



**Universitat de les
Illes Balears**

*Proceso de recuperación de un trastorno de la
conducta alimentaria: criterios de recuperación y rol
de enfermería en el proceso*

NOMBRE AUTOR: *Claudia Alexandra Williamson García*

DNI AUTOR: *43213669 G*

NOMBRE TUTOR/A: *Joana Fornés Vives*

MemOria del Trabajo de Final de Grado

Estudios de Grado de Enfermería

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico: 2012-2013

En caso de no autorizar el acceso público al TFG, marque la siguiente casilla:

Índice

Resumen	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	6
Metodología.....	6
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	6
RESULTADOS.....	8
Discusión.....	9
CRITERIOS DE RECUPERACIÓN DE LOS TCA.....	9
PROCESO EVOLUTIVO DE UN TCA: ROL DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO.....	11
Conclusión	15
Bibliografía.....	16
Anexo 1	18

Resumen

El objetivo de este trabajo es analizar la producción científica sobre el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria y conocer el rol de enfermería en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Hoy en día, los trastornos de la alimentación se consideran un problema importante en el ámbito social y de la salud, debido a la alta prevalencia del trastorno. El cambio del rol familiar junto con los medios de comunicación ha hecho que cada vez más pronto niñas y adolescentes tengan una propia imagen corporal distorsionada. La revisión bibliográfica pone de manifiesto temas como el consenso de unos criterios para definir el concepto de recuperación y la importancia de la presencia enfermera en el cuidado de estas pacientes.

Los resultados obtenidos muestran que la definición de recuperación todavía no está aclarada, a pesar de que la mayoría de los autores nombran como los criterios más importantes la recuperación del peso, la mejora de la autoestima, la motivación y el apoyo emocional tanto al paciente como a la familia por parte del personal. Además, dentro del rol de enfermería, se habla de la falta de educación y entrenamiento a los profesionales para adquirir unas habilidades comunicativas que favorezcan la creación de una alianza terapéutica con el paciente y así poder mejorar su estado de salud.

Por tanto, es necesario definir la recuperación como una recuperación biopsicosocial; aumentar los conocimientos y habilidades de los enfermeros y mejorar las relaciones terapéuticas con los pacientes para mejorar su proceso.

Palabras clave: trastorno conducta alimentaria, proceso recuperación, relación terapéutica, enfermería

Abstract

The aim of this study is to analyze scientific literature about recovery process of eating disorders and know the role of nursing in the treatment of these patients.

Nowadays, eating disorders are considered a major problem in social and health field, because it high prevalence. Family environment change and communication media have made increasingly girls and adolescents have a distorted body image. The literature review highlights issues such as consensus criteria for defining recovery and the importance of the presence nurse in care of patients with eating disorders.

The results show that definition of recovery is still not clear, although most of researchers named at the most important criteria are weight recovery, improve self-esteem and motivation, and emotional support to both patients and families. Regarding nursing role, talking about lack of education and training to nurses to acquire communication skills that favor creation of a therapeutic relationship with the patient.

It is therefore necessary to define recovery as a recovery biopsychosocial, increase knowledge and skills of nurses and improve therapeutic relationships with patients to improve their process.

Key words: eating disorder, recovery process, therapeutic relationship, nursing

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psicosomáticas, que surgen de la asociación de una serie de factores personales, familiares y sociales, y se caracterizan por una distorsión de la imagen corporal (Alfageme et al 2003; Facchini, 2006). Estos trastornos afectan gravemente tanto a la salud física como a las funciones psicológicas, cognitivas, emocionales y sociales (Björk & Ahlström 2007; Bakker et al 2011). Los principales trastornos de la conducta alimentaria son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, entre otros. Según los criterios del DSM-IV, la anorexia nerviosa se caracteriza por una distorsión de la imagen corporal, por el rechazo y el miedo a mantener un peso corporal igual o por encima del peso normal; la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios repetitivos de atracones, sentimiento de falta de control sobre la ingesta y por conductas inapropiadas para compensar o prevenir el aumento de peso, como por ejemplo provocación del vómito, el uso de laxantes, el aumento del ejercicio físico o el ayuno (APA, 1994). Los TCA son prácticamente los trastornos mentales más comunes en las chicas adolescentes (Björk & Ahlström, 2007).

Cada vez influyen más en el desarrollo del autoconcepto factores externos como los medios de comunicación y la sociedad, además de los factores internos como la comparación con los allegados (Facchini, 2006; Guerro & Barjau, 2002). El concepto de la familia ha ido cambiando con los años, y cada vez más los niños están solos en casa, donde están expuestos a la televisión o a otros medios que bombardean información sobre la belleza ideal, o se quedan en la escuela, donde realizan la mitad de sus comidas diarias. Así, la familia se desestructura y no cumple su función de educar sobre el comportamiento adecuado y sobre hábitos de alimentación (Labay, 2000). Todos estos cambios, junto con un nivel bajo de autoestima, pueden describirse como los factores precipitantes para desarrollar un trastorno de alimentación (Labay, 2000; Reid et al, 2010).

Actualmente, la prevalencia de la anorexia nerviosa es de 370 por cada 100.000 habitantes (van Ommen et al, 2009). Los datos muestran que a pesar de que una gran parte se recupera de la enfermedad, un 20% permanece enfermo y un 5% muere a causa del trastorno: dos terceras partes por desnutrición y una tercera parte por suicidio (Bakker et al 2011; Jenkins & Ogden 2012). La prevalencia de la bulimia nerviosa es de 1.000 por cada 100.000

habitantes (Smink et al, 2012). Por ello, es importante diagnosticar a tiempo estos problemas, para poder ofrecer un cuidado precoz y de calidad que permita una recuperación temprana.

Sin embargo, aunque más de la mitad de las personas que sufren trastornos de alimentación acaban recuperándose, pueden llegar a estar años en tratamiento hasta que lo consiguen. Dicho por Ben-Tovim et al (2003), basándonos en los criterios de diagnóstico para definir la recuperación, alrededor de un 35% de las pacientes con anorexia nerviosa (AN) y el 75% de las pacientes que sufren de bulimia nerviosa (BN) tienen una buena recuperación después de 5 años de tratamiento (Ben-Tovim et al 2001).

A pesar de que estas pacientes estén etiquetadas como recuperadas, todavía no existen unos criterios establecidos fijos sobre el concepto de recuperación, sino que el concepto varía según se mida la mejoría de las pacientes (Björk & Ahlström, 2007).

Hasta hace varios años, se medían como criterios de recuperación únicamente aquellos criterios físicos y conductuales, tales como la recuperación de un peso normal para la edad, la menstruación o mejora de las conductas negativas. Así, al no tener en cuenta aspectos más psicológicos, emocionales y sociales, las pacientes tenían más riesgo de recaída.

Hoy en día, se tienen en cuenta todos los factores, por lo que se da una atención biopsicosocial a la hora de tratar a las pacientes con TCA, y no se discute sobre ello. Sin embargo, no están consensuados los criterios específicos que deben cumplir las pacientes, los requisitos para poder decir que están recuperadas. Y mientras que no haya unos criterios claros de recuperación, no se podrán determinar unos objetivos de tratamiento eficaces (Noordenbos, 2011a, b).

El tratamiento de los TCA siempre ha ido enfocado a la recuperación física de la persona y a la reducción o eliminación de conductas inadecuadas: en la anorexia nerviosa el mantenimiento de un peso aceptable y la reanudación de la menstruación en las mujeres, y la ausencia de atracones y purgas en la bulimia nerviosa; es decir, el abatimiento de los síntomas que lo diagnosticaban. Pero esta filosofía está siendo cuestionada últimamente. Diversos estudios muestran que los tratamientos enfocados sólo a la disminución de estas conductas inapropiadas no predice la recuperación a largo tiempo de las personas con TCA (Noordenbos, 2011b, Björk & Ahlström, 2007, Darcy et al 2010). Fenning, Fenning y Roe (2002), en un estudio en el que proporcionaban un tratamiento con atención física y psicológica a un grupo de pacientes durante y después de la hospitalización, demostraron que las pacientes que recuperan el peso normal para su edad después de un tratamiento dirigido a la recuperación física solamente tienen peor pronóstico y más riesgo de sufrir recaídas, debido

a que todavía mantienen actitudes y sentimientos inadecuados hacia la comida y su propio cuerpo (Fenning, Fenning & Roe, 2002).

En el tratamiento de los TCA participan múltiples profesionales, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales y también enfermeros. Enfermería se considera un pilar básico en el tratamiento, ya que es el personal que tiene más contacto con el paciente, y el que establece una relación terapéutica más cercana (Bakker et al, 2011; Ramjan, 2004).

Justificación del tema

Debido a la alta prevalencia de los trastornos alimentarios a causa de los cambios socioculturales acaecidos en los últimos tiempos, y a la falta de consenso de cuáles son los criterios de recuperación propicios, por lo que tampoco se han llevado a cabo tratamientos efectivos, se hace visible la importancia de analizar este tema en profundidad.

Además, el hecho de que la presencia enfermera sea tan importante en este ámbito, ha hecho que se planteen unos objetivos en los que se tenga en cuenta la presencia enfermera durante el cuidado de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

El trabajo consta de una revisión bibliográfica de la literatura, en el que se analizarán artículos de investigación para poder contestar a la siguiente pregunta formulada:

¿Qué se sabe acerca del proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es analizar la producción científica sobre el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria.

Como objetivos específicos se plantean:

- Describir cuáles son los criterios de recuperación de los TCA.
- Describir el rol de enfermería en el proceso de recuperación de las pacientes con TCA.

Metodología

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para realizar la búsqueda bibliográfica, se ha utilizado como herramienta clave el acceso a la página de la *Universitat de les Illes Balears* (UIB), para poder acceder a los metabuscadores, a las bases de datos y a las revistas electrónicas.

Se han utilizados los metabuscadores Ebscohost y la Biblioteca Virtual de Salud, ambos metabuscadores que ofrecen información científica y que abarcan bases de datos sobre sanidad de interés. La búsqueda se realizó en las bases de datos Cinahl, que recoge artículos de revistas sobre enfermería, biomedicina y salud; Pubmed y Medline que recogen información de investigación biomédicas; e Ibecs, que recoge información sobre ciencias de la salud. También se han buscado artículos en Elsevier, una editorial científica que recoge literatura médica. La consulta de estas bases de datos se inició a finales de febrero de 2013, y acabó en mayo del mismo año.

Para obtener la información necesaria para realizar este trabajo, se realizó una primera búsqueda para responder a la primera pregunta de investigación, en la cual se utilizaban los siguientes descriptores: *eating disorder* y *anorexia nervosa* como descriptores primarios, *nursing* y *nursing process* como descriptores secundarios, y *psychotherapy* y *recovery* como descriptores marginales. El boleano utilizado en todas las combinaciones de descriptores fue AND. En total se obtuvieron 169 resultados: 11 en Ibecs, 18 en Medline, 36 en Scielo, 4 en Cinhal y 100 en Pubmed. Después de leer los resúmenes de todos los artículos, se seleccionaron sólo 13 artículos en total, ya que todos los demás se excluyeron por no versar sobre intervenciones de enfermería en las unidades de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) propiamente dichas. Más tarde, leyendo los artículos, se descartaron dos más por no hacer referencia a las características de las intervenciones de enfermería, por lo que sólo se tenían 11 artículos.

Como no se encontraron artículos suficientes, se modificó la pregunta de investigación, los objetivos y los descriptores para poder realizar una segunda búsqueda. Esta vez sí que se encontraron más artículos, pero el error estaba en que los artículos encontrados no respondían a la pregunta de investigación. En ese caso, fue necesario modificar la pregunta una vez más, para que los resultados pudieran concordar con la pregunta y poder así responder a los objetivos.

Con un nuevo enfoque, la búsqueda bibliográfica se ha centrado en seis descriptores: dos descriptores primarios como son “*eating disorder/ trastorno conducta alimentaria*” y “*anorexia nervosa/anorexia nerviosa*”, tres descriptores

secundarios como son “*recovery/recuperación*”, “*treatment/tratamiento*” y “*therapy/terapia*”, y un descriptor marginal, “*nursing/enfermería*”. No se ha utilizado el descriptor “*bulimia nervosa/bulimia nerviosa*” debido a la cantidad de información encontrada con ese descriptor que no era de utilidad. Se ha utilizado la herramienta DeCS para determinar una terminología común. Sin embargo, la palabra *recuperación* no existe en el DeCS, pero dada la importancia del término se ha decidido utilizarlo.

Como operadores booleanos sólo se ha utilizado *AND*. Las combinaciones utilizadas han sido: *eating disorder AND recovery AND treatment*, *eating disorder AND therapy AND recovery*, *eating disorder AND therapy AND nursing* y *anorexia nervosa AND recovery AND nursing*.

Los criterios de exclusión o límites utilizados fueron acotar la búsqueda entre los años 2000 y 2012, y que fueran artículos a texto completo.

Resultados

Se obtuvieron los siguientes resultados: 43 en Cinahl, 288 en Pubmed, 1 en Ibecs, 18 en Medline y 3886 en Elsevier; es decir, 4236 en total. En total se seleccionaron 42 artículos. La selección de los estudios se hizo a través de la exploración del título, resumen y palabras clave de los artículos. Más tarde, se realizó una selección más refinada leyendo los artículos no discriminados anteriormente. Así, se descartaron 19 artículos, por lo que se utilizaron para el trabajo 22.

El porcentaje de artículos por base de datos es el siguiente: 59% en Pubmed, 22,8% en Cinahl, 13,7% en Elsevier, y 4,5% en Medline.

Además, para encontrar documentos adicionales, se ha llevado a cabo un examen detallado de las referencias de los artículos ya escogidos. Así, se han utilizado 3 artículos más para realizar este trabajo. En total se han utilizado 25 artículos.

Los estudios fueron desarrollados la mayoría en Europa, donde destacan los Países Bajos, Reino Unido y España; Australia y Estados Unidos. También se han recogido artículos realizados en Islandia, Noruega, Suecia y Canadá.

Los artículos seleccionados fueron clasificados en dos categorías, según el tema principal del que hablaran: criterios que definen la recuperación de los TCA y proceso evolutivo de los TCA: rol de enfermería en el tratamiento.

Para responder a la primera categoría se han utilizado 9 artículos, y 11 para responder a la categoría del proceso de recuperación.

Se ha realizado una tabla para exponer todos los resultados obtenidos de la búsqueda (Anexo 1).

Los artículos más importantes y que han guiado el trabajo han sido los estudios de Noordenbos (2011a), Björk & Ahlström (2008), Ramjan (2004) y Snell et al (2010).

Discusión

Criterios de recuperación de los TCA

La definición de recuperación de un TCA no está todavía definida. El concepto de recuperación ha ido evolucionando y actualmente la mayoría de los autores la definen como una recuperación tanto física y conductual como psicológica, social y emocional (Noordenbos, 2011a; Björk & Ahlström 2007; Jenkins & Ogden 2012; Vanderlinden, 2007; Noordenbos, 2011b; van Ommen et al, 2009).

Noordenbos (2011a), en un estudio comparativo sobre cuáles son los criterios de recuperación de un TCA, compara la Morgan Russell Outcome Score con los criterios del DSM-IV. Según Morgan & Russell, los criterios de recuperación son el peso y la menstruación, mientras que Noordenbos traduce los criterios de diagnóstico del DSM-IV en criterios de recuperación y muestra que no sólo los criterios físicos son importantes, sino que da una definición más amplia del concepto de recuperación, integrando aspectos como la conducta alimentaria, el funcionamiento físico del cuerpo y aspectos más psicológicos como son la autoestima, la autoevaluación y las relaciones sociales.

En un estudio cualitativo fenomenológico realizado en Suecia desde la perspectiva del paciente, se entrevistaron a 14 personas que habían sufrido alguna vez un trastorno de la alimentación (Björk & Ahlström, 2008). Se recogió que los criterios de recuperación están relacionados con comer de forma saludable, tener una experiencia saludable con el cuerpo, la autoestima y la interacción social, siempre que éstos se adapten a las individualidades de cada persona, y que se les dé el tiempo necesario para que ellas puedan manejar sus pensamientos de forma saludable.

Jenkins & Ogden (2012), en su estudio cualitativo realizado con pacientes de Reino Unido, coinciden con Björk & Ahlström (2008), y hablan de que las pacientes sentían que la ganancia de peso no era un signo de recuperación si no había en ellas un cambio en sus conocimientos acerca de los alimentos y su imagen corporal, y daban mucha importancia a la relación terapéutica, a la educación y al manejo de las emociones. Darcy et al (2010) también hacen referencia a la importancia de la relación terapéutica en el cuidado de las pacientes con TCA. Además, las pacientes entrevistadas sentían la necesidad de una individualidad y colaboración en los cuidados para fomentar la autonomía y la motivación en el proceso de recuperación, y la participación en el tratamiento para mejorar la adherencia y evitar los abandonos.

Otros estudios han analizado el proceso de recuperaciones desde ambas perspectivas, pacientes y terapeutas, y las han comparado. Vanderlinden (2007) expone que pacientes y terapeutas coinciden en que los factores del tratamiento de los TCA más importantes en el proceso de recuperación son la comprensión de la enfermedad, mejorar la autoestima, la motivación para salir del problema y el apoyo social, sobre todo el apoyo familiar. Otro estudio tampoco encontró diferencias significativas entre pacientes y terapeutas, quienes nombraron como criterios importantes, entre otros, la actitud hacia la comida, la recuperación de un peso normal, la autoestima, la regulación de emociones y las relaciones sociales (Noordenbos, 2011b).

Todos estos resultados están en concordancia con un estudio realizado en Estados Unidos, en que se pretendía averiguar si era posible llegar a una recuperación completa. Se compararon a cuatro grupos de pacientes (con TCA actualmente, parcialmente recuperados, completamente recuperados y pacientes sin ningún antecedente de TCA), a los que se les entrevistó personalmente. Los resultados obtenidos mostraron que las pacientes que sólo se recuperaron parcialmente seguían teniendo pensamientos erróneos acerca de su cuerpo y la comida, por lo que sufrían más riesgo de recaer en la enfermedad y de desarrollar una enfermedad crónica. Los autores concluyeron en que la recuperación completa si era posible, identificando el componente psicológico como indispensable para que no existan recaídas futuras y recuperarse (Bardone, 2010).

No en contra de lo anteriormente dicho, muchos terapeutas se centran en la recuperación de un peso corporal saludable como el mayor indicador de la recuperación (van Ommen, 2009; Bakker et al, 2011), basándose en que cuando las pacientes están bajas de peso no pueden pensar con claridad y no son conscientes de lo que les ocurre.

Aun así, después de un programa centrado en la recuperación de un peso saludable, ofrecen un tratamiento integral en el que se da especial importancia a los aspectos emocionales y psicológicos de la persona.

A pesar de que todos artículos coinciden en que los criterios de recuperación deben incluir no sólo los aspectos físicos, sino también aspectos psicosociales, éstos son datos sustraídos de opiniones de pacientes y terapeutas (Noordenbos, 2011b, Børk & Ahlström 2007; Jenkins & Ogden 2012; Vanderlinden, 2007; Darcy et al, 2010; van Ommen et al, 2009) y todavía no se han establecido unos criterios fijos y universales para definir el concepto de recuperación, por lo que sin unos criterios claros, las tasas de recuperación dependerán de los criterios utilizados por cada autor (Couturier & Lock, 2006) y el concepto de recaída también variará (Noordenbos, 2011a).

Además, la falta de consistencia del término, hace imposible determinar unos objetivos del tratamiento universales y eficaces (Noordenbos, 2011a, Thomas, 2009), que respondan a las necesidades de los individuos.

Así, se puede resumir que tanto investigadores, pacientes y terapeutas coinciden en que la recuperación de un trastorno de alimentación debe ser biopsicosocial, incluyendo en el término aspectos como la autoestima, la imagen corporal, la expresión de sentimientos y el apoyo social, además de la recuperación del peso.

Cabe destacar que gran parte de los estudios concluye con que es necesario consensuar unos criterios de recuperación válidos y extrapolables que incluyan una recuperación psicológica (Noordenbos, 2011a; Noordenbos, 2011b; Bardone et al, 2009; Couturier & Lock, 2006; Thomas, 2009), para poder identificar tratamientos efectivos, disminuir así el riesgo de recaída y mejorar la calidad de vida de las personas que sufren de un TCA.

Proceso evolutivo de un TCA: rol de enfermería en el tratamiento

El proceso evolutivo de una persona que sufre un TCA se puede dividir en tres etapas: enfermedad, cambio y recuperación. En la fase de la enfermedad, la persona no es consciente de que tiene un problema, sino que se deja llevar por unos pensamientos inadecuados acerca de cómo tratar su cuerpo, y tiene comportamientos que perjudican gravemente su salud. Durante la fase de cambio, la paciente se da cuenta de que tiene que empezar a coger el control de su vida, y cambiar algunos de sus comportamientos. La

persona se dará cuenta de la necesidad del cambio sólo si existe en ella una motivación interna que le lleve a ello. La última etapa es la recuperación, que se define como el fin de los pensamientos erróneos acerca de la comida y el cuerpo. Es importante saber que la recuperación del peso sólo es el principio de la recuperación (Jenkins & Ogden, 2012).

Estos resultados apoyan la idea de Patching & Lawler (2009) en un estudio realizado en Australia, en el que recogen las historias de vida de personas que han sufrido un TCA en algún momento de su vida, para conocer las experiencias de desarrollo, vivencia y recuperación de un trastorno de alimentación. En este estudio se encontraron tres temas de interés (control, conexión y conflicto) a lo largo del proceso. Durante el desarrollo, la persona tiene una pérdida de control de su vida, un conflicto parental y una desconexión con el mundo, por lo que usa la alimentación como salida. La recuperación se da cuando recuperan el control y conectan de nuevo con su yo interno, y aprenden a quererse (Patching & Lawler, 2009).

En definitiva, siguiendo a Patching & Lawler (2009): “*Recovery is an individual’s journey in search of self-identity*” (p. 19) (“La recuperación es un viaje individual en busca de la autoidentidad”) (Patching & Lawler, 2009).

Por lo tanto, se sabe que el proceso de recuperación es un proceso difícil (Jenkins & Ogden, 2012; Patching & Lawler, 2009), tanto para los pacientes como para los profesionales que están a su cuidado. Muchos profesionales definen a este tipo de pacientes como difíciles (Reid et al, 2010), y muchas veces existen sentimientos de frustración por la constante lucha por conseguir una buena relación terapéutica que mejore la comunicación entre profesional-paciente (Reid et al, 2010; Snell et al, 2010; Ramjan, 2004).

Dentro de este proceso de recuperación, la figura enfermera tiene un rol esencial (van Ommen et al, 2009; Bakker et al, 2011). Enfermería participa activamente en el cuidado de las personas que sufren un trastorno de alimentación (van Ommen et al, 2009; Bakker et al, 2011) y es el profesional que mantiene una relación más directa con el paciente (Ramjan, 2004). Por ello, es necesario que los enfermeros tengan unos buenos conocimientos acerca de qué son los trastornos de la conducta alimentaria y cómo se tratan, además de conocer las actitudes que deben tomar frente a estos pacientes (van Ommen et al, 2009; Ramjan, 2004; Bakker et al, 2011; Rortveit & Severinsson, 2012).

A la hora de hablar de relación terapéutica, nos referimos al término de una relación de feedback entre enfermera-paciente/familia, una relación de confianza en la que el paciente

pueda expresar sus sentimientos, una relación en la que no existen juicios de valor ni culpabilidad (Ramjan, 2004).

En los últimos años, se ha hablado de que las nuevas perspectivas para la mejora de las relaciones terapéuticas se centran en unos conocimientos compartidos entre enfermera y paciente (Wright, 2010; Snell et al, 2010). Cuando hablamos con la persona y le explicamos su enfermedad y todos los cambios tanto físicos como psicológicos que están sucediendo en su cuerpo, estamos aumentando la conciencia de la persona y, a la vez, disminuyendo su ansiedad y su resistencia a la hora de oponerse al tratamiento. Snell et al (2010) lo traduce como estrategias para desarrollar una relación terapéutica: compartir conocimientos, disminuir el estrés y ofrecer una presencia de apoyo y seguridad.

Sin embargo, no se debe olvidar que es necesario mantener unos límites terapéuticos (Snell et al, 2010) que puedan favorecer una relación de confianza y a la vez no sobrepasen los límites hacia una relación íntima.

Estos límites aumentan la tensión de la alianza terapéutica, ya que provocan sentimientos de estrés en la persona, y puede aumentar la resistencia al tratamiento. Por ello, se considera a las personas diagnosticadas de TCA como pacientes difíciles de tratar (Reid et al, 2010).

Para mantener una relación de confianza con el paciente es importante que la enfermera tenga conocimientos sobre los trastornos de la conducta alimentaria y tenga las habilidades comunicativas necesarias para conservar la conexión entre paciente-enfermera (Reid et al, 2010; Ramjan, 2004; Snell et al 2010).

Ramjan (2004), en su estudio realizado en Australia, donde se recogieron las experiencias de diez enfermeras en el desarrollo de las relaciones terapéuticas, muestra que las enfermeras perciben a los pacientes como manipuladores, desconfiados y desobedientes, y pone de manifiesto que esto se puede deber a la falta de formación y entrenamiento de los enfermeros en este ámbito de trabajo.

Reid et al (2010), en su estudio con profesionales que trabajan con pacientes con TCA, coincide con Ramjan (2004) y Snell et al (2010) en que los profesionales de la salud atribuyen las dificultades en el trato con el paciente no sólo a la complejidad del tipo de paciente, sino también a la falta de conocimiento sobre los TCA.

Por lo tanto, se sabe que las relaciones terapéuticas en este ámbito se consideran difíciles por la resistencia de este tipo de pacientes al cambio y por la falta de conocimientos y competencias de los enfermeros (Ramjan, 2004; Reid et al, 2010), lo que

crea sentimientos de desconfianza hacia los pacientes (Ramjan, 2004), y de frustración e inutilidad como profesional (Snell et al, 2010; van Ommen et al, 2009), por no poder hacer frente a las adversidades del trabajo con este tipo de pacientes difíciles.

La educación a los profesionales que trabajan con pacientes con trastornos tan específicos es necesaria para que éstos puedan realizar bien su trabajo y para que los pacientes reciban una correcta atención (Ramjan, 2004). Es importante que la enfermera tenga una actitud de respeto, empatía e igualdad (van Ommen et al, 2009) y que sepa crear un ambiente de confianza mutua (Wright, 2010), que permita al paciente abrirse y compartir sus sentimientos y emociones. Además, la enfermera debe ser insistente y firme en sus decisiones (van Ommen et al, 2009) para no crear sentimientos de ambivalencia en los pacientes.

El estudio de Rorveit & Severinsson (2012) confirma que la enfermera en salud mental debe tener unas cualidades especiales, como la empatía y la confianza. Además, abarca temas como el empoderamiento, la toma de decisiones y la motivación, los cuales son muy interesantes, ya que ofrecen una visión de mutuo acuerdo en el tratamiento, y entregan una parte del control a los propios pacientes.

Otra tarea de enfermería muy importante en el cuidado de pacientes con TCA es el apoyo familiar. La familia también sufre cuando un allegado está padeciendo una enfermedad como es un trastorno de alimentación, por ello es importante ofrecer apoyo y mejorar sus conocimientos acerca de la enfermedad (Gisladóttir & Svavarsdóttir, 2010). Se trata de disminuir el estrés de la familia y mejorar la comprensión de la enfermedad, para que ésta pueda participar activamente en el cuidado su familiar. Torralbas-Ortega et al (2011) en un artículo sobre la intervención enfermera familiar, recoge que la familia es esencial en el cuidado de las pacientes con TCA, por lo que se deben realizar terapias de educación familiar sobre temas como la alimentación y la conducta¹⁵.

Así, sabemos que las tareas más importantes de la enfermera a la hora de ofrecer un cuidado efectivo a pacientes que sufren de un TCA y crear una relación terapéutica son:

- Ofrecer reglas claras y directas al principio del tratamiento, cuando todavía no es consciente de la enfermedad (Bakker et al, 2011).
- Compartir conocimientos para aumentar la conciencia de los pacientes (Snell et al, 2010; Wright, 2010).

- Crear una relación de confianza y ofrecer apoyo emocional para que el paciente se abra y comparta sus pensamientos (Wright, 2010).
- Empoderar al paciente, dándole responsabilidad y control sobre su vida una vez esté capacitado para hacerlo (Bakker et al, 2011; Rortveit & Severinsson, 2012).
- Motivar al paciente para mejorar su estado una vez es consciente de la enfermedad (Vanderlinden, 2007; Rortveit & Severinsson, 2012).

Después de analizar todos los resultados obtenidos, se ha visto una clara falta de investigaciones en las que se hable de las intervenciones específicas para el proceso de recuperación en las que enfermería participa. Esto puede ser debido a una mala búsqueda realizada, o porque realmente falta todavía mucha información sobre este tema.

Conclusión

El objetivo de estudio era analizar la producción científica del proceso de recuperación de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Según la bibliografía obtenida de la revisión bibliográfica en las bases de datos, se diferencian claramente dos temas destacados: criterios de recuperación de los TCA y enfermería en el proceso de recuperación de los TCA

Los resultados muestran que no hay consenso entre terapeutas e investigadores para establecer definitivamente cuáles son los criterios de recuperación para los trastornos de la conducta alimentaria (Noordenbos, 2011a; Noordenbos, 2011b; Bardone et al, 2009; Couturier & Lock, 2006; Thomas, 2009).

Cuando sólo se describen como criterios de recuperación los aspectos físicos y conductuales, se da una recuperación parcial, que puede dar pie a que haya recaídas (Bardone, 2010).

Así, es necesario que en la definición de recuperación se tengan en cuenta una visión biopsicosocial de la persona, para poder ofrecer un cuidado completo e individualizado de calidad, que comprenda aspectos como la comprensión de la enfermedad, la mejora de la propia imagen corporal y la autoestima, la regulación de emociones, el desarrollo de habilidades para la solución de problema, y mejorar las relaciones sociales.

Dentro de este esquema de los objetivos del tratamiento, la enfermera juega un rol esencial y es el eje central de las relaciones terapéuticas (Wright, 2010), ya que es el profesional que pasa más tiempo al lado del paciente. Desde esta perspectiva, es importante

que enfermería tenga unos conocimientos específicos sobre los TCA y mantenga actitudes de liderazgo, empatía y respeto (Ramjan, 2004; Wright, 2010), para poder manejar situaciones difíciles y conseguir una buena relación terapéutica con el paciente que favorezca su recuperación.

En definitiva, creo que este tema sería interesante analizarlo en profundidad, para realmente llegar a un consenso entre investigadores, terapeutas y pacientes, sobre cuáles deberían ser los aspectos más relevantes para la recuperación de un paciente con TCA y poder definir así unos objetivos de tratamiento universales, en los que todos los profesionales tengan unas tareas e intervenciones asignadas.

Limitaciones de ese trabajo

Una limitación de este trabajo serían los descriptores utilizados a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica. Si se hubieran elegido otros descriptores más acordes con el tema en cuestión, se podría haber respondido a la primera pregunta formulada, y no se tendría que haber cambiado dos veces de pregunta y de objetivos.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 ed.). Washington, DC: Autor.
- Bakker, R., van Meijel, B., Beukers, L., van Ommen, J., Meerwijk, E. L., van Elburg, A. (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 16-22.
- Bardone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R., Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 194-202.
- Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., Esterna, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *Lancet*, 357, 1254-57.
- Björk, T., Ahlström, G. (2008). The patients' perception of having recovered from an eating disorder. *Health Care Women International*, 29, 926-944.

- Couturier, J., Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 550-555.
- Darcy, A. M., Katz, S., Fitzpatrick, K. K., Forsberg, S., Utzinger, L., Lock, J. (2010). All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment. *European Eating Disorders Review*, 18, 260-270.
- Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿ de dónde proviene? *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104, 345-350.
- Fenning, S., Fenning, S., Roe D. (2002). Physical recovery in anorexia nervosa: Is this the sole purpose of a child and adolescent medical-psychiatric unit? *General Hospital Psychiatry*, 24, 87-92.
- Gísladóttir, A., Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders, *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 18, 122-130.
- Guerra-Prado, D., Barjau Romero, J. M. (2002). Televisión, medios de comunicación escritos y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 119, 666-70.
- Jenkins, J., Ogden, J. (2012). Becoming ‘whole’ again: a qualitative study of women’s views of recovering from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e23-e31.
- Labay Matías, M. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria y sus causas. No todo es cuestión de modas ni medios. *Anales de Pediatría*, 52(1), 76-77.
- Noordenbos, G. (2011a). When have eating disordered patients recovered and what do the DSM-IV criteria tell about recovery? *Eating Disorders*, 19, 234-245.
- Noordenbos, G. (2011b). Which criteria for recovery are relevant according to eating disorder patients and therapists? *Eating Disorders*, 19, 441-451.
- Ramjan, L. M. (2004). Nurses and the ‘therapeutic relationship’: caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 495-503.
- Reid, M., Williams, S., Burr, J. (2010). Perspectives on eating disorders and service provision: a qualitative study of healthcare professionals. *European Eating Disorders Review*, 18, 390-398.
- Rodrigo Alfageme, M., Moreno Villares, J.M., Hernández Guillén, R., Solano Pinto, N. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine*, 8, 6217-24.

- Rortveit, K., Severinsson, E. (2012). Leadership qualities when providing therapy for women who suffer from eating difficulties. *Journal of Nursing Management*, 20, 631-639.
- Smink, R. E., van Hoeken, D., Hock, W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.
- Snell, L., Crowe, M., Jordan, J. (2010) Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 351-358.
- Thomas, S. P. (2009). New perspectives on eating disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 595.
- Torralbas, J., Puntí, J., Arias, E., Naranjo, M. C., Palomino, J., Lorenzo, A. (2010). Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enfermería Clínica*, 21, 359-363.
- van Ommen, J., Meerweijk, E. L., Kars, M., van Elbrug, A., van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2801-2808.
- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G., Probst, M. (2007). Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process? A comparison between the patient's and therapist's view. *European Eating Disorders Review*, 15, 357-365.
- Wright, K. M. (2010). Therapeutic relationship: developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 154-161.

Anexo 1

Autor/ año	Objetivo	Muestra	Resultados
Björk & Ahlström, 2008	Describir cómo perciben los ex pacientes la recuperación de un TCA.	14 mujeres ex pacientes de un TCA.	La describen como autoaceptación, aceptación del cuerpo, tener una actitud relajada con la comida, tener una vida social activa y saber expresar las emociones.
Bakker et al, 2011	Explicar la efectividad de los cuidados hospitalarios	7 enfermeros y 1 trabajador	Los elementos del cuidado de enfermería más efectivos se pueden dividir en: reanudación de hábitos normales de alimentación y

	enfermeros en adolescentes diagnosticados de AN.	social.	ejercicio, desarrollo de habilidades sociales y apoyo a los pares
van Ommen et al, 2009	Desarrollar, desde la perspectiva de los pacientes, un modelo explicando el cuidado efectivo de enfermería con respecto a la recuperación del peso.	14 mujeres adolescentes diagnosticadas de anorexia nerviosa.	Los cuidados enfermeros más efectivos son aquellos que ofrecen una atención especial a los aspectos emocionales y psicosociales de los pacientes además del peso, como la autoestima, los conocimientos y las funciones personales y sociales, ya que estos son la clave de una recuperación a largo plazo.
Jenkins & Ogden, 2012	Explorar el proceso de recuperación de AN desde una perspectiva del paciente.	15 mujeres recuperadas de AN.	Las mujeres dividen el proceso de recuperación en tres áreas: ser anoréxica en términos de cogniciones y conductas; proceso de cambio como un viaje difícil; y estar recuperada como encontrar una nueva identidad.
Noordenbos, 2011a	Analiza la escala de puntuación más importante y los criterios de recuperación deducidos del DSM-IV, para desarrollar un mayor consenso en los criterios de recuperación de TCA,	Revisión bibliográfica de la literatura.	Todavía no existe un consenso sobre los criterios de recuperación de los TCA. No descartar los aspectos psicológicos, emocionales y sociales en la definición de recuperación.
Noordenbos, 2011b	Analizar la producción científica para conocer la opinión de pacientes y terapeutas sobre cómo entienden ellos la recuperación	Revisión bibliográfica de la literatura.	Muestra que no hay diferencias significativas entre pacientes y terapeutas, y que los criterios más importantes son: conductas y actitudes en cuanto a la comida y el peso, recuperación psicológica y física, regulación de emociones y las relaciones sociales. Sin embargo, comenta que no existen todavía investigaciones suficientes sobre este tema, para consolidar los criterios de recuperación y su definición.
Darcy et al, 2010	Triangular la perspectiva de ex pacientes de AN en términos de cómo se engancharon al	20 mujeres con una historia de vida de AN	Los resultados muestran una falta de voluntad para engancharse al tto por falta de motivación y participación. Definen la recuperación como desaparición de

	tratamiento y definen la recuperación.		síntomas y patrones de pensamiento distorsionados, y mejora de la imagen corporal y la autoestima.
Ramjan, 2004	Explorar las dificultades y obstáculos que dificultan la formación de relaciones terapéuticas para las enfermeras con pacientes con TCA.	10 enfermeras sin ninguna formación en salud mental.	Los temas que emergen son: la lucha por entender el problema; la lucha por el control y el poder; y la lucha por desarrollar una relación terapéutica.
Vanderlin den et al, 2007	Explorar qué elementos del tratamiento son los más importantes en el proceso de recuperación.	132 pacientes con TCA y 49 terapeutas	El estudio no demostró diferencias significativas entre terapeutas y pacientes. Los elementos más importantes son mejorar la autoestima, mejorar la experiencia con el cuerpo y aprender habilidades para la resolución de problemas
Torrallas et al, 2010	Describir y analizar las dificultades familiares expresadas en el cumplimiento terapéutico de pacientes con AN.	Cuidadores principales de 10 mujeres adolescentes.	Las dificultades familiares son: problemas para elaborar una dieta equilibrada, problemas para manejar emociones y conductas inadecuadas, problemas por inexistencia de hábitos alimentarios familiares previos, problemas por escaso control y supervisión, problemas por negativa o incumplimiento de las pautas establecidas.