

Susana Calás Arándiga

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADOLESCENTES CON ANOREXIA
NERVIOSA: FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN PRIMARIA
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por:

Dra Núria Albacar Riobóo

Facultad Enfermería



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

TORTOSA 2022

RESUMEN

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno mental caracterizado por excesiva pérdida de peso debido a la propia distorsión corporal. Esto genera disminución de la ingesta calórica acompañada de aumento del ejercicio físico, además de numerosas complicaciones para la salud derivadas de la malnutrición durante un largo periodo de tiempo.

Objetivo general: determinar la influencia de factores externos en el desarrollo de la AN en adolescentes.

Metodología: se ha realizado una revisión bibliográfica integradora mediante la búsqueda de artículos científicos en las bases de datos Pubmed, Scopus, Scielo y Dialnet.

Resultados: se han obtenido 104 artículos mediante la búsqueda en bases de datos empleando ecuaciones de búsqueda y criterios de inclusión. Tras la aplicación de filtros en el diagrama de flujo se han seleccionado 11 artículos.

Análisis: en los últimos años ha aumentado la incidencia de AN en adolescentes, por ello, se han creado herramientas de detección precoz de la AN dirigidas a la población joven, teniendo en cuenta los factores de riesgo influyentes en el desarrollo de la enfermedad, como abuso de las redes sociales, factores familiares o una mayor presión en el ámbito escolar. Además, durante la Covid-19 los factores de riesgo han aumentado especialmente.

Conclusión: la puesta en práctica de intervenciones preventivas puede suponer una disminución de la tasa de AN. Aunque, para que estas sean efectivas, se deben tener en cuenta los múltiples factores que pueden favorecer la aparición de la enfermedad.

Palabras clave: anorexia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria, factores de riesgo, prevención, enfermería.

ABSTRACT

Anorexia nervosa (AN) is a mental disorder characterized by excessive weight loss due to body distortion. This generates a decrease in caloric intake accompanied by an increase in physical exercise, in addition to numerous health complications derived from malnutrition over a long period of time.

Objective: determine the influence of external factors in the development of AN in adolescents.

Methodology: an integrative bibliographic review has been carried out by searching for scientific articles in the Pubmed, Scopus, Scielo and Dialnet databases.

Results: 104 articles have been obtained by searching databases applying search equations and inclusion criteria. After applying filters in the flowchart, 11 articles have been selected.

Analysis: in recent years, the incidence of AN in adolescents has increased, therefore, tools for early detection of AN have been created for the young population, taking into account the risk factors that influence the development of the disease, such as abuse of social networks, family factors or greater pressure in the school environment. In addition, during Covid-19 the risk factors have increased especially.

Conclusion: the implementation of preventive interventions may lead to a decrease in the rate of AN. Although, for these to be effective, the multiple factors that can favor the appearance of the disease must be taken into account.

Keywords: anorexia nervosa, eating disorders, risk factors, prevention, nursing.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. MARCO CONCEPTUAL	10
2.1. Historia de la anorexia	10
2.2. Etiología y factores de riesgo	11
2.3. Tipos de anorexia	12
2.4. Criterios diagnósticos	13
2.5. Manifestaciones clínicas	14
2.6. Complicaciones	15
2.7. Tratamiento	16
2.8. Intervención de enfermería	18
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
4. OBJETIVOS	21
5. METODOLOGÍA	22
6. RESULTADOS	24
7. ANÁLISIS	31
7.1. Intervenciones preventivas	31
7.2. Factores de riesgo	33
7.3. Influencia de la Covid-19	34
8. CONCLUSIÓN	36
9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	36
10. APLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA	37
11. BIBLIOGRAFÍA	38



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptores de la búsqueda	23
Tabla 2. Resultados de la búsqueda en bases de datos	24
Tabla 3. Resultados de la búsqueda	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo	25
-----------------------------	----

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
SEMG	Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
AEP	Asociación Española de Pediatría
AN	Anorexia Nerviosa
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V
BN	Bulimia Nerviosa
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades 11
IMC	Índice de Masa Corporal
ADH	Hormona Antidiurética
TCC	Terapia Cognitivo-Conductual
TF	Terapia Familia
NA	Nutrición Artificial
TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
NCBI	Centro Nacional de Información Biotecnológica
NIH	Instituto Nacional de Salud
PMC	PubMed Central
DeCS	Descriptores de Ciencias de la Salud
MeSH	Medical Subject Headings
DESA-6	Disordered Eating Screen for Athletes 6
UPI	Uso Problemático de Internet
EAT-26	Eating Attitudes Test

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones graves de salud mental que se caracterizan por la alteración de la conducta frente a la ingesta de comida y pensamientos recurrentes incorrectos en relación con la dieta, el peso y el aspecto corporal. Se pueden distinguir diferentes tipos de TCA, como la bulimia nerviosa, el trastorno por atracones, el trastorno evitativo/restrictivo o la anorexia nerviosa, entre otros. El presente trabajo va a estar enfocado en la anorexia nerviosa, definida como un trastorno alimentario que provoca una pérdida excesiva de peso en aquellas personas que lo padecen, ya sea por la realización de ejercicio intenso o dietas excesivamente restrictivas como consecuencia de una distorsión de la imagen corporal. (Hilker et al., 2019; Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, 2021)

Con la propuesta de este tema se pretende dar visibilidad a la necesidad de un diagnóstico precoz de la patología, al igual que una intervención enfermera adecuada basándose en la individualidad de aquellos jóvenes que sufren un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) o actuando sobre aquellos que tienen una mayor exposición a determinadas circunstancias asociadas al desarrollo de un TCA.

Respecto a la epidemiología de los TCA, según la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), este tipo de trastornos se encuentran entre las tres enfermedades crónicas más frecuentes en los adolescentes. Siendo la prevalencia en España de los trastornos de la conducta alimentaria de un 4,1% a un 6,4% en las mujeres en edades comprendidas entre 12 y 21 años, frente a un 0,3% en los hombres. Además, la Asociación Española de Pediatría (AEP) refiere una prevalencia en las mujeres adolescentes de países occidentales del 1% en la anorexia nerviosa y del 2%-4% en el caso de la bulimia nerviosa. Sin embargo, se observa un incremento en la prevalencia del TCA atípico, siendo este del 5%-10%. Es relevante la mayor afección de la enfermedad en el sexo femenino frente al masculino, siendo la relación de 9:1, aunque se está viendo un incremento de los casos en los varones. Por otro lado, se ha observado la aparición de estos trastornos en todas las clases sociales, incidiendo sobre personas con determinadas profesiones como modelos, gimnastas y atletas. (Madruga et al., 2010; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, 2018)

Resulta curioso observar que estos trastornos están aumentando en países desarrollados, concretamente en los jóvenes. Se evidencia así la relación con el avance de las nuevas tecnologías, examinándose un incremento de contenido en internet y

redes sociales que favorecen la promoción de la bulimia y la anorexia como un modo de vida. Así como la presión por parte de la sociedad de equiparar el éxito y felicidad de una persona con un físico extremadamente delgado. (Cremades, 2018)

Además, se ha evidenciado que el confinamiento con su consecuente aislamiento social derivado de la Covid-19 ha generado un crecimiento de los casos de TCA, situándola en la segunda enfermedad con un mayor aumento como consecuencia de la pandemia. Esta situación ha supuesto un factor de riesgo de recaída en personas que ya padecían este tipo de trastornos anteriormente, así como un factor precipitante para el desarrollo de la patología en la población vulnerable, causado por el estrés emocional, una mayor preocupación por estar sanos y un aumento de la exposición a las redes sociales.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, es importante una intervención enfermera que fomente factores de protección individuales, familiares y socioculturales que ayuden a prevenir los TCA. Así pues, puede ser de ayuda favorecer estilos de vida saludables como promover la comunicación entre los miembros de la familia, reducir el tiempo de exposición en redes sociales y enseñar a hacer un buen uso de ellas, favorecer la realización de actividades que ayuden a controlar la ansiedad, como puede ser el yoga o la meditación. Además, puede ser muy útil proporcionar a las personas información adecuada sobre factores de riesgo para que aprendan a identificar y evitar conductas que pueden favorecer la aparición de la enfermedad y así poder actuar de manera precoz. (Cremades, 2018; García, 2021; SJD, 2020; SJD, 2021)

2. MARCO CONCEPTUAL

En el desarrollo de este marco conceptual se profundizará sobre la historia de la anorexia hasta llegar a los conceptos de hoy en día, la etiología y los factores de riesgo, los tipos de anorexia, los requisitos necesarios para que se considere que el paciente sufre dicha patología y las manifestaciones clínicas. También se describirán las complicaciones derivadas de la enfermedad, así como su tratamiento. Por último, se explicará la función de la enfermera de salud mental ante esta patología.

2.1. Historia de la anorexia

La anorexia nerviosa (AN) puede parecer una enfermedad del siglo XXI por su creciente incidencia, sobre todo en los últimos años. Sin embargo, esta patología existe desde hace varios siglos, aunque hasta llegar a la definición que conocemos actualmente ha pasado por numerosas descripciones, según el conocimiento médico de la época.

Tal y como expone Almenara en 2006, a lo largo de la historia podemos encontrar denominaciones utilizadas para describir fenómenos similares a lo que hoy conocemos como AN, como pueden ser: anorektous, inapetencia, tabes atrófica, anorexia mirabilis, anorexia humoralis, neurosis de la digestión o juvenil, distrofia puberal, etcétera.

Durante un periodo se habló de la santa anorexia, en la que la característica principal era su carácter religioso. Así pues, se destaca la búsqueda de la pureza espiritual como principal motivación para no ingerir alimentos, ya que estos eran considerados como impuros en comparación con el alimento espiritual de Dios. Por lo tanto, nada tenía que ver con la necesidad de tener un cuerpo delgado (Fernández, 2015).

Fue en 1689 cuando el médico Richard Morton en su obra *Treatise of Compsumptions* expone una serie de síntomas pertenecientes a la patología, considerándose así el primero en describir la anorexia como una enfermedad. Según el autor y basándose en los síntomas de una de sus pacientes, los principales síntomas eran: hiperactividad, excesiva pérdida de peso, estreñimiento y amenorrea en el caso de las mujeres. (Fernández, 2015; Lenoir y Silber, 2006)

Un siglo después, se siguieron realizando registros de la enfermedad en la que el médico Robert Whytt la definió como “atrofia nerviosa” y Charles Nadeau la relacionó con la histeria. (Fernández, 2015)

Avanzando en el tiempo, concretamente durante el siglo XIX, fueron varios los que describieron la AN, destacando Paul Briquet que, además de definirla como un subtipo de la histeria, observó diferentes motivos que llevaban a sus pacientes a sufrir esta enfermedad. Además de Briquet y, casi de manera simultánea, William Whitey Gull y Ernst Charles Lasègue afirmaban lo siguiente: el primero de ellos se refiere a un “estado mórbido de la mente” para, posteriormente, referirse a “anorexia nerviosa”. En el caso de Lasègue, confirma que se trata de una perturbación mental justificando así el término de la anorexia histérica. Además, observó la negativa de sus pacientes de padecer la enfermedad. Por último, en 1890 el psiquiatra Jean-Martin Charcot consideró la histeria como un síntoma de la enfermedad y no como la principal causa. Además, creía necesario la necesidad de aislar a los pacientes y prohibir la visita de amigos y familiares, con el fin de favorecer la cura mediante su llamado “tratamiento moral o físico”. (Almenara 2006; Fernández, 2015; Lenoir y Silber, 2006)

Durante el siglo XX, se establece que la anorexia nerviosa se trata de una enfermedad mental, más concretamente de un desorden. Por lo que estas personas fueron sometidas a las diferentes terapias a las que se enfrentaban los pacientes con algún tipo de enfermedad mental. Algunas de ellas fueron la lobotomía, la terapia electroconvulsiva o la extracción de tiroides, ya que se consideraba a la anorexia como una enfermedad endocrina. Varios años después de la publicación de numerosos informes médicos a cerca de estas terapias, y de que se volviera a pensar en la AN como una enfermedad mental, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) recomendó el uso de un antidepresivo para tratar esta patología. (Fernández, 2015)

Hoy en día, según Segreda y Segura (2020) la AN se define como: la combinación de una ingesta calórica restringida y el abuso de actividad física, típicamente de inicio adolescente. Existe alteración de la imagen corporal, miedo al aumento de peso, anosognosia (dificultad para identificarse como afectado por la enfermedad) y alexitimia (imposibilidad para reconocer y describir las propias emociones). Estos comportamientos se acompañan de conductas obsesivas, que derivan en complicaciones orgánicas como desnutrición y alteraciones hidroelectrolíticas (p. 213).

2.2. Etiología y factores de riesgo

La anorexia es considerada como una enfermedad de origen multifactorial y multidimensional, interviniendo numerosos factores como los genéticos, biológicos,

psicológicos, ambientales, culturales y sociales, los cuales ayudan a que se origine y mantenga la enfermedad en el tiempo. (Madruga et al., 2010; Segreda y Segura, 2020) Estos factores se pueden clasificar en predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Entre los factores predisponentes se encuentran los biológicos, de los que se destacaría la edad y el sexo, siendo más prevalente en la adolescencia y en las mujeres, respectivamente. En cuanto a los psicológicos, una de las características más importantes de estas personas es la tendencia a ser perfeccionistas y la necesidad de aprobación por parte de las personas de su entorno, lo cual estaría relacionado con una baja autoestima y necesidad de tenerlo todo controlado. Y, por último, los factores sociales, entre los que se encuentran las relaciones familiares, de amistad, el acceso a medios y redes sociales que relacionan el cuerpo delgado con la belleza, así como personas que practiquen un deporte exigente con el control del peso corporal.

Los factores precipitantes son aquellos que facilitan el desarrollo de la enfermedad. En este caso vuelven a aparecer los factores biológicos, como aquellos cambios físicos y hormonales derivados de la adolescencia, los psicológicos, como el hecho de sufrir acoso o rupturas amorosas y los sociales, donde aparecen relaciones afectivas tóxicas o la presión social para la realización de dietas con el fin de perder peso.

En tercer lugar, se encuentran los factores perpetuantes, caracterizados por suponer un obstáculo para la cura del trastorno. Entre estos están los biológicos, en los que la malnutrición mantenida en el tiempo favorece un aumento de la serotonina y una disminución de la noradrenalina, lo que genera una falsa percepción de estar saciada incluso antes de comer. En cuanto a los psicológicos, se mantiene la obsesión por el control motivada por mantener sus hábitos restrictivos con la creencia de obtener una recompensa como es la pérdida de peso. Por último, los factores sociales entre los que se destacan comentarios positivos hacia la persona de su pérdida de peso, lo que la anima a continuar realizando las acciones que le llevan a esta situación. (Ramírez, 2021)

2.3. Tipos de anorexia

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la última actualización (DSM-V) clasifica la AN en los siguientes tipos:

a. Anorexia nerviosa tipo restrictiva: está caracterizada por restringir la ingesta de alimentos, concretamente aquellos con un elevado índice calórico, con el fin de

mantenerse por debajo del peso considerado como adecuado según su talla y edad. Las personas incluidas en este grupo tienen la particularidad de ser muy perfeccionistas, responsables y rígidas en sus hábitos alimenticios. Además, tienen la necesidad de ser aceptadas socialmente.

b. Anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo: el enfermo tiene restricción alimentaria durante largos períodos de tiempo y de manera regular presenta atracones ingiriendo grandes cantidades de comida en un corto período de tiempo. Después, realiza actos como la purga para compensar la alta ingesta calórica, aumentando así su capacidad de restricción, lo que conlleva a la formación de un ciclo. En este tipo de AN se produce una inestabilidad diagnóstica, ya que pacientes diagnosticados con AN de tipo restrictivo, durante el transcurso de la enfermedad pueden presentar síntomas compulsivos/purgativos, llegando a cambiar su diagnóstico a bulimia nerviosa (BN). (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013; Hamdan et al., 2017)

2.4. Criterios diagnósticos

Para diagnosticar a una persona de anorexia nerviosa se deben seguir los criterios del DSM-V y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la 11ª edición (CIE-11). El DSM-V define la AN en base a tres criterios, explicados a continuación.

- **Primer criterio:** basado en la restricción excesiva de la ingesta de alimentos en relación con las necesidades, lo que conlleva un peso corporal significativamente bajo para la edad, sexo y estado de salud. Para ello, se utiliza el índice de masa corporal (IMC) como método diagnóstico y de ayuda para clasificar el nivel de gravedad. Por lo tanto, se catalogaría como leve en $> 17 \text{ kg/m}^2$, moderado en $16-16.99 \text{ kg/m}^2$, severo $15-15.99 \text{ kg/m}^2$ y extremo $< 15 \text{ kg/m}^2$.

- **Segundo criterio:** se define como el miedo intenso a ganar peso o ser obeso incluso teniendo un peso por debajo de lo normal según características individuales.

- **Tercer criterio:** es la alteración de la imagen corporal o percepción del peso de uno mismo, o la negación del reconocimiento por parte de la persona del riesgo que tiene el bajo peso corporal. (Gómez et al., 2018; Lorenzo, 2017; Segreda y Segura, 2020)

En cuanto a la CIE-11, expone que la AN está caracterizada por un peso corporal significativamente bajo para la altura, la edad y la etapa de desarrollo del individuo que no está provocada por otra enfermedad o a la falta de accesibilidad de alimentos. Un umbral comúnmente utilizado es el índice de masa corporal (IMC) $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ en

adultos y en el caso de los niños y adolescentes un IMC para la edad por debajo del percentil 5. La pérdida rápida de peso puede sustituir la pauta de bajo peso corporal siempre que se cumplan otros requisitos de diagnóstico. Los niños y adolescentes pueden presentar incapacidad para ganar peso en función de la trayectoria de desarrollo individual. El peso corporal bajo se acompaña de un patrón persistente de conductas para evitar la restauración del peso normal, como comportamientos destinados a reducir la alimentación, procesos purgativos (vómito autoinducido y abuso de laxantes), y comportamientos destinados a incrementar el gasto energético, como realizar demasiado ejercicio. Todos ellos están asociados al miedo intenso a engordar. El bajo peso o la figura corporal son elementos centrales para la autoevaluación de la persona, o se perciben inadecuadamente como normales o incluso excesivos. (CIE-11, 2021)

2.5. Manifestaciones clínicas

Las principales manifestaciones clínicas en la AN son la distorsión del propio cuerpo y el miedo a aumentar de peso. Esto genera en la persona una obsesión por su imagen, evidenciado por la constante comparativa que hacen de su cuerpo con el de otras personas, observar si se intuyen los huesos a simple vista, tomar las medidas de su cuerpo para cerciorarse de que no ha engordado, mirarse constantemente al espejo, etcétera. Debido a la distorsión que tienen de su imagen, tienden a vestir con ropa ancha y autoexigirse numerosas reglas relacionadas con la comida y la realización de ejercicio.

En cuanto a los cambios psíquicos que se pueden observar en estas personas destacan la ansiedad, irritabilidad y tendencia al aislamiento social. Todo ello, provocado por la baja autoestima y la creencia de no ser aceptados socialmente por su aspecto corporal, ya que se caracterizan por ser personas muy perfeccionistas, inseguras, con necesidad de control y subordinación en las relaciones interpersonales.

Por otro lado, las manifestaciones biológicas se presentan en forma de pérdida de peso principalmente, siendo este mayor al 25% en la mayoría de los casos. Además, se puede observar sequedad de la piel, aparición de lanugo en distintas partes del cuerpo debido a la pérdida de grasa, cabello y uñas debilitados y extremidades constantemente frías. En el caso de las mujeres existe la amenorrea causada por la disminución de la ingesta calórica y pérdida de peso, lo que genera disfunción hipotalámica. En el caso de

los varones, como signo característico, se observa disminución de los niveles de testosterona.

El deterioro físico de estas personas está causado por el síndrome de malnutrición proteico-calórica. Por lo tanto, es habitual encontrar manifestaciones clínicas asociadas al deterioro físico como: problemas digestivos, cardiovasculares, metabólicos, renales, músculo-esqueléticos y hematológicos. Todos ellos aparecen como consecuencia de conductas llevadas a cabo por el enfermo, entre las que se destacan el ayuno, la realización de ejercicio intenso y el uso de fármacos como los laxantes.

Además, si la AN se presenta antes de la pubertad, el desarrollo de este proceso puede retrasarse o incluso detenerse. (Beyoda, 2015)

2.6. Complicaciones

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad explicadas anteriormente traen consigo una serie de complicaciones para la salud de estos pacientes. Estas consecuencias negativas se producen por la malnutrición del enfermo durante largos periodos de tiempo, lo que provoca una brusca pérdida de peso y trastornos hidroelectrolíticos.

A continuación, se van a explicar las complicaciones a las que se enfrentan las personas con AN:

1. Cardiovasculares: el 80% de los adolescentes con AN pueden llegar a desarrollar problemas cardiovasculares como arritmias, hipotensión, prolapso de la válvula mitral, disminución del gasto cardíaco, derrame pericárdico, y decrecimiento del tamaño del ventrículo izquierdo, lo que puede provocar bradicardia y disfunción sistólica.

2. Óseas: durante el proceso de la enfermedad aparece hipogonadismo, hipoandrogenismo, hipoestrogenismo, hipercortisolismo y déficit de calcio y vitamina D. Todo esto provoca en más del 90% de los casos osteopenia, así como osteoporosis que afecta a un 30-40% de las mujeres. El grado de la osteoporosis está directamente relacionado con el peso y la amenorrea.

3. Metabólicas y endocrinas: destaca la amenorrea secundaria al bajo estímulo sobre la secreción de gonadotropinas. Además, pueden producirse hipoglucemias debido a la baja ingesta calórica, el aumento de ejercicio físico, disminución del glucógeno almacenado y falta de sustratos para realizar la glucogénesis. La hipoglucemia persistente es un indicador de disfunción hepática y constituye un mal pronóstico.

También puede verse afectada la hormona antidiurética (ADH) provocando hiponatremia, hipernatremia o diabetes insípida parcial.

4. Renales: puede aparecer deshidratación y lesión renal causadas por la restricción hídrica o por provocarse vómitos tras la ingesta alimentaria, así como perder la capacidad de concentración renal, lo que provocaría una elevación del gasto urinario.

5. Dermatológicas: puede aparecer lanugo, sequedad de la piel, prurito relacionado con la inanición, además de carotenodermia.

6. Gastrointestinales: aparece retraso en el vaciamiento gástrico, lo que provoca estreñimiento, reflujo gastroesofágico, dolor abdominal y sensación de saciedad.

7. Carencia de vitaminas y minerales: es común en los TCA. Suele ser el caso de déficit de hierro, vitamina D y calcio en mayor medida, aunque también puede haber disminución de los niveles de zinc y tiamina. (Segreda y Segura, 2020)

2.7. Tratamiento

El tratamiento de estos pacientes debe tener un enfoque individualizado y adaptado al contexto y situación clínica del enfermo. Por lo tanto, los objetivos principales de procedimiento serán:

- Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional.
- Reducir o eliminar los atracones y los comportamientos purgativos que existan, así como minimizar la restricción alimentaria.
- Educar sobre conductas alimentarias saludables.
- Promover la realización de ejercicio físico saludable.
- Tratar las complicaciones médicas derivadas del trastorno.
- Mejorar las relaciones interpersonales y la autoconfianza.
- Tratar las alteraciones conductuales y la comorbilidad psiquiátrica.
- Prevenir las recaídas.

Es importante llevar a cabo un tratamiento multidisciplinar basado en la psicoterapia, el soporte médico, el abordaje nutricional y, en caso de ser necesario, el uso de fármacos.

En cuanto a la terapia psicológica, las más recomendadas son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia familiar (TF). La duración de este tratamiento en el caso de pacientes adolescentes se ajusta a la edad, circunstancias y nivel de desarrollo. En

el caso de la TF, se ha observado que es la intervención más eficaz para el tratamiento en niños y adolescentes. En cuanto a la TCC, se lleva a cabo mediante la identificación y alteración del pensamiento disfuncional, la conducta y las respuestas emocionales. Esta terapia se utiliza en la AN como una intervención ambulatoria post-hospitalización, para evitar recaídas.

Los aspectos médicos se basan en el tratamiento de las comorbilidades asociadas al trastorno, de las complicaciones provocadas por la malnutrición y de las conductas compensatorias como la purga.

Cuando existen casos en los que no es posible cubrir las necesidades del organismo se hace a través de la nutrición artificial (NA), entre las que se encuentran la nutrición oral, enteral o parenteral. Este método ayuda a disminuir la morbimortalidad en pacientes con estas características. En estos casos, el médico debe valorar la introducción de este tipo de alimentación de manera escalonada, empezando por los suplementos nutricionales orales, que es el método menos invasivo y, en caso de no funcionar, continuar con la nutrición enteral y, en última instancia, la nutrición parenteral. Es importante tener en cuenta que estos procedimientos se deben realizar durante el mínimo tiempo posible y siempre bajo la supervisión médica.

Además, los objetivos nutricionales se basan en la recuperación del estado nutricional y conseguir el peso adecuado, con el fin de mejorar los problemas derivados del trastorno. Este tratamiento dietético también favorece que el paciente sea capaz de lograr el nivel cognitivo necesario para poder entender y responder de manera adecuada a las intervenciones. Por lo tanto, mediante la educación nutricional se pretende que el paciente adopte de manera voluntaria comportamientos de la conducta alimentaria que favorezcan la salud y el bienestar, promover una buena actitud en relación con la comida, mejorar el patrón alimentario, reeducar sobre falsos mitos y favorecer con estas variaciones la recuperación del estado nutricional.

Por último, en cuanto al tratamiento con fármacos, algunos estudios revelan que en el caso de la AN el uso de estos es experimental, ya que no se ha demostrado una eficacia clínica significativa, a diferencia de la bulimia nerviosa. Sin embargo, los pacientes que no responden a la terapia farmacológica o a la rehabilitación nutricional reciben tratamiento farmacológico. Partiendo de esta base, y teniendo en cuenta las conductas rígidas de estas personas, así como los episodios recurrentes de ansiedad, se ha observado que el uso de antipsicóticos de segunda generación como la *olanzapina* está

asociado a un aumento del IMC, por lo que puede utilizarse a modo complementario para ayudar a aumentar de peso. Además, considerando que los síntomas de la AN se superponen con otros trastornos como la depresión mayor, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y la ansiedad generalizada, se ha examinado la posibilidad de utilizar los fármacos antidepresivos como la *fluoxetina*. Sin embargo, no han proporcionado mejoras ni en el peso corporal y en cualquier síntoma psicológico asociado. (Gómez et al., 2018; Hamdan et al., 2017; Lorenzo, 2017; Segreda y Segura, 2020)

2.8. Intervención de enfermería

La aplicación del proceso enfermero se puede dividir en diferentes fases:

Valoración: en los estudios de la AN se suele utilizar el cuestionario sobre actitudes frente a la comida (*Eating Attitudes Test*), ya que es sensible a los cambios, por lo que también puede ser útil para verificar que el tratamiento ha sido eficaz.

- Antecedentes: los familiares definen al paciente como una persona perfeccionista, inteligente y siempre intentando conseguir la aprobación de las personas de su entorno.

- Aspecto general y comportamiento motor: tienen aspecto de estar cansados, evitan responder preguntar para no reconocer el problema que tienen y ocultan su pérdida de peso con ropa holgada.

- Estado de ánimo y afectos: estas personas tienden a estar tristes, ansiosas y preocupadas. Es importante preguntarles si tienen ideación suicida o pensamientos de autolisis, ya que son conductas habituales en estos pacientes.

- Procesos y contenido del pensamiento: es común en los pacientes con AN ideas de tipo paranoide respecto a la familia y personal sanitario, ya que los consideran enemigos porque los hace responsables de obligarles a comer para engordar.

- Nivel de consciencia y procesos cognitivos: en general están conscientes y orientados, excepto en el caso de desnutrición grave, que puede provocar dificultad para concentrarse y confusión leve.

- Sentido de la realidad y capacidad de introspección: en general consideran que no tienen ningún problema de salud y continúan con la conducta restrictiva.

- Concepto de sí mismo: se caracterizan por una baja autoestima y son muy autoexigentes con el control de la ingesta y el peso corporal.

- Roles y relaciones interpersonales: estos pacientes tienden al aislamiento social, incluso dejan de ir a clase y evitan comer en compañía por miedo al descontrol.

- Problemas fisiológicos y autocuidado: su estado general de salud está directamente relacionado con la gravedad del ayuno voluntario y las conductas de purga. Es frecuente que presenten alteraciones del sueño, así como problemas de la cavidad oral aquellos que se provocan el vómito.

Análisis de los datos: para diagnosticar a los pacientes enfermería estudia el desequilibrio nutricional provocado por una ingesta de nutrientes insuficiente, las estrategias de afrontamiento ineficaces, la distorsión de la imagen corporal y la baja autoestima crónica. Además, se pueden emplear otros diagnósticos de enfermería como el volumen de líquidos deficiente, estreñimiento, cansancio e intolerancia a la actividad.

Identificación de los resultados: en los pacientes con desnutrición grave, antes de empezar el tratamiento psiquiátrico es imprescindible estabilizarlos. Para ello, se podría necesitar la administración de líquidos por vía parenteral, alimentación parenteral total y monitorización cardíaca. Entre los resultados que se pueden obtener se destacan:

- Lograr que el paciente adquiriera hábitos de alimentación saludables.
- La minimización de conductas compensatorias.
- La utilización de estrategias de afrontamiento aisladas de los alimentos.
- Verbalización por voluntad propia de sentimientos, como culpabilidad y enfado.
- Aceptarse físicamente tras haber alcanzado un peso corporal normal.

Intervenciones

- Promover hábitos alimentarios sanos: cuando el paciente es capaz de comer, se establece una dieta entre 1200-1500kcal diarias, que van aumentando gradualmente. El profesional de enfermería debe sentarse con el paciente mientras come y observar cualquier indicio de que esconde la comida, sobre todo al inicio del tratamiento.

- Identificar emociones y desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces: la enfermera debe preguntar al paciente cómo se siente mediante preguntas abiertas, siempre dejando su tiempo para pensar y responder, y favoreciendo la expresión de emociones para que aprendan a reconocer sus sentimientos.



- Prestar atención a los problemas de imagen corporal: el profesional ayudará al paciente a aceptarse a sí mismo mediante la identificación de aspectos personales positivos aislados del cuerpo y la alimentación.
- Ofrecer información y educación al paciente y la familia: esto puede hacerse durante el ingreso del paciente, la planificación al alta o en el tratamiento ambulatorio. Se debe informar sobre las consecuencias de las conductas y consensuar objetivos realistas a la situación. (Videbeck, 2012)

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Son influyentes los factores externos, como la presión social o las relaciones familiares en el desarrollo de la anorexia nerviosa en adolescentes?

4. OBJETIVOS

A continuación, se van a exponer los objetivos del trabajo diferenciando entre objetivo general y específicos.

a) General:

- Determinar si los factores externos son capaces de influir de manera positiva o negativa en el desarrollo de la anorexia nerviosa en adolescentes

b) Específicos:

- Analizar la eficacia de protocolos de prevención en la población adolescente.
- Examinar la relación entre la conducta parental y el desarrollo de la enfermedad.
- Determinar la repercusión en adolescentes del mal uso de internet en relación con el desarrollo de AN.
- Describir las consecuencias de la Covid-19 en personas con anorexia nerviosa.

5. METODOLOGÍA

Este estudio está basado en una revisión bibliográfica, más concretamente en una revisión integradora. Esta pretende sintetizar y analizar la información a partir de diversas fuentes con el objetivo de obtener una conclusión que aporte nuevos conceptos sobre el tema estudiado y favorezca el progreso de nuevas investigaciones. (Guirao, 2015)

La búsqueda se ha realizado en las bases de datos PubMed, Scopus, Scielo y Dialnet.

PubMed: es una base de datos de acceso gratuito que ofrece más de 34 millones de citas y resúmenes sobre la biomedicina y la salud. Fue desarrollada por el Centro Nacional de Información Biotecnológica (NCBI), el cual se encuentra en los Institutos Nacionales de Salud (NIH). Pubmed facilita la búsqueda de la literatura a través de varios recursos como: MEDLINE y PubMed Central (PMC). (PubMed, 2022)

Scopus: se trata de la mayor base de datos de resúmenes y citas de literatura en la que se puede encontrar revistas científicas, libros y actas de congresos. Proporciona una amplia información sobre la investigación mundial en ciencia, tecnología, medicina, ciencias sociales y humanidades. (Scopus, 2022)

Scielo: es una biblioteca virtual cuyo principal objetivo se basa en ayudar al desarrollo de la investigación mediante la difusión de estudios científicos, mejorando los medios de publicación y evaluación de resultados. (Scielo, 2022)

Dialnet: esta base de datos se creó en la Biblioteca y el Servicio Informático de la Universidad de La Rioja. Su principal objetivo es proporcionar más visibilidad a la literatura científica hispana integrando diferentes recursos y servicios documentales. (Dialnet, 2022)

Esta búsqueda se ha llevado a cabo desde diciembre de 2021 hasta febrero de 2022.

Los descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), así como los términos MeSH que se han utilizado para realizar la búsqueda de los artículos en las bases de datos mencionadas anteriormente se exponen en la siguiente tabla:

CASTELLANO	INGLÉS
Anorexia nerviosa	Anorexia nervosa
Adolescentes	Adolescents
Prevención	Prevention
Prevención primaria	Primary prevention

Tabla 1: Descriptores de la búsqueda.

El operador booleano utilizado para enlazar los términos de búsqueda de los artículos es AND.

Se han utilizado las siguientes ecuaciones de búsqueda en las diferentes bases de datos:

PubMed: anorexia nervosa AND adolescents AND prevention

Scopus: anorexia nervosa AND adolescents AND primary prevention

Scielo: anorexia AND adolescentes AND prevención

Dialnet: anorexia nerviosa AND adolescentes AND prevención primaria

Los criterios que se han utilizado para seleccionar los artículos son los siguientes:

- Criterios de inclusión:
 - Artículos publicados entre 2016 y 2022 (ambos incluidos).
 - Idioma de los artículos inglés y español.
 - Acceso al artículo completo gratis.
 - Área temática: enfermería y profesiones de la salud.

6. RESULTADOS

En la siguiente tabla se muestra la ecuación de búsqueda utilizada en las bases de datos PubMed, Scopus, Scielo y Dialnet, así como los filtros aplicados para seleccionar los artículos.

BASES DE DATOS	Ecuación de la búsqueda	Artículos totales de búsqueda	Filtro: año 2016-2022	Filtro: idioma inglés-español	Filtro: texto completo	Filtros adicionales	Artículos seleccionados
PubMed	anorexia nervosa AND adolescents AND prevention	636	207	199	96		96
Scopus	anorexia nervosa AND adolescents AND primary prevention	1379	414	414	67	Área temática: nursing 8	8
Scielo	anorexia AND adolescents AND prevención	3	0	0	0		0
Dialnet	anorexia nerviosa AND adolescentes AND prevención primaria	7	2	2	0		0

Tabla 2. Resultados de la búsqueda en bases de datos.

Tras la aplicación de la ecuación de búsqueda y los filtros definidos, se han obtenido un total de 104 artículos como resultado de la búsqueda en las diferentes bases de datos.

A continuació, se mostra el diagrama de flux en el que se obté com a resultat el nombre definitiu d'articles utilitzats per realitzar la revisió.

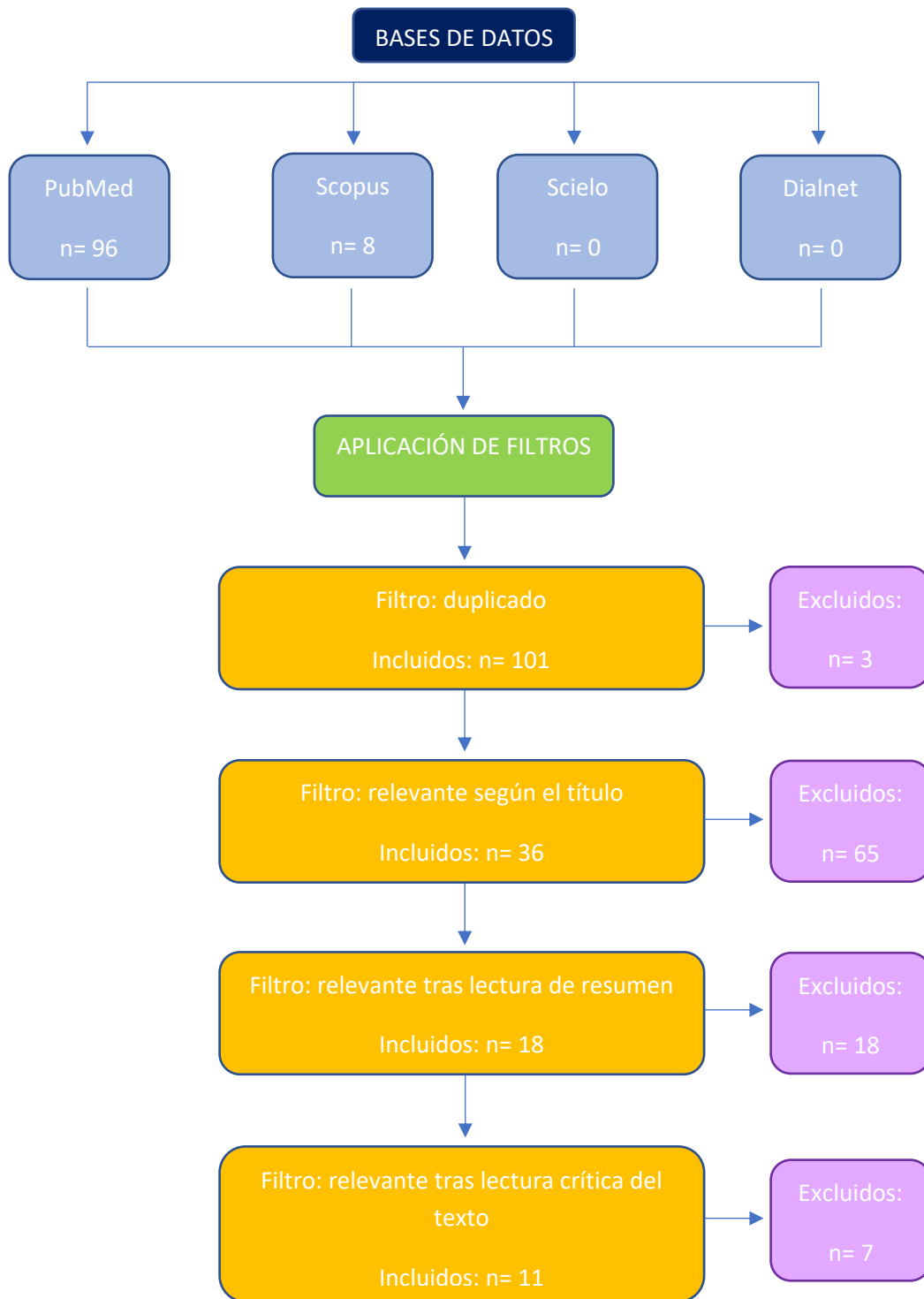


Figura 1. Diagrama de flujo.

Tras la realización del diagrama de flujo y aplicar los diferentes filtros se han seleccionado 11 artículos que se exponen en la siguiente tabla ordenados por año de publicación, comenzando por el más reciente y finalizando por el más antiguo, todos ellos comprendidos entre los años 2016-2022. A continuación, se expone la información más relevante de cada uno de ellos.

Autor, año y país	Objetivo	Metodología	Conclusión
Kennedy S, et al 2021 Estados Unidos	Validar una herramienta de detección de TCA (DESA-6) en atletas adolescentes en riesgo en comparación con otras herramientas de detección.	Fase 1: cuantitativa (validación de cuestionarios). Fase 2: cualitativa (entrevistas). n= 308 estudiantes atletas. Instrumentos de medida: DESA-6, EAT-26, EDE 17.OD.	El DESA-6 ha demostrado ser la única herramienta de detección de TCA en atletas tanto femeninos como masculinos que se encuentren en riesgo de desarrollar el trastorno y con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años. Se recomienda el uso de este tipo de herramientas para la detección precoz de TCA en estas personas, ya que por sus características de exigencia física y edad constituyen una población vulnerable.
Mento C, et al 2021 Italia	Determinar el impacto psicológico de las páginas Web pro-ana y pro-mia en las adolescentes.	Revisión sistemática. n= análisis de 12 artículos. Intervención: promover políticas de hábitos alimentarios saludables y educación escolar.	Este tipo de sitios Web favorecen la aparición de trastornos alimentarios en la población adolescente, promoviendo la disminución de la ingesta de alimentos. Es necesaria la promoción de políticas de hábitos alimentarios saludables en esta población, además de programas específicos de educación escolar dirigidos también a docentes y padres.
Murphy L, et al 2021	Identificar las consecuencias	Revisión de alcance.	Durante el confinamiento se observó una disminución notable en la prestación de servicios de ayuda a personas

Irlanda	derivadas de la Covid-19 en personas con problemas de salud mental.	n= 30 artículos.	con problemas de salud mental. Esto sumado a la situación de aislamiento social y la vulnerabilidad de estas personas debido a la patología que sufren, produjo un incremento de los síntomas de la enfermedad existentes previamente a la pandemia. Es importante ofrecer servicios de apoyo online de manera equitativa.
Gruber M, et al 2020 Austria	Estudiar la posible asociación entre los TCA y las características de la relación con los padres y las conductas alimentarias de estos en su adolescencia.	Casos y controles. n= casos 21 mujeres con TCA, controles 22 mujeres sin TCA. Instrumentos de medida: EDI-2, EBF-KJ, CFQ-A, JTCI 12-18R.	El conocimiento sobre la influencia parental en el comportamiento alimentario (rechazo, sobreprotección) y su capacidad de afrontar un posible caso de TCA de una hija influye en el desarrollo de la enfermedad, por lo que puede ser útil en la prevención y asesoramiento para la detección de síntomas de manera precoz. Son necesarias más investigaciones que ayuden a afirmar que las conductas alimentarias de los padres suponen factores protectores o de riesgo para el desarrollo de un TCA en las hijas.
Herle M, et al 2020 Reino Unido	Investigar la asociación entre los comportamientos alimentarios en la infancia y	Estudio de cohorte prospectivo. n= 4760 participantes entre padres e hijos.	Hay continuidad de la conducta alimentaria en la infancia hasta la adolescencia. En niños con sobrealimentación se han visto conductas de atracones durante la adolescencia. Niños con mala alimentación aumentó la aparición de AN.

	adolescencia con el desarrollo de trastornos alimentarios.	Instrumento de medida: YRBSS adaptado.	Existe relación entre la alimentación insuficiente persistente y el posterior desarrollo de AN solo en niñas. Se deben en detectar factores protectores en aquellos niños con malas conductas alimentarias para prevenir la futura aparición de un trastorno alimentario.
Hinojo F, et al 2019 España	Determinar las patologías asociadas al uso problemático de internet, así como averiguar la incidencia del mal uso de internet en las patologías halladas.	Revisión sistemática con metaanálisis. n= 12 artículos en revisión sistemática y 10 en metaanálisis. Intervención: jornadas formativas en ESO y Bachillerato sobre riesgos de UPI.	El mal uso de internet favorece el desarrollo de patologías entre las que se destacan los trastornos alimentarios. La población de riesgo son adolescentes. Las medidas preventivas irán dirigidas a ellos, realizando charlas de prevención y concienciación en los centros educativos.
Jacobi C, et al 2018 Alemania	Evaluar la eficacia de la intervención preventiva indicada basada en la Web y en los padres con el programa "Eltern als Therapeuten" (E@T), para disminuir los	Ensayo controlado aleatorio. n= 66 familias asignadas al azar a E@T. Intervención: programa basado en la web de 6 sesiones y grupo de discusión para padres. Diarios de seguimiento	Tras un año el peso corporal esperado fue notablemente más alto en las niñas de la intervención en comparación a las del grupo control. La intervención es más eficaz en las familias que los padres son capaces de afrontar los primeros síntomas de la AN en sus hijas.

	factores de riesgo y síntomas de la AN, en comparación con un grupo control.	semanales, vídeos y llamadas telefónicas. Instrumentos de medida: WCS, EDI-2, MPS-F, EDE, EBW, Alfa de Cronbach, SAD-SSAC, PMI.	Es necesaria una estrategia que facilite la intervención y consiga educar a los padres para poder identificar conductas de riesgo.
Stice E, et al 2018 Estados Unidos	Evaluar interacciones entre los factores de riesgo en la predicción de la aparición de los TCA para generar hipótesis que deberán ser confirmadas en posteriores investigaciones.	Estudio de cohorte prospectivo. n= 1271 personas de diferentes países obtenidas a partir de tres ensayos de prevención de TCA en mujeres jóvenes. Instrumentos de medida: EDDI, IBS, TE, SDBP, WC, DRE, PA-NA, CESD, BDI, SAS-SRY.	En cuanto a la posible aparición de AN, tomando como referencia la insatisfacción corporal, se concluyó que un índice de masa corporal (IMC) bajo era el predictor más potente para detectar una posible futura aparición de anorexia. Además, el IMC bajo sumado a la insatisfacción corporal elevada predijeron un riesgo muy alto de desarrollar la enfermedad, con una incidencia de un 71%.
Haynos A, et al 2016 Estados Unidos	Examinar los factores de riesgo a corto plazo para el desarrollo de conductas extremas de alimentación	Estudio de cohorte. n= 243 adolescentes que hacían dieta, pero no conductas de alimentación restrictivas.	Dos factores psicológicos (la baja autoestima y la presencia de síntomas depresivos) estaban asociados con la alimentación restrictiva. Factores de riesgo familiares (falta de comunicación, conducta alimentaria de la madre) influyeron aumentando

	restrictiva entre los adolescentes que hacen dieta.	Instrumentos de medida: KDDM, RS-E, Likert, BSS.	la preocupación por el peso y disminuyendo la satisfacción corporal.
Sala M, et al 2016 Estados Unidos	Estudiar si la preocupación es un precursor de los síntomas de TCA, una consecuencia o ambos, durante seis meses.	Estudio de cohorte prospectivo. n= 300 mujeres jóvenes. Instrumentos de medida: EDI-2, PSWQ.	La preocupación fue un precursor del impulso por la delgadez a lo largo de los seis meses y no una consecuencia de un trastorno alimentario. Los TCA no aumentaron el riesgo de preocupación futura. La relación entre la preocupación y la aparición de TCA está más relacionada con la anorexia nerviosa que con la bulimia.
Sundquist J, et al 2016 Suecia	Analizar la asociación entre el rendimiento escolar y AN o BN y determinar la posible contribución de la conducta familiar mediante un diseño correlativo.	Estudio de cohorte. n= 1.800.643 personas nacidas en Suecia entre 1972 y 1990 que aún residían allí a los 16 años. Instrumentos de medida: regresión de Cox y modelos de Cox estratificados.	El alto rendimiento escolar se asoció con un mayor riesgo de AN y BN en mujeres y de AN en los hombres. Estas asociaciones no son causales, sino derivadas de factores familiares como valores, modelo a seguir o personalidad. Una alta educación de los padres influía ligeramente en la aparición de AN y BN en las mujeres.

Tabla 3. Resultados de la búsqueda.

7. ANÁLISIS

A lo largo de este apartado se analizarán las diferentes aportaciones de los estudios seleccionados y se examinará si dan respuesta a los objetivos que se han planteado anteriormente en esta revisión.

En primer lugar, y a modo de resumen, resaltar que los artículos que se han escogido pertenecen a las bases de datos Scopus y PubMed. Son un total de 11 artículos cuya fecha de publicación va desde 2016 a 2021. Se trata de artículos publicados en diversos países, como Alemania, Estados Unidos, España, Suecia, Italia, Irlanda, Austria y Reino Unido.

El principal objetivo de estos artículos es estudiar si la existencia de factores externos es capaz de favorecer la aparición de un TCA, más concretamente de la anorexia nerviosa. Por ello, algunos se centran en realizar **intervenciones preventivas** para evitar el desarrollo de la patología, analizar la repercusión de los **factores de riesgo** en personas vulnerables, destacando el mal uso de internet o las conductas de familiares con la ingesta alimentaria, así como las consecuencias de una situación desfavorable para personas que ya padecían AN, como ha sido el caso de la **Covid-19**.

A continuación, se analizarán los resultados de los 11 estudios teniendo en cuenta los factores mencionados anteriormente.

7.1. Intervenciones preventivas

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que está en auge entre los adolescentes. Este tipo de patologías son de consideración grave y tienen un mal pronóstico, ya que tienen tasas de mortalidad muy elevadas y están asociadas a múltiples complicaciones, como arritmias cardíacas, pérdida ósea, insuficiencia renal o disminución de la función del colon. Para evitar la aparición y progresión del trastorno se han creado diferentes herramientas de intervención preventivas dirigidas a actuar frente a factores de riesgo (Jacobi et al., 2018; Kennedy et al., 2021)

Los factores relacionados con el peso, la figura corporal y la dieta han sido considerados por algunos autores como los factores de riesgo más potentes y modificables. A estos se les suman la tendencia al perfeccionismo y los síntomas obsesivo-compulsivo. Por ello, Jacobi et al., (2018) han diseñado la intervención preventiva E@T que consiste en seis sesiones dirigidas a los padres cuyos hijos están en riesgo de sufrir un TCA. Además, incluye un grupo de discusión y un diario de seguimiento semanal relacionado

con la alimentación y el ejercicio físico de los hijos entre otros. Durante el estudio, toda la información es proporcionada por personal experto en trastornos alimentarios.

Finalmente, este grupo fue comparado a un grupo control y, tras analizar los resultados, se observó que los hijos de los padres que habían participado en el estudio aumentaron de peso significativamente frente al grupo control. Aunque se destaca que se obtiene un mayor beneficio para los niños cuando los padres son capaces de detectar y afrontar los problemas iniciales de la enfermedad. (Jacobi et al., 2018)

Por otro lado, Kennedy et al., (2021) han creado una herramienta de detección precoz denominada DESA-6 (Disordered Eating Screen for Athletes) dirigida a adolescentes atletas con riesgo de sufrir AN. En este estudio se han incluido deportistas de diferentes ramas, como lucha libre, natación o atletas de fondo y se ha realizado en dos fases diferentes. En la primera se realizó una encuesta a los deportistas seleccionados utilizando el DESA-6 y el EAT-26 (Eating Attitudes Test) y en la segunda se volvió a realizar una encuesta junto con una entrevista clínica incluyendo tanto a los adolescentes considerados en riesgo como a los que no lo estaban.

Tras obtener los resultados de detección del trastorno se confirmó que se trata de una herramienta útil, ya que constituye una detección breve y es fácil de utilizar, por lo que la pueden emplear diferentes profesionales de la salud o el personal implicado en la actividad deportiva como entrenadores o nutricionistas. (Kennedy et al., 2021)

Es decir, tanto la intervención de E@T como la de DESA-6 han confirmado ser una buena promesa de detección temprana de la anorexia nerviosa, lo que facilitará la regresión del trastorno.

Sin embargo, aunque ambos han demostrado ser eficaces, ¿existen inconvenientes en el diseño de las intervenciones que podrían perjudicar su desarrollo? Efectivamente, en el caso de la primera se debe tener en cuenta que la mayor parte de la intervención va dirigida a los padres y no a las propias personas que se encuentren en una situación de riesgo. Esto podría favorecer una disminución de la adherencia al seguimiento. En contraposición, aquellos padres con una actitud adecuada de aprendizaje podrán ser de gran ayuda para fomentar buenos hábitos alimentarios y de autocuidado a sus hijos en el día a día, así como capaces de detectar signos de TCA de manera precoz.

7.2. Factores de riesgo

A lo largo de los años se ha intentado demostrar cómo numerosos factores han ido influyendo en la aparición de la anorexia nerviosa, generando inseguridades y percepciones distorsionadas del cuerpo de las personas afectadas.

Un claro ejemplo de esto es la influencia que puede tener la adicción a las redes sociales en adolescentes. Se ha visto que un uso problemático de internet está provocando un aumento en la tasa de aparición de los trastornos alimentarios. El hecho de poder seguir la vida de personas famosas que muestran algo utópico de su día a día está favoreciendo el descontento de muchas adolescentes con su propio cuerpo que se comparan con ellas. Esto les crea la necesidad de bajar de peso, lo que junto con la insatisfacción corporal constituye el predictor más potente de la aparición de un TCA según Stice y Desjardins (2018). Además, actualmente existen páginas Web como las denominadas Pro-ana y Pro-mia en las que las personas pueden intercambiar opiniones sobre la imagen corporal e incluso llegan a incitar a seguir una dieta muy restrictiva. (Hinojo et al., 2019; Mento et al., 2021)

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, sería interesante establecer ciertas condiciones consensuadas entre padres e hijos para el uso de internet. Por ejemplo, fijar un número de horas máximas diarias de redes sociales, restringir a través de aplicaciones el uso de algunas páginas web y, siempre que sea posible, que el manejo de aparatos tecnológicos sea supervisado por los padres.

Algo que resulta curioso es la influencia negativa que puede tener la sobreprotección de los padres hacia los hijos en la alimentación. Esto puede deberse a que los niños en la infancia pueden generar una mayor percepción del estrés y desarrollar problemas de salud mental cuando sean adultos. Se ve claramente en las mujeres con AN, que expresan haber sufrido sobreprotección en la infancia por parte de su madre. Igual que la conducta de la sobreprotección en la infancia puede desencadenar estos problemas de salud, también se observa que una mala conducta de alimentación en los primeros años de vida puede favorecer que durante la adolescencia se aumenten esos patrones desarrollándose un TCA. Esto puede servir de precedente para poner en práctica intervenciones de prevención desde la infancia. (Gruber et al., 2020; Herle et al., 2020)

En cuanto al ámbito escolar, según Sundquist et al., (2016) el alto rendimiento escolar se asocia con un mayor riesgo de desarrollar AN, aunque esto puede ser explicado por

la tendencia que existe en estas personas a un mayor perfeccionismo, con las consecuencias en las que puede derivar esto. Sin embargo, se ha visto que tienen mayor influencia los factores familiares tanto genéticos como ambientales.

La expresión de sentimientos negativos también puede ser clave para identificar un posible caso de anorexia nerviosa en los adolescentes. El aumento de la preocupación y de síntomas de depresión son predecesores a la aparición del trastorno. Tras realizar un estudio, Sala y Levinson (2016) confirmó que la preocupación de las personas examinadas predijo un aumento del deseo de estar delgadas, por lo que crear intervenciones enfocadas en disminuir la preocupación ayudará a disminuir la probabilidad de padecer AN. Además, Haynos et al., (2016) tras llevar a cabo un estudio con adolescentes afirma que los síntomas de depresión y baja autoestima se relacionan también con el inicio de un desorden alimentario, destacando que tanto la alimentación materna como una mala relación familiar puede favorecer a largo plazo la aparición de AN. Mientras que la insatisfacción corporal y la presión social incrementarían el riesgo a corto plazo.

Haciendo hincapié en la influencia de los factores externos se puede observar que son muchos los que pueden estar presentes en el posible desarrollo de la patología. Por ello, instruir tanto a docentes de educación infantil y primaria como a los padres puede ser muy útil para aprender a detectar conductas perjudiciales, rechazo social o de uno mismo o síntomas depresivos, entre otros, que pueden derivar en el desarrollo de AN. De esta manera se podría evitar la progresión del trastorno a temprana edad, sin necesidad de llegar a la adolescencia.

7.3. Influencia de la Covid-19

Desde el inicio de la pandemia y sobre todo durante el confinamiento la asistencia de salud pública se ha visto muy afectada. Para las personas que ya padecían un TCA ha supuesto un incremento en muchas ocasiones de los síntomas, ya que el acceso a los servicios se ha visto reducido, lo que ha impedido que puedan recibir la atención especializada adecuada durante todo este tiempo. A esto se le suma el aislamiento social al que han estado sometidos, con la problemática de un mayor aumento del uso de las redes sociales, algo que no ha favorecido en el progreso de la enfermedad. Esta situación ha provocado además que muchas personas tengan un mayor riesgo de recaída de la enfermedad, así como numerosas complicaciones, como síntomas depresivos, insomnio crónico o ideación suicida. (Murphy et al., 2021)

Ante esta situación excepcional en una persona con AN se debe evitar la exacerbación de los síntomas. Para ello, podría servir de ayuda la realización de terapias individuales o grupales por videollamada en la que las personas puedan expresar sus inquietudes o preocupaciones y establecer de manera conjunta pautas a seguir que le puedan ayudar, incluso darse consejos los unos a los otros, para favorecer un sentimiento de unión que les haga ver que también pueden recibir ayuda de otras personas que están pasando por el mismo proceso. Apoyarse en la familia, expresar de manera abierta lo que sienten también puede contribuir a establecer una relación sana entre padres e hijos que facilitará una mejor convivencia y, en consecuencia, un mayor control de la enfermedad. Además, sería interesante establecer una rutina en la que se incluyan obligaciones como estudiar, ayudar a realizar las tareas del hogar y un tiempo de desconexión en el que poder hacer actividades en familia, escuchar música o simplemente charlar con el fin de sobrellevar mejor los días sin poder salir de casa.

La anorexia nerviosa es una enfermedad que afecta a muchas personas en nuestro país y en consecuencia a sus familias. Invertir recursos sanitarios en prevención primaria desde la infancia teniendo en cuenta la diversidad de factores por los que puede estar influida podría evitar el futuro desarrollo de la enfermedad en niños y adolescentes. Y, por consiguiente, un aumento de promoción de la salud y disminución en el gasto de recursos sanitarios de prevención secundaria y terciaria.

8. CONCLUSIÓN

Las intervenciones de prevención entre las que se incluyen la creación de programas dirigidos tanto a padres como a hijos, la formación a docentes y padres para aprender a detectar síntomas de manera temprana y la realización de talleres o charlas de enfermería a estudiantes, familiares y docentes sobre los TCA son acciones muy eficaces para disminuir la tasa de aparición de la anorexia nerviosa. Se requiere una investigación exhaustiva para desarrollarlas, llevarlas a cabo y lograr proporcionar un enfoque que abarque todas las esferas implicadas en el progreso de la patología.

Existen numerosos factores de riesgo como el mal uso de las redes sociales, malas conductas alimentarias durante la infancia o la presión social que están involucrados en la aparición de AN. Se ha demostrado que, aunque existe un componente genético que es inevitable, una correcta educación desde la infancia por parte de los padres, así como fomentar buenos patrones alimentarios pueden evitar futuras enfermedades de restricción alimentaria.

También es importante por parte de la familia supervisar el uso de las redes sociales, establecer una relación sana entre padres e hijos e identificar signos de alerta, como el aumento de la preocupación o la presencia de síntomas depresivos. Todo ello evitará consecuencias negativas hacia la persona, algunas de carácter irreversible.

La reciente situación sanitaria ha provocado el empeoramiento de muchas personas que padecían AN. El hecho de disminuir las relaciones sociales y perder la rutina diaria ha favorecido la exacerbación de los síntomas, llegando incluso a generar recaídas de la enfermedad.

Un abordaje global por parte de enfermería de manera precoz favorecería la disminución de la incidencia de anorexia nerviosa en la población adolescente, consiguiendo a su vez una mayor concienciación aportando información y recursos de calidad.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En la realización de este estudio he tenido diversas limitaciones, como la falta de estudios científicos de España que traten de la relación entre AN y factores externos, ya que solo he obtenido un resultado. Además, analizando los estudios he observado diferentes perspectivas sobre una misma patología, posiblemente derivado de la diversidad de culturas, ya que los artículos son de distintos países.

10. APLICACIONES PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

Tras la realización de este estudio se pueden extraer una serie de intervenciones que se podrían llevar a cabo por parte de enfermería.

En primer lugar, a nivel escolar se podrían realizar jornadas de concienciación sobre la anorexia nerviosa, adaptando el discurso teniendo en cuenta la edad del público al que va dirigido, con el fin de poder abarcar más edades. Sería interesante tratar sobre los primeros síntomas, transmitir la importancia de expresar cómo se sienten, derribar estereotipos sobre el cuerpo ideal y que aprendan a pedir ayuda.

Por otro lado, para que los niños se sientan respaldados en una situación así, tanto los padres como los docentes deberían tener una base de conocimientos sobre qué hacer en estos casos. Para lograr esto, enfermería podría realizar charlas educativas en los centros escolares, en las que se proporcionara información y se resolvieran las posibles dudas.

A nivel de atención primaria, desde enfermería pediátrica sería importante implementar programas de educación sanitaria sobre alimentación desde la infancia. Los momentos clave para impartirlos podrían ser en las revisiones, así se podría conseguir que durante los primeros años de vida ya se establecieran unos buenos hábitos alimentarios.

También sería de gran utilidad realizar evaluaciones periódicas de estos programas sanitarios, con el fin de saber si realmente son eficaces. Además de ir actualizándolos para mejorar la calidad de la información que se proporciona.

11. BIBLIOGRAFÍA

Almenara, C. (2006). *Análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosas* [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/586>

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Beyoda González, K.M., Ríos Ríos, C. (2015). *Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la anorexia y la bulimia nerviosa en hombres y mujeres adolescentes* [Trabajo fin de grado, Universidad Católica de Pereira]. Repositorio Institucional de la Universidad Católica de Pereira (RIBUC). <http://hdl.handle.net/10785/3293>

Cremades, P. (2018). Tratamiento jurídico de una enfermedad social. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 9, 44-85.
<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/68573/6653320.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dialnet (2022). [Base de datos]. <https://fundaciondialnet.unirioja.es/dialnet/dialnet/>

Fernández, A.M. (2015). Historia de la anorexia nerviosa. *Moleqlla: Revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide*, 20.
https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/moleqlla/documentos/Numero20/Numero_20_final.pdf

García, M. (3 de enero, 2021). La pandemia del Covid dispara los casos de anorexia y bulimia. *Redacción Médica*.
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/covid-pandemia-dispara-casos-anorexia-bulimia--7162>

Gómez, C., Palma, S., Miján, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria, V., Campos, R., Virgili, M.N., Martínez, M.A., Mories, M.T., Castro, M.J., Martín, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 489-494.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000200489

Gruber, M., König, D., Holzhäuser, J., Castillo, D., Blüml, V., Jahn, R., Leser, C., Werneck, S., Werneck, H. (2020). Parental feeding practices and the relationship with parents in female adolescents and young adults with eating disorders: A case control study. *Plos One*, 15(11). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7676917/>

Guirao, J.A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002

Hamdan, J.A., Dilena, A., Pérez, M., Eugenia, B. (2017). Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *RFS Revista Facultad de Salud*, 9(1), 9-19. <https://doi.org/10.25054/rfs.v9i1.1827>

Haynos, A., Watts, A., Loth, K., Pearson, C., Neumark-Stzner, D. (2016). Factors Predicting an Escalation of Restrictive Eating during Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 54(4), 391-396. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5035549/>

Herle, M., De Stavola, B., Hübel, C., Abdulkadir, M., Santos, D., Loos, R., Bryant, R., Bulik, C., Micali, N. (2020). A longitudinal study of eating behaviours in childhood and later eating disorder behaviours and diagnoses. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 113-119. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7000294/>

Hilker, I., Flamarique, I., Caballero, M. (14 de enero, 2019). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Hospital Clínic de Barcelona. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria>

Hinojo, F., Aznar, I., Cáceres, M., Trujillo, J., Romero, J. (2019). Problematic Internet Use as a Predictor of Eating Disorders in Students: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Nutrients*, 11(9). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6769899/>

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. (20 de marzo, 2020). Trastornos de la conducta alimentaria y coronavirus. *Blog del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona*. <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/trastornos-conducta-alimentaria-coronavirus>

Hospital Sant Joan de Déu Barcelona (SJD). (2021). *Una mirada a la salud mental de los adolescentes. Claves para comprenderlos y acompañarlos*. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7455_d_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf#page=183

Jacobi, C., Hütter, K., Völker, U., Möbius, K., Richter, R., Trockel, M., Jones, M., Lock, J., Taylor, C. (2018). Efficacy of a Parent-Based, Indicated Prevention for Anorexia Nervosa: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6315221/>

Kennedy, S., Kovan, J., Werner, E., Mancine, R., Gusfa, D., Kleiman, H. (2021). Initial validation of a screening tool for disordered eating in adolescent athletes. *Journal of Eating Disorders*, 21(9). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7885388/>

Lenoir, M., Silber, T. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivos argentinos de pediatría*, 104(3), 253-260. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752006000300011&script=sci_arttext&lng=pt

Lorenzo Pérez, T. (2017). *Anorexia nerviosa: una revisión actualizada del trastorno* [Trabajo fin de máster, Universitat de les Illes Balears]. Repositorio Institucional UIB. <http://hdl.handle.net/11201/146363>

Madruga, D., Leis, R., Lambruschini, N. (2010). Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Asociación Española de Pediatría*. 326-339. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf

Mento, C., Catena, M., Muscatello, M., Rizzo, A., Celebre, L., Praticò, M., Zoccali, R., Bruno, A. (2021). Psychological Impact of Pro-Anorexia and Pro-Eating Disorder Websites on Adolescent Females: A Systematic Review. *Environmental Research and Public Health*, 18(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7926357/>

Murphy, L., Markey, K., O'Donnell, C., Moloney, M., Doody, O. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic and its related restrictions on people with pre-existent mental health conditions: A scoping review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(4), 375-394. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941721000686>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Undécima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/263852475?data=%7B%22dataType%22%3A%22pc%22%2C%22postcoordinationCodeSet%22%3A%7B%22stemId%22%3A%22http%3A>

[%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F263852475%22%2C%22axisToValueids%22%3A%7B%22assoc](#)

PubMed.gov (2022). [Base de datos]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>

Ramírez Rivera, A. (2021). *Relaciones ecosistémicas que se tejen sobre la anorexia desde la perspectiva sistémica* [Trabajo fin de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/34571>

Sala, M y Levinson C. (2016). The Longitudinal Relationship Between Worry and Disordered Eating: Is Worry a Precursor or Consequence of Disordered Eating? *Eating Behaviors*, 23, 28-32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5124505/>

Scientific Electronic Library Online (SciELO). (2022). <https://scielo.isciii.es/scielo.php>

Scopus (2022). [Base de datos]. <https://www.elsevier.com/es-es/solutions/scopus>

Segreda, S y Segura, C. (2020). Anorexia nerviosa en adolescentes y adultos. *Revista Ciencia & Salud: Integrando Conocimientos*, 4(4), 212-222. <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/199/282>

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. (30 de noviembre, 2018). *Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes*. <https://www.semq.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>

Stice, E y Desjardins, C. (2018). Interactions Between Risk Factors in the Prediction of Onset of Eating Disorders: Exploratory Hypothesis Generating Analyses. *Behaviour Research and Therapy*, 105, 52-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5929474/>

Sundquist, J., Ohlsson, H., Winkleby, M., Sundquist, K., Crump, C. (2016). School Achievement and Risk of Eating Disorders in a Swedish National Cohort. *J American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(1), 41-46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4691282/>

Videbeck, S. (2012). *Enfermería psiquiátrica*. Lippincott Williams & Wilkins. <https://docer.com.ar/doc/8v0vc1>

