



Universidad Europea VALENCIA

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

EVIDENCIAS SOBRE LA ANOREXIA COMO TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: REVISIÓN SISTEMATIZADA

Presentado por: Dña. Isabella D'anna Seguí

Tutor/es: Dña. Laura Beatriz Serralta García

Valencia 2022/2023

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora Laura Serralta García por haberse implicado y guiarme en este camino con cada correo y tutoría donde me ha resuelto muchas dudas y gracias a ello me ha hecho este trabajo mucho más sencillo.

A mi familia por el esfuerzo que habéis hecho para que pueda estudiar esta carrera que tanto deseaba desde pequeña. Porque me han visto llorar y reírme a la vez totalmente desquiciada en los momentos en los que la carrera me superaba y han aplaudido cada paso que iba dando y cada asignatura que iba aprobando.

A mi novio por creer en mí en los momentos que me iba a enfrentar a los duros exámenes, por hacerme saber que todo esfuerzo tenía recompensa y que razón tenía.

A las amigas que he hecho en esta carrera, decirles que son las mejores futuras enfermeras, con las que he compartido todo el estrés que estos años han supuesto. Estoy orgullosa de vosotras y me alegra pensar que los pacientes van a tener la suerte de encontraros en su camino.

Y por último a los profesores donde han sacado tiempo y nos han demostrado que cada asignatura tenía su parte maravillosa y donde gracias ello hoy en día seremos grandes profesionales admirando nuestro trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ABREVIATURAS	4
RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1.1 Trastornos de la conducta alimentaria.	7
1.1.2 Definición y conceptos.	7
1.1.3 Epidemiología y Etiología.	7
1.1.4 Complicaciones médicas: Mortalidad y Morbilidad.	10
1.1.5 Criterios de la DSM-V frente a la anorexia.	10
1.1.6 Tratamiento.	11
1.1.7 La nutrición en la anorexia nerviosa.	12
1.1.8 El síndrome de realimentación.	12
2. HIPÓTESIS	17
3. OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo principal	17
3.2 Objetivos específicos	17
MATERIAL Y MÉTODOS	18
4.1 Diseño del estudio	18
4.2 Criterios de selección	18
4.3 Estrategia de búsqueda	19
5 RESULTADOS	22
5.1 Diagrama de flujo	22
5.2 Características de los artículos seleccionados	23
5.3 Tablas de resultados	26
6 DISCUSIÓN	35
6.1 Interpretación de los resultados	35
6.2 Recomendaciones basadas en la evidencia	36
6.3 Limitaciones del estudio	36
6.4 Sesgos	36
6.5 Futuras líneas de investigación	37
7. CONCLUSIONES	38
8. BIBLIOGRAFÍA	39

ABREVIATURAS

- **AN:** Anorexia Nerviosa.
- **DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana.
- **DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico de Psiquiatría.
- **IMC:** Índice de Masa Corporal.
- **OMS:** Organización Mundial De La Salud.
- **PAE:** Proceso de Atención de Enfermería.
- **TCA:** Trastorno de la Conducta Alimentaria.
- **TTO:** Tratamiento.
- **VI:** Ventrículo Izquierdo.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la anorexia es un trastorno caracterizado por un inquietante esfuerzo por adelgazar, percepción distorsionada de la imagen corporal, miedo intenso a engordar y sobre todo la restricción a los alimentos lo que conlleva un peso corporal muy baja y esto a menudo desarrolla altos niveles de ansiedad que les limita mucho en su día a día. Además de la epidemiología y la etiología ya que va dirigido sobre todo a la población adolescente y a que sexo afecta más. La mortalidad, morbilidad, criterios de la DSM-V que durante el desarrollo del trabajo veremos en qué consiste, tratamiento, nutrición y el síndrome de realimentación.

OBJETIVO: conocer las intervenciones disponibles para la familia de los adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: este estudio es una revisión bibliográfica donde se han utilizado la base de datos Pubmed, Ibecs, Biblioteca Virtual de Salud, Dialnet y Lilacs.

RESULTADOS: una vez seleccionados los artículos, los he ido agrupando según base de datos, diseño/tipología de los artículos, año de publicación y clasificación por objetivos de este trabajo.

CONCLUSIONES: se ha evidenciado que la participación de los profesionales de enfermería sobre la familia con adolescentes diagnosticados de anorexia contribuye positivamente al pronóstico. Se ha analizado diferentes intervenciones enfocadas en la recuperación del paciente: actuación de los padres, de la familia y la ayuda domiciliaria. La implicación ya no solo de los padres si no de más miembros de la familia se ha mostrado como muy eficaz además de que los artículos seleccionados muestran una gran mejora tanto físicas como cognitivas.

PALABRAS CLAVE: enfermería, Paciente, Trastornos alimenticios, Cuidados de enfermería e Índice de Masa Corporal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: the anorexia is, which is a disorder characterized by a disturbing effort to lose weight, distorted perception of body image, intense fear of gaining weight and, above all, the restriction of food, which leads to a very low body weight, and this often develops high levels of anxiety that limits them a lot in their day to day. In addition to epidemiology and etiology since it is aimed above all at the adolescent population and which sex is most affected. The mortality, morbidity, criteria of the DSM-V that during the development of the work we will see what it consists of treatment, nutrition, and the refeeding syndrome.

OBJECTIVE: know the interventions available for the family of adolescents.

METHODS: this study is a bibliographic review where the Pubmed, Ibecs, Virtual Health Library, Dialnet and Lilacs databases have been used.

RESULTS: once the articles have been selected, I have been grouping them according to the database, design/typology of the articles, year of publication and classification by objectives of this work.

CONCLUSIONS: it has been shown that the participation of nursing professionals in the family with adolescents diagnosed with anorexia contributes positively to the prognosis. Different interventions focused on patient recovery have been analysed: performance of parents, family, and home help. The involvement not only of parents but also of more family members has been shown to be amazingly effective, in addition to the fact that the selected articles show a significant improvement, both physical and cognitive.

KEY WORDS: nursing, Patient, Eating disorders, Nursing care and Body Mass Index.

1. INTRODUCCIÓN

1.1.1 Trastornos de la conducta alimentaria.

1.1.2 Definición y conceptos.

La anorexia nerviosa se define como el rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, un miedo excesivo a ganar peso, alteraciones de la imagen corporal tanto de forma como de tamaño, muchos cambios biológicos donde se ve alterado el sistema hipotálamo e hipófisis y endocrino que este da lugar a desarrollar a largo plazo amenorrea, intolerancia al frío e hipotensión, retraso en el desarrollo sexual lo que ocasiona una disminución del interés por el sexo al comienzo de la enfermedad, desnutrición y alteraciones conductuales^(1,2,3).

La búsqueda de la delgadez es para ellos el centro de su vida y por ello tienen una disciplina muy rígida en la dieta ya que comienza con ir disminuyendo la ingesta sobre todo de alimentos que contienen una gran cantidad de calorías como por ejemplo hidratos de carbono y grasas acabando al fin con muchas horas de ayuno y finalmente quedando pocos alimentos. Como no se están alimentando correctamente retrasan el crecimiento y se quedan en una imagen de preadolescencia ya que evitan la pubertad. Se ha detectado que las anoréxicas llegan a un momento que pierden el control y realizan lo que se llama el atracón, provocándose el vómito, ya que se sienten culpables de su ingesta, por lo tanto, pasa a llamarse bulimia nerviosa (BN). Otro de los métodos que utilizan de eliminación aparte del vómito son los laxantes, pero este provoca grandes pérdidas de agua, minerales, electrolitos en especial el potasio ya que como bien sabemos el potasio es fundamental en la función del riñón y sin este podríamos llegar a tener una disfunción renal aparte de cardíaca que también es importante para nuestro órgano principal que es el corazón. Además de la pérdida de calcio, que sin está podríamos llegar a tener problemas como por ejemplo la osteoporosis. ^(1,2,3)

1.1.3 Epidemiología y Etiología.

Se presenta fundamentalmente en adolescentes y sobre todo en el sexo femenino con un 90% ya que de 10 mujeres solo el 1 son del sexo masculino ^(3,4)(Figura 1)

La asociación de lucha contra la Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia elaboró en distintas ciudades una estadística y comunicó que hay un 5,3% de todo tipo de patologías alimentarias en distintos niveles educativos: con un 58,4% en secundaria, 21,4% universidad y 14,9% nivel terciario. Estos porcentajes han superado ampliamente a las de otra parte del mundo. ^(3,4)

En la actualidad parece que ya no solo está afectando a adolescentes sino también a niños por los nuevos estándares en el aspecto físico y los patrones de alimentación van aumentando en frecuencia con dicho trastorno. La etiología no se conoce exactamente, pero hay muchos factores que pueden ocasionarse como, por ejemplo: genéticamente donde se ha demostrado que el 70% de la tasa es para gemelos idénticos y un 20% para los no idénticos, la familia sobre todo la sobreprotectora, es decir, que tienen una disminución de la independencia,

