Escuela Universitaria de Enfermería
"Casa de Salud Valdecilla"

Adherencia al tratamiento en pacientes con Anorexia Nerviosa.

Medication adherence in patients with Anorexia Nervosa

Autora: Noelia Alegre Gallego
Directora: María del Carmen Ortego Maté

Junio 2015
Trabajo Fin de Grado

Departamento de enfermería

Universidad de Cantabria

Adherencia al tratamiento en pacientes con Anorexia Nerviosa

ÍNDICE

Resumen/Abstract.....pág 2

1. Introducción.....pág 3

1.1. Estrategias de búsqueda.....pág 5

2. Anorexia nerviosa.....pág 7

2.1. Definición.....pág 7
2.2. Mecanismos de producción.....pág 8
2.3. Prevalencia.....pág 9
2.4. Cronicidad.....pág 9
2.5. Pronóstico.....pág 10
2.6. Tratamiento.....pág 11

3. Adherencia al tratamiento.....pág 11

3.1. Definición.....pág 11
3.2. Situación actual.....pág 12
3.3. Medidas de adherencia.....pág 12
3.4. Modelos teóricos.....pág 14
3.5. Variables asociadas.....pág 16

4. Intervenciones de enfermería.....pág 16

4.1. Simplificación del tratamiento.....pág 17
4.2. Apoyo familiar o social.....pág 17
4.3. Educación.....pág 17
4.4. Terapia psicológica.....pág 17
4.5. Grupos de ayuda mutua.....pág 18
4.6. Intervención nutricional.....pág 18
4.7. Alianza terapéutica.....pág 18
4.8. Realidad virtual.....pág 20
4.9. Control sobre el empleo de Internet.....pág 20

5. Reflexiones.....pág 21

6. Referencias Bibliográficas.....pág 22

Adherencia al tratamiento en pacientes con Anorexia Nerviosa

Resumen

La adherencia al tratamiento continúa siendo un reto por alcanzar en casi todas las patologías, a pesar de los conocimientos que se tienen acerca del tema y la cantidad de estrategias que se conocen para abordar la misma. Si se extrapola éste problema a las patologías de tipo crónico, la adherencia al tratamiento disminuye y si se focaliza hacia los trastornos mentales, como es el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, ésta se minimiza aún más.
Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra la anorexia nerviosa, cuya prevalencia está incrementando. Situación que no parece que vaya a ser distinta en un futuro próximo. Todo ello favorece el análisis del tema y la necesidad de conocer qué tipo de intervenciones pueden llevar a cabo las enfermeras con el fin de incrementar la adherencia al tratamiento en personas diagnosticadas de este trastorno.

Palabras clave:
Adherencia al tratamiento, trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa y cuidados de enfermería.

Medication adherence in patients with Anorexia Nervosa

Abstract

Medication adherence is still being a challenge to achieve in any kind of disease, despite all the knowledge that we have about the subject and all the strategies that we know to broach the subject. If this problem is extrapolated to chronic diseases, medication adherence decreases and if is focused to mental disorders, this one is even more minimize, as in the eating disorders.
Within the eating disorders, Anorexia nervosa is increasing its prevalence. This situation does not seem to change in the near future. All of this stimulates the analysis of the theme and the necessity to know what kind of interventions could be carried out by nurses to increase medication adherence in people who is diagnosed with this disorder.

Key Words:
Medication adherence, eating disorders, anorexia nervosa and nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

"Cada cosa tiene su belleza, pero no todos pueden verla"

Confucio

La anorexia nerviosa (AN), es un trastorno de la conducta alimentaria que ha estado presente a lo largo de la historia. Ya en la edad media, se hacía notable dicha patología, cuando las religiosas, realizaban ayuno para halagar a sus dioses y poder así alcanzar la santidad. Incluso en ocasiones se trataba la práctica como simples hechos de "brujería". En el siglo XVII, Richard Morton establece el término de consunción nerviosa y posteriormente, Williams Gull y Lassegue en el siglo XIX, denominan el trastorno como "anorexia nerviosa", con el fin de remarcar la importancia de la mente en el origen y curso de la enfermedad, pues el término anorexia procede de los vocablos griegos a/an (ausencia, negación) y orexis (deseo, apetito). (1, 2, 3)

A pesar de que ha transcurrido mucho tiempo desde el descubrimiento de dicha enfermedad y de que se han incrementado los conocimientos acerca de la misma, en lugar de disminuir su prevalencia, ésta continúa aumentando.

La adolescencia, suele coincidir con la aparición de éste tipo de patología e incluso en adolescentes sanos, es común encontrar alguna práctica alimentaria inadecuada, por lo que es conveniente estar alerta. Ésta etapa de la vida se caracteriza por ser muy influenciable, por lo que los medios de comunicación juegan un papel muy importante. En este sentido, los medios de comunicación pueden reforzar en esta población un ideal de belleza asociado a la delgadez excesiva al utilizar con frecuencia como modelos a mujeres con un peso inferior al establecido. Este refuerzo se puede encontrar en las tiendas de ropa donde maniquís extremadamente delgados exhiben las prendas e incluso donde se vende ropa destinada a personas con bajo peso, sin pensar en que ese canon de belleza, no coincide con el perfil de la mayor parte de la población (4, 5, 6).

La publicidad, también juega un papel fundamental, al intentar persuadir utilizando mujeres y hombres bellos y delgados que parecen perfectos. Ello contribuye a que la población se fije y anhele ser como ellos (6).

Otro elemento que hace flaco favor a las personas que sufren éste tipo de trastornos es Internet, una herramienta fundamental en el día a día de la mayoría de la población. Es un recurso muy interesante, aunque no lo es tanto en el ámbito que rodea a éste tipo de patologías. Cada día se crean blogs y páginas que defienden la Anorexia y la Bulimia, las cuales son visitadas en casi su totalidad, por mujeres adolescentes (7).

Tras ubicar el papel que tiene la AN en la sociedad, cabe destacar la dificultad que conlleva el abordaje de la misma pues a éstos pacientes no les asustan los síntomas que puedan

presentar, lo cual favorece la no adherencia al tratamiento pautado (8).

Al utilizar el término de "adherencia al tratamiento", que se verá desarrollado en posteriores capítulos, no solo se pretende hacer referencia al mero hecho de tomarse la medicación, sino a una suma de factores como son, acudir a las citas programadas con el profesional sanitario, llevar unos hábitos de vida saludables o modificar conductas inadecuadas (9, 10).

La adherencia al tratamiento en la anorexia conlleva una gran dificultad, ya que cuando un tratamiento implica el cambio de hábitos o estilos de vida, la adherencia al tratamiento se prevé aún menor. A la hora de trabajar con éste concepto, por tanto, hay que evitar buscar culpables, pues la no adherencia se debe a la suma de diversos factores, no solo al paciente. El paciente debe adquirir un papel protagonista al tratarse de una situación en la que el mismo es capaz de tomar sus propias decisiones, fruto de los consejos e informaciones recibidas en la entrevista con el profesional sanitario (9, 11, 12, 13).

La no adherencia al tratamiento se convierte en un problema, no solo para el propio paciente, sino también para sus familias y el Sistema Sanitario, pues además de incrementar los riesgos, la morbilidad y la mortalidad produce un incremento de costes (11).

En general, los pacientes con trastornos mentales, son los que cuentan con una menor adherencia a los tratamientos. Dentro de la patología mental, algunos autores han mostrado que, los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son los que presentan una menor adherencia, principalmente debido a que no tienen conciencia de enfermedad y, por lo tanto, no ven la necesidad de llevar a cabo las pautas del tratamiento sugeridas por los profesionales sanitarios (14, 15).

Los trastornos de la conducta alimentaria suelen tender a la cronicidad. Éste es un factor a tener en cuenta, puesto que, aunque las cifras varían de unos autores a otros, se estima que por término medio, de las personas que presentan enfermedades crónicas, tan solo, el 50% siguen el tratamiento prescrito de manera correcta, por lo que el otro 50% tiene riesgo de recaídas (16, 17). Además cabe destacar que la mayoría de los pacientes con algún TCA, tiene comorbilidad con otro tipo de patologías mentales, entre ellas, ansiedad y depresión (18, 19).

Los profesionales sanitarios, juegan un papel muy importante en el aumento de la adherencia terapéutica de éstos pacientes. Las enfermeras no solo deben estar al tanto de la recuperación física, sino también de la psíquica y emocional. En este sentido, la relación terapéutica juega un papel destacado, D´Anello et al., 2009, demostraron que un 6% de los cambios que se realizaban en el grado de cumplimiento de un tratamiento se asociaba a la relación que se establecía entre los profesionales y los pacientes (20, 21).

