

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ  
FACULTAD DE MEDICINA  
TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**



**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS  
PRINCIPALES TRATAMIENTOS EN TRASTORNOS DE  
HIPONUTRICIÓN:  
ANOREXIA NERVIOSA**

**Alumno: Cristina Simón Márquez  
DNI: 45602039-P  
Tutor: José Heliodoro Villanueva Roig  
Departamento (área): Bioquímica y Biología molecular.  
COIR: TFG.GTO.JHVR.CSM.210305  
Convocatoria de Mayo**



# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....  | 6  |
| <b>2. OBJETIVOS</b> .....   | 9  |
| <b>3. METODOLOGÍA</b> .....   | 9  |
| <b>4. RESULTADOS</b> .....  | 12 |
| 4.1. <i>Terapia cognitiva vs terapia familiar</i> .....                     | 12 |
| 4.2. <i>Tratamiento hospitalario familiar</i> .....                         | 12 |
| 4.3. <i>Estimulación cerebral profunda</i> .....                            | 12 |
| 4.4. <i>Terapia multifamiliar vs unifamiliar sistémica</i> .....            | 13 |
| 4.5. <i>Terapia grupal de remediación cognitiva</i> .....                   | 14 |
| 4.6. <i>Peso vs cognición</i> .....   | 14 |
| 4.7. <i>Método New Maudsley</i> .....                                       | 14 |
| 4.8. <i>El ensayo Self-Harm Intervention - Family Therapy (SHIFT)</i> ..... | 15 |
| <b>5. DISCUSIÓN</b> .....   | 15 |
| <b>6. CONCLUSIONES</b> .....  | 17 |
| <b>7. REFERENCIAS</b> .....   | 18 |
| <b>ANEXO</b> .....  | 21 |

## **RESUMEN:**

La anorexia nerviosa es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por el peso corporal anormalmente bajo, el temor intenso a aumentar peso y la percepción distorsionada del peso.

El objetivo de este estudio es realizar una revisión bibliográfica de los tratamientos utilizados en adolescentes con anorexia nerviosa. Esto se ha llevado a cabo por la búsqueda de artículos científicos de los últimos 5 años (2017-2021).

Los cuales han sido encontrados en las bases de datos Pubmed y Web of Science a través de la biblioteca digital de la Universidad Miguel Hernández.

Tras la búsqueda de artículos, seleccionamos los que estaban dentro de estudios con al menos 6 meses de seguimiento, y estudios realizados con muestras aleatorias de pacientes diagnosticadas con anorexia en base al DSM-IV-R o al DSM-V con el objetivo de encontrar unos resultados claros a la hora de saber el tratamiento más efectivo.

Dentro de los estudios más significativos hemos hecho una comparación entre los tratamientos más efectivos para la intervención de esta afección. Primero los tratamientos de terapias multifamiliares y familiares, después los relacionados con la cognición y el peso y seguidamente los de estimulación profunda. Los últimos son los de tratamiento hospitalario familiar.

Dentro de todos estos resultados hemos dado con los más efectivos gracias a los datos obtenidos.

Estas intervenciones psicológicas están diseñadas para ayudar a las personas con anorexia. Cambiar nerviosamente comportamientos y actitudes relacionados con los trastornos alimentarios.

Palabras clave: tratamiento, terapia, adolescente, anorexia, nerviosa

## **ABSTRACT:**

Anorexia nervosa is an eating disorder that is characterized by abnormally low body weight, intense fear of weight gain, and distorted weight perception.

The objective of this study is to carry out a bibliographic review of the treatments used in adolescents with anorexia nervosa. This has been carried out by searching for scientific articles from the last 5 years (2017-2021).

These have been found in the PubMed and Web of Science databases through the Miguel Hernandez University's digital library.

After searching for articles, we selected those that were in studies with at least 6 months of follow-up, and studies carried out with random samples of patients diagnosed with anorexia based on DSM-IV-R or DSM-V with the aim of finding clear results when knowing the most effective treatment.

Among the most significant studies we have made a comparison between the most effective treatments for the intervention of this condition. First, the treatments of multifamily and family therapies. Then, those related to cognition and weight. After that, those of deep stimulation. The latter are family hospital treatment.

Within all these results we have found the most effective thanks to the data obtained.

These psychological interventions are designed to help people with anorexia. Nervously change behaviours and attitudes related to eating disorders.

Keywords: treatment, therapy, adolescent, anorexia, nervous



# 1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimenticios son unos de los problemas más graves de salud mental que de manera común tienen comorbilidades médicas y psiquiátricas. Son afecciones con elevadas tasas de mortalidad de todos los trastornos psiquiátricos (1).

Son diversos los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastornos alimenticios entre los que encontramos, factores individuales, biológicos, psicológicos y socioculturales, de los cuales cabe destacar el perfeccionismo, problemas emocionales, estrés, insatisfacción con la apariencia, y la falta de control, así como las conductas y actitudes asociadas con la imagen corporal, como la distorsión de la imagen corporal y la creencia de que la delgadez genera felicidad (2).

La hiponutrición es un sinónimo de desnutrición, lo que conlleva una ingesta menor de nutrientes con relación a la que el cuerpo debería ingerir diariamente, ya sea por actitud restrictiva o por actitudes causadas por vómitos o purgación. Los principales tipos de trastornos de hiponutrición son: bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y atracones de comida.

Se desconoce la causa exacta de estos trastornos, pero los investigadores creen que estas afecciones son causadas por una interacción compleja de factores, incluyendo genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales. También se puede observar que la prevalencia en mujeres es más alta, al igual que se suelen desarrollar en la etapa adolescente, es decir, de 12 a 18 años (3).

Cualquier persona puede padecer estas afecciones, pero la que más incidencia tiene es la anorexia nerviosa, por ello, vamos a centrar el presente estudio en ella y vamos a explicar los tratamientos más importantes que se usan para poder tratarla y curarla lo antes posible.

La anorexia nerviosa es una de las afecciones con una alta tasa de mortalidad, ya que es un trastorno crónico y difícil de tratar. La prevalencia de vida varía en mujeres entre en 1'2% y el 2'2%, siendo en hombres hasta 10 veces menor (4).

La anorexia nerviosa se caracteriza por tener una imagen de su cuerpo distorsionada, por una pérdida de peso corporal, obsesión e ingesta incontrolada de comida, depresión, ansiedad y rigidez emocional. Esta falta de ingesta de alimentos y la desnutrición, pueden conllevar severas consecuencias

tanto multiorgánicas, como gastrointestinales, cardíacas, pulmonares, neurológicas, dermatológicas, entre otras (5).

Por otro lado, cabe destacar que la anorexia suele presentarse de manera frecuente en adolescentes con problemas de peso, sobre todo en jóvenes con discreto sobrepeso, que pretender conseguir un déficit calórico y buscan la extrema delgadez (4).

Dentro de la anorexia nerviosa, hay diversos tipos que pueden manifestarse no solo como un único episodio aislado sino también en forma de episodios recurrentes o fluctuantes, por lo que tiene una alta tasa de recaída (6).

Para esta afección existen en la actualidad numerosos tratamientos en los que intentaremos centrarnos, con el objetivo de poder esclarecer cuáles podrían ser las terapias más efectivas para poder conseguir una recuperación activa.

Es importante que estos tratamientos también puedan tener una efectividad a largo plazo a fin de evitar una reincidencia continua de la enfermedad ya que de lo contrario resultarían poco resolutivos.

Los tratamientos en los que nos centraremos principalmente serán las terapias familiares y/o multifamiliares. Si bien, también incluiremos otros tratamientos secundarios que iremos explicando a largo del trabajo. No obstante, nos centraremos en los estudios sobre terapias familiares y /o multifamiliares porque son los que han mostrado un mayor número de referencias en el tratamiento de esta afección específica.

En cuanto a la terapia familiar, es de las más recomendadas y en las últimas décadas ha sido de los tratamientos usados más efectivos (7).

Es mucho más eficaz que la terapia individual, ya que se conforta un núcleo, dónde los padres van a apoyar a sus hijos de manera en la que nadie tiene la culpa de que padezca esa enfermedad, y eso lo lograremos a través de los terapeutas, que informarán y ayudarán a los padres a convertirse en los propios terapeutas mientras el tratamiento siga en la unidad familiar (8).

Por otro lado, la terapia multifamiliar se reúnen varias familiar con la misma afección, esto lo que hace es crear un mayor nivel de comprensión de la enfermedad y una mayor visibilidad ya que cada uno tiene un punto de vista y en esta situación se ponen todos en común. Esta terapia no es solo para esta

afección, se utiliza en muchas otras por su grado de efectividad. Disminuye el nivel de recaídas y es una alternativa a la hospitalización.

La terapia unifamiliar es la que comúnmente se ve en las instituciones sanitarias, ya que muchas familias se ven desafiadas o ven una excesiva cercanía en la multifamiliar (7).

La terapia familiar es complementaria a otros tratamientos, y esto tiene beneficios tanto para el paciente como para la familia en sí, ya que se reduce la carga del cuidador y el paciente puede ver disminuidos sus síntomas, sobre todo si es en una etapa breve de la enfermedad. No obstante, la sobrecarga psicológica, así como la angustia del cuidador puede tener efectos negativos tanto en los resultados como en el tratamiento de las personas que padecen anorexia nerviosa. Por ello, es fundamental el bienestar psicológico del cuidador, para conseguir mejorar los resultados del tratamiento de los pacientes (9).

Cuando la enfermedad aún no está en la parte más crítica, estas terapias son mucho más eficaces, ya que lo que hacen es retrasar y prevenir los trastornos asociados a la afección e intentar que no suba de estadio o que pueda llegar a ser crónica (10).

Estos tratamientos son complementarios a muchos otros que también cabe mencionar; como la terapia cognitiva, terapia artística, estimulación cerebral profunda (11).

Después de la búsqueda exhaustiva nos vamos a centrar en estos tratamientos para poder explicar un poco esta afección, por qué se comporta así el cerebro de las personas con este trastorno, cómo podemos ayudarlas a que mejoren, y, sobre todo, cómo evitar que se manifieste después, es decir, que se vuelva crónico.

En la última década, estos trastornos han tenido más visibilidad, ya que no solo se trata de una enfermedad que trascurre en países tercermundistas, sino que también ocurre en los países occidentales, aunque en menor proporción.

Por esto, la cultura también está presente en este trastorno, ligado con el rol social de la mujer y los cánones de belleza, ya que nos inculcan con el modelaje, anuncios, etc., que la mujer para estar bella tiene que ser delgada, hermosa, elegante... (5).

A pesar de todo esto, la anorexia nerviosa es una de las enfermedades más graves y con pronóstico alto de muerte, por ello los tratamientos son muy importantes tanto familiares como cognitivos a nivel individual (4).

## **2. OBJETIVOS**

Con este trabajo pretendemos analizar el tipo de tratamientos con respecto a la anorexia nerviosa.

Es importante identificar la efectividad de todos los tratamientos que hemos encontrado en nuestra búsqueda exhaustiva, ya que, conforme a eso, tendrán una mayor importancia a la hora de recomendaciones a los pacientes y familiares.

El objetivo principal es prevenir la mortalidad y cronicidad de esta afección.

Para ello, empezaremos explicando el tratamiento multifamiliar y familiar, junto con tratamientos más individualizados como el cognitivo, terapia artística, y hospitalización.

Esto nos guiará para contrastar todos los tipos de tratamientos y poder corroborar la efectividad en base a los datos que nos aporten los estudios que hemos ido viendo.

## **3. METODOLOGÍA**

El presente trabajo consta de una revisión de la literatura utilizando principios sistemáticos de búsqueda y selección.

Para poder llevar a cabo nuestros objetivos, hemos contrastado una búsqueda mediante artículos y alguna revista sobre salud y desarrollo de la afección.

Para realizar esta búsqueda, comenzamos buscando en varias bases de datos, como Pubmed (MEDLINE), accediendo a través de la biblioteca digital de la Universidad Miguel Hernández.

Para comenzar la búsqueda, se emplearon palabras como “anorexia nervosa”, “eating disorders”, o “disease”, pero al final nuestra ecuación de búsqueda tras darle unas vueltas se quedó en: “treatment” “therapeutics” “anorexia nervosa” “adolescent”.

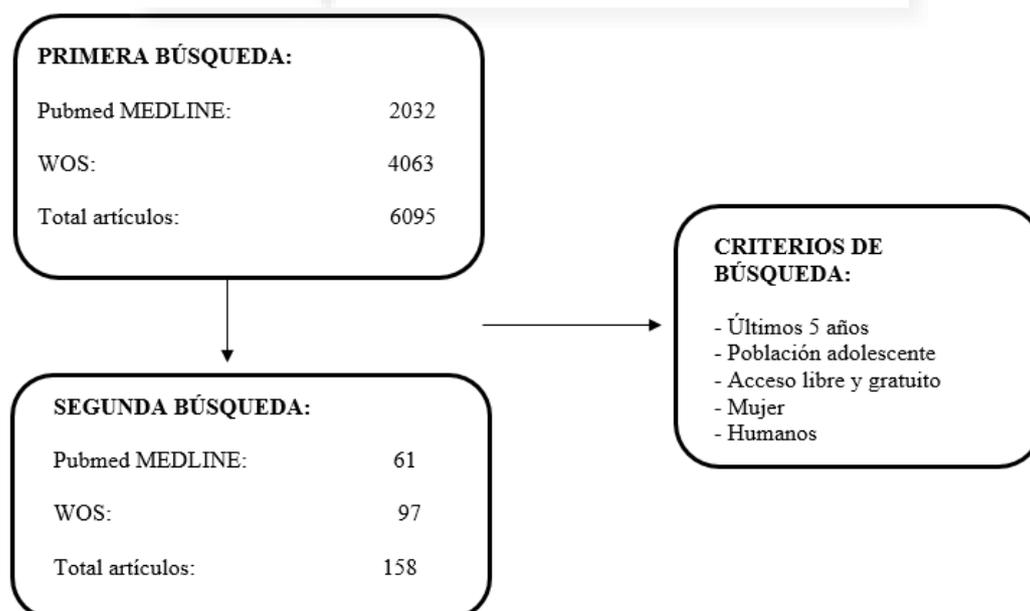
La cantidad de artículos encontrados era demasiado elevada, entonces decidimos hacer una acotación y por ello pusimos filtros como: publicación en los últimos 5 años (2017-2021), que sea libre para descargar, que sean artículos, y que sean propios de la colección de esa base de datos ya que si no nos saldrían varios repetidos.

Con todos los criterios añadidos, pasamos de tener una búsqueda de 2032 a una mucho más acotada de 61 artículos.

Por otro lado, nuestra segunda base de datos con la que nos hemos ayudado para encontrar la información necesaria ha sido Web of Science, encontrando en la primera búsqueda 4063 y acotándola hasta obtener 97 artículos.

Los documentos que finalmente han sido seleccionados atendían los criterios de búsqueda previamente citados: últimos 5 años, artículos y texto completo.

Figura 1. Diagrama de flujo



*Criterios de inclusión/ exclusión:*

Lo primero que debemos tener en cuenta, es eliminar los artículos comunes entre las dos bases de datos, una vez ya no haya documentos duplicados, procederemos a leer la información para saber si esta nos interesa o no está directamente relacionada con nuestra búsqueda propiamente citada en la página anterior.

Una vez hayamos tenido en cuenta este paso, seguiremos leyendo los resúmenes principales de los artículos que hayamos preseleccionado.

Los datos a tener en cuenta son: población adolescente, que sea un artículo o metaanálisis, ya que queremos que sean de al menos 6 meses para que esos resultados que nos dan estén comprobados.

Por otro lado, se excluyen aquellos que cumplan alguno de los siguientes criterios de exclusión: estudios de prevención, estudios de neuroimagen, estudios de prevalencia y factores socioculturales, correlaciones neuronales, estudios de caso único, estudios de procesos emocionales y correlaciones con otras patologías Investigación, esquizofrenia, diabetes, etc y herramientas de diagnóstico.

Al final decidimos centrarnos en un total de 28 artículos.

*Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión*

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN      | Población adolescente (13-18 años)         |
|                             | Textos libres y gratuitos                  |
|                             | Mujer                                      |
|                             | Seguimiento 6 meses                        |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN      | Estudios de prevención                     |
|                             | Estudios de neuroimagen                    |
|                             | Estudios de prevalencia y factores         |
|                             | Correlatos neuronales                      |
|                             | Estudios correlacionales                   |
|                             | Investigaciones sobre procesos emocionales |
| Herramientas de diagnóstico |  |

---

Duplicados

Total excluidos: 6478

---

## 4. RESULTADOS

### *4.1. Terapia cognitiva vs terapia familiar*

En el estudio de Lock et al. (12) cuyo objetivo es evidenciar la posibilidad de combinar la terapia familiar con terapia de remediación cognitiva o terapia de arte para mejorar la respuesta al tratamiento en adolescentes con anorexia nerviosa. Así mismo, los resultados mostraron que tanto la combinación entre la terapia de remediación cognitiva y la terapia de arte fueron aceptables. Además, reflejaron cambios moderados en las ineficiencias cognitivas, no obstante, fueron mayores concretamente en la combinación de terapia familiar más terapia de arte.

### *4.2. Tratamiento hospitalario familiar*

Siguiendo a Nilsen et al. (13) las opiniones de los usuarios en los planes de tratamiento están muy influenciados por los métodos de tratamiento en el hogar, es por ello, que los resultados de la investigación muestran que los ex pacientes hospitalizados prefieren el tratamiento personalizado y los métodos colaborativos. Hay ocho subtemas que componen dos temas principales: 1) No existe una solución prefabricada. Los empleados deben adaptar los métodos de tratamiento basados en las perspectivas de los jóvenes para promover la colaboración; 2) Enfatizar las habilidades importantes. El personal debe mostrar posturas sin prejuicios, educar a los pacientes, estimular la motivación, realizar actividades y prevenir efectos iatrogénicos durante su estadía.

### *4.3. Estimulación cerebral profunda*

En el presente estudio de Liu et al. (14) se observó un aumento significativo en el IMC y una mejora en las puntuaciones de la escala psiquiátrica durante el período de seguimiento de 6 meses, que permaneció sin cambios durante la revisión de 2 años. Finalmente, el análisis post-mortem mostró que,

en comparación con los subtipos restringidos (R-AN), los pacientes con subtipos de AN por atracón / eliminación tienen un efecto más pobre de NAcc-DBS sobre la recuperación de peso.

#### 4.4. *Terapia multifamiliar vs unifamiliar sistémica*

Según los hallazgos de Carrot et al. (7) el resultado primario es la evolución del IMC entre la inclusión y los 12 meses posteriores.

Los resultados secundarios son los siguientes:

- El cambio en el resultado clínico general de la paciente desde el inicio hasta los meses 12 y 18 (resultados de peso, es decir,  $IMC > 10\%$ , ocurrencia menstrual, categoría GOAS)
- La naturaleza y gravedad de los síntomas del trastorno alimentario del paciente (puntuación EDI-2 y EDDS) cambió desde el inicio hasta los 12 y 18 meses.
- La naturaleza y gravedad de los demás síntomas psicopatológicos del paciente (puntuaciones HADS, BDI-13, LSAS-CA-SR, MOCI, BVAQ-B, RSES, OSI y C-SSRS) cambiaron desde el inicio hasta los 12 y 18 meses.
- La naturaleza y gravedad de los síntomas psicopatológicos de los padres (puntuaciones HADS, BDI-13, BVAQ-B, RSES, ECI, EDSIS y MIV-TIG) cambió desde el inicio hasta los 12 y 18 meses.
- El cambio en la calidad de las relaciones familiares desde el inicio hasta los meses 12 y 18 (FAD, SCORE-15, escala LEE del paciente y puntuación de FQ de los padres), El cambio en la calidad de las relaciones familiares desde el inicio hasta los 12 y 18 meses (FAD, SCORE-15, escala LEE del paciente y puntuación de FQ de los padres).
- El cambio desde el inicio de la calidad de vida percibida hasta los meses 12 y 18 (puntuaciones EDQOL y SOFAS del paciente, puntuaciones WHOQOL-Bref, LHS y CarerQOL-7D de los padres).
- El número y la duración de la hospitalización después de la inclusión. La satisfacción de pacientes y padres con la intervención (puntajes CSQ-8 y ECI), Incluido, el tratamiento cuesta después de 12 meses a 18 meses.

#### 4.5. *Terapia grupal de remediación cognitiva*

En relación al estudio de Tchanturia, Larsson, y Brown (15), la flexibilidad cognitiva autoinformada por los pacientes y la capacidad de pensamiento general, así como la autoeficacia para el cambio, se han mejorado significativamente. El cuestionario de retroalimentación enfatizó que los pacientes encontraron útiles estas reuniones e informaron confianza en el uso de ciertas habilidades y estrategias aprendidas en el grupo.

#### 4.6. *Peso vs cognición*

Los autores Kjaersdam et al. (16), demuestran tras el estudio que no se observa una asociación entre la recuperación del peso y las funciones cognitivas, es decir, se mostró como la anorexia nerviosa no influye en el desarrollo cognitivo en niños y adolescentes durante 1 año.

No se encontró asociación entre la recuperación de peso y la función cognitiva. Sin embargo, se encontró un aumento significativo en la velocidad del motor en "Seguimiento de la prueba de fabricación A", "Tiempo de respuesta (RTI)", "Tiempo de movimiento de cinco opciones" y "Tiempo de movimiento único de RTI", de modo que la velocidad del motor puede normalizarse con el tiempo. Además, se encontró que la puntuación del Índice de Organización Perceptual fue significativamente menor durante el seguimiento.

#### 4.7. *Método New Maudsley*

En el estudio de Toubøl, Koch-Christensen, Bruun, y Nielsen (17), Los hallazgos que se identificaron en los pacientes se separaron en 3 categorías: estar en plena etapa de crisis de la enfermedad y no saber cómo salir de ella; que la familia afiance la relación con el paciente y se vuelva algo más íntimo y por último que se vean nuevos métodos para la crianza, es decir, se fortifica la relación.

Los padres de los pacientes estaban muy contentos con los resultados ya que se vio una gran mejora en la relación debido al acercamiento, y como resultado empezaron a conocer más cosas de la enfermedad y unas habilidades muy mejoradas de comunicación.

#### 4.8. *El ensayo Self-Harm Intervention - Family Therapy (SHIFT)*

El estudio de Wright-Hughes et al. (18) muestra como no hay evidencia de que exista una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de repetición entre los dos grupos. En el caso base y en la mayoría de los análisis de sensibilidad, FT no es rentable en comparación con TAU. En todo el caso, el "Financial Times" británico dominó el mercado (con malos resultados y precios más altos). Sin embargo, si se combinan los beneficios de años de vida ajustados por calidad de los jóvenes y los cuidadores, dentro del alcance del costo-beneficio y el alcance de la "atención excelente" de los Institutos Nacionales de Salud, la FT generará costos más altos y traerá más que TAU Buena salud resultados. En el inventario de rasgos insensibles-no emocionales reportados por jóvenes y la subescala de participación afectiva en el dispositivo de evaluación familiar McMaster, se detectó una interacción significativa con el tratamiento en la subescala no emocional, indicando que la respuesta es moderada.

## 5. DISCUSIÓN

Tras una intensa búsqueda bibliográfica los resultados reflejan los principales tratamientos existentes actualmente con respecto a la anorexia nerviosa, para prevenir la mortalidad y cronicidad de esta afección.

Los resultados tras la búsqueda reflejan, cómo uno de los tratamientos más destacados en adolescentes con anorexia nerviosa es la terapia familiar que junto con la terapia cognitiva mejoran la respuesta de los adolescentes (12; 13), al igual que se muestra en el estudio de 8, donde muestra cómo los padres son un pilar fundamental para los adolescentes que padecen anorexia nerviosa al sentirse apoyados por los mismos, obteniendo así unos resultados satisfactorios, el apoyo social de su entorno cercano es vital para la mejora de los pacientes que padecen anorexia nerviosa, al sentirse apoyados y acompañados durante el proceso.

Por otro lado, se observa como la terapia multifamiliar mejora la evolución del IMC de manera significativa (14), esto es debido a que al estar rodeados de los familiares de los pacientes que padecen anorexia nerviosa, se crea un mayor nivel de comprensión de la enfermedad al poner en común

diferentes opiniones, al igual que se muestra en el estudio de Carrot et al. (7). Con esto se evidencia como el apoyo de personas que están pasando por el mismo proceso sirve de ayuda para avanzar y mejorar en el proceso de recuperación.

En línea con el estudio Buhmann et al. (11), la estimulación cerebral profunda resulta efectiva, aumentando el peso de los pacientes con anorexia nerviosa gracias al NAcc-DBS (14), ya que resulta eficaz para reducir los síntomas ansiosos, depresivos y obsesivo-compulsivos asociados con la anorexia nerviosa.

Junto con estas terapias, existen otras también eficaces que cabe destacar como la terapia grupal y las terapias cognitivas, donde los pacientes evaluaron mejor la capacidad de cambio después de trabajar, aumentando así su autoestima y la confianza (15). Uno de los motivos que conduce a la persona a bajar de peso es por tener una baja autoestima, no sintiéndose bien consigo mismos y ahí es donde comienza a convertirse en un grave problema, por ello la importancia de trabajar en terapias que aumente su autoestima y les haga sentirse bien con su aspecto.

Es de vital importancia hacer hincapié en el papel fundamental que ocupan las diferentes terapias existentes que favorecen la recuperación de pacientes que padecen anorexia nerviosa. Tal y como refleja la evidencia científica es una enfermedad cuya recuperación es lenta y requiere de tratamientos a largo plazo para que sean efectivos. Por ello, es fundamental que se den a conocer todas las opciones que existen en la actualidad para conseguir superar esta enfermedad.

Con el presente trabajo, se invita a conocer las múltiples terapias que hoy en día pueden resultar positivas, procurando en todo momento que los pacientes mejoren. Durante esta etapa, el entorno que rodea a los pacientes con anorexia nerviosa ejercen un papel fundamental en el proceso de recuperación, ya que, son un apoyo para ellos. Sentirse apoyados durante el desarrollo de la terapia hace que sea eficaz, no solo para el paciente sino para los familiares que aprenden durante el proceso a conocer mejor a sus seres queridos y a ayudarles y comprenderlos. Lo que resulta de gran ayuda para continuar avanzando una vez la persona acaba la terapia.

## 6. CONCLUSIONES

La anorexia nerviosa es un trastorno con una alta tasa de mortalidad, es por ello, que el presente trabajo pone de relevancia la importancia de las diferentes terapias existentes en la actualidad para las personas que padecen anorexia nerviosa. Dichas terapias muestran una reducción de la mortalidad en estos pacientes, ayudando así no solo a aumentar el IMC de los mismos, sino a afianzar las relaciones familiares ya que estas tienen un papel fundamental en la recuperación de pacientes con anorexia nerviosa. No obstante, hemos de seguir avanzando en el campo de la investigación, siendo imprescindible continuar investigando sobre nuevas terapias que favorezcan la recuperación de pacientes con anorexia nerviosa.

Los pacientes que sufren anorexia nerviosa necesitan adherirse a terapias que le ayuden a afrontar la enfermedad y comiencen a aumentar su autoestima, ya que hasta que no se sientan bien consigo mismos no comenzarán su recuperación, y no hay recuperación si no se sienten apoyados por sus familiares, siendo vitales en numerosas terapias.

Entre las limitaciones de este estudio, cabe destacar la cantidad ingente de información que podemos encontrar sobre diferentes terapias, por lo que se debe hacer un análisis exhaustivo para seleccionar aquellos estudios cuya terapia sea efectiva. Por otro lado, no se tuvieron en cuenta en la búsqueda de estudios que trabajasen con terapias de gestión emocional, por lo que serían recomendables para futuros estudios.

Este trabajo muestra la necesidad de investigar sobre diferentes terapias que reduzcan la tasa de mortalidad, por esta razón, sería interesante seguir estudiando sobre terapias que trabajen las emociones como terapia para la mejora en pacientes con anorexia nerviosa.

## 7. REFERENCIAS

1. Ranzenhofer LM, Wilhelmy M, Hochschild A, Sanzone K, Walsh BT, Attia E. Peer mentorship as an adjunct intervention for the treatment of eating disorders: A pilot randomized trial. *Int J Eat Disord.* 2020; 53(5):497-509. <https://doi.org/10.1002/eat.23258>
2. Blodgett EH, Jones ME, Haugen EC, Schaefer, MK. Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *J Eat Disord.* 2015; 3:32. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0069-8>
3. NIH: Instituto Nacional de la Salud Mental. Trastornos de la alimentación. Otros nombres: Desórdenes de la alimentación, Trastornos alimentarios, Trastornos de la conducta alimentaria. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/eatingdisorders.html>
4. Madruga D, Leis R, Lambruschini N. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP. 2010
5. Skowron K, Kurnik-Łucka M, Dadański E, Bętkowska-Korpała B, Gil K. Backstage of Eating Disorder-About the Biological Mechanisms behind the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Nutrients.* 2020; 12(9):2604.
6. Bravo M, Pérez A, Plana R. Anorexia nerviosa: características y síntomas. *Rev Cubana Pediatr.* 2000; 72(4):300-05.
7. Carrot B, Duclos J, Barry C, Radon L, Maria AS, Kaganski I, Jeremic Z, Barton-Clegg V, Corcos M, Lasfar M, Gerardin P, Harf A, Moro MR, Blanchet C, Godart N. Multicenter randomized controlled trial on the comparison of multi-family therapy (MFT) and systemic single-family therapy (SFT) in young patients with anorexia nervosa: study protocol of the THERAFAMBEST study. *Trials.* 2019; 20(1):249. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3347-y>
8. Mysliwiec R. Neuroscience of Adolescent Anorexia Nervosa: Implications for Family-Based Treatment (FBT). *Front. Psychiatry.* 2020; 11(148). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00418>

9. Philipp J, Truttmann S, Zeiler M, Franta C, Wittek T, Schöfbeck G, Mitterer M, Mairhofer D, Zanko A, Imgart H, Auer-Welsbach E, Treasure J, Wagner G, Karwautz A. Reduction of High Expressed Emotion and Treatment Outcomes in Anorexia Nervosa-Caregivers' and Adolescents' Perspective. *J Clin Med*. 2020; 9(7):2021.
10. Spettigue W, Aldaqqaq Z, Isserlin L, Bishop B, Norris ML, Valois D, Obeid N. A Brief Modified Family-Based Treatment Intervention for Youth With Mild Eating Disorders: A Case Series. *Front Psychiatry*. 2020; 11:105. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00105>
11. Buhmann C, Huckhagel T, Engel K, Gulberti A, Hidding U, Poetter-Nerger M, Goerendt I, Ludewig P, Braass H, Choe CU, Krajewski K, Oehlwein C, Mittmann K, Engel AK, Gerloff C, Westphal M, Köppen JA, Moll C, Hamel W. Adverse events in deep brain stimulation: A retrospective long-term analysis of neurological, psychiatric and other occurrences. *PloS ONE*. 2017; 12(7):e0178984. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178984>
12. Lock J, Fitzpatrick KK, Agras WS, Weinbach N, Jo B. Feasibility Study Combining Art Therapy or Cognitive Remediation Therapy with Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2018; 26(1):62–8. <https://doi.org/10.1002/erv.2571>
13. Nilsen JV, Hage TW, Rø Ø, Halvorsen I, Oddli HW. Minding the adolescent in family-based inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study of former inpatients' views on treatment collaboration and staff behaviors. *BMC Psychol*. 2019; 7(1):72. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0348-2>
14. Liu W, Zhan S, Li D, Lin Z, Zhang C, Wang T, Pan S, Zhang J, Cao C, Jin H, Li Y, Sun B. Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory anorexia nervosa: A long-term follow-up study. *Brain Stimul*. 2020; 13(3):643–9. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2020.02.004>
15. Tchanturia K, Larsson E, Brown A. Benefits of group cognitive remediation therapy in anorexia nervosa: case series. *Neuropsychiatr*. 2016; 30(1):42–9. <https://doi.org/10.1007/s40211-016-0177-y>
16. Kjaersdam G, Fagerlund B, Jepsen JR, Bentz M, Christiansen E, Valentin JB, Thomsen PH. Are Weight Status and Cognition Associated? An Examination of Cognitive Development in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa 1 Year after First Hospitalisation. *Eur Eat Disord Rev*. 2016; 24(5):366–76. <https://doi.org/10.1002/erv.2445>

17. Toubøl A, Koch-Christensen H, Bruun P, Nielsen DS. Parenting skills after participation in skills-based training inspired by the New Maudsley Method: a qualitative study in an outpatient eating disorder setting. *Scand J Caring Sci.* 2019; 33(4): 959–68. <https://doi.org/10.1111/scs.12694>
18. Wright-Hughes A, Graham E, Farrin A, Collinson M, Boston P, Eisler I, Fortune S, Green J, House A, Owens D, Simic M, Tubeuf S, Nixon J, McCabe C, Kerfoot M, Cottrell D. Self-Harm Intervention: Family Therapy (SHIFT), a study protocol for a randomised controlled trial of family therapy versus treatment as usual for young people seen after a second or subsequent episode of self-harm. *Trials.* 2015; 16:501. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1007-4>



## ANEXO

| NOMBRE  | AUTOR   | AÑO  | TRATAMIENTO              |
|---|---|------|--------------------------|
| Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa  | Gabriela Jagielska, Iwona Kacperska   | 2017 |                          |
| Feasibility Study Combining Art Therapy or Cognitive Remediation Therapy with Family-based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa  | James Lock 1, Kathleen Kara Fitzpatrick 1, William S Agras 1, Noam Weinbach 1, Booil Jo 1   | 2017 | Terapia familiar         |
| Minding the adolescent in family-based inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study of former inpatients' views on treatment collaboration and staff behaviors | Jan-Vegard Nilsen 1 2, Trine Wiig Hage 3, Øyvind Rø 3 4, Inger Halvorsen 3, Hanne Weie Oddli 5  | 2019 | Hospitalario familiar    |
| Reciprocal relations between dietary restraint and negative affect in adolescents receiving treatment for anorexia nervosa  | Eva Pila 1, Stuart B Murray 2, Daniel Le Grange 2, Susan M Sawyer 3, Elizabeth K Hughes 3   | 2019 | Terapia familiar         |
| Group Qigong for Adolescent Inpatients with Anorexia Nervosa: Incentives and Barriers   | Juliette Gueguen, Marie-Aude Piot , Massimiliano Orri ,Andrea Gutierre , Jocelyne Le Moan, Sylvie Berthoz, Bruno Falissard, Nathalie Godart | 2017 | Estudio cualitativo      |
| Alternatives to inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa: Effectiveness   | Eduardo Serrano-Troncoso , Marina Fàbrega-Ribera, Núria Coll-Pla, Mónica Godrid-García,   | 2020 | Tratamiento hospitalario |

|  |  |      |                        |
|--|--|------|------------------------|
| and characteristics of a new intensive model of day patient treatment  | Marta Carulla-Roig, Raquel Cecilia-Costa, Pau Soto-Usera, Bernardo Sánchez-Fernández, Josep Matalí-Costa, Montserrat Dolz-Abadia   |      |                        |
| Deep brain stimulation of the nucleus accumbens for treatment-refractory anorexia nervosa: A long-term follow-up study   | Wei Liu, Shikun Zhan, Dianyou Li, Zhengyu Lin, Chencheng Zhang, Tao Wang, Sijian Pan, Jing Zhang, Chunyan Cao, Haiyan Jin, Yongchao Li, Bomin Sun  | 2020 | Estimulación cognitiva |
| Multicenter randomized controlled trial on the comparison of multi-family therapy (MFT) and systemic single-family therapy (SFT) in young patients with anorexia nervosa: study protocol of the THERAFAMBEST study | Benjamin Carrot, Jeanne Duclos, Caroline Barry, Leslie Radon, Anne-Solène Maria, Irène Kaganski, Zorica Jeremic, Vesper Barton-Clegg, Maurice Corcos, Malaika Lasfar, Priscille Gerardin, Aurélie Harf, Marie-Rose Moro, Corinne Blanchet, Nathalie Godart | 2019 | Terapia multifamiliar  |
| Goal-directed vs. habitual instrumental behavior during reward processing in anorexia nervosa: an fMRI study   | Julius Steding, Ilka Boehm, Joseph A King, Daniel Geisler, Franziska Ritsch, Maria Seidel, Arne Doose, Charlotte Jaite, Veit Roessner, Michael N Smolka, Stefan Ehrlich  | 2019 | Terapia cognitiva      |
| Benefits of group cognitive remediation therapy in anorexia nervosa: case series   | Kate Tchanturia, Emma Larsson, Amy Brown   | 2016 |                        |

|  |  |      |                         |
|--|--|------|-------------------------|
| Abnormal reward circuitry in anorexia nervosa: A longitudinal, multimodal MRI study  | Jiook Cha, Jaime S Ide, F Dubois<br>Bowman, Helen B Simpson,<br>Jonathan Posner, Joanna E<br>Steinglass  | 2016 | Estudio<br>longitudinal |
| Aversive tension in female adolescents with Anorexia Nervosa: a controlled ecological momentary assessment using smartphones   | David R Kolar, Florian Hammerle,<br>Ekkehart Jenetzky, Michael Huss,<br>Arne Bürger  | 2016 | Estudio<br>controlado   |
| Ghrelin activation and neuropeptide Y elevation in response to medium chain triglyceride administration in anorexia nervosa patients                                     | Keisuke Kawai, Megumi<br>Nakashima, Masayasu Kojima,<br>Sakino Yamashita, Shu Takakura,<br>Miki Shimizu, Chiharu Kubo,<br>Nobuyuki Sudo  | 2017 | Farmacológico           |
| Are Weight Status and Cognition Associated? An Examination of Cognitive Development in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa 1 Year after First Hospitalisation | Gry Kjaersdam Telléus, Birgitte<br>Fagerlund, Jens Richardt Jepsen,<br>Mette Bentz, Eva Christiansen,<br>Jan Brink Valentin, Per Hove<br>Thomsen   | 2016 | Cognitivo<br>conductual |
| Assessing fidelity to family-based treatment: an exploratory examination of expert, therapist, parent, and peer ratings  | Couturier, J (Couturier, Jennifer);<br>Kimber, M (Kimber, Melissa);<br>Barwick, M (Barwick, Melanie);<br>McVey, G (McVey, Gail) ;<br>Findlay,S (Findlay, Sheri); Webb,<br>C (Webb, Cheryl); Niccols, A | 2021 | Terapia familiar        |

|   |  |      |                  |
|---|--|------|------------------|
|   | (Niccols, Alison); Lock, J (Lock, James)   |      |                  |
| Secret Hunger: The Case of Anorexia Nervosa   | Giordano, S (Giordano, Simona)   | 2020 |                  |
| Neuroscience of Adolescent Anorexia Nervosa: Implications for Family-Based Treatment (FBT)  | Mysliwiec, R (Mysliwiec, Roger)  | 2020 | Terapia familiar |
| A Brief Modified Family-Based Treatment Intervention for Youth With Mild Eating Disorders: A Case Series  | Spettigue, W (Spettigue, Wendy);<br>Aldaqqaq, Z (Aldaqqaq, Zizo);<br>Isserlin, L (Isserlin, Leanna);<br>Bishop, B (Bishop, Brittany);<br>Norris, ML (Norris, Mark L.);<br>Valois, D (Valois, Darcie); Obeid, N (Obeid, Nicole) | 2020 | Terapia familiar |
| Implementation of Key Components of Evidence-Based Family Therapy for Eating Disorders in Child and Adolescent Psychiatric Outpatient Care                      | Wallin, U (Wallin, Ulf); Saha, S (Saha, Sanjib)  | 2020 | Terapia familiar |
| Parenting skills after participation in skills-based training inspired by the New Maudsley Method: a qualitative study in an outpatient eating disorder setting | Toubol, A (Toubol, Annemarie);<br>Koch-Christensen, H (Koch-Christensen, Helle); Bruun, P (Bruun, Poul) ; Nielsen, DS (Nielsen, Dorte S.)  | 2019 | Terapia familiar |

|   |  |      |                         |
|---|--|------|-------------------------|
| Parental caregiver burden and recovery of adolescent anorexia nervosa after multi-family therapy  | Dennhag, I (Dennhag, Inga);<br>Henje, E (Henje, Eva); Nilsson, K<br>(Nilsson, Karin)   | 2019 | Terapia multifamiliar   |
| "We don't really know what else we can do": Parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa | Wufong, E (Wufong, Ella);<br>Rhodes, P (Rhodes, Paul) ; Conti,<br>J (Conti, Janet)   | 2019 | Terapia familiar        |
| Predictive factors for outcome in adolescents with anorexia nervosa: To what extent does parental Expressed Emotion play a role?                                    | Duclos, J (Duclos, Jeanne);<br>Dorard, G (Dorard, Geraldine);<br>Cook-Darzens, S (Cook-Darzens,<br>Solange); Curt, F (Curt, Florence);<br>Faucher, S (Faucher, Sophie);<br>Berthoz, S (Berthoz, Sylvie);<br>Falissard, B (Falissard, Bruno);<br>Godart, N (Godart, Nathalie) | 2018 | Terapia familiar        |
| Development, applicability and effects of a pilot program of group cognitive-behavioral therapy in Brazilian adolescents with anorexia nervosa                      | Pegado, P (Pegado, Paula);<br>Alckmin-Carvalho, F (Alckmin-<br>Carvalho, Felipe); Leme, D<br>(Leme, Danielle); Carneiro, F<br>(Carneiro, Francisca); Kyriotis, P<br>(Kyriotis, Patricia); Camacho, P<br>(Camacho, Priscila); Fleitlich-<br>Bilyk, B (Fleitlich-Bilyk, Bacy   | 2018 | Cognitivo<br>conductual |

|  |  |             |  |
|--|--|-------------|--|
| <p>A pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation of family therapy versus treatment as usual for young people seen after second or subsequent episodes of self-harm: the Self-Harm Intervention - Family Therapy (SHIFT) trial</p> | <p>Cottrell, DJ (Cottrell, David J.); Wright-Hughes, A (Wright-Hughes, Alex); Collinson, M (Collinson, Michelle); Boston, P (Boston, Paula); Eisler, I (Eisler, Ivan); Fortune, S (Fortune, Sarah); Graham, EH (Graham, Elizabeth H.); Green, J (Green, Jonathan); House, AO (House, Allan O.); Kerfoot, M (Kerfoot, Michael); Owens, DW (Owens, David W.) ; Saloniki, EC (Saloniki, Eirini-Christina); Simic, M (Simic, Mima); Tubeuf, S (Tubeuf, Sandy); Farrin, AJ (Farrin, Amanda J.)[</p> | <p>2018</p> | <p>Terapia familiar</p>                |
| <p>Does level of motivation for change impact post-treatment outcomes in the eating disorders? Protocol for a systematic review with quantitative analysis</p>   | <p>Sansfacon, J (Sansfacon, Jeanne); Steiger, H (Steiger, Howard); Gauvin, L (Gauvin, Lise) ; Fletcher, E (Fletcher, Emilie); Israel, M (Israel, Mimi)</p>   | <p>2017</p> | <p>Estudio sistemático cualitativo</p> |