



Trabajo de Fin de Grado

“La familia como parte del proceso terapéutico de la Anorexia Nerviosa en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria”

Para optar al título de: Graduado en Enfermería

Autor/es: Paola Johanna Gómez Díaz

Tutor/es: María Aránzazu García Pizarro

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Julio de 2019

1.	Índice	
2.	RESUMEN	5
3.	PALABRAS CLAVE	5
4.	ABSTRACT	5
5.	KEY WORDS	6
6.	INTRODUCCIÓN	7
7.	ANTECEDENTES	8
7.1	¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?.....	8
7.2	Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)	8
7.2.1	Bulimia Nerviosa.....	9
7.2.2	Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).....	9
7.2.3	Anorexia Nerviosa (AN)	10
7.3	Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa y otras manifestaciones de la enfermedad	11
7.4	Etiopatogenia de la Anorexia Nerviosa	12
7.5	Comorbilidades de la Anorexia Nerviosa	13
7.6	Epidemiología	15
7.7	Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	16
7.8	Tratamiento de la Anorexia Nerviosa	17
8.	ANOREXIA NERVIOSA Y FAMILIA	19
8.1	Características de las familias de pacientes con Anorexia Nerviosa	19

8.2	La Anorexia Nerviosa en Adolescentes y la Terapia Familiar	20
8.2.1	Terapia Familiar Estructural.....	22
8.2.2	Terapia Centrada en las Emociones.....	23
8.2.3	Terapia Interpersonal.....	24
8.2.4	A propósito de la Terapia Centrada en las Emociones.....	25
9.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
10.	JUSTIFICACIÓN.....	27
11.	OBJETIVOS.....	29
12.	METODOLOGÍA.....	29
12.1	Diseño de la investigación.....	29
12.2	Población y muestra	29
12.3	Criterios de inclusión y exclusión	30
12.4	Variables e instrumentos de medida.....	30
12.5	Método de recogida de la información.....	34
12.6	Análisis de los datos.....	37
13.	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	37
14.	CRONOGRAMA	38
15.	PRESUPUESTO.....	38
16.	BIBLIOGRAFÍA.....	39
17.	ANEXOS.....	42
17.1	Anexo I: Cuestionario sobre características sociodemográficas (padres).....	42
17.2	Anexo II: Cuestionario sobre características sociodemográficas (Hijas).....	43

17.3	Anexo III: Variables antropométricas (a cumplimentar por enfermería).....	44
17.4	Anexo IV: Solicitud de Consentimiento a la Gestión del CHUC	45
17.5	Anexo V: Solicitud de colaboración a la Unidad	46
17.6	Anexo VI: Solicitud de colaboración a la Dirección de Enfermería.....	47
17.7	Anexo VII: Compromiso de la Colaboración de Enfermería de Salud mental .	48
17.8	Anexo VIII: Consentimiento informado para el/la Usuario/a.....	49
17.9	Anexo IX: Escala LEE para valorar el nivel de expresión emocional	50
17.10	Anexo X: Escala EDSIS para medir el impacto de síntomas del TCA.....	52
17.11	Anexo XI: Escala FACES III para medir el funcionamiento familiar	54
17.12	Anexo XII: Escala EDI-2 para la valoración del TCA.....	55
17.13	Anexo XIII: Escala de Satisfacción del Tratamiento Recibido (CRES-4).....	58

2. RESUMEN

La Anorexia Nerviosa es el Trastorno de la Conducta Alimentaria más común y mayormente descrito. Esta enfermedad de origen multifactorial, es la tercera más común en población adolescente y desarrollada sobre todo en mujeres. Entre el 5'9% y el 18% de la población puede sufrir la enfermedad. Pero en la población adolescentes dichas cifras pueden llegar a ser entre 4 y 10 veces superior.

Al ser una patología de origen multifactorial, también se han establecido múltiples líneas terapéuticas. Entre ellas, una de las estrategias que ha demostrado gran eficacia en la mejoría de la Anorexia Nerviosa es la Terapia Familiar, aunque se desconocen datos sobre qué tipo de terapia aplicar y ninguna de ellas trabaja únicamente con ellos.

Por ello, el objetivo principal de este estudio es conocer el grado de satisfacción de los padres tratados bajo el enfoque de la Terapia Centrada en las Emociones de la consulta de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias.

Para ello, se ha planteado un estudio de 15 meses de duración, donde se tratará a los padres, para evaluar, a través de medidas de tendencia central y distribución de frecuencia, la satisfacción de los mismos con dicha terapia y si existe repercusión clínica en la evolución de sus hijas.

3. PALABRAS CLAVE

Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, adolescencia, familia, Terapia Familiar, Terapia Centrada en las Emociones.

4. ABSTRACT

The Anorexia Nervosa is the most common and described Eating Disorder nowadays. . This illness with a multifactorial beginning, is the third most usual in teenagers and the most of all, developed in women. Between the 5,9% and 18% of population can suffer the disease, but in teenagers this results can be between 4 or 10 times higher.

Paola Johanna Gómez Díaz

Many different therapeutic lines have been established because of being a multifactorial pathology. One of the most accurate strategies in the improvement of Anorexia Nervosa is the Family Therapy, although researches does not really show what parents feel, and none of these are only focused on them.

That is why the main target in this project is to know about parents satisfaction when being treated by The Focused Emotion Therapy in Mind Health Office in “Hospital Universitario de Canarias”.

For this reason a fifteen months case study have been planned, where parents will be treated in order to evaluate using central tendencies measurements and frequency distribution their satisfaction with the therapy and if this does any good in their daughter recovery.

5. KEY WORDS

Eating disorders, anorexia nervosa, adolescence, family, Family Therapy.

6. INTRODUCCIÓN

La Anorexia Nerviosa (AN), es una enfermedad psiquiátrica perteneciente al grupo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Existen diversas teorías que especulan sobre el origen de esta enfermedad, sin llegar a ser ninguna validada del todo, por lo que, se concluye que esta enfermedad es de origen multifactorial y todas las teorías se relacionan. ^(1,2,3)

Se trata de una patología grave que afecta al funcionamiento del individuo a nivel físico, psicológico y social; desarrollada sobre todo en mujeres y durante la adolescencia, pudiendo provocar incluso, la muerte. ^(2,3,4)

En España, las cifras de pacientes con AN se han igualado con las del resto de países europeos, siendo la tercera enfermedad más frecuente en adolescentes. La mortalidad de este TCA ronda el 5,9% y el 18% en la población general; y asciende entre 4 y 10 para la población adolescente. ^(1,4)

Al igual que no se ha encontrado el origen claro de la enfermedad, el tratamiento, no es concreto; se han definido pautas generales como es la re-nutrición, el tratamiento de las comorbilidades asociadas y la psicoterapia, pero debe ser adaptado a cada paciente. ^(1,3,5)

No obstante, una de las líneas de terapéuticas con más efectividad en adolescentes es la Terapia Familiar. Aunque no se ha encontrado ningún patrón de funcionamiento familiar específico como causa directa de la Anorexia Nerviosa ^(6,7) sí se ha observado que determinados comportamientos en el grupo familiar pueden actuar como predisponentes o perpetuantes de la misma. ⁽⁷⁾

Actualmente, no existe una Terapia Familiar específica para la Anorexia Nerviosa, pero sí se han identificado los beneficios de un tratamiento familiar tanto para el paciente como para la familia: mejora el conocimiento de la enfermedad y el tratamiento, funciona de ancla para evitar desajustes o desgaste de la dinámica familiar, ayuda a la familia a implicarse en todo el proceso y además les ofrece técnicas para afrontar las dificultades que se puedan producir. ^(7,8)

La Anorexia Nerviosa es una patología muy compleja y conseguir un tratamiento efectivo, como la Terapia Familiar también lo es. Sin embargo, en la bibliografía, se evidencia que para que este tratamiento sea eficaz, la familia debe comprender la enfermedad y creer que es tratable, a pesar de que existen pocos datos sobre cómo ven los padres la enfermedad, qué es lo que sienten, qué esperan con el tratamiento y qué les hace actuar así. ^(2,7,9)

Por este motivo, se considera importante, que los padres de hijas con Anorexia Nerviosa, también tengan acceso a una terapia independiente a la que reciban con las hijas; para que sean capaces de expresarse entre sí abiertamente y en un ambiente neutro, para conocer, si recibiendo terapia, son capaces de mejorar los sentimientos de culpabilidad, frustración o interacciones negativas entre los padres y las hijas que ha producido la enfermedad. Y sobre todo, para identificar las posibles repercusiones que puede tener esta actuación con los padres sobre las adolescentes y la enfermedad.

7. ANTECEDENTES

7.1 ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son definidos como alteraciones específicas y severas en la ingesta de alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer; bien por comer en exceso o por dejar de hacerlo; ambas conductas son respuesta a un impulso psíquico y no a una necesidad metabólica o biológica. (1,2,3,4)

En las últimas décadas estas enfermedades han adquirido gran relevancia socio-sanitaria por la gran complejidad para establecer un tratamiento específico a causa de todas las dimensiones que abarca ^(2,3); ya que son patologías de origen multifactorial en las que intervienen aspectos genéticos, familiares biológicos, de la personalidad y socioculturales. ^(1,4)

Estos trastornos se desarrollan con mayor frecuencia en el mundo occidental y, aunque pueden presentarse en cualquier etapa de la vida, son más comunes durante la adolescencia teniendo mayor incidencia en pacientes de sexo femenino. ^(4,10,11)

Son consideradas una urgencia médica, porque, si no reciben el tratamiento adecuado tienden a la cronicidad y conllevan alteraciones graves a nivel tanto físico como psicológico y psicosocial en el individuo y su entorno. Además de estar relacionadas con un alto riesgo de conductas suicidas y otras psicopatologías. ^(1,3,5)

7.2 Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Estas enfermedades están divididas principalmente en dos grandes grupos: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Existe además, un tercer grupo denominado Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados o TANE; dentro del cual destaca el Trastorno por Atracón. ^(1,3,4)

7.2.1 Bulimia Nerviosa

Tipo de TCA caracterizado por una serie de episodios de atracones de carácter recurrente, donde la persona come una gran cantidad de alimentos en un corto periodo de tiempo y normalmente a escondidas. Tras este atracón, el individuo realiza una serie de conductas compensatorias como el vómito inducido, el abuso de laxantes y diuréticos, ayuno o ejercicio físico en exceso para evitar el aumento de peso y el temor que éste les produce.^(1,2,5)

La Bulimia Nerviosa no implica necesariamente bajo peso corporal; estos pacientes que pueden presentar normopeso, bajo peso o sobrepeso.⁽²⁾

7.2.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE)

Esta categoría engloba a todos aquellos Trastornos de la Conducta Alimentaria que no cumplen ningún criterio del “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM-IV) correspondientes a la Anorexia o a la Bulimia Nerviosa; también son conocidos como Trastornos Alimentarios Sub-Clínicos.^(1,2,3)

Son habitualmente cuadros de AN y BN incompletos, en cuanto a que podremos encontrar signos y síntomas de estos dos trastornos, pero sin llegar a configurar ningún cuadro completo.^(1,2)

- La paciente presenta todos los criterios diagnósticos de AN excepto los cambios en el ciclo menstrual.
- El paciente puede cumplir con todos los criterios diagnósticos de AN, excepto porque el peso corporal se encuentra dentro de límites normales.
- También puede presentarse todos los criterios para la BN excepto porque los atracones o conductas compensatorias ocurren en menos de dos veces a la semana o durante un periodo inferior a tres meses.
- Los individuos pueden tener conductas compensatorias tras comer pequeñas cantidades de alimento teniendo un peso normal.
- Masticar y escupir grandes cantidades de alimento.

Una de las enfermedades más frecuentes de este grupo es el **Trastorno por Atracón (TA)**; que a pesar de no encontrarse formalizado como diagnóstico, en la práctica clínica es ampliamente aceptado.^(2,4)

Es un cuadro similar a la Bulimia Nerviosa en tanto que el paciente tiene episodios recurrentes de atracones, pero a diferencia de la BN en este trastorno, no se producen conductas compensatorias para evitar el aumento de peso.⁽¹⁾

Para que se produzca el atracón se asocian tres o más de las siguientes características:

- Comer rápidamente.
- Comer hasta tener una incómoda sensación de plenitud.
- Sin sentir hambre comen grandes cantidades de alimento.
- Presentan angustia, depresión o culpabilidad tras el atracón.
- Los atracones ocurren al menos dos veces por semana en un periodo de seis meses.
- En este trastorno el paciente tiene conductas compensatorias regulares e inapropiadas, a diferencia de la AN o la BN.