El principal motivo para la realización de ésta monografía es la preocupación por la elevada prevalencia que éste patología presenta y el poco apoyo con el que se cuenta por parte de la sociedad actual, la cual en lugar de ayudar, empeora la situación, estableciendo patrones de belleza inalcanzables.

Otro motivo de elección es aumentar los conocimientos acerca de éste TCA y ver qué actividades se pueden llevar a cabo por parte de los profesionales sanitarios, en especial de los

profesionales de enfermería.

Por todo ello, los objetivos marcados para la realización de ésta monografía han sido los siguientes:

- Definir anorexia nerviosa y adherencia al tratamiento.
- Analizar las variables asociadas a la adherencia en pacientes con anorexia nerviosa
- Describir las intervenciones que los profesionales de enfermería pueden llevar a cabo para mejorar la adherencia en la anorexia nerviosa.

En los posteriores capítulos, se desarrollará el tema de la adherencia al tratamiento, de la anorexia nerviosa y de los tipos de intervenciones que el personal de enfermería puede llevar a cabo para favorecer la recuperación de éste tipo de pacientes.

1.1. **Estrategias de búsqueda**

Para la realización de ésta monografía, la búsqueda bibliográfica ha sido llevada a cabo entre los meses de Diciembre de 2014 y Marzo de 2015, en diferentes bases de datos, tanto específicas de Enfermería como Ciencias Biomédicas y de Psicología.

Durante la búsqueda bibliográfica, se delimitó la fecha a la franja que va desde el año 2010 hasta la actualidad. En un par de referencias no se cumple ésta delimitación, aunque se estimó oportuno incluirlas.

La búsqueda fue realizada en inglés y en castellano y permitió encontrar 155 artículos, de los cuales, se seleccionaron 35 (Figura 1). No se excluyó ningún trabajo por el tipo de publicación, pero se excluyeron documentos por no tener libre acceso a los mismos, por no estar relacionados con el propósito de estudio, por estar en otro idioma distinto a los mencionados anteriormente, por no aportar información novedosa y por no tener conclusiones relevantes.

Para acotar la búsqueda se emplearon:

- Bases de Datos:
  - Psicodoc
  - Pubmed
  - Scopus
  - Cuiden
  - Dialnet
  - UCrea
  - Google académico
- Las palabras clave utilizadas según el DeCS fueron:
  - trastornos de la conducta alimentaria
  - anorexia nerviosa
  - adherencia al tratamiento

- cuidados de enfermería

- Las palabras clave utilizadas según el MeSH fueron:
  - Eating disorders
  - Anorexia nervosa
  - Medication adherence
  - Nursing care

- La incorporación de las referencias bibliográficas a este documento de texto se efectuó con el gestor bibliográfico "Refworks"

- Para la realización de la búsqueda, se utilizaron los operadores boleanos AND y OR.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección bibliográfica

2. ANOREXIA NERVIOSA

2.1. Definición:

La anorexia nerviosa es un trastorno mental que se encuentra dentro del grupo de trastornos de la conducta alimentaria. Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V), para hablar de anorexia nerviosa, se tienen que establecer tres criterios (22):

"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."

La principal diferencia con respecto a la definición aportada por la edición anterior del manual DSM, sería que en la actualidad no se tomaría en cuenta el criterio de amenorrea.

A la hora de definir la anorexia nerviosa, el DSM V, diferencia dos tipos (22):

- *"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 o purgas: 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)."*

Además, el DSM V, establece como criterios para considerar una remisión parcial cuando durante un tiempo ha desaparecido el criterio de inclusión "A", pero aún permanecen presentes los criterios "B" ó "C", y una remisión total cuando durante un tiempo no están presentes ninguno de los criterios anteriores (22).

Por otro lado, la clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10), define la anorexia nerviosa como un "trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo" y establece, al igual que el DSM V, ciertos criterios para poder hablar de anorexia nerviosa (23):

> *"a) Disminución de peso, con un índice de masa corporal menor de 17,5. Los pacientes que se encuentren dentro de la etapa de crecimiento pueden no sufrir el incremento de*

peso propio de la etapa pre púbere."

"b) El paciente sufre una pérdida de peso, debido a la presencia de conductas como, la autoprovocación de vómitos y purgas intestinales, realización de ejercicio excesivo, evitación de alimentos altos en calorías y consumo de fármacos diuréticos."

"c) El paciente presenta una distorsión de la imagen corporal, con un miedo excesivo a engordar, obligándose a mantener un peso inferior al que debería."

"d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina."

"e) En pacientes que debutan con ésta patología antes del inicio de la pubertad, puede haber consecuencias como un retraso en el crecimiento, una persistencia de genitales infantiles en los hombres y una disminución en el desarrollo de las mamas en las mujeres además de la aparición de amenorrea primaria. Si bien es cierto, que ante una recuperación, todos estos factores del desarrollo puberal suelen completarse."

Cuando no se dan una o más de las características citadas anteriormente, pero, la clínica que presenta el paciente es reveladora, o los pacientes presentan todas las características pero de una manera leve, el CIE-10 establece la categoría de Anorexia nerviosa atípica (23).

2.2. **Mecanismos de producción:**

Hoy día se desconoce el mecanismo de producción de éste tipo de trastornos, lo que sí se sabe es que hay una serie de factores precipitantes, que favorecen la aparición del mismo, como son (5, 3):

- Factores biológicos: Disminución del metabolismo basal, disminución de neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina y serotonina y alteración de la función del hipotálamo.
- Factores genéticos: El sexo femenino
- Factores personales: El perfeccionismo, la baja autoestima, el pensamiento rígido, preocupación excesiva por el peso y pensamiento dicotómico.
- Factores familiares: Aunque no hay consenso sobre la influencia de éste factor, algunos estudios encuentran que la sobreprotección familiar o los comentarios críticos y exigentes hacia el paciente, parecen afectar negativamente.
- Factores sociales: La industria textil, la industria cosmética, la publicidad, los medios de comunicación y la sociedad en general. Todos ellos optan por la delgadez como el súmmum de la belleza.

2.3. **Prevalencia:**

La prevalencia del trastorno es de un 0,2-0,5%, siendo en el mayor de los casos mujeres (12). La proporción de afectación en relación hombres-mujeres es de 1-10 (4).

La edad de aparición aproximada es entre los 13 y los 20 años, lo cual parece algo lógico, pues es en ésta etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y aún no se tiene la suficiente madurez, en la mayoría de los casos, para asumirlos como una etapa más de la vida. A todo ello se le suma el carácter influenciable de los adolescentes, los cuales se ven continuamente bombardeados por un único patrón de belleza válido, la extrema delgadez (4).

2.4. **Cronicidad:**

La Asociación Estadounidense de Psicología (APA), utiliza el término cronicidad, cuando un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) tiene más de 10 años de duración y se mantienen constantes un peso inadecuado, depresión, preocupación excesiva por la imagen corporal y retraimiento social (17).

En cuanto a la duración de la enfermedad, hay mucha variabilidad entre pacientes, algunos se recuperan por completo tras una primera aparición de la enfermedad, otros tienen varias remisiones de la misma y en muchos otros pacientes la enfermedad se cronifica (22).

Se estima que se necesita una media de cuatro años para resolver un trastorno de éste tipo. Además, cabe destacar, que pasados cuatro años desde el comienzo del problema, un 60% de los pacientes presenta remisiones, un 65% de los pacientes continúan teniendo obsesión con su aspecto y con la comida y un 15% de los mismos, suele tender a la cronicidad (17, 5).

Un estudio Delphi, muestra ciertos ítems que se dan en este tipo de trastornos y que pueden ser criterios indicativos de cronicidad (17):

- Patrones arraigados de restricción alimentaria: No hay variaciones en el patrón alimentario, falta de motivación para cambiar conductas y escasos momentos de ingesta saludable
- Condiciones anoréxicas arraigadas: Pensamiento rígido sobre el peso, la silueta y la comida. Conductas rituales y estilo de pensamiento dicotómico.
- Identidad personal enlazada con la anorexia: Anorexia como único valor en la propia identidad personal.
- IMC < 17,5: Mantenimiento de un IMC bajo, desde la adolescencia hasta la vida adulta y mantener en ocasiones un IMC incluso por debajo de 16.

Algunos autores indican que éste tipo de trastornos vienen precedidos por un trastorno mental previo, sin embargo esto no lo confirman todos los estudios (13). En este sentido, un estudio realizado en 2012, mostró que un 42,1% de los pacientes con anorexia nerviosa, presentaban comorbilidad con otras patologías mentales (18).

Entre los tipos de patologías que con mayor frecuencia acompañan a éste tipo de TCA estarían la depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo. El

trastorno obsesivo compulsivo (TOC), también suele ser muy común en éste tipo de pacientes, mayormente en los de tipo restrictivo. El abuso de sustancias, también es frecuente, fundamentalmente en el tipo de anorexia nerviosa que cursa con atracones o purgas (24, 18, 3, 22).

2.5. **Pronóstico:**

El mejor indicador de buen pronóstico es la recuperación de peso, de manera progresiva. En cambio, la pérdida de peso, asociada a actitudes alimentarias inadecuadas y una edad baja, son indicadores de un mal pronóstico y de una posible recaída (12).

Además del aumento del peso, para mejorar el pronóstico, éste se tiene que acompañar de una recuperación psíquica y emocional (20).

Algunos estudios muestran que la mortalidad en este tipo de pacientes es 12 veces mayor que en otras personas que no presentan éste trastorno y el doble en pacientes que presentan otro tipo de trastorno mental (17).

De las muertes producidas por éste trastorno, 2/3 se deben a las complicaciones propias de la enfermedad y 1/3 a suicidios. Actualmente, los suicidios anuales secundarios a éste tipo de enfermedad se encuentran en 12 casos por cada 100000 habitantes (4, 22).

Ésta enfermedad, lleva consigo una serie de complicaciones físicas, psicológicas y sociales características (Figura 2.), que dependen del tiempo que ha transcurrido desde la aparición del trastorno alimentario y del inicio y la eficacia de los tratamientos (5).

Figura 2. Complicaciones físicas, psicológicas y sociales de la anorexia nerviosa.

COMPLICACIONES	
FÍSICAS	**PSICOLÓGICAS/SOCIALES**
Afectación de la función tiroidea	Alteraciones del sueño
Amenorrea	Cambios de humor
Fragilidad ósea, disminución del calcio	Riesgo de suicidio
Debilidad muscular	Ansiedad
Alteración de la piel, del pelo y de las uñas	Nerviosismo
Xialorrea y afectación dental y bucal	Falta de concentración
Menor secreción de enzimas gástricas, vaciamiento gástrico enlentecido, estreñimiento y dolor	Aislamiento social
Bradicardia, hipotensión y disminución de la frecuencia respiratoria	Falta de control de impulsos
Pérdida de líquidos, minerales e iones y alteraciones bioquímicas	Problemas familiares, sociales y de pareja.

Nota: Extraído de: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. [Internet] Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña; 2009. [citado 1 Mar 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf

2.6. **Tratamiento:**

El tratamiento de éste trastorno es una suma de varios factores, la psicoterapia, la terapia familiar y terapia grupal, rehabilitación e información nutricional. Respecto al uso de fármacos en éste tipo de pacientes, no hay consenso. No obstante, si el TCA va asociado a otra patología mental o el TCA se da en niños o adolescentes, la terapia farmacológica puede ser recomendable (12).

En posteriores capítulos se explicarán las distintas intervenciones que se pueden llevar a cabo con pacientes de éste tipo, para favorecer su adherencia al tratamiento.

3. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

3.1. **Definición**

Antes de hablar del concepto de adherencia, hay que tener en cuenta, que éste término compite con el de "cumplimiento". Aunque para algunos autores ambos conceptos se pueden emplear como sinónimos, la mayoría establece diferencias entre los mismos (10).

Según Pisano y Gómez, Haynes define el cumplimiento, 1979, como: "el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario" (25).

Éste término ha sido criticado, pues se basa en un modelo autoritario en el que el paciente se limita a hacer lo que se le dice (25).

Por otro lado, Del Duca et al. recogen la definición que en 1982, Epstein & Cluss, ofrecieron para la adherencia al tratamiento: "La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido" (9).

Ésta definición no solo hace referencia a la correcta toma de la medicación, sino que también hace alusión al hecho de acudir a las citas programadas con los profesionales sanitarios, a los cambios de los hábitos de vida y al cambio de conductas inapropiadas, entre otras (9). En 2004 la OMS ponía de manifiesto que la adherencia es mucho más que la simple toma de la medicación: "Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales de riesgo, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos" (26).

Todo ello se hace muy visible en patologías como la AN, en la cual no es tan importante el correcto seguimiento del tratamiento farmacológico como lo puede ser la suma de distintos factores implicados.

Para conseguir la coincidencia entre el comportamiento y los consejos propuestos en ésta definición la relación profesional-paciente se hace muy importante. Ésta relación, en lugar de

basarse en el antiguo modelo paternalista, en el que el profesional imponía al paciente lo que tenía que hacer, sin dejarle participar en la toma de sus decisiones, debe promover una actitud de colaboración mutua en la que el paciente se convierte en el principal protagonista (9).

3.2. **Situación actual**

La adherencia al tratamiento es un problema que no solo repercute en la salud del paciente, sino también en otros ámbitos como en sus familias, las cuales se ven implicadas de una manera u otra en el mismo y en el gasto sanitario, pues se ha demostrado que la no adherencia de los pacientes aumenta los costes sanitarios (11).

A nivel general, se estima que un 40% de los pacientes, no se adhieren a sus tratamientos. No obstante, estas tasas de adherencia se ven afectadas por muchas variables, como el tipo de enfermedad. Así, mientras algunos autores obtienen en las enfermedades agudas un porcentaje de no adherencia del 20%, en las enfermedades crónicos este porcentaje se incrementa y pasa a ser del 50%, lo cual pone de manifiesto que el otro 50% presentará riesgo de recaídas, rehospitalizaciones, lo cual afecta enormemente al sistema sanitario (16, 25, 27).

Por otro lado, la disponibilidad de recursos sanitarios se ha mostrado que también repercute en las tasas de adherencia. En este sentido, algunos estudios hallan una menor adherencia en pacientes que viven en países no desarrollados, asociada al menor número de recursos sanitarios que poseen (27).

3.3. **Medidas de adherencia**

Para evaluar la adherencia se dispone de dos tipos de métodos que se clasifican en: métodos directos e indirectos.

3.3.1. Métodos directos

Como su nombre indica, estos métodos tratan de determinar, de forma directa, la adherencia al tratamiento. Dentro de esos métodos se incluye la determinación plasmática del fármaco en sangre. Pese a la objetividad de éste método, es una técnica cara y dificultosa. Además, el paciente conoce el momento de la realización de la medida del fármaco, por lo que días antes puede modificar su adherencia (28, 29).

3.3.2. Métodos indirectos

3.3.2.1. Métodos indirectos objetivos:

Son aquellos que sirven para valorar la adherencia mediante la vigilancia del uso que el paciente hace de la medicación, para ello se cuenta con una serie de estrategias:

- Recuento de comprimidos: Se pide al paciente que cuando acuda a la consulta, devuelva la medicación sobrante con el fin de hacer un recuento destinado a valorar la correcta toma de la medicación. Otro método para contabilizar el consumo de comprimidos consiste en el uso de un dispositivo electrónico acoplado al envase, que monitorizaría la apertura del envase.
  Ambos métodos pueden no ser fiables al 100%. En el caso del primero, el paciente

tiene que comprometerse a devolver la medicación restante y en el caso del segundo, el dispositivo tiene un elevado coste y el hecho de abrir la tapa del envase no significa la toma de la medicación (28, 29)

- Recogida de la medicación: En las unidades de farmacia hospitalaria donde se dispensan fármacos se pueden registrar el número de visitas que los pacientes hacen para recoger las recetas. Se asume que el paciente que acude a recoger la medicación posteriormente tomará esta medicación (29).
- Asistencia a citas programadas: En las citas además se valora la eficacia terapéutica y terapéutica y la aparición de efectos secundarios que se presuponen asociados a la correcta o incorrecta adherencia terapéutica (29).

3.3.2.2. Métodos indirectos subjetivos:

Éstos métodos se basan en los juicios que los profesionales sanitarios hacen, a cerca de la adherencia de un paciente a su tratamiento, mediante el empleo de una serie de test, entre los que destacan:

- Test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett

Éste test tiene dos partes. En la primera parte lo que se pretende es crear un ambiente en el que el paciente se sienta cómodo para decir la verdad acerca de la toma de su medicación, para ello se le comenta la dificultad que conlleva el seguir un tratamiento y se le introduce la siguiente frase: “la mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos”. En la segunda parte, se le realiza la siguiente pregunta: “¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?”. Si el paciente responde afirmativamente, se supone que se está ante un paciente con problemas para adherirse a su tratamiento y si responde que no, se le formulará la siguiente pregunta “¿cómo los toma?” (29, 30).

- Test de Morisky-Green

Es un test adecuado para la valoración de las enfermedades crónicas. En sus inicios, fue creado para la valoración de la adherencia en los pacientes con Hipertensión arterial (HTA). Es el más utilizado y con él se valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación al control de su enfermedad (29, 30).

Como recomiendan Rodríguez et al., se realizan al paciente las cuatro preguntas siguientes, y se considera incumplidor si no responde a las preguntas formuladas con las respuestas: 1ª sí, 2ª no, 3ª sí, 4ª sí (30):

1. “¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?”

2. “¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?”

3. “Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?”

4. “Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?”

- Test de comprobación fingida

Consiste en pedirle al paciente que traiga una muestra de orina, con el fin de ver la cantidad de fármaco en la misma y así poder valorar la correcta toma de la medicación. Si el paciente pone alguna pega, se le considerará como incumplidor (29, 30).

- Test de Batalla

En éste test, se pretende conocer el nivel de conocimientos que el paciente tiene sobre su enfermedad. Se considerará que hay más adherencia, cuanto mayor es el conocimiento acerca de la enfermedad. Según Sanahuja y Rodriguez para la valoración se realizan las siguientes preguntas (29, 30):

1. "¿Es (X) una enfermedad para toda la vida?"

2. "¿Se puede controlar con dieta y medicación?"

3. "Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener (problemas relacionados con su enfermedad)"

Además de estos test, existen otros muchos, como son: Test de Prochasca-Diclemente, Test de Hermes, Test de Herrera Carranza, Test de cumplimiento SMAQ, The Medication Adherence Report Scale y Brief Medication Questionnaire (30).

Todos éstos métodos pueden ser útiles para ciertos tipos de patologías. En el caso de la Anorexia nerviosa, además de centrar el interés en la toma de la medicación (si la hubiera), hay que tener en cuenta otros aspectos más difíciles de modificar, como pueden ser las creencias de las personas, las cuales son susceptibles de ser cambiadas y además constituyen la base de muchas conductas, muy arraigadas y por consiguiente difíciles de cambiar (27).

En dicho tipo de pacientes además de realizar éste tipo de procedimientos para medir la adherencia si fuera necesario, se valorarían otros parámetros, como un correcto aumento de peso, cambios en el estilo de vida y recuperación física y psicológica.

En el siguiente capítulo se procederá a explicar cómo se puede abordar la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

3.4. **Modelos Teóricos**

Aunque hay varios modelos encargados de explicar la adherencia, el Modelo de creencias de la salud y la Teoría del aprendizaje social son los más utilizados. A continuación se describen brevemente ambos modelos.

3.4.1. Modelo de creencias de salud

El Modelo de Creencias en Salud fue desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas encabezado por Hochbaum. Lo que pretendía este modelo era explorar diferentes conductas de salud, con el fin de crear programas de educación para la salud (27).

El modelo parte de la idea de que las conductas son modeladas por las creencias que cada individuo tiene. Dichas creencias no son estáticas, pueden ser modificadas y varían entre unos

individuos y otros, aunque provengan de la misma familia (27).

Básicamente éste modelo establece, que para que una persona lleve a cabo una conducta de salud, tiene que tener presentes los siguientes elementos (27):

- Alta susceptibilidad
- Información
- Alta gravedad percibida
- Eficacia de la intervención
- Pocas dificultades

Todo ello pone de manifiesto la dificultad que presenta para las personas con AN el cambio de conductas, pues suelen presentar una baja susceptibilidad y una baja gravedad percibida. Sin embargo, con respecto a la información recibida a la eficacia de la intervención y a las dificultades, el papel de los profesionales de enfermería y los profesionales sanitarios es fundamental y pueden conseguir un aumento de la susceptibilidad del paciente y de la gravedad percibida.

3.4.2. Teoría del aprendizaje social

Esta teoría fue propuesta por Bandura, en ella enfatiza la importancia que tiene el aprendizaje por observación y establece dos tipos de expectativas, de autoeficacia y de resultados (31).

- Las expectativas de resultados hacen referencia a los objetivos que se pretenden conseguir. El paciente llevará a cabo una acción, si los objetivos a conseguir le parecen lo suficientemente atractivos (31).
- A la hora de trabajar con pacientes con AN, los profesionales de enfermería deberán intentar fijar objetivos realistas y a corto plazo, para que parezcan más factibles.
- Las expectativas de autoeficacia hacen referencia a las creencias que las personas tienen a cerca de sus propias habilidades para poder llevar a cabo una acción. Ésta expectativa estará influenciada por la experiencia propia, por la experiencia vicaria y por las propias emociones individuales. Se le da mucha importancia en éste modelo al concepto de autoeficacia, pues si una persona cree en su propia capacidad para lograr algo, pondrá más empeño que si no creyera en su capacidad (31).
- Los profesionales deben fomentar la autoeficacia de los pacientes que padecen AN, lo cual puede ser algo difícil, pues son pacientes con alto nivel de perfeccionismo, cuyo objetivo es mantenerse en un bajo peso y los cuales pueden creerse incapaces de subir de peso y lograr los objetivos requeridos, por lo que necesitan todo el apoyo del equipo sanitario.

3.5. **Variables Asociadas**

Se han identificado muchas variables asociadas a la adherencia. Según Ortego, Haynes, 1979, identificó más de doscientas variables asociadas con la adherencia. En general, las distintas variables implicadas se pueden agrupar en cinco grandes grupos (32, 23):

- Variables socioeconómicas: edad, sexo, raza, nivel de estudios, desempleo, nivel de ingresos, estado civil, tener hijos y cultura. Una intervención adecuada para abordar éste tipo de barreras serían los grupos de apoyo de otras personas en la misma situación (28, 32).
- Variables relacionadas con el paciente: objetivos esperados con el tratamiento, motivación, severidad, vulnerabilidad, autoeficacia, falta de comprensión, estrés, calidad de vida, mala memoria y apoyo social (29, 28).
- Variables relacionadas con la enfermedad: tipo de enfermedad, cronicidad, y comorbilidad (29, 32).
- Variables relacionadas con el tratamiento: duración, pauta terapéutica, efectos secundarios, coste del tratamiento, complejidad y polimedicación (29, 28, 32).
- Variables relacionadas con el Sistema Sanitario: mala comunicación, falta de empatía, consultas masificadas, habilidades de comunicación, satisfacción con el profesional sanitario de referencia, falta de conocimientos de la adherencia, cambios de profesionales y cambios en el profesional de referencia del paciente (29, 28, 32).

La AN, cuenta con numerosas de las citadas variables, que favorecen la aparición de una mala o nula adherencia al tratamiento, por lo que no hay que caer en el error de centrarse en unas y obviar otras. Los profesionales sanitarios deben trabajar en equipo, haciendo partícipes a las familias o redes de apoyo de los pacientes para así abordar por completo las variables implicadas.

4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Ortego, 2011, señala que “La adherencia es un proceso complejo, no es algo estático, que pueda abordarse favorablemente mediante un tipo de técnica sencilla”. En este sentido, numerosas investigaciones ponen de manifiesto que, en general, las intervenciones resultan más eficaces cuando en ellas se combinan varios aspectos. Una primera estrategia efectiva puede ser proporcionar información y casi todas las actividades incluídas en el campo de la adherencia comienzan de éste modo. No obstante, la información es una herramienta muy potente, pero no es capaz de generar conductas de salud por sí misma. (28)

Las enfermeras juegan un importante papel a la hora de enseñar, reforzar y mantener conductas relacionadas con la adherencia. En la anorexia nerviosa, especialmente cuando supone un ingreso hospitalario, la labor de la enfermera se convierte en crucial. En general, el éxito terapéutico en este tipo de trastorno de la alimentación va a depender de la combinación de una serie de estrategias en las que las enfermeras desempeñan una acción destacada.

Entre las intervenciones destinadas a fomentar la adherencia en los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran: la simplificación del tratamiento, el apoyo social, la educación, la intervención psicológica, la intervención nutricional y el establecimiento de una alianza terapéutica.

4.1. Simplificación del tratamiento

Si los pacientes tienen que tomar algún tipo de medicación, si es posible, es preferible unir los distintos medicamentos en una única toma (10).

4.2. Apoyo familiar o social

La familia, o la red de apoyo más cercana a los pacientes es un pilar muy importante. Durante el ingreso de éstos pacientes, las tasas de adherencia al tratamiento son mayores, puesto que tienen a profesionales sanitarios llevando un control de sus actividades. Por ello, