



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**ANOREXIA Y BULIMIA: PROBLEMAS DE LA SOCIEDAD
DESARROLLADA**

Autor/a:

Marta Asensio Aller

Tutor/a:

Dolores Tejero de la Cuesta

RESUMEN

Según el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos un trastorno de la alimentación es una enfermedad que causa graves perturbaciones en la dieta diaria, tales como comer cantidades muy pequeñas o comer en exceso. Los trastornos de la alimentación generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana, pero también se pueden dar durante la niñez o la adultez avanzada. Los trastornos de la alimentación más comunes son la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Por eso en este trabajo me he centrado en la anorexia y la bulimia.

El objetivo de este trabajo, en primer lugar es definir la anorexia y la bulimia y su relación con la sociedad desarrollada. En segundo lugar, definir las características de estas enfermedades: su etiología, su diagnóstico, su tratamiento y la importancia de la educación nutricional.

No está muy clara la etiología de estos trastornos, si que se sabe que no se debe a una sola causa, sino que actúan varios factores en conjunto, que pueden influir para el desencadenamiento de la anorexia y la bulimia.

El diagnóstico se realizará principalmente cuando se produzca una pérdida o ganancia abrupta de peso; en niños o adolescentes también por la falta de crecimiento. A mayores se realizarán otros estudios para su confirmación.

Al igual que el tratamiento psicológico, en estos pacientes también es muy importante la educación nutricional, para que adquieran unos adecuados hábitos nutricionales, y puedan llegar a conseguir el peso óptimo y obtener un estado de salud normalizado.

Palabras clave:

- Anorexia.
- Bulimia.
- Sociedad.
- Desarrollada.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

- Introducción.....3
- Justificación.....5
- Objetivos.....7
- Desarrollo del tema.....8
 - Definición y características de la anorexia y la bulimia....8
 - Etiología.....10
 - Diagnóstico.....16
 - Tratamiento.....17
 - Educación nutricional para los pacientes.....20
- Conclusiones e implicaciones para la práctica.....23
- Anexos.....
 - Propuesta de plan de cuidados.....
- Bibliografía.....31

INTRODUCCIÓN

La anorexia y la bulimia son dos enfermedades que están de triste actualidad en nuestra sociedad. Cada vez se observan más casos de ambas enfermedades y se dan a edades más tempranas. Afectan a 1 de cada 200 jóvenes entre 12 y 14 años, aunque se presentan más casos de bulimia que de anorexia. Generalmente es más frecuente en la mujer que en el hombre, si bien se encuentran cada vez más casos entre varones jóvenes. Si se realiza una evaluación diferencial de casos de anorexia nerviosa en hombres y mujeres, el porcentaje sería de 5% y 95% respectivamente. Aunque en los últimos años, la diferencia entre sexos se van acortando. Como decimos, estas enfermedades están asociadas a la adolescencia, pero cada vez se observan más casos entre adultos de todas las edades, tanto nuevos casos, como recaídas de una primaria enfermedad.

Los medios de comunicación han sido acusados como responsables del desencadenamiento y propagación de estas enfermedades, ya que proponen modelos de hombres y mujeres excesivamente delgados, con ideales de vida poco saludables, a los que se adhieren los jóvenes, tratándolos como prototipos de excelencia dignos de ser imitados.

Aunque en su concepto actual, tanto la anorexia como la bulimia, son entidades propias de la sociedad moderna, hijas por tanto de una economía de opulencia; sin embargo, en la historia de la medicina aparecen casos que de forma tangencial podrían relacionarse, y tener un parecido clínico, con las enfermedades que nosotros ahora nos proponemos analizar.

Así, en la oscura Edad Media se descubren casos ligados a la vida religiosa, en los que las jóvenes novicias se sometían a grandes ayunos y abstinencias, que sólo en algún sentido recuerdan a los que de manera voluntaria, pero con motivación diferente se presentan en la anorexia y la bulimia actuales.

En este orden de ideas en 1689, un médico inglés, Thomas Morton, describe una enfermedad cuyos síntomas coinciden con los de la anorexia.

Dice textualmente *“parecía un esqueleto vivo, solamente piel y huesos, no tenía síntomas febriles, y padecía un frío descomunal”*.

En el siglo XIX, el médico londinense, Sir William Withey Gull utiliza por primera vez el término de “Anorexia nerviosa”, y describe esta enfermedad con un componente psíquico. Este quizá, sería uno de los primeros casos específicos de las enfermedades que nosotros nos proponemos estudiar.

Contemporáneo del anterior, el neurólogo parisiense, Charles Lasègue, realizó estudios sobre una enfermedad que denominó “Anorexia histérica”, al observar el componente psíquico de la enfermedad, que afectaba especialmente a mujeres adolescentes.

De la misma manera, en relación con la bulimia, a modo de antecedentes forzados, sin que de hecho tengan que ver con su concepto actual, podríamos citar los grandes atracones que los humanos preneolíticos se concedían tras una exitosa expedición de caza, que a nuestro modo de ver, tendrían un significado profundo de economía metabólica: eran expresión del temor a no tener que comer en un futuro inmediato. En definitiva eran la expresión de la inseguridad alimentaria en que vivía aquella humanidad primitiva.

En la Antigüedad Clásica, Aurelianos describió el *“hambre mórbido: apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito autoprovocado”*. Hace referencia a un cuadro clínico que pudiera asemejarse al proceso que hoy llamamos bulimia.

Es ya en el siglo XIX cuando los médicos la definen como un apetito voraz seguido de vomito.

JUSTIFICACIÓN

He elegido este tema para mi Trabajo de Fin de Grado de Enfermería, porque considero que la anorexia y la bulimia son trastornos cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, y nosotros, como enfermeros, debemos conocer y saber tratar estas enfermedades.

Quizá, cada vez se observan más casos de anorexia y bulimia, debido a la promoción y potenciación que los medios de comunicación hacen de estereotipos físicos que propician el desarrollo de estas enfermedades. En el cine, en las series de televisión, en los programas de entretenimiento, en las revistas,... se nos bombardea con ideales físicos de hombres y mujeres, altos y delgados; ideales a perseguir a toda costa.

Por otro lado, y en este mismo orden de ideas, se nos proponen modos poco saludables de alcanzar estos objetivos considerados como ideales: dietas milagro, capaces de conseguir objetivos de peso en poco tiempo y sin esfuerzo; fármacos adelgazantes, saciantes o que impiden que la grasa se absorba. Detrás de todo este aparato propagandístico, como fin último, suele estar la razón económica propia de una sociedad, cuya base de sustentación es el consumo. Una sociedad muchas veces permisiva incluso con la publicidad engañosa.

En el mundo de la moda, por ejemplo, se nos proponen estos prototipos ideales a través de mensajes contradictorios. No importa la publicidad engañosa, como ya hemos dicho, que, muchas veces promociona productos altamente calóricos, con modelos paradójicamente delgados; y a través pues, de mensajes contradictorios, que se contraponen y contradicen con la realidad cotidiana, se nos conduce a profundos y graves casos de frustración, en los que, principalmente, la mujer suele ser víctima.

Es cierto que existe un ideal machista en nuestra sociedad que hace víctima a la mujer de los afanes y deseos de perfección masculina: mujer esbelta y delgada, modelo en el escaparate del consumo, y mujer objeto cara al público; ideales mercantilistas de la más arriba citada sociedad de consumo.

Modelos a combatir, en honor de la igualdad entre los sexos, en una sociedad verdaderamente desarrollada.

Aunque también, en descarga del argumento machista antes citado, es cierto el que con frecuencia creciente, los hombres son víctimas también de la misma mentalidad materialista y cosificadora. Cada vez se observan más casos de hombres que padecen bulimia o anorexia. En las últimas décadas las cifras de prevalencia se han visto incrementadas de manera bastante significativa.

Estas enfermedades afectan sobre todo a la adolescencia; etapa de la vida en que las personas son más vulnerables. Es el momento de los cambios metabólicos, hormonales y psicológicos, que desencadenan enormes crisis de identidad.

Opinamos que los medios de comunicación, cuyos mensajes, como decíamos más arriba, tienen tanta importancia como desencadenantes de las enfermedades objeto de nuestro estudio, tendrían la obligación, desde un punto de vista social y educativo, de proponer estilos de vida saludables; y de promocionar el ejercicio físico y una alimentación equilibrada en lo que a la necesidad de principios inmediatos y micronutrientes se refiere, teniendo en cuenta a cada persona, según su edad, su sexo y sus circunstancias.

Para concluir, tenemos que recalcar, aún repitiéndonos, que es un tema en auge en nuestra sociedad: raro es el individuo que no ha sufrido en su cercanía los estragos personales y familiares que conllevan estas enfermedades: un vecino, un conocido, un familiar,... Es preciso como profesionales sanitarios que somos, conocerlas, para poder prestar los auxilios que se nos demanden, desde el conocimiento, inherentes a nuestro compromiso para con la sociedad a la que servimos.

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:**

- Definir la anorexia y la bulimia, y su relación con la sociedad desarrollada.

- **Objetivos secundarios:**

- Identificar la etiología de estas enfermedades.
- Proponer diferentes tratamientos para los pacientes.
- Resaltar la importancia de la educación nutricional para la recuperación de los pacientes.

DESARROLLO DEL TEMA

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

ANOREXIA NERVIOSA:

Según la OMS es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo

Puede ser de dos tipos:

- Restriictiva o típica: tiene un gran autocontrol y logran bajar de peso hasta llegar a ser ello un problema grave de salud y desnutrición.
- Purgativa: se inducen el vómito y/o toman laxantes, enemas y diuréticos para conseguir bajar de peso.

Principales características de la anorexia (Según el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos):

- Emaciación (adelgazamiento patológico).
- Negación a tener un peso saludable.
- Búsqueda de delgadez excesiva, peso por debajo del 85% del ideal.
- Terror a subir de peso.
- Imagen corporal distorsionada (se ven con más peso del que realmente tienen, incluso pueden pensar que padecen obesidad).
- Negación de padecer enfermedad y bajo peso.
- Amenorrea, por más de tres meses, en mujeres.
- Alimentación restringida, racionan la comida y solo comen pequeñas cantidades de ciertos alimentos, los que consideran menos calóricos.
- Puede atravesar periodos de pequeños atracones, seguidos de periodos de dieta estricta, con abuso de vómitos autoprovocados y uso de laxantes, enemas y/o productos diuréticos, y/o ejercicio extremo.

Otros síntomas pueden aparecer con el tiempo, como:

- Osteopenia u osteoporosis (pérdida de masa ósea).
- Caída excesiva y debilitamiento del cabello.
- Uñas quebradizas.

- Lanugo (bello fino que recubre todo el cuerpo, que crece como aislante y protector de la piel, debido a la falta de masa grasa).
- Piel seca y de color amarillento.
- Anemia, que puede ir desde casos leves hasta más graves.
- Debilidad muscular, falta de fuerza.
- Estreñimiento.
- Hipotensión, bradicardia y bradipnea.
- Fallo multiorgánico.
- Daño cerebral.
- Daño en la estructura y función del corazón.
- Hipotermia, lo que provoca que sientan frío continuamente.
- Letargo, cansancio.
- Infertilidad.

BULIMIA NERVIOSA

La OMS la define como un trastorno caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación casi obsesiva por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

Características más destacables de la bulimia (Según el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos):

- Los pacientes que padecen este trastorno suelen mantener normopeso o incluso obesidad.
- Negación de enfermedad.
- Pérdida del control sobre la ingesta y necesidad urgente de comer.
- No sienten sensación de saciedad después de las comidas.
- Eligen la comida de los atracones según su facilidad para ingerirla y después regurgitarla.
- Las calorías ingeridas durante los atracones superan de 3 al 27% a las calorías ingeridas durante una comida normal.
- Sentimiento de indignación y/o vergüenza después de los atracones.

- Periodos cíclicos de atracón y purga, que pueden darse desde varias veces en una semana o un mes, a varias veces al día en los casos más extremos.
- Cada atracón puede durar desde 15 minutos hasta varias horas.
- Hacen acopio de alimentos, en distintos lugares de la casa.
- Miedo a engordar.
- Insatisfacción con su cuerpo.
- Obsesión insana por querer perder peso.

Otros síntomas que pueden aparecer, todos ellos relacionados con las conductas purgativas, son:

- De forma crónica, irritación y enrojecimiento de la garganta.
- Glándulas salivales del cuello y mandíbula inflamadas.
- Dientes sensibles, mayor facilidad de padecer caries y esmalte gastado, debido a la exposición continuada de los jugos gástricos.
- Problemas gastrointestinales, como el reflujo gastroesofágico.
- Dolor e irritación intestinal debido al abuso de laxantes y enemas.
- Deshidratación severa, por la pérdida de líquidos que se produce con los vómitos, los diuréticos y los laxantes.
- Desequilibrio electrolítico, producido por lo mismo que la deshidratación, puede haber niveles muy bajos o muy altos de sodio, potasio, calcio y demás minerales, lo que puede llevar a un fallo cardíaco.

ETIOLOGÍA

Minuchin y los seguidores de la teoría de sistemas, concluyen que los vínculos patológicos entre el sistema familiar (coaliciones, jerarquías y el tipo de cohesión interna) dan como resultado una comunicación disfuncional, indirecta, poco clara y distorsionada, que deriva en una conducta patológica de uno de los miembros de la familia, aplacando superficialmente la conflictiva relación familiar a través de un distractor: la anorexia o la bulimia nerviosas.

Keys y Brozek, enfatizan las consecuencias fisiológicas del Síndrome de Inanición. Estudios realizados con personas sanas, sometidas a una dieta

restrictiva durante seis meses, mostraron datos importantes y contundentes sobre los efectos psicofisiológicos, con síntomas similares a los de la anorexia nerviosa, como: irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por la comida, depresión, confusión en la imagen corporal, pensamiento obsesivo, conductas compulsivas y déficit en la autoestima. Keys y Brozek se inclinan por la hipótesis de que serían los efectos de la semi-inanición los que provocan la sintomatología de la anorexia nerviosa y no los rasgos de la personalidad subyacentes.

Selvini Palazzoli considera las características biológicas, familiares y las influencias socioculturales como las imperantes en la causación de la anorexia y bulimia nerviosas. Este autor destaca la alta necesidad de las personas por lograr la aprobación externa. Se trataría según este autor de personas con expectativas subjetivas altas, que buscan complacer y acomodarse a las expectativas de los demás; agregándose a esto, su relación de dependencia con respecto a determinados miembros de su entorno familiar.

Según la Guía de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y obesidad, del Proyecto Vivir en Salud de la Fundación Maphre, para enfermar de anorexia o bulimia no es suficiente una única causa, sino que son varios los factores implicados:

- Factores predisponentes. Los factores que predisponen a la enfermedad. Como los genéticos, personales, emocionales, características de personalidad o características familiares y sociales.
- Factores desencadenantes. Los factores que precipitan o desencadenan la enfermedad. Son los que marcan el momento de inicio de la enfermedad, acontecimientos vitales que son estresantes para la persona y que se relacionan con el inicio de la enfermedad, como el comienzo de la pubertad, las relaciones sociales, familiares, o algún fracaso personal.
- Los factores de mantenimiento. Actúan una vez que ha aparecido la enfermedad, favoreciendo que los pacientes queden atrapados en la misma y, a medida que ésta evoluciona, dificulta su curación.

Entre estos últimos reencuentran:

1. Influencias culturales

Intervienen al transmitir la idealización de la delgadez y diversos intentos para conseguirlo. Siguiendo estos modelos ideales enfocan en la comida la solución a sus problemas.

- Medios de comunicación: son el principal difusor de mensajes a la sociedad. Todos conocemos la obsesión por la delgadez que vive nuestra sociedad y, la gran presión ejercida a través de los medios de comunicación que plantea el canon de belleza, en la veneración a los cuerpos delgados.
- Publicidad: la publicidad y la moda han ido imponiendo ideales de estética muchas veces inalcanzables por sus proporciones y medidas. Todo ello para conseguir el resultado deseado de un cuerpo con el canon de belleza idealizado en este momento; y todo para incitar el consumo de productos que al parecer logran alcanzar el sueño de un cuerpo estilizado y esbelto. Sin considerar el efecto que puede producir el mandar un mensaje de este tipo, sobre todo en la infancia y adolescencia.
- Culto al cuerpo: el canon de belleza es variable en las distintas épocas y culturas. Es distinto en el modelo occidental que en Latinoamérica que en África. Estudios en 1988 sobre epidemiología de trastornos de la conducta alimentaria y se observó que en Latinoamérica, la India, Sudán, Egipto y Malasia casi no aparecía este tipo de trastornos y que son muy raros en África y en el lejano Oriente. También se observó que cuando jóvenes de estos países eran educadas en Europa o les llegaba la cultura de la delgadez de los países occidentales, la incidencia y la prevalencia, es decir, el índice de aparición de estas enfermedades, aumentaba dramáticamente.
- Familia: numerosos estudios han demostrado que no existe un patrón típico familiar que provoque la enfermedad de anorexia o bulimia. En cambio, se ha confirmado que en las familias en las que ya existe la enfermedad, hay problemas de relación, de desavenencias entre los padres; o que un miembro de la familia, fundamentalmente el padre,

presenta problemas de alcoholismo o de depresión. Entre las familias en las que ya existe el problema, se han observado las siguientes dificultades: de comunicación, de expresión afectiva, en la organización y realización de tareas, falta de resolución de conflictos... Es posible que estas características se conviertan en factores predisponentes en la aparición de la anorexia o bulimia, pero no la provocan.

- Mitos sobre alimentación: algunos de los más conocidos son:
 - Cualquier grasa de la comida es mala.
 - La redondez no es saludable.
 - La delgadez es saludable.
 - La gordura y la grasa, pueden perderse rápidamente y sin peligro.
 - Existe una grasa especial femenina, llamada "celulitis".
 - La grasa de la celulitis, está causada por toxinas.
 - Se puede reducir la gordura de una parte concreta del cuerpo, particularmente de caderas y muslos.
 - Ciertos alimentos o ciertas combinaciones de alimentos, pueden activar el metabolismo y acelerar la pérdida de peso; o que el agua adelgaza.

2. Factores personales

- Factores físicos: Dos factores personales en los que todos los estudios coinciden son la edad y el sexo. Pertenecer al sexo femenino (más del 90% de los casos son mujeres) y encontrarse en la adolescencia o primera juventud (entre los 13 y 18 años) son claros factores de riesgo.
- Factores psicológicos:
 - Características de personalidad; que se estimarían como posibles predisponentes para estos los trastornos:
 - Baja autoestima: Los adolescentes, que presentan dificultades para valorarse corren más riesgo.
 - Dificultad en las relaciones interpersonales: Las expectativas que tienen de sus relaciones están vinculadas con su inseguridad, o su aspecto físico, por lo que pueden

llegar a crear más conductas relacionadas con la comida que conductas que les acerquen a los demás.

- Falta de autonomía: No son capaces de llevar a cabo una necesidad primaria, como es la de alimentarse y nutrirse bien para sobrevivir o funcionar con plenas facultades.
 - Problemas en la aceptación de las dificultades de la vida: Son personas con muy poca tolerancia a la frustración; y cualquier problema o contrariedad les causa síntomas de ansiedad o de depresión. Por lo mismo, cualquier detalle de su propio cuerpo puede provocarles frustración y malestar.
 - Problemas de dependencia: La personalidad dependiente, se caracteriza por una necesidad excesiva de atención. Suele ocasionar comportamientos de sumisión, adhesión y temores de separación.
 - Dificultad en percibir su entorno con objetividad: sensación de ineficacia, de fracaso y falta de control, se convierten en factores que predisponen a la enfermedad.
- Acontecimientos estresantes de la vida: Son aquellas circunstancias, que dan lugar a cambios, y exigen de la persona una capacidad de reacción, de la que muchas veces no dispone o excede a sus posibilidades.
- La pubertad: En la pubertad se experimentan los cambios biológicos del cuerpo; como aparición de la menstruación, la manifestación de los caracteres sexuales secundarios, como el crecimiento del pecho o el ensanchamiento de las caderas. Puede ocurrir que el adolescente experimente un rechazo a estos cambios involuntarios, que en su conjunto conllevan un incremento del tamaño del cuerpo, y que no logre adaptarse a ellos con plena satisfacción, provocando un malestar psicológico.

- Separaciones y pérdidas: como la muerte de un ser querido o la separación de sus familiares. La separación del adolescente de sus padres, bien por estudio o por trabajo, puede convertirse en un factor que inicie el trastorno, por la ansiedad que conlleva el hecho de la separación y las exigencias que comporta la nueva existencia autónoma.
- Sensación de abandono por parte de padres o familiares: Hay pacientes que han relacionado el inicio de su enfermedad con la percepción del sentimiento de recibir menos atención de algunos de los miembros de su ámbito familiar.
- Exigencias profesionales o familiares, que producen ansiedad, como el inicio de nuevos estudios, o dificultades en el trabajo.
- Las primeras relaciones sexuales, la separación sentimental...;situaciones que provocan estados de ansiedad y depresión.
- El cambio de situación como el transito al instituto o a la universidad, que comportan nuevas relaciones personales y ambientales.
- Moverse en situaciones competitivas.
- Haber sufrido abusos físicos o psicológicos.
- El exceso de actividad física o practicar algún deporte de competición, en el que se exigen rígidas dietas y un constante control de peso.
- Como efecto secundario de otras enfermedades, como la diabetes o alteraciones tiroideas, en las que el paciente se ve obligado a llevar un control riguroso de alimentación y experimenta la sensación de la perdida de control sobre su propio cuerpo.
- Un incremento rápido de peso.

- Comentarios críticos de familiares, amigos, personas con prestigio y ascendiente sobre el sujeto vulnerable.

DIAGNÓSTICO

Según Banker et al de la Academy For Eating Disorders (AED) son indicio de posible enfermedad, que obligan al sanitario a evaluar la situación física y personal del individuo que los aqueja, los siguientes signos:

- Pérdida/ganancia abrupta de peso.
- Pérdida de peso o falta de ganancia de peso/estatura en niños y adolescentes, que continúan en etapa de crecimiento y desarrollo.
- Fluctuaciones importantes de peso.
- Anormalidades electrolíticas (con o sin cambios electrocardiográficos), especialmente hipokalemia, hipocloremia, o CO₂ elevado. Un CO₂ normal elevado en presencia de un cloro normal bajo y/o un pH urinario de 8.0-8.5 puede ser indicativo de vómito recurrente.
- Bradicardia.
- Amenorrea o irregularidades menstruales.
- Infertilidad inexplicable.
- Exceso de ejercicio o involucrarse en entrenamiento físico extremo.
- Diabetes Mellitus tipo 1 y pérdida de peso inexplicable y/o pobre control metabólico o cetoacidosis diabética. Estos pacientes tienen un riesgo incrementado de desarrollar estas enfermedades (anorexia y bulimia), pues pueden cambiar intencionadamente, las dosis de insulina (utilizar menos dosis u omisión) lo que llevará a una pérdida de peso, pobre control glucémico (hemoglobina A1c mayor), hipoglucemia/hiperglucemia, cetoacidosis diabética, y aceleración de las complicaciones de diabetes.

- Historia clínica en la que aparece la utilización de una o más conductas compensatorias para el control del peso, como son vómitos autoinducidos, dietas estrictas, ayunos o ejercicio excesivo.
- Historia clínica en la que aparece el uso/abuso de supresores del apetito, cafeína en exceso, diuréticos, laxantes, enemas, líquidos excesivamente calientes o fríos, edulcorantes artificiales, goma de mascar sin azúcar, medicamentos de prescripción médica (como insulina, hormona tiroidea), psicoestimulantes, drogas de la calle, o una variedad de suplementos complementarios o alternativos.

El sanitario está obligado a evaluar también, los siguientes patrones de normalidad:

- Rango y cantidad de pérdida/cambio en el peso.
- Estado nutricional.
- Métodos de control de peso.
- Conductas compensatorias.
- Ingesta dietética y ejercicio.
- Historia menstrual en mujeres (terapia de reemplazo hormonal, incluyendo medicación anticonceptiva)
- Historia exhaustiva de crecimiento y desarrollo, temperamento y rasgos de personalidad.
- Historia familiar, incluyendo síntomas o diagnóstico de anorexia o bulimia, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastornos de uso y abuso del alcohol y otras sustancias.
- Historia psiquiátrica, incluyendo síntomas de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.

La exploración física debe incluir el análisis de:

- Presión arterial y frecuencia cardiaca en posición supina y de pie.
- Frecuencia respiratoria.
- Temperatura corporal, buscando hipotermia (temperatura menor de 35.6°C)
- Medición de estatura, peso y determinación de índice de masa corporal (IMC); que incluye, registro de peso, talla e IMC en gráficas de

crecimiento para niños y adolescentes, evidenciando los cambios de mediciones previas.

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento según Banker et al de la AED son:

- Rehabilitación nutricional.
 - Reinicio de las menstruaciones (cuando sea apropiado).
 - Interrupción de los comportamientos de atracón/purgación.
 - Interrupción de las ideas de alimentación disfuncional, incluyendo distorsión de la imagen corporal e insatisfacción.
 - Restablecer patrones de alimentación que promuevan la salud y las conexiones sociales.
 - Restablecer la socialización.
- Recuperación del peso.
- Estabilización clínica, y prevención de complicaciones, que pueden conducir a la muerte.

Según Ortiz Montcada MR, el tratamiento debe ser interdisciplinario, siguiendo un modelo integrado, que debe incluir las complicaciones orgánicas, la rehabilitación nutricional y la recuperación de las pautas normales de alimentación. El tratamiento debe abordar el estudio de los posibles problemas psicológicos, familiares, sociales y conductuales que presente cada enfermo, con el fin de establecer intervenciones psicoterapéuticas individuales o familiares; y la valoración de la conveniencia o no de utilizar psicofármacos.

En la medida de lo posible, el tratamiento de los pacientes deberá realizarse en régimen ambulatorio. Será necesario cuestionarse la posibilidad de ingreso, en los pacientes con disminución del peso por debajo del 70% del peso habitual; ante la presencia de complicaciones médicas graves; trastorno psiquiátrico grave; dinámica familiar disfuncional, o fracaso del tratamiento ambulatorio.

El contacto con un psiquiatra o un psicólogo es imprescindible, tanto en el paciente ambulatorio como en el hospitalizado. La psicoterapia ira encaminada a conseguir que el paciente, cambie su conducta, cambie la

actitud hacia su cuerpo y a favorecer la autoestima. Es útil informar a los pacientes acerca de los efectos de la inanición y de las posibles complicaciones de la enfermedad. La mayoría de los autores considera que los distintos modelos ensayados de psicoterapia son ineficaces en la fase aguda. Prácticamente todos los programas de psicoterapia incluyen técnicas de modificación del comportamiento, tanto para el paciente como para su familia; incluyen también tratamiento farmacológico y terapia de grupo después del alta médica.

Actualmente, los mejores resultados en el tratamiento se observan cuando se aborda el problema desde una perspectiva multidisciplinar, que incluye la recuperación y estabilización del peso, una adecuada psicoterapia individual y/o familiar. Se demuestra que los aspectos relacionados con la educación para salud son esenciales, tanto para los pacientes como para la familia y su entorno.

TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA (Según el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos, Trastornos de la Alimentación)

Algunos investigadores sugieren que el uso de medicamentos, como antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores del estado de ánimo, pueden ser efectivos para tratar a estos pacientes con anorexia. Pueden ayudar a resolver síntomas relacionados con el estado de ánimo y la ansiedad. No hay certeza de que los antidepresivos puedan evitar recaídas en pacientes que han logrado recuperar su peso. Sin embargo, aunque las investigaciones continúan, ningún medicamento ha demostrado ser totalmente eficaz en la lucha contra la anorexia.

Diferentes formas de psicoterapia pueden ayudar a tratar las causas psicológicas de la enfermedad. En la terapia familiar del modelo del Maudsley, los padres de adolescentes con anorexia nerviosa asumen la responsabilidad de la alimentación de sus hijos. Otros investigadores parecen demostrar que el tratamiento combinado de atención médica y psicoterapia de apoyo, diseñado especialmente para pacientes con anorexia nerviosa, es más efectivo que la psicoterapia sola. Aunque en todos los casos, la efectividad del tratamiento es individual. No existe una psicoterapia específica, que sea realmente eficaz en el tratamiento de adultos que padecen anorexia nerviosa. No obstante, las

investigaciones sobre nuevos enfoques de tratamiento y prevención parecen prometedoras.

TRATAMIENTO DE LA BULIMIA (Según el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos, Trastornos de la Alimentación)

Implica una combinación de opciones que dependen de la situación global del individuo. En todo caso, el paciente necesita un tratamiento combinado de educación nutricional, psicoterapia y farmacológico.

Por lo que se refiere a la psicoterapia, en el tratamiento de la bulimia ha tomado carta de naturaleza, por su eficacia, la llamada terapia cognitivo-conductual (TCC); que tiene por objeto enseñar y ayudar al paciente a concentrarse en sus problemas y le ofrece pautas para resolverlos.

El terapeuta ayuda al paciente; enseñándole a identificar sus patrones de pensamiento distorsionado; a reconocer y cambiar las creencias erróneas; a relacionarse de forma positiva con los demás, y, en consecuencia a cambiar el comportamiento.

En relación con el tratamiento farmacológico de la bulimia, el Instituto nacional de la Salud Mental de Estados Unidos, en su capítulo, “Trastornos de la Alimentación”, recomienda el uso de antidepresivos, como la Fluoxetina (Prozac); por ahora el único fármaco aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, en el tratamiento de esta enfermedad.

De acuerdo con la experiencia aportada por los investigadores de esta institución, la Fluoxetina, además de paliar los síntomas de depresión y ansiedad, mitiga el comportamiento alimentario patológico y reduce el riesgo de recaídas.

EDUCACIÓN NUTRICIONAL PARA LOS PACIENTES

Según un estudio realizado por Gómez Candela et al (2009) el fin de la educación nutricional es la modificación de la conducta alimentaria hacia patrones más saludables. Para alcanzar esta meta es imprescindible el desarrollo de programas de educación nutricional, dirigidos al paciente y su entorno, incidiendo en los diferentes factores que condicionan nuestras elecciones alimentarias y actitudes hacia la alimentación/nutrición.

En la anorexia y la bulimia, la educación nutricional juega un papel fundamental ya que contribuye a que el paciente modifique sus actitudes hacia la comida, pierda miedos y recupere un patrón de alimentación normal.

El periodo de normalización del comportamiento alimentario alterado puede resultar más o menos largo dependiendo de dos factores: la motivación y la capacidad del paciente. Inducir la motivación para constituir una correcta alimentación no es suficiente si les falta el conocimiento y la capacidad para hacer esos cambios. Deben atravesar un periodo de estructuración y control de la alimentación, lo que requiere un alto nivel de conocimiento general, que les haría ser capaces de planificar un consumo de alimentos, después de que el miedo a este cambio haya sido reducido.

Una información apropiada por parte del nutricionista puede ayudar a reducir su oposición al cambio, reduciendo el miedo a las consecuencias. Incluso una vez que han aceptado la necesidad de incrementar el consumo, temerán a una ganancia incontrolada de peso. Discutirlo con el nutricionista incluyendo información sobre los cambios en los requerimientos de energía, la fisiología del aumento de peso, y los medios de la regulación dietética pueden ayudar a calmar esos miedos. Es muy importante obtener información de los pacientes sobre sus propios patrones de alimentación, con el fin de individualizar el consejo dietético.

En el caso de la Bulimia Nerviosa, se dará información y consejo nutricional tratando de reducir la excesiva preocupación por las formas del cuerpo y su peso. Se establecerá una alimentación regular estructurada, pero no rígida para ayudar a reducir el deseo de restringir el consumo. Esto ayuda a reducir la posibilidad de que el atracón se dispare. Se deberá enseñar al paciente las diferencias que existen entre el hambre, el apetito y la saciedad para que éste pueda ser capaz de controlarlos cuando aparezcan estos.

En el estudio, después de realizar el programa de educación nutricional, se analizó la variación producida en el IMC y número de grupos básicos de alimentos en la ingesta. Pudo observarse una mejoría en las actitudes y comportamiento en relación a la comida de las pacientes en general y en las conductas bulímicas.

El número de comidas al día realizado en estas pacientes resulta fundamental, ya que una adecuada distribución de comidas mejora la calidad global de la alimentación, permite un buen funcionamiento digestivo, mejora el rendimiento físico y mental, facilita el control del colesterol y permite mantener un peso adecuado. Se consideró como patrón de normalidad la realización de 4 o más comidas al día. Mientras que al inicio del estudio, un 70% de las pacientes realizaba menos de 4 comidas, tras la educación nutricional este porcentaje se redujo al 19%. También se observó una disminución en el número de vómitos/semana y del número de atracones por semana.

En los casos de anorexia, al inicio la media del IMC correspondió a un diagnóstico de Desnutrición leve, tras la educación pasó a estar dentro de los rangos de normalidad, en los de bulimia, los cambios mostraron una evolución hacia la normalización del IMC, que pasó de 26,4 a 25,5.

El requerimiento nutricional es la cantidad mínima de energía, principios inmediatos, agua, vitaminas y oligoelementos necesarios para el desarrollo y funcionamiento normal del cuerpo. Esto tendrá un valor individual de acuerdo con cada sujeto, edad, sexo, condición biológica o patológica y actividad. La distribución calórica recomendada al día es en el desayuno el 25% de las calorías totales, el almuerzo un 10-15%, la comida un 30-40%, la merienda un 10-15% y la cena un 20-30%.

La proporción de nutrientes recomendada en cada comida será :

- Proteínas: dependiendo de las tablas de ingesta se recomienda un 7% de la energía total, pero los objetivos nutricionales permiten un 12-15%.
- Lípidos: entre un 30-35% (debido a que se cocina con aceite de oliva).
 - Ácidos grasos monoinsaturados: 15-19%
 - Ácidos grasos saturados y poliinsaturados: 7-9%
 - Colesterol: 300 mg/día.
- Hidratos de carbono: entre un 50-60%. Se recomienda un 10% de HdC simples. De fibra, se recomiendan entre 25-30 g/día.

La dieta ideal es aquella que aporta la suficiente cantidad de alimentos para satisfacer nuestras necesidades, permite mantener un peso adecuado y realizar las actividades diarias, manteniendo un estado de salud óptimo. Condiciones para ello:

- Tiene que aportar suficiente cantidad de energía para permitir el desarrollo del organismo y su funcionamiento.
- Tiene que contener alimentos formadores que contribuyan al recambio y crecimiento de las distintas estructuras.
- Tiene que contener sustancias reguladoras (minerales, vitaminas y aporte hídrico).

CONCLUSIONES

1. He elegido este tema para mi Trabajo de Fin de Grado de Enfermería, porque considero que la anorexia y la bulimia son trastornos cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, y nosotros, como enfermeros, debemos conocer y saber tratar estas enfermedades.
2. La anorexia y la bulimia son trastornos alimentarios, que en su concepto actual parecen ser un tributo que muchos individuos pagan por vivir en una sociedad desarrollada.
3. Afectan sobre todo a adolescentes del sexo femenino.
4. No se conoce la etiología exacta. Los autores piensan en una causación multifactorial.
5. La importancia de los medios de comunicación en su desencadenamiento es muy elevada, ya que proponen modelos de hombres y mujeres excesivamente delgados, con ideales de vida poco saludables, que la sociedad desea alcanzar.
6. Tienen una mortalidad que las estadísticas cifran en un 10% de los casos.
7. El diagnóstico se realiza cuando el paciente experimenta fluctuaciones importantes de peso. También se debe tener en cuenta la utilización de conductas compensatorias para el control del peso.
8. El tratamiento de estos trastornos debe ser multidisciplinario, incluyendo el tratamiento psicológico, rehabilitación nutricional y restablecimiento de un estado de salud normalizado.

9. En estos pacientes la educación nutricional es imprescindible para la recuperación de su trastorno.
10. Habida cuenta la naturaleza social de estos trastornos alimenticios, así como la larga duración de sus procesos, que tienden a la cronificación, el enfermero es un pilar fundamental en el tratamiento y seguimiento de estas enfermedades. De ahí la necesidad de la profundización en su conocimiento

ANEXOS

PROPUESTA DE PLANES DE CUIDADOS

D = Diagnóstico.

FR = Factor relacionado

NOC = Resultado.

NIC = Intervención.

IND = Indicador

ACT = Actividades.

ANOREXIA

- D: Control inefectivo del régimen terapéutico.
 - NOC: Conducta de cumplimiento.
 - IND: Comunica seguir la pauta prescrita.
 - NIC: Aumentar el afrontamiento.
 - ❖ ACT: Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
 - ❖ ACT: Favorecer situaciones que favorezcan la autonomía del paciente.
 - ❖ ACT: Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.

- NIC: Modificación de la conducta:
 - ❖ ACT: Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
 - ❖ ACT: Desarrollar un programa de cambio de conducta.
 - ❖ ACT: Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo.
- NOC: Conocimiento: Régimen terapéutico:
 - IND: Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.
 - NIC: Enseñanza proceso de enfermedad.
 - ❖ ACT: Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de enfermedad.
 - ❖ ACT: Describir el funcionamiento de las recomendaciones de control, terapia y tratamiento.
 - ❖ ACT: Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir, minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- D: Mantenimiento inefectivo de la salud.
 - NOC: Conducta de búsqueda de la salud.
 - IND: Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario.
 - NIC: Educación sanitaria.
 - ❖ ACT: Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación de conductas sanitarias.
 - ❖ ACT: Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida del individuo.
 - ❖ ACT: Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos.
 - NOC: Conducta de fomento de la salud.
 - IND: Utiliza conductas para evitar los riesgos.
 - NIC: Identificación de riesgos.

- ❖ ACT: Determinar el nivel educativo.
- ❖ ACT: Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos en colaboración con el paciente.
- ❖ ACT: Planificar actividades de disminución de riesgos en colaboración con el paciente.
- ❖ ACT: Utilizar acuerdos con el paciente si procede.
- D: Desequilibrio nutricional por defecto.
 - NOC: Control de peso.
 - NIC: Asesoramiento nutricional.
 - ❖ ACT: Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
 - ❖ ACT: Determinar ingesta y hábitos alimentarios del paciente.
 - NOC: Masa: peso corporal.
 - NIC: Ayudar para ganar peso.
 - ❖ ACT: Pesar al paciente a los intervalos determinados, si procede.
 - ❖ ACT: Fomentar al aumento de ingesta de calorías.
 - NOC: Estado nutricional.
 - NIC: Manejo de los trastornos de la alimentación.
 - ❖ ACT: Hablar con el paciente y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo, si el paciente no está dentro del margen de peso recomendado para la edad y estructura corporal.
 - ❖ ACT: Utilizar técnicas de modificación de conducta para promover conductas que contribuyan a la ganancia de peso y para limitar las conductas de pérdida de peso, si procede.
 - ❖ Animar al paciente a que lleve anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos, así como las circunstancias del entorno que le llevan a purgarse, vomitar o hacer ejercicio en exceso.

- D: Riesgo de estreñimiento.
 - NOC: Eliminación intestinal.
 - IND: Facilidad de eliminación de las heces.
 - NIC: Manejo del estreñimiento/impactación.
 - ❖ ACT: Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
 - ❖ ACT: Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen, color y olor, si procede.
 - ❖ ACT: Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan ser causa del estreñimiento o contribuyan al mismo.
 - NIC: Entrenamiento intestinal.
 - ❖ ACT: Observar si hay sonidos intestinales o si están aumentados o disminuidos.
 - ❖ ACT: Disponer de intimidad.
 - ❖ ACT: Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
- D: Trastorno de la imagen corporal:
 - NOC: Imagen corporal.
 - NIC: Asesoramiento.
 - ❖ ACT: Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes reforzándolos.
 - ❖ ACT: Reforzar nuevas habilidades.
 - ❖ ACT: Establecer metas.
 - NIC: Potenciación de la imagen corporal.
 - ❖ Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.
 - ❖ Observar la frecuencia de las frases de autocrítica.

- ❖ Observar si hay frases que identifican las percepciones de imagen corporal que tienen que ver con la forma y el peso corporal.
- ❖ Determinar si un cambio en la imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.
- D: Ansiedad.
 - NOC: Nivel de ansiedad.
 - IND: Desasosiego.
 - NIC: Disminución de la ansiedad.
 - ❖ ACT: Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
 - ❖ ACT: Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
 - ❖ ACT: Escuchar con atención.
 - NOC: Autocontrol de la ansiedad.
 - IND: Elimine precursores de ansiedad.
 - NIC: Técnicas de relajación.
 - ❖ ACT: Mantener la calma de forma deliberada.
 - ❖ ACT: Facilitar la respiración lenta, profunda, intencionadamente.
 - ❖ ACT: Reducir o eliminar estímulos que creen miedo o ansiedad.
 - ❖ ACT: Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.
 - INT: Aumentar el afrontamiento.
 - ❖ ACT: Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados.

BULIMIA

- D: Control inefectivo del régimen terapéutico.
 - NOC: Conducta de cumplimiento.
 - IND: Comunica seguir la pauta prescrita.

- NIC: Aumentar el afrontamiento.
 - ❖ ACT: Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
 - ❖ ACT: Favorecer situaciones que favorezcan la autonomía del paciente.
 - ❖ ACT: Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.
- NIC: Modificación de la conducta:
 - ❖ ACT: Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
 - ❖ ACT: Desarrollar un programa de cambio de conducta.
 - ❖ ACT: Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo.
- NOC: Conocimiento: Régimen terapéutico:
 - IND: Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.
 - NIC: Enseñanza proceso de enfermedad.
 - ❖ ACT: Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de enfermedad.
 - ❖ ACT: Describir el funcionamiento de las recomendaciones de control, terapia y tratamiento.
 - ❖ ACT: Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir, minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- D: Mantenimiento inefectivo de la salud.
 - NOC: Conducta de búsqueda de la salud.
 - IND: Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario.
 - NIC: Educación sanitaria.
 - ❖ ACT: Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación de conductas sanitarias.

- ❖ ACT: Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida del individuo.
 - ❖ ACT: Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos.
 - NOC: Conducta de fomento de la salud.
 - IND: Utiliza conductas para evitar los riesgos.
 - NIC: Identificación de riesgos.
 - ❖ ACT: Determinar el nivel educativo.
 - ❖ ACT: Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos en colaboración con el paciente.
 - ❖ ACT: Planificar actividades de disminución de riesgos en colaboración con el paciente.
 - ❖ ACT: Utilizar acuerdos con el paciente si procede.
- D: Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso.
 - NOC: Control de peso.
 - IND: Equilibrio entre ejercicio físico e ingesta calórica.
 - NIC: Enseñanza individual alimentación.
 - ❖ ACT: Reforzar la conducta si se considera necesario.
 - ❖ ACT: Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
 - ❖ ACT: Seleccionar los materiales educativos adecuados.
 - NOC: Conocimiento dieta.
 - IND: Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios.
 - NIC: Acuerdo con el paciente.
 - ❖ ACT: Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.
 - ❖ ACT: Disponer de un ambiente abierto, de aceptación para la creación del acuerdo.

- ❖ ACT: Observar si el individuo presenta signos de incongruencia que puedan indicar falta de compromiso para cumplir el contrato.
- D: Aislamiento social.
 - NOC: Bienestar personal.
 - NIC: Apoyo emocional.
 - ❖ ACT: Comentar la experiencia emocional con el paciente.
 - ❖ ACT: Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
 - ❖ ACT: Escuchar las expresiones de conocimientos y creencias.
 - NOC: Habilidades en interacción social.
 - NIC: Aumentar los sistemas de apoyo.
 - ❖ Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
 - ❖ Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.
- D: Ansiedad.
 - NOC: Nivel de ansiedad.
 - IND: Desasosiego.
 - NIC: Disminución de la ansiedad.
 - ❖ ACT: Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
 - ❖ ACT: Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
 - ❖ ACT: Escuchar con atención.
 - NOC: Autocontrol de la ansiedad.
 - IND: Elimine precursores de ansiedad.
 - NIC: Técnicas de relajación.
 - ❖ ACT: Mantener la calma de forma deliberada.
 - ❖ ACT: Facilitar la respiración lenta, profunda, intencionadamente.

- ❖ ACT: Reducir o eliminar estímulos que creen miedo o ansiedad.
- ❖ ACT: Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.
- INT: Aumentar el afrontamiento.
- ❖ ACT: Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ RAYÓN G, Franco Paredes K, López Aguilar X, Mancilla Díaz JM, y Vázquez Arévalo R. Imagen Corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista salud pública. 11 (4): 568-578, 2009.

BANKER JD, Becker AE, Bermudez O, et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Puntos Críticos para un Reconocimiento Temprano y Manejo de Riesgos Médicos en el Cuidado de Individuos con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Academy For Eating Disorders (AED). 2012. Segunda edición.

BEATO FERNANDEZ L, Rodríguez Cano T, García Vilches I. Psychopathological alterations and neuroimaging findings with discriminant value in eating behaviour disorders. Actas EspPsiquiatr 2011;39(4):203-10.

BUJ- ÁLVAREZ I, Castán-Campanera E, Idini E, Márquez-Medina D, Pifarré J. ¿Son las alteraciones neuropsicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria endofenotipos de la enfermedad? Revisión y estado actual del tema. Rev Neurol 2012; 55 (12): 729-736. www.neurología.com

CALVO SAGARDOY R, Gallego Morales LT, García de Lorenzo y Mateos A. Modelo de capacitación para el tratamiento integral de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria resistentes al cambio. Nutrición Hospitalaria 2012;27(3):763-770. ISSN 0212-1611. CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.

CERVERA M. Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Ojos solares. ISBN 84-368-1927-6. Clasificación: 616.89-008-441.

GARCÍA CAMBA E. Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. ISBN 8445810685.

GOMEZ CANDELA C, Loria Kohen V, Lourenço Nogueira T, et al. Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en trastornos de la conducta alimentaria. Nutrición Hospitalaria 2009;24(5):558-567. ISSN 0212-1611. CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.

GOMEZ CASTILLO J.B. La Anorexia y la Bulimia.

Hernández García M. Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, Mexico. Universidad del Valle de México :: Rectoría Institucional. Episteme No. 8-9. Año 2, Octubre-Diciembre 2006 Dirección Institucional de Investigación e Innovación Tecnológica. Disponible en < http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp>. Acceso 09/04/2014.

LORÁN MELER, ME. Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. ISBN 987-84-9735-675-6.

ORTIZ MONTCADA MR. Alimentación y nutrición. Nutrición: trastornos de la conducta alimentaria. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Universidad de Alicante - Universidad del Atlántico (Colombia).

PORTELA SANTANA ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria* 2012;27(2):391-401. ISSN 0212-1611. CODEN NUHOEQ S.V.R. 318.

RETORTILLO CALVO M.P. La anorexia y la bulimia nerviosa. 2006. Salvador J, Mestas L, Gordillo F, Arana JM, Meilán JJG, Pérez E, et al. Toma de decisiones en la anorexia nerviosa. *Revista Neurológica* 2010; 50: 703-4. © 2010 Revista de Neurología.

TIEMPO DE RESPUESTAS. Guía de trastornos de conducta alimentaria: anorexia, bulimia y obesidad. Proyecto Vivir en Salud de Fundación Maphre, 2008. ISBN: 978-84-9844-249-6

TORPY JM. Anorexia Nerviosa. *La Revista de la Asociación Médica Americana*. 2684 JAMA, Junio 14, 2006—Vol. 295, No. 22.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. Instituto Nacional de la Salud Mental. Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Publicación de NIH Num. SP 11-4901. Modificado en el 2011. Traducido en agosto del 2011