



**Facultad de  
Ciencias de la Salud  
y del Deporte - Huesca**  
**Universidad Zaragoza**

**Grado en Nutrición Humana y Dietética**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**EL PAPEL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL TRATAMIENTO Y EN LA  
ADHERENCIA AL ASESORAMIENTO PSICONUTRICIONAL EN LA  
INTERVENCIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA: REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

THE ROLE OF THE DIETITIAN-NUTRITIONIST IN THE TREATMENT AND ADHERENCE  
TO PSYCHONUTRITIONAL COUSELING IN THE INTERVENTION OF ANOREXIA  
NERVOSA: A SYSTEMATIC REVIEW.

**Autor/a:**

Alejandra García García

**Director:**

Fernando Gimeno Marco

Huesca, septiembre de 2021

## Resumen

La Anorexia Nerviosa (AN) es un tipo de trastorno de la conducta alimentaria cuyo desarrollo depende de diferentes factores (psicológicos, biológicos, genéticos y socioculturales), que, a su vez, intervienen en su mantenimiento. A raíz de esto, se plantea la necesidad de un abordaje multidisciplinar en el tratamiento de la AN, que implique, principalmente, a psicólogos y Dietistas-Nutricionistas. El presente trabajo se basa en una revisión sistemática de artículos científicos, tras la cual queda demostrado que el Dietista-Nutricionista tiene un rol imprescindible en la intervención de estos pacientes, ya que toma parte en la rehabilitación psiconutricional, la elaboración de las dietas de los pacientes, llevan a cabo una educación nutricional y una educación para llegar a una alimentación intuitiva.

**Palabras clave:** Anorexia nerviosa, tratamiento, adherencia, multidisciplinar, nutricionista.

## Abstract

Anorexia Nervosa is a type of eating disorder whose development relies on different factors (psychological, biological, genetic and sociocultural), which also interfere in its maintenance. Due to this, it is presented the need of a multidisciplinary approach to AN treatment, one that implies, mainly, psychologists and dietitians. This project is a systematic review of scientific articles, after which it is shown that dietitians play an essential role in the treatment of these patients, since they take part in the psychonutritional rehabilitation, diet preparation and give the patients nutritional education and intuitive eating education.

### **Lista de abreviaturas**

AFT: Adolescent Focused Therapy  
AN: Anorexia Nerviosa  
ANP: Anorexia Nerviosa Purgativa  
ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva  
BDI: inventario de depresión de Beck  
BN: Bulimia Nerviosa  
BSQ: Body Shape Questionnaire  
CAMHS: Child and Adolescent Mental Health Services  
CA-SUS: Child and Adolescent Service Use Schedule EDI: Eating Disorder Inventory 2  
DAWDA: Development and Well-being Assessment  
DAS: Dysfunctional Attitudes Scale  
EAT: Eating Attitudes Test  
EDE-Q: Eating disorders examination questionnaire  
EDE-QS: Eating Disorder Examination Questionnaire Short Form  
EDI: Eating Disorder Inventory  
FAD: FamilyAssessmentDevice  
FBT: Family-Based Therapy  
GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Scale  
HoNOSCA: Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents  
IES: Intuitive Eating Scale  
IMC: índice de masa corporal  
LCB: Locus of Control of Behaviour Scores  
MFQ: Mood and Feelings Questionnaire  
MRAOS: Morgan Russell Average Outcome Scale  
OQ-45.2: Outcome Questionnaire  
PHQ-9: Patient Health Questionnaire  
TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado  
TCC: Terapia Cognitivo Conductual  
TDC: Terapia Dialéctica Conductual  
TSOS: Theistic Spiritual Outcome Survey

## ÍNDICE

1. Introducción .....	5
1.1. Definiciones .....	5
1.1.1. <i>Definición de Anorexia Nerviosa</i> .....	5
1.1.2. <i>Definición de Psiconutrición</i> .....	7
1.1.3 <i>Contexto/definición de adherencia al tratamiento en la AN</i> .....	8
1.2. Epidemiología: Prevalencia de la AN en Europa.....	9
1.3. Fundamentación teórica sobre el papel del Dietista-Nutricionista (D-N) y el asesoramiento nutricional en personas que sufren de AN.....	10
1.4. Factores implicados en la adherencia al tratamiento/asesoramiento psiconutricional en la AN. ....	11
2. Objetivos .....	13
2.1. Objetivos generales .....	13
2.2. Objetivos específicos.....	13
3. Metodología .....	13
4. Resultados .....	23
6. Conclusión .....	39
7. Referencias.....	42

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: PRISMA 2020. Lista de verificación.....	13
Tabla 2: Formulación de la pregunta clínica según la estrategia PICO. ....	17
Figura 1. Procedimiento de selección de artículos.....	19
Tabla 3: Búsqueda bibliográfica .....	20
Tabla 4: Análisis del contenido de la bibliografía seleccionada .....	24
Tabla 5: Análisis del grado de adherencia en función de la intervención realizada .....	31
Tabla 6: Análisis del papel del D-N.....	34

## 1. Introducción

### 1.1. Definiciones

#### 1.1.1. Definición de Anorexia Nerviosa

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de alteraciones recogidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). El DSM-5 (APA, 2018) define un trastorno de la conducta alimentaria como:

*“Una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial”.*

Este grupo de trastornos engloba los siguientes diagnósticos: la pica, el trastorno por rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (APA, 2013). De ellos, el siguiente trabajo estará basado exclusivamente en la Anorexia Nerviosa.

La Anorexia Nerviosa (AN) se encuentra definida en los dos sistemas clasificatorios más utilizados en el ámbito internacional para diagnosticar los trastornos mentales: el DSM-5 (APA, 2013) y la CIE-10 (OMS, 2000). En ambos sistemas se delimitan los criterios diagnósticos necesarios para el diagnóstico de este TCA.

En el DSM-5 (APA, 2013) los criterios diagnósticos son los siguientes:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual (p. 338-339).

Además, se debe especificar de qué tipo de AN se trata:

- Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas) (p. 339).

La CIE-10 (OMS, 2000) define los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Pérdida significativa de peso (IMC menor de 17,5) o falta de aumento de peso en los niños/as, que lleva a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y la talla correspondiente.
- B. La pérdida de peso es autoinducida mediante: 1. La evitación de alimentos “que engordan” y por uno o más de los siguientes síntomas: 2. Vómitos autoprovocados. 3. Purgas intestinales autoprovocadas. 4. Ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal forma que el enfermo se impone un límite de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisisogonadal, que en las mujeres se manifiesta por amenorrea y en los hombres por una pérdida de interés por la sexualidad y de la potencia sexuales
- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retarda la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (p.140-141).

Ambas clasificaciones coinciden en la restricción de la ingesta, el comportamiento que evita el aumento de peso y en la distorsión de la propia imagen corporal. Por lo que se podrían señalar estas características como las principales para el diagnóstico de este trastorno.

En el desarrollo de la Anorexia Nerviosa intervienen factores biológicos, genéticos, socioculturales y psicológicos. Estos factores inducen tanto al desencadenamiento del trastorno como a su mantenimiento. Algunos factores desencadenantes pueden ser el comienzo de la realización de una dieta, acontecimientos disruptivos y períodos de crisis o estrés. Estos aspectos desencadenantes influyen en la persona de forma diferente en función de su vulnerabilidad individual, en la que participan factores tanto genéticos como ambientales, así como una falta de prevención por parte del individuo, la familia y el ambiente social en el que se encuentra. Existen diversos factores que afectan al mantenimiento de

la AN. Se destaca la malnutrición y el hambre como un factor esencial para este mantenimiento debido a las consecuencias fisiológicas y psicológicas que produce en el individuo. Otro factor importante es la cultura de la delgadez, preponderante en la sociedad contemporánea y el canon de belleza propio de esta época. Además, se relaciona la delgadez con el éxito en los medios de comunicación, este mensaje cala en los jóvenes y es muy dañino para su autoestima y autoimagen. Finalmente, otros factores que afectan a este mantenimiento son tener un tránsito digestivo lento, contar con otras alteraciones psicológicas, la falta de apoyo social y el aislamiento social (Acerete, Trabazo y Ferri, 2013).

La evolución de los pacientes con AN es muy variada, dependiendo del caso en particular. Hay pacientes que se recuperan tras un solo episodio, otros tienen etapas de recuperación con subidas de peso, y posteriores recaídas, en otros casos se puede cronificar y en los casos más extremos se pueden sufrir daños a nivel fisiológicos como desequilibrios metabólicos, y hasta la muerte por inanición o llevar al suicidio del paciente (Bravo, Pérez y Plana, 2000).

El pronóstico de la Anorexia Nerviosa depende de la edad de comienzo, en el estudio de Steinhausen (2002) se vio que los pacientes que inician este trastorno en la adolescencia tienen mejor pronóstico que aquellos que comienzan en la edad adulta, recuperándose casi el 60% de los afectados

### *1.1.2. Definición de Psiconutrición*

La psiconutrición es una disciplina basada en un enfoque integral de tratamiento en el que se aborda la problemática de un paciente entre, al menos, dos profesionales de la rama sanitaria que son el psicólogo y el dietista-nutricionista. Este tipo de abordaje permite realizar una labor de mayor profundidad con el paciente, teniendo así en cuenta para el tratamiento tanto el ámbito dietético-nutricional como el psicológico (Martín y Ramírez, 2021).

Lo más relevante de este enfoque es su trabajo interdisciplinar que permite ver más allá de los aspectos alimentarios y entender los factores emocionales y sociales que se encuentran detrás de los hábitos alimenticios. Gracias a este trabajo conjunto se puede mejorar la motivación del paciente y fomentar la autocomprensión y el autoconocimiento. Da mayor relevancia en este enfoque es el tratamiento de la imagen corporal y de la aceptación propia, aspectos ligados tanto a los hábitos alimentarios como a factores psicológicos (Martín y Ramírez, 2021).

Para realizar este abordaje es necesario trabajar la adherencia al tratamiento, así como la toma de conciencia del problema y de la dificultad del proceso. Ambos profesionales -psicólogo y dietista-nutricionista- realizan un proceso de acompañamiento al paciente, adaptándose a sus necesidades y trabajando con hábitos muy arraigados, mitos y costumbres desadaptativas. Este tipo de trabajo permite tanto mejorar la relación del paciente con la comida como su gestión emocional (Martín y Ramírez, 2021).

Diversos estudios clínicos han probado la eficacia que tiene el cambio de dieta para mejorar los problemas psicológicos, no solo en los TCA sino en otro tipo de trastornos. En el estudio de Meader (2017) se encuentran evidencias prometedoras de que realizar cambios saludables en la dieta de los pacientes con trastornos mentales severos mejoran su salud mental. Además, en el estudio de Teasdale et al (2019) se realiza una revisión sistemática en la que se encuentran resultados positivos en la mejora de la nutrición de los pacientes como un progreso más rápido de los síntomas depresivos o una menor alimentación emocional.

En el caso de la Anorexia Nerviosa varios estudios han señalado la relación entre las alteraciones alimenticias y la mala regulación emocional. En el estudio de Engel et al (2005) muestran que un aumento en la emotividad negativa puede llevar a realizar una restricción alimentaria en el caso de individuos que padecen de Anorexia Nerviosa. Esta restricción produce una disminución de estas emociones negativas, por lo que el individuo puede aprender a usar esta restricción como método de regulación emocional.

Debido a la interrelación tan marcada de la alimentación y las emociones en la AN, el trabajo desde un plano de la psiconutrición es importante para la correcta mejoría en este tipo de trastornos.

### ***1.1.3. Contexto/definición de adherencia al tratamiento en la AN***

La adherencia al tratamiento se puede confundir con el término cumplimiento, pero presentan ciertas diferencias entre sí. Según Haynes (1976) el término *cumplimiento* se refiere al “*grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario*”. Sin embargo, Epstein y Cluss (1982) definen la *adherencia* como: “*la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido*”.

La definición de cumplimiento le resta agencia al paciente y peca de autoritaria, por lo que actualmente está más aceptado el término adherencia, pues tiene en cuenta la voluntad y los deseos del paciente, dotándolo de un papel protagonista en su proceso de cambio (Alfonso y Abalo, 2004). Es importante trabajar en la relación profesional-paciente para no caer en el viejo modelo paternalista y fomentar la colaboración mutua y la toma por parte del paciente de sus propias decisiones (Del Luca et al., 2013).

La no adherencia al tratamiento es un grave problema, no solo para el paciente sino para el sistema de Salud Pública, debido a que provoca un aumento de los riesgos, de la morbilidad y de la mortalidad (Marchena, Calero y Galván, 2013).

Las personas que padecen algún trastorno mental son las que presentan una menor adherencia a los tratamientos establecidos, y de entre ellas, aquellas que sufren trastornos de la conducta alimentaria son las que peor se adhieren a estos tratamientos. En el caso de la Anorexia Nerviosa, esta supone modificar el estilo de vida y los hábitos alimenticios de quién la sufre, este tipo de cambios son los que presentan menor adherencia por parte de los pacientes ya que suponen una modificación holística e integral. Otro factor a tener en cuenta es que en estos trastornos ocurre una falta de conciencia del problema bastante peligrosa (Marchena, Calero y Galván, 2013; Timlin et al., 2014). Además, muchos de los pacientes con un TCA presentan comorbilidad con otros trastornos depresivos o de ansiedad, por lo que también dificulta la adherencia al tratamiento (Vaquero y Solano, 2012).

Existen diversos instrumentos que se pueden utilizar para medir la adherencia al tratamiento del paciente, entre ellos, destacan el Test de cumplimiento autocomunicado o Test de Haynes-Sackett (Haynes et al., 1980) y la Escala de adherencia al tratamiento (Hernández y Londoño, 2012). Además de con instrumentos estandarizados, otras formas de medir la adherencia al tratamiento son por medio de controles de peso, de la ingesta, del ejercicio físico y de las conductas purgativas (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2012).

## **1.2. Epidemiología: Prevalencia de la AN en Europa**

Se estima que la prevalencia de la anorexia nerviosa en mujeres europeas es de 1-4%. Las tasas de anorexia se han mantenido más o menos estables durante las últimas décadas, aunque se ha visto que, en adolescentes menores de 15 años, la incidencia es mayor. Por ejemplo, en Gran Bretaña, en el estudio llevado a cabo por Holland et al. (2016) se realizó un seguimiento de los nuevos diagnósticos de anorexia nerviosa de 1968 a 2011, y se muestra que la tasa ha aumentado de 2-3 casos por cada 100.000 habitantes a 5-6. Además, han aumentado el número de ingresos hospitalarios realizados por cada paciente con este trastorno. Otro caso es el de Dinamarca, donde la incidencia de la AN se ha duplicado de 1995 a 2010 pasando de 10 a 19 casos por cada 100.000 habitantes (Steinhausen y Jensen, 2015).

Otras características relevantes de la Anorexia Nerviosa que hay que tener en cuenta a la hora de su estudio es que se presenta en mayor medida en el género femenino que en el masculino (se estima que menos del 10% de las personas que padecen este trastorno son de género masculino). Además, este trastorno se presenta principalmente en adolescentes y jóvenes, sin la existencia de una patología previa a este diagnóstico y en múltiples ocasiones sin problemas de sobrepeso u obesidad (Calvo, 1992).

Otros datos importantes sobre la Anorexia Nerviosa es que presenta comorbilidades con diversos trastornos. Más del 70% de los pacientes presenta alguna comorbilidad: trastornos de ansiedad

(50%), trastornos del estado de ánimo (40%), conductas autolesivas (20%) y abuso de sustancias (10%). Además, el riesgo de suicidio también es alto en estos pacientes (Keski-Rahkonen, y Mustelin, 2016).

### **1.3. Fundamentación teórica sobre el papel del Dietista-Nutricionista (D-N) y el asesoramiento nutricional en personas que sufren de AN.**

La Anorexia Nerviosa, como trastorno de la conducta alimentaria, está estrechamente relacionada con la alimentación y nutrición, siendo una de las principales consecuencias de este trastorno la desnutrición y la bajada de peso a unos niveles inferiores al mínimo. Esto es debido a la restricción alimentaria que realizan los pacientes o a medidas purgativas como el vómito o los laxantes. Debido a esta situación en la que se encuentran la mayoría de pacientes con este trastorno, el primer objetivo es la estabilización para restaurar el estado de salud del paciente. Para ello se tiene que llevar a cabo una realimentación de este con el fin de conseguir un peso saludable, eliminar la posible anemia y deshidratación, además se tratarán otras alteraciones que hayan podido producirse en el organismo del paciente debido a la inanición o los mecanismos purgativos. Una vez obtenido un peso saludable, se comenzará la educación nutricional del paciente con el fin de cambiar hábitos incorrectos y para mantener una dieta saludable (Madruga, Leis y Lambruschini, 2012).

En todo este proceso es necesario la figura del Dietista-Nutricionista (D-N) que trabajará de forma integral junto a un equipo médico y psicológico. El D-N se encargará de intervenir en las distintas modalidades de soporte nutricional durante el proceso de realimentación del paciente, en la generación de dietas especializadas adaptándose a las necesidades específicas del individuo, realizar la monitorización y el seguimiento nutricional del paciente, así como llevar a cabo la educación nutricional necesaria para la mejora de este (Bénitez, 2017).

El tratamiento dietético-nutricional se puede clasificar en tres partes según el estudio de Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, (2012): “plan dietético-nutricional para la normalización del peso, corrección de conductas alimentarias anómalas y educación nutricional (creencias irracionales sobre los alimentos) (p. 99)”. Este tratamiento seguirá los siguientes elementos básicos (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2012):

- Deberá ser utilizado en todos los casos de anorexia nerviosa.
- La mejora con la utilización de psicofármacos no está bien establecida aún.
- Algunos aspectos de este tratamiento no se pueden negociar con los pacientes.
- El contexto terapéutico en el que se producirá el tratamiento será elegido teniendo en cuenta el estado de gravedad del paciente.

- Uno de los objetivos principales es la recuperación ponderal, y su falta se relaciona con un peor curso del trastorno.
- Este tratamiento se debe realizar de forma progresiva.
- Es imprescindible la monitorización de las comidas llevadas a cabo por el paciente.
- Los suplementos alimenticios sólo se utilizarán en determinados casos, pues su eficacia es limitada.
- En casos de extrema necesidad se podrá utilizar la alimentación artificial, por ejemplo, por vía parenteral.
- La intervención psicológica es necesaria pero no suficiente para la superación de la anorexia nerviosa, siendo necesario un programa nutricional.

En cuanto a la educación nutricional esta debe ser complementaria a la intervención psicológica. La intervención psicológica se centrará en la parte emotivo-afectiva que existe detrás de este trastorno mientras que la educación nutricional pone el énfasis en la composición de las comidas, en la planificación de las comidas y en la creación de un plan dietético personalizado para el paciente. También incluye otros aspectos como los efectos a largo plazo de la inanición, los requerimientos nutricionales que necesita el paciente, los mitos sobre las dietas y cómo llevar un control adecuado del peso. Además, el dietista-nutricionista deberá pedir al paciente un registro de su alimentación diaria, de los episodios de purga y del ejercicio físico que realice (Rock & Curran-Celentano, 1996).

Debido a todo lo anteriormente explicitado, se puede concluir que el trabajo del Dietista-Nutricionista y el asesoramiento nutricional son imprescindibles para el tratamiento de aquellas personas que sufren de Anorexia Nerviosa. Una parte esencial de la recuperación de los pacientes con Anorexia Nerviosa es la adquisición de hábitos alimenticios saludables y, gran parte de esta labor debe ser realizada específicamente por especialistas en Nutrición.

#### **1.4. Factores implicados en la adherencia al tratamiento/asesoramiento psiconutricional en la AN.**

Se han estudiado diversos factores que mejoran y empeoran la adherencia al tratamiento en aquellos pacientes que padecen de Anorexia Nerviosa. Entre aquellos factores que mejoran la adherencia se encuentra la alianza terapéutica, los profesionales deberán trabajar el vínculo con el paciente, ya que su fortalecimiento aumenta la adherencia al tratamiento. Para ello, hay que mantener un equilibrio entre los objetivos que se plantean los profesionales y los deseos y necesidades del paciente (Wollburg, Meyer, Osen y Löwe, 2013).

Otra variable que predice una mejor adherencia al tratamiento es la motivación pretratamiento. En el estudio de Gregertsen et al. (2019) se asoció una alta motivación pretratamiento con mejores resultados de la terapia y menores tasas de abandono. Junto a la motivación ante el tratamiento Cardi et al. (2020) señalan que la confianza del paciente en su propia capacidad de cambio por medio del tratamiento. También se ha visto que poseer creencias espirituales o religiosas mejoran la adherencia al tratamiento (Pingani, Catellani y Amone et al., 2012).

Tanto la edad, como el nivel educativo y el laboral influyen en la adherencia al tratamiento. Mayor nivel educativo y mayor nivel laboral se relacionan con una mayor adherencia (Pingani, Catellani, Amone, et al., 2012), y una menor edad del paciente se relaciona, también, positivamente con la adherencia (Roux et al., 2016).

Entre aquellos factores que empeoran la adherencia al tratamiento se encuentra la falta de sensación de peligro, aquellos pacientes que no son conscientes de la gravedad del problema que padecen se adhieren peor al tratamiento, ya que no reconocen la necesidad de llevarlo a cabo, por lo que abandonan el tratamiento con mayor facilidad (Gómez et al., 2019). Padecer algún otro trastorno mental también se ha relacionado con una menor adherencia, sobre todo, si se trata de un trastorno depresivo (Bandini, Antonelli, Moretti, et al., 2006).

Se ha visto que aquellos pacientes que han sufrido experiencias traumáticas en el pasado presentan una menor adherencia al tratamiento. Las personas con anorexia que presentan un entorno social más desadaptativo, con problemas en la relación materno-filial o un círculo de amistad más pequeño, presentan mayor riesgo de abandono de la terapia. También afecta negativamente a esta adherencia el abuso de sustancias por parte de algún familiar cercano o haber pasado por el divorcio de los padres. El hecho de que alguno de los padres del paciente haya sufrido un trastorno alimenticio también aumenta el riesgo de abandono (Pingani, Catellani y Amone et al., 2012).

El tipo de anorexia que sufra el paciente también afecta a la hora de adherirse al tratamiento. En el estudio de Bandini, Antonelli, Moretti, et al. (2006) se observa que el subtipo purgativo se relaciona negativamente con la adherencia y presentan mayores tasas de abandono. También se manifiesta en este estudio que la alimentación más restrictiva favorece el abandono del tratamiento.

Hay variables relacionadas con el Sistema Sanitario que también influyen en la adherencia. Algunas de ellas son la insatisfacción con el tratamiento realizado o con los profesionales encargados de este (Rodríguez-Cano et al., 2012). Además, la dificultad para acceder al tratamiento por el Sistema de Salud Pública, así como permanecer en lista de espera por largos períodos de tiempo afectan negativamente a la permanencia del paciente en el tratamiento (Bandini, Antonelli, Moretti, et al., 2006).

Como se puede observar, existen multitud de factores que influyen en la adherencia de los pacientes con Anorexia Nerviosa en el tratamiento, siendo estos tanto psicológicos, como sociales o ambientales. Hay que tener en cuenta los factores anteriormente mencionados a la hora de iniciar un tratamiento para poder predecir y mejorar la adherencia del paciente.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivos generales

El propósito de esta revisión sistemática es la recopilación, análisis y síntesis de estudios científicos sobre:

1. La diferencia en la adherencia al tratamiento de la Anorexia Nerviosa (AN) en función de la intervención llevada a cabo
2. El papel del Dietista-Nutricionista (D-N) y el asesoramiento psico nutricional de personas afectadas por AN en la recuperación de este trastorno de conducta

Además, sobre la base de los resultados y conclusiones de los dos apartados anteriores se realizará una propuesta de recomendaciones para la mejora de la adherencia al tratamiento de personas afectadas por AN.

### 2.2. Objetivos específicos

1. Estudiar el papel específico del Dietista-Nutricionista (D-N) en el asesoramiento nutricional de personas afectadas por AN.
2. Investigar en qué medida el asesoramiento psico-nutricional ayuda a desarrollar un buen pronóstico en la resolución de la AN.

## 3. Metodología

**Tabla 1.** PRISMA 2020. Lista de verificación

Sección y Tema	Artículo	Elemento de lista de verificación	Ubicación donde se informa del artículo
Título			
Título	1	El papel del Dietista-Nutricionista en el tratamiento y en la adherencia al asesoramiento psiconutricional en	Pág. 1

---

la intervención de la Anorexia Nerviosa: revisión  
sistemática

---

Abstract

---

Abstract	2	La Anorexia Nerviosa es un tipo de trastorno de la conducta alimentaria cuyo desarrollo depende de diferentes factores (psicológico, biológicos, genéticos y socioculturales), que, a su vez, intervienen en su mantenimiento. A raíz de esto, se plantea la necesidad de un abordaje multidisciplinar, que implique, principalmente, a psicólogos y Dietistas-Nutricionistas. El presente trabajo se basa en una revisión sistemática de diferentes artículos, tras la cual queda confirmado que el Dietista-Nutricionista tiene un rol imprescindible en la intervención de estos pacientes, ya que toma parte a la hora de elaborar las dietas y se encarga de la educación nutricional de estos, para que elaboren estrategias y así desarrollar por sí mismos una alimentación adecuada y equilibrada.	Pág. 2
----------	---	---	--------

---

Introducción

---

Fundamento	3	El propósito fundamental de la presente revisión es recopilar la literatura que relacione la anorexia nerviosa y los aspectos nutricionales, teniendo en cuenta un punto de vista de tratamiento multidisciplinar	Pág. 14
------------	---	---	---------

---

Objetivos	4	La recopilación, análisis y síntesis de estudios científicos sobre los factores/variables implicadas en la adherencia al tratamiento de la Anorexia Nerviosa (AN), el papel del Dietista-Nutricionista (D-N) y el asesoramiento psico-nutricional de personas afectadas por AN en la recuperación de este trastorno de conducta	Pág. 14
		Estudiar el papel específico del Dietista-Nutricionista (D-N) en el asesoramiento nutricional de personas afectadas por AN.	
		Investigar en qué medida el asesoramiento psico-nutricional ayuda a desarrollar un buen pronóstico en la resolución de la AN.	

---

Método

---

Criterios de elegibilidad	5	<p>Criterios de inclusión: estudios o revisiones bibliográficas en los que se incluya un trabajo interdisciplinar que implique la figura del psicólogo/a y del nutricionista; que impliquen personas que hayan padecido anorexia nerviosa o la padezcan en el momento del estudio; que trabajen con una población que incluya pacientes con una edad superior a 12 años; que incorporen métodos de tratamiento o intervención para la anorexia nerviosa, cuyo texto completo es de acceso gratuito y puede encontrarse en inglés o castellano.</p> <p>Criterios de exclusión: estudios o revisiones bibliográficas que incluyan población que padece otro trastorno de la conducta alimentaria distinto a la anorexia nerviosa; que no incluyan un trabajo interdisciplinar; en los que no se incluya ningún método de evaluación; que trabajen con una muestra en la que los sujetos tengan menos de 12 años; que no dispongan de acceso al texto completo de manera gratuita y que no puedan encontrarse en inglés o castellano.</p>	Pág. 18
Fuentes de información	6	Web of Science, Pubmed, Scielo, Dialnet.	Pág. 18 y tabla 3
Estrategia de búsqueda	7	Presentación de las palabras clave y la combinación de las mismas. El primer filtro fueron los artículos que tuvieran acceso gratuito al texto completo	Tabla 3
Proceso de selección	8	En un primer lugar, la persona encargada de esta revisión, seleccionó artículos en base al Abstract de los artículos. Si estos ofrecían información acorde al objeto de este estudio, quedaban seleccionados para tenerlo en cuenta en los resultados.	Pág. 18
Proceso de recopilación de datos	9	Se utilizó un revisor que trabajó de formar independiente para la recopilación de los datos.	Pág. 17
Elementos de datos	10	<p>Pacientes que sufren de AN a partir de 12 años</p> <p>Asesoramiento psiconutricional o psiconutrición</p> <p>Otros tipos de intervención como intervención psicológica, médica o farmacológica</p> <p>Tasas de adherencia y tasas de abandono</p>	Tabla 1

Instrumentos de medida o métodos de evaluación de la adherencia			
Estudiar el riesgo de evaluación de sesgos	11	Se utilizó un revisor que trabajó de forma independiente.	Pág. 17
<b>Resultados</b>			
Selección de estudio	16	Se encontraron un total de 12316 artículos que podrían resultar interesantes por el tema a tratar. Tras eliminar 12256 de estos textos, finalmente quedó un total de 60 artículos que cumplían los criterios de inclusión anteriormente descritos. Finalmente, tras la lectura del Abstract y debido a que algunos textos no se ajustan debidamente a los objetivos planteados, se incluyen un total de 14 artículos, que son los que se tendrán en cuenta a la hora de la redacción de los resultados del presente trabajo.	Pág. 21
Características del estudio	17	Los estudios incluidos en la revisión son estudios en los que la muestra son pacientes de más de 12 años con diagnóstico de AN. Se trata tanto de revisiones, ensayos controlados aleatorios, ensayo clínico, análisis de casos, estudios longitudinales, estudio piloto y estudio clínico descriptivo. Las intervenciones utilizadas en estos estudios son psicológicas como TCC y terapia familiar, asesoramiento, soporte o educación nutricional, farmacológica, médica y fisioterapéutica, la mayoría son de enfoque multidisciplinar. Las intervenciones podían ser en el ámbito intrahospitalario y extrahospitalario. En estos artículos se tomaban medidas de adherencia y de seguimiento de los pacientes para conocer las tasas de mejoría por medio de test psicométricos o de medidas como el peso o el IMC.	Tabla 4
Resultados de estudios individuales	19		Tabla 4

---

## Discusión

---

Discusión	23	<p>La adherencia al tratamiento depende de varios factores, como el tipo de tratamiento que se lleve a cabo. El papel del nutricionista es fundamental en la recuperación del paciente, sobre todo, en las primeras fases.</p> <p>Hay menos literatura que se base en el enfoque del D-N para el tratamiento de la AN en comparación a otros (por ejemplo, el psicológico).</p> <p>Sería interesante analizar más en profundidad el papel del D-N en el abordaje de la AN</p>	Pág. 30-35
-----------	----	---	------------

---

La metodología utilizada en este proyecto es la revisión sistemática, que consiste en la recolección, análisis y síntesis de la evidencia disponible en otros estudios sobre un tema concreto. Se utilizó un revisor que trabajó de forma independiente para la recopilación de los datos. Para comenzar la metodología se necesita tener clara la pregunta de investigación clínica que se va a seguir en esta revisión sistemática. Para ello, se va a utilizar el método PICO (Landa-Ramírez y de Jesús, 2014), un método que permite formular la pregunta de investigación siguiendo los componentes que conforman las siglas de este acrónimo: paciente o problema de interés (*population*), intervención (*intervention*), comparación (*comparison*) y resultados (*outcomes*). Para este estudio se va a formular de la siguiente manera:

**Tabla 2.** Formulación de la pregunta clínica según la estrategia PICO.

P: población ( <i>population</i> )	Pacientes que sufren de AN a partir de 12 años (Cuerda, Vasiloglou, y Arhip, 2019)
I: intervención ( <i>intervention</i> )	Asesoramiento psiconutricional o psiconutrición
C: comparación ( <i>comparison</i> )	Otros tipos de intervención como intervención psicológica, médica o farmacológica
O: resultados ( <i>outcomes</i> )	Tasas de adherencia y tasas de abandono  Instrumentos de medida o métodos de evaluación de la adherencia

Fuente: extraída de Landa-Ramírez y de Jesús (2014).

Una vez planteada la pregunta clínica que se quiere abordar en este estudio, se pueden extraer los criterios de inclusión y exclusión, así como las palabras clave que se van a utilizar en la búsqueda bibliográfica.

Para esta revisión sistemática se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios o revisiones bibliográficas en los que se incluya un trabajo interdisciplinar que implique la figura del psicólogo/a y del nutricionista
- Estudios o revisiones bibliográficas que impliquen personas que hayan padecido anorexia nerviosa o la padezcan en el momento del estudio
- Estudios o revisiones bibliográficas que trabajen con una población que incluya pacientes con edades superiores a 12 años.
- Estudios o revisiones bibliográficas que incorporen métodos de tratamiento o intervención para la anorexia nerviosa
- Estudios o revisiones bibliográficas cuyo texto completo es de acceso gratuito y puede encontrarse en inglés o castellano.

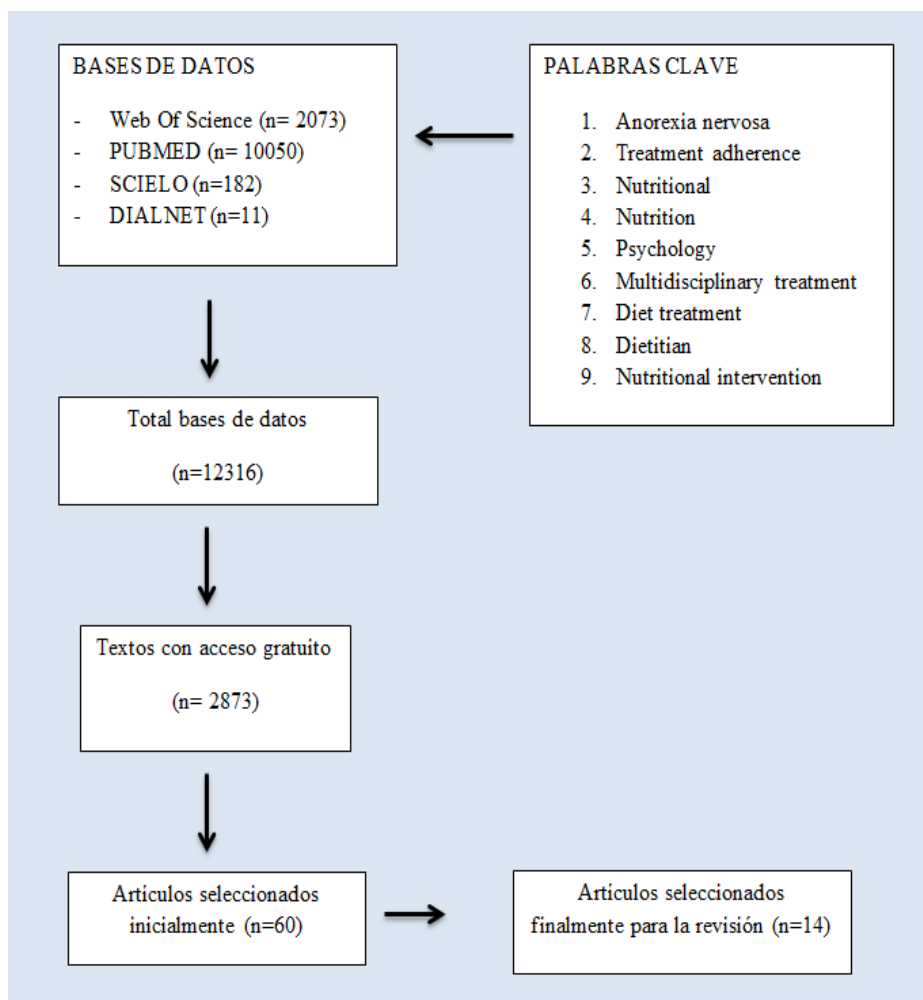
Por otro lado, se plantean los siguientes criterios de inclusión a la hora de seleccionar textos para la presente revisión:

- Estudios o revisiones bibliográficas que incluyan población que padece otro trastorno de la conducta alimentaria distinto a la anorexia nerviosa
- Estudios o revisiones bibliográficas que no incluyan un trabajo interdisciplinar
- Estudios o revisiones bibliográficas en los que no se incluya ningún método de evaluación
- Estudios o revisiones bibliográficas que trabajen con una muestra en la que los sujetos tengan menos de 12 años.
- Estudios o revisiones bibliográficas que no dispongan de acceso al texto completo de manera gratuita y que no puedan encontrarse en inglés o castellano.

La búsqueda bibliográfica para la realización de este estudio se llevó a cabo a través de cuatro bases de datos: Pubmed, Dialnet, SciElo y Web of Science. La búsqueda ha sido realizada, principalmente, en inglés, ya que hay una mayor cantidad de literatura en este idioma, aunque también de artículos cuyos textos se puedan encontrar en castellano. Se aceptaron publicaciones tanto actuales como más antiguas.

En ambos recursos se emplearon las mismas palabras claves, que se corresponden con los siguientes términos: “anorexia nervosa”, “treatment adherence”, “nutritional” “nutrition”, “psychology”, “multidisciplinary treatment” “diet treatment”, “dietitian”, “nutritional intervention” todas relacionadas con el tema de estudio. También se han combinado los diferentes términos anteriormente mencionados utilizando el operador booleano u operador lógico “AND”, generando así diferentes combinaciones para poder encontrar así literatura que se ajuste más al propósito de este estudio. De hecho, algunos de los artículos encontrados coincidían en varias bases de datos o en distintas combinaciones de las palabras clave a la hora de la búsqueda.

**Figura 1.** *Procedimiento de selección de artículos.*



**Tabla 3. Búsqueda bibliográfica**

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Total de artículos	de	Artículos de acceso abierto	Nº de artículos seleccionados inicialmente	Nº de artículos seleccionados para la revisión
Web science	of “Treatment anorexia nervosa” AND “nutritional” AND “psychology”	497		119	8	1
	“Treatment adherence” AND “anorexia nervosa”	124		52	6	3
	“Multidisciplinary treatment” AND “anorexia nervosa”	272		84	5	1
	“Diet treatment” AND “anorexia nervosa”	1060		265	8	1
	“Dietitian” AND “anorexia nervosa”	120		40	3	1

PUBMED	“Anorexia nervosa” AND “treatment”	9411	1938	3	1
	“Anorexia nervosa” AND “treatment adherence”	439	81	2	1
	“Multidisciplinary treatment” AND “anorexia nervosa”	200	61	10	2
SCIELO	“anorexia nervosa” AND “nutrition”	15	15	3	1
	“anorexia nervosa” AND “treatment”	96	96	4	0
	“anorexia nervosa” AND “treatment adherence”	5	5	0	0
	“multidisciplinary treatment” AND “anorexia nervosa”	16	16	2	0
	“treatment” AND	38	38	0	0

	“anorexia” AND “nutritional”				
	“treatment” AND “adherence” AND “anorexia”	5	5	1	0
	“diet treatment” AND “anorexia nervosa”	7	7	3	0
	“dietitian” AND “anorexia nervosa”	0	0	0	0
Dialnet	“anorexia nerviosa” AND “intervención nutricional”	11	6	2	1

#### 4. Resultados

Se encontraron un total de 12316 artículos resultantes de la aplicación de los criterios de búsqueda. Tras eliminar 12256 de estos documentos, por no posibilitar acceso gratuito al texto completo, estar en idiomas diferentes al castellano o inglés, por ser artículos duplicados o por no cumplir los requisitos de inclusión/exclusión, finalmente quedó un total de 60 artículos que cumplían los criterios de inclusión anteriormente descritos. Por último, tras la lectura del Abstract y debido a que algunos textos no se ajustan debidamente a los objetivos planteados, se incluyen un total de 14 artículos, que son los que se tendrán en cuenta a la hora de la redacción de los resultados del presente trabajo.

De los 14 artículos seleccionados, en función del diseño hay: 3 ensayos controlados aleatorios, 1 ensayo clínico, 5 revisiones bibliográficas, 1 análisis de caso, 2 estudios longitudinales, 1 estudio piloto y 1 estudio clínico descriptivo.

Además, del total de estudios experimentales tenidos en cuenta, todos incluían en la intervención un equipo interdisciplinar, 6 incorporaban TCC, 2 llevaban a cabo terapia familiar y 9 incluían asesoramiento, soporte o educación nutricional, farmacológica, médica y fisioterapéutica. Por último, 2 comparaban el ámbito intrahospitalario y extrahospitalario y otros 2 tuvieron lugar en un entorno intrahospitalario (ver Tabla 4).

**Tabla 4.** *Análisis del contenido de la bibliografía seleccionada.*

Nº Art	Tipo de trabajo	Población (muestra)	Evaluación	Intervención	Resultados
1	Ensayo controlado aleatorio	n=167 chicas y chicos entre 12-18 años con diagnóstico de AN según DSM-IV	Entrevista clínica para el diagnóstico de AN según DSM-IV Cuestionarios: MRAOS, HoNOSCA, EDI, FAD, MFQ	<p>Tratamiento intrahospitalario: tratamiento psiquiátrico multidisciplinar, terapia cognitiva individual y terapia familiar, programa de recuperación del peso.</p> <p>Tratamiento extrahospitalario especializado: TCC + feedback parental, asesoramiento parental con el paciente, terapia nutricional y monitorización</p> <p>Tratamiento habitual en CAMHS: enfoque familiar y multidisciplinar con dieta variable, terapia de apoyo y cooperación pediátrica</p>	<p>Adherencia general: 65%</p> <p>Adherencia t. intrahospitalario: permanecer 4 semanas-49,1%</p> <p>Adherencia t.extrahospitalario: acudir al menos a 6 sesiones-74,5%</p> <p>Adherencia CAMHS: acudir solo a este tratamiento- 69,1%</p> <p>No diferencias significativas entre la mejoría del grupo intrahospitalario y extrahospitalario, tampoco entre el grupo extrahospitalario y el de CAMHS</p> <p>Todos los grupos hicieron mejoras considerables al año de tratamiento.</p> <p>Remisión total: 33% a los dos años</p>

2	Ensayo controlado aleatorio	<p>n=35</p> <p>TCC: n= 25 (edad media: 22)</p> <p>Asesoramiento nutricional: n=25 (edad media: 17)</p>	<p>Confirmación del diagnóstico de AN por el médico del equipo</p> <p>Medición: IMC, Cuestionarios: BDI, EDI, Eating Disorder Inventory Scores, DAS y LCB</p> <p>Locus of Control of Behaviour Scores</p>	<p>20 sesiones de TCC o de asesoramiento nutricional</p>	<p>Adherencia: continuar en el tratamiento a los 6 meses</p> <p>TCC: 23/25 continúan</p> <p>Asesoramiento nutricional: todos abandonan el tratamiento</p> <p>TCC: mejoras significativas en el IMC, BDI, EDI y LCB</p>
3	Ensayo controlado aleatorio	<p>n=215 (199 mujeres) de edad 12-18 años</p> <p>167: repartidos aleatoriamente</p> <p>48: grupo de preferencia</p>	<p>Entrevista clínica para la confirmación del diagnóstico de AN</p> <p>Cuestionarios: MRAOS, HoNOSCA, Eating Disorders Inventory 2, MFQ, CA-SUS y Family Assessment Device</p> <p>Mediciones: altura, peso e IMC</p>	<p>Tratamiento intrahospitalario: enfoque psiquiátrico multidisciplinar, terapia cognitiva individual y terapia familiar, programa de recuperación del peso.</p> <p>Tratamiento extrahospitalario: TCC + feedback parental, asesoramiento parental con el paciente, terapia nutricional y monitorización</p> <p>Tratamiento habitual en CAMHS: enfoque familiar y multidisciplinar con dieta variable, terapia de apoyo y cooperación pediátrica</p>	<p>Adherencia general: 67%</p> <p>Adherencia a t.intrahospitalaria: 49%</p> <p>Adherencia al t.extrahospitalaria: 77%</p> <p>Adherencia a CAMHS: 71%</p> <p>No diferencias significativas entre la mejoría del grupo intrahospitalario y extrahospitalario, tampoco entre el grupo extrahospitalario y el de</p>

				CAMHS
4	Ensayo clínico	n=22 menores de 18 años Grupo de intervención: IG (n=11) Grupo control: CG (n=11)	Diagnóstico utilizando el Servicio de salud mental multidisciplinar brasileño DAWBA Cuestionario: EDE-Q	<p>Adherencia: permanecer hasta el final del tratamiento (6 meses)</p> <p>Grupo de intervención: tratamiento psiquiátrico y nutricional y psicoeducación familiar + TCC grupal Adherencia IG: 10/11 (91%)</p> <p>Grupo control: tratamiento psiquiátrico y nutricional y psicoeducación familiar + grupo control con diario de alimentación diaria Adherencia CG: 6/11 (54%)</p> <p>Remisión total: 2 de IG vs 1 de CG.</p> <p>Remisión parcial: 8 de IG vs. 5 de CG.</p>
5	Revisión bibliográfica			<p>Sin diferencias entre tratamientos farmacológicos.</p> <p>Mayor adherencia en tratamiento con TCC .</p> <p>Alta adherencia con FBT</p>
6	Revisión bibliográfica			<p>Terapias conductuales comúnmente usadas, pero queda determinar su efectividad a largo plazo.</p> <p>Psicoterapia muy efectiva en adolescentes con AN</p>

					Necesaria una rehabilitación nutricional previa.
7	<p>Análisis de caso</p> <p>n= 2 familias, con pacientes con diagnóstico de AN (uno AN y otro AN atípica)</p> <p>Edades: 20 y 15</p>	<p>Cuestionarios: GAD-7, PHQ-9 y EDE-QS y Escala de Satisfacción</p> <p>Medición del peso</p>	<p>Tratamiento multidisciplinar vía telemática: terapeuta familiar, dietista, mentor para el paciente y mentor familiar</p> <p>Terapeuta: terapia familiar, TCC y TDC</p> <p>Dietista: revisión del peso, plan de comidas y plan de ejercicio</p>	<p>Mejoras en el peso de ambos pacientes y en las puntuaciones de EDE-QS.</p> <p>Adherencia al tratamiento: se mide por la asistencia a las sesiones y el número de mensajes intercambiados</p> <p>Buena adherencia: asistencia a 18 y 16 sesiones, intercambio de 19 y 43 mensajes</p>	
8	<p>Revisión bibliográfica</p>			<p>La rehabilitación nutricional es, probablemente, la parte más importante del tratamiento de la AN.</p> <p>Muchas alteraciones a nivel psicológico mejoran tras la ganancia de peso.</p>	
9	<p>Revisión bibliográfica</p>			<p>El tratamiento interdisciplinar es necesario independientemente de la severidad del cuadro.</p>	

						Los dietistas-nutricionistas son los profesionales más adecuados para manejar aspectos dietéticos-nutricionales.
10	Estudio longitudinal	n= 50 menores de 18 años. Edad media= 14.51 años	Diagnóstico previo para el cumplimiento de los criterios de AN según el DSM-IV-R y, posteriormente, el DSM-V.  Analíticas: parámetros hemogrático, bioquímicos, hormonas tiroideas, test serológicos y enfermedad celiaca.  Composición corporal	Tratamiento psiquiátrico, nutricional.	multidisciplinar: médico y	No se muestran síntomas de síndrome de realimentación.  Cooperación de los pacientes adecuada.  Fue fácil establecer acuerdos con los profesionales para las metas en cuanto a nutrición.  Tratamiento largo que necesita de un equipo multidisciplinar
11	Revisión bibliográfica					Importante un trabajo pactado por un equipo multidisciplinar.  Importancia de la educación nutricional en pacientes con AN
12	Estudio piloto	n= 120 mujeres	Cuestionarios: IES, EAT, BSQ, OQ-45.2, TSOS	Tratamiento del centro	CFC: tratamiento multidisciplinar de	Cambios significativos en las medidas de todos los

	AN: n=47 BN: n=36 TCANE: n=37	<p>Psicoterapeutas: salud general y actitud hacia la comida</p> <p>Dietistas: evaluación de la dieta y de otros parámetros: flexibilidad y variedad de la comida, comodidad comiendo en público, comer apropiadamente, usar comida para manejar las emociones y obsesionarse con la comidas;</p>	<p>los TCA que cuentan con médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas familiares y de pareja, enfermeras, dietistas, educadores y terapeutas ocupacionales.</p> <p>Tratamiento intrahospitalario individualizado y personalizado.</p> <p>Programa de educación sobre alimentación intuitiva.</p>	<p>cuestionarios, sobre todo, mejoras en EAT, BSQ y OQ-45.2.</p> <p>Mejoras en las habilidades para comer intuitivamente</p> <p>La actitud de los pacientes hacia la comida mejoró durante el tratamiento.</p> <p>Los indicadores medidos por los dietistas también mejoraron, pero en menor medida.</p> <p>No hubo problemas de adherencia.</p>
13	Estudio clínico descriptivo n= 24 mujeres de 16-24 años con diagnóstico severo de AN	Cuestionario de Actitud hacia los alimentos y mediciones del peso, altura, composición corporal, ingesta calórica, gasto calórico	<p>Tratamiento intrahospitalario de 12 semanas con un programa conductual y nutricional estructurado</p> <p>Períodos de descanso y relajación, actividades grupales con el fisioterapeuta, reuniones semanales con un psicoterapeuta, grupo de psicoeducación con el psicoterapeuta y el dietista y sesiones de cocina y otros aspectos alimentarios con el</p>	<p>Adherencia al tratamiento: 3/24 no completaron el tratamiento</p> <p>Adherencia en el seguimiento: 67%</p> <p>Buenos resultados: ganancia constante de peso e incremento del IMC debido a aumento del total de la grasa corporal. Mejoras en la actitud hacia la comida y disminución de la ansiedad relacionada</p>

				dietista	con la comida
14	Estudio longitudinal	<p>n=89 pacientes con TCA</p> <p>45 con AN (29 con ANR y 16 con ANP)</p> <p>IMC&gt;16 kg/m<sup>2</sup></p>	<p>Antropometría, encuesta dietética y cuestionario reducido de frecuencia de consumo y cuestionario EAT 26 (pre-post).</p>	<p>Programa de Educación Alimentaria</p> <p>Tratamiento médico y psicológico habitual y control con Dietista con una frecuencia semanal/quincenal</p>	<p>Diferencias significativas en las puntuaciones del EAT26</p> <p>Aumento del consumo de hidratos de carbono, proteínas y grasas en pacientes con ANP.</p> <p>Incremento significativo en el consumo de kcals en pacientes con ANR</p> <p>Adherencia: ninguno de los participantes abandonó el programa</p>

**Tabla 5.** *Análisis del grado de adherencia en función de la intervención realizada.*

Tipo de tratamiento		Resultados de adherencia	Conclusiones
Tratamiento intrahospitalario multidisciplinar	Tratamiento psiquiátrico, psicológico y nutricional	<p>En el estudio de Gowers et al. (2007), la adherencia se medía por una estancia de 4 semanas. De los participantes, 28 de los 57 se adhirieron (49.1%).</p> <p>En otro estudio llevado a cabo por Gowers et al. (2010) con la misma medida de adherencia, esta fue de 28 de los 59 pacientes (47.4%)</p>	<p>El tratamiento intrahospitalario presenta menor adherencia que el extrahospitalario. Además, en el seguimiento a partir del año, sobre todo de los dos años, los resultados de los pacientes son peores que en otro tipo de tratamiento.</p> <p>El problema de adherencia a este tratamiento puede ser explicado por la aceptación inicial de la admisión, pero después la búsqueda del alta temprana consiguiendo una subida de peso aceptable.</p>
	Tratamiento psicológico, nutricional y fisioterapéutico,	En el estudio de Pettersson et al. (2016) la adherencia se midió por terminar el tratamiento de 12 semanas. 21/24 pacientes sí terminaron el tratamiento.	La adherencia fue muy alta, y aquellos que se adhirieron correctamente obtuvieron grandes mejoras en todos los aspectos.
Tratamiento extrahospitalario multidisciplinar	Tratamiento psicológico, parental y nutricional	En el estudio de Gowers et al. (2007) cuya adherencia se midió por un mínimo de asistencia a 6 sesiones, 41 de los 55 se adhirieron (74.5%).	Los resultados del tratamiento extrahospitalario son mejores para aquellos que se adhieren totalmente al tratamiento que para aquellos que fallan en la adherencia o se trasladan a otros tratamientos.

---

	En otro estudio llevado a cabo por Gowers et al. (2010) con la misma medida de adherencia, esta fue de 41/57 (76.5%)	Aquellos que se adhirieron correctamente al tratamiento presentaron buenos resultados en el seguimiento al año y los dos años.
Tratamiento psiquiátrico y nutricional y psicoeducación familiar + TCC grupal	En el estudio de Pegado et al. (2018) la adherencia fue medida por la permanencia hasta el final del tratamiento (6 meses). Esta fue buena 10/11 permanecieron hasta el final (91%).	Aquellos que se adhirieron completamente al tratamiento obtuvieron mejoras significativas. 10 tuvieron remisión total o parcial.
Tratamiento por vía telemática	En el estudio realizado por Hellner et al. (2020) la adherencia es medida como la asistencia a las sesiones y el número de mensajes intercambiados entre los profesionales y el paciente. La adherencia fue considerada buena, se asistieron a entre 16-18 sesiones y se intercambiaron de 19-43 mensajes.	Los resultados fueron buenos para ambos pacientes, con una buena adherencia, con notable mejoría en todos los aspectos considerados y una alta satisfacción con el tratamiento realizado.
CAMHS (enfoque familiar y multidisciplinar)	En el estudio de Gowers et al. (2007) cuya adherencia se medía por asistir solo a este tratamiento y no a ningún otro por 6 meses, la adherencia a este tipo de tratamiento fue 38 de 55 pacientes (69.1%).	Los resultados fueron más satisfactorios para aquellos que se adhirieron totalmente al tratamiento que para aquellos que lo hicieron parcialmente.

---

		En otro estudio llevado a cabo por Gowers et al. (2010), con el mismo tipo de medida de la adherencia, esta fue de 38/57 (71.1%)	
Terapia Conductual	Cognitivo	En el estudio de Serfaty et al. (1999) la adherencia a la TCC se medía por la permanencia en el tratamiento a los 6 meses, 23/25 permanecieron.	
Asesoramiento nutricional		La adherencia del estudio de Sefaty et al. (1999) fue medida por la permanencia en el tratamiento por al menos 6 meses. En este estudio todos los pacientes que realizaban este tratamiento lo abandonaron	
Tratamiento farmacológico		<p>Mayor adherencia en el caso de los antipsicóticos en comparación con los antidepresivos (Bodell y Keel, 2010).</p> <p>Más adecuado para tratar otros trastornos comórbidos (Williams, Goodie, y Motsinger, 2008)</p>	
FBT		Alta adherencia en adolescentes que siguen la FBT (81-100%). Los resultados también reflejan alta adherencia en caso de adultos (76-93%) (Bodell y Keel, 2010)..	La terapia familiar es la opción más adecuada en el caso de jóvenes que padecen AN.

**Tabla 6. Análisis del papel del D-N.**

Papel del D-N	Desarrollo.
Rehabilitación psiconutricional	<p>Probablemente es la parte más importante en el tratamiento de la AN (Cuerda, Vasiloglou y Arhip, 2019) , sobre todo, en las primeras fases.</p> <p>Implica la reintroducción de las comidas y metas a corto plazo (por ejemplo, ganancia de peso).</p> <p>Objetivos: recuperar peso, corregir las complicaciones de la malnutrición en el paciente, mejorar la motivación del paciente, educar sobre la alimentación sana y corregir pensamientos inadecuados sobre la alimentación (Cuerda, Vasiloglou y Arhip, 2019)</p>
Elaboración de las dietas	<p>Supervisión de las comidas. Se pueden negociar con el paciente alimentos de cada grupo, evitando patrones inadecuados en el proceso de recuperación. (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2012).</p>
Educación nutricional	<p>Modificación de comportamientos alimentarios hacia aquellos que son saludables. Educación sobre conductas alimentarias sanas y equilibradas (Serfaty, Turkington, Heap, Ledsham, y Jolley, 1999).</p> <p>Prevención de recaídas cuando el comportamiento alimentario se ha estabilizado.</p> <p>Objetivos: mejorar la actitud con la comida, llegar a un número adecuado de comidas al día, mejorar la ingesta de energía y nutrientes, mejorar la conducta alimentaria, desmitificar información de fuentes inadecuadas, favorecer la recuperación (Gómez-Candela, Palma, Miján-de-la-Torre, Rodríguez, Matía, Loria, Campos del Portillo, Virgili, Martínez, Mories, Castro y Martín-Palmero, 2018).</p>

---

Educación en alimentación intuitiva Paulatinamente se va pasando de una dieta más estructurada por parte del profesional a una situación en la que el paciente tiene más libertad a la hora de elegir las comidas que toma (Richards, Crowton, Michael, Smith y Passmore, 2017).

---

## 5. Discusión

Al comienzo del presente trabajo se plantearon diferentes objetivos. Esos objetivos incluían recopilar aquellas diferencias en la adherencia al tratamiento de la AN en función de las formas de tratamiento, determinar el papel del D-N y el asesoramiento psico nutricional a la hora de la recuperación de la AN, estudiar el rol concreto del D-N en el asesoramiento nutricional de pacientes con AN y, por último, ver en qué medida el asesoramiento psico-nutricional ayuda a un buen pronóstico en la resolución de la AN.

La anorexia nerviosa es una enfermedad que puede extenderse durante varios años a lo largo de la vida de la persona que la padece y se ha visto que aquellas personas que la padecen durante más tiempo tienen un peor pronóstico de mejora, ya que pueden presentar menos compromiso con el tratamiento (Serfaty, Turkington, Heap, Ledsham, y Jolley, 1999).

Se ha determinado que son varias las posibilidades de intervención para pacientes que sufren AN. Estas pueden incluir tratamiento farmacológico, psicológico o ingreso hospitalario, en el que se cuenta con un equipo multidisciplinar (médicos, psiquiatras, nutricionistas, endocrinólogos, entre otros) (Bodell y Keel, 2010).

En el caso de llevar a comparar el tratamiento intrahospitalario y extrahospitalario, siempre en conjunto con un equipo multidisciplinar, hay diferencias en los resultados con respecto a la adherencia que presentan los pacientes. Por un lado, se ha visto que la adherencia a este de los pacientes es menor con el tratamiento intrahospitalario. Esto queda reflejado en el estudio de Gowers et al. (2010), donde, además, se añade que los resultados de los pacientes que siguen un tratamiento intrahospitalario son peores en comparación con aquellos que llevan a cabo otro tipo de tratamientos. Esta posibilidad podría ser respaldada por los buenos niveles de adherencia que obtuvieron los pacientes que seguían un tratamiento extrahospitalario en los estudios de Gowers et al. (2007), Gowers et al. (2010) y Pegado et al. (2020), en los que se plantearon diferentes modalidades de intervención en un entorno externo al hospital, obteniendo además buenos resultados en el periodo de seguimiento.

Asimismo, el tratamiento extrahospitalario es el más flexible, y en los últimos años con el desarrollo de las nuevas tecnologías están surgiendo cada vez más modalidades de tratamiento telemáticas. En el estudio de Hellner et al. (2020), se comprueba que la adherencia a la modalidad telemática es muy alta, y la satisfacción fue igual que en otros estudios de modalidad presencial. Además, los pacientes obtuvieron grandes mejorías en todas las variables a estudio y su pronóstico fue muy favorable.

Por otro lado, se ha visto que los pacientes que desarrollan el tratamiento en este entorno intrahospitalario y sí se adhieren a este pueden presentar grandes mejoras en los aspectos clínicos, así como la revisión total o parcial del diagnóstico de AN, como se ha visto en el estudio llevado a cabo por Petterson et al. (2016). Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo (a partir del año) de estos pacientes, estos presentan un peor pronóstico que aquellos que realizan el tratamiento extrahospitalario.

En el caso de que la modalidad de intervención fuera CAMHS, con un enfoque familiar y multidisciplinar, la adherencia de los pacientes al tratamiento no alcanza niveles demasiado altos. Esto se puede ver en el estudio conducido por Gowers et al. (2007), donde los pacientes que únicamente siguieron este tratamiento presentaban una adherencia del 69.1% medida con la asistencia a las sesiones. Estos resultados se repitieron en un estudio llevado a cabo por el mismo grupo de investigadores (Gowers et al., 2010), en el que se vio que la adherencia al tratamiento de los pacientes era de un 71.1%. Concluyeron, además, que los resultados de la intervención fueron mejores para aquellos pacientes que presentaban una mayor adherencia al tratamiento. En el seguimiento de estos pacientes a largo plazo, su pronóstico no difiere sustancialmente de aquellos que reciben una intervención extrahospitalaria individualizada.

Si los pacientes seguían un tratamiento meramente de carácter psicológico, como puede ser la Terapia Cognitivo Conductual o la terapia familiar (FBT), la adherencia a estos de los pacientes alcanza niveles aceptables o altos. Concretamente, se ha visto que la terapia familiar es la opción más adecuada en el caso de los adolescentes. Esto queda respaldado con el estudio de Bodell y Keel, (2010), donde la adherencia de los sujetos adolescentes alcanzaba un 81-100% y, en caso de los sujetos adultos, aunque también fueron buenos resultados, eran ligeramente menores los niveles de adherencia al tratamiento (76-93%).

Por otra parte, con la TCC también se obtienen buenos resultados en la adherencia a este tipo de tratamiento. Por ejemplo, esto puede quedar reflejado en el estudio de Serfaty et al. (1999), en el que se ve que 23 de los 25 pacientes que formaron parte de él continuaron con el tratamiento más de 6 meses una vez iniciado este.

Si la forma de intervención planteada incluye únicamente asesoramiento nutricional a los pacientes, parece que los resultados en la adherencia de estos son menores en comparación con otras intervenciones, como la TCC. Esto también se observa en los resultados del estudio de Serfaty et al. (1999), donde todos los sujetos que tomaron parte en él abandonaron el tratamiento antes de los 6 meses si únicamente recibían este asesoramiento nutricional.

Por último, en el caso de un tratamiento farmacológico, por ejemplo, con antidepresivos, se ha visto que no existen diferencias en cuanto a la adherencia de los pacientes que lo siguen y los

que no, aunque sí se ha visto un mayor cumplimiento del tratamiento en pacientes que han sido medicados con antipsicóticos. Esto puede verse en los resultados obtenidos por Bodell y Keel (2010). Sin embargo, queda reflejado que el tratamiento farmacológico es más adecuado para tratar otros trastornos comórbidos, como puede ser la depresión o la ansiedad. Esta afirmación está respaldada por Williams, Goodie, y Motsinger (2008).

A pesar de las amplias posibilidades de intervención en estos casos, se ha visto que la terapia psicológica por sí misma no es claramente efectiva a largo plazo, a excepción del caso de los adolescentes, en los que la terapia psicológica parece tener una efectividad mayor. Por ello, es importante el papel de la rehabilitación nutricional, llevada a cabo por profesionales formados en ello. Debido a esto, se ve que una intervención temprana por parte de un nutricionista correctamente formado es fundamental para la superación de la anorexia nerviosa (Williams, Goodie, y Motsinger, 2008) y autores como Cuerda, Vasiloglou y Arhip (2019) aseguran que la rehabilitación nutricional es el componente más importante del tratamiento en pacientes con anorexia nerviosa, añadiendo que muchos pacientes mejoran problemas a nivel comportamental y psicológico (por ejemplo, ansiedad ante la comida, depresión, obsesiones...) tras la ganancia de peso. Esto queda respaldado por otros estudios, como el propuesto por Pettersson, Tubic, Svedlund, Magnusson, Ellegård, Swolin-Eide y Forslund (2016).

Recordando el estudio de Marugán de Miguelsanz, Torres, Geijo, Paz, Mongil, de Brito, Caballero y Eiros en 2015, se vio que la intervención en pacientes con anorexia nerviosa puede ser un proceso realmente largo, por lo que es importante que en él trabaje un equipo multidisciplinar, que incluya diferentes profesionales, como médicos, nutricionistas y psiquiatras o psicólogos, para la obtención de buenos resultados durante el proceso de recuperación del paciente. Esto también queda avalado por el estudio piloto de Richards, Crowton, Michael, Smith y Passmore (2017), en el que el tratamiento se llevaba a cabo por equipo multidisciplinar en el que el D-N tenía un rol primordial ya que uno de los principales objetivos de este programa era enseñar a los pacientes a comer intuitivamente. En los resultados se puede observar que se obtuvieron mejoras en las puntuaciones de los cuestionarios empleados (EAT, BSQ y OQ-45.2), en las habilidades para comer intuitivamente de los pacientes y en la actitud de los mismos durante el tratamiento.

Por lo tanto, y tras la revisión de la literatura expuesta, se ha visto que el D-N lleva a cabo diferentes tareas en el tratamiento de la anorexia nerviosa: rehabilitación psiconutricional, elaboración de las dietas de los pacientes, educación nutricional y educación en alimentación intuitiva. Según lo expuesto por Cuerda, Vasiloglou y Arhip (2019) la rehabilitación psiconutricional consistente en la reintroducción de comidas y la estabilización nutricional, así como objetivos a corto plazo como la ganancia de peso, es una fase primordial en la intervención de este TCA, sobre todo, en fases iniciales del tratamiento. En cuanto a la elaboración de las dietas

de los pacientes, esto permite la elaboración de dietas personalizadas e individualizadas a los pacientes, además de la supervisión de la alimentación diaria llevada a cabo por estos (Jáuregui-Lobera y Bolaños-Ríos, 2012).

Una vez que el paciente entra en una fase de estabilización, se ha de comenzar con la educación nutricional en la que el nutricionista modifica las conductas alimentarias desadaptativas del paciente por otras más saludables. También, es la fase en la que se confrontan las falsas creencias que el paciente pueda tener sobre los alimentos. Una buena educación emocional será esencial para prevenir recaídas del paciente (Gómez-Candela et al., 2018). La última de las funciones identificadas es la educación en alimentación intuitiva, una fase más tardía del tratamiento en el que se enseña al paciente a ir abandonando las dietas estructuradas y a ir eligiendo su alimentación diaria con más flexibilidad y libertad (Richards, Crowton, Michael, Smith y Passmore, 2017).

Según se puede observar por lo anteriormente expuesto, el rol del D-N en el tratamiento de la AN es versátil, diverso y primordial. Debido a la intrincada relación de estos pacientes con la comida, no se debería plantear un equipo multidisciplinar de tratamiento de la AN sin contar con el trabajo de los nutricionistas.

## **6. Conclusión**

Si bien es cierto que la anorexia nerviosa es un tema del que se ha hablado ampliamente en la literatura a lo largo de los años, es cierto que mucha de la bibliografía se ha centrado en el abordaje de la misma a través de métodos psicoterapéuticos. De ahí, que este trabajo tratase de reunir aquella literatura que tiene en cuenta el punto de vista de la nutrición y la importancia de incluir a otros profesionales en la intervención en pacientes con este TCA, remarcando la importancia de que sea tratada desde un enfoque multidisciplinar.

Tras lo expuesto a lo largo del presente trabajo, queda patente la necesidad de un abordaje multidisciplinar en el tratamiento de la anorexia nerviosa, lo que podría extrapolarse a otros trastornos de la conducta alimentaria, tales como la bulimia nerviosa o el trastorno por atracones. La necesidad de la implicación de un equipo de profesionales de distintas áreas puede recaer en que, en este caso, la anorexia nerviosa trae consigo dificultades a distintos niveles: problemas de salud física, que requiere de la participación de médicos o endocrinólogos; falta de conocimiento sobre cómo adoptar una buena alimentación, de ahí la importancia de la de una adecuada educación nutricional y el papel del Dietista-Nutricionista; y pensamiento o creencias distorsionadas sobre la imagen corporal, y esa es la razón de que los psicólogos también tengan un rol importante en la intervención de la anorexia. Todo esto, sin

olvidar que un factor altamente condicionante de la recuperación del paciente sea la motivación del mismo para con el cambio y su participación activa durante todo el proceso de recuperación, además del apoyo que pueda tener por parte de su entorno más cercano y no exclusivamente por parte de los profesionales.

En este caso, se ha visto que el papel principal del Dietista-Nutricionista en el tratamiento de la anorexia nerviosa incluye diferentes tareas. Una de ellas recae en llevar a cabo una adecuada educación nutricional, ya que es el profesional especializado en este campo, y su participación en la elaboración de la dieta, en un primer momento, de los pacientes. Ésta debería incluir hábitos alimentarios saludables y la importancia de estos, para así hacer llegar al paciente el valor de estos en un buen estado de salud. Además, es positivo enseñar a los pacientes, estrategias de elección para que, paulatinamente, sean capaces de desarrollar una buena dieta, adecuada y equilibrada, por ellos mismos, que es el objetivo final de la educación en alimentación intuitiva. Tampoco podemos olvidar que son los encargados de la elaboración de las dietas, que son importantes tanto a nivel extrahospitalario como intrahospitalario en distintos TCAs y llevan a cabo la rehabilitación nutricional.

Por otro lado, es posible que un buen programa de educación nutricional también pueda funcionar como método preventivo para evitar que la población desarrolle cualquier tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Dado que una población muy vulnerable para desarrollar estos problemas son los niños y adolescentes, sería interesante ver el efecto a largo plazo de un programa de educación nutricional impartido en los centros escolares y ver así si esto puede disminuir la incidencia de un posible desarrollo a posteriori de un TCA.

En cuanto a lo relativo a la adherencia terapéutica de los pacientes con AN al tratamiento, se encuentra que, en general, la adherencia al tratamiento mantiene unas cifras aceptables, encontrándose diferencias significativas según el tipo de intervención recibida. La intervención multidisciplinar es la más utilizada en estos casos, y esta puede ser tanto intrahospitalaria como extrahospitalaria, encontrándose mayores niveles de adherencia e incluso mejores pronósticos en la extrahospitalaria. Sería interesante ver cuáles son las variables implicadas en esto, como, por ejemplo, ver si un ambiente más cercano al paciente y menos controlado influiría en esto. En cuanto a las intervenciones unidisciplinares, tanto el tratamiento farmacológico como el asesoramiento nutricional presentan bajos niveles de adherencia, mientras que la TCC y la FBT presentan niveles de adherencia muy altos.

Como limitación principal encontrada a la hora de realizar este trabajo, tenemos la falta de bibliografía específica que incluye un abordaje desde el punto de vista nutricional y psicológico, ya que mucha se centra únicamente en uno de los dos, además de que mucha de la literatura no tiene un acceso gratuito al texto completo. Por ello, en una visión futura de investigación sería interesante combinar

ambos puntos de vista en un estudio que incluya un trabajo multidisciplinar para ver cómo afecta la combinación de estos a la adherencia al tratamiento de los pacientes.

## 7. Referencias

- Acerete, D. M., Trabazo, R. L., & Ferri, N. L. (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Protocolo AEPED. Capítulo, 7*. Asociación Alcalá.
- Alfonso, L. M., & Abalo, J. A. G. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud, 14*(1), 89-99.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Panamericana
- Bandini, S., Antonelli, G., Moretti, P., Pampanelli, S., Quartesan, R., & Perriello, G. (2006). Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. *Eating and weight disorders: EWD, 11*(4), 179–184. doi: 10.1007/BF03327569
- Bénitez, N. (2017). El Dietista-Nutricionista dentro del Sistema Nacional de Salud Español: abordando la desnutrición hospitalaria. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 21*(2), 99-208. doi:10.14306/renhyd.21.2.248.
- Bodell, L. P. y Keel, P. K. (2010). Current treatment for anorexia. *Psychology Research and Behavior Management, 3*, 91-108. doi: 10.2147/PRBM.S13814
- Bravo, M., Pérez, A. y Plana, R. (2000). Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Revista cubana de pediatría, 72*(4), 300-305.
- Calvo, R. (1992). Trastornos de la alimentación (I): análisis. *Avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Ediciones Pirámides, 211-25.
- Cardi, V., Albano, G., Salerno, L., Lo Coco, G., Ambwani, S., Schmidt, U., Macdonald, P. y Treasure, J. (2020). La viabilidad del uso de la autoayuda guiada en la anorexia nerviosa: un análisis del abandono del protocolo de estudio y la adhesión a la intervención. *Fronteras en psicología, 11*, 707. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00707
- Cuerda, C., Vasiloglou, M. F., & Arhip, L. (2019). Nutritional management and outcomes in malnourished medical inpatients: anorexia nervosa. *Journal of clinical medicine, 8*(7), 1042. doi: 10.3390/jcm8071042.
- Del Luca, M., Gallegos, Y., Da Col, G. y Trenchi, M. N. (2013). Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. *Biomedicina 8*(19), 6-15.
- Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Wright, T. L., Mitchell, J. E., Crow, S. J., y Venegoni, E. E. (2005). A study of patients with anorexia nervosa using ecologic momentary assessment. *International Journal of Eating Disorders, 38*(4), 335-339.

- Epstein, L. H., & Cluss, P. A. (1982). A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(6), 950–971
- Gómez-Candela, C., Palma, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez, P., Matía, P., Loria, V., Campos del Portillo, R., Virgili, M. N., Martínez, M. Á., Mories, M. T., Castro M. J. y Martín-Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria, 35*(1), 11-48  
doi:10.20960/nh.1561
- Gowers, S. G., Clark, A. F., Roberts, C., Byford, S., Barrett, B., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurst, N., Rowlands, L. y Roots, P. (2010). A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability—the TOuCAN trial. *Health Technology Assessment, 14*(15). doi: 10.3310/hta14150
- Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurs, N., Byford, S. y Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Psychiatry, 191*, 427-435. doi: 10.1192/bjp.bp.107.036764
- Gregertsen, E. C., Mandy, W., Kanakam, N., Armstrong, S., & Serpell, L. (2019). Pre-treatment patient characteristics as predictors of drop-out and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents and adults with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 271*, 484–501. doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.068
- Haynes, R. B. (1976). A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimens. En D.L. Sackett, R.B. Haynes Editores (Eds.), *Compliance with therapeutic regimens* (24-40). John Hopkins University Press.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., Sackett, D. L, Gibson, E. S., Bernholz, C. D., Mukherjee, J. (1980) Can simple clinical measurements detect patient nonadherence? *Hypertension, 2*(6), 757-64
- Hellner, M., Bohon, C., Kolander, S. y Parks, E. (2020). Virtually delivered family- based eating disorder treatment using an enhanced multidisciplinary care team: A case study. *Clinical Case Reports*. doi: 10.1002/ccr3.4173
- Hernández, M. A. y Londoño, N. H. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe, 29*(1), 47-63.

- Holland, J., Hall, N., Yeates, D. G. y Goldacre, M. (2016). Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968–2011) and England (1990–2011): database studies. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(2), 59–66.
- Jáuregui-Lobera, I. y Bolaños-Ríos, P. (2012). Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 140(1), 98-107
- Keski-Rahkonen, A. y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345.
- Landa-Ramírez, E., y de Jesús, A. (2014). Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología*, 11(2-3), 259-270.
- Loria, V., Gómez, C., Lourenço, T., Pérez, A., Castillo, R., Villarino, M., Bermejo, L. y Zurita, L. (2009). Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 558-567.
- Madrugá, D., Leis, R. y Lambruschini, N. (2012). Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En Junta directiva de la SEGHN. *Protocolos diagnósticos-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica SEGHN-AEP* (325-339). Ergón S.A.
- Marchena, G. C., Calero, E. A. y Galván, D. N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y salud*, 24(2), 55-65.
- Marugán de Miguelsanz, J. M., Torres, M. C., Geijo, M. S., Paz, M., Mongil, B., de Brito, I., Caballero, I. y Eiros, J. M. (2015). Nutritional approach of inpatients with anorexia nervosa. *Nutrición Hospitalaria*, 33(3), 540-543.
- Martín, G. H., & Ramírez, C. A. (2021). *Psiconutrición: Aprende a tener una relación saludable con la comida*. Editorial Almuzara.
- Meador, N. (2017). Promising evidence for nutrition interventions in people with serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 94-95.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Panamericana.
- Pegado, P., Alckmin-Carvalho, F., Leme, D., Carneiro, F., Kypriotis, P., Camacho, P. y Fleitlich-Bilyk, B. (2018). Development, applicability and effects of a pilot program of group cognitive-

- behavioral therapy in Brazilian. *Archives of Clinical Psychiatry*, 45(3), 57-60. doi:10.1590/0101-60830000000158
- Pettersson, C., Tubic, B., Svedlund, A., Magnusson, P. Ellegård, L., Swolin-Eide, D. y Forslund, H. B. (2016). Description of an intensive nutrition therapy in hospitalized adolescents with anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 21, 172-178. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.03.014
- Pingani, L., Catellani, S., Arnone, F., De Bernardis, E., Vinci, V., Ziosi, G., Turrini, G., Rigatelli, M., & Ferrari, S. (2012). Predictors of dropout from in-patient treatment of eating disorders: an Italian experience. *Eating and weight disorders: EWD*, 17(4), 290–297. doi:10.1007/BF03325140.
- Richards, P. S., Crowton, S., Michael E., M. E., Smith, M. H. y Passmore, K. (2017). Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study. *The Journal of Treatment & Prevention*, 25(2), 99-113. doi: 10.1080/10640266.2017.1279907
- Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernandez, L., Moreno, L. R., & Vaz Leal, F. J. (2012). Influence of attitudes towards change and self-directness on dropout in eating disorders: a 2-year follow-up study. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 20(3), 123–128. doi:10.1002/erv.2157
- Rock, C. L., & Curran-Celentano, J. (1996). Nutritional management of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 701-713.
- Roux, H., Ali, A., Lambert, S., Radon, L., Huas, C., Curt, F., Berthoz, S., Godart, N., & EVHAN Group (2016). Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *BMC psychiatry*, 16(1), 339. doi:10.1186/s12888-016-1010-7
- Serfaty, M. A., Turkington, D., Heap, M., Ledsham, L, y Jolley, E. (1999). Cognitive Therapy Versus Dietary Counselling in the Outpatient Treatment of Anorexia Nervosa: Effects of the Treatment Phase. *European Eating Disorders Review*, 7, 334-350.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Steinhausen, H. C. y Jensen, C. M. (2015). Time trends in lifetime incidence rates of first time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 845–850.

- Teasdale, S. B., Ward, P. B., Samaras, K., Firth, J., Stubbs, B., Tripodi, E., & Burrows, T. L. (2019). Dietary intake of people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(5), 251-259.
- Timlin, U., Hakko, H., Reino, R. y Kingäs, H. (2014). A systematic narrative review of the literature: adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments among adolescents with mental disorder. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3321-3334.
- Van Eeden, A., Van Hoeken, D. y Hoek, H. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry* . doi: 10.1097/YCO.0000000000000739
- Vaquero, S. M. y Solano, P. N. (2012). Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (15), 3
- Williams, P. M., Goodie, J. y Motsinger, C. D. (2008). Treating Eating Disorders in Primary Care. *American Academy Family Physician*, 77(2), 187-195.
- Wollburg, E., Meyer, B., Osen, B., & Löwe, B. (2013). Psychological change mechanisms in anorexia nervosa treatments: how much do we know? *Journal of clinical psychology*, 69(7), 762–773. doi:10.1002/jclp.21945