



**Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

GRADO EN ENFERMERÍA

Itinerario 2009/2013

Curso académico 2012/2013

TRABAJO FIN DE GRADO

**Guía de ayuda para padres con hijos que
sufren anorexia nerviosa**

Lucía Roca Leira

1. RESUMEN.

1.1 Resumen en español.

1.2 Resumen en inglés.

2. INTRODUCCIÓN.

2.1 Antecedentes y estado actual del tema.

2.2 Fases por las que pasa el paciente en la anorexia nerviosa.

2.3 Manifestaciones clínicas derivadas a la enfermedad.

2.4 Tratamiento.

2.5 La familia frente a la anorexia nerviosa

3. JUSTIFICACIÓN.

4. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo general.

4.2 Objetivos específicos.

5. METODOLOGÍA.

5.1 Bases de datos nacionales consultadas.

5.2 Bases de datos internacionales consultadas.

5.3 Artículos de referencia.

6. RESULTADOS.

7. CONCLUSIÓN.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. RESUMEN.

1.1 Resumen en Español.

La anorexia nerviosa es un desorden alimenticio que pone en peligro la vida y se caracteriza por la privación de comer y por la pérdida excesiva de peso, siendo la adolescencia el período crítico.

El tratamiento de la anorexia nerviosa es un desafío porque la mayoría de las personas con este desorden niegan tener un problema. Así como todos los desórdenes alimenticios, la anorexia nerviosa requiere un plan de tratamiento integral que es adaptado para cubrir las necesidades de cada paciente. Las metas del tratamiento incluyen devolverle a la persona un peso saludable, tratar problemas emocionales tales como la baja autoestima, corregir patrones de pensamiento distorsionados y desarrollar cambios de conducta a largo plazo.

El apoyo de la familia es muy importante para la recuperación del adolescente. Es importante que todos los miembros entiendan el desorden alimenticio y reconozcan sus señales y síntomas, situación que les produce estrés debido al gran desconocimiento que tienen sobre la enfermedad y como actuar con su hijo.

Es por ello y tras una exhaustiva revisión bibliográfica donde se ha encontrado escasa información a los padres, que se decide realizar una guía informativa para padres con hijos que sufren anorexia nerviosa.

Palabras clave:

Anorexia nerviosa, adolescencia, padres.

1.2 Resumen en ingles.

Anorexia nervosa is an eating disorder that endangers life and it's characterized by the deprivation of eating and excessive weight loss, adolescence is the critical period.

Treatment of anorexia nervosa is a challenge because most people with this disorder deny they have a problem. So like all eating disorders, anorexia nervosa requires a comprehensive treatment plan that is tailored to meet the needs of each patient. Treatment goals include restoring the person to a healthy weight, treating emotional problems such as low self-esteem, correct distorted thinking patterns and develop behavioral changes over time.

Family support is very important for the recovery of the adolescent. It's important that all family members understand the eating disorder and recognize it's signs. This situation cause them stress due to ignorance about the disease and not know how to treat his child.

After a thorough literature review with found little information to parents, we decide to make a informative guide for parents with children suffering from this illness.

Keywords:

Anorexia nervosa, adolescence and parents.

2. INTRODUCCIÓN.

2.1 Antecedentes y estado actual del tema.

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por una alteración perceptiva de la imagen corporal y un temor irracional a ganar peso. La persona se queja de que se encuentra obesa o cree que alguna parte de su cuerpo se encuentra desproporcionada, incluso presentando un estado objetivamente caquético.^{1, 2}

Dada la imagen corporal que perciben de sí mismos comienzan una pérdida de peso autoinducida mediante la disminución o privación de las ingestas sobre todo de alimentos hipercalóricos, acompañado esto de ejercicio físico vigoroso. Con frecuencia estos pacientes también utilizan laxantes y diuréticos e incluso se provocan el vómito para alcanzar su objetivo.³

La anorexia nerviosa ha adquirido en los últimos años gran importancia debido a su frecuencia y al impacto que causa en la familia y el entorno de la paciente. Es también uno de los problemas de salud fuertemente relacionado con la importancia que la imagen tiene en nuestra sociedad y se considera la tercera causa de enfermedad crónica en niños y adolescentes. Su elevada incidencia y prevalencia hacen que se constituya como indicador de preocupación de la mayoría de los profesionales de la salud.^{4, 5}

La anorexia nerviosa se puede presentar en diferentes grupos de edad. Ocasionalmente hay pacientes con un inicio muy temprano entre los 7 y 10 años. Según vamos aumentando la edad crece también el número de casos, siendo la franja de edad entre los 13 y 19 la que se lleva el número más alto. Y entre los 20 y los 30 años los casos comienzan ya a descender considerablemente.⁶

Aun siendo durante toda la adolescencia donde nos encontramos la mayor parte de casos de trastornos alimentarios, los epidemiólogos describen dos picos de frecuencia, a los 14 y a los 18 años.⁷ Y en referencia al sexo más afectado, entre el 90 y 95% de los adolescentes con anorexia nerviosa son mujeres.⁸

Otro dato importante es la incidencia del trastorno, que ha pasado de 0.37 en varones y 0.64 en mujeres pacientes por año por cada 100.000 habitantes durante las décadas de los 60 y 70 (Joes, Fox, Babigan y Hulton 1980) a situarse en torno a 8 (Hoek 2006), es decir, en treinta años se ha multiplicado aproximadamente por veinte.⁹

En este trastorno de la conducta alimentaria los diferentes comportamientos adquiridos por el adolescente para llevar a cabo la pérdida de peso corporal, objetivo principal del trastorno, dividirán a las personas en dos grupos según el método empleado para la consecución de su propósito.¹⁰

- Anorexia restrictiva: en este tipo de describen cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio físico intenso.
- Anorexia compulsiva: se produce cuando el paciente recurre regularmente a atracones y posteriormente a purgas mediante la utilización de diuréticos, laxantes, enemas y provocación del vómito de una manera excesiva. La mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo llevan a cabo estas conductas al menos semanalmente.¹¹

Los trastorno de la conducta alimentaria y, por tanto, la anorexia nerviosa presentan una elevada comorbilidad tanto simultanea como durante la vida. Los trastornos más frecuentes asociados a ellos son los trastornos depresivos y los de ansiedad que sufren la mayor parte de pacientes.¹²

2.2 Fases por las que pasa el paciente en la anorexia nerviosa.

Con el fin de explicar la anorexia podemos dividir el avance del trastorno en 4 fases. Estas 4 fases siguen la evolución de la enfermedad mientras los pensamientos, las sensaciones y la personalidad del paciente se van distorsionando y este pierde su individualidad básica como persona que no vuelve a aparecer hasta que se recupera de esta enfermedad.

Las 4 fases en las que se puede dividir la enfermedad, que describimos a continuación, incluyen el trauma tanto físico como psicológico de la enfermedad, demostrando que ambas visiones de la anorexia no pueden ir separadas.¹³

Primera fase: la etapa del éxito.

La primera característica con la que comienza la anorexia es un deseo por parte de la persona de pérdida de peso, de estar delgada y por tanto de ser socialmente aceptada por su familia y amigos. En esta primera fase no detectamos un comportamiento anormal sino que es una tendencia que la mayoría de las chicas persiguen, ya que consideran el ganar peso algo inaceptable.^{10, 13}

La mayoría de las personas, tanto con pesos normales o con exceso de peso, ven las dietas como algo deprimente y aburrido. Esta es la causa de que las abandonen antes de alcanzar su objetivo, y las que continúan acaben volviendo a ganar el peso que tanto trabajo les costó perder.

La persona predispuesta a sufrir anorexia nerviosa es perfeccionista, y el objetivo de perder peso la absorbe de tal manera que comienza un régimen estricto. Esto provocará elogios, comentarios de admiración y envidia por parte de sus allegados que producen una sensación de éxito en la persona que le ayuda a seguir con sus restricciones alimentarias. Todo el calvario que sufre la persona se ve recompensado en un instante por unos comentarios positivos.¹³

Todos estos elogios son debidos a que los cuerpos femeninos han marcado los cánones de belleza, y en los últimos años está teniendo lugar una enorme incidencia de trastornos de la alimentación, derivados, en cierta medida, de la influencia cada vez mayor de los medios de comunicación y de una sociedad que admira unos modelos estéticos corporales basados en la delgadez.¹⁴

Segunda fase: la etapa de seguridad compulsiva.

El objetivo de la anoréxica ha cambiado, ya no solo es perder peso sino que se marca una cantidad semanal y aparece la distorsión de la imagen corporal ya que se ve más obesa cuanto más peso pierde.

Comienzan también las conductas que se tomarán como rituales, como por ejemplo medirse los brazos, las caderas y los muslos e ir probándose cada vez tallas más pequeñas.

El pensamiento de que está obesa le obliga a aumentar sus comportamientos de pérdida de peso mediante dietas muy restrictivas y ejercicios extenuantes. La prioridad de las anoréxicas en esta etapa será la pérdida de peso compulsiva, es como si el resto de problemas desapareciesen, ya que su objetivo se convierte en una obsesión y es necesario realizarlo para controlar el estado de ansiedad en el que se encuentra.

Debido a que su objetivo ocupa todo su tiempo comienza a despegarse emocionalmente de su familia y amigos. Y su estado de ansiedad junto a su pensamiento continuo de pérdida de peso produce en el enfermo alteraciones del sueño.

La segunda fase es en realidad un intento cada vez más desesperado de evitar la inseguridad, que está destinado a fracasar. Dejará a nuestra víctima obsesiva, compulsiva, alejada de los demás, avergonzada y deprimida ante su estado mental.¹³

Tercera fase: la etapa afirmativa.

La tercera fase de la enfermedad comienza cuando todos aquellos comentarios positivos acerca de la pérdida de peso y que ella percibía como un éxito se convierten en críticas, de sus personas más cercanas, por la extrema delgadez a la que ha llegado.

En el carácter de estas personas suele ir implícita la simpatía, la obediencia y evitan todo tipo de conflicto, pero en este punto de la enfermedad por primera vez comienza un desafío contra todas las personas que la rodean. No le preocupa lo que puedan pensar de sus acciones, y no necesita agradar. Pero aún así, es consciente de que solo toma esta actitud desafiante cuando ha de defender su anorexia, y esto le produce una sensación de poder, pero solo en este campo.¹³

La familia detecta la entrada en esta fase cuando dan comienzo los cambios de conducta relacionados con la hora de comer. Dan comienzo también pensamientos relacionados con que el resto de mujeres sienten celos de su delgadez y lo que pretenden es que engorde.¹⁰

Esta fase afirmativa alerta a los padres de la tenacidad de la enfermedad y es la señal externa de que la pesadilla de la anorexia empieza a arrear. Por otra parte, la paciente tiene una sensación de poder que nunca pudo imaginar cuando empezó a perder peso.¹³

Cuarta fase: la etapa de la pseudoidentidad.

Tarde o temprano la pérdida de peso de la anoréxica se torna manifiesta para la familia y para la comunidad.

En este momento de la enfermedad algunos pacientes ocultan su extrema delgadez con capas de ropa y otras se sienten muy orgullosas de su aspecto por lo que muestran su cuerpo todo lo posible.

En esta fase la paciente ha conseguido lo que cree que es su identidad, una manera de ser considerada especial llenando el vacío que ha sentido secretamente durante un tiempo acerca de sí misma.

La cuarta fase no se caracteriza por la aparición de nuevos comportamientos sino por la nueva sensación de poder, que provoca que la persona esté más convencida de que este es el camino correcto.¹³

2.3 Manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Junto con los cambios de conducta también irán apareciendo manifestaciones clínicas producidas por el ayuno, el ejercicio físico y la utilización de laxantes. Los pacientes sufrirán distintos problemas como:

- Digestivos: enlentecimiento del vaciado gástrico, estreñimiento, dispepsia y obstrucción intestinal.
- Cardiovasculares: hipotensión, bradicardia y edemas periféricos.
- Metabólicos: hipotermia, deshidratación, hipoglucemia, hipopotasemia y alteraciones hidroelectrolíticas.
- Endocrinos: amenorrea y alopecia.
- Hematológicos: anemia, trombopenia y leucopenia.
- Renales: enuresis y polaquiuria.
- Musculoesqueléticos: debilidad muscular, osteoporosis y calambres.¹

2.4 Tratamiento

Todo adolescente afectado por este trastorno muestra una resistencia inicial al tratamiento y en muchos casos no acuden al médico hasta que la pérdida de peso es importante o son descubiertos por sus padres.

El objetivo principal en estos pacientes es aumentar el peso corporal hasta un nivel donde la vida de la persona no corra peligro, y solucionar también los problemas psiquiátricos que se presenten.¹⁵

Es debido al riesgo que supone la enfermedad para la vida, que el tratamiento lo realizará un equipo multidisciplinar formado por médico, psiquiatra o psicólogo, antropólogo, nutricionista, personal de enfermería y en ocasiones el trabajador social. La función del equipo será la de llevar a cabo un buen protocolo de tratamiento dirigido a adolescentes y familiares.⁹

El primer paso para dar comienzo al tratamiento es determinar si la paciente necesita hospitalización o se puede realizar el tratamiento de forma ambulatoria. Para decantarnos o no por la hospitalización de la paciente valoraremos el estado de deshidratación, la malnutrición, el requerimiento de técnicas especiales de alimentación y la inestabilidad clínica. Dependiendo del momento en que se diagnostique el trastorno, los valores de los criterios anteriores se encontrarán en distintos niveles, y será en relación a ellos que se tomará una u otra decisión.¹⁶

Desde un primer momento, y no importando el tipo de tratamiento que se llevará a cabo el médico debe preocuparse de hacer participe en el proceso terapéutico a la paciente aunque esta sea reacia o abiertamente resistente, para esto es importante la formación de una alianza terapéutica inicial en algún área de dificultad reconocida.¹⁵

La hospitalización

El tratamiento hospitalario de la adolescente anoréxica viene dado por la gravedad del estado físico y psicológico de la paciente. Aunque la hospitalización suele estar indicada, debe contemplarse como una fase del prolongado tratamiento en el que también se incluye la asistencia ambulatoria.

Este tipo de tratamiento debe de incorporar una evaluación psiquiátrica global, una exploración médica concienzuda, la realización de pruebas analíticas apropiadas para determinar el estado fisiológico de la paciente y una estrecha observación. A lo largo de esta fase del tratamiento se debe aplicar un abordaje terapéutico en equipo con participación de un psiquiatra, un especialista en nutrición, un especialista en terapia familiar, un especialista en terapia recreativa, un educador y un profesional de enfermería con experiencia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.¹⁵

El programa terapéutico hospitalario aplicará un protocolo de rehabilitación nutricional, y antes de dar comienzo el médico le debe de explicar detalladamente a la paciente el régimen terapéutico. El personal clínico, la paciente y sus familiares tienen que ser conscientes de que la administración de un régimen de alimentación constituye una medida para salvar la vida de la enferma, más que un castigo.¹

En el momento del ingreso se debe establecer un objetivo de peso que se tiene que conseguir en el momento del alta. Las pacientes no necesitan realmente alcanzar el peso corporal ideal durante su hospitalización, sino que el peso corporal al alta debe ser suficientemente elevado como para proteger a la paciente de un estado precario desde el punto de vista médico.

El buen resultado del protocolo depende de la capacidad de los profesionales para mantener una actitud abierta, honesta, empática y firme. Una vez que el peso corporal de la paciente aumenta hasta un nivel estable, mostrará una disposición psicológica mayor hacia otras modalidades terapéuticas.¹⁵

Tratamiento ambulatorio

El tratamiento ambulatorio básico de las pacientes con anorexia nerviosa debe incluir una evaluación médica progresiva así como psicoterapia individual y familiar. Otras opciones terapéuticas adicionales son la orientación nutricional, la terapia de grupo y la farmacoterapia.

En la psicoterapia el objetivo es ayudar a la paciente a alcanzar una capacidad de autorregulación con mayor poder adaptativo que sus comportamientos alimentarios actuales. La negación de la existencia de un problema por parte de la adolescente, de sus familiares o de ambos dificulta el establecimiento de una alianza terapéutica. En todo momento de la psicoterapia el cariño y la empatía son perfectamente compatibles con el establecimiento de límites.

Respecto a la terapia de grupo las pacientes muestran a menudo poco interés debido a que sienten desconfianza e intentan evitar los contactos sociales. El objetivo de la terapia de grupo es disminuir la sensación de aislamiento de las pacientes y crear un entorno no amenazador en el que puedan compartir sus pensamientos y sentimientos. Las pacientes consideran útil comprobar que hay otras personas que tienen los mismos sentimientos y síntomas.

Otra de las opciones es la terapia familiar, se puede proponer a esta como forma de apoyo para superar la anorexia de la adolescente. A menudo no está claro cuáles son los problemas familiares que han dado lugar al inicio o al mantenimiento de la enfermedad. No obstante, todas las familias se sienten afectadas cuando tienen en su seno un caso de anorexia nerviosa y necesitan información y apoyo. El hecho de que un familiar presente un trastorno de la conducta alimentaria constituye un problema grave para la familia.¹⁵

Y por último el empleo de farmacoterapia puede ser un tratamiento complementario útil junto a otras formas de terapia. Todos los trastornos comórbidos como la depresión o la ansiedad, deben ser tratados con la medicación apropiada. La administración de ansiolíticos antes de las comidas puede ayudar a las pacientes anoréxicas a controlar la ansiedad que experimentan al consumir pequeñas cantidades de alimento. Es necesario explicar detalladamente a las pacientes anoréxicas la utilidad y los efectos de los medicamentos con objeto de evitar errores conceptuales en las mismas y también para animar a la familia a que apoye el tratamiento. La medicación se debe controlar estrechamente, inicialmente las dosis son bajas para reducir los posibles efectos adversos en estas pacientes que tienen un peso corporal bajo. Es importante también subrayar el hecho de que la medicación psicotrópica sólo se debe prescribir en el contexto de la psicoterapia.^{15, 16}

Y también, aunque sea extraño se han realizado estudios donde la práctica de ejercicio prescrito bajo supervisión ha producido cambios beneficiosos y ningún efecto adverso en la recuperación del peso y de la menstruación. Estos programas de ejercicio son útiles para reducir el estrés emocional que sufren las pacientes.¹⁷

2.5 La familia frente a la anorexia nerviosa

La idea de que los trastornos alimentarios son un signo de una familia disfuncional ha tenido una larga historia, pero en las últimas décadas en lugar de culpar a la familia los profesionales han llegado a apreciar la importancia que tienen durante el tratamiento, ayudando ellos mismos a sus hijos.¹⁸

Todos los padres que sufren el trastorno de cerca pasan por un proceso que en ocasiones es largo y siempre doloroso. Para llegar a comprender la anorexia en todas sus dimensiones, ellos necesitan al igual que el adolescente ayuda para superar la enfermedad. En todas las familias afloran sentimientos de culpa, rabia, vergüenza e impotencia.¹⁰

Es evidente que la anorexia modifica el equilibrio familiar y entre sus miembros se establece una incompreensión mutua. Este clima de tensión se generaliza enseguida y origina otras peleas que a su vez confirman el malestar familiar. Al comienzo de la enfermedad puede haber disparidad en lo que respecta al modo de solucionar el problema, unos son partidarios de una actitud comprensiva y paciente y los otros toman una actitud más firme y activa. Pero sean cuales sean sus reacciones, tarde o temprano, los padres se encuentran en un callejón sin salida. A pesar de sus esfuerzos su hijo sigue sin querer comer y adelgaza más.¹⁹

Es aquí cuando comenzarán una búsqueda de información sobre la enfermedad, y surgirán preguntas acerca de las soluciones y cómo podrían o deberían actuar ante ciertos problemas. Para ello nos encontramos con multitud de asociaciones volcadas en trastornos alimentarios y diversos grupos de ayuda a padres.

Una vez las familias hayan solventado sus dudas, conozcan la enfermedad y sepan cómo tratar con el enfermo estarán preparados para actuar como coterapeutas durante el tiempo que dure el tratamiento dando apoyo efectivo y afectivo a la paciente y aplicando las normas conductuales precisas para su normalización tanto física como psíquica. El trabajo de estas personas que forman los grupos es indispensable, y sin ellos las familias de los afectados no tendrían la ayuda necesaria para sobreponerse y ayudar al enfermo.¹⁰

3. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen una patología emergente en el mundo desarrollado. De estos trastornos posiblemente el más grave es la anorexia nerviosa debido a su potencial morbimortalidad. Todas las personas que lo sufren tendrán que pasar por alguno de los tratamientos, siendo esto un proceso largo y doloroso que afecta siempre a las familias. Estas son un apoyo muy importante para el enfermo durante toda la enfermedad pero más en el tratamiento.

Es por esto que todas las familias con miembros que sufren este trastorno necesitan ayuda, apoyo e información que prestaremos por medio de esta guía de ayuda que les acercará a la enfermedad, les brindará consejos útiles en su comportamiento con el enfermo e informará sobre que deben de hacer ante posibles sospechas.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

El objetivo principal es la elaboración de una guía de ayuda a los padres para mejorar el afrontamiento de la enfermedad de su hijo tanto en el aspecto físico como psíquico e iniciar o aumentar su conocimiento.

4.2 Objetivos específicos

- Dar a conocer los distintos tratamientos existentes para paliar la enfermedad, y de qué depende la utilización de uno u otro.
- Enseñar que el trastorno consta de un lado físico y otro psicológico, y que no hay uno más importante que otro.
- Mostrar que no sólo la persona que sufre el trastorno recibe ayuda, sino que también existen grupos y terapias que ayudan a la familia a sobrellevar la enfermedad.
- Ayudar a la detección del trastorno en fases tempranas para facilitar una pronta recuperación.
- Mentalizar a toda la población de la importancia de realizar dietas de adelgazamiento bajo la supervisión de un profesional.
- Destacar la importancia de la familia en la recuperación de la paciente con trastorno de la alimentación.

5. METODOLOGÍA

• Material y métodos

La presente revisión bibliográfica se ha realizado comenzando por la formulación de la pregunta a estudio y posterior elaboración de criterios de inclusión. Una vez obtenidos estos dos puntos, podemos determinar las palabras clave para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos.

Ya recogida toda la bibliografía que se adapta a nuestros criterios, se llevará a cabo una selección manual, y con esta realizaremos la síntesis de los resultados mediante la lectura y posterior resumen.

Llegados a este punto hemos realizado la búsqueda necesaria para elaborar la introducción de nuestra revisión bibliográfica.

• Estrategia de búsqueda

Con el fin de localizar información científica sobre el tema de estudio se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ámbito sanitario. Dicha búsqueda se realizó en:

- Biblioteca COCHRANE
- PUBMED.
- PLUS.
- MEDLINE.
- CUIDEN PLUS.
- LILACS.
- ENFISPO.
- PSYCINFO
- MEDES.

Las palabras clave identificadas a través del Mesh han sido:

- Anorexia nervosa.
- Parents.
- Adolescence.

5.1 Bases de datos nacionales consultadas para la revisión bibliográfica.

BASES DE DATOS NACIONALES			
BASES DE DATOS	NÚMERO TOTAL ARTÍCULOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	FILTROS
BIBLIOTECA COCHRANE PLUS	7	Anorexia nerviosa AND adolescencia AND familia	Revisiones sistemáticas.
CUIDEN PLUS	64	Anorexia nerviosa	Artículos originales, revisiones bibliográficas y actas de congresos.
ENFISPO	29	Anorexia nerviosa	Artículos originales y revisiones bibliográficas.
MEDES	18	Anorexia nerviosa AND adolescencia	Artículos originales, revisiones bibliográficas y casos clínicos.

5.2 Bases de datos internacionales consultadas para la revisión bibliográfica.

BASES DE DATOS INTERNACIONALES			
BASES DE DATOS	NÚMERO TOTAL ARTÍCULOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	FILTROS
PUBMED	270	Anorexia nervosa AND adolescence AND parents	Revisiones sistemáticas y bibliográficas. Adolescence (13-18 years).
MEDLINE	77	Anorexia nervosa AND adolescence AND parents	Artículos originales y revisiones bibliográficas
LILACS	151	Anorexia nervosa AND adolescence AND parents	Artículos originales y revisiones bibliográficas.
PSYCINFO	13	Anorexia nervosa	Artículos originales y revisiones bibliográficas

5.3 Artículos de referencia

- 1- Protocolo de actuación de enfermería durante las comidas de pacientes con TCA hospitalizados. Utilizado en el Hospital Niño Jesús. Área de psiquiatría. Junio 2001. Revisado en 2008.

Nos acerca las normas de la hospitalización de pacientes con anorexia y como participan en el tratamiento las familias.

- 2- Sten Theander. Anorexia nervosa with an early onset: selection gender, outcome and results of a long term follow up study. Journal of youth and adolescence. 1995: 25 (4): 419-429.

Por facilitar datos de incidencia de la anorexia nerviosa según las edades de los pacientes.

- 3- Jerry M Wiener, Mina K Dulcan. Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. 3ª ed. Barcelona. Elsevier. 2006.

Por brindar desde un punto de vista psiquiátrico el tratamiento de la anorexia nerviosa en adolescentes.

- 4- Turón. Prevención de los trastornos de la alimentación [CD-ROM]. 1ª ed. Laboratorios Esteve. 1999.

Muestra un estudio integral de la enfermedad, tanto desde el punto de vista físico como del psíquico y el papel de la familia.

- 5- Thomas JS, Laura CL, Jennifer D. Anorexia nervosa: patient and family centered care. Pediatric nursing. 2011; 37 (6): 331-333.

Plantea la importancia de los padres durante el tratamiento de la anorexia nerviosa.

- 6- Mª Elena PM, Francisco Javier MR. La anorexia nerviosa. Atención en una unidad de salud mental. Metas de enfermería. 2007; 10 (8): 22-26.

Por resaltar la importancia de los trastornos alimentarios

6. Resultados

Guía de ayuda para padres con hijos que sufren anorexia nerviosa

6.1 ¿Qué es la anorexia nerviosa?

La anorexia nerviosa es un trastorno que afecta a la conducta alimentaria, por lo tanto es una enfermedad física pero que también posee componentes psicológicos importantes. Las características más destacables y que lo definen son:

- Pérdida de peso corporal, inicialmente por una disminución importante de la ingesta.
- Alteración en la percepción de la imagen corporal, viéndose a sí mismas obesas.
- Inicio de ejercicio físico vigoroso y utilización de laxantes, diuréticos y provocación del vómito para alcanzar su objetivo de pérdida de peso corporal.

6.2 Prevención por parte de los padres

- Prestar especial atención a la alimentación de sus hijos.
- Valore a sus hijos sin tener en cuenta su peso. Si es necesario modificar su alimentación hágalo, pero evite las observaciones negativas respecto a un posible exceso.
- Refuerce la autoestima de sus hijos. Hágales sentir bien y no centre sus reconocimientos en las cuestiones físicas.
- Ayúdeles a desarrollar su sentido crítico respecto a la moda de la delgadez en la publicidad, donde suele identificarse siempre con el éxito.

6.3 ¿Cómo detectar el trastorno alimenticio en su hijo adolescente?

- La menor intenta comer cada vez menos o saltarse algunas comidas con excusas.
- Se queja con frecuencia de su imagen corporal y se describe como “gorda”. Síntoma de autodesprecio y baja autoestima.
- Comienza a desarrollar rituales: corta la comida en trozos pequeños, los “marea” por el plato, come despacio y al final siempre dice que está “llena”.
- Comienza a comprar productos para adelgazar, laxantes, diuréticos, etc.
- Se aprecia debilidad física y el estado de ánimo se vuelve irregular.
- Se retrasa o retira la menstruación.

6.4 ¿Qué deben de hacer cuando se ha descubierto?

La anorexia nerviosa es un trastorno mental con serias repercusiones físicas, y es muy difícil que la familia sólo pueda afrontar el problema.

Por ello, cuando se haya detectado en la familia se debe acudir al médico de atención primaria para que este le derive al especialista, le diagnostique y le prescriba el tratamiento.

Y es también muy importante ponerse en contacto con alguna asociación de afectados y familiares, para recibir más información, asesoramiento familiar y apoyo. Algunas de estas asociaciones son ADANER, FEACAB, ABAC o ASPANES.

6.5 Preguntas frecuentes

- **¿Estamos ante una enfermedad?**

Todos los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades, tanto físicas como mentales.

Para un buen pronóstico es fundamental descubrirlos a tiempo y para ello son primordiales las actuaciones dirigidas a la prevención y contar con la motivación de los enfermos y las familias.

- **¿Por qué se producen los trastornos de la conducta alimentaria?**

No se conocen las causas de estas enfermedades pero sí se conocen los factores predisponentes y desencadenantes que influyen notablemente en su aparición. Por lo tanto, son trastornos multicausales en los que influyen factores genéticos, biológicos, psicológicos y socio culturales ocupando estos últimos un lugar destacado.

- **¿Tiene mi hijo anorexia?**

Observe las conductas de su hijo, sus actitudes frente a la comida, identifique los síntomas de la enfermedad pero recuerde que no tiene porque cumplirlos todos, y en caso afirmativo busque ayuda.

- **¿Tiene tratamiento?**

Sí, existen unidades hospitalarias especializadas en el tratamiento de estas enfermedades.

Pregúntale a tu médico de cabecera y a las asociaciones de Anorexia y Bulimia, ellos te informarán de los recursos existentes en tu Comunidad.

- **¿Dónde debemos acudir para recibir ayuda?**

Lo mejor es informarse a través de las asociaciones de afectados o de los organismos sanitarios. Ellos te darán información, asesoramiento familiar y apoyo.

- **¿Hemos hecho algo mal? ¿Quién tiene la culpa?**

No te atormentes ni te sientas culpable. No solucionamos nada buscando culpables porque no los hay. Busca la ayuda de un buen profesional y acude a las asociaciones de anorexia y bulimia quienes te podrán orientar y apoyar en el proceso de la enfermedad.

- **¿Los padres reciben ayuda?**

Sí, en todas las asociaciones de familiares de enfermos con trastornos de la conducta alimentaria. Aquí existen grupos de autoayuda para los padres y actividades dirigidas a ellos y siempre hay personas dispuestas a apoyar y orientar.

- **¿Cuándo sabremos que nuestro hijo ya está curado?**

- Tiene hábitos de comida equilibrados y variados.
- Ausencia de vómito auto inducido y abuso de laxantes.
- Realiza ejercicio físico regular y moderado.
- Menstruación normal.
- Capacidad de reconocer niveles normales de hambre y saciedad.
- Ausencia de miedo y pensamientos obsesivos.
- Autoestima y autoaceptación elevados.
- Encuentre su verdadera identidad.
- Asuma la responsabilidad sobre su salud.

6.6 Consejos para los padres.

- Antes de las comidas la paciente suele estar agobiada, tensa y de mal humor. Es necesario distraerla, transmitirle seguridad y confianza.
- Se debe de actuar con tranquilidad y hasta cierto punto con indiferencia a los gestos y provocaciones.
- Después de las comidas es conveniente que las personas que tienen riesgo de vomitar no vayan al cuarto de baño hasta pasadas una o dos horas. En este tiempo deben hacer sobremesa y guardar reposo.
- Evitar las suspicacias y la actitud persecutoria. Recuerda que necesitas acompañarla y no vigilarla.
- Si descubres que ha escondido comida, ha tenido un atracón o ha vomitado, no la reproches ni pienses que lo está haciendo mal. Toma tus previsiones para el futuro.
- No te desesperes por las quejas, cuando se tranquiliza disminuyen sus molestias.
- Acompañarla durante las comidas y no agobiarla, así le daremos mayor seguridad.
- Ayudarla a fijar los límites para que no tome menos comida pero tampoco más.

7. CONCLUSIÓN.

Al realizar esta revisión bibliográfica sobre la anorexia nerviosa he hecho un recorrido por sus características y todos sus aspectos importantes.

He descubierto también la gran importancia que tiene el apoyo de la familia tanto en este trastorno como en otras enfermedades crónicas, y cuanto sufren padres y allegados por la situación.

La enfermedad afecta gravemente al estado físico pero también al psicológico, y pienso que es por ello que la dificultad en el tratamiento se incrementa, ya que la persona piensa que se le está castigando al querer aumentar su ingesta.

Otro punto importante para mí con el que me he encontrado es la cantidad de consecuencias negativas que tiene este trastorno alimentario, hasta el punto de poder desencadenar en la muerte de la persona.

Y por último, me he dado cuenta de lo importantísimo que es informar a los padres sobre la enfermedad, para ellos una situación dolorosa y de angustia, por lo que necesitan que se les brinde información y apoyo. Las vías por las que reciben esto son en mayor medida por los grupos de padres y las asociaciones que existen dedicadas a estos trastornos.

Un enfermo siempre necesita el apoyo y cariño de sus seres queridos para superar las dificultades que vienen junto con su enfermedad, pero no solemos pensar que la familia necesita también esto. Para ellos es esta guía de ayuda.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- 1- Protocolo de actuación de enfermería durante las comidas de pacientes con TCA hospitalizados. Utilizado en el Hospital Niño Jesús. Área de psiquiatría. Junio 2001. Revisado en 2008.
- 2- Medline plus. Anorexia nerviosa. [sede-Web]. EEUU. Medline plus. 1997. [actualizada el 13 de febrero del 2012-acceso 17 de febrero del 2013]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000362.htm>
- 3- Casas MJ, Ayllón L. Anorexia en la infancia. Rev. Cubana pediatr. [revista en internet]. 2002. [acceso el 17 de febrero del 2013]. 74 (3). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000300005
- 4- Pileño ME, Morillo FJ. La anorexia nerviosa. Atención en una unidad de salud mental. Metas de enfermería. 2007; 10 (8): 22-26.
- 5- Ruiz S, Prado R, Urrejola P, Hodgson M^{al}, Carrasco E. Anorexia nerviosa. Pediatr día. 2000; 16 (3): 215-20
- 6- Theander S. Anorexia nervosa with an early onset: selection gender, outcome and results of a long term follow up study. Journal of youth and adolescence. 1995: 25 (4): 419-429.
- 7- Rivas E. Anorexia infantil. La hipótesis etiológica. Rev. de la asociación Española de neuropsiquiatría. 2005; 34 (94): 19-28.

- 8- Federación española de asociaciones de ayuda y lucha contra la anorexia y la bulimia nerviosas.
- 9- Vellisca M^aY, Orejudo S, Latorre JI. Distorsión de la percepción corporal en pacientes con anorexia nerviosa de inicio temprano vs. Tardío. *Clínica y Salud*. 2012; 23 (2): 111-121.
- 10-Turón J. Prevención de los trastornos de la alimentación [CD-ROM]. 1^a ed. Laboratorios Esteve.1999.
- 11-Fauman M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1^a ed. Barcelona. Masson. 2002.
- 12-Toro J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. 1^a ed. Barcelona. Ariel. 2004.
- 13-Levenkron S. Anatomía de la anorexia. 1^a ed. Barcelona. Kairos. 2004.
- 14-Lozano Vázquez S. Romper los límites corporales. *Metas de Enfermería*. 2002; 5 (50): 45-48.
- 15-Wiener J, Dulcan M. Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. 3^a ed. Barcelona. Elsevier. 2006.
- 16-Rayó AI, Ferrer C, Moreno JM, Urruzuno P, Barrio J, Salcedo E et al. Anorexia infantil. Fallo de medro. Grupo Gastro-sur [internet] 2007. [acceso 23 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.ampap.es/documentación/protocolos//Anorexia_Fallo_de_medro_2007.pdf.

17-Tokomura M, Yoshiba S, Tanaka T, Nanri S, Watanabe H. Prescribe exercise training improves exercise capacity of convalescent children and adolescent with anorexia nervosa. *Eur J. Pediatr.* 2003; 162: 430-431.

18-Silber T, Collins L, Duval J. Anorexia nervosa: patient and family centered care. *Pediatric nursing.* 2011; 37 (6): 331-333.

19-Simon I, Nef F. *Cómo superar la anorexia. Recuperar el placer de vivir.* 1ª ed. Madrid. Síntesis. 2005