



Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: etiología y actuación enfermera.

Revisión Narrativa

Eating disorders in adolescents: etiology and nurse function

Narrative review

Universidad Autónoma de Madrid

Grado de Enfermería

Curso académico 2018/2019

Autora: Almudena Sánchez García

Tutora: Dra. María Felipa Hernando Martínez

ÍNDICE:

RESUMEN.	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN.	3
1.1. Marco teórico.	4
1.2. Definición de términos y prevalencia.	5
1.3. Etiología	8
1.4. Prevención.	10
1.5. Actuación enfermera.	11
1.6. Justificación.	12
2. METODOLOGÍA.	12
2.1 Objetivos:	12
2.2 Traducción de la consulta.	13
2.3 Elección de fuentes.	13
2.4 Estrategia de búsqueda y ejecución.	14
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	15
3.1 Riesgos que condicionan significativamente el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.	16
3.2. Función enfermera.	19
3.3 El uso de terapias cognitivo-conductuales.	22
4. CONCLUSIONES.	24
5. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	25
6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.	26
7. AGRADECIMIENTOS	26
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	27
9. ANEXOS.	34

RESUMEN.

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria han aumentado su prevalencia en la población adolescente en los últimos años. Una de las principales causas que da origen a este hecho es el desarrollo del modelo estético femenino en los medios de comunicación actuales.

Objetivo general: Indagar sobre las causas que favorecen la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes.

Objetivos específicos: Conocer qué actividades llevan a cabo la/os enfermeras/os en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Identificar las distintas terapias psicoeducativas que son utilizadas en el tratamiento de estos trastornos.

Metodología: Se ha realizado una revisión narrativa en nueve bases de datos, hallándose resultados en seis de ellas: PubMed, Dialnet, DOAJ, ScienceDirect, Cuiden Plus, Cinhal. El número final de artículos seleccionados ha sido de 31.

Resultados: Tras el análisis realizado de los artículos, hemos encontrado los factores de riesgo que mayor influencia ejercen en los adolescentes para que desarrollen un trastorno de la conducta alimentaria. Dentro de las funciones desempeñadas por los enfermeros/as en estas enfermedades de salud mental, destacamos la creación de programas psicoeducativos a población sana cuyo objetivo es la prevención de estos trastornos, trabajando sobre los factores de riesgo principales. Y la realización de terapias cognitivo-conductuales a pacientes ya diagnosticados, como tratamiento efectivo.

Conclusiones: Existe una necesidad de educación para la salud dirigida a la población adolescente y a sus familias. El objetivo de esta educación debe ser mejorar el patrón alimentario personal y reducir la influencia del modelo estético de perfección impulsado por los medios de comunicación.

Palabras clave: Trastornos de la conducta alimentaria, adolescentes, familia, atención enfermera, prevención.

ABSTRACT

Introduction: Food-behavior disorders have increased their prevalence in the adolescent population in recent years. One of the main causes that gives rise to this fact is the development of the feminine aesthetic model in the current media.

General Objective: Investigate the causes that favor the appearance of eating disorders in adolescents.

Specific Objectives: Know what activities are carry out by nurses of food behavior disorders in adolescents. To identify the different psychoeducational therapies that are used in the treatment of these disorders.

Methodology: A narrative review has been carried out in nine databases, finding results in six of them: PubMed, Dialnet, DOAJ, ScienceDirect, beware Plus, Cinhal. The final number of selected articles has been 31.

Results: After the analysis of the articles, we found the risk factors that have the greatest influence on adolescents to develop a disorder of eating behavior. Among the functions performed by nurses in these mental health diseases, we highlight the creation of psychoeducational programs for the healthy population whose objective is the prevention of these disorders, working on the main risk factors. And the realization of cognitive-behavioral therapies to patients already diagnosed, as an effective treatment.

Conclusions: There is a need for health education aimed at the adolescent population and their families. The objective of this education must be to improve the personal eating pattern and reduce the influence of the aesthetic model of perfection promoted by the media.

Keywords: Eating Disorders, adolescents, family, nurse care, prevention.

1. INTRODUCCIÓN.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales conductuales. Ya que conforman un conjunto de alteraciones psiquiátricas, que están directamente relacionadas con la ingesta de alimentos y líquidos. Entre los comportamientos llevados a cabo vamos a señalar las conductas restrictivas, impulsivas y compensatorias (1). Según el tipo de conducta que realice la persona, se establece el diagnóstico según la patología. En este trabajo analizaremos las siguientes: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de los atracones.

En la actualidad, los trastornos de la conducta alimentaria han incrementado su incidencia y prevalencia en todo el mundo; originando un gran impacto en la sociedad que considera de gran importancia su estudio para prevenirlos y tratarlos. Esto se debe a que estos trastornos aparecen en la adolescencia y afectan principalmente a las niñas. Ya que constituyen un grupo de población muy vulnerable frente al “ideal de belleza de figura delgada” que impera en la sociedad. Las **mujeres** consideradas físicamente atractivas, son aquellas que poseen una silueta extremadamente delgada y con un peso por debajo del recomendado, según la talla (2). También predominan, como hemos dicho anteriormente, durante la adolescencia, pues es en esta etapa donde los factores psicológicos y socioculturales ejercen su mayor influencia.

La Organización Mundial de la Salud define a la **adolescencia** como:

“el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta [...] se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios [...] y viene condicionada por diversos procesos biológicos” (3)

Además de ser una etapa muy susceptible a los procesos biológicos que experimenta la persona, también existen una serie de condicionantes externos que pueden aumentar el riesgo de aparición de los trastornos de la conducta alimentaria. Algunos de los factores que los desencadenan, entre otros, son: la influencia de la familia durante el desarrollo y crecimiento de la persona. Y los medios de comunicación: televisión, internet, redes sociales, etc. Estos últimos se constituyen en herramientas de propagación e implantación del modelo de belleza social. A su vez, son plataformas utilizadas en masa por los adolescentes (1).

La enfermera tiene una función muy importante tanto en la prevención como en el tratamiento y seguimiento de estos trastornos. Para ello aplicará intervenciones que contribuyan a prevenir y disminuir su aparición. Con la finalidad de minimizar las cifras de morbilidad y mortalidad que originan estos trastornos (3, 4).

1.1. Marco teórico.

Históricamente, los trastornos de la conducta alimentaria se remontan al siglo VI, donde hay constancia de haber observado estos comportamientos en mujeres. En la antigüedad, las razones de llevar a cabo comportamientos alimentarios inadecuados estaban ligadas a características culturales y religiosas. Mientras que en la actualidad están ligadas a características puramente psicosociales, donde influyen tanto los factores psíquicos como los sociales. Durante las primeras épocas las mujeres restringían el consumo de alimentos con el fin de conseguir un cuerpo poco atractivo, extremadamente delgado y cubierto de vello para estar más cerca de la divinidad. Algunas figuras históricas que realizaron conductas restrictivas de alimentos como símbolo de espiritualidad fueron: Sor Juana Inés de la Cruz (poetisa española), Santa Catalina de Siena (asesora del papa Gregorio XI) y Santa Juana de Arco (líder de la guerra de los cien años en el frente francés). El objetivo de todas ellas fue alejarse del mundo material manteniendo el ayuno para acercarse a Dios (5).

En el siglo XVII y XVIII se produjo un giro radical en relación con la causa que desencadenaba este trastorno. Los motivos religiosos que utilizaban las mujeres para purificar el alma fueron reemplazados por motivos sociales que exigían poseer un cuerpo bello y delgado que se ajustase al mundo humano. Sin embargo, pese al cambio de paradigma, ambas causas presentaban el mismo comportamiento: el cese de la alimentación. A diferencia de las épocas anteriores, en estos nuevos siglos surgen, por primera vez, síntomas de nerviosismo, tristeza y preocupación por la figura física (5,6).

A partir del siglo XIX, se produce un considerable aumento del número de casos de pacientes que llevan a cabo conductas de alimentación restrictivas. Como consecuencia de este hecho, nacen los primeros nombres técnicos dedicados a estos trastornos. En 1860 un médico francés (Marcé) lo definió como “Delirio Hipocondriaco” y en 1873 Lasègue en Francia y Gull en Inglaterra decidieron denominarlo “Anorexia”. Posteriormente, como resultado de la base nerviosa y de una extrema obsesión por la delgadez, el nombre técnico final fue “Anorexia Nerviosa” (AN) (6).

En el siglo XX se descubre otro tipo de conducta alimentaria desordenada. Ésta nueva conducta se caracteriza por un hambre voraz, una ingesta compulsiva de alimentos y el uso de mecanismos compensatorios. Rusell en 1979, lo acuña con el nombre de “Bulimia” y la considera como una derivación aletargada de la anorexia nerviosa. La palabra bulimia proviene del griego, “*bous*” que significa buey y “*limos*”, hambre. A su vez hay estudios que demuestran que este trastorno ya se conocía en la época de los Romanos y se asemejaba al trastorno de atracones. Cuando celebraban fiestas comían grandes cantidades de comida. Y, seguidamente practicaban el vómito para poder continuar con el banquete. Posteriormente comenzó a denominarse “Bulimia Nerviosa”. Pues se observó la presencia de síntomas ansiosos y de preocupación excesiva tras la ingesta (6).

En la actualidad, la sociedad concibe la creencia de que la mujer debe ser extremadamente delgada para triunfar. La implantación de esta idea está directamente vinculada a la importancia e influencia que ejercen sobre la sociedad los diseñadores de moda, la publicidad y las estrategias comerciales; los cuales han contribuido en alguna medida a que los trastornos de la conducta alimentaria sean un grave problema de salud pública (7, 8).

1.2. Definición de términos y prevalencia.

Este problema de Salud Pública se extiende en todas las poblaciones y su máxima prevalencia está en los países occidentales. Esto se debe a que son países muy industrializados. Y con rentas muy altas. Por ejemplo, dentro de la Unión Europea son Portugal y Suiza los países que tienen mayor número de casos de trastornos de la conducta alimentaria. En cambio, el número de casos en España es equivalente al existente en otros países europeos, entre ellos vamos a señalar a: Italia, Finlandia y Reino Unido. Al estudiar los datos dentro de nuestro país, se observa que las Comunidades Autónomas que presentan mayor número de casos son: Madrid, Santa Cruz de Tenerife, Granada y Murcia (9).

Dentro de la población española la población que presenta más riesgo de desarrollar algún trastorno de la conducta alimentaria son las mujeres jóvenes. Ya que como se ha podido observar en distintos estudios, hasta un 80% de los casos tienen su inicio en la adolescencia (10, 11). También, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE), recogen un alto porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria en las edades comprendidas entre los 10 y los 24 años. Además, hay estudios

que revelan que ya entre los 5 y 6 años comienzan a florecer sentimientos de distorsión de la imagen corporal (12). La aparición de estos trastornos a edades tan temprana es consecuencia de los cambios físicos que se producen en esta etapa del desarrollo. Así como, la búsqueda de la identidad personal y el excesivo uso de las redes sociales. En este momento los jóvenes comienzan a tener conciencia de su imagen corporal y, les preocupa tanto su aspecto físico como su peso. Además de que estos dos aspectos son muy aceptados socialmente. Por eso, es necesario e importante comenzar un abordaje psicosocial y preventivo en estas etapas. (7).

En este trabajo vamos a analizar la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de los atracones. Ya que son los trastornos de la conducta alimentaria más relevantes a nivel mundial. Para comenzar vamos a definir cada uno de estos términos y su prevalencia, siguiendo la clasificación del DSM-V:

- a) **Anorexia nerviosa:** se caracteriza por una pérdida considerable de peso en un periodo de tiempo muy corto. La persona niega ingerir alimentos por el intenso miedo a engordar. La restricción de nutrientes no permite que el cuerpo logre las necesidades energéticas diarias y esto a largo plazo genera alteraciones físicas, que aumentan la morbilidad y mortalidad. Puede tener un curso leve (un solo episodio), vacilante (con periodos de recaídas) o crónico (durante años) (1-11).

La anorexia nerviosa se ha incrementado considerablemente durante las últimas décadas. La presentan en torno a un 0,5-1% de los adolescentes a nivel mundial. Siendo más predominante en mujeres aproximadamente en una relación de 10:1. La Tasa Bruta de Mortalidad es de un 5% por década, la mortalidad suele estar relacionada con las complicaciones físicas asociadas a la enfermedad o por suicidio (tasas de suicidio del 12 por 100.000 al año) (1).

- b) **Bulimia nerviosa:** se caracteriza por un conjunto de episodios que siguen siempre el mismo orden. El primer episodio se caracteriza por una ingesta de gran cantidad de comida, conocida como atracón. En un período de tiempo corto. Que produce una pérdida del control (1).

A continuación, surge una sensación de malestar, culpa y depresión que se palia mediante el uso de conductas compensatorias; cuyo fin es evitar el aumento de peso. Estas conductas compensatorias pueden ser **purgativas**; vómito autoprovocado, uso de medicamentos o ayuno. **No purgativas**; dieta o ejercicio excesivo (13).

La gravedad del diagnóstico dependerá del promedio de episodios de atracón y conductas compensatorias repetidas en una semana. A diferencia de la anorexia nerviosa en la bulimia nerviosa los pacientes suelen mantener el peso (14). Este trastorno se presenta en un 2-4% de la población mundial, mayoritariamente en mujeres en una relación de 10:1. Como ocurriría en la anorexia nerviosa. La Tasa Bruta de Mortalidad es de un 2% por década (1).

Dentro de la **bulimia nerviosa** vamos a nombrar un subtipo de trastorno alimenticio llamado “**diabulimia**”, que está originado por la combinación de la bulimia nerviosa y la diabetes mellitus. Los adolescentes diagnosticados de diabetes restringen la administración de insulina exógena. La cual se encarga de controlar la glucemia. Esta restricción produce hiperglucemias repetidas que dan lugar a cetoacidosis mantenidas, las cuales agravan las consecuencias físicas ya existentes de la diabetes (15).

Siendo uno de los efectos secundarios de las hiperglucemias la importante pérdida de peso en un plazo corto de tiempo. Esto explica que hasta un 20% de las mujeres con diabetes mellitus desarrollen diabulimia. Es un problema que va aumentando con la edad: 2% en adolescencia temprana, 15% adolescencia media y 35% adolescencia tardía (15).

- c) **Trastorno de los atracones:** suele desarrollarse a partir de los 18 años, en la adolescencia tardía. En este trastorno también se realiza una conducta de ingesta excesiva de alimentos junto con la pérdida del control. Se diferencia de la bulimia nerviosa porque seguidamente no realizan conductas compensatorias (13).

La prevalencia es del 2-4% de la población. Es más fácil de diagnosticar. Esto se debe a que el 25% de los pacientes con obesidad y deseos de adelgazar que acuden a una consulta de Atención Primaria, presentan trastorno de atracones. A diferencia de los trastornos vistos anteriormente, en este trastorno las tasas de mortalidad son inferiores; en cambio, tiene aumentada la sensación de malestar subjetivo, los sentimientos de culpabilidad y tristeza y el deterioro psicosocial (1).

La Guía de Prevención de los TCA de Cantabria y la Guía de Práctica Clínica sobre los TCA de Cataluña, ayudan a comparar los datos encontrados a nivel mundial con los existentes a nivel nacional. En España, la prevalencia de anorexia nerviosa es entre el 0,1-1% (8/100.000 población por año), la bulimia nerviosa del 1 al 3% (12/100.000 población por año) y un 3% en trastorno de atracones. Sumando los porcentajes de cada uno de los

trastornos, se concluye que en España la prevalencia total de TCA es del 6,4% de la población. No se han encontrado resultados que hablen del peso económico en los tratamientos de los trastornos de la conducta alimentaria en España. Pese a ello, se ha podido establecer que estas enfermedades maximizan la carga asistencial y disminuyen la calidad de vida de los afectados (8, 16).

1.3.Etiología

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por tener una etiología multicausal y biopsicosocial. Entre dichas causas están los:

- **Factores genéticos:** la probabilidad de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria es mayor en aquellas familias con antecedentes de esta enfermedad (6).

También una alteración en el hipotálamo puede producir un mal funcionamiento de neurotransmisores como la serotonina o noradrenalina. Estas sustancias actúan dirigiendo el centro regulador del hambre. Si esto ocurre, la persona tiene más riesgo de experimentar conductas compulsivas, como purgas o atracones (17).

Por otro lado, el sexo femenino es más vulnerable a estos trastornos. Esto se debe a que los estrógenos son hormonas con tendencia a ocasionar inestabilidad emocional. Mientras que en los varones la testosterona actúa como factor protector (6).

- **Trastornos perinatales:** las dificultades durante el embarazo también se consideran factores de riesgo de trastornos alimentarios. Algunos ejemplos son: peso bajo al nacer o problemas cardíacos en el feto. Anemia materna, diabetes mellitus o preeclampsia en la embarazada (6).
- **Influencia de los medios de comunicación:** como ya hemos descrito, actualmente se incluye un nuevo modelo de satisfacción corporal en la sociedad, el cual se promulga de manera continua a través de los medios publicitarios y comerciales (21). Siendo los jóvenes los que dedican mayor número de horas a los medios de comunicación y por ello, son los que más influenciados están. Intentan alcanzar el canon de belleza que ven a través de la pantalla, sin pararse a pensar si existe algún tipo de retoque o filtro, una perfección difícil de conseguir que los lleva a utilizar conductas de riesgo (17, 18).
- **La familia:** es un factor que influye significativamente en la adquisición de valores culturales y educativos a lo largo del ciclo generacional, siendo la

adolescencia la etapa más susceptible a estas influencias. Ya que la estructura y el funcionamiento de sus miembros es la clave para conocer posibles alteraciones alimentarias (11). Las familias disfuncionales con una estructura rígida predisponen a sus miembros a desarrollar algún tipo de trastorno durante la adolescencia temprana (18, 21).

Adicionalmente, la dinámica familiar y las relaciones entre los miembros suele incluir síntomas de sobreprotección de los padres, problemas o falta de comunicación, desaprobación y frustración permanente (22).

Fuentes y García estudiaron la dinámica familiar y concluyeron que existían distintos estilos parenterales en España y alguno de ellos puede aumentar el riesgo de que sus hijos desarrollen TCA. Estos estilos son: autoritario, negligente, indulgente y autorizativo. A los estilos autorizativo e indulgente se les considera como factores protectores de los trastornos de la conducta alimentaria, debido a que promueven el uso de técnicas de aceptación e implicación. Mientras que los estilos negligente y autoritario aumentan el riesgo de insatisfacción personal y desajuste psicosocial, por la instauración de conductas de severidad e imposición (23).

En cambio, Tejeda y Neyra, introdujeron los mecanismos de restricción y presión como herramienta de control que utilizaban los progenitores con la alimentación de sus hijos. Por ejemplo, estrategias de alabanza, recompensa o amenaza. El abuso de estos mecanismos favorecía la incapacidad de los hijos de autorregular su ingesta de nutrientes diaria y aumentaba el riesgo de consumo compulsivo o ausencia de alimentación (22).

- **Grupo coetáneo:** hace referencia a los amigos y compañeros que son considerados la “segunda familia” de los adolescentes (6). Al estudiar el “grupo de amigos” se observaron distintas personalidades que se dividen en dos grupos: víctimas y acosadores. El grupo de víctimas tiene un alto riesgo de desarrollar TCA, como consecuencia de los rechazos y de las burlas realizadas por sus compañeros. Sin embargo, se ha descubierto que los acosadores poseen prácticamente el mismo riesgo. Esto se debe a que los acosadores suelen utilizar el acoso escolar como maniobra de control social, con el objetivo de dominar a los demás y a uno mismo. También puede ser que al criticar a otras personas por el peso o defectos físicos que presentan, les sensibiliza sobre los atributos propios

que ellos consideran negativos (24). Es necesario centrar la atención en ambos grupos. Por un lado, prevenir el desarrollo de un trastorno de alimentación en las víctimas. Y, por otro lado, conocer la causa de los comportamientos utilizados por los acosadores (25).

1.4. Prevención.

A las enfermeras les corresponde implicarse en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Para ello deben llevar a cabo actividades de promoción de la salud dirigidas a la población desde edades muy tempranas, tanto en los centros de Atención Primaria y/o a nivel escolar. El objetivo de estas intervenciones debe ser prevenir su aparición y en los casos que aparezcan reducir los tratamientos paliativos o a largo plazo (26).

La Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria de Cantabria y la OMS establecen que la prevención debe ser universal, selectiva e indicada (8, 16). La prevención **universal** irá dirigida a niños que se encuentre entre los cursos de primaria y secundaria a nivel escolar. La prevención **selectiva** irá dirigida grupos de estudiantes que realicen conductas de riesgo como: ingestas inadecuadas y desordenadas o actividades profesionales extraescolares que conlleven la realización excesiva de ejercicio (ballet o atletismo, entre otras). Y, por último, la prevención **indicada** se focalizará en mujeres jóvenes que presenten un patrón alimentario desordenado (27). A su vez, es recomendable establecer tres niveles de prevención. El **primer nivel** se implanta a toda la población joven y sana. Tiene como objetivo reducir los factores de riesgo que inducen al desarrollo de estos trastornos. El **segundo nivel** facilita la identificación de sospechas o signos de alarma que puede presentar un individuo joven antes de la aparición de la enfermedad. Este nivel también incluirá la prestación de un tratamiento y unos cuidados de salud específicos. Y el **tercer nivel** se implanta en aquellos pacientes que ya han desarrollado la enfermedad y están diagnosticados. Los cuidados realizados en este nivel tendrán como fin disminuir la aparición de complicaciones futuras relacionadas con el trastorno (16).

En la actualidad la prevención primaria es muy relevante, y en ella los profesionales de la enfermería ejecutan una serie de actividades de educación para la salud, como son el establecimiento de programas para promulgar la vida sana en la población general. A través del fomento de la realización de ejercicio y del consumo de una dieta equilibrada. Hasta la fecha, los programas que están siendo más eficaces son los psicoeducativos y

tienen mayor impacto si se realizan mediante charlas, talleres o sesiones en los colegios. Un ejemplo, es el *Programa de prevención psicoeducativa en trastornos de la conducta alimentaria dirigido a adolescentes*, que se aplicó a alumnos entre los 12 y los 15 años de un colegio concertado de Murcia. Los resultados demostraron que los alumnos mostraron una considerable reducción de los factores de riesgo de TCA (28).

En el segundo nivel o prevención secundaria es recomendable utilizar cuestionarios de medición objetiva. Ya que su uso va a ayudar a que la detección precoz sea más fácil. Dentro de los cuestionarios destacan, entre otros: El Cuestionario para cribado de anorexia y bulimia (SCOF), Cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT) y la Escala de evaluación de satisfacción corporal en los adolescentes (EEICA) (4).

1.5. Actuación enfermera.

La enfermera es considerada como una profesional dedicada a los cuidados de los ciudadanos dentro de nuestro sistema sanitario español. Sus funciones se recogen en documentos como la Ley General de Sanidad y el Real Decreto 137/84, entre otros. Algunos como el Real Decreto 1231/2001 definen que la misión global de enfermería es “*prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo*” (29), y otros como la LOPS incluyen dentro de las funciones enfermeras la capacidad de realizar actividades de: promoción, atención, educación, prevención y rehabilitación en la población enferma o sana con el fin de mejorar su salud y su bienestar (30).

Los cuidados que dan las enfermeras/os a los pacientes con una enfermedad de salud mental o una enfermedad de origen orgánico, tienen como objetivo principal: mejorar la salud física y psíquica de la persona y reducir el riesgo de que desarrolle complicaciones graves relacionadas con la enfermedad. Para ello se llevan a cabo funciones: asistenciales, docentes, de gestión y de investigación. Todas ellas centradas en atender a la persona y el medio que le rodea (27).

En relación con pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria y como consecuencia del incremento de la prevalencia de estos trastornos en la población adolescente, es decir, aquellos adolescentes en edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, las enfermeras deben aplicar todas las funciones que tienen atribuidas. Dichas funciones serán desempeñadas tanto por las enfermeras en centros de Salud Mental, en centros Escolares y centros de Atención Primaria (16, 21).

La aplicación de intervenciones que favorecen la detección precoz y la prevención primaria de estos trastornos ha reducido considerablemente el número de víctimas por año (27). Esto se debe a la aplicación de **programas psicoeducativos**. Ya que con ellos se han obtenido múltiples beneficios en la población adolescente sana (31). Además, los planes de cuidados ejecutados por las enfermeras en pacientes ya diagnosticados incluyen **terapias cognitivo-conductuales**, grupales o individuales (32). Dichas terapias buscan modificar y corregir los pensamientos y sentimientos disfuncionales que repercuten en la vida de la persona (33, 34). A su vez, la psicoterapia ha demostrado ser un reto profesional y alcanzable si se establece una buena relación terapéutica de confianza.

1.6. Justificación.

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un importante problema de salud en la población en general y con mayor incidencia en adolescentes. Al tratarse de enfermedades, en su mayoría, transitorias o agudas y de origen biopsicosocial se suele infravalorar la realización de un tratamiento terapéutico específico. Estos trastornos presentan un alto grado de gravedad y letalidad, muy predominante en mujeres adolescentes, que a su vez está aumentando en la población masculina adolescente (35).

Los cuidados no solo se deben centrar en la conducta patológica que predomina en los pacientes que presentan este trastorno, sino que también deben estar dirigidos al deterioro social y cognitivo. El período de la adolescencia es un periodo frágil que está influenciado por múltiples factores. Por lo tanto, para lograr el desarrollo pleno de los adolescentes es necesario mantener y reforzar los aspectos psicológicos y emocionales (36).

Por los motivos expuestos nos hemos propuesto conocer la situación actual de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes. Para ello hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos que mostraremos más adelante.

2. METODOLOGÍA.

2.1 Objetivos:

- **Objetivo general:**

- Indagar sobre las causas que favorecen la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes.

- **Objetivos específicos:**

- Conocer qué actividades llevan a cabo los enfermero/as en los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes
- Identificar las distintas terapias psicoeducativas que son utilizadas en el tratamiento de estos trastornos.

2.2 Traducción de la consulta.

Para la búsqueda bibliográfica de la literatura científica hemos llevado a cabo una selección y definición de las palabras clave. Estas fueron: trastornos de la conducta alimentaria, adolescencia, familia, etiología, prevención, terapias y enfermería. Tras la elección de los términos, estos fueron traducidos del lenguaje libre al lenguaje controlado. A través de los tesauros DeCS y MeSH. Como podemos ver en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Descripciones de Decs y Mesh.

Decs	Mesh	Lenguaje libre
Trastornos de la conducta alimentaria	Feeding and eating disorders. Food behavior disorders.	Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes
Adolescentes	Adolescent	
Familia	Family	Familia y trastornos de la alimentación
Etiología	Etiology	Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria
Causas	Causes	Imagen corporal en la adolescencia
Atención enfermera/enfermería	Nursing	Prevención trastornos de la alimentación
Prevención	Prevention	

Fuente: Elaboración propia.

2.3 Elección de fuentes.

Las bases de datos elegidas para realizar las búsquedas bibliográficas fueron: Pubmed, Dialnet, Cuiden plus, Cinhal, Doaj y ScienceDirect, Durante los meses de enero, febrero, y marzo.

2.4 Estrategia de búsqueda y ejecución.

La sentencia de búsqueda se construyó con las palabras clave utilizando el operador booleano “AND”. Para realizar la búsqueda bibliográfica hemos utilizados los **criterios de inclusión**:

- Artículos que incluyan a la población adolescente con trastorno de la conducta alimentaria.
- Artículos que recogen los principales factores de riesgo.
- Artículos sobre trastornos de la conducta alimentaria que incluyen las funciones enfermeras.
- Artículos publicados del 2010- 2019.
- Artículos publicados en idioma castellano e inglés.

Como **criterios de exclusión** hemos descartado los artículos que:

- No trataban el tema seleccionado.
- Incluían población adulta o el grupo específico de atletas y bailarinas.
- Describían a pacientes que ya tenían un trastorno alimenticio grave o persistente.
- Estaban en idiomas diferentes a los elegidos en los criterios de inclusión.
- Y aquellos artículos publicados antes del 2009.

En la búsqueda de estudios y artículos de evidencia hemos incluido aquellos de tipo cualitativo y cuantitativo. Cada uno de ellos con su metodología y enfoque planteado.

Siguiendo la estrategia de búsqueda que acabamos de exponer, obtuvimos un total de 1648 artículos. Fueron excluidos 2 artículos por encontrarse duplicados. Tras la selección de los artículos y la lectura del título y del resumen se descartaron 1444 artículos porque no cumplían los criterios de inclusión. Nos quedamos con un total de 205 artículos, que después de realizar una lectura completa fueron descartados 174, ya que no se ajustaban a los criterios de inclusión. Al final en la muestra solo incluimos 31 artículos. Que fueron seleccionados por ser los que más se ajustaban a nuestros objetivos. Ver **Tabla 2**.

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda en bases de datos.

Bases de datos	Sentencia de búsqueda	Nº de artículos revisados	Nº de artículos seleccionados
Pubmed	"Feeding and eating disorders" AND "Adolescent" AND "Family" AND "Causality"	22	4 TOTAL: 4

	"Feeding and eating disorders"AND "Nursing"		
Dialnet	“Trastornos de la alimentación en adolescentes” “Familia y trastornos de la alimentación” “Prevención trastornos de la alimentación” “Imagen corporal adolescencia” “Prevalencia de trastornos de la alimentación.”	4 14 22 39 23	1 2 1 2 0 Total: 6
DOAJ	“Eating disorder adolescent family” “Eating disorders adolescent prevention” “Eating disorders nursing”	48 30 62	7 4 0 Total: 11
SCIENC E DIRECT	“Eating disorders adolescent etiology” “Eating disorders adolescent prevention”	49 34	3 1 TOTAL: 4
CUIDEN PLUS	"Trastornos" AND "alimentarios" AND "Adolescentes". "Trastornos" AND "Alimentarios" AND "Enfermería" AND "Prevención".	20 5	3 1 TOTAL: 4
CINAHL	“Trastornos alimenticios adolescentes”. “Trastornos de la conducta alimentaria prevalencia”.	11 1	1 1 TOTAL: 2

Fuente: Elaboración propia.

También llevamos a cabo búsquedas en Google académico. El objetivo fue aumentar los conocimientos sobre recomendaciones en la práctica enfermera con pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Obtuvimos Guías de Práctica Clínica de distintos organismos sanitarios (8, 14 16). Al introducir los términos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes encontramos las siguientes fuentes secundarias:

- Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria
- Guía Clínica para trastornos de la Conducta alimentaria. México.
- Guía de práctica clínica sobre los trastornos de la conducta alimentaria: Generalitat de Catalunya

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

El número total de artículos elegidos, tras su lectura completa, han sido 31, recogidos en el **Anexo I**. Los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica los hemos clasificado en los siguientes apartados en función de los objetivos propuestos: Riesgo que condicionan significativamente el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria,

función enfermera y el uso de terapias cognitivo-conductuales. De esta manera pasamos a describir los objetivos propuestos.

3.1 Riesgos que condicionan significativamente el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

La etiología que da lugar al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria es multifactorial. Está condicionada biológica, social y psicológicamente. Y puede establecerse por la combinación de varios factores. A continuación, vamos a exponer los factores que, según diversos autores, suponen más riesgo en el comienzo y en el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Estos factores son: familiares, socioculturales y psicológicos:

Familiares:

Al estudiar la estructura y la dinámica familiar de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, hemos podido observar que existe una controversia entre los autores en relación con las causas que definen a la familia como un factor de riesgo. Por un lado, disponemos de artículos que demuestran que la **estructura familiar disfuncional** es el factor de riesgo principal. Esto quiere decir que las familias separadas, interrumpidas o poco cohesionadas son las desencadenantes de TCA en los hijos. Además, la dinámica familiar entre los miembros se caracteriza por comportamientos de negligencia y de evitación. Los cuales favorecen la plena independencia de los hijos. Como consecuencia de la falta de supervisión durante la hora de la comida, se incrementa el riesgo de que los hijos desarrollen conductas desordenadas (24, 37, 38, 39).

Por otro lado, hemos encontrado artículos que establecen que el riesgo de desarrollo de estos trastornos se debe únicamente a la existencia de problemas en la **dinámica familiar**. Se trata de familias estructuradas. Sin embargo, en ellas los padres ejercen un alto poder sobre el comportamiento de sus hijos. La **presión familiar** de los padres abarca diversos ámbitos, entre ellos vamos a destacar los relacionados con la alimentación y el ejercicio. Por ser los que inciden de manera significativa en la apariencia física. Como consecuencia de esta presión familiar los hijos experimentan dificultades en la autorregulación de su ingesta de energía. Aumentando: la restricción a ciertos alimentos, el deseo de cumplir las expectativas de los padres y la preocupación por el peso (7, 22, 40, 41, 42).

Como acabamos de ver podemos decir que la influencia de la familia es muy importante en el desarrollo de los trastornos. Ya sea por la existencia de alteraciones en la estructura

familiar o sin presencia de ellos, pero sí con alteraciones en la dinámica entre los miembros. Jarailon y sus colaboradores realizaron un estudio donde analizaron dos grupos de adolescentes. El primer grupo se caracterizaba por adolescentes diagnosticadas de trastorno de atracones. Mientras que el segundo grupo estaba compuesto por adolescentes que mantenían un patrón alimenticio saludable. Los resultados permitieron observar que las adolescentes diagnosticadas de trastorno de atracones pertenecían a una familia más disfuncional. Y como consecuencia del estrés psicológico familiar estas adolescentes se caracterizaban por una mayor compulsividad en el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono, grasas y refrescos. Sin embargo, al realizar una comparación con el segundo grupo, resultó que en este el patrón alimenticio estaba compuesto mayoritariamente por verdura, fruta y proteínas. (43)

También hemos podido encontrar artículos que afirman que fomentar la comunicación y el vínculo afectivo entre los miembros, favorece que la familia se convierta en un factor de protección en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en los hijos. (44,45).

Socioculturales:

En algunos de los artículos encontrados hemos observado la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes cuyas familias son funcionales en todos los sentidos. La explicación de este fenómeno podría deberse al desarrollo de los medios de comunicación en nuestra sociedad, así como a la **presión social** ejercida por los mismos (20, 41, 46, 47).

En la actualidad, la trasmisión de ideas, creencias y valores en estos medios fomenta la adoración y el culto a la delgadez. En diversos estudios se ha demostrado la influencia que los medios de comunicación ejercen sobre lo/las adolescentes. Entre ellos podemos destacar la intervención realizada por Andreea-Elena, que utilizó el Eating Attitudes Test -26, como herramienta de medida principal para conocer su influencia. Los hallazgos encontrados en dicha intervención demostraron la existencia de una correlación positiva entre; la influencia que ejercen los medios de comunicación sobre la apariencia física y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes (46).

A su vez en el artículo redactado por Ramos y sus colaboradores nos dicen que la forma más rápida de detectar esta correlación positiva es observando la presencia de **insatisfacción corporal** en las adolescentes. Y seguidamente analizar sus opiniones sobre

el ideal corporal que desean alcanzar. Por lo general, el ideal que definen las adolescentes es simular a la figura delgada que muestran los distintos medios de comunicación en las campañas publicitarias (48).

Mas-Manchón y sus colaboradores se propusieron, en su investigación, visualizar la influencia que tenía el modelo estético femenino a nivel publicitario. Para ello analizaron siete anuncios, los cuales presentaban un mensaje de base que fomentaba el consumo de alimentos dietéticos. Las protagonistas del anuncio eran mujeres delgadas y atractivas. Los resultados del estudio reflejaron que para aumentar la compra y el consumo de los productos anunciados era necesario hacer uso del modelo estético femenino como símbolo de éxito social (20).

Un estudio, similar al anterior, se propuso analizar la influencia del modelo estético femenino, pero en este caso en plataformas como la red social “Facebook” y la revista “Coure”. Los resultados también reflejaron la gran influencia que ejerce la figura delgada en la sociedad. Además de favorecer el desarrollo de enfermedades como la Anorexia Nerviosa en adolescentes (47).

Psicológicos:

En muchos de los estudios analizados hemos podido observar que los factores de riesgo mencionados anteriormente suelen ejercer su mayor grado de influencia en aquellas adolescentes que presenten rasgos de la personalidad, tales como: baja autoestima, perfeccionismo, ansiedad o depresión (7, 26, 39, 40, 45, 48, 49).

El estudio transversal realizado por López y sus colaboradores también utilizó el cuestionario Eating Attitudes Test (ChEAT-26). En este caso con el objetivo de conocer el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, en estudiantes con edades comprendidas entre los 11 y 19 años de dos colegios públicos y uno privado. Los resultados obtenidos mostraron que la presencia de síntomas como la baja autoestima aumentaban los deseos de delgadez, principalmente en niñas (10). También Ezquerro utilizó el ChEAT -26 en su estudio, además de otras herramientas de medida como la Body Appreciation Scale (BAS), el Eating Disorder Inventory (ODI) o la Escala de Autoestima de Rosenberg (SES), entre otras. Esta autora obtuvo resultados similares al estudio anterior. Además, introdujo el término de la **“percepción errónea del propio peso”**, que es considerado síntoma secundario de la baja autoestima en mujeres (7). Este síntoma secundario incrementa la necesidad de realizar dietas hipocalóricas y ejercicio

físico en mujeres que verbalizan que su peso se encuentra por encima del real, pese a tener un índice de masa corporal normal (26, 39).

Otros autores han introducido nuevos términos que siguen la misma línea que el anterior. Es decir, se pone nombre, por primera vez, a la aparición de síntomas psicológicamente negativos en la persona y que aumentan considerablemente el riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Un ejemplo, es el término introducido por Bauer y sus colaboradores: **“descontento normativo”**. Este término surge cuando las mujeres, al intentar definir su propio cuerpo, verbalizan únicamente aquellas zonas menos atractivas como gesto de preocupación (40). Otro ejemplo es la **“angustia psicológica general”** introducido por Haynos y sus colaboradores, la cual es consecuencia de la combinación de factores depresivos y de baja autoestima en la persona. La investigación realizada por estos autores concluye que esta angustia está presente en personas que realizan una alimentación altamente restrictiva (45). La detección precoz de todos estos síntomas tanto por parte de la familia como por parte de los profesionales de enfermería mejorará la recuperación a corto plazo de trastornos de la conducta alimentaria (45, 49).

3.2. Función enfermera.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica hemos podido observar que sólo 12 de los documentos encontrados hablan del papel que ejerce la enfermera en estos trastornos. En ellos se muestra que la realización de intervenciones preventivas disminuye el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en los adolescentes. Además, dichas intervenciones las llevan a cabo tanto enfermeras de Atención Primaria, como enfermeras de Salud Mental y enfermeras Escolares.

Enfermera de Atención Primaria:

Teniendo en cuenta los factores de riesgo que acabamos de exponer, es necesario que la enfermera de Atención Primaria realice una valoración global de la persona, donde se recoja información sobre:

- **La conducta alimentaria y la actividad física:** diversos estudios han demostrado que un alto porcentaje de las mujeres jóvenes (hasta un 65%), que realizan dietas hipocalóricas y ejercicio intenso con fines estéticos, son mujeres que presentan un alto riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (26, 40, 48).
- **La percepción de la imagen corporal:** el estudio realizado por Ruiz y sus colaboradores demostró que el 67% de las mujeres que participaron en el proyecto

consideraban su estado físico como deficiente o con sobrepeso, pese a presentar un índice de masa corporal normal (39).

Además, dentro de los diagnósticos enfermeros más prevalentes en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, destaca la “Insatisfacción de la imagen corporal” (50).

Enfermera especialista en Salud Mental:

La enfermera especialista en Salud Mental ejerce sus funciones con pacientes ya diagnosticados de alguna psicopatología en los Centros de Salud Mental, en las unidades de agudos de los Hospitales Generales y en los Hospitales Psiquiátricos.

Sin embargo, también puede hacer uso de sus funciones fuera de estos servicios y a personas sanas. Quinta Aguza y sus colaboradores proponen la creación de un *Programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes* llevado a cabo por la enfermera especialista en salud mental. Se imparten un total de cuatro sesiones en este programa, las cuales incluyen actividades para: desmentir falsos mitos, establecer horarios de comida regulares y tratar los temas de sobreprotección y discusión, entre otros. Uno de los objetivos que plantea este programa es: enseñar a los padres a detectar los signos de alarma que indiquen cambios en el patrón alimentario de sus hijos. Con el fin de poder actuar lo antes posible ante el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. También, busca aumentar los conocimientos de alimentación y nutrición de los padres, para así, mejorar la ingesta de los adolescentes. De manera que estos interioricen en su rutina una dieta variada, equilibrada y saludable. Y perdure en su futuro. Finalmente, otro resultado efectivo propuesto por el programa es mejorar la dinámica y la comunicación familiar. (51).

Enfermera escolar:

La enfermera escolar es quien mantiene una relación más cercana con los adolescentes. Por ello debe estar familiarizada con los factores de riesgo que pueden originar la aparición de conductas desordenadas o síntomas psicológicos negativos en estos.

Una de las funciones más características de la enfermera escolar es la realización de talleres o intervenciones en los colegios e institutos. Las cuales buscan mejorar la calidad de vida de los adolescentes. Las sesiones impartidas en estos talleres pueden organizarse

y presentarse de distintas formas, según el programa y los objetivos propuestos. En un colegio de Malasia se llevó a cabo un “*Programa Preventivo del: sobrepeso y los trastornos de la conducta alimentaria*”. La organización de este programa cedió la oportunidad a los alumnos de ser ellos los **líderes** en la impartición de las actividades planificadas de educación para la salud. Los estudiantes se dividieron en grupos y realizaron un trabajo sobre un tema de salud específico que les brindaron los profesionales enfermeros. Cada grupo tenía un tema distinto. Los alumnos prepararon el material en casa y seguidamente lo expusieron en el aula al resto de sus compañeros. Adquiriendo el rol de profesores. Los resultados obtenidos de dicha intervención mostraron un aumento del interés de los adolescentes por los temas expuestos en el aula. Y gracias a ello, un aumento de sus ganas por mejorar la alimentación personal de cada uno (52).

Otro ejemplo de una intervención escolar de prevención y educación fue la realizada en una escuela de Reino Unido. A diferencia del programa anterior, en esta intervención fueron los profesionales enfermeros los que impartieron la sesión. Se llevó a cabo un programa preventivo de alimentación desordenada. El cual se caracterizó por el uso de las **artes dramáticas** en las sesiones impartidas. La utilización de técnicas que involucran la puesta en escena y el teatro logró disminuir la internalización e importancia que poseían los adolescentes sobre la belleza estética. Además de aumentar su autoestima personal (53).

Por otro lado, hemos encontrado estudios que no solo se centran en la educación escolar para aumentar los conocimientos de los adolescentes. Sino que también tienen como objetivo mejorar el manejo emocional de los mismos. Y de esta manera evitar el riesgo de desarrollar un trastorno de salud mental en el futuro. Antje y sus colaboradores en su estudio se plantearon disminuir los niveles de ansiedad de los adolescentes. Pues la ansiedad es un factor de riesgo que puede dar lugar a un trastorno de la conducta alimentaria. Para lograr su objetivo impartieron un “Programa de prevención para los trastornos alimentarios en las escuelas”. Este programa incluía múltiples sesiones dirigidas a: aumentar la conciencia de los adolescentes sobre la influencia que ejercían los medios de comunicación y la importancia dada al modelo estético femenino. Los resultados del estudio reflejaron que, gracias a las sesiones impartidas, los adolescentes redujeron considerablemente los niveles de ansiedad relacionados con la comida y la preocupación por el peso (54). Una intervención similar fue la realizada por Jiménez y sus colaboradores a 64 adolescentes de educación secundaria de un colegio de Murcia.

En esta intervención se impartieron seis sesiones dirigidas a mejorar las habilidades sociales entre los adolescentes y el control de las emociones negativas relacionadas con el entorno social. Los resultados fueron satisfactorios, se logró aumentar las capacidades de afrontamiento ante las dificultades y mejorar la autoestima de los adolescentes (55).

La edad a la que se pueden comenzar a aplicar estos programas varía según cada estudio. Ferreruella y sus colaboradores consideran que 1º de la ESO, es la mejor etapa para comenzar las actividades preventivas. Pues es en este momento cuando comienzan a desarrollarse los cambios corporales en los adolescentes. Y dichos cambios pueden influir en la percepción distorsionada de la imagen corporal (10).

3.3 El uso de terapias cognitivo-conductuales.

Las terapias cognitivo-conductuales se han convertido en una herramienta de uso multidisciplinar. Desempeñada por profesionales de distintas disciplinas, tales como, psiquiatría, enfermería, psicología, trabajo social y nutricionistas. Están dirigidas a la atención de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (56). Y nos permiten atender de forma individual las características propias de la persona, ajustándonos a sus factores biológicos, emocionales y sociales. Estas terapias pueden ser de distintos tipos: individuales, grupales o familiares.

Según los artículos encontrados hemos podido observar que las terapias más realizadas y que parecen ser las más efectivas son las terapias familiares. Entre ellas destacamos la terapia familiar dirigida a adolescentes con TCA realizada por Wallis y sus colaboradores. El objetivo de esta intervención fue mejorar la relación entre los progenitores y los hijos mediante la involucración de ambos en un tratamiento familiar. Durante el proceso se efectuaron entrevistas por separado a los adolescentes y a sus familiares, con el fin de conocer la evolución antes, durante y después de la terapia. Las entrevistas reflejaron que antes de la terapia las adolescentes identificaban a sus progenitores como un factor estresante que repercutía en los comportamientos de estos. Durante la terapia las adolescentes comienzan a verbalizar signos de confianza y seguridad con sus progenitores. Y como consecuencia aumentaron su involucración en el tratamiento. Finalizada la terapia, la última entrevista realizada a las adolescentes mostró una mejora en la comunicación y en la cercanía con sus progenitores. Además de los resultados positivos en el tratamiento realizado. Los hallazgos de esta intervención reflejaron que existe una relación directa entre: la mejora de los vínculos familiares y el pronóstico terapéutico de enfermedad (57).

Entre los estudios encontrados hemos podido observar que, la mayoría de las terapias familiares realizadas, se centran en aumentar los conocimientos de los padres sobre la alimentación saludable. Otorgándoles a ellos la responsabilidad de vigilancia y supervisión de las comidas de sus hijos. Por ejemplo, la terapia familiar de Sweeney y sus colaboradores está dirigida a adolescentes con trastornos alimenticios restrictivos, destacando en primer lugar la anorexia nerviosa, y a sus progenitores. Entre las recomendaciones realizadas a los padres predomina: la realización de un mínimo de tres comidas al día en familia y la restricción de ejercicio, entre otras. Si los miembros de la familia ponían en práctica correctamente las recomendaciones dadas se les incluía en el grupo de “cumplidores”. Por lo contrario, serían “no cumplidores”. Tras un seguimiento de 3 meses de los participantes de la terapia, se observó que el grupo de “cumplidores”, a diferencia del otro grupo, logró un aumento del peso de sus hijos a corto plazo y una remisión completa del trastorno restrictivo a largo plazo (58).

La revisión narrativa realizada por Jewell y sus colaboradores también defiende que cuando se implica a los padres en el tratamiento y mejoran sus conocimientos alimentarios, a su vez también se mejora el pronóstico de la enfermedad. En esta revisión los autores proponen la realización de una intervención dividida en fases. En la primera fase se informa a los padres de las consecuencias fisiológicas y psicológicas que tienen los trastornos alimenticios. Con el fin de aumentar la conciencia y la preocupación que conlleva la enfermedad. En la segunda fase se informa sobre las pautas alimentarias saludables, sobre la importancia del apego y sobre la efectividad de mejorar la comunicación entre los distintos miembros de la familia. Después de haber observado los resultados de las fases anteriores, se realiza la última fase. Aquí es recomendable que los padres fomenten la independencia del joven fuera de la familia. Para que este aprenda de sus errores y evite recaídas. Entre los hallazgos de esta terapia educativa familiar destaca su flexibilidad. Pues se adapta a las situaciones personales de los miembros (59).

En el estudio de Herscovici y sus colaboradores una de las recomendaciones dirigidas a los padres que más importancia tiene es la organización de comidas donde estén presentes todos los miembros de la familia. Esta actividad debe ser incorporada como un **ritual** diario y simbólico. Los resultados de realizar este ritual incluyen efectos positivos a nivel psicológico y fisiológico en los adolescentes (60).

Dentro de las terapias psicoeducativas estudiadas, hemos encontrado un estudio de la realización de terapia grupal entre iguales. Sin incluir a la familia. Esta intervención fue

realizada por Sternheim y Harrison, que estudiaron las ganancias de realizar una terapia cognitivo-conductual grupal a adolescentes con anorexia nerviosa. Ya que estos autores consideran que la terapia familiar no tiene por qué ser efectiva en todos los pacientes. Puesto que aquellos adolescentes que manifiestan síntomas de ansiedad o de depresión puede que no se beneficien con la terapia. Entre sus hallazgos obtuvieron que la adquisición de habilidades sociales por los adolescentes mejora el conocimiento de estos sobre técnicas de afrontamiento de la enfermedad (61).

Por otro lado, también se han observado efectos positivos en adolescentes que ha recibido terapia individual. Como han demostrado Rodríguez y sus colaboradores, los cuales realizaron un estudio en el que se mostraban 7 anuncios publicitarios a dos grupos de adolescentes. Una vez visualizados los anuncios se les pedía, a continuación, que analizaran el contenido y los mensajes de estos. El primer grupo estaba formado por adolescentes no diagnosticados de TCA y el segundo por adolescentes diagnosticados de TCA que habían recibido terapia individual. Los anuncios eran mayoritariamente de comida y promulgaban la estética y la salud. Los resultados revelaron que los adolescentes con TCA eran capaces de reconocer las estrategias comerciales de los anuncios. Entendieron los mensajes implícitos y negativos que promulgaban la delgadez. Mientras que los no diagnosticados de TCA solo lograron entender el mensaje explícito, sin ser conscientes de los efectos nocivos de los intereses publicitarios. La conclusión a la que llegaron los autores fue que con esta intervención la terapia individual aumentaba la conciencia de los adolescentes sobre las influencias ambientales en el desarrollo de trastornos alimentarios (20).

4. CONCLUSIONES.

- Según los datos que muestran los estudios que hemos revisado, la familia es un factor determinante en la adquisición de pensamientos, valores y comportamientos que pueden resultar positivos o negativos para la salud de sus hijos.
- Dentro de los factores de riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, también hemos encontrado que predomina la influencia de los medios de comunicación y la propagación del modelo estético femenino. Esto origina una repercusión importante en la autoestima de las adolescentes.

- Las intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención precoz de estos trastornos han resultado ser efectivas mediante la realización de programas psicoeducativos a los adolescentes. Sin embargo, la mayoría de ellas están diseñadas para la población de adolescentes escolarizados. Sin tener en cuenta a los adolescentes que han abandonado la escuela.
- El mejor tratamiento empleado en adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria son las terapias cognitivo- conductuales. Existen distintos tipos de terapias, y dentro de estas, según los estudios analizados, las terapias familiares son las más utilizadas. Ya que mejoran el pronóstico de enfermedad. Además de la comunicación y el lazo afectivo entre los miembros.
- También hemos encontrado beneficios en intervenciones con terapias cognitivo- conductuales grupales e individuales. Debido a los resultados positivos que ofrecen en la adquisición de habilidades sociales y de comportamientos saludables en los adolescentes.

5. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

Una de las limitaciones que hemos encontrado en la revisión realizada es la relativa a la selección del idioma. Esto se debe a que en los criterios de inclusión elegimos artículos que estuviesen en inglés o en castellano. De manera que artículos publicados en otros idiomas no los hemos incluido en el estudio. Esto puede en alguna medida alterar los resultados encontrados.

Otra limitación ha sido la falta de estudios que investigan sobre el papel desempeñado por los profesionales enfermeros en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Pese a que dos de las competencias importantes que ejercen las enfermeras, como son la asistencia y la docencia, se encuentran directamente vinculadas a la prevención precoz de estos trastornos. Además, las intervenciones encontradas realizan un seguimiento a corto plazo.

Por otra parte, los programas se han aplicado a adolescentes escolarizados, en colegios o institutos. Sin tener en cuenta que existe una alta tasa de adolescentes no escolarizados y de fracaso escolar. De manera que este grupo de adolescentes no recibió educación para la salud en relación con medidas preventivas.

Futuras líneas de investigación:

Consideramos necesario realizar un seguimiento a largo plazo de las intervenciones que las enfermeras realizan para prevenir los TCA. Con el fin de comprobar si los beneficios de la intervención perduran en la persona durante un período de más de un año.

Además, proponemos que en futuros estudios se incluyan medidas de educación para la salud donde participen adolescentes escolarizados y, también los no escolarizados y/o en fracaso escolar.

6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.

La principal implicación de la revisión en la práctica de cuidados enfermeros, es la importancia de conocer la existencia de los distintos factores de riesgo que repercuten en la percepción de la imagen corporal de los adolescentes. Los profesionales de enfermería teniendo en cuenta estos factores podrán desempeñar sus funciones de educación para la salud, con el objetivo de prevenir la aparición de comportamientos y pensamientos desordenados.

En el proceso de enfermedad, los enfermero/as también tienen una función importante. La realización de actividades clínicas puede ser efectiva siempre y cuando los enfermeros estén libres de prejuicios y del estigma que en alguna medida pueden tener asociado. Para conseguirlo deberían buscar información y mantener una formación personal y profesional continua, para adquirir técnicas y habilidades sociales.

7. AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a María Felipa Hernando, por su supervisión, atención y ayuda durante la elaboración de mi Trabajo de Fin de Grado, y por no rendirse conmigo.

También me gustaría expresar mi agradecimiento a mi familia y compañeras de clase por su apoyo incondicional, por la confianza que depositan en que logre mis objetivos profesionales y por hacer de aquellos momentos duros los suyos.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5º ed. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 329-354.
2. Sánchez López AP. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en seis países europeos. *Metas enfermería*. 2017; 20 (5): 66-73.
3. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Internet]. [Consultado 3 Ene 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-B1rm>
4. Romero MªA. Cano- Caballero M-ºD. Cuidados en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Granados G, Sánchez M. *Enfermería en Salud Mental*. 1º ed. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Arces; 2011.p. 173-186.
5. San Sebastián J. Anorexia Nerviosa- Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios (Revista Estudios de Juventud) Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar Social. Gobierno de España [Internet]. [Consultado 17 Ene 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-HHvX>
6. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Buenos Aires; Madrid [etc]: Editorial Médica panamericana; 2010
7. Ezquerro M. Percepción del propio peso en adolescentes y su relación con variables psicológicas y psicopatológicas. Instituto de Ciencias de la Conducta [Internet]. 2013 [Consultado 5 Ene 2019]; 17: 1899-1925. Disponible en: <http://cort.as/-HLOZ>
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica sobre los trastornos de la conducta alimentaria. España, Cataluña: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
9. Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Inter Jour of Psychology and Psychological Therapy*. 2005; 5(2):66-73.
10. López I, Anarte C, Lorenzo A, et all. Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. [Consultado 6 Ene 2019]; 5(4): 49-60. Disponible en: http://cort.as/-HI_a
11. Rodríguez M. La anorexia nerviosa en adolescentes: una conducta de riesgo. *Parainfo Digital*. 2015

12. Seva M, Casado LC. La construcción de la identidad e imagen corporal en la adolescencia a través de los medios de comunicación social: estrategias para el desarrollo de un modelo de prevención. *Enfermería integral*. [Internet]. 2015 [Consultado 6 Ene 2019]; 68-72. Disponible en: <http://cort.as/-HI0Z>
13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. En: Pataki C, Sussman N. Sinopsis de psiquiatría. *Ciencias del comportamiento/Psiquiatría clínica*. 11° ed. Philadelphia, Baltimore [etc]: Editorial Wolters Kluwer; 2015. p. 509-522.
14. Unikel C, Caballero A. Guía Clínica para trastornos de la Conducta alimentaria. Edición 2010. México: Instituto Nacional de psiquiatría Ramon de la fuente; 2010.
15. Lucas G, Martínez E, Teixido E, et al. Diabulimia: nuevo trastorno alimentario. *Parainfo Digital*. 2014; 20.
16. Gómez JA, Gaite L, Gómez L, et al. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. España: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria; 2012
17. Vargas M. Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Psiquiatría. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica LXX*. 2013; 607: 475-482.
18. Quinta C, Cabello M^aE, Martínez V, et al. Programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Biblioteca las Casas*. 2015; 11(2).
19. Jimenez C, Galvez E, Colomer T. Autoimagen corporal, comportamiento alimentario y estilo de vida en adolescentes. *Revista metas de enfermería* [Internet]. 2011 [Consultado 20 Ene 2019]; 14 (3): 69-75. Disponible en: <http://cort.as/-HL1B>
20. Mas-Manchón L, Rodríguez A, Montoya N. Valores percibidos en la publicidad de alimentos por jóvenes con y sin trastorno de la conducta alimentaria. *Salud colectiva* [Internet]. 2015 [Consultado 20 Ene 2019]; 11 (3): 423-444. Disponible en: <http://cort.as/-HI4r>
21. Lozano ZB. La familia y las redes sociales en los trastornos alimenticios en adolescentes de la época contemporánea. *Revista científica in Crescendo* [Internet]. 2012 [Consultado 20 Ene 2019]; 3 (2): 299-311. Disponible en: <http://cort.as/-HI5R>
22. Tejada R, Neyra MJ. La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Universidad San Pablo

- de Olavide [Internet]. 2015 [Consultado 20 Ene 2019]; 22: 2352-2381. Disponible en: <http://cort.as/-HI7A>
23. Fuentes MC, García O. Influencia de la socialización familiar en la satisfacción con la imagen corporal en los adolescentes españoles. Universidad Valenciana. [Internet]. 2015 [Consultado 25 Ene 2019]; 20: 2403-2425. Disponible en: <http://cort.as/-HI7a>
 24. Copeland WE, Bullik CM, Zucker N, Wolke D, Lereya ST, Costello EJ. Is childhood bullying involvement a precursor of eating disorder symptoms? A prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2015; 48 (8): 1141-1149.
 25. Hayns AF, Watts AW et al. Factors Predicting an Escalation of Restrictive Eating during Adolescence. *J Adolesc Health*. 2016; 58 (4): 391-396.
 26. De Sá A, Dos Santos A, Mendes- Netto S. La conducta alimentaria y factores relacionados se asocian con un riesgo de trastornos alimentarios en las mujeres físicamente activas. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria* [Internet]. 2017 [Consultado 10 Feb 2019]; 37 (1): 141-148. Disponible en: <http://cort.as/-HIEF>
 27. Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ed. 2004. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
 28. Jiménez D, Santiago J, et al. Efectividad de un programa de prevención psicoeducativa en trastornos de la conducta alimentaria dirigido a adolescentes. *Parainfo digital*. 2013; 19: 1988- 3439.
 29. Aprobación de los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Real Decreto 1231/2001, 8 de noviembre. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado, nº 269. [Internet]. [Consultado 18 Feb 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-HIUu>
 30. Ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003, 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280. [Internet]. [Consultado 18 Feb 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-HIJd>
 31. Saéz IM, Aranda B, Abad J. Abordaje de la enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Molero M^aM, Pérez M^aC, et al. *Intervención en contextos clínicos y de la salud*. ASUNIVEP. Universidad de Almería (España); 2016. p. 13-17
 32. Megías- Lizancos F, Serrano MD. *Enfermería en psiquiatría y salud mental*. 2º ed. España: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2012.

33. Araque D, Serrano FJ. Entrevista enfermera y trastornos psiquiátricos. 2º ed. Formación Continuada Logoos; 2010.
34. Godoy D. Introducción a las técnicas y terapias psicológicas para profesionales de las ciencias de la salud. 1º ed. Granada: Manuales Major; 2009.
35. Salazar Z. Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. Rev. Reflexiones. 2008; 87 (2): 67-80.
36. Fernanda M, Siler TJ. Bulimia nerviosa. Desde la etiología hasta la prevención. Argent, Pediatr. 2004; 102 (6): 468- 475.
37. Vajda A, Láng A. Emotional abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation. Elsevier [Internet]. 2014. [Consultado 16 Mar 2019]; 131: 386-390. Disponible en: <http://cort.as/-HIRU>
38. Levická K, Kovalcikov N, kovacov L. Incidence of eating disorders in family environment in higt school adolescents. Elsevier. [Internet]. 2014. [Consultado 16 Mar 2019]; 132: 391-397. Disponible en: <http://cort.as/-HITL>
39. Ruiz I, Ezquerro M, Jauregui I, Carbonero R. Weight Misperception, self-reported physical fitness, dieting and some psychological variables as risk factors for eating disorders. Nutrients [Internet]. 2013 [Consultado 18 Mar 2019]; 5 (11): 4486- 4502. Disponible en: <http://cort.as/-HIXA>
40. Bauer A, Schneider S, Waldorf M, Adolph D, Vocks S. Familial transmission of a body- related attentional bias. An- eyed-tracking study in a nonclinical sample of female adolescents and their mothers. Plos One. [Internet]. 2017 [Consultado 18 Mar 2019]; 12 (11): 188- 186. Disponible en: <http://cort.as/-HIXu>
41. Alwosaifer AM, Alawadh SA, Abdel Wahab MM, Boubshait LA, Almutairi BA. Eating disorders and associated risk factors among ImamAbdulrahman bin Faisal university preparatory year female students in Kingdom of Saudi Arabia. Saudi Medical Journal. 2018; 39 (9): 910-921.
42. Pencheva E, Histrova D. Parental influence on adolescent girl's eating behavior. Journal of IMAB. [Internet]. 2018 [Consultado 19 Mar 2019]; 24 (4): 2295-2297. Disponible en: <http://cort.as/-HIIny>
43. Jaramillo M, Nurke NL, Shomaker LB, Brady S, Kozlosky M, Yanosky J, Tanosky-Kraff M. Perceived family functioning in relation to energy in adolescent girls with loss of control eating. Nutrients. [Internet]. 2018 [Consultado 19 Mar 2019]; 10 (12): 1869. Disponible en: <http://cort.as/-HIpf>

44. Watson RJ, Veale JF, Saewyc EM. Disordered Eating Behaviors Among Transgender Youth: Probability Profiles from Risk and Protective Factors. *International Journal of eating disorders*. 2017; 50 (5): 515- 522.
45. Haynos AF, Watts AW, Loth KA, Pearson CM, Neumark-Stzainer D. Factors Predicting an Escalation of Restrictive Eating during Adolescence. *Journal of Adolescent Health*. 2016; 59 (4): 391-396.
46. Andreea-Elena M. The risk of eating disorders in adolescence its association with the impact of the sociocultural attitudes towards appearance. Elsevier. [Internet]. 2015 [Consultado 21 Mar 2019]; 187: 153-157. Disponible en: <http://cort.as/-HJ-i>
47. Seva M, Casado LC. La construcción de la identidad e imagen corporal en la adolescencia a través de los medios de comunicación social: estrategias para el desarrollo de un modelo de prevención. *Enfermería Integral*. [Internet]. 2015 [Consultado 22 Mar 2019]; 68-73. Disponible en: <http://cort.as/-HI0Z>
48. Ramos P, Rivera F, Soledad R, Lara L, Moreno C. Gender differences of body image and its relevance in body weight control. *Escritos de psicología*. [Internet]. 2016 [Consultado 22 Mar 2019]; 9 (1): 42-50. Disponible en: <http://cort.as/-HJ9J>
49. Evans EH, Adamson AJ, Basterfield L, Le Couteur A, Reilly JK, Parkinson KN. Risk factors for eating disorder symptoms at 12 years of age: a 6 year longitudinal cohort study. Elsevier. [Internet]. 2017 [Consultado 21 Mar 2019]; 108: 12-20. Disponible en: <http://cort.as/-HJHU>
50. Bellido M^oL, Ponce JM^o, Velázquez A, Montaña A. Diagnósticos enfermeros y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia*. 2009; 6 (28).
51. Quinta C, Fernández ME, Martínez V; et al. Programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Biblioteca Las Casas*. 2015; 11(2).
52. Intan S, Siew Y. School-based intervention to prevent overweight and disordered eating in secondary school Malaysian adolescents: a study protocol. *BMC Public Health*. [Internet]. 2016 [Consultado 23 Mar 2019]; 16 (1): 1-12. Disponible en: <http://cort.as/-HJYt>
53. Mora M, Penelo E, Gutiérrez T, Espinoza P, González ML, Raich RM. Assessment of two school-based programs to prevent universal eating disorders: media literacy and theatre- based methodology in Spanish adolescent boys and girls. *The Scientific*

- World Journal. [Internet]. 2015 [Consultado 23 Mar 2019]; 2015. Disponible en: <http://cort.as/-HJZp>
54. Gumz A, Weigel A, Daubman A, Wegscheider K, Romer G, Lowe B. Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools: a cluster- randomized controlled trial. BMC Psychiatry. [Internet]. 2017 [Consultado 23 Mar 2019]; 17 (1): 1-13. Disponible en: <http://cort.as/-HJaD>
 55. Jiménez D, Galindo JS, Gómez M, Rodríguez MT, Escudero V, Hernández JJ. Efectividad de un programa de prevención psicoeducativa en trastornos de la conducta alimentaria de los adolescentes. Parainfo Digital. 2013; 9.
 56. Nicoletti M, Gonzaga AP, Ferreira SE, Weisz A. Grupo psicoeducativo multifamiliar y tratamiento de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Psicología en estudio. [Internet]. 2010 [Consultado 25 Mar 2019]; 15 (1): 217-223. Disponible en: <http://cort.as/-HJdt>
 57. Wallis A, Rhodes P, Dawson L, Miskovic-Wheatley J, Madden S. Relational containment: exploring the effect of family-based treatment for anorexia on familial relationships. Journal of Eating Disorders. [Internet]. 2017 [Consultado 25 Mar 2019]; 5 (1): 1-10. Disponible en: <http://cort.as/-HJfa>
 58. Swenne I, Parling T, Salonene H. Family-based intervention in adolescent restrictive eating disorders: early treatment response and low weight suppression is associated with favourable one-year outcome. BMC Psychiatry. [Internet]. 2017 [Consultado 25 Mar 2019]; 17 (1): 1-10. Disponible en: <http://cort.as/-HJgz>
 59. Jewell T, Blessitt E, Stewart C, Simic M, Eisle I. Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. EBSCOhost. 2016; 55 (3).
 60. Rauch C, Kovalskys I, Orellana L. An Exploratory Evaluation of the Family Meal Intervention for Adolescent Anorexia Nervosa. EBSCOhost. 2017; 56 (2).
 61. Sternheim L, Harrison A. The acceptability, feasibility and possible benefits of a group-based intervention targeting intolerance of uncertainty in adolescent inpatients with anorexia nervosa. Cogent Psychology. [Internet]. 2018 [Consultado 28 Mar 2019]; 5 (1). Disponible en: <http://cort.as/-HJgL>

9. ANEXOS.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
PUBMED					
Is childhood bullying involvement a precursor of eating disorder symptoms? A prospective analysis	Copeland WE, Bullik CM, Zucker N, Wolke D, Lereya ST, Costello EJ.	2015	Estudio prospectivo longitudinal	International Journal of Eating Disorders	Existe una relación directa entre el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria y entre aquellos adolescentes que hayan participado, ya sea en forma de víctimas o en forma de acosadores, en el bullying.
Disordered Eating Behaviors Among Transgender Youth: Probability Profiles from Risk and Protective Factors	Watson RJ, Veale JF, Saewyc EM.	2017	Estudio cualitativo.	International Journal of Eating Disorders	La encuesta realizada a 923 adolescentes transgénero reveló un alto porcentaje de jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria. El hecho que justifica este fenómeno es el estigma existente hacia las personas transgénero.
Factors Predicting an Escalation of Restrictive Eating during Adolescence	Haynos AF, Watts AW, Loth KA, Pearson CM, Neumark-Stzainer D	2016	Estudio de cohorte longitudinal.	Journal of Adolescent Health	Los resultados de este estudio longitudinal revelan que la gran mayoría de los adolescentes que comienzan a realizar dietas muy restrictivas desde edades muy tempranas, tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario durante la adolescencia tardía y adultez temprana.
Eating disorders and associated risk factors among ImamAbdulrahman bin Faisal university preparatory year female students in Kingdom of Saudi Arabia.	Alwosaifer AM, Alawadh SA, Abdel Wahab MM, Boubshait LA, Almutairi BA.	2018	Estudio transversal descriptivo.	Saudi Medical Journal.	Este estudio resalta la importancia que ejerce la cultura en los factores que precipitan el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en las adolescentes. Mostrando que las adolescentes sauditas no son excluyentes en el desarrollo de estos.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
DOAJ					
Grupo psicoeducativo multifamiliar y tratamiento de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria.	Nicoletti M, Gonzaga AP, Ferreira SE, Weisz A.	2010	Psicología en estudio.	Psicología en estudio.	Este estudio propone la creación de una terapia psicoeducativa familiar a nivel ambulatorio. Fomentar el apoyo y la responsabilidad de los padres favorece la mejora del pronóstico de enfermedad en los adolescentes.
Relational conainment: exploring the effect of family-based treatment for anorexia on familial relationships.	Wallis A, Rhodes P, Dawson L et al.	2017	Estudio cualitativo	Journal of Eating Disorders.	La efectividad de la terapia familiar en adolescentes hospitalizados de un trastorno de la conducta alimentaria grave, varían según la unión que tenga la persona con su familia.
The acceptability, feasibility and possible benefits of a group-based intervention targeting intolerance of uncertainty in adolescent inpatients with anorexia nervosa	Sternheim L, Harrison A.	2018	Estudio cualitativo	Cogent Psychology	Es necesario indagar más profundamente en el desarrollo de terapias grupales entre adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria, para conocer los beneficios clínicos de la terapia.
Family-based intervention in adolescent restrictive eating disorders: early treatment response and low weight suppression is associated with favourable one-year outcome	Swenne I, Parling T, Salonene ros H.	2017	Estudio exploratorio de seguimiento.	BMC Psychiatry	La terapia familiar no tiene por qué funcionar en todos los casos, en aquellas familias disfuncionales y con mala relación entre los miembros no suele ser, por lo general, efectiva.
Perceived family functioning in relation to energy in adolescent girls with los of control eating.	Jaramillo M, Nurke NL, Shomaker LB, Brady S et al.	2018	Estudio cualitativo	Nutrients	Este estudio recalca los beneficios de incluir a la familia en el tratamiento terapéutico de adolescentes con un trastorno de la conducta alimentaria. El objetivo de las terapias será mejorar la dinámica y el funcionamiento de la familia.
Familial transmisión of a body- related attentional bias. An- eyed-tracking study in a nonclinical sample of female adolescents ans their mothers.	Bauer A, Schneider S, Waldorf M, Adolph D, Vocks S.	2017	Estudio exploratorio.	PLOS ONE	Estudio exploratorio que evalúa la influencia que ejercen las madres, directa o indirectamente, en la trasmisión de valores relacionados con la distorsión de la imagen corporal y los desórdenes alimenticios en sus hijas.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
DOAJ					
Parental influence on adolescent girl's eating behavior.	Pencheva E, Histrova D.	2018	Revisión narrativa.	Journal of IMAB.	En esta revisión se definieron intervenciones efectivas para educar a los padres en la adquisición de conocimientos acerca de la alimentación equilibrada y correcta de sus hijos. Con el objetivo de disminuir el riesgo de que estos desarrollen un TCA.
Weight Misperception, self-reported physical fitness, dieting and some psychological variables risk factors for eating disorders	Ruiz I, Ezquerra M, Jauregui I, Carbonero R.	2013	Estudio transversal exploratorio.	Nutrients	Un alto porcentaje de las mujeres adolescentes perciben que su peso se encuentra por encima de la realidad. Esta percepción errónea degenera en síntomas como depresión o baja autoestima.
School-based intervention to prevent overweight and disordered eating in secondary school Malaysian adolescents: a study protocol	Intan S, Siew Y.	2016	Estudio experimental.	BMC Public Health	Este programa experimental se realizó a adolescentes entre los 13 y 14 años. Las sesiones empleadas tenían como objetivo fomentar la dieta saludable, la autoestima y la actividad física. Los resultados reflejaron la prevención del sobrepeso y de los TCA en un seguimiento de 3 meses.
Assesment of two school-based programs to prevent universal eating disorders: media literacy and theatre-based methodology in spanish adolescent boys and girls.	Mora M, Penelo E, Gutiérrez T, Espinoza P, González ML, Raich RM.	2015	Proyecto longitudinal.	The Scientific World Journal.	Se crearon dos programas de prevención de trastornos alimenticios a adolescentes con sesiones caracterizadas por el uso de las artes dramáticas. Gracias a ambos programas se redujeron las variables psicológicas negativas que repercuten en la salud mental de los adolescentes.
Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools: a cluster-randomized controlled trial.	Gumz A, Weigel A, Daubman A, Wegscheider K, Romer G, Lowe B.	2017	Estudio longitudinal aleatorizado.	BMC Psychiatry	El programa evaluado en este estudio se caracteriza por obtener resultados óptimos en la disminución de la ansiedad relacionada con la ingesta, además de un aumento de los conocimientos en los adolescentes sobre los trastornos de la alimentación.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
DIALNET					
La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria	Tejeda R, Neyra M ^o J.	2015	Revisión narrativa	Universidad San Pablo de Olavide.	Esta revisión narrativa sintetiza los factores relacionados con el entorno familiar disfuncional. Con el fin de conocer el riesgo de desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en los hijos.
Percepción del propio peso en adolescentes y su relación con variables psicológicas y psicopatológicas.	Ezquerro M.	2013	Estudio cualitativo	Instituto de Ciencias de la Conducta.	Estudio dirigido a la investigación del estado psicológico de salud mental entre adolescentes de distintos sexos. Los resultados muestran que los síntomas de baja autoestima e insatisfacción corporal son muy superiores en el sexo femenino.
Gender differences of body image and its relevance in body weight control.	Ramos P, Rivera F et al.	2016	Estudio por conglomerados.	Escritos de psicología.	Se propone la detección precoz de comportamientos, tales como, ejercicio excesivo y dieta restrictiva, por razones estéticas, para prevenir el desarrollo de TCA.
Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios.	López I, Anarte C et al.	2017	Estudio transversal descriptivo.	Enfermería Comunitaria.	Esta investigación dirigida a 143 estudiantes muestra que la realización de comportamientos alimenticios desordenados está comenzando a igualarse en ambos sexos.
Dissatisfaction-related food behavior is associated with a risk of eating disorders in physically active women.	De Sá A, Aliete D, Simoes R.	2017	Estudio transversal descriptivo.	Nutrición clínica y dietética hospitalaria.	Este estudio realiza una investigación a las mujeres que acuden a los gimnasios a realizar ejercicio físico, los resultados mostraron que un 70% de ellas manifestaban insatisfacción corporal y por esa misma razón practicaban deporte. Y no por los beneficios para la salud.
Valores percibidos en la publicidad de alimentos por jóvenes con y sin trastornos de la conducta alimentaria.	Mas L, Rodríguez B, Montoya N et al.	2015	Estudio exploratorio.	Salud colectiva.	Se propone la utilización del Protocolo de Evaluación de Valores o "Protocolo EVA" con el objetivo de medir en los adolescentes los valores y mensajes percibidos a través de los anuncios publicitarios. Y detectar precozmente los primeros signos de desarrollo de un TCA.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
CUIDEN					
La construcción de la identidad e imagen corporal en la adolescencia a través de los medios de comunicación social: estrategias para el desarrollo de un modelo de prevención	Seva M, Casado LC.	2015	Estudio cualitativo.	Enfermería integral.	El uso excesivo de los medios de comunicación social en las adolescentes influye significativamente en la manera de pensar y actuar de estas. Además, aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, siendo la anorexia nerviosa, el trastorno más habitual.
Programa de educación para la salud dirigido a padres en la detección precoz de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes	Quinta C, Fernández ME, Martínez V; et al.	2015	Proyecto cuasiexperimental de intervención comunitaria.	Biblioteca las casas.	Se trata de un programa de educación para la salud impartido por una enfermera especialista en salud mental y dirigido a padres. Tiene como objetivo favorecer la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.
Efectividad de un programa de prevención psicoeducativa en trastornos de la conducta alimentaria de los adolescentes	Jiménez D, Galindo JS, Gómez M et all	2013.	Estudio de corte longitudinal.	PARAINFO DIGITAL.	Se estudió la efectividad de un programa de prevención de TCA en adolescentes, llevado a cabo por un equipo multidisciplinar. Los resultados corroboraron su eficacia como método preventivo.
Diagnósticos enfermeros y satisfacción corporal en adolescentes	Bellido M ^o L, Ponce JM ^o , Velázquez A, Montaño A	2009	Estudio transversal descriptivo.	Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia.	Los diagnósticos enfermeros más prevalentes en los TCA son; trastorno de la imagen corporal (17,2%), riesgo de trastorno de la conducta alimentaria (13,5%), deterioro de la interacción social (3,7%) y baja autoestima situacional (2,4%).

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
SCIENCE DIRECT					
Risk factors for eating disorder symptoms at 12 years of age: a 6 year longitudinal cohort study.	Evans EH, Adamson AJ, Basterfield L, Le Couteur A, Reilly JK, Parkinson KN.	2017	Estudio de cohorte longitudinal.	Elsevier	Este estudio de cohorte longitudinal de 6 años refiere que; el momento donde comienzan los cambios físicos corporales, los primeros síntomas depresivos y las restricciones dietéticas es a los 12 años. Siendo más claras estas evidencias en las niñas que en los niños.
Incidence of eating disorders in family environment in high school adolescents.	Levická K, Kovalčíková N, Kováčová L.	2014	Estudio cualitativo.	Elsevier	En las familias disfuncionales, con dificultad para resolver situaciones estresantes y un deterioro en la comunicación entre los miembros, el riesgo de que los hijos desarrollen un trastorno de salud mental es mayor.
Emotional abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation.	Vajda A, Láng A.	2014	Estudio cualitativo.	Elsevier	En la infancia situaciones como el abandono o la presencia de alteraciones emocionales, aumentan el riesgo de sufrir trastornos de la conducta alimentaria durante la adolescencia.
The risk of eating disorders in adolescence its association with the impact of the sociocultural attitudes towards appearance	Andreea-Elena M.	2015	Estudio cualitativo.	Elsevier	Los hallazgos de este estudio revelan que la internalización del ideal de belleza que tienen los adolescentes está directamente relacionada con el tiempo que dedican a los medios de comunicación.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
CINAHL					
Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review	Jewell T, Blessitt E, Stewart C, Simic M, Eisle I.	2016	Revisión narrativa	EBSCOhost	La terapia familiar es más beneficiosa en el tratamiento de la anorexia nerviosa en comparación con la terapia individual. Mientras que en la bulimia nerviosa son más efectivas las terapias cognitivo- conductuales.
An Exploratory Evaluation of the Family Meal Intervention for Adolescent Anorexia Nervosa	Rauch C, Kovalskys I, Orellana L.	2017	Estudio exploratorio longitudinal.	EBSCOhost	En este estudio se exploran los beneficios de una terapia familiar basada en la mejora de la “comida familiar” ajustándose a la flexibilidad en la toma de decisiones familiares y la unión entre los miembros.