Este tipo de trastorno es frecuente en personas con obesidad o bien conducir a los pacientes a la misma; normalmente sucede cuando la persona se encuentra sometida a situaciones estresantes, dietas muy restrictivas o sentimientos de rechazo hacia el propio peso y la figura corporal. ^(2,3)

7.2.3 Anorexia Nerviosa (AN)

Principal y más común Trastorno de la Conducta Alimentaria datado por primera vez en el siglo XVII por Morton, quien fue capaz de observar que se trataba más de un estado de malnutrición; la documentó como una “perturbación del sistema nervioso acompañada de tristeza y preocupaciones”. ⁽¹⁾

En la actualidad, la Anorexia Nerviosa es definida como un Trastorno Alimenticio en el que el paciente presenta una incapacidad para mantener un estado saludable del cuerpo a nivel físico en relación al peso; que pasa a ser un foco de obsesión porque no se encuentra satisfacción con el valor numérico aunque este se encuentre por debajo del valor del IMC indicado para el individuo. ^(1,2,5)

Por esta insatisfacción, el paciente inicia una serie de actividades muy estrictas que favorecerán a perpetuar el bajo peso corporal e incluso seguir disminuyéndolo, como dietas muy restrictivas, ayunos prolongados, ejercicio físico en exceso y purgas. ⁽⁵⁾

Al igual que el resto de Trastornos de la Conducta Alimentaria, la AN suele iniciarse en la adolescencia y afecta mayormente al sexo femenino (de cada 9 casos 1 se produce en hombres).^(1,13) La tasa de recuperación de esta enfermedad se encuentra sobre el 70%, pero se trata de una patología grave que puede llevar al paciente a la muerte, debido en gran medida por la ausencia de conciencia de enfermedad. ^(1,3,8)

Suele ser habitual, que las pacientes que desarrollan Anorexia Nerviosa hayan padecido de un trastorno de ansiedad, e incluso puede persistir un trastorno depresivo tras la recuperación de la anorexia. ^(1,4,5)

La AN produce efectos devastadores sobre todos los sistemas corporales del individuo y sobre su entorno; las repercusiones de los mismos va directamente relacionada con la gravedad de la sintomatología y de la fase en la que se encuentre el individuo. ^(1,2,5)

A su vez, se encuentran dos subgrupos dentro de la Anorexia Nerviosa:

- *Anorexia tipo restrictiva*: En la que el paciente no recurre a atracones o purgas.
- *Anorexia tipo compulsivo/purgativo*: En este caso, la persona enferma practica regularmente atracones y/o purgas. ^(2,3,4)

7.3 Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa y otras manifestaciones de la enfermedad

Las características principales para formalizar el diagnóstico de AN se encuentran recogidas dentro de la clasificación de la DSM-IV:

- No mantener el peso corporal igual o superior al mínimo considerado normal según la talla y el peso de la paciente.
- Pavor por ganar peso y convertirse en obeso, aún teniendo un peso corporal muy por debajo del mínimo establecido.
- Distorsión de la imagen corporal, evaluaciones constantes del peso y negación de la gravedad que conlleva un peso corporal tan bajo.
- Amenorrea, o ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. ^(1,2,3,4,5)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA ANOEXIA NERVIOSA
Rechazo a mantener un peso corporal \geq al valor mínimo según la edad y la talla (peso $<$ al 85% de lo esperado)
Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal
Distorsión en la percepción del peso y la imagen corporal, exageración de la importancia de la autoevaluación o negación del peligro de un peso corporal bajo
Amenorrea, definida por la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos

Figura 1. Resumen de criterios diagnósticos para la AN según la DSM-IV (Fuente: Elaboración propia)

7.4 Etiopatogenia de la Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa es una enfermedad de origen multifactorial y cuyas bases predisponentes no se encuentran claramente definidas. Se han especulado diversas teorías sobre el origen de la misma, sin llegar a ser ninguna definitiva, por lo que se ha aceptado la validez de diversas teorías y se han entrelazado entre sí.^(2,5,11)

Alguna de las causas por las que se puede desarrollar la enfermedad son:

- **Bases moleculares:** Donde se ha estudiado la gran importancia del hipotálamo. Exponen que los sistemas dopaminérgicos y opioides son fundamentales para sobrevivir debido a que regulan impulsos amorosos, reproductivos o de la ingesta de alimentos. Del mismo modo esta acción dopaminérgica regula mecanismos “no naturales” dentro de los que se encuentran las alteraciones alimentarias.

En pacientes con AN se ha observado una reducción de los metabolitos de la dopamina en el líquido cefalorraquídeo que puede persistir incluso tras la curación. También se ha evidenciado que la actividad del sistema dopaminérgico está aumentada.

- **Bases biológicas:** Defienden que, hay una mayor tendencia a padecer un TCA en aquellas familias donde algún familiar padece algún trastorno de este tipo. Es decir, existe vulnerabilidad familiar para estos trastornos.^(1,2)
- **Bases psicológicas:** Sugieren que los cambios en la persona identificada como “la enferma” influyen directamente sobre la salud psicológica y física del resto de grupo familiar.

La relación entre padres e hijas durante el desarrollo de las mismas son determinantes en el desarrollo psicosocial así como en el desarrollo de psicopatologías como lo son los Trastornos de la Conducta Alimentaria.^(2,12)

Esta misma relación padre-hijas y la estructura de funcionamiento familiar influyen tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de la enfermedad; algunas de las características de estas familias son: elevada implicación interpersonal, sobreprotección, rigidez, alta conflictividad y evitación a la hora de resolver conflictos.⁽⁵⁾

Son trastornos habituales en familias desestructuradas; donde existe sintomatología obsesivo-compulsiva, hábitos alimenticios irregulares durante la infancia o la realización de actividades que den valor a la delgadez durante la infancia y la niñez.

También se ha definido como factor importante en el desarrollo de esta enfermedad, la influencia de la sociedad; el culto al cuerpo, a conseguir una silueta atlética y esbelta es un patrón de pensamiento común en toda la sociedad moderna y de países desarrollados.

No obstante, las pacientes con AN tienen una menor autoestima, y la influencia que ejerce la industria de la moda con modelos extremadamente delgadas y tallas que son prácticamente imposibles de alcanzar, es mucho mayor. Además, estas figuras se venden como ejemplo de “salud” y “belleza” haciendo que, sobre todo la mujer, “deba” cumplir los

mismos patrones e intentar alcanzar tales cánones. Por ello, se pueden desarrollar pensamientos obsesivos que son continuamente alimentados y no favorecen el estado psicológico de la paciente porque su nivel de ansiedad y frustración aumentará.

Se han relacionado con los TCA otros factores psicológicos como trastornos afectivos, de personalidad, baja autoestima, retraimiento social y perfeccionismo entre otras alteraciones.

- **Acontecimientos vitales estresantes:** Como son crisis vitales, abusos sexuales o críticas sobre el aspecto físico durante la infancia. ^(1,2,8,12)

7.5 Comorbilidades de la Anorexia Nerviosa

La anorexia nerviosa tiene consecuencias devastadoras a todos los niveles para los pacientes que la padecen; las consecuencias pueden dividirse en dos grupos: a nivel físico y a nivel psicológico.

A nivel físico: Como consecuencia de la inanición, la excesiva restricción alimentaria, el mantenimiento del bajo peso corporal y del abuso de ciertos mecanismos para lograr mantener ese bajo peso e incluso disminuirlo. ^(1,2,5,12)

- **Complicaciones ginecológicas:** se produce amenorrea y cambios en el ciclo menstrual de la mujer.
- **Complicaciones cardiovasculares:** se produce con frecuencia bradicardia e hipotensión. Además, debido a la inducción del vómito, el uso de laxantes y de diuréticos se establece un déficit de calcio, potasio y otros oligoelementos que generan alteraciones hidroeléctricas y arritmias, pudiendo producirse incluso la muerte súbita.
- **Complicaciones gastrointestinales:** las pacientes presentan cuadros de estreñimiento o sensación de hinchazón tras las comidas a consecuencia de una baja motilidad gastrointestinal. También es frecuente el dolor abdominal, o las diarreas por uso de laxantes.
- **Complicaciones dermatológicas:** Se aprecia mayor crecimiento del vello en brazos, piernas, hombros, espalda y cara. La piel se presenta reseca y con escaso contenido en colágeno, desarrollándose incluso arrugas de forma prematura. Pérdida de fuerza y brillo del cabello que empieza a caerse en abundancia y uñas quebradizas.
- **Cambios esqueléticos:** Estas pacientes pueden presentar osteoporosis e incluso detención del crecimiento cuando la Anorexia se desarrolla en edades próximas a la pubertad.

- **Complicaciones hematológicas:** Mayoritariamente se produce anemia, aunque también pueden generarse trastornos de la médula ósea o alteraciones a nivel inmunológico.
- **Complicaciones renales:** Se genera un incremento en la concentración de urea y descompensaciones electrolíticas.

Cabe mencionar que, en su mayoría, estas complicaciones suelen remitir a medida que el estado nutricional de la paciente mejora. Aunque también ronda unas cifras de mortalidad del 10% por la inanición el suicidio o los desequilibrios electrolíticos. ^(2,3,5)

A nivel psicológico y conductual:

- **Cambios en la percepción del propio cuerpo:** Son los principales síntomas de enfermedad, se generan pensamientos que giran en torno al cuerpo y producen una gran preocupación por los alimentos a ingerir, el peso y la figura; en conclusión una distorsión de la imagen corporal. Esta distorsión se debe en gran medida a los bajos niveles de autoestima que presentan las personas que padecen esta enfermedad.
- **Distorsión de los pensamientos:** A medida que el estado de la paciente va siendo más grave, la presencia e intensidad de los pensamientos negativos sobre la imagen corporal y el peso es mayor, llegando incluso a ocupar todo el pensamiento de la paciente.

También se generarán una serie de pensamientos negativos en torno a la comida y las consecuencias negativas que tendrá esta sobre el peso. Las pacientes iniciarán una serie de generalizaciones excesivas, además de pensamientos absolutistas o dicotómicos (todo o nada). Empezarán a convertir sus pensamientos en verdades universales además de presentar todo un conjunto de ideas irracionales que producirán en la paciente un grado superior de ansiedad y depresión.

- **Cambios emocionales y afectivos:** Con el avance de la enfermedad las pacientes se mostrarán más susceptibles, irritables y ansiosas con cambios bruscos en el estado de ánimo; además de perpetuar e intensificar pensamientos de carácter obsesivo entorno a la comida y el cuerpo manifestados mediante ciertos “rituales” o “compulsiones” a la hora de comer.
- **Hiperactividad:** La actividad física aumenta en intensidad y frecuencia. Pero estos pacientes no sólo aumentan su ejercicio físico; también incrementan el número de actividades de la vida cotidiana (estudiar, actividades complementarias...) para conseguir quemar más calorías y disminuir el peso.
- **Maniobras con la comida:** Tal y como se mencionó anteriormente, esta enfermedad produce que se realicen una serie de “rituales” o “compulsiones” en torno a la comida. En sus inicios, la más evidente es la reducción de alimentos a ingerir (inicialmente

hidratos de carbono pero pudiendo llegar incluso a la disminución de la ingesta de líquidos).

Por otra parte, empiezan a comer más lento e incluso preferir comer solos. Aunque, un hecho peculiar es que a medida que reducen la ingesta de alimentos sobre ellas mismas, comienzan a interesarse en recetas de cocina, o preparar comidas suculentas para ofrecer a los demás.

- **Cambios de conducta hacia el cuerpo:** Suelen pesarse frecuentemente o palparse para determinar las dimensiones de su cuerpo, también pueden probarse determinadas prendas de ropa para cerciorarse de que les quedan holgadas. En este ámbito de complicaciones a nivel psicológico comienzan a producirse las conductas purgativas (inducción del vómito, laxantes, diuréticos...) de forma descontrolada y sin la menor reparación sobre las consecuencias que pudieran acarrear a nivel físico.^(2,5,12)

7.6 Epidemiología

En este aspecto, los estudios hablan de diferentes tasas de incidencia de AN, a pesar de que con carácter general, las cifras de pacientes que padecen AN son relativamente altas, existen grupos de edad donde se disparan, sin olvidar, las graves consecuencias de esta enfermedad sobre la salud.⁽¹⁾

En España, las cifras de pacientes con AN han llegado a igualarse con las de otros países europeos, convirtiéndose en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia. Aproximadamente entre el 1% y el 2% de las niñas adolescentes padecerá AN, al igual que de cada dos adolescentes, una piensa que su peso corporal es elevado.^(1,2)

El departamento de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela realizó un estudio para determinar el riesgo de los TCA en adolescentes así como su relación con la autoimagen y la composición corporal. Dicho estudio reveló una incidencia de conductas pre-anoréxicas dentro del índice de EAT (Cuestionario de actitudes ante la alimentación –Eating Attitudes Test) ≥ 30 en un 9.6% de mujeres y en un 0.8% de los hombres; demostrando así, que la AN se produce con mayor frecuencia en mujeres y en la etapa adolescente.⁽¹⁾

Otras investigaciones, corroboran que esta enfermedad es uno de los problemas psiquiátricos de mayor frecuencia, y supone un gran impacto para la salud pública en aspectos médicos y psicológicos además de los elevados costos que supone el manejo de la misma.

Paola Johanna Gómez Díaz

En poblaciones del mundo occidental la AN tiene una prevalencia del 0.3% y que, a nivel mundial es padecida por 8 de cada 1000000 en la población general; mientras que en adolescentes las cifras ascienden hasta los 270 casos. ^(2,4)

Un aspecto preocupante de la AN es que los cifras de mortalidad se encuentran entre el 5.9% y el 18% en población general, pero en la población adolescente pueden incrementarse entre 4 y 10 veces; dejando clara, lo devastadora que puede llegar a ser la enfermedad y que, aunque no resulte mortal para la mayoría de pacientes, sí conlleva un alto número de comorbilidades y complicaciones psicológicas y psiquiátricas. ^(4, 10, 11)

7.7 Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

El establecimiento de estrategias de prevención, es un aspecto fundamental, para un desarrollo correcto y sano de la población, aparte de para evitar, gran parte de las complicaciones, un mayor gasto sanitario en tratamientos, así como la mortalidad de la población, especialmente, una mortalidad prematura, ya que tal y como se ha mencionado con anterioridad, la AN afecta sobre todo a población adolescente. ^(1,2)

Las estrategias de prevención se encuentran divididas en tres grandes grupos:

Prevención primaria: Cuyo objetivo principal es reducir la incidencia de la enfermedad, previniendo la aparición de nuevos casos, actuando sobre la vulnerabilidad de las personas a padecer el TCA y sobre los factores de riesgo que la desencadenan. Dentro de este grupo se encuentra: la información sobre la enfermedad y los riesgos que conllevan, destacando aquellos factores que la desencadenan así como las líneas terapéuticas de la misma (se debe impartir en el hogar, la escuela, o la universidad); la modificación de conductas precursoras de la enfermedad mediante programas de corrección (como por ejemplo desarrollar programas que eviten la práctica de dietas sin justificación o inadecuadas con la excusa de mejorar el aspecto físico); la identificación de los grupos de riesgo mediante cuestionarios para detectarlos de manera precoz antes de que se desarrolle la enfermedad para poder trabajar de forma más específica con ellos; y actuar sobre los estereotipos culturales con el fin de sensibilizar a la población del alto riesgo que conlleva el intentar alcanzar los estereotipos estéticos inducidos por la cultura. ^(5,12,13)

Todas estas medidas deben desarrollarse en distintos niveles de la sociedad: el primero es la familia por ser el núcleo que consolida las creencias, actitudes y hábitos de los niños. El segundo es el sistema educativo mediante programas que estimulen la imaginación, la creatividad, que fomenten un espíritu crítico sobre la alimentación, el culto al cuerpo, la publicidad y los factores de riesgo de la enfermedad, además de fomentar la motivación, y la autoestima. El siguiente nivel está constituido por los medios de comunicación donde se plantea

la existencia de una normativa que restrinja la publicidad y anuncios engañosos así como la promoción de otro tipo de modelos. El cuarto nivel de actuación está constituido por el deporte que debe ser supervisado y adecuado a la edad para crear estilos de vida saludables y no se centre en la pérdida de peso o la adquisición una figura atractiva. Por último, la prevención primaria también debe desarrollarse en los Servicios Sanitarios de Atención Primaria, en los que los profesionales deben ser capaces de detectar las conductas de riesgo y modificarlas, además de establecer estrategias de soporte y educación a los grupos más vulnerables. ^(13,14)

Prevención Secundaria: Su objetivo es reducir la duración del trastorno así como el tiempo entre su aparición y tratamiento. Las estrategias que engloba este nivel son: una formación adecuada de los colectivos que están en contacto con la población de riesgo para que puedan detectar la enfermedad. Buscar desde la Atención Primaria la detección precoz de la presencia o inicio de la enfermedad, para poner en marcha el tratamiento o derivación a las unidades pertinentes. Por último, las estrategias se centran en desarrollar dispositivos asistenciales adecuados a los casos identificados. ^(12,13,14)

Prevención Terciaria: Busca reducir las consecuencias de la enfermedad mediante un tratamiento adecuado, disminuir la aparición de secuelas asociadas con la patología y evitar la cronicación de la misma.

Las estrategias que propone este nivel de prevención se centran en el trabajo interdisciplinar de diversos profesionales de la salud para proporcionar continuidad en los cuidados, disminuir hospitalizaciones o el tiempo de las mismas, y actuar sobre los factores desencadenantes y de mantenimiento de la misma. Además, propone el desarrollo de tratamientos a largo plazo y de apoyo social para evitar discapacidades en pacientes gravemente afectadas por la AN. ⁽¹³⁾

7.8 Tratamiento de la Anorexia Nerviosa

Partiendo de la base que la AN es una enfermedad considerada multifactorial, en la que intervienen aspectos físicos, psicológicos, familiares y socioculturales entre sí; se debe concluir que el tratamiento de la misma debe requerir una intervención multidimensional donde se relacionen aspectos médicos, familiares y psicológicos; para conseguir una mejora en los trastornos biológicos, en el pensamiento, en las conductas y en las relaciones familiares y sociales. ^(1,2,4)

Para que todos estos cambios puedan ir introduciéndose poco a poco, es fundamental que la enferma, adquiera “conciencia de enfermedad”; es decir, que sea capaz de aceptar que su estado de salud es patológico y que esté dispuesta a cambiarlo, aceptando de manera eficaz las modificaciones que se irán produciendo. ⁽⁸⁾

Los principales objetivos del tratamiento son los siguientes:

1. **Restaurar el peso y el estado nutricional** a niveles saludables para la paciente. Las medidas pueden ser dieto-terapia específica o prácticas como nutrición enteral oral y parenteral intravenosa en casos de desnutrición graves.
Cuando el paciente ha mejorado su situación de salud, o es tratado a nivel ambulatorio el tratamiento nutricional consiste en una dieta normal.
Si el paciente se encuentra en otro nivel de atención como por ejemplo hospitales de día la terapia nutricional será más intensa; pero si esta intervención no es suficiente y el paciente presenta problemas graves, se procederá al ingreso hospitalario, para mejor supervisión y vigilancia del tratamiento. ^(2,3,5,12)
2. **Atender las complicaciones físicas** derivadas de la malnutrición.
3. **Educación nutricional**: constituye una serie de recomendaciones generales sobre dieta equilibrada y saludable, en cuanto a proporción de los alimentos, frecuencia de consumo y variedad de la alimentación. Estas recomendaciones deben adaptarse a la paciente y al estado de la misma.
Este aspecto es importante, porque no sólo resulta útil para la paciente, también lo será para la familia que aprenderá una serie de conductas a seguir para poder orientar a la persona enferma e incrementar su nivel de motivación para que no abandone el tratamiento.
4. **Modificar las disfunciones previas o adquiridas** a causa de la enfermedad: pensamientos, purgas, sentimientos inadecuados... Las estrategias para este aspecto del tratamiento serán las Terapias Psicológicas, el Tratamiento Farmacológico y combinación de las mismas.
5. **Tratar las comorbilidades** psiquiátricas y físicas. ^(1,2,12)
6. **Prevenir recaídas** abordando y previniendo situaciones que las puedan favorecer mediante estrategias de afrontamiento. Los aspectos que se deben controlar son la ganancia ponderal, las dietas y hábitos alimenticios, el uso de fármacos, las conductas purgativas, la práctica de ejercicio físico, los desequilibrios emocionales, la presión ambiental y el control y atención familiar. ⁽¹²⁾
7. **Tratar aquellos casos que se han vuelto crónicos** o que se encuentren en situaciones especiales como puede ser el embarazo.
8. **Conseguir el apoyo familiar**: Herramienta fundamental en el tratamiento, que debe recibir asesoramiento y terapia cuando sea necesaria, para fomentar así el apoyo de la familia a la persona enferma. ^(1,5,12)

8. ANOREXIA NERVIOSA Y FAMILIA

8.1 Características de las familias de pacientes con Anorexia Nerviosa

Por definición, una familia se considera un sistema sociocultural abierto expuesto a cambios externos e internos de los miembros que la constituyen y del medio externo. ^(6,7) La disfuncionalidad de una familia se produce cuando hay una mala respuesta a dichos cambios, adoptando posturas de rigidez y bloqueando las diferentes alternativas ante el cambio, con la intención de mantener una estructura familiar estereotipada. ⁽⁷⁾

En el caso de la AN, no se ha concretado ningún patrón de funcionamiento familiar que sea detonante o causa directa de la enfermedad. ⁽¹⁷⁾ No obstante, la bibliografía postula que, la enfermedad es causante de determinadas conductas del grupo familiar y, que el grupo familiar, genera a su vez comportamientos o adopta actitudes que actúan como factores perpetuantes de la enfermedad; por esto, se ha demostrado que, existe alta correlación entre los patrones de interacción familiar, la sintomatología clínica y su gravedad. ^(5,16,17)

Al no encontrarse un modelo o tipo específico de familia en la que se desarrolle siempre este trastorno alimentario, las investigaciones, se han centrado en estudiar y definir cuáles son las características de las familias que conviven con la enfermedad. ^(18,19)



Figura 2. Relación familiar y mantenimiento de síntomas anoréxicos.

(Fuente: Elaboración propia)

Con frecuencia, en las familias donde se desarrolla un Trastorno de la Conducta Alimentaria, en este caso, la Anorexia Nerviosa, suelen existir problemas de relación o desavenencias entre las hijas enfermas y los padres. Aunque, también se ha observado que esta enfermedad se puede desarrollar en situaciones de desestructuración familiar, a causa de que algún miembro de la familia tenga un problema como puede ser el alcoholismo o la depresión. ⁽¹⁸⁾

Son familias con dificultades en la comunicación, expresión de las emociones, organización y realización de tareas, resolución de conflictos, además de dependencia e inseguridad a causa de dichas posturas rígidas y sobreprotectoras. ^(17,19)

Paola Johanna Gómez Díaz

Otra característica es que estas familias suelen poseer, elevados niveles de criticismo entre los miembros, y estos predicen peores resultados en el tratamiento de la enfermedad así como ser la causa de otras psicopatologías.⁽⁵⁾

Incluso, se ha evidenciado que, cuando la figura materna presenta elevados niveles de hostilidad, todo el conjunto familiar tendrá peor funcionamiento y comunicación entre sus miembros.⁽²⁰⁾

En conclusión, con carácter general, las mayores dificultades de estas familias están en la resolución de conflictos (suelen optar por la abstinencia o evitación) y los elevados niveles de expresión emocional de carácter negativo que se producen.^(5,6,7,21)

El tema central de las discusiones es la comida, pero, a medida que la discusión va aumentando la intensidad, las familias tienden a mezclar otros tópicos, perdiendo así el tema central y además, son incapaces de plantear una solución.⁽³⁾

Es importante entender que la familia, no ha sido descrita como causa para el desarrollo de la Anorexia Nerviosa, pero sí es un factor crucial, para entender en su mayoría los signos y síntomas de la persona enferma así como para conseguir el éxito en la terapia.^(6,7,15,16,17)



Figura 3. Disputas (Fuente: Elaboración propia).

8.2 La Anorexia Nerviosa en Adolescentes y la Terapia Familiar

La Terapia Familiar es aquella en la que se procura cambiar la organización de un grupo familiar, para modificar a su vez las demandas funcionales que organizan a cada miembro que los hacen interactuar entre sí; obteniendo, en consecuencia, un cambio en las experiencias de cada individuo.^(6,7)

Estas terapias se fundamentan en que el hombre no es un ser aislado, al contrario, es un miembro activo y reactivo de su grupo familiar. Al hablar de Anorexia nerviosa, se han estipulado diversos tipos de terapia, tanto individuales, como grupales y familiares para el

tratamiento de la enfermedad. La bibliografía, demuestra que, para el abordaje personalizado de los pacientes, así como para el desarrollo de guías de prácticas clínicas, y nuevas líneas de estudio es fundamental conocer las características de las relaciones y las dinámicas de cada familia. ^(16,17)

No hay que olvidar que, la AN es el Trastorno de la Conducta Alimentaria, más común, que afecta en su mayoría al sexo femenino y que se inicia con mayor frecuencia durante la adolescencia; definida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como “etapa del crecimiento y el desarrollo humano ubicado entre la niñez y la etapa adulta (entre los 10 y los 19 años), donde la persona experimenta un ritmo acelerado de crecimiento y cambios a nivel físico, psicológico, social”... ⁽²²⁾

Algunos estudios comenzaron tratando a las pacientes separadas de sus familias creando de cierto modo un ambiente artificial en la que la persona enferma iniciaría un crecimiento separada de su contexto habitual. ⁽²⁰⁾ Con el tiempo, se demostró que se lograban mejores resultados cuando el paciente no era separado de la familia, dado que, por naturaleza, la familia es el sistema de apoyo desde la infancia, y una separación, puede ser un proceso muy traumático para la paciente y la familia, donde incrementarán los sentimientos de culpabilidad ^(5,6,7).

Además la evidencia demuestra que, en las familias donde la carga emocional y la angustia de los padres están aumentadas, se producirá un rechazo por parte de la hija para que estos formen parte del proceso terapéutico. ^(15,16)

En las nuevas líneas terapéuticas se han establecido varios aspectos de vital importancia para conseguir el éxito: el primero de ellos es que el terapeuta no debe señalar en ningún momento a los padres como culpables de la enfermedad y el segundo es que los padres aprendan a no infravalorar o culpabilizar a sus hijas a pesar de la confusión a la que pueden llevar los síntomas de la enfermedad, al mismo tiempo que se hace necesario que los padres recuperen el liderazgo de la relación con sus hijas y establezcan límites claros en todos los ámbitos de la vida familiar, y en los que la hija pueda expresar sentimientos incluso de desacuerdo sin generar conflictividad. ^(5,6,7,21)

Se ha demostrado que, las creencias de los padres sobre la etiología, la gravedad y la cronicidad de la Anorexia Nerviosa serán cruciales para definir si jugarán un papel fundamental en el proceso de curación y que este se produzca con éxito.

Paola Johanna Gómez Díaz

Cuando el terapeuta consigue que los padres comprendan la enfermedad y el tratamiento de las mismas, las adolescentes presentan mayor motivación para aceptar el tratamiento, existirá menos conflictividad, se sentirán respaldadas y disminuirán algunos síntomas como por ejemplo los de carácter depresivo.^(5,15,19,20)

Una gran dificultad que presenta esta enfermedad, es que al ser de origen multifactorial, y al demostrarse que la familia juega un papel importante en la recuperación o en el mantenimiento de la enfermedad; se han planteado diferentes tipos de terapia familiar, las cuales deben ser elegidas por los terapeutas y deben ser lo más acordes posibles con cada caso.

Por esto, es casi más importante entender cómo las familias se organizan en torno al problema que descubrir cómo se ha producido el mismo. Porque, para lograr el éxito con la terapia, se debe conseguir que los padres estén al mismo nivel en cuanto a la enfermedad, porque, normalmente, se encuentran grandes diferencias entre los padres y las madres en cuanto a la percepción del funcionamiento familiar, la resolución de conflictos y las respuestas afectivas.^(6,7)

Las terapias familiares para la Anorexia Nerviosa están centradas principalmente en dos aspectos: el primero es mejorar la comunicación entre los padres y las hijas y el segundo, mejorar en cuanto a la alta expresividad emocional.^(5,16,19,20)

Al hablar en este proyecto en concreto de población adolescente, nos vamos a centrar en la terapia familiar, ya que ha demostrado ser la que mayor éxito tiene en la población joven; mientras que la terapia individual se reserva para pacientes adultos y con carácter crónico.⁽²⁰⁾

Entre las principales terapias se encuentran:

8.2.1 Terapia Familiar Estructural

El objetivo de esta terapia es conseguir un cambio en la estructura del sistema familiar, modificando la forma en la que los individuos se relacionan entre sí. Dicho cambio se puede obtener a través de diversas estrategias:

- Cuestionando el síntoma: Cuando una familia acude a terapia es común que el grupo culpe a uno de sus miembros de todos los problemas. En este caso, el terapeuta debe cuestionar esta situación y enfocarla de manera que cada individuo asuma responsabilidad en la problemática.

- Cuestionando la estructura: Para ello se deben conocer las coaliciones, jerarquías y límites que producen disfuncionalidad en la familia para promover también un cambio en la organización de los mismos.
- Cuestionando la realidad familiar: Bajo este enfoque la experiencia familiar es resultado de unas pautas de transacción entre los componentes de la familia. Al cambiar dichas pautas, la experiencia de realidad de la familia se modifica y este aspecto debe ser reforzado en la terapia.

En esta terapia el terapeuta debe ser capaz de adoptar diferentes posiciones para que la familia se sienta segura a la hora de intentar nuevas pautas de comportamiento y conseguir así un cambio en su estructura. ⁽²³⁾

8.2.2 Terapia Centrada en las Emociones

Como ha sido mencionado con anterioridad, las familias de pacientes con Anorexia Nerviosa se caracterizan por altos niveles de sobreprotección, angustia, interacciones negativas y situaciones familiares patológicas. ⁽⁷⁾

Por esto, se recurre a la Terapia Centrada en Las Emociones, dado que produce una mejora a nivel psicológico y alimenticio, porque la calidad y los patrones de interacción familiar son modificados y ayudan a generar cambios positivos/ saludable sobre los conflictos familiares. ⁽⁶⁾

Durante el proceso terapéutico se producirá una mejora en la comunicación verbal y no verbal; por lo que la expresividad emocional va siendo neutral e incluso puede llegar a suceder que frente a determinados puntos de conflicto familiar, la expresión emocional sea nula. ⁽²⁰⁾

Esta regulación de expresión y control de las emociones positiva se produce en el paciente y la familia mediante el aprendizaje de técnicas de supresión y re-evaluación. Y la flexibilidad que proporciona la terapia para expresar emociones y controlarlas hace posible una mayor adherencia al tratamiento y en consecuencia puede producir el éxito del mismo. ^(20,24,25)

Para llevar a cabo este proceso, es necesaria la monitorización específica de la expresión emocional de cada familia por parte de un especialista; que junto con el resto del equipo de trabajo multidisciplinar conseguirá abordar el resto de esferas o ámbitos de carácter esencial para la recuperación de la enfermedad como es la re-nutrición o el control de medicación ^(24,25)

8.2.3 Terapia Interpersonal

Esta terapia se caracteriza porque su duración es de un corto periodo de tiempo. Está focalizada en las “*relaciones interpersonales*” sin dejar de lado aspectos como la genética, la personalidad u otros mecanismos importantes en el desarrollo de estas enfermedades.

Este modelo está ampliamente utilizado y presenta una buena aceptación y resultados porque ayuda a los padres a “comprender” qué están viviendo sus hijas y modificar la relación hacia ellas quitándole énfasis al tema principal en torno al cual gira la enfermedad: la comida. En este proceso se analiza la discordancia entre los sentimientos y pensamientos de los padres y los de sus hijas. ⁽⁵⁾

Por un lado la familia presenta frustración porque creen que la forma de crianza de la hija en este caso enferma, había sido adecuada y le otorgaría madurez, aptitudes y autonomía para cubrir sus necesidades básicas como lo es la alimentación. Son padres que sienten que han tenido un retroceso temporal al tener que vigilar y tratar a sus hijas como si fueran pequeñas nuevamente.

Por otra parte, se encuentra la realidad de las hijas, totalmente opuestas; ellas presentan sentimientos de incomprensión por parte de sus padres al valorar exageradas las proporciones de alimentos que les obligan a ingerir o porque no consiguen que sus padres racionalicen la realidad sobre su aspecto físico.

Esta terapia analiza además que en las familias han desaparecido los recuerdos alegres o de buena convivencia con las hijas; viéndose sustituidos por disputas continuas que generan mecanismos de comunicación agresivos. ⁽⁵⁾

Por esto, la Terapia Interpersonal propone dar importancia a una buena comunicación verbal entre padres e hijas mediante confesiones o temas que no estén relacionados con la comida; así como valorar la comunicación afectiva para que vuelvan a producirse gestos de cariño y apoyo. Las condiciones para que una familia, en este caso los padres puedan ser propuestos para trabajar bajo esta terapia son:

- Tener iniciativa y disposición para recibir el mayor número de información posible sobre la enfermedad proveniente de fuentes fidedignas para poder identificar los signos y síntomas, comprender a las adolescentes e identificar conflictos.
- Clarificar que el objetivo principal es ayudar a sus hijas y mejorar la relación con ella.
- Modificar la conducta hacia la enfermedad.

Cuando los padres reúnen estas condiciones se inicia la terapia en ellos mismos, porque han sido capaces de reconocer cómo es la relación que mantienen con sus hijas, los aspectos positivos y modificables de dicha relación, las características de la comunicación y conocer cuáles son las expectativas que la adolescente enferma tiene en cuanto a la recuperación y mejora de la relación con los padres.

Todos estos recursos que han adquirido los padres se reflejan en la hija y nuevamente surgen relaciones satisfactorias, expresiones de afecto y emociones positivas. Porque el terapeuta ayuda a que las críticas se hagan asertivamente y que los problemas se resuelvan adecuadamente sin recurrir a disputas ya que se enseña a los padres y a las hijas a ver otras alternativas en la resolución del conflicto. ⁽⁵⁾

8.2.4 A propósito de la Terapia Centrada en las Emociones

La Terapia Focalizada en las Emociones o “The Emotional Focused Therapy” cuyo origen fue focalizado para el trabajo en terapia de parejas, se ha conseguido modificar y adaptar para el trabajo con familias. ^(20,25)

Esta terapia reconoce que las emociones marcan nuestra experiencia interna y nuestra forma de interactuar con los demás, bien de manera adaptativa o no, teniendo estas características una fuerte influencia sobre el cambio terapéutico. El objetivo principal es ayudar al paciente a identificar, experimentar, modelar y transformar las emociones, transformar aquellas relaciones conflictivas o patológicas en relaciones saludables. Para ello el terapeuta debe iniciar y conseguir una serie de objetivos:

- Que exista un clima de seguridad emocional.
- Ayudar a los pacientes la toma de conciencia sobre sus emociones
- Estructurar la interacción entre los miembros participantes para que el vínculo creado sea más seguro.
- Ayudar a cada miembro en la expresión y regulación emocional.
- Procurar que cada participante en la terapia sea capaz de reflexionar sobre sus emociones y posteriormente modificarlas.

La terapia busca que las personas con mayores dificultades y tendencia a cerrarse o distanciarse emocionalmente puedan romper con este ciclo, y que el individuo dominante logre un mayor autocontrol de expresión emocional. Todo esto estableciendo una relación empática, respetuosa y comprensiva con la vivencia de los pacientes.

Los terapeutas dividen la terapia en una serie de pasos que deben atravesar los pacientes:

1. Se establece la alianza terapéutica y se establecen los motivos de conflicto a través de diversas valoraciones. Es decir, se busca conocer la experiencia inmediata en el paciente.
2. Se identifican interacciones de carácter negativo y la posición de cada participante en las mismas.
3. El terapeuta intenta que los participantes en la terapia expresen emociones ocultas.
4. El terapeuta junto con los participantes replantea el problema identificándolo como un ciclo interactivo con carácter negativo.
5. Además, los pacientes deben aprender a valorar sus emociones en diferentes momentos.

Tras esta etapa los individuos son capaces de darse cuenta de cuándo entran en un ciclo negativo para poder salir de él y conseguir ser más abiertos unos con otros.

6. Se promueve la identificar y expresar las emociones, así como las, necesidades que nos participantes ignoran sobre sí mismos.
7. Se fomenta lo que experimentan los otros miembros del núcleo familiar así como los nuevos patrones de interacción
8. En este punto y una vez reestructurada la interacción entre los participantes en la terapia se crea un compromiso emocional, que busca una mejor expresión de las necesidades y deseos, así como crear nuevos momentos de integración entre los participantes.

En este momento, cada miembro posee un compromiso emocional y son capaces de expresar sus necesidades así como escuchar las de los demás. Comenzando así a sentirse valorados y aceptados; todo manteniendo la capacidad de identificar un ciclo negativo y cuál es la causa por la que se produce.

9. Buscar nuevas soluciones a antiguos problemas
10. Establecer nuevas posiciones y comportamientos en la relación

Estas terapias tienen muy en cuenta el estrés emocional, y su estilo busca aumentar la alianza terapéutica; teniendo la capacidad de adaptarse a la forma en que cada persona expresa sus emociones así como la personalidad de cada una de ellas. ^(24,25)

El terapeuta debe marcar claramente las estrategias a seguir y el momento en el que se producirán según el objetivo o el estado de los pacientes. ⁽²⁴⁾

9. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tal y como se ha visto con anterioridad, existen diversos tipos de Terapia Familiar para trabajar con las pacientes que padecen Anorexia Nerviosa. En estas, se observa cómo se modifican las pautas de la familia en cuanto a expresión emocional, control de los elevados niveles de criticismo, diferenciación de roles...^(16,17,19,20)

No obstante, no surge ninguna terapia que plantee haber trabajado únicamente con los padres.⁽¹⁹⁾ Puede que esta falta de conocimiento, impida avanzar hacia delante en cuanto al control de la enfermedad y el conseguir una adecuada recuperación, no sólo a nivel físico, sino a nivel psicológico y emocional, para reducir las comorbilidades de la enfermedad, las recaídas o la gravedad de las secuelas.

Por esto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es el Grado de satisfacción de los padres de hijas adolescentes que sufren Anorexia Nerviosa, al ser tratados bajo el modelo de Terapia Focalizada en las Emociones en la consulta de Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

10. JUSTIFICACIÓN

La terapia familiar aborda directamente aquellos aspectos característicos de las familias en las que existe Anorexia Nerviosa; ayuda al control del comportamiento y la comunicación entre los miembros, la claridad de las reglas dentro de la familia y la forma de intercambios verbales dentro de la misma.^(20,24,25)

Estas terapias ponen a toda la familia al mismo nivel en cuanto a las normas que se establecen alrededor de la comida o el aumento ponderal esperado, dentro de un estilo comunicativo directo, modelado y estimulado.⁽²⁴⁾

En este proceso los padres ganarán seguridad a la hora de ayudar a sus hijas y que estas tendrán un mayor compromiso con el tratamiento; a diferencia de aquellas terapias individuales donde se ha demostrado que aspectos como el comportamiento o la comunicación llegan incluso a empeorar^(17,20)

Se ha demostrado con éxito que la intervención familiar mediante diferentes terapias basadas en la familia son muy favorecedoras para llegar a la recuperación de la Anorexia Nerviosa.^(15,16)

Paola Johanna Gómez Díaz

No obstante, tal y como y se ha mencionado anteriormente, son familias caracterizadas por altos niveles de angustia, frustración, elevados niveles de conflictividad, incapacidad a la hora de resolver problemas y dificultades en el control y la expresión emocional. ⁽⁷⁾

Es importante, el papel que juegan los padres como factor de predisposición, mantenimiento o curación de la enfermedad ^(6,7,17). Pero existen pocos datos sobre los procesos internos de los padres, la relación entre ellos, los sentimientos que manifiestan o que ocultan, lo que realmente piensan de la enfermedad o lo que esperan del tratamiento de la misma.

Por esto, se plantea realizar un estudio para conocer la satisfacción de los padres con hijas adolescentes que padecen Anorexia Nerviosa, en la consulta de salud mental del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

En esta consulta y tras una entrevista personal con la psicóloga y psiquiatra clínica se concluyó que no siguen un modelo específico de trabajo con los padres, realizan entrevistas con ellos al tratarse de pacientes menores de edad para informar del enfoque que está siguiendo la terapia y la evolución de sus hijas pero no se trata a los padres directamente.

Este es el motivo por el que se plantea trabajar con los padres bajo el modelo de Terapia Focalizada en las Emociones que; tal y como se mencionó anteriormente, son terapias que se centran en la gran importancia del estrés emocional, busca romper con ciclos emocionalmente negativos y aumentar el control de la expresión emocional. Consiguiendo además, un compromiso individual de cada miembro y que estos sean capaces de escuchar y ser escuchados con la suficiente capacidad para identificar situaciones negativas y teniendo estrategias para evitar las mismas.

Este estudio plantea trabajar con los padres mediante la Terapia Focalizada en las emociones, ya que sus bases, se describieron como una terapia en parejas; se busca conocer en profundidad a los padres, sus sentimientos sobre la enfermedad y otros aspectos más delicados de la relación entre ambos y con la hija.

Todo ello con el propósito de, reducir las diferencias de opiniones entre los padres, conocer la satisfacción de los mismos al recibir una terapia que pueda ayudarles aún más a afrontar la situación con sus hijas y; por supuesto, conocer si la evolución de las hijas, es positiva y se logra evitar ingresos, recaídas y secuelas.

La finalidad, es conocer si intervenciones sobre los padres reducen el tiempo de enfermedad en las adolescentes, evita que sea una “familia patológica” y puede ofrecer nuevas líneas de investigación sobre el tratamiento de la Anorexia Nerviosa y otros Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Para este estudio, se solicitará permiso a la psicóloga y psiquiatra clínica de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria y será realizado por enfermeros con especialidad en Salud Mental.

11.OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer la satisfacción de los padres con hijas adolescentes que padecen Anorexia Nerviosa tratados bajo la Terapia Focalizada en las Emociones en la consulta de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Canarias.
- Estudiar la repercusión clínica de la terapia familiar en la evolución de las hijas.

Objetivos específicos:

- Conocer la repercusión que la Terapia Familiar Focalizada en las Emociones trabajada con los padres, tiene sobre la evolución clínica de las pacientes con AN.
- Describir los niveles de expresión emocional de las familias participantes durante la terapia y al finalizar la intervención familiar.
- Evaluar el impacto de la enfermedad sobre los miembros participantes en la terapia (padres y madres).
- Describir los niveles de funcionamiento familiar.

12.METODOLOGÍA

12.1 Diseño de la investigación

Se realizará una investigación cuantitativa, de tipo observacional, de corte longitudinal y carácter prospectivo.

12.2 Población y muestra

La población objeto de estudio está constituida por padres y madres que tengan una hija adolescente (entre 10 y 19 años), con diagnóstico de Anorexia Nerviosa, y que esté siendo tratada por la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Canarias.

Paola Johanna Gómez Díaz

El tamaño de la muestra dependerá del nivel de participación voluntaria en el estudio, pero se tomará como tamaño máximo de la muestra 12 familias de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Canarias.

12.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Padres y madres cuyas hijas tengan el diagnóstico de Anorexia Nerviosa
- Las pacientes deben encontrarse en la etapa de la adolescencia (10-19 años)
- Las pacientes y madres deben ser tratadas en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.
- Los padres deben facilitar su autorización para el manejo de datos de salud de sus hijas y para participar en una terapia alternativa a la que reciben sus hijas
- Es necesario contar en las entrevistas con la presencia del padre y de la madre

Criterios de exclusión:

- Los padres y madres que no accedan a colaborar ni al manejo de datos de sus hijas
- El diagnóstico no es de Anorexia Nerviosa.
- Edad de las hijas superior a los 19 años.
- La paciente se encuentra ingresada en la Unidad de Salud mental del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

12.4 Variables e instrumentos de medida

Las variables serán clasificadas acorde a los datos e información que aportan, siendo indicando también, la unidad e instrumentos de medida necesarios para su evaluación. Además, las variables se han dividido en dos grandes grupos tanto para los padres y las madres, como para las hijas; el primer grupo hace referencia a variables de carácter sociodemográfico y el segundo grupo está constituido por las variables propias del estudio.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	MEDIDA
Edad	Años
Género	Hombre/Mujer
Nivel de estudios	Sin estudios/ Estudios de 1er grado/ Estudios de 2do grado/ Estudios de 3er grado
Situación laboral	Empleado / En situación de desempleo
Nº de miembros del grupo familiar	Nº de personas que conviven en el mismo domicilio
Tiempo que lleva la hija con diagnóstico de Anorexia Nerviosa	Nº de semanas/ Nº de meses/ Nº de años
Edad de las hijas	Años
Ha recibido terapia anteriormente	Sí/No

VARIABLES DE ESTUDIO	MEDIDA
Satisfacción con la Terapia Focalizada en las Emociones	Escala CRES-4
Expresión emocional	Escala LEE
Funcionamiento Familiar	Escala FACES III
Impacto del TCA	Escala EDSIS-S

- Hijas

VARIBALES SOCIODEMOGRÁFICAS	MEDIDA
Edad	Años
Género	Hombre/Mujer
Nivel de estudios	Sin estudios/ Estudios de 1er grado/ Estudios de 2do grado/ Estudios de 3er grado
Situación laboral	Empleado/ En situación de desempleo
Nº de miembros del grupo familiar	Nº de personas que conviven en el mismo domicilio
Tiempo que lleva diagnosticada de Anorexia Nerviosa	Nº de semanas/ Nº de meses/ Nº de años
Ha recibido terapia anteriormente	Sí/No

VARIABLES DE ESTUDIO	MEDIDA
Peso	Kilogramos
Altura	Centímetros
IMC	(Peso/Altura)
Valoración de la patología alimentaria	Escala EDI-2

Los datos recogidos serán tanto cuantitativos como cualitativos.

Las variables agrupadas en “sociodemográficas” recogen los datos de edad, el género, el nivel de estudios, la situación laboral, el número de personas que conviven en el mismo domicilio, el tiempo que lleva la hija diagnosticada de anorexia nerviosa y la edad de las mismas; en el caso de los padres, o si han recibido o no terapia anteriormente.^(Anexos I,II)

En cuanto a las variables de estudio, se han recogido, por una parte las que se corresponden con los niveles de expresión emocional, el funcionamiento familiar, el impacto que ha tenido el TCA y el grado de satisfacción con la terapia Focalizada en las Emociones; para los padres.

Para las hijas, las variables de estudio, recogen datos sobre el peso, la altura, el Índice de Masa Corporal.^(Anexo III) Además de una escala de valoración de la patología alimentaria.

Para la medida del Grado de Satisfacción con la Terapia Focalizada en las emociones se utilizará la “Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido”, versión original “Consumer Reports” (CRES-4).^(Anexo XIII) Dicha escala está constituida por 4 ítems: el primero mide la satisfacción, el segundo evalúa el grado de resolución del problema, también se valora el estado emocional antes de comenzar la terapia y por último, el estado emocional final. Las puntuaciones de cada pregunta van de 0 a 5, cuanto mayor sea el número, mayor satisfacción con la terapia recibida habrá.⁽²⁶⁾

A la hora de contestar este cuestionario la enfermera, explicará claramente a los padres que la terapia a valorar será la Focalizada en las Emociones y que el grado de resolución del problema se refiere al nivel de control sobre los niveles de expresión emocional.

Con respecto a la valoración de los niveles de expresión emocional y tras una revisión de las herramientas disponibles se ha tomado como instrumento de medida la escala “The Level of Expressed Emotion” (LEE)^(Anexo IX); esta escala permite evaluar el nivel de expresión emocional

percibida en el entorno familiar, evaluando cuatro estilos de respuesta: intrusismo, la respuesta emocional,

actitudes negativas hacia la enfermedad, y tolerancia o expectativas que se tienen hacia el paciente.

En este estudio se ha utilizado la versión española adaptada de la escala constituida por 45 ítems, a diferencia de la versión original que consta de 60. ⁽²⁶⁾

La valoración del funcionamiento familiar, se realizará mediante “*The Family Adaptability and Cohesion Scales*” (FACES-III) ^(Anexo XI). Dicha escala se encarga de evaluar la percepción sobre adaptación y cohesión familiar de cada miembro a través de variables de adaptación, cohesión, y comunicación entre la familia y los pacientes. Está constituida por 20 ítems puntuados en una escala Likert de 5 puntos (casi nunca, alguna vez, a veces, con frecuencia y casi siempre). ⁽²⁶⁾

Otro aspecto valorado en el estudio ha sido el impacto que produce la sintomatología del TCA en la familia, mediante “*The Eating Disorders Symptom Impact*” (EDSIS) ^(Anexo X). Esta escala evalúa el impacto de la sintomatología de la Anorexia Nerviosa, en este caso, sobre los cuidadores a nivel emocional, psicológico y tangible. ⁽²⁶⁾

La escala EDSIS consta de 24 preguntas agrupadas en: impacto nutricional, comportamiento de disregulación, escala de culpabilidad y escala de aislamiento social; que se puntúan de 0 a 4 (0= nunca, 1= pocas veces, 2= a veces, 3= a menudo, 4= casi siempre, 5= siempre). ⁽²⁶⁾

Por último, para la valoración psicológica de las hijas se ha tomado como herramienta base “*The Eating Disorder Inventory-2*” (EDI-2), consiste en un autoinforme de 91 ítems donde las respuestas se relacionan con los siguientes aspectos principales: la obsesión por la delgadez, comportamientos bulímicos, la relación con su cuerpo a nivel de satisfacción con el mismo, sentimientos de ineficacia, perfeccionismo, la confianza con su entorno, la conciencia interoceptiva, el miedo a la madurez, el ascetismo, la impulsividad y la inseguridad social. Las puntuaciones de esta encuesta se distribuyen de la siguiente manera: 0= nunca, 1= pocas veces, 2= a veces, 3= a menudo, 4= Casi siempre y 5= siempre. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida en los ítems mayor será la manifestación del síntoma. ⁽²⁶⁾

Para que los pacientes puedan cumplimentar totalmente los cuestionarios, se les dará un tiempo de 30-35 minutos a los que se les añadirá un margen de 10 minutos.

Paola Johanna Gómez Díaz

Teniendo en cuenta las características de la información y de los datos que se pretenden valorar con las encuestas, la resolución de los cuestionarios se hará de forma individual por cada paciente y se dejará constancia de aquellos aspectos que han generado dudas o han sido de mayor dificultad para los participantes en el proyecto.

12.5 Método de recogida de la información

La recogida de la información será labor de dos enfermeras con especialidad en Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias; éstas, pasar los cuestionarios a los pacientes para que puedan completarlos, distribuir las sesiones e impartir la terapia a cada familia, además de valorar a las hijas en los momentos indicados.

Antes de iniciar el estudio, lo primero que realizará la investigadora principal será conseguir la autorización de la Gerencia del Hospital Universitario de Canarias, de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, y de la Dirección General de Enfermería. ^(Anexos IV,V,VI)

Una vez conseguidos los permisos, la investigadora principal, se reunirá con las enfermeras con las que contará para realizar el estudio, las cuales, habrán firmado previamente un compromiso para salvaguardar la intimidad de los pacientes, así como para la clarificar que la participación será voluntaria. ^(Anexo VII) El objetivo de esta reunión será indicarles en qué consiste el proyecto de investigación que se quiere realizar, cómo será el procedimiento de recogidas de datos, el tiempo que tendrán para trabajar con los pacientes así como la organización y objetivos que deben ir alcanzando en ese periodo.

La muestra de 12 familias se captará a través de la psicólogo y psiquiatra clínicas de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del HUC, ya que, informarán a las familias que cumplan con los criterios de inclusión sobre la investigación que se está desarrollando, en caso de que quieran participar, se les informará que la participación es totalmente voluntaria, que la intimidad de sus datos se va a salvaguardar y que pueden retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión mediante la firma de un Consentimiento Informado. ^(Anexo VIII)

El sistema de trabajo, está organizado en una sesión semanal de aproximadamente 1 hora de duración, para cada familia, es decir, en caso de contar con la participación de 12 familias; las enfermeras trabajarán 6 horas al día (1 hora al día por familia; al ser 12 familias y contar con 2 enfermeras, cada una trabajará 6 horas diarias respectivamente).

Estas sesiones semanales se realizarán durante seis meses, es decir, se trabajará un total de 24 semanas con los padres. La distribución del trabajo será la siguiente:

- Antes de comenzar con la Terapia Focalizada en las Emociones se hará una primera medición. Por una parte padres, madres e hijas deberán rellenar el cuestionario sociodemográfico.^(Anexos I y II) Para ello contarán con 20 minutos y 10 adicionales en caso de que surja algún contratiempo.

En la primera sesión padres y madres deberán responder a los cuestionarios sobre el nivel de Expresión Emocional (LEE), el Impacto de la sintomatología de la Anorexia Nerviosa sobre la familia (EDSIS) y el cuestionario sobre Funcionamiento familiar (FACES-III).
(Anexos IX, X y XI)

Por otra parte, las enfermeras completarán el cuestionario sobre criterios antropométricos de las pacientes y les distribuirán el cuestionario sobre patología alimentaria (EDI-2) para que puedan cumplimentarlo.^(Anexos III y XII)

- Durante las primeras 8 semanas, las enfermeras deben tener especial preocupación por establecer una buena alianza terapéutica con los padres, ayudarlos a comprender que el objetivo de la terapia que van a recibir también es ayudar a sus hijas, sólo que bajo un enfoque más centrado en ellos y ver qué sentimientos genera en ellos esta situación.

Otro aspecto importante de esta etapa es que ambos, padre y madre, se puedan expresar abiertamente en un ambiente neutral acerca de las emociones o sentimientos que genera en ellos la enfermedad, si son sentimientos u emociones constantes, y si estas generan momentos de conflictividad.

Sobre este aspecto, será de vital importancia que las enfermeras ofrezcan a los padres la mayor cantidad de información posible acerca de la AN; y les ayuden a comprender que es una enfermedad tratable y curable en las que ellos ejercen un papel muy importante a la hora de ayudar a sus hijas.

Tras estas ocho semanas, y tal y como propone la Terapia Focalizada en las Emociones los padres deben adquirir la capacidad de darse cuenta de lo que sienten, de los ciclos negativos que sus sentimientos generan y la posterior conflictividad que estos desencadenan, para poder evitarlos.

Al final de estas ocho semanas los padres responderán nuevamente a las escalas LEE y FACES-III.^(Anexos IX y XI) Al mismo tiempo, las enfermeras rellenarán nuevamente la encuesta sobre criterios antropométricos de las hijas.^(Anexo III)

- A lo largo de las siguientes 8 semanas, los padres no hablarán en conjunto, sino que, en cada sesión, estos serán escuchados de manera individual acerca de lo que les hace sentir la enfermedad y cómo se sienten con respecto a sus hijas.

Al ser capaces ya de reconocer los ciclos negativos que desembocan en conflictividad, en esta etapa los padres recibirán educación sobre técnicas de regulación y control emocional (pensar y practicar actividades que promuevan el ánimo como puede ser la actividad física, técnicas de relajación, modificar acciones o pensamientos negativos por positivos, aprender

a ser afectivos, buscar apoyo social, o emocional entre ambos padres), para que puedan aplicarlas en su día a día. Todo ello bajo la tutela y regulación de la enfermera.

El objetivo de esta etapa es que los padres lleguen a comprender mejor lo que siente cada uno, para que puedan sentir que pueden expresarse y que sus sentimientos serán valiosos.

Además de tener claros los sentimientos negativos, las consecuencias en cuanto a conflictividad que generan, y la capacidad para darse cuenta de ello; al final de estas 16 semanas los padres también tendrán adquirida la capacidad de expresión y escucha emocional, tanto entre ellos como con sus hijas, y serán capaces de aplicar estrategias para reducir y controlar elevados niveles de expresión emocional.

En esta semana 16 de intervención familiar se tomarán nuevamente medidas de expresión emocional (escala LEE) y funcionamiento familiar (escala FACES) a los padres, y a las hijas se les recogerán los datos sobre criterios antropométricos. ^(Anexos III, IX y XI)

- Al final del proceso, serán los padres los que planteen cuáles son las estrategias que pueden emplear a la hora de convivir con sus hijas y la enfermedad.

Además, se les pedirá nuevamente que hablen abiertamente sobre los sentimientos o emociones que presentan en ese momento acerca de la AN y sus hijas, y el nivel de conflictividad que estas desencadenan. Todo ello habiendo trabajado previamente sobre el control emocional y adquiriendo más conocimientos sobre la enfermedad.

Por otra parte, los padres ya son capaces en esta etapa de establecer un compromiso emocional entre ellos para respaldarse mutuamente, así como establecer otro compromiso emocional en conjunto con la enfermera sobre cómo ayudar a las hijas y cómo controlar sus emociones.

Por último, se procederá a la evaluación final de todo el proceso, los padres serán evaluados a través de los niveles de expresión emocional (escala LEE), el impacto de los síntomas de la AN (escala EDISS), la escala del funcionamiento familiar (FACES-III), y la satisfacción de los padres con la Terapia Centrada en las Emociones (CRES-4). ^(Anexos IX, X, XI y XIII)

Las hijas, por otra parte, serán evaluadas por las enfermeras bajo la escala de medidas antropométricas y responderán al cuestionario sobre Patología Alimentaria (EDI-2). ^(Anexos III y XII)

Cabe mencionar que, se han establecido tres etapas claramente definidas y de larga duración en el tiempo dado que, no se puede pasar al siguiente nivel hasta que los padres no superen el anterior, y se debe tener en cuenta que, cada familia, tiene formas de actuar, pensar, reaccionar y adquirir habilidades diferentes. Por lo que, se dejan márgenes de tiempo considerables para poder establecer un vínculo terapéutico estrecho con la enfermera y para que los cambios se produzcan de la manera más natural posible.

Durante los seis meses de terapia, la investigadora principal, acudirá al Hospital Universitario de Canarias, cada dos semanas, para recoger los cuestionarios que se hayan realizado, dialogar con las enfermeras sobre el desarrollo de la terapia, resolverá dudas que puedan surgir y solucionará problemas si se producen. No obstante, las enfermeras, tendrán el teléfono de contacto de la investigadora principal y podrán ponerse en contacto con ella cuando lo necesiten.

El vertido de los datos a una base de datos se hará en cuatro tiempos: el primero al inicio de la terapia, reuniendo la primera medición, estos datos se guardarán, y se volcarán otros nuevos en la semana 16 con los datos recogidos en la segunda medición (semanas 8 y semanas 16). Los datos obtenidos al final del estudio (semana 24) serán volcados en la base de datos y serán utilizados junto con los demás para la elaboración de un informe preliminar.

Por último, pasados 4 meses de la intervención familiar, se realizará una nueva recogida de datos a los padres, las madres y las hijas con sus respectivas escalas. Los datos obtenidos se volcarán en la base de datos y se contrastarán con los datos del informe preliminar para desarrollar un informe definitivo.

Este informe, será difundido para dar a conocer los resultados así como las conclusiones obtenidas con la realización del estudio.

12.6 Análisis de los datos

Se usará un análisis estadístico descriptivo de las variables objeto de estudio usando estadísticos de tendencia central (media, mediana, y desviación estándar) para las variables cuantitativas y distribuciones de frecuencia para las cualitativas.

13. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para la realización de este proyecto de investigación se solicitarán los permisos correspondientes a la Gestión del Hospital Universitario de Canarias, a la Dirección de Enfermería de dicho hospital, así como se solicitará la colaboración de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria. ^(Anexos VII,IX,X)

Por otra parte, la participación de los pacientes, sus hijas, y las enfermeras especializadas en Salud Mental será totalmente voluntaria. Aparte, aquellos datos necesarios para el estudio que puedan identificar al usuario o revelar alguna situación o estado íntimo de los pacientes se mantendrá en el anonimato y se aplicará con carácter obligatorio durante todo el proceso, las disposiciones legales vigentes en materia de protección de datos de carácter personal contenidos en

Paola Johanna Gómez Díaz

la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Derechos de los pacientes en el ámbito sanitario, asegurando, la confidencialidad, y preservación de los datos, con previa autorización de los participantes mediante un Consentimiento Informado. Asimismo, se respetarán los derechos de acceso y revocación. (Anexo VIII)

Las enfermeras especializadas en Salud mental serán informadas del objetivo del estudio, del tipo de terapia y de los cuestionarios a utilizar, para garantizar una correcta recopilación y manipulación de los datos. Así mismo, las enfermeras deberán firmar un compromiso ético de colaboración a lo largo del estudio. (Anexo XI)

14.CRONOGRAMA

	ENERO	FEBRERO	MARZO-AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
SOLICITUD DE PERMISOS	X									
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA		X								
EXPLICACIÓN A LA UNIDAD Y A LAS ENFERMERAS ESPECIALISTAS		X								
RECOGIDA DE DATOS			X				X			
ANÁLISIS ESTADÍSTICO				X	X			X		
INFORME PRELIMINAR					X	X				
INFORME DEFINITIVO								X	X	
DIFUSIÓN DE DATOS										X

15.PRESUPUESTO

CONCEPTO	COSTE/UNIDAD	COSTE TOTAL
Cuestionarios	0,03€ hoja impresa/ 0,50€ sobre/2,00€ carpeta	27,46 €
Consentimiento Informado	0,03€ hoja impresa/2,00€ carpeta	4,72 €
Solicitudes	0,03€/hoja impresa/2,00€ carpeta	2,18 €
Compromiso de colaboración	0,03€ hoja impresa/ 2,00€ carpeta	2,12 €
Archivador	6,95€/unidad	6,95 €
Transporte	40€/unidad/mes	720,00 €
Elaboración Base de Datos	1500€ sueldo	1.500 €

TOTAL: 2.263,43€

16. BIBLIOGRAFÍA

1. Rojo, S. Fernández|Linares, T. Grande|Arguis, C. Banzo|Félix-Alcántara, M.P. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 2015;11(86):5144-5152.
2. Serra Alias M. Los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Editorial UOC; 2015. [Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086n.pdf>]
3. Basurte Villamor, I.|Sevilla Vicente, M. J.|Holguera Ortiz, S.|Ferre Navarrete, F. Trastornos de la conducta alimentaria. *Medicine* 2011;10(86):5817-5824. [Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>]
4. Clínicas para la Atención de los Trastornos Mentales. Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.[Disponible en: http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_alimentacion.pdf]
5. Fernández Lecina. *Anorexia y Bulimia ¿qué puede hacer la familia?*. 1st ed. Madrid: Ediciones Eneida; 2004. [Consultado el 14 Feb 2019]
6. Pezard, Laurent|Doba, Karyn|Lesne, Annick|Nandrino, Jean-Louis. Quantifying the dynamics of emotional expressions in family therapy of patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Research* 2017;253:49-57.
7. Holtom-Viesel A, Allan S. A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review* 2014 Feb;34(1):29-43. [Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735813001359>]
8. ACAB. *Associació contra l;Anorèxia i la Bulímia [Internet]* Barcelona: España; [Citado 18 Mar 2019]. [aprox. 3p.[Disponible en: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/recursos-sanitarios/asociaciones-espana>]
9. Darrow SM, Accurso EC, Nauman ER, Goldschmidt AB, Le Grange D. Exploring Types of Family Environments in Youth with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 2017 Sep;25(5):389-396. [Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/full/10.1002/erv.2531>]
10. M Ángeles Peláez Fernández, Francisco J Labrador Encinas, Rosa M Raich Escursell. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2005 Jul 1,;5(2):131-144. [Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.accedys2.bbtck.ull.es/servlet/articulo?codigo=1311490>]
11. Serra Majem L, Bautista Castaño I, Álvarez-Malé ML. Prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria* 2015;31(31):2283-2288 [Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com.accedys2.bbtck.ull.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1e15171a-e485-4c1f-b252-aa448f926a37%40pdc-v-sessmgr03>]
12. Gaete P María Verónica, Dra, López C Carolina P, Matamala B Marcela D. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2012 Sep 1,;23(5):579-591. [Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864012703528?token=9FF330812B35C0164D9F020CC9BF5D58E7B0FCA205D1F158461FF4B54D90085B87A528FA84F90C1F03C91023D71ACE67>]

13. Un Taller de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la comunidad Valenciana. Departament Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics.. [Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/10167;jsessionid=86EDB8762A5CD55BAA2A7A69A811B463>]
14. Serra Alias M. Trastornos del comportamiento alimentario: enfoques preventivos. Madrid: Editorial UOC; 2015. <https://ebookcentral-proquest-com.accedys2.bbtck.ull.es/lib/bull-ebooks/reader.action?docID=4184315>
15. Darrow SM, Accurso EC, Nauman ER, Goldschmidt AB, Le Grange D. Exploring Types of Family Environments in Youth with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 2017 Sep;25(5):389-396. [Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/full/10.1002/erv.2531>]
16. Leija Esparza M, Saucedo García JM, Ulloa Flores RE. Características familiares y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes internadas en un hospital psiquiátrico. *Salud mental* 2011 Jun 1;34(3):203-210. [Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n3/v34n3a3.pdf>]
17. Fisher CA, Skocic S, Rutherford KA, Hetrick SE. Family therapy approaches for anorexia nervosa. *The Cochrane database of systematic reviews* 2018 Oct 15;10:CD004780. [Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004780.pub4/e/pdf/full>]
18. Sainos-López DG, Sánchez-Morales MT, Vázquez-Cruz E, Gutiérrez-Gabriel I. Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar* 2015 Mar 17;22(2). [Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300499>]
19. Onnis L, Barbara E, Bernardini M, Caggese A, Di Giacomo S, Giambartolomei A, et al. Family relations and eating disorders. The effectiveness of an integrated approach in the treatment of anorexia and bulimia in teenagers: Results of a case-control systemic research. *Eat Weight Disord* 2012 Mar;17(1):e48. [Disponible en: <https://link-springer-com.accedys2.bbtck.ull.es/content/pdf/10.1007%2FBF03325326.pdf>]
20. Rienecke RD, Accurso EC, Lock J, Le Grange D. Expressed Emotion, Family Functioning, and Treatment Outcome for Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 2016 Jan;24(1):43-51. [Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbtck.ull.es/doi/full/10.1002/erv.2389>]
21. Latzer Y, Gaber L. Pathological Conflict Avoidance in Anorexia Nervosa: Family Perspectives. *Contemporary Family Therapy* 1998 Dec;20(4):539-551. [Disponible en: <https://link-springer-com.accedys2.bbtck.ull.es/content/pdf/10.1023%2FA%3A1021636401563.pdf>]
22. OMS. Organización Mundial de la Salud. España: Organización Mundial de la Salud; [Citado 12 Mat 2019]. [aprox. 1 p.] [Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/]
23. Valdés Cuervo ÁA. Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno; 2007. [Disponible en: <https://ebookcentral-proquest-com.accedys2.bbtck.ull.es/lib/bull-ebooks/reader.action?docID=3215513>]
24. Greenberg, L., Elliott, R., Pos, A. La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto. [Disponible en: <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/octubre-f-greenberg.pdf>]

25. TFE. Terapia Focalizada en las emociones. [Internet]. Zaragoza: España; [Citado 2 jun]. [aprox. 3 p.] [Disponible en: <http://www.terapiafocalizadaenlasemociones.es/>]
26. March Fuentes J, La Salut, Universitat Autònoma Barcelona Departament Psicologia Clínica I. Emoción expresada en familiares de pacientes hospitalizados con trastornos de la conducta alimentaria. 2015 Jan 1,. [Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_286190/jmf1de1.pdf]

17.ANEXOS

17.1 Anexo I: Cuestionario sobre características sociodemográficas (padres)

Parentesco con la paciente (padre o madre):

Edad:

Género (Hombre o mujer):

Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Estudios de primer grado
- Estudios de segundo grado
- Estudios de tercer grado

Situación laboral: Empleado/ En situación de desempleo

Nº de personas que conviven en el mismo domicilio:.....

Tiempo que lleva su hija con diagnóstico de Anorexia nerviosa (lo puede expresar en semanas, meses o años):

Edad de su hija:

¿Ha recibido usted terapia anteriormente?: Sí/No

17.2 Anexo II: Cuestionario sobre características sociodemográficas (Hijas)

Edad:

Género (Hombre o mujer):

Nivel de estudios:

- Estudios de primer grado
- Estudios de segundo grado
- Estudios de tercer grado

Nº de personas que conviven en el mismo domicilio:.....

Tiempo que lleva diagnosticada de Anorexia Nerviosa (nº de semanas, nº de meses, nº de años):

17.3 Anexo III: Variables antropométricas (a cumplimentar por enfermería)

Peso (kilogramos):.....

Altura (centímetros):

IMC (peso/estatura):

> 40= Obesidad tipo III

35,0 – 39,9= Obesidad tipo II

30,0 – 34,9= Obesidad tipo I

25,0 – 29,9= Sobrepeso

18,5 – 24,9= Normo peso

<18,5= Bajo peso

17.4 Anexo IV: Solicitud de Consentimiento a la Gestión del CHUC

Dña. Paola Johanna Gómez Díaz, con DNI....., estudiante de 4º curso de Grado de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Laguna, está realizando un proyecto de investigación titulado:

“La familia como parte del proceso terapéutico de la Anorexia Nerviosa en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria “

El objetivo de este proyecto es conocer la satisfacción de los padres con hijas adolescentes diagnosticadas con Anorexia Nerviosa, al ser tratados bajo el modelo de Terapia Focalizada en las Emociones, en la consulta de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Canarias.

Solicita por tanto, autorización, a la Gestión del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, para poder llevar a cabo este proyecto en el centro mencionado.

De declara, además, que todos los datos obtenidos y manipulados durante el desarrollo de la investigación, serán tratados con total confidencialidad.

Gracias por su colaboración

En San Cristóbal de La Laguna, a....., de.....de 2019

Firma de la solicitante:

17.5 Anexo V: Solicitud de colaboración a la Unidad

Estimado/a Sr/a.

Me dirijo a usted, en calidad de Supervisor/a de la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del HUC, para solicitar la colaboración por parte del personal de la unidad para la realización de mi Trabajo de Fin de Grado titulado **“La familia como parte del proceso terapéutico de la Anorexia Nerviosa en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria”**

Dicha colaboración consistirá en comunicarle a la psicóloga y psiquiatra clínica de la unidad que dos enfermeras especializadas en Salud Mental realizarán una vez a la semana sesiones de Terapia Focalizada en las emociones con los padres y madres de adolescentes con Anorexia Nerviosa tratadas en la unidad, sin entorpecer ni evitar en ningún momento el trabajo que realizan estas con las pacientes.

Del mismo modo, los cuestionarios se pasarán a las pacientes una vez a la semana, y se hará precisa una valoración a nivel psicológico mediante un cuestionario al principio y al final de la investigación, al igual que la valoración a nivel físico, para valorar la evolución de las pacientes.

Agradeciendo de antemano su colaboración.

Un cordial saludo, Paola Johanna Gómez Díaz

17.6 Anexo VI: Solicitud de colaboración a la Dirección de Enfermería

Estimado/a Sr/a.

Me dirijo a usted, en calidad de directora de Enfermería del HUC para solicitar su autorización y colaboración en la realización de mi Trabajo de Fin de Grado, con el título **“La familia como parte del proceso terapéutico de la Anorexia Nerviosa en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria”**

Se precisa de dos salas del Hospital que puedan utilizarse como consulta para realizar una terapia con padres cuyas hijas padecen Anorexia Nerviosa y están siendo tratadas en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Para ello, serán necesarias, además, dos enfermeras con especialidad en Salud Mental que quieran colaborar voluntariamente. Para no generar retrasos en el funcionamiento y gestión del Hospital, sólo se necesitará a las enfermeras dos horas a la semana, cada una estará en una sala trabajando con los padres y madres durante una hora, por lo que se ruega también contar con la reserva de dichas salas con la mayor anterioridad posible.

Agradeciendo de antemano su colaboración.

Un cordial saludo, Paola Johanna Gómez Díaz.

Paola Johanna Gómez Díaz

17.7 Anexo VII: Compromiso de la Colaboración de Enfermería de Salud mental

Estimado compañero/a:

Dña. Paola Johanna Gómez Díaz, con DNI....., estudiante de 4º curso de Grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Laguna está realizando un proyecto de investigación titulado:

“La familia como parte del proceso terapéutico de la Anorexia Nerviosa en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria”

El objetivo de esta investigación es conocer la satisfacción de los padres con hijas adolescentes diagnosticadas con Anorexia Nerviosa, al ser tratados bajo el modelo de Terapia Focalizada en las Emociones, en la consulta de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Canarias.

Se le invita a ser informador/a en esta investigación, mediante la recogida de información de aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión. No obstante, dadas las características de este estudio, su participación como enfermera especializada en Salud Mental, implica establecer un compromiso de responsabilidad, confidencialidad e imparcialidad; así como la custodia de la información hasta la recogida por parte del investigador principal.

Yo,.....,
con DNI....., he sido informado/a de los objetivos de esta investigación y me comprometo a colaborar en este proyecto.

En La Laguna, a..... de..... de 2019

Firma de la enfermera:

Firma del investigador principal:

17.8 Anexo VIII: Consentimiento informado para el/la Usuario/a

Estimado/a Usuario/a:

Dña. Paola Johanna Gómez Díaz, con DNI, estudiante de 4º curso de Grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Laguna, está realizando un proyecto de investigación titulado:

“La familia como parte del proceso terapéutico de la Anorexia Nerviosa en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria”

El objetivo de este proyecto es conocer la satisfacción de los padres con hijas adolescentes diagnosticadas con Anorexia Nerviosa, al ser tratados bajo el modelo de Terapia Focalizada en las Emociones, en la consulta de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario de Canarias.

Se le invita a participar de forma voluntaria en este estudio, garantizando que su participación o no, no afectará la atención sanitaria que reciba, y que la información que facilite, será estrictamente confidencial y utilizada únicamente en esta investigación.

Asimismo, podrá retirarse del estudio en cuanto desee.

Cualquier duda que pueda surgirle sobre este estudio, le será aclarada en cualquier momento; así como si no comprende alguna pregunta del cuestionario, o la información solicitada le resulta incómoda, tiene derecho a no responderla.

Yo,....., con DNI....., he sido informado/a de los objetivos de esta investigación y doy mi consentimiento para participar voluntariamente en este proyecto.

Yo,....., con DNI, he sido informado/a de los objetivos de esta investigación y doy mi consentimiento para que mi hija participe voluntariamente en este proyecto.

En La Laguna, a....de.....de 2019

Firma del participante:

Firma del informador:

17.9 Anexo IX: Escala LEE para valorar el nivel de expresión emocional

	VERDADERO	FALSO
Cuando está molesta/le calmo		
Le digo que no tiene control sobre sí mismo		
Soy comprensiva/o con ella/él incluso cuando no cumple mis expectativas		
No le pongo nervioso/a		
Le digo que sólo quiere atención cuando no se encuentra bien		
Le hago sentirse culpable por no cumplir mis expectativas		
No me considero demasiado protector con ella/él		
Me enfado perdiendo los estribos		
Soy comprensivo con ella él cuando no se encuentra bien		
Puedo ver su punto de vista		
Siempre estoy entrometiéndome		
No pierdo el control cuando las cosas empiezan a ir mal		
No le ayudo cuando está disgustada/o o no se encuentra bien		
Le critico si no cumple mis expectativas		
Le culpo por las cosas que no van bien		
Le hago sentirse valiosa/o como persona		
No se cómo manejar sus sentimientos cuando no se encuentra bien		
Le digo que ella/él crea estos problemas para vengarse de mí		
Comprendo sus limitaciones		
Puedo mantener el control en situaciones estresantes		
Intento que se sienta mejor cuando está disgustada/o o enferma/o		
Soy realista acerca de lo que puede hacer y de lo que no puede hacer		
Estoy siempre husmeando en sus asuntos		
Escucho todo lo que me tiene que decir		
Expreso que no está bien buscar ayuda profesional		
Me enfado con ella/él cuando las cosas no van bien		
Tengo que saberlo todo acerca de lo que hace o le pasa		
Mi presencia le relaja		
Le acuso de estar exagerando cuando se encuentra mal		
Insisto en saber dónde va		
Me enfado con ella/él sin motivo		
Soy una persona considerada cuando está disgustada		
Cuenta con mi apoyo cuando lo necesita		
Me entrometo en sus asuntos privados		
Puedo manejar bien el estrés		
Soy comprensiva/o si comete un fallo		
No hurgo en su vida		
Me vuelvo impaciente con ella/él cuando se encuentra mal		
Tengo expectativas demasiado altas para ella/él		
No hago muchas preguntas personales		
Hago que las cosas empeoren cuando no van bien		

Le acuso a menudo de inventarse cosas cuando no se encuentra bien		
Pierdo los estribos cuando no hace algo bien		
Me desespero cuando las cosas no van bien		
Intento tranquilizarle cuando no se encuentra bien		

17.10 Anexo X: Escala EDSIS para medir el impacto de síntomas del TCA

**VALORES: 0= nunca, 1= pocas veces, 2= a veces, 3= a menudo, 4= Casi siempre
5= siempre**

Items	Nunca	Infrecuentemente	A menudo	Casi siempre
Durante el <u>pasado mes</u> con cuánta frecuencia has pensado o sentido:				
1. Que tus amigos/parientes han dejado de visitarte				
2. Que he perdido a mis amigos...				
3. Incapaz de salir por las noches, fines de semana o vacaciones				
4. Cancelar o rechazar planes para ver amigos o parientes				
5. Que deberías haberte dado cuenta antes de que llegara a ser tan grave				
6. Que le/la he fallado				
7. Sintiendo que podría haber hecho algo que no hice y que debería haber hecho				
8. Que quizás no fui lo suficientemente estricta/o				
9. En que me equivoqué respecto a ella/él				
10. Agresivo física o verbalmente				
11. Controlador/manipulativa/o				
12. Mintiendo y/o robando				
13. Que su temperamento está fuera de control				
Durante el <u>pasado mes</u> , con cuánta frecuencia has tenido los siguientes problemas: (si el paciente no está viviendo en casa durante este último mes, por favor refierete a la última vez que ella/él estaban viviendo en casa)				
14. Tuviste dificultades para preparar comida (Ej. Preparar comidas por separado de otros miembros familiares, no tener los ingredientes correctos)				
15. Hubo discusiones con otros miembros de la familia en cómo organizar las comidas				
16. Hubo discusiones o tensiones durante las comidas				
17. Ha desaparecido la comida de los armarios				
18. Pasar mucho tiempo preparando comida				
19. Tuviste dificultades con tuberías o desagües atascados				
20. La existencia de malos olores e higiene				

en el baño				
21. Tuviste que encender la calefacción porque ella/él sentía frío				
22. Asegurarte de que ella/él estaba bien				
23. Notaste o pensaste que la enfermedad estaba afectándola/le físicamente				
24. Notar o pensar como la enfermedad esta afectándola mentalmente				

17.11 Anexo XI: Escala FACES III para medir el funcionamiento familiar

NUNCA 1 CASI ALGUNAS CASI SIEMPRE 5
NUNCA 2 VECES 3 SIEMPRE 4

DESCRIBA A SU FAMILIA	
	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas
	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos
	Nos sentimos muy unidos
	En nuestra familia los hijos toman las decisiones
	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
	En nuestra familia las reglas cambian
	Con facilidad podemos planear actividades en familia
	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
	Consultamos unos con otros para tomar decisiones
	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
	La unión familiar es muy importante
	Es difícil decir quién hace las labores del hogar

17.12 Anexo XII: Escala EDI-2 para la valoración del TCA

	PUNTUACIÓN
1. Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme	
2. Creo que mi estómago es demasiado grande	
3. Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro	
4. Suelo comer cuando estoy disgustado	
5. Suelo hartarme de comida	
6. Me gustaría ser más joven	
7. Pienso en ponerme a dieta	
8. Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes	
9. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	
10. Me considero una persona poco eficaz	
11. Me siento muy culpable cuando como en exceso	
12. Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado	
13. En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes	
14. La infancia es la época más feliz de la vida	
15. Soy capaz de expresar mis sentimientos	
16. Me aterriza la idea de engordar	
17. Confío en los demás	
18. Me siento solo en el mundo	
19. Me siento satisfecho con mi figura	
20. Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida	
21. Suelo estar confuso sobre mis emociones	
22. Preferiría ser adulto a ser niño	
23. Me resulta fácil comunicarme con los demás	
24. Me gustaría ser otra persona	
25. Exagero o doy demasiada importancia al peso	
26. Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento	
27. Me siento incapaz	
28. He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer	
29. Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores	
30. Tengo amigos íntimos	
31. Me gusta la forma de mi trasero	
32. Estoy preocupada porque querría ser una persona más delgada	
33. No se qué es lo que ocurre en mi interior	
34. Me cuesta expresar mis emociones a los demás	
35. Las exigencias de la vida adulta son excesivas	
36. Me fastidia no ser el mejor en todo	

37. Me siento seguro de mi mismo	
38. Suelo pensar en darme un atracón	
39. Me alegra haber dejado de ser un niño	
40. No se muy bien cuándo tengo hambre o no	
41. Tengo mala opinión de mi	
42. Creo que puedo conseguir mis objetivos	
43. Mis padres esperaban de mi resultados sobresalientes	
44. Temi no poder controlar mis sentimientos	
45. Creo que mis caderas son demasiado anchas	
46. Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van	
47. Me siento hinchado después de una comida normal	
48. Creo que las personas son más felices cuando son niños	
49. Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso	
50. Me considero una persona valiosa	
51. Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado	
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas	
53. Pienso en vomitar para perder peso	
54. Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado	
55. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	
56. Me siento emocionalmente vacío en mi interior	
57. Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos	
58. Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto	
59. Creo que mi trasero es demasiado grande	
60. Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo	
61. Como o bebo a escondidas	
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	
63. Me fijo objetivos sumamente ambiciosos	
64. Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer	
65. La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome	
66. Me avergüenzo de mis debilidades humanas	
67. La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable	
68. Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales	
69. Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo	
70. Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento	
71. Me esfuerzo por bucar cosas que producen placer	

72. Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas	
73. soy comunicativo con la mayoría de la gente	
74. Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado	
75. La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente	
76. La gente comprende mis verdaderos problemas	
77. Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza	
78. Comer por placer es signo de debilidad moral	
79. Soy propenso a tener ataques de rabia o ira	
80. Creo que la gente confía en mi tanto como merezco	
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol	
82. Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo	
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad	
84. Tengo la sensación de que todo me sale mal	
85. Tengo cambios de humor bruscos	
86. Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo	
87. Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás	
88. El sufrimiento te convierte en una persona mejor	
89. Sé que la gente me aprecia	
90. Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mi mismo	
91. Creo que realmente sé quién soy	

17.13 Anexo XIII: Escala de Satisfacción del Tratamiento Recibido (CRES-4)

En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a
1. Muy insatisfecho/a
2. Algo insatisfecho/a
3. Bastante satisfecho/a
4. Muy satisfecho/a
5. Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación con el problema específico que le llevó a consultar?

0. No estoy seguro/a
1. Hizo que las cosas empeorasen bastante
2. Hizo que las cosas empeorasen un poco
3. No ha habido cambios
4. Hizo que las cosas mejorasen algo
5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas
1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura
2. Regular, tenía mis altibajos
3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves
4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas
1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mi
2. Regular, tengo mis altibajos
3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo