos, lo que conduce a un elevado riesgo de conductas suicidas.

Objetivos: Conocer la relación entre las conductas e ideaciones suicidas y los trastornos de la conducta alimentaria.

Metodología y resultados: Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos en las distintas bases de datos Pubmed, Cinahl y Scopus. Para acotar esta búsqueda se establecieron distintos criterios de inclusión y exclusión y se obtuvieron 12 artículos para incluir en la revisión.

Conclusiones: Las conclusiones coinciden con nuestro objetivo, constatando la existencia de una relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos del comportamiento suicida. Además las conductas suicidas se asocian a un nivel de impulsividad y depresión más alto aunque existen otros factores que también predisponen la conducta suicida en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave: Conductas suicidas; Tendencias suicidas; Trastornos de la Conducta Alimentaria.

ABSTRACT

Introduction: The eating disorders represent the third most common chronic illness among young women, they also occur in association with other psychiatric disorders, leading to a high risk of suicidal behaviour.

Objectives: To know the relationship between suicidal behaviours and ideations and eating disorders.

Methodology and results: A literature review of scientific articles has been carried out in the different databases Pubmed, Cinahl and Scopus. To narrow this search, different inclusion and exclusion criteria were established and 12 articles were obtained to include in the review.

Conclusions: The conclusions coincide with our objective, noting the existence of a relationship between eating disorders and suicidal behaviour disorders. In addition, suicidal behaviors are associated with a higher level of impulsivity and depression, although there are other factors that also predispose suicidal behavior in patients with eating disorders.

Keywords: Suicidal behaviors; Suicidality; Eating disorders.

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURAS	PÁGINA
FIG. 1	Página 10
FIG. 2	Página 10

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	PÁGINA
TABLA 1	Página 11
TABLA 2	Páginas 12-17

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
AN	<i>Anorexia Nerviosa</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BN	<i>Bulimia Nerviosa</i>
DeSH	<i>Descriptores de la Salud</i>
DSM-5	<i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales</i>
FIG	<i>Figura</i>
INE	<i>Instituto Nacional de Estadística</i>
ITPS	<i>Teoría del Suicidio Interpersonal</i>
LA	<i>Aversión a la pérdida</i>
MeSH	<i>Medical Subject Heading</i>
NSSI	<i>Autolesiones no suicidas</i>
OMS	<i>Organización Mundial de la Salud</i>
SA	<i>Intento de Suicidio</i>
SI	<i>Ideación Suicida</i>
TANE	<i>Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos</i>
TCA	<i>Trastornos de la Conducta Alimentaria</i>
TLP	<i>Trastornos Límite de la Personalidad</i>

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO CONCEPTUAL	3
❖ TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	3
ANOREXIA NERVIOSA (AN):	3
BULIMIA NERVIOSA (BN):	3
TRASTORNOS ALIMENTARIOS NO ESPECIFICADOS (TANE):	4
➤ EPIDEMIOLOGÍA	4
➤ ETIOPATOGENIA	5
❖ TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA	5
❖ ENFERMERÍA	7
1. Rol en prevención primaria	8
2. Rol en prevención secundaria	8
3. Rol en prevención terciaria	9
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
MATERIAL Y MÉTODOS	9
RESULTADOS	11
DIAGRAMA DE FLUJO	11
TABLA DE RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	18
CONCLUSIÓN	22
APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	22
LIMITACIONES	23
FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	23
BIBLIOGRAFÍA	25

INTRODUCCIÓN

Según el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales —DSM 5— (APA, 2014), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos se definen como una alteración persistente en las conductas relacionadas con la alimentación. Estas conductas se pueden observar en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo (1).

Los TCA representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia del 5% y aunque se trata de un trastorno cuya aparición es más común entre las mujeres, los varones se ven afectados por estos en una proporción de 1:10.

El diagnóstico más frecuente entre adolescentes es el Trastorno Alimentario No Especificado (TANE), seguido por el de Anorexia Nerviosa (AN) y, finalmente, el de Bulimia Nerviosa (BN). Estas enfermedades, comparten síntomas cardinales tales como la insatisfacción con la imagen corporal en la valoración personal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso. Además están caracterizadas por su cronicidad, así como por la aparición frecuente de recaídas, que provocan a su vez alteraciones en el funcionamiento psicosocial y físico de los individuos (2).

A todo esto se debe añadir que frecuentemente los TCA se presentan en asociación con otros trastornos psiquiátricos como son: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias, lo que determina un marcado deterioro en el funcionamiento social y un elevado riesgo de conductas suicidas (3).

Por otro lado, anualmente, cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2018 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. Este acto no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo.

El estigma, particularmente en torno a los trastornos mentales y el suicidio, disuade de

buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o han tratado de hacerlo y, por lo tanto, no reciben la ayuda que necesitan. La prevención del suicidio no se ha abordado apropiadamente debido a la falta de sensibilización respecto al suicidio como problema de salud pública principal y al tabú existente en muchas sociedades para examinarlo abiertamente (4).

La temática elegida se debe a un interés personal hacia el ámbito de la salud mental y la psiquiatría.

Particularmente me he centrado en los trastornos de la conducta alimentaria porque considero que son trastornos difíciles de abordar ya que las personas que los sufren están sometidas al constante bombardeo de los medios de comunicación y la publicidad. Además, desde mi punto de vista, gran porcentaje de la población no es consciente realmente de lo que suponen estos trastornos a pesar de las campañas preventivas que se realizan a la población, como la guía de prevención de los TCA y el sobrepeso de Cantabria o la guía práctica de prevención de los TCA de Aragón (5,6) .

Dichos trastornos comienzan en las etapas de la infancia y adolescencia y esto supone que una gran parte de las personas que los sufre no consulte directamente por ello, ya que en general, la conciencia de enfermedad y motivación para el cambio son escasas, a pesar de que la salud física y psicológica se encuentre gravemente amenazada por la enfermedad. Esto supone que como profesionales de la salud debemos realizar un buen trabajo de prevención e intentar elaborar un diagnóstico precoz para conseguir un mejor pronóstico.

Por otra parte considero que las conductas suicidas suponen gran problema para la población, sobre todo para niños y adolescentes, ya que resulta un grupo de edad especialmente vulnerable al impacto emocional y este hecho puede incrementar el riesgo de las conductas suicidas.

Además, las personas que padecen un trastorno mental son más vulnerables a tener ideación suicida y por esto me gustaría trabajar la relación que existe entre estas conductas y pensamientos y las personas que sufren trastornos de conducta alimentaria.

MARCO CONCEPTUAL

❖ TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo. Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en las mujeres y, generalmente, se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen reportes de casos donde aparecen en la infancia o en la vida adulta. Estas enfermedades, que están caracterizadas por su cronicidad así como por la aparición frecuente de recaídas, provocan a su vez alteraciones en el funcionamiento psicosocial de los individuos, ya que, además de poseer un efecto devastador en los pacientes y en sus familias, se asocian a un alto riesgo de conductas suicidas (7).

ANOREXIA NERVIOSA (AN): se considera como un síndrome específico, cuyas características principales se encuentran descritas en el DSM-IV, es decir, rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo y la aparición de la amenorrea en las mujeres. Se puede diferenciar entre dos variantes de AN.

- Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no sufre episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo
- Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo sufre episodios recurrentes de atracones o purgas (8).

BULIMIA NERVIOSA (BN): es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la existencia de episodios compulsivos de ingesta descontrolada y exagerada de alimentos en períodos muy cortos de tiempo (*binge* o atracón). Todo esto, se suele acompañar acto seguido de una conducta tendiente a eliminar los efectos de esta

ingesta calórica a través de la autoprovocación del vómito, el uso de laxantes y diuréticos, las dietas restrictivas y el aumento de la actividad física (9).

TRASTORNOS ALIMENTARIOS NO ESPECIFICADOS (TANE): Los TANE son una categoría residual que incluye los TCA que no cumplen todos los criterios para AN o BN. Específicamente, los TANE incluyen los casos que cumplen todos los criterios para la AN, pero que permanecen con ciclos menstruales regulares o en peso normal (incluso después de una pérdida considerable de peso), los casos que cumplen todos los criterios para BN, pero cuya frecuencia de atracones y/o purgas es menor a dos veces a la semana, los casos en que las purgas o conductas compensatorias ocurren después de haber ingerido sólo una cantidad mínima de alimentos en una persona con peso normal, los casos que se mastica y devuelve gran cantidad de alimentos, y los casos que deben incurrir regularmente en atracones, pero sin utilizar conductas compensatorias inadecuadas (Trastorno por Atracón) (2).

➤ **EPIDEMIOLOGÍA**

Los TCA son enfermedades de salud mental serias que se asocian a una significativa morbilidad y mortalidad biomédica y psiquiátrica. Tanto es así, que la AN es el trastorno psiquiátrico relacionado con mayor mortalidad.

Estos trastornos poseen un índice alto de mortalidad, tanto por las complicaciones directas del propio trastorno, como por el elevado riesgo de conductas suicidas asociadas.

Las cifras de prevalencia obtenidas en los diferentes estudios epidemiológicos españoles son similares a las obtenidas en otros países desarrollados (en torno al 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos; en torno al 4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes). Por otra parte, investigaciones realizadas en el extranjero han estimado que la prevalencia entre las jóvenes de AN oscila entre 0.5% y 1% (3-6) y de BN entre 1-2% y 4% (3-6). Los TCA más frecuentes son no especificados (TANE), que alcanzan una prevalencia de hasta 14% según la definición utilizada.

El pronóstico de los TCA mejora significativamente si son diagnosticados y tratados de forma precoz. Sin embargo, con frecuencia ello se dificulta pues las adolescentes y jóvenes que los sufren tienden a esconderlos. (10,11)

➤ ETIOPATOGENIA

Los TCA son trastornos de causa multifactorial aunque, es bien conocida a día de hoy la influencia que ejercen los factores socioculturales en el desarrollo de dichos trastornos, especialmente la validez de un modelo estético corporal femenino excesivamente delgado.

En la actualidad se sabe que la explicación de mayor peso de estos trastornos reside en la genética, con una heredabilidad que oscila entre 0,60 y 0,70. Sin embargo, entre el 80 al 90% de los TCA no se producen sin la decisión y práctica previas de perder peso.

De esta manera, una dieta restrictiva puede llevar a diversos tipos de irregularidad en los comportamientos relacionados con la ingestión alimentaria. El descontrol suele conducir a una bulimia nerviosa mientras que el «hipercontrol descontrolado» puede dar lugar a una anorexia nerviosa y a otros trastornos afines.

Una vez establecida cualquiera de esas patologías psicoalimentarias, se producen una serie de consecuencias biológicas, psicológicas, psicopatológicas y sociales que mantienen y agravan el TCA en cuestión. (12)

❖ TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ponen de manifiesto que cerca de un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo, siendo esta la segunda causa de muerte en personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años. Los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) durante el año 2018, sitúan al suicidio en España como la primera causa no natural de defunción, con 3.539 personas fallecidas (2.619 hombres y 920 mujeres). Un 3,8% menos que en 2017, siendo la primera causa de muerte externa en hombres y la tercera en mujeres en este año (13,14).

Según la OMS, anualmente 10,2 millones de personas realizan algún tipo de conducta autolesiva que requiere atención médica y cerca de 30 millones estarían en riesgo de este tipo de conductas aunque no reclamen asistencia médica.

Las cifras expuestas sólo representarían una ligera parte del problema, ya que se estima que el número de tentativas suicidas es aproximadamente unas 10-20 veces

superior, aunque la carencia de estadísticas nacionales e internacionales adecuadas impide un conocimiento exacto de la magnitud real de este.

Debemos tener en cuenta que realizar un cálculo aproximado de dichas tentativas supone bastante dificultad metodológica ya que hablamos de un grupo muy heterogéneo de pacientes en relación a aspectos como la planificación, el grado de letalidad, la elección del método etc... (15). Algunos de los factores de riesgo que debemos considerar son:

- Sexo: aunque las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida e intentos de suicidio, son los hombres quienes tienen una tasa mayor de suicidios consumados.
- Edad: si bien aparece en todas las edades, los rangos con mayor riesgo son los jóvenes de 15 a 34 años y las personas mayores de 65.
- Estado civil: personas solteras, así como divorciadas o viudas tienen mayor tasa de suicidios. La soledad es un factor de riesgo importante.
- Profesión y situación laboral: existen profesiones con alto nivel de estrés en las que se constatan mayores índices de suicidio. Además la pérdida de empleo, más que la situación de desempleo, está también asociada al suicidio.
- Antecedentes familiares: los antecedentes familiares de suicidio pueden ser un factor de riesgo añadido, así como el ambiente familiar y social en el que crece una persona.
- Relación entre trastorno mental y suicidio: el riesgo de suicidio es mayor en fases tempranas de un trastorno mental y en los primeros seis meses tras el alta de un ingreso psiquiátrico.

El suicidio se conceptualiza de esta forma como un proceso, pues este implica un conjunto de acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida. Es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática. Algunos autores señalaron varias etapas aclarando que no necesariamente tienen que ser secuenciales (16):

1. Ideación suicida pasiva: se refiere a la presencia persistente de ideas encaminadas a cometer un acto suicida. La mezcla de emociones negativas

intensas y sentimientos de desesperanza provocan ideas con el objetivo de desarrollar planes para cometer un suicidio.

2. Contemplación activa del propio suicidio.
3. Planeación y preparación.
4. Parasuicidio: conducta autolesiva, no mortal, en la que no es esencial la intencionalidad u orientación hacia la muerte.
5. Ejecución del intento suicida: acto realizado voluntariamente con el fin de producirse la muerte, pero sin conseguirlo.
6. El suicidio consumado: acto de quitarse la vida de forma consciente. (16,17).

Estudios recientes concluyen que la prevención de la conducta suicida es posible con estrategias multifactoriales e integrales. Las acciones para la prevención y detección de las conductas suicidas, así como la intervención y continuidad de cuidados posteriores, se consideran imprescindibles.

También se debe tener en cuenta que las familias afectadas necesitan visibilidad, apoyo y atención psicológica. El impacto emocional que para ellas tiene la conducta suicida, sea cual sea el resultado de la misma, necesita medios y ayuda para reorientar sus vidas. La OMS estima que por cada suicidio quedan afectadas directamente 6 personas (17).

❖ ENFERMERÍA

La Enfermería en Salud Mental es un área que emplea la teoría del comportamiento humano, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, y para fomentar una salud mental óptima en el individuo y su entorno (18).

La actuación enfermera se fundamenta en una serie de teorías y marcos o modelos conceptuales que orientan sus funciones y práctica profesional. Existen varias propuestas de modelos conceptuales, los cuales pueden clasificarse en tres grandes tendencias de actuación: La naturalista, cuya principal representante es Florence Nightingale, la de suplencia o ayuda, en la que sobresalen Virginia Henderson y Dorotea Orem y la de interrelación con Hildegard Peplau.

A través de la publicación de *“Interpersonal relations in Nursing”* y de la elaboración de uno de los primeros modelos de enfermería, H. Peplau es una de las autoras que más

ha influido en potenciar el aspecto relacional en la enfermería. La enfermera debe ayudar al paciente a ser consciente de su comportamiento, a analizarlo, a buscar actuaciones alternativas y a aplicarlas en situaciones de la vida cotidiana. Peplau tiene en cuenta que estas acciones se producen en distintas fases (19).

- Una fase inicial, o de orientación, caracterizada por la toma de contacto con el paciente. En ella se establece un contrato terapéutico en el que se delimitan objetivos, duración de las entrevistas, lugar en el que se realizarán y horarios.
- Una segunda fase, o fase de identificación, en la que el paciente identifica el problema que debe afrontar.
- Una tercera fase, o fase de aprovechamiento, en la que se analizan los comportamientos no funcionales del paciente y su forma de resolución de conflictos.
- Una última fase, o fase de resolución en la que se da por finalizada la relación con el paciente y en la que se evalúa conjuntamente la experiencia global de la relación, los aspectos más destacados y los progresos obtenidos en la fase anterior.

Debido al aumento cada vez mayor de los problemas alimentarios es necesario crear programas preventivos para fomentar conductas alimentarias saludables y la enfermería tiene un papel fundamental en la prevención de dichos trastornos (20).

1. Rol en prevención primaria

Durante la prevención primaria se intenta promover un desarrollo sano de la personalidad del individuo, así como de la familia y la comunidad, además también se trata de fomentar una buena conducta de alimentación, reduciendo o eliminando todos aquellos factores que causan la aparición de dichos trastornos.

2. Rol en prevención secundaria

En cuanto a los programas de prevención secundaria en el campo de la salud mental tienen por objetivo reducir la prevalencia del trastorno mental, ya sea mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo o facilitando el acceso a los servicios de salud mental.

A través de las charlas de la prevención primaria se pueden identificar aquellas personas más vulnerables de poder padecer un trastorno de conducta alimentaria y es en prevención secundaria donde es posible combatir el trastorno con charlas grupales y entrevistas personales, ayudando a mejorar su problema de base, así como cualquier problema que les surja.

3. Rol en prevención terciaria

Una vez establecida la enfermedad de trastorno alimentario, como prevención terciaria el principal objetivo será la mejoría y curación del individuo. Para ello es necesario el aprendizaje de nuevas conductas para evitar recaídas. Esta educación sanitaria irá enfocada a informar y formar sobre los signos y síntomas que puedan ser indicativos de recaída, asesorar sobre las redes asistenciales y sociales, realizar un seguimiento de posibles complicaciones y conductas a nivel alimentario, conductual y psicológico, además de mejorar la autoestima y la propia imagen corporal (18).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer si existe una relación entre las conductas e ideaciones suicidas y los trastornos de la conducta alimentaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Saber el papel que desempeña la impulsividad en los TCA y las conductas suicidas.
- ✓ Entender el papel que desempeña la depresión en los TCA y las conductas suicidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

El método utilizado para realizar este trabajo ha sido el de revisión bibliográfica, la cual se ha realizado en distintas bases de datos, buscadores online, así como en revistas y libros específicos.

Bases de datos	Buscadores online
– Cinahl – Pubmed – SciELO	– Google Académico

(Fig. 1)

Posteriormente, se ha realizado la búsqueda de artículos en las bases de datos que aparecen en la *Figura 1* a través de la utilización de las palabras claves seleccionadas en los Descriptores de la Salud (DeCS) y Medical Subject Heading (MeSH).

DeCS	MeSH
– Conductas suicidas – Tendencias suicidas – Trastornos de la Conducta Alimentaria	– Suicidal behavior – Suicidality – Eating disorders

(Fig. 2)

Para limitar el campo de búsqueda se utilizó el operador booleano “AND”.

- **PUBMED:** Eating disorders AND suicidal behavior.
- **CINAHL:** Eating disorders AND suicidality.
- **SCOPUS:** Eating disorders AND suicidality.

Finalmente, para reducir nuestra búsqueda, se introdujeron los criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión

- ✓ Año de publicación entre 2015-2020.
- ✓ Adolescentes y adultos desde los 13 hasta los 44 años.
- ✓ Texto completo.
- ✓ Idioma de los artículos: francés, inglés y/o español.

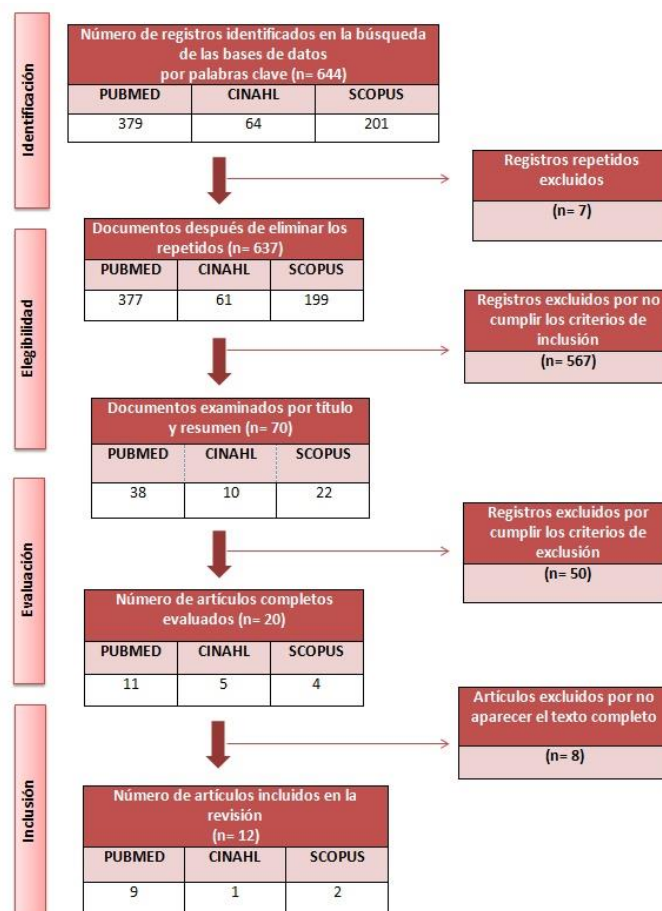
Criterios de exclusión

- ✓ Artículos repetidos.
- ✓ Artículos publicados antes del 2015.
- ✓ Artículos que incluyan edades fuera del rango establecido (13-44 años).
- ✓ Artículos en un idioma distinto a francés, inglés y /o español.
- ✓ Artículos en los que no aparece el texto completo.

RESULTADOS

Utilizando el lenguaje de búsqueda en las bases de datos e introduciendo los criterios de inclusión y de exclusión, se han obtenido 12 artículos para realizar nuestra revisión bibliográfica.

DIAGRAMA DE FLUJO



(Tabla 1)

TABLA DE RESULTADOS

Autores, año y país	Título	Objetivos	Diseño del estudio	Muestra y género	Intervención	Cuestionarios	Conclusión
Wade, Tracey D. Faiweather-Schmidt, A. Kate Zhu, Gu Martin, Nicholas G. (Australia, 2015) (21).	<i>Does shared genetic risk contribute to the co-occurrence of eating disorders and suicidality?</i>	Probar la hipótesis de que las tendencias suicidas y los TCA comparten un riesgo genético que contribuye a la expresión de ambos fenotipos.	Cuasi experimental	Mujeres gemelas (N = 1,002) entre 28 y 40 años.	Las mujeres fueron entrevistadas con entrevistas de diagnóstico.	<i>Modelo trivariado de Cholesky.</i>	Los pacientes con TCA deben ser evaluados de forma rutinaria para detectar la presencia de tendencias suicidas, independientemente del estado de depresión. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25945699
Sagiv, Eran Gvion, Yari (Israel, 2019) (22).	<i>A multi factorial model of self-harm behaviors in Anorexia-nervosa and Bulimia-nervosa.</i>	Ofrecer un modelo integral para definir un perfil de predictores mutuos y vías que conduzcan a ideaciones (SI) e intentos suicidas (SA) y autolesiones no suicidas (NSSI) en TCA.	Estudio preliminar	N= 93 con TCA.	Los diagnósticos psiquiátricos fueron decididos por los médicos que entrevistaron a los sujetos en una sesión de admisión preliminar basada en los criterios del DSM-5 para los TCA.	Autoinforme. <i>El Suicide Behaviors Questionnaire (SBQ-R).</i> <i>El Inventario deliberado de autolesión.</i> <i>El Cuestionario de salud del paciente.</i> <i>El RRS.</i> <i>La Escala de impulsividad.</i>	En los TCA, los atracones están directamente relacionados con la depresión y la depresión tiene una contribución importante a SI, NSSI y SA. https://www.science-direct.com/science/article/pii/S0010440X19300653

(Tabla 2.) Artículos que muestran la relación entre TCA y suicidio.

Autores	Título	Objetivos	Diseño del estudio	Muestra y género	Intervención	Cuestionarios	Conclusión y enlace
Varela-Besteiro, Olalla Serrano-Troncoso, Eduardo Rodríguez-Vicente, Virginia Curet-Santisteban et al. (España, 2017) (23).	<i>Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders.</i>	Determinar la prevalencia de ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con TCA.	Estudio transversal	N=119 (edad media: 14,74 años; 87,2% mujeres).	Se realizó un estudio transversal para adolescentes en tratamiento en una unidad de TCA de un hospital pediátrico.	<i>Inventario de TCA (EDI-2), Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad (STAI), Escala de Perfeccionismo en Niños y Adolescentes (CAPS) Cuestionario de Etapas de Cambio en la AN (ANSOCQ).</i>	Un porcentaje importante de adolescentes con TCA presentan ideación suicida y comportamientos autolesivos, siendo el perfil psicopatológico de estos pacientes más grave. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28745388
Eichen, Dawn M. Kass, Andrea E. Fitzsimmons-Craft, Ellen E. Gibbs, Elise Trockel, Mickey Barr Taylor, C. Wilfley, Denise E. (Estados Unidos, 2015) (24).	<i>Non-suicidal self-injury and suicidal ideation in relation to eating and general psychopathology among college-age women.</i>	Comprender la relación de NSSI y SI con la psicopatología general y específica del trastorno alimentario en mujeres en edad universitaria.	Cuasi experimental	N= 549 mujeres de entre 18 y 25 años.	Los posibles participantes completaron un cuestionario de detección en línea o por teléfono para evaluar el interés en la participación y garantizar que cumplieran con los criterios de inclusión.	<i>La puntuación total BDI-II. El Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. El Cuestionario de examen del trastorno alimentario. La Escala de Regulación de la Dificultad con la Emoción.</i>	El grupo de ideación suicida NSSI + demostró una mayor psicopatología en la patología no relacionada con la alimentación que los grupos de ideación suicida sin NSSI y solo NSSI donde existían diferencias grupales. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4724479/

Autores	Título	Objetivos	Diseño del estudio	Muestra y género	Intervención	Cuestionarios	Conclusión y enlace
Claes, Laurence Turner, Brianna Dierckx, Eva Luyckx, Koen Verschuere, Margaux Schoevaerts, Katrien (Bélgica, 2018) (25).	<i>Different clinical presentations in eating disorder patients with non-suicidal self-injury based on the co-occurrence of borderline personality disorder.</i>	Determinar las características de NSSI, los síntomas clínicos, los síntomas de los trastornos de personalidad y las estrategias de afrontamiento en pacientes adultos con TCA autolesivos con trastorno límite de la personalidad (TLP)+ NSSI y solo NSSI.	Cuasi experimental	N=143 pacientes con TCA que mostraron al menos un acto de NSSI durante sus vidas.	Todos los pacientes completaron los cuestionarios durante la primera semana de su ingreso, como parte del procedimiento de evaluación de rutina en la unidad de tratamiento.	<i>El cuestionario de autolesiones relacionado con el tratamiento.</i> <i>El Inventario de trastornos alimentarios-2.</i> Para evaluar la psicopatología, utilizamos la <i>Lista de verificación de síntomas.</i> <i>Evaluación de los Trastornos de la personalidad del DSM-IV.</i> <i>Lista de Afrontamiento de Utrecht.</i> <i>El Cuestionario de Experiencias Traumáticas.</i>	Los pacientes de TCA con NSSI + TLP muestran más ideación suicida, más características del trastorno de personalidad y menos estilos de afrontamiento en comparación con los pacientes con TCA con solo NSSI. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30479820
Anderson, Nicholas L. Smith, Kathryn E. Mason, Tyler B. Crowther, Janis H (Estados Unidos, 2017) (26).	<i>Testing an Integrative Model of Affect Regulation and Avoidance in Non-Suicidal Self-Injury and Disordered Eating.</i>	Dilucidar posibles mecanismos compartidos y únicos que subyacen en los comportamientos suicidas y los TCA.	Cuasi experimental	N= 230 estudiantes universitarias .	Todos los participantes completaron los cuestionarios y fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios de diagnóstico DSM-IV-TR	<i>El formulario breve de cuestionario de síntomas de ansiedad y estado de ánimo.</i> <i>La Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones.</i> <i>Cuestionario de aceptación y acción.</i> <i>Inventario deliberado de autolesión.</i> <i>Escala de diagnóstico del trastorno alimentario.</i>	Los resultados del presente estudio sugieren que la evitación juega un papel crítico en el NSSI y la alimentación desordenada. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28644927

Autores	Título	Objetivos	Diseño del estudio	Muestra y género	Intervención	Cuestionarios	Conclusión y enlace
Lian, Qiguo Zuo, Xiayun Mao, Yanyan Luo, Shan Zhang, Shucheng Tu, Xiaowen Lou, Chaohua Zhou, Weijin (China, 2017) (27).	<i>Anorexia nervosa, depression and suicidal thoughts among Chinese adolescents: A national school-based cross-sectional study.</i>	Examinar la asociación entre la anorexia nerviosa y los pensamientos suicidas y explorar la interacción entre la anorexia nerviosa y la depresión.	Estudio transversal	N= 8,746 adolescentes	Se introdujo el modelo logístico multinivel para explorar la asociación entre la anorexia nerviosa y los pensamientos suicidas. Y se realizaron análisis de subgrupos en participantes con o sin depresión.	Los pensamientos suicidas, la depresión y la anorexia nerviosa se evaluaron mediante varias preguntas.	Los niveles de anorexia nerviosa sirven como indicadores predecibles de pensamientos suicidas en adolescentes chinos, y los efectos de la anorexia nerviosa son modificados por el estado de depresión. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25945699
Goel, Neha J. Sadeh-Sharvit, Shiri Flatt, Rachael E. Trockel, Mickey Balantekin, Katherine N. Fitzsimmons-Craft, Ellen E. Et al (Estados Unidos, 2018) (28).	<i>Correlates of suicidal ideation in college women with eating disorders.</i>	Identificar los correlatos de la ideación suicida en una gran muestra de mujeres universitarias con trastornos alimentarios.	Cuasi experimental	N= 690 estudiantes universitarias	Se realizaron análisis de regresión logística univariante para determinar correlatos independientes de SI.	<i>El SWED.</i> <i>El puntaje global EDE-Q y las subescalas.</i> La puntuación total de WCS. <i>Cuestionario de salud del paciente.</i> <i>Índice de gravedad del insomnio.</i> La depresión concurrente se evaluó mediante el PHQ-9.	Los resultados sugieren que la depresión, la ansiedad y los vómitos deben evaluarse y abordarse en mujeres universitarias con TCA para reducir el riesgo de SI. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29626350

Autores	Título	Objetivos	Diseño del estudio	Muestra y género	Intervención	Cuestionarios	Conclusión y enlace
Claes, Laurence Islam, Mohammed A. Fagundo, Ana B. Jimenez-Murcia, Susana Granero, Roser Agüera, Zaida Rossi, Elisa Menchón, José M. Fernández-Aranda, Fernando (<i>España, 2015</i>) (29).	<i>The relationship between non-suicidal self-injury and the UPPS-P impulsivity facets in eating disorders and healthy controls.</i>	Investigar la asociación entre NSSI y las facetas de impulsividad UPPS-P en pacientes con trastornos alimentarios y controles sanos.	Cuasi experimental	N= 338 participantes femeninas: 84 pacientes con HC y 254 con DE.	Todos los participantes fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios de diagnóstico DSM-IV-TR.	<i>Entrevista clínica.</i> La presencia de NSSI fue investigada con una pregunta: "¿Alguna vez ha sufrido autolesiones sin la intención de morir?". La Escala de Impulsividad UPPS-P.	Los individuos con TCA que purgan por atracones muestran una mayor probabilidad de participar en NSSI. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439129/
Pisetsky, Emily M. Crow, Scott J. Peterson, Carol B (<i>Estados Unidos, 2017</i>) (30).	<i>An empirical test of the interpersonal theory of suicide in a heterogeneous eating disorder sample.</i>	Examinar el grado en que los componentes de la Teoría del Suicidio Interpersonal (ITPS) están asociados con la ideación suicida de por vida con SI y SA en una muestra de TCA heterogénea.	Cuasi experimental	N = 114; 93.9% mujeres; edad M = 33.7	Los posibles participantes obtuvieron la descripción del estudio y el formulario de consentimiento del sitio web del estudio.	<i>Cuestionario de necesidades interpersonales.</i> El ACSS-FAD. El EDE-Q se utilizó para determinar el diagnóstico de TCA. La ideación suicida se valoró mediante la pregunta "¿Alguna vez has pensado en suicidarte?".	El presente estudio respalda parcialmente la posible utilidad del IPTS para comprender el riesgo de suicidio en los TCA. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291819/

Autores	Título	Objetivos	Diseño del estudio	Muestra y género	Intervención	Cuestionarios	Conclusión y enlace
Sagiv, Eran Hadlaczky, Gergö Sheetrit, Noga Gur, Eitan Horesh, Netta Gvion, Yari (Israel, 2019) (31).	<i>The Fear of Losing—Nonsuicidal Self-Injury as a Protective Mechanism in Eating Disorders.</i>	Investigar el papel moderador de la aversión a la pérdida (LA) en la asociación entre la impulsividad y NSSI y el comportamiento suicida entre los pacientes con TCA.	Cuasi experimental	N= 132 mujeres (93 sujetos clínicos y 39 controles sanos)	Se utilizó una variedad de cuestionarios para capturar información demográfica, rasgos, estados y características de intentos de suicidio.	<i>El Cuestionario de Comportamientos de Suicidio. El Inventario deliberado de autolesión. El Cuestionario de salud del paciente. La Escala de impulsividad.</i> Se utilizó un procedimiento conductual para evaluar LA.	Los TCA están asociados con niveles más bajos de aversión a la pérdida en comparación con la población general. Con respecto a la relación positiva entre los niveles más altos de la aversión a la pérdida y la preocupación por los pensamientos suicidas, se requieren más estudios. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6873791/
Koutek, Jiri Kocourkova, Jana Dudova, Iva (República Checa, 2016) (32).	<i>Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders.</i>	Identificar asociaciones entre los trastornos alimentarios y el comportamiento suicida y de autolesión en niños y adolescentes.	Cuasi experimental	N= 47 adolescentes ; edad M= 15,5	El grupo fue examinado utilizando la entrevista psiquiátrica y psicológica semiestructurada, centrándose en los síntomas de los trastornos alimentarios y sus tipos.	<i>Entrevista familiar. El cuestionario de potencial suicida del índice de potencial suicida del niño adolescente. El cuestionario de autoevaluación del Inventario de depresión infantil.</i>	Las adolescentes con trastornos alimentarios tienen un mayor riesgo de conducta suicida y autolesiones. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4833374/

DISCUSIÓN

Según el Modelo de *Sagiv, Eran et al.* una conexión directa entre la impulsividad y los intentos de suicidio, sugiere que entre los pacientes con TCA, una predisposición a la impulsividad puede conducir a una tendencia de intentos de suicidio independientemente del estado afectivo. Este modelo propone que en los TCA, distintos aspectos de la impulsividad se relacionan de manera diferente con los intentos de suicidio, las autolesiones no suicidas y la ideación suicida. Asimismo, mientras que un alto riesgo de impulsividad conduce a intentos de suicidio, esta no afecta a la frecuencia de autolesiones no suicidas y pensamientos suicidas(22). En línea con estos resultados *Claes, Laurence T. et al.* durante la realización de su estudio obtuvieron que las tasas de prevalencia de autolesiones no suicidas en pacientes con TCA, variaron del 17% en AN al 43% en BN. Estos hallazgos mostraron un aumento de la falta de premeditación y falta de perseverancia en los pacientes con BN y trastorno de atracón, sobre los pacientes con AN, sugiriendo así, un aumento en la impulsividad de los pacientes con BN y trastorno de atracón, sobre los pacientes con AN. A esto se debe incluir que los participantes que se autolesionaban obtuvieron puntajes significativamente más altos en falta de premeditación y falta de perseverancia, lo que confirma la asociación entre autolesiones e impulsividad en pacientes con TCA (29).

Por otra parte, siguiendo con el Modelo de *Sagiv, Eran et al.* una frecuencia de autolesiones no suicidas más alta fue el resultado de dos vías: la depresión y la aversión a las pérdidas (LA) (22).

En cuanto a la depresión, el estudio realizado por *Lian, Qiguo Zuo et al.* confirmó que el alto nivel de anorexia nerviosa se asocia con un mayor riesgo de pensamientos suicidas, asimismo, dicho estudio sugiere que la depresión podría modificar esta asociación, ya que la interacción entre depresión y anorexia nerviosa fue significativa (27). Otro estudio realizado por *Koutek, J. et al.* también asocia el comportamiento suicida con los síntomas depresivos y con los TCA. Además la autolesión se produjo en casi la mitad de los pacientes de la muestra, los cuales mostraron un aumento significativo en el riesgo de la conducta suicida (32). En línea con los anteriores

estudios, los resultados obtenidos por *Goel, Neah J. et al* mostraron que la depresión es un factor importante en el suicidio entre las personas con TCA. También se demostró la relación entre la ideación suicida y la ansiedad en mujeres con TCA, incluso después de controlar otros factores. Esto propone que la reducción de la ansiedad en pacientes con TCA puede tener el beneficio de reducir los pensamientos suicidas, ya que los TCA y los trastornos de ansiedad son altamente comórbidos (28). Finalmente el estudio realizado por *Claes, Laurence T. et al.* documentó una alta prevalencia de autolesiones no suicidas en pacientes con TCA. De los pacientes con TCA autolesivos, el 68.5% cumplió los criterios de Trastorno de la Personalidad Limite (TLP); esto indicó la presencia de dos grupos distintos en pacientes autolesivos con TCA.

Los pacientes con TCA y con TLP + autolesiones no suicidas no diferían de aquellos con solo autolesiones, respecto a la gravedad, la versatilidad o los métodos de sus autolesiones, lo que indica que la sintomatología del TLP no predice un tipo de comportamiento autolesivo más severo o persistente en pacientes con TCA. Sin embargo, respecto a la ideación suicida, los resultados mostraron que los pacientes con TCA y con TLP + autolesiones no suicidas padecían pensamientos suicidas más frecuentes en comparación con los pacientes con TCA y con solo autolesiones. Este nivel más alto de ideación suicida puede estar relacionado con los niveles más altos de sintomatología relacionada con ansiedad y depresión que presentó el grupo de pacientes con TLP y autolesiones no suicidas en comparación con el grupo de solo autolesiones. Además también se encontró que los pacientes con TCA y con TLP + autolesiones no suicidas presentaban mayor sintomatología impulsiva e interpersonal en comparación con los pacientes con TCA y autolesiones no suicidas, resultados que concuerdan con el Modelo de *Sagiv, Eran et al.* y el estudio realizado por *Claes, Laurence T. et al.* (25).

En cuanto a la aversión a la pérdida el modelo de *Sagiv, Eran et al.* sugiere la existencia de una relación entre LA y las autolesiones no suicidas en la que los niveles más altos de aversión conducen a una mayor frecuencia de autolesiones no suicidas. Este modelo también incluye una vía entre la aversión a la pérdida y las ideas suicidas, por lo que, una aversión más alta conduce a una elevación de ideas y pensamientos

suicidas. Además los resultados proponen que la aversión a la pérdida aunque está asociada con una ideación suicida y autolesiones no suicidas, no lo está con los intentos de suicidio (22). Otro estudio realizado por *Sagiv, E et al.* también relacionó significativamente la aversión a la pérdida con la prevalencia y la gravedad de autolesiones no suicidas y con la ideación suicida en el grupo de pacientes con TCA, mientras que no se encontró una asociación significativa con los intentos de suicidio (31).

Otro estudio realizado por *Varela-Besteiro et al.* afirma que un porcentaje significativo de adolescentes con TCA presentan ideación suicida y conducta autolesiva, lo que hace que el perfil psicopatológico de estos pacientes sea más severo. Por otra parte, la presencia de ideas suicidas en adolescentes con TCA no implica que tengan un comportamiento autolesivo, lo que indica que tal comportamiento podría ser el resultado de la necesidad de regular emociones negativas intensas (23). Esto coincide con el estudio realizado por *Eichen, Dawn M. et al.* en el que se examinó la prevalencia y las correlaciones psicopatológicas de individuos con o sin autolesiones no suicidas y con o sin ideación suicida. Dicho estudio informó que el grupo de ideación suicida con autolesiones no suicidas padecía mayores síntomas de TCA que los grupos sin ideación suicida ni autolesiones, y solo con autolesiones. Además el grupo de solo ideación suicida también tuvo un mayor deterioro clínico relacionado con los TCA en comparación con el grupo sin ideación suicida. Estos resultados demuestran que las mujeres con ideación suicida (con o sin autolesiones) padecen una mayor psicopatología, en comparación con las mujeres sin ideación suicida. Por el contrario, la combinación de autolesiones y pensamientos suicidas se asoció con una mayor patología del trastorno alimentario, lo que sugiere una relación entre los síntomas de TCA y de autolesiones y pensamientos suicidas (24).

Por otro lado, de acuerdo con el estudio realizado por *Anderson et al.* y con el Modelo de Evitación Experimental se puede establecer una asociación significativa entre la evitación y las autolesiones no suicidas, lo que propone que el deseo de escapar de pensamientos y emociones negativas puede impulsar a la autolesión; además la evitación también se asoció con los TCA (26). Por otra parte, se encontró una asociación indirecta entre la angustia emocional y las autolesiones no suicidas. Este

modelo coincide con el anterior estudio realizado por *Claes, Laurence T. et al.* que informó que los pacientes con autolesiones no suicidas + TLP obtenían puntuaciones más altas en un estilo de afrontamiento depresivo pasivo y puntuaciones más bajas en un estilo de afrontamiento de resolución de problemas activo en comparación con el otro grupo de pacientes (25).

Por último, el estudio realizado por *Sagiv, E et al.* mostró que los individuos que pertenecían al grupo de atracones/purgas tenían más probabilidades de demostrar comportamientos autolesivos de naturaleza más severa; mientras que el grupo de AN tuvo una mayor tasa de intentos de suicidio pasados en comparación con los controles sanos, aunque no existió una diferencia significativa de los controles en términos de prevalencia, gravedad en las autolesiones e ideación suicida (31). Se debe destacar que teniendo en cuenta todas las dimensiones del Modelo de impulsividad UPPS-P en el estudio realizado por *Claes, Laurence T. et al.*, al predecir autolesiones no suicidas, la falta de perseverancia fue el predictor más importante, por lo que el hecho de tener problemas para continuar una tarea hace que los pacientes con TCA sean más vulnerables para autolesionarse. Además, al igual que en el estudio realizado por *Goel, Neah J. et al.* se demostró que los individuos con TCA y comportamientos purgativos muestran una mayor probabilidad de realizar autolesiones no suicidas, lo que parece estar relacionado con niveles elevados de falta de premeditación (28,29).

Para finalizar y dado que los pacientes no siempre informan de ideas, comportamientos suicidas o autolesiones, deberíamos tener en cuenta factores como la depresión, la ansiedad, la evitación o los comportamientos purgativos para poder reducir el riesgo de ideación suicida o autolesiones no suicidas en pacientes con TCA (28).

CONCLUSIÓN

- ✓ Los resultados obtenidos durante la investigación realizada en este trabajo nos muestran la existencia de una relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos del comportamiento suicida.
- ✓ Estos resultados sugieren que una predisposición a la impulsividad puede conducir a intentos de suicidio, aunque esta no afecta a la frecuencia de autolesiones no suicidas y pensamientos suicidas.
- ✓ Se ha podido observar que existe también una asociación entre los síntomas depresivos y las conductas suicidas en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.
- ✓ Por último, los resultados nos muestran que aparte de la impulsividad y la depresión, existen más factores que predisponen la conducta suicida en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, como son; la aversión a la pérdida, la evitación o la ansiedad.

APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La sintomatología depresiva y ansiolítica, así como el nivel de impulsividad de las personas con TCA puede ser predictor del comportamiento suicida, por lo que se debe tener presente cuando se realice un plan de curas para nuestro paciente.

A la hora de tratar dicha sintomatología sería interesante utilizar diversas intervenciones enfermeras dirigidas al control de los impulsos o la ansiedad, como son por ejemplo las técnicas de relajación y autocontrol que faciliten la disminución de la ira y la frustración del paciente. Por otra parte, la promoción de la autoestima, la resiliencia, la capacidad para relacionarse con su entorno y las habilidades sociales ayudarían a aumentar su estado de ánimo, mejorando así la sintomatología depresiva. También sería fundamental poder mejorar la autopercepción en los pacientes y

enseñarles a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. Asimismo, se puede animar a los pacientes a identificar situaciones de riesgo, buscar herramientas de afrontamiento y ofrecer respuestas alternativas al problema en caso de crisis.

Para finalizar, debemos tener en cuenta que desde enfermería es fundamental establecer una buena relación con el paciente que se base en la confianza, la empatía, la escucha activa y el apoyo emocional para poder realizar una buena intervención en el manejo de los trastornos mentales. (35).

LIMITACIONES

- ✓ Una de las limitaciones de nuestro trabajo ha sido no haber encontrado artículos realizados por el personal de enfermería, lo cual no nos ha permitido conocer el abordaje de estos problemas desde los cuidados enfermeros.
- ✓ Ninguno de los artículos encontrados era cualitativo, por lo que no se ha podido conocer la perspectiva de los pacientes.
- ✓ No se ha encontrado ningún protocolo de actuación que englobe los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la conducta suicida simultáneamente.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este trabajo y las limitaciones observadas en el mismo, sería interesante ampliar el estudio de la siguiente manera:

- ✓ La realización por parte del personal de enfermería de estudios cualitativos y cuantitativos relacionados con el tema analizado en este trabajo, dado que entre sus competencias podemos encontrar intervenciones destinadas a este tipo de trastornos.

- ✓ La elaboración de estudios cualitativos que traten la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y las conductas suicidas, mediante entrevistas en profundidad, a través de preguntas abiertas a los pacientes con el objetivo de obtener información acerca de sus sentimientos, opiniones y motivaciones.
- ✓ El desarrollo de protocolos de actuación que faciliten el trabajo al personal de enfermería y al resto de profesionales sanitarios ante posibles casos detectados de pacientes con ambas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez Arévalo R, Aguilar XL, Ocampo Tellez-Girón MT, Mancilla-Díaz JM. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Rev Mex Trastor Aliment*. 2015;6(2):108–20.
2. Carolina LG, Janet T. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2011;22(1):85–97.
3. CORREA-DONOSO E. Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica. Editores : Rosa Behar A. y Gustavo Figueroa C. Editorial : Mediterráneo, 2004, 257 págs. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2005;43(1).
4. Suicidio [Internet]. [citado el 25 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. De Sanidad C, Sociales YS. Guía de prevención de los TCA y el sobrepeso.
6. Guía práctica de prevención de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en PDF. – Depósito de Guías de Psicología [Internet]. [citado el 19 Feb 2020]. Disponible en: <https://depositodeguias.wordpress.com/2018/09/06/guia-practica-de-prevencion-de-los-trastornos-de-conducta-alimentaria-tca-en-pdf/>
7. Los trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. [citado el 19 Feb 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014
8. Arévalo RV, Aguilar XL, Ocampo Tellez-Girón T, Mancilla-Díaz JM. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Rev Mex Trastor Aliment* [Internet]. 2015 [citado 25 Ene 2020];6:108–20. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>
9. Fernanda Rava DM, Silber TJ. Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. Vol. 102, *Arch.argent.pediatr.*.

10. Cortés Moreno A. Editorial. Rev Mex Trastor Aliment J Eat Disord. 2018;9(2):143–4.
11. María Verónica G, Carolina L, Marcela M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Rev Médica Clínica Las Condes. 2012;23(5):566–78.
12. Trallero JT. ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.
13. OMS | Prevención del suicidio (SUPRE). WHO. 2016.
14. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad(7947) [Internet]. [citado el 19 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
15. Bobes García J, Ubago JG, Saiz Ruiz J. Suicidio y psiquiatría Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida [Internet]. 2011 [citado el 25 Ene 2020]. Disponible en: https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
16. Carlos Sánchez J, Villarreal E, Musitu G. CAPITULO 12. IDEACION SUICIDA.
17. Guía informativa para la detección y prevención del suicidio [Internet]. [citado el 25 Ene 202]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10803&L=0>
18. Esguerra De Cárdenas I. ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRA.
19. Rigol Cuadra A, Ugalde Apalategui M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 2001. 397 p.
20. Jáuregui-Lobera I, Ruiz-Prieto I, Bolaños-Ríos P, Garrido-Casals O. Estrategias de afrontamiento en la elección de alimentos de padres de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria; ¿qué ocurre cuando la madre y el padre trabajan? Nutr Hosp. 2013;28(6):2188–93.

21. Wade TD, Fairweather-Schmidt AK, Zhu G, Martin NG. Does shared genetic risk contribute to the co-occurrence of eating disorders and suicidality? *Int J Eat Disord* [Internet]. 2015 [citado el 18 Feb 2020];48(6):684–91. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22421>
22. Sagiv E, Gvion Y. A multi factorial model of self-harm behaviors in Anorexia-nervosa and Bulimia-nervosa. *Compr Psychiatry*. 2020;96.
23. Varela-Besteiro O, Serrano-Troncoso E, Rodríguez-Vicente V, Curet-Santisteban M, Conangla-Roselló G, Cecilia-Costa R, et al. Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2017 [citado 18 Feb 2020];45(4):157–66. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28745388>
24. Eichen DM, Kass AE, Fitzsimmons-Craft EE, Gibbs E, Trockel M, Barr Taylor C, et al. Non-suicidal self-injury and suicidal ideation in relation to eating and general psychopathology among college-age women. *Psychiatry Res* [Internet]. 2015 [citado el 18 Feb 2020];235:77–82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26654754>
25. Claes L, Turner B, Dierckx E, Luyckx K, Verschueren M, Schoevaerts K. Different clinical presentations in eating disorder patients with non-suicidal self-injury based on the co-occurrence of borderline personality disorder. *Psychol Belg* [Internet]. 2018 [citado el 18 Feb 2020];58(1):243–55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30479820>
26. Anderson NL, Smith KE, Mason TB, Crowther JH. Testing an Integrative Model of Affect Regulation and Avoidance in Non-Suicidal Self-Injury and Disordered Eating. *Arch Suicide Res* [Internet]. 2018 [citado el 18 Feb 2020];22(2):295–310. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28644927>
27. Lian Q, Zuo X, Mao Y, Luo S, Zhang S, Tu X, et al. Anorexia nervosa, depression and suicidal thoughts among Chinese adolescents: A national school-based cross-sectional study. *Environ Health Prev Med* [Internet]. 2017 [citado el 18 Feb 2020];22(1):30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29165137>

28. Goel NJ, Sadeh-Sharvit S, Flatt RE, Trockel M, Balantekin KN, Fitzsimmons-Craft EE, et al. Correlates of suicidal ideation in college women with eating disorders. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2018 [citado el 18 Feb 2020];51(6):579–84. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29626350>

29. Claes L, Islam MA, Fagundo AB, Jimenez-Murcia S, Granero R, Agüera Z, et al. The relationship between non-suicidal self-injury and the UPPS-P impulsivity facets in eating disorders and healthy controls. *PLoS One* [Internet]. 2015 [citado el 18 Feb 2020];10(5):e0126083. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25993565>

30. Pisetsky EM, Crow SJ, Peterson CB. An empirical test of the interpersonal theory of suicide in a heterogeneous eating disorder sample. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2017 [citado 18 Feb 2020];50(2):162–5. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.22645>

31. Sagiv E, Hadlaczky G, Sheetrit N, Gur E, Horesh N, Gvion Y. The Fear of Losing—Nonsuicidal Self-Injury as a Protective Mechanism in Eating Disorders. *Front Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado el 18 Feb 2020];10:825. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31803081>

32. Koutek J, Kocourkova J, Dudova I. Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:787–93.

33. Koutek J, Kocourkova J, Dudova I. Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2016 [citado el 18 Feb 2020];12:787–93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27114709>

34. Hadlaczky G, Hökby S, Mkrtchian A, Wasserman D, Balazs J, Machín N, et al. Decision-making in suicidal behavior: The protective role of loss aversion. *Front Psychiatry*. 2018;9(APR):116.

35. Quintana E, Directora C, María :, Castro Fernández E. Escuela de Enfermería:
“Casa Salud Valdecilla” Nurse’s role in major depression disorder.