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

socialmente, metabólicamente, trastornos de la personalidad, hormonalmente, sexualidad, el modo de expresar las emociones, depresiones, ansiedad, maltrato o perfeccionismo. ^(3,4) (Tabla 1)

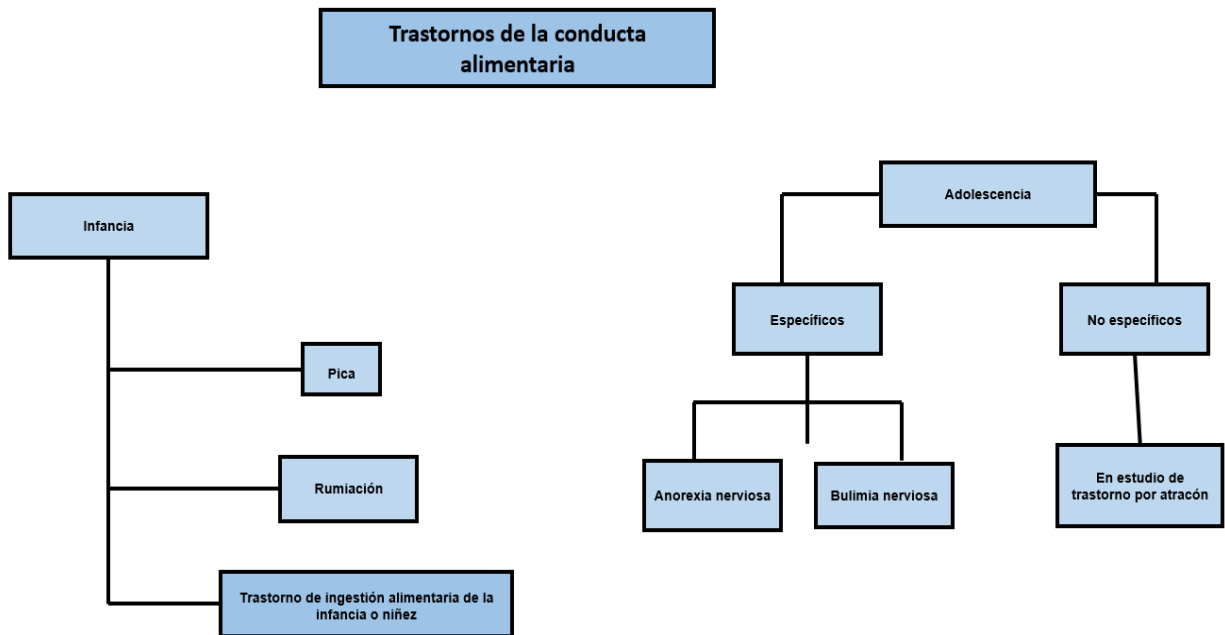


Figura 1. Trastornos de la conducta alimentaria. Elaboración propia.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

A continuación se describe el tipo y los factores de riesgo de la anorexia nerviosa en formato tabla para una mayor visualización:

PREDISPONENTES	Exceso de peso/obesidad.
PRECIPITANTES	Cambios corporales.
MANTENEDORES	Malnutrición a consecuencia de una extrema debilidad física provocada por falta de alimento.

PREDISPONENTES	Baja autoestima.
PRECIPITANTES	Crítica extrema al cuerpo.
MANTENEDORES	Actividad física excesiva.

PREDISPONENTES	Inseguridad.
PRECIPITANTES	Dietas restrictivas.
MANTENEDORES	Actitudes difíciles de cambiar.

PREDISPONENTES	Sucesos críticos.
PRECIPITANTES	Problemas/rupturas familiares.
MANTENEDORES	Aislamiento social.

Tabla 1. Factores de riesgo⁵. Elaboración propia.

1.1.4 Complicaciones médicas: Mortalidad y Morbilidad.

La mortalidad suele ser por suicidio, muerte súbita o inhalaciones y a largo plazo es de un 20% en 20 años. Ya que por culpa de tener una Anorexia se desarrollan desequilibrios electrolíticos provocando arritmias mortales.

La morbilidad puede afectar a todos los órganos, pero a nivel cardiovascular provoca una alteración en la contractilidad miocárdica, prolapso mitral y arritmias. Un dato curioso es que se realizó un estudio en Argentina en el cual estudiaron a 57 pacientes que padecían anorexia nerviosa y les realizaron una eco-Doppler cardíaca y observaron los siguientes resultados: una caída o descenso del VI ventrículo izquierdo debido a que ha adelgazado como las capas es decir el espesor parietal, una alteración de la relajación del VI ventrículo izquierdo, un descenso o prolapso mitral y ya que el corazón está más "disminuido", una disminución del volumen minuto además de las patologías mencionadas anteriormente. Todo esto puede llegar a afectar a nivel renal provocando un fallo renal y hepático. En casos avanzados provoca atrofia cerebral y síntomas de pérdida de visión con lo que estos anuncian la muerte en aproximadamente 1 o 2 semanas. ^(3,4)

1.1.5 Criterios de la DSM-V frente a la anorexia.

La DSM-V se establece como una herramienta clínica que incluye descripciones para los médicos e investigadores con el fin de poder diagnosticar, comunicar, estudiar y poder conseguir un trato mejor y más individualizado de los diversos trastornos mentales. Un dato curioso es que las personas que sufren anorexia tienen más facilidad de convertirse en bulímicas que al revés, es decir, las personas que tienen bulimia son mucho más difícil que padezcan anorexia. Aunque este cruce no se sabe si solo ocurre una vez o a lo largo de toda la enfermedad. ^(5,6)

Se establece como peso mínimo normal el equivalente a un IMC de 18,5 kg/m² y a continuación voy a poner una tabla en función de la Organización mundial de la salud. ^(6,7)

LEVE	<ul style="list-style-type: none"> ● IMC >17 kg/m²
MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> ● IMC = 16-16 kg/m²
GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ● IMC = 15-15´99 kg/m²
EXTREMO	<ul style="list-style-type: none"> ● IMC: < 15 kg/m²

Tabla 2. IMC y categorías. Elaboración propia.

1.1.6 Tratamiento.

La principal ayuda para las intervenciones de enfermería frente a los pacientes que padecen anorexia nerviosa es la ayuda en la psicoeducación familiar que es uno de los aspectos más importantes e indispensables en la mayoría de los trastornos de Salud Mental. Además de la rehabilitación, consejos nutricionales y psicoterapia individual focalizada en ser psicoeducativas. Los médicos siempre ponen tratamiento independientemente de la severidad del cuadro ya que en ocasiones se ha observado que mejora si sobre todo hay comorbilidad psiquiátrica. Desde el inicio de la enfermedad se tienen que realizar un plan de:

- Corrección de baja ingesta.
- Corrección de la percepción de los pacientes sobre ¿Qué es una dieta saludable?
- Participación de los pacientes en hacer su dieta, así realmente parece un juego, pero ellos mismos se están motivando.
- Imposiciones que no son negociables al principio ya que eso va a costar bastante porque se acercan a patrones inadecuados cuando realizan su propia dieta. ^(8,9)

Con todo ello realizaremos dos tipos de tratamiento:

1. Tratamiento en unidad de salud mental:

Este tipo de tratamiento lo realizarán en gran medida los pacientes que tengan un trastorno moderado o leve y es imprescindible para poder pasar a la fase de normalidad. Requisitos:

- Pacientes con buena motivación.
- Pacientes que estén bien apoyados.
- Pacientes que no tengan una pérdida de peso excesiva y rápida.
- Cuando su peso no sea inferior al 70% o como ya hemos hablado anteriormente con un IMC inferior a 17,5.
- Muy importante cuando es posible controlar su peso.

2. Tratamiento en el hospital:

Son pacientes cuya vida corre peligro. Requisitos:

- Pérdida de peso muy rápida y grave además de ir acompañada de alteraciones físicas, psicológicas y sociales.
- Complicaciones médicas: diabetes descompensada, desequilibrio electrolítico, alteraciones cardíacas.
- Presencia de algún trastorno psiquiátrico: trastorno depresivo mayor, trastorno compulsivo, trastorno de la personalidad con conductas convulsivas, abuso de sustancias o ideas autolesivas.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

- No tener respuesta a ningún tratamiento que se le haya administrado de manera ambulatoria.
- Angustia familiar donde impide que el paciente mejore.^(7, 8)

1.1.7 La nutrición en la anorexia nerviosa.

En primer lugar, para que haya una recuperación del peso, la alimentación tiene que ser normal junto con apoyo psicológico ya que este proceso les causa miedo. El factor más importante en el tratamiento es la ganancia de peso gradualmente. Hay que tener claro que los grupos de los alimentos no son negociables, pero si toca proteínas podemos dar a elegir entre carne, pescado o huevos con una supervisión del dietista que decidirá las cantidades, así mismo eliminará los pensamientos negativos acerca de la alimentación y sobre todo a la hora de la ingesta, lo hará con un miembro del equipo donde animará, verá el tiempo y a su misma vez intentar distraerlos. Este proceso se alargará una hora después de que el paciente haya finalizado su comida. ⁽⁷⁾

También aparte de la alimentación podemos darles suplementaciones, pero estos nunca sustituyen la alimentación es siempre complementario como, por ejemplo: el hierro, calcio, zinc si no hay ingesta de carne, la tiamina y el ácido fólico en caso de que el paciente hubiera consumido alcohol y la vitamina D si hay rechazo de lácteos o no hay exposición a la luz solar. Al mismo tiempo no es requisito darle suplementos a todo paciente, normalmente se les da a pacientes embarazadas tras la retirada de una nutrición artificial y pacientes que tienen una excesiva saciedad es decir que se notan muy hinchados. ⁽⁷⁾

Ya que en el anterior texto hemos hablado de la nutrición artificial, esta es muy difícil ya que te aleja psicosocialmente de lo que es una alimentación normal y se utiliza como último recurso, pero al mismo tiempo es útil para la recuperación ponderal además de que no interfiere en ningún tratamiento terapéutico. Estaríamos hablando de la nutrición enteral ya que se utilizará aparte de lo anterior para pacientes que tienen un retraso en el vaciado gástrico o algunas alteraciones de la motilidad intestinal. Sin embargo, la nutrición parenteral se utiliza cuando hay un riesgo vital y obviamente otros medios han sido fallidos como por ejemplo la utilización del tubo digestivo que sería nuestro vehículo para poder transportar los alimentos hacia el estómago. ⁽⁷⁾

1.1.8 El síndrome de realimentación.

El síndrome de la realimentación se considera uno de los más graves incluso con resultado de muerte porque se define como un conjunto de alteraciones metabólicas desencadenadas por la rápida reintroducción del soporte nutricional sobre todo en pacientes que han estado con una mala nutrición calórica, proteica y han estado desnutridos. Entre uno de los principales

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

síntomas está la retención de agua y sodio que obviamente va a cursar con edema y fallo cardíaco ya que hay demasiado volumen para que el corazón pueda bombear toda esa cantidad, hipofosfatemia que se define como la presencia de niveles bajos de fosfato en sangre con lo que va a ser afectado a nivel general los sistemas y dificultad en la energía, falta de electrolitos, potasio, magnesio, tiamina. El aporte calórico con el que se produce puede variar, pero está entre 10 y 60 kcal/kg/día además de si introducimos glucosa en el tubo digestivo. Para su prevención hay distintas actuaciones que son las siguientes: ⁽⁷⁾

- Obtener unos 500 gr/semana para poder ir ganando peso progresivamente.
- Monitorizar y observar siempre las cantidades que entran y salen de fluidos haciendo un balance hídrico.
- Administrar al paciente fósforo y potasio durante las 2 primeras semanas.
- Valorar junto con el dietista si es posible el uso de suplementos que sean ricos en calorías.
- Observar cuánto gasto metabólico tiene el paciente y adecuarlo al aporte de calorías.

1.1.9 Intervenciones desde el servicio de Enfermería Escolar

El servicio de enfermería junto con el resto de los profesionales hace un seguimiento en el entorno escolar con la finalidad de poder cubrir las necesidades de la salud y el bienestar para que los alumnos puedan desarrollarse y crear sus características personales de la mejor manera posible. Los datos tienen que ser claros para que puedan entenderlos y poder realizar un análisis según la evolución del alumno, para poder llegar a planificar unas intervenciones para poder mejorar la calidad de vida. Para poder valorar se va a llevar a cabo los 11 patrones de Marjory Gordon donde se explica la importancia de la salud en los individuos, familias o comunidades las cuales estas son independientes.⁽¹⁰⁾

Percepción-manejo de la salud

Se va a describir la manera en el que el alumno y su familia perciben el estado de salud y bienestar. Como, por ejemplo:

-Todo tipo de salud preventiva ya sea vacunas, la higiene diaria, revisiones médicas y si presenta hábitos poco saludables.

-Estilo de vida

-En caso de tomar fármacos cuales son y sobre todo si tiene alguno recomendado.

-Revisar la historia del paciente y observar si tiene algún tipo de alergia...

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

-Observar si el paciente tiene autonomía.

Nutricional-metabólico

Se va a valorar la ingesta de líquidos y alimentación según las necesidades del alumno. Como, por ejemplo:

-Donde come, a qué hora ingiere, necesidades nutricionales y de hidratación.

-Valorar el (IMC)

-Valorar si tiene problemas en la boca donde pueda afectar a la alimentación.

-Si tiene algún tipo de problema de conducta a la hora de ingerir los alimentos en un entorno y el grado de dependencia.

Eliminación

-Detectar con qué frecuencia elimina y que tipo de características y si tiene algún tipo de problema a la hora de la eliminación.

-Observar si tuviera problemas de incontinencia ya sea de heces como de orina o necesita algún tipo de ayuda para la eliminación.

-Grado de dependencia.

Actividad-ejercicio

Valorar las actividades ya sean de ocio o del patio de los alumnos.

-Observar todo tipo de tensiones, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria.

-Valorar si el alumno tiene una buena actividad física o tiene alguna restricción.

-Ver si tiene algún tipo de actividad fuera del horario escolar.

Sueño-descanso

Lo que descansa el alumno a lo largo del día.

-A qué hora se acuesta y se levanta, siestas, si durante el sueño realiza algún tipo de ruido ya sea ronquidos o apneas.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

-Si ingiere algún tipo de sustancia excitante como cafeína, té, cafés.

-Valorar si toma algún fármaco para poder dormir.

1.1.10 Factores determinantes del desarrollo de los trastornos alimentarios.

Una de las maneras para entender los trastornos alimenticios es realizar un análisis multidimensional escogiendo como determinante los factores predisponentes en el que se tratan factores individuales, familiares y culturales, en los precipitantes se trata el inicio del trastorno relacionado con el fracaso del paciente en adaptarse a las circunstancias como cambios físicos, críticas de su aspecto y los perpetuantes debido a las secuelas físicas y psicológicas de la limitación alimentaria por ello son factores que conservan o alargan la evolución una vez se ha desencadenado. Y esto se debe a que hay que analizar las distintas situaciones para el desarrollo de un trastorno alimentario ya que normalmente comienza por un fracaso personal o una vivencia real. ⁽⁹⁾

1.1.11 Intervenciones del equipo multidisciplinar.

Se van a poner al mando los profesionales psiquiatras, psicólogos, enfermeras, auxiliares, trabajadores sociales y médicos especialistas en endocrinología, medicina interna, nutricionistas y otro personal de apoyo con todo tipo de gestión administrativa. Consta de un proceso de confianza que se establece con un equipo terapéutico todos ellos encaminados a ayudar al paciente y muy importante a la familia para poder resolver todo tipo de conflictos de la manera más saludable posible. ⁽¹⁰⁾

Las tareas para realizar son las siguientes:

- Psiquiatras: se encargan especialmente de todo el tratamiento psicofarmacológico además de que hoy en día han ampliado sus habilidades y tienen una atención psicoterapéutica especializada sobre todo en una intervención más integral.
- Psicólogos: se encargan de tener una cercanía emocional con el paciente, pero sin perder nunca el objetivo que quieren llegar. Dentro se distinguen 3 modelos:
 - Modelo cognitivo-conceptual: tienden a tener una resolución del problema en los momentos donde hay más conflicto entre el paciente y el psicólogo.
 - Modelo psicodinámico: mejora tu estado interno y este modelo es mucho más efectivo cuando el paciente está entrando en la recta final del problema ya que mezclamos este con el anterior.
 - Modelo sistémico: en este modelo entraría la familia, donde le contaríamos todas las normas establecidas y reeducaríamos para evitar un nuevo ciclo.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

- La enfermera: se encarga de cuidar y realizar el proceso de atención de enfermería (PAE) es un modelo sistemático de pensamiento crítico y consta de cinco etapas que
- son: valoración, diagnóstico, planificación y evolución. Con el PAE podrán llevar y cumplir los objetivos. La detección precoz junto con el trabajo con la familia y el entorno social son bases de actuación importantísimas ya que puedes conseguir con mayor rapidez un mejor resultado del paciente.
- La auxiliar de enfermería: participará en el proceso de la enfermera sobre todo en las etapas de planificación, ejecución y evaluación de los cuidados.
- El trabajador social: apoya a la rehabilitación de manera que ayudará a la familia y relacionarse socialmente.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

A continuación, se describe el objetivo general, los específicos y las hipótesis del presente trabajo de fin de grado:

2. HIPÓTESIS

H1. Se espera encontrar que las intervenciones de enfermería en la familia mejoren el curso de la enfermedad en adolescentes con anorexia nerviosa.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

O1. Analizar las intervenciones evidenciadas para la familia de los adolescentes con anorexia nerviosa.

3.2 Objetivos específicos

- O2. Describir la implicación de la familia en el tratamiento de la anorexia.
- O3. Valorar la efectividad de los tratamientos orientados a la familia.
- O4. Evaluar el impacto emocional en la familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El trabajo realizado es una revisión bibliográfica de tipo sistematizada sobre la anorexia nerviosa de cara a analizar las intervenciones de enfermería en la familia que mejoran el curso de la enfermedad en adolescentes con anorexia nerviosa. Está revisión pretende contestar a la pregunta en formato PICOS Población (P), Intervención (I), Comparación (C), Objetivo/ Resultados (R) y Diseño del estudio (S).

P (Paciente o problema)	I (Intervención principal)	C (Comparación)	O (Objetivo/ Resultado)	S (Diseño de estudio)
Mujeres adolescentes entre los 12/20 años.	Intervenciones disponibles para la familia de los adolescentes.	No se aplica.	Prevenir y reducir la ansiedad para la total recuperación con ayuda de la participación de la familia.	Revisión bibliográfica de tipo sistematizada

Tabla 3. Fuente: Elaboración propia.

4.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.2.1 Los criterios de inclusión utilizados:

- Artículos publicados en los últimos 5 años, añadiéndose otros documentos de forma manual que se han presentado de interés para el presente TFG.
- Estudios publicados en el ámbito nacional e internacional.
- Idioma castellano o inglés.
- Artículos de libre y complejo acceso.
- Artículos relacionados con los objetivos del TFG.

Los criterios de exclusión:

- Documentos de bajo nivel de evidencia.
- Artículos de pago.
- Textos de trastornos de la conducta alimentaria que no tengan relación con la anorexia.

4.3 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Una vez establecidos los criterios de inclusión y de exclusión, se determinaron las palabras clave, los descriptores de salud (MeSH; Medical Subject Headings y DeCS; Descriptores de Ciencias de la Salud) y se creó el tesoro de búsqueda.

Por otro lado, los operadores booleanos usados en las bases de datos analizadas fueron AND y OR y con menor frecuencia NOT. También se utilizó las comillas(“”) para poder recuperar las cadenas de palabras.

Las bases de datos utilizadas fueron: PubMed, IBECS, Biblioteca Virtual de Salud, Cinahl, Dialnet, Lilacs.

En primer lugar, se aplicaron los criterios de selección (inclusión/exclusión) para posteriormente filtrar los artículos por título y resumen. El filtro de título se realizó valorando que el mismo tuviese al menos dos descriptores de salud, en segundo lugar, se realizó una lectura del resumen del documento para valorar la idoneidad de este, y permitir o no que se seleccionase.

DeCS	MeSH
Enfermería	Nursing
Anorexia Nerviosa	Anorexia Nervosa
Tratamiento	Treatment
Adolescentes	Adolescent
Enfermeros/as	Nurs*
Intervenciones en la familia	Family Interventions
Intervenciones	Interventions
Familia	Family
Nutrición	Nutrition

Figura 2: DeCS y MeSH utilizados.

Fuente: Elaboración propia

4.3.1 TABLAS DE BÚSQUEDA

Cuadro resumen bases de datos

BASE DE DATOS	CADENA DE BÚSQUEDA	REGISTROS OBTENIDOS
PubMed	Nursing MeSH	262,607
	Nurs*	1,110,244
	Nursing MeSH OR Nurs*	<u>1,117,774</u>
	Anorexia nervosa MeSH	<u>14328</u>
	Anorexia nervosa	18,826
	Anorexia nervosa MeSH OR anorexia nervosa	<u>18,826</u>
	Family	1,737,357
	“Family-based treatment”	2,85
	Family intervention	587,085
	Family OR family-based treatment OR family intervention	1,737,357
	Nursing MeSH OR Nurs*AND Anorexia nervosa MeSH OR Anorexia nervosa	48
	AND Family OR “Family-based treatment” OR Family intervention in the last 10 years	
	IBECS	Anorexia Nervosa AND family
Biblioteca Virtual	Anorexia Nervosa AND family AND interventions	7
Dialnet	Anorexia nervosa, intervenciones de enfermería, familia	5 Artículos de libro, 1 Artículo de revista
Lilacs	Anorexia Nervosa AND family AND interventions	2

Fuente: Elaboración propia.

4.3.2 Calidad metodológica

La lectura crítica de los artículos seleccionados se llevó a cabo mediante la herramienta: CASPe® (Critical Appraisal Skills Programme en su versión en Español). También se tuvo en cuenta las recomendaciones STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) para la valoración de estudios observacionales descriptivos, valorando en los artículos seleccionados con este diseño, si cumplían la estructura recomendada.

La herramienta CASPe, ayuda a realizar una lectura crítica de la evidencia clínica encontrada mediante una serie de preguntas. Dependiendo de la tipología/ diseño de los documentos, se utilizan diferentes plantillas de revisión. Ensayo clínico aleatorio (11 preguntas), Revisión sistemática (10 preguntas), Estudio sobre un diagnóstico (10 preguntas), Estudio para entender las reglas de predicción médica (11 preguntas), Estudio cualitativo (10 preguntas), Estudio de casos y controles (11 preguntas), Estudio de cohortes (11 preguntas), Evaluación económica (11 preguntas). Cada plantilla de estas consta de tres apartados, y empieza en el apartado A con preguntas acerca de la validez de los resultados, que se dividen entre preguntas “de eliminación” y las siguientes preguntas “de detalle”. En el apartado B las preguntas están

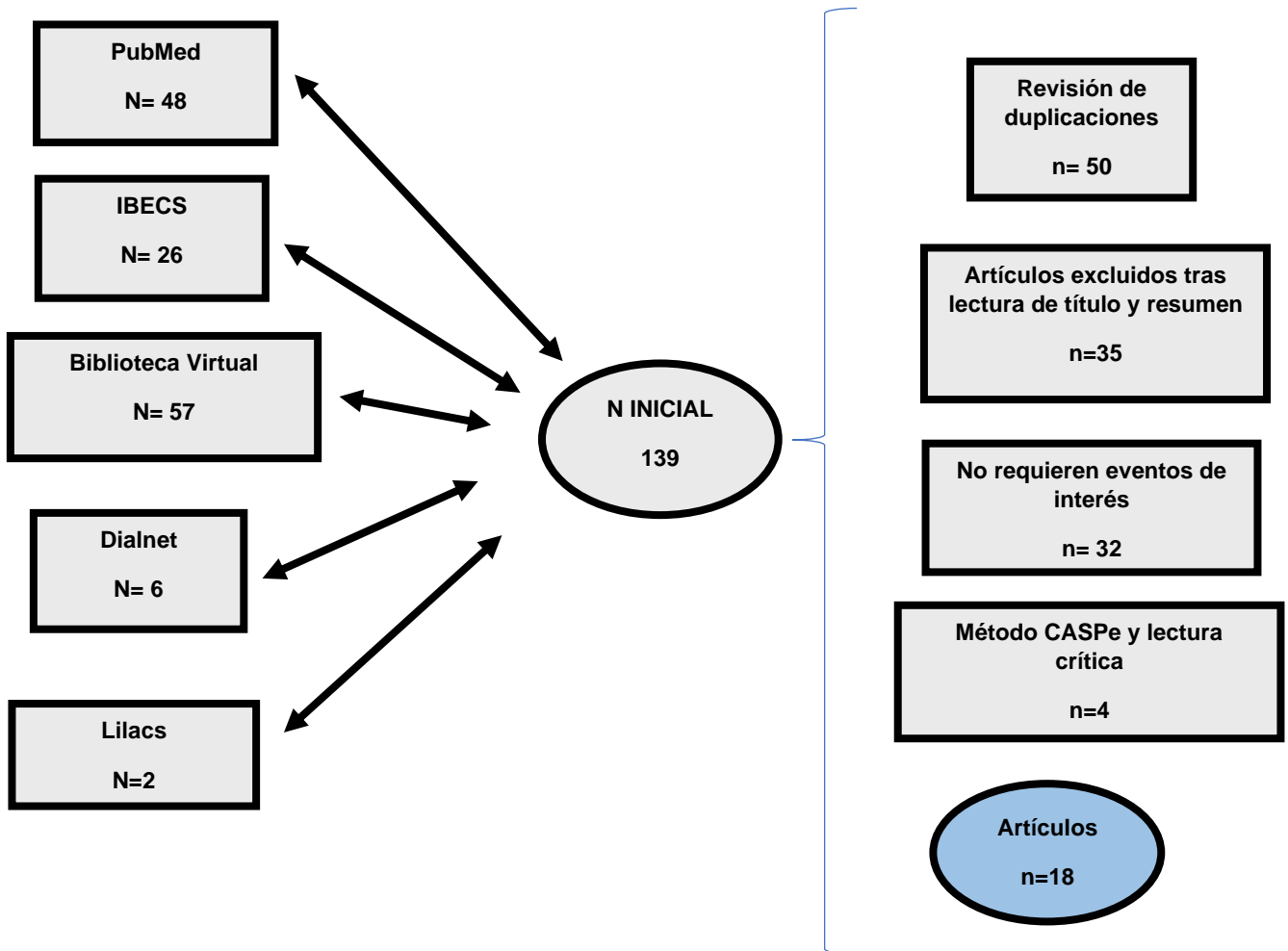
Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

relacionadas con cuáles son los resultados obtenidos. Por último, en el apartado C las preguntas están orientadas a analizar si los resultados pueden ayudar al trabajo o si son aplicables en el medio seleccionado. Teniendo en cuenta las respuestas a las preguntas realizadas, se obtiene puntuación, en el caso de este trabajo se aceptaron los artículos cuya puntuación fue igual o superior a 8.

Por tanto, los criterios de selección, los filtros de título y resumen, y la Guía CASPe® no ayudan a mejorar la selección de los artículos a utilizar en el TFG, cumpliendo los objetivos planteados inicialmente.

5 RESULTADOS

5.1 Diagrama de flujo: elaboración propia



Una vez realizada la búsqueda con el tesauro en las bases de datos, aplicados los criterios de selección, filtros y la Guía CASPe® se procedió a tabular cada uno de los documentos según una serie de variables de cara a cumplir los objetivos de la investigación.

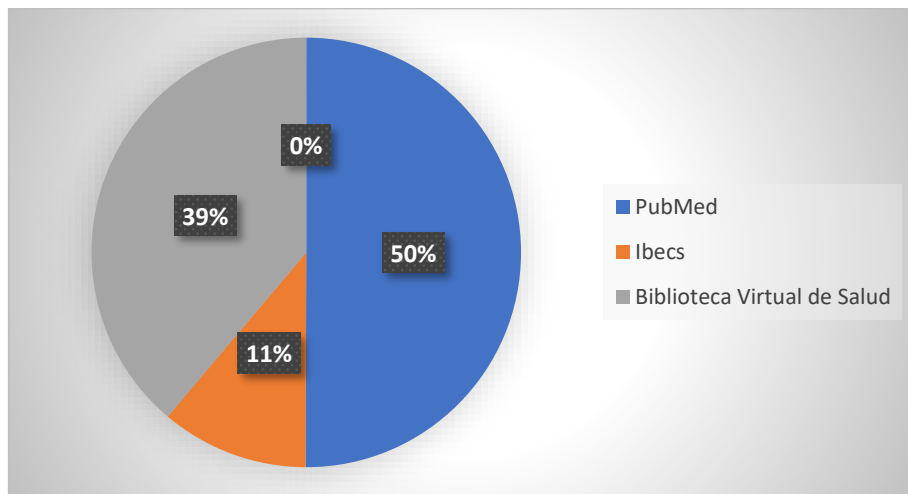
En primer lugar, se realizó un descriptivo de las características generales de cada uno de los artículos, de cara a situarlos dentro del contexto científico: bases de datos donde se encontraron, diseño del artículo y año de publicación. A continuación, se describieron diferentes aspectos más concretos de los artículos que tenía que ver con la anorexia y el apoyo familiar.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

5.2.1 Base de datos

De la muestra final de artículos, un 50% se obtuvieron de la base de datos de PubMed, un 30% de la Biblioteca Virtual de Salud y finalmente un 11% de Ibecs, como se puede observar en la Gráfica 1.

Gráfica 1: Porcentaje de artículos seleccionados y clasificados por base de datos.

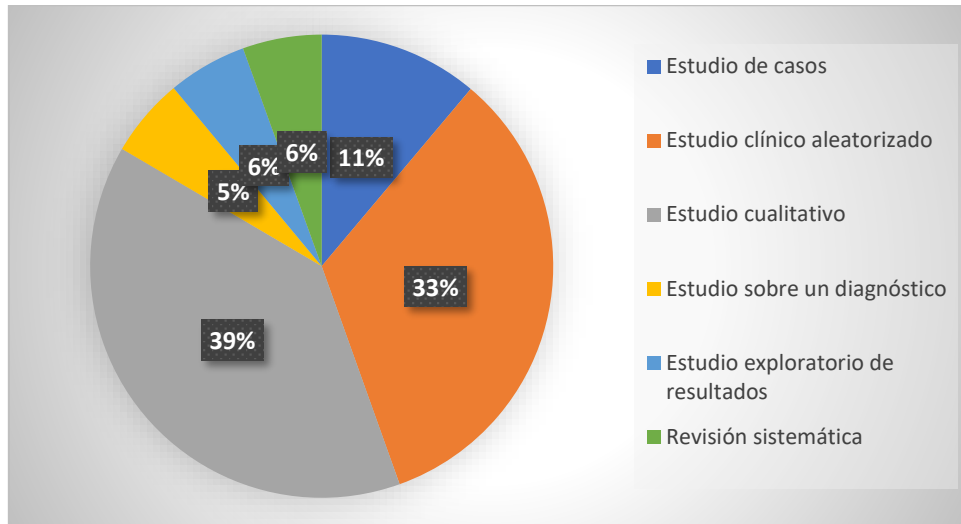


Fuente: Elaboración propia.

5.2.2 Diseño/Tipología de los artículos

Con relación a los tipos de artículos escogidos, el 39% fueron estudios cualitativos, el 33% corresponde a un estudio clínico aleatorizado, el 11% fueron estudio de casos y controles, el 6% fue revisión sistémica y el otro 6% fue estudio exploratorio de resultados, y, por último, en el menor de los artículos un 5% fue estudio sobre un diagnóstico. Estas proporciones se ven reflejadas en la Gráfica 1. Los estudios cualitativos fueron los más frecuentes.

Gráfica 2: Evidencia científica de los artículos que conforman los Resultados y Discusión.

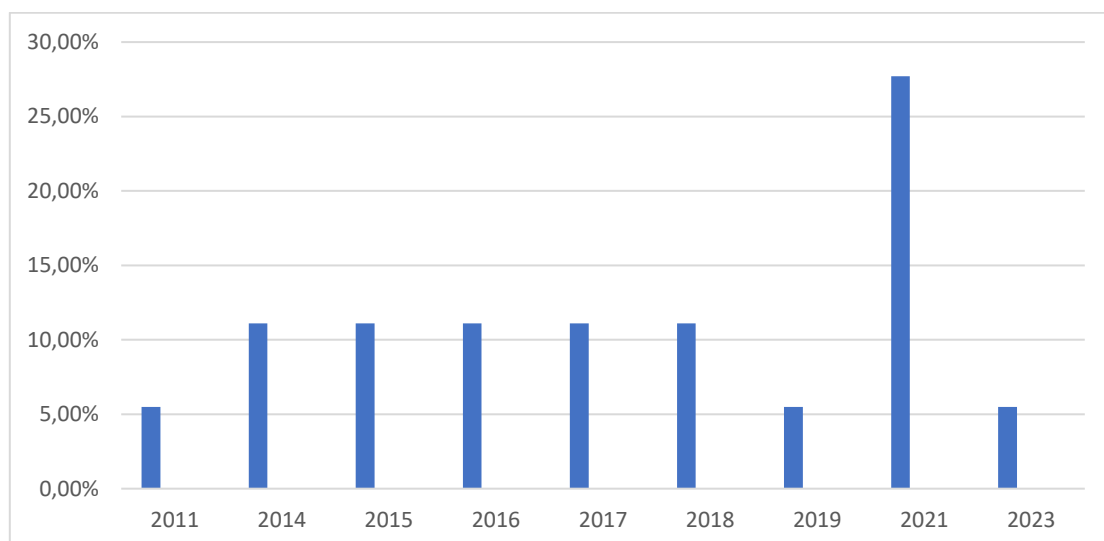


Fuente: Elaboración propia.

5.2.3 Año de publicación

Como se ve reflejado en la Gráfica 2, los años de publicación de los artículos se sitúan entre 2011 y 2022. Un 27,7% fueron publicados en el 2021, un 11,1% fue publicado en 2018, 2017, 2016, 2015 y 2014, por último, en menor medida un 5,5% fue publicado en 2023, 2018 y 2011.

Gráfica 3: Número de artículos clasificados por año de publicación.



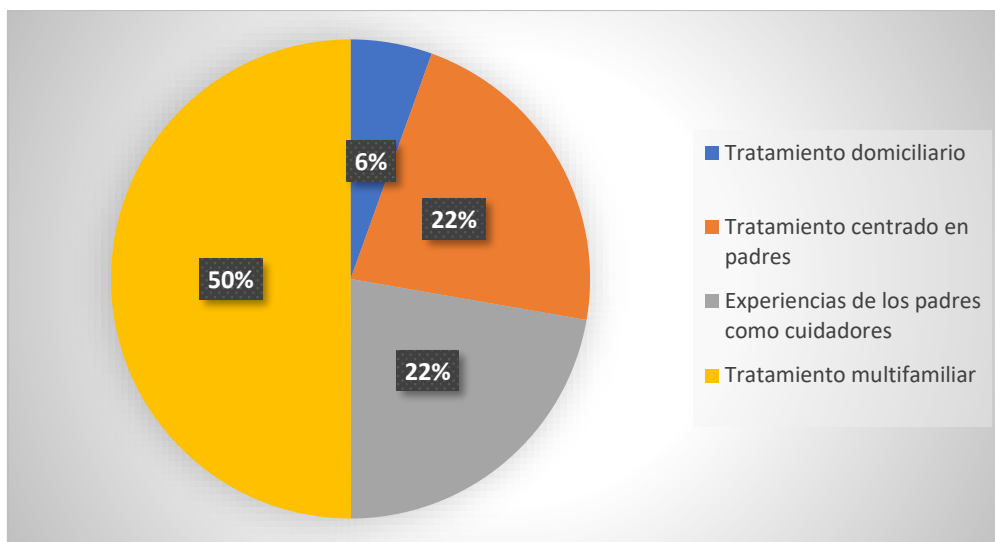
Fuente: Elaboración propia.

5.2.4 Temas tratados en los artículos

Los 18 artículos que fueron finalmente seleccionados tratan de responder a los objetivos tanto principales como específicos, principalmente, conocer las intervenciones disponibles para la familia de los adolescentes.

Los artículos relacionados con el tratamiento multifamiliar suponen un 50%, los relacionados con tratamiento centrado en los padres suponen un 22%, los relacionados con las experiencias de los padres como cuidadores de los adolescentes que tienen anorexia nerviosa supone un 22%, y, por último, los relacionados con un tratamiento domiciliario supone un 6%.

Gráfica 4: Cantidad de artículos clasificados por objetivos de este trabajo.



Fuente: Elaboración propia.

5.2.5 Artículos seleccionados

Se realizan diferentes tablas para organizar los artículos entre tratamiento específicamente centrado solo en los padres, tratamiento ya no solo centrado en los padres si no en más miembros familiares (multifamiliar), experiencias de los padres como cuidadores y por último tratamiento en el domicilio.

5.3 Tablas de resultados

Tabla 1. Tratamiento domiciliario.

TÍTULO Y AÑO	Viabilidad y aceptabilidad del tratamiento domiciliario como complemento de la terapia familiar para adolescentes con anorexia nerviosa. (2021).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio de casos.
OBJETIVO	Apoyar la alimentación en el domicilio familiar.
MÉTODO/DISEÑO	45 adolescentes que cumplen los criterios de anorexia nerviosa. Se evalúa el inicio del estudio y después de 3 meses.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 10/11.
RESULTADOS	Todos los participantes fueron retenidos y encontraron aceptable el tratamiento con un aumento de peso significativo.

Tabla 2. Tratamiento centrado en padres.

TÍTULO Y AÑO	Tratamiento centrado en los padres para los adolescentes que tienen anorexia nerviosa. (2016).
TIPO DE ESTUDIO	Ensayo clínico.
OBJETIVO	Este estudio compara la eficacia del tratamiento centrado en padres y tratamiento basado en la familia.
MÉTODO/DISEÑO	107 participantes donde fueron evaluados al inicio y a los 6 y 12 meses después del tratamiento.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE:10/11.
RESULTADOS	La remisión fue mayor en tratamiento centrado en padres que basado en la familia.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

TÍTULO Y AÑO	Un estudio de teoría fundamentada sobre la contribución que hacen los padres al tratamiento basado en la familia cuando un joven tiene anorexia nerviosa. (2021).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio cualitativo.
OBJETIVO	Presentar una teoría fundamentada de la contribución que hacen los padres al tratamiento basado en la familia cuando un joven tiene anorexia nerviosa.
MÉTODO/DISEÑO	Entrevistas individuales realizadas con quince padres involucrados en el tratamiento basado en la familia.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 9/10.
RESULTADOS	Los padres hacen una contribución importante y significativa a la familia. Destacan la importancia de incorporar mecanismos de apoyo en el tratamiento basado en la familia para aprovechar y maximizar la contribución paterna.

TÍTULO Y AÑO	Tratamiento centrado en los padres para la anorexia nerviosa adolescente. (2014).
TIPO DE ESTUDIO	Ensayo controlado aleatorio.
OBJETIVO	Examinar los beneficios relativos de la terapia exclusiva para los padres y la terapia conjunta con la familia.
MÉTODO/DISEÑO	100 adolescentes de 12 a 18 años con anorexia se asignan aleatoriamente a un tratamiento centrado en los padres o un tratamiento conjunto basado en la familia. Ambos grupos reciben 18 sesiones de tratamiento durante 6 y 12 meses.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 10/11
RESULTADOS	El resultado primario ≥ 95 % del peso corporal esperado. Los resultados secundarios incluyen remisión parcial y cambios en la patología alimentaria, síntomas depresivos y autoestima.

TÍTULO Y AÑO	El cuidado de un adolescente con anorexia nerviosa. (2015).
TIPO DE ESTUDIO	Ensayo cualitativo.
OBJETIVO	Investigar las experiencias subjetivas de los padres en el cuidado de un adolescente diagnosticado con anorexia nerviosa.
MÉTODO/DISEÑO	Se utilizó un enfoque descriptivo cualitativo para abordar el objetivo de este estudio. Los datos se recopilaron a través de entrevistas semiestructuradas realizadas con diez padres para explorar sus experiencias en el cuidado de un adolescente con anorexia nerviosa.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE:9/10
RESULTADOS	El estudio actual demuestra la respuesta positiva de los padres hacia los adolescentes durante la enfermedad.

Tabla 3: Experiencias de los padres como cuidadores.

TÍTULO Y AÑO	Las experiencias y estrategias de padres de adultos con anorexia o bulimia nerviosas. (2021).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio cualitativo.
OBJETIVO	Aumentar el cuerpo de conocimiento sobre cómo los padres de adultos con trastornos alimentarios experimentan su situación en la vida cotidiana.
MÉTODO/DISEÑO	Madres y padres de mujeres con anorexia nerviosa. 11 entrevistas individuales.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 9/10.
RESULTADOS	En mayor o menor grado, todos los padres se refirieron a la falta de ayuda adecuada por parte de los servicios de salud. Algunos dijeron que apenas habían recibido ayuda. Otros habían recibido alguna ayuda, pero no era suficiente y muchas veces no cuando la necesitaban.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

TÍTULO Y AÑO	Acceptabilidad y viabilidad de la terapia de remediación cognitiva de autoayuda para la anorexia nerviosa administrada en colaboración con los cuidadores. (2014).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio cualitativo.
OBJETIVO	Evaluar el uso de la TRC como tratamiento de autoayuda para personas con AN administrada en colaboración con los cuidadores.
MÉTODO/DISEÑO	Una muestra de 12 participantes participó en el estudio, incluidas seis mujeres con AN y seis madres.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 9/10
RESULTADOS	Cinco participantes y cinco madres completaron la intervención y la entrevista cualitativa y las medidas de autoinforme de seguimiento, y cuatro de estas familias completaron la evaluación posterior a la intervención.

TÍTULO Y AÑO	Predictores de la carga del cuidador antes de comenzar el tratamiento familiar para la anorexia nerviosa adolescente y asociaciones con el aumento de peso durante el tratamiento. (2023).
TIPO DE ESTUDIO	Revisión sistemática.
OBJETIVO	Examinar la carga del cuidador antes de empezar y si se asocia al aumento de peso.
MÉTODO/DISEÑO	Los participantes incluyeron a 114 adolescentes. Completaron las medidas de autoinforme de la carga del cuidador y el porcentaje de peso objetivo 1 y 3 y 6 meses después de comenzar el tratamiento.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 9/10
RESULTADOS	Se sugiere evaluar proactivamente la carga del cuidador antes de comenzar. Los hombres demuestran un % menor que las mujeres.

TÍTULO Y AÑO	Resultados del tratamiento de la alianza terapéutica y la anorexia nerviosa. (2018).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio cualitativo.
OBJETIVO	Explorar las experiencias de los jóvenes y los familiares sobre la enfermedad.
MÉTODO/DISEÑO	Catorce jóvenes y 18 padres participaron en una entrevista telefónica utilizando un cuestionario semiestructurado. Los jóvenes habían sido diagnosticados con AN
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 9/10
RESULTADOS	Un 25% en general (n=8), incluidas las respuestas de los jóvenes y de los padres cuyo hijo había asistido a CYMHS, afirmó que el tratamiento recibido por el joven fue el Maudsley, y para el 75% el tratamiento no fue el Maudsley.

Tabla 4. Tratamiento multifamiliar.

TÍTULO Y AÑO	Terapia de Remediación Cognitiva como un Tratamiento Adjunto al Tratamiento Basado en la Familia para Adolescentes con Anorexia Nerviosa. (2021).
TIPO DE ESTUDIO	Ensayo clínico.
OBJETIVO	La reposición nutricional y determinar si proporcionamos terapia de remediación cognitiva y si es efecto para el tratamiento basado en la familia.
MÉTODO/DISEÑO	Son 3 grupos que reciben 15 sesiones de tratamiento basado en la familia durante 6 meses.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 10/11.
RESULTADOS	Hay mayor impacto con un tratamiento de remediación cognitiva centrada en los padres.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

TÍTULO Y AÑO	Un estudio piloto de un grupo de terapia multifamiliar para adultos jóvenes con anorexia nerviosa. (2019).
TIPO DE ESTUDIO	Ensayo controlado aleatorio.
OBJETIVO	Probamos la viabilidad, la aceptabilidad y los tamaños preliminares del efecto en las medidas de resultado del Grupo de Terapia Multifamiliar Reconectando para la Recuperación (R4R) para adultos jóvenes con anorexia nerviosa (AN).
MÉTODO/DISEÑO	Diez participantes que cumplieron con el diagnóstico y Criterios del Manual Estadístico de Trastornos Mentales y 14 miembros de la familia recibieron 16 sesiones ambulatorias de R4R durante 26 semanas.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 10/11
RESULTADOS	Los hallazgos proporcionan evidencia preliminar de que R4R es factible, aceptable, y produce cambios clínicamente significativos en los resultados previstos.

TÍTULO Y AÑO	Poner tu propia máscara de oxígeno primero. Estudio de hermanos. (2021).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio cualitativo.
OBJETIVO	Ampliar el conocimiento sobre las experiencias y estrategias de afrontamiento de hermanas y hermanos de mujeres.
MÉTODO/DISEÑO	Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas con 10 hermanas y hermanos. Se empleó un proceso iterativo de recopilación, codificación y análisis de datos para generar una teoría sobre las experiencias y estrategias de estos participantes.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 9/10
RESULTADOS	Los hermanos sin trastornos alimentarios se volvieron más responsables e independientes y asumieron un papel de cuidadores para minimizar la carga de sus padres.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

TÍTULO Y AÑO	Tratamiento intensivo cognitivo-conductual basado en la exposición familiar para adolescentes con anorexia nerviosa. (2017).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio serie de casos.
OBJETIVO	Aumentar la ingesta calórica en pacientes con AN durante la fase de intervención de restauración de peso.
MÉTODO/DISEÑO	Evaluación preliminar de la TCC con exposición en formato intensivo e inclusión familiar, en ocho adolescentes con anorexia nerviosa.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 10/11
RESULTADOS	Se observaron mejoras significativas en las medidas de resultado físicas y psicológicas.

TÍTULO Y AÑO	Análisis de la psicopatología familiar como herramienta terapéutica. (2016).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio sobre un diagnóstico.
OBJETIVO	Conocer el grado de psicopatología que presentan los pacientes con un trastorno alimentario (TA) y en qué medida se acompaña de la presencia de psicopatología en los padres y madres de los pacientes.
MÉTODO/DISEÑO	Tres grupos de 30 pacientes cada uno diagnosticados respectivamente. Se administró un cuestionario sociodemográfico recogiendo información sobre edad, estado civil, estudios realizados, resultados académicos, profesión del padre y de la madre, inicio de la enfermedad de los pacientes, número de hermanos, enfermedad física y mental padecida y antecedentes familiares de enfermedad mental, en complemento al cuestionario.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 9/10
RESULTADOS	Los grupos de madres de jóvenes con TCA de cualquier tipo, presentaron mayor número de síntomas presentes y mayor sufrimiento psicológico y psicósomático general.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

TÍTULO Y AÑO	¿Están las relaciones familiares conectadas con la calidad del resultado en la anorexia nerviosa adolescente? (2018).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio clínico.
OBJETIVO	Explorar la conexión entre los patrones interactivos familiares, investigados con una herramienta de observación estandarizada basada en una sesión de juego grabada
MÉTODO/DISEÑO	Setenta y dos adolescentes y padres, pertenecientes a 24 familias de pacientes con anorexia nerviosa.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 10/11
RESULTADOS	Estos resultados apoyan la hipótesis de que la recuperación de la anorexia nerviosa puede beneficiarse gracias a un funcionamiento familiar.

TÍTULO Y AÑO	Los efectos de una terapia familiar múltiple en Adolescentes con trastornos alimentarios. (2015).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio exploratorio de resultados.
OBJETIVO	Evaluar la efectividad de un programa multifamiliar que se centra en la evolución de los porcentajes de peso corporal esperado.
MÉTODO/DISEÑO	82 adolescentes constituyen nuestra muestra de estudio actual.) tiene una duración aproximada de 11 meses y funciona de forma ambulatoria. Incluye 21 días de terapia repartidos en 12 módulos de tratamiento mensuales organizados en bloques de días.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 9/10
RESULTADOS	Los resultados mostraron una mejora significativa en el % entre el pre y el post tratamiento.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

TÍTULO Y AÑO	Trabajo familiar en la anorexia nerviosa. (2011).
TIPO DE ESTUDIO	Estudio cualitativo.
OBJETIVO	Se utilizó una metodología cualitativa para examinar la eficacia del tratamiento, la satisfacción del cuidador y el proceso de cambio en los cuidadores de personas con anorexia nerviosa.
MÉTODO/DISEÑO	Muestra total de la entrevista fue de 23 cuidadores, que representan a 15 familias.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 9/10
RESULTADOS	Cinco encabezados organizan los 15 temas emergentes de las entrevistas de los cuidadores y se discuten en detalle a continuación con citas de apoyo.

TÍTULO Y AÑO	Ensayo controlado aleatorizado multicéntrico sobre la comparación de terapia multifamiliar (MFT) y terapia unifamiliar sistémica (SFT) en pacientes jóvenes con anorexia nerviosa. (2017).
TIPO DE ESTUDIO	Ensayo controlado aleatorizado.
OBJETIVO	Ver si es igual de eficaz la terapia multifamiliar de la unifamiliar.
MÉTODO/DISEÑO	Ciento cincuenta pacientes. Los pacientes y sus familias recibirán 10 sesiones de terapia repartidas en 12 meses. El peso corporal, el trastorno alimentario y otros síntomas relacionados con la psicopatología, la calidad de las relaciones familiares y la satisfacción de la familia con el tratamiento se evaluarán durante el tratamiento y en un seguimiento de 18 meses.
CALIDAD METODOLÓGICA	CASPE: 10/11
RESULTADOS	El resultado primario es la evolución del IMC entre la inclusión y 12 meses después.

6 DISCUSIÓN.

6.1 Interpretación de los resultados

Se ha analizado 18 artículos seleccionados que cumplen con los objetivos formulados en el presente trabajo fin de grado a través de una revisión sistematizada.

Sin duda, la información obtenida evidencia una serie de intervenciones realizadas para la familia de adolescentes con anorexia nerviosa.

Con relación a las tipologías de intervención destacan las multifamiliares, las relacionadas con el tratamiento centrado en los padres/experiencias de los padres, y por último las relacionadas con el tratamiento domiciliario.

6.1.1. Tratamiento multifamiliar

Se ha evidenciado que el tratamiento basado en el apoyo de todos los miembros de la familia es muy eficaz, y quizá uno de los más importantes, tal y como han mostrado diferentes artículos en los que se explicitaba esta efectividad. Otro aspecto de interés en esta modalidad fue el apoyo de hermanos del adolescente con anorexia, que mostraron empatía y se volvieron más responsables e independientes, asumiendo el rol de cuidadores. Este hecho sin duda se muestra muy relevante ya que disminuye la carga de otros cuidados del adolescente como los padres y/o abuelos. Con respecto al estado del adolescente, se observó una mejora a nivel físico (en cuanto aumento de peso) y psicológico (en cuanto a su calidad de vida y visión de la enfermedad). Así pues, el apoyo/funcionamiento familiar es una pieza clave en la recuperación del adolescente con anorexia nerviosa^{11,12}.

6.1.2. Tratamiento centrado en padres

En este apartado se estudió la eficacia del tratamiento centrado en los padres de adolescentes con anorexia frente al tratamiento familiar, en el que participan otros miembros distintos. En la revisión, por otro lado, se han encontrado opiniones discordantes: autores que opinan que el tratamiento centrado en padres es más eficaz en cuanto se ha obtenido en sus estudios una remisión mayor de anorexia en esta modalidad, frente al familiar. Otros autores opinan que los padres hacen una contribución fundamental a la familia (como pilar básico), en este contexto, por lo que, la incorporación de otros miembros a los padres maximiza la contribución paterna¹³. Podríamos afirmar que es como un ente indivisible y necesario. Los cambios en este grupo de tratamiento se centran en la mejora en la alimentación (cambios en el patrón alimentario) y mejoras a nivel cognitivo en cuanto a alteraciones en la autoestima¹⁴.

Evidencias sobre la anorexia como trastorno de la conducta alimentaria: revisión sistematizada

También se ha descrito en algunos documentos la sensación de falta de ayuda a los padres por parte de los servicios de salud, bien como algo, como no suficiente o cuando ya no la necesitaban.

En esta línea es importante valorar la carga del cuidador: se ha evidenciado que la carga de la mujer es mayor que la de los hombres¹⁵.

6.1.3. Tratamiento domiciliario

Este tipo de tratamiento se utiliza como complemento de la terapia familiar, tal y como describe Calvo- Benítez¹⁶ y otros autores como Cabrera¹⁷, por lo que va en la línea de los resultados de este trabajo. Es un tratamiento que se puede realizar, por lo que es viable y la aceptación por parte del adolescente es positiva. También se han evidenciados cambios físicos de interés, como el aumento de peso.

6.2 Recomendaciones basadas en la evidencia: aplicabilidad.

A través de este trabajo fin de grado se demuestra claramente la relación entre el paciente y el cuidador, en concreto, padres y familiares, que sin duda contribuyen en la mejora del pronóstico del enfermo, en este caso de anorexia nerviosa.

Tan importante es el cuidado profesional, realizado por la enfermera (especialmente por la enfermera especialista en salud mental) y otros del equipo sanitarios, como el cuidado realizado por la familia (como cuidador informal): ya que ambos trabajan en conjunto de manera integral con el mismo objetivo.

6.3 Limitaciones del estudio.

Las limitaciones tienen un doble sentido, por un lado, el propio del diseño de investigación, por el otro, el trabajo de fin de grado en sí, en el sentido del tiempo limitado destinado al mismo y por otro, la capacidad del investigador (en este caso el alumno) que se encuentra en formación y en proceso de aprendizaje, provocando el que todo borrador de TFG pueda ser mejorable.

6.4 Sesgos.

Los sesgos de publicación son típicos de las revisiones bibliográficas, como es el de selección, y que disminuye en su grado cuando de una revisión narrativa pasamos a una sistematizada y/o sistemática. El definir los sesgos en una revisión, más que dañarla la potencia, ya que muestra aquello que es mejorable.

6.5 Futuras líneas de investigación

Las enfermedades mentales han aumentado en su prevalencia en los últimos años. Se hace necesario investigar en la fase en la que el paciente está enfermo, pero también en la prodrómica, es decir, cuando el paciente muestra manifestaciones (signos y síntomas) relacionados con enfermedad mental. El diseño ideal podría ser de tipo analítico, con estudios de casos y controles (de prevalencia) y de estudios de cohortes (de incidencia).

7. CONCLUSIONES

1. Se ha evidenciado que la participación de los profesionales de enfermería sobre la familia con adolescentes diagnosticados de anorexia contribuye positivamente al pronóstico y recuperación de este. Las enfermeras son promotoras de la salud, y participan activamente en actividades promoción de la salud y prevención de enfermedades, contestándose a la hipótesis H1.
2. Se han analizado diferentes intervenciones enfocadas a la recuperación de pacientes con anorexia, y en especial la participación de esta en diferentes aspectos, bien físicos como cognitivos, basados en tres grandes bloques: actuación de los padres, de la familia y la ayuda domiciliaria.
3. La implicación de la familia, no solo de los padres, se ha mostrado como muy eficaz, por lo que es necesario fomentar este tipo de participación. Las enfermeras son las profesionales ideales para formar a los miembros de la familia en diferentes aspectos.
4. La selección de los artículos seleccionados muestra una gran efectividad que va desde la remisión parcial hasta la total y en la que se incorpora las mejoras físicas y cognitivas, bien en forma de aumento de peso, cambios en la alimentación y aumento de la autoestima.
5. No todos los artículos seleccionados han mostrado información sobre el impacto emocional en la familia con adolescentes diagnosticados de anorexia, sin embargo, aquellos que si lo han hecho le han dado mucha importancia, ya que no hay que olvidar que la base de esta enfermedad es mental y no física, es decir, el cambio en el patrón alimentario surge a raíz de la alteración mental.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Portela De Santana ML, Da Costa H, Junior R, Mora Giral M, Raich RMa., Santana MLP. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión [Internet]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
- ² Search results. (n.d.). Mendeley.com. Retrieved February 20, 2023, from https://www.mendeley.com/search/?dgcid=md_homepage&query=anorexia%20nervi%20adolescentes
- ³ Search results. (n.d.). Mendeley.com. Retrieved February 20, 2023, from https://www.mendeley.com/search/?dgcid=md_homepage&query=anorexia%20nervi%20adolescentes
- ⁴ Neale, J., & Hudson, L. D. (2020). Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Hospital Medicine (London, England: 2005)*, 81(6), 1–8. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0099> :
- ⁵ (Tabla 1 Factores de riesgo) Lenoir M, Silber TJ. Anorexia nervosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Arch Argent Pediatr [Internet]*. 2006 [cited 2022 Dec 28];104(3):253–60. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752006000300011&script=sci_arttext&tlng=en
- ⁶ Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry [Internet]*. 2008;165(2):245–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060951>
- ⁷ Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Diagnostic Crossover in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry*. 2008 Feb;165(2):245–50.
- ⁸ Scielo.cl. [citado el 28 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100015&script=sci_arttext
- ⁹ Juli, M.-R. (2012). Analysis of multi-instrumental assessment of eating disorders: comparison between Anorexia and Bulimia. *Psychiatria Danubina*, 24 Suppl 1, S119-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22945203/>

¹⁰ Enfermería 21. (n.d.). Enfermeria21.com. Retrieved February 13, 2023, from https://encuentra.enfermeria21.com/encuentra-contenido/?search_type=2&search_entity=&id_pub_grp=30&view=&ordenarRelevancia=&q=anorexia+adolescente&ordenacion=on&option=com_encuentra&task=showContent&id_pub_cont=3&id_articulo=9905

¹¹ CASTRO, Sofía Segreda; ARAYA, Cristine Segura. Anorexia nerviosa en adolescentes y adultos. Revista Ciencia y Salud Integrando conocimientos, 2020, vol. 4, no 4, p. ág. 212-226.

¹² LOBERA, IGNACIO JÁUREGUI. ANOREXIA NERVIOSA. EL TRABAJO CON LA FAMILIA. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2004, vol. 4, no 2, p. 127-128.

¹³ EIXEA FONFRÍA, Eva. Revisión bibliográfica sobre los principales tratamientos en la anorexia nerviosa. 2016.

¹⁴ GONZÁLEZ-MACÍAS, Laura, et al. Anorexia nervosa: experiencias familiares sobre el inicio del padecimiento, el tratamiento, la recaída y la remisión. Salud mental, 2013, vol. 36, no 1, p. 33-39.

¹⁵ CALERO MARÍN DE VILLODRES, Paloma. Anorexia y bulimia: guía de cuidados enfermeros en trastornos de la conducta alimentaria. Hospitalización completa. Index de Enfermería, 2015, vol. 24, no 3, p. 191-192.

¹⁶ CALVO-BENÍTEZ, Magdalena. La anorexia en el adolescente. 2015

¹⁷ CABRERA CABRERA, Patricia, et al. Anorexia Nerviosa en adolescentes: factores de riesgo, evaluación y tratamiento. 2019.

9. CRONOGRAMA

Conclusión	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Elección del tema	■							
Planteamiento de la pregunta	■							
Elección del tipo de investigación	■							
Búsqueda bibliográfica		■	■	■	■	■	■	
Elección criterios incl./excl.		■						
Marco teórico. Introducción.		■	■	■				
Definición de objetivos			■	■				
Justificación del proyecto		■						
Describir resultados				■	■	■		
Discusión						■	■	
Conclusión						■	■	
Anexos			■	■				
Imprimir y encuadernar								■
Preparar defensa oral							■	■
Lectura y defensa TFG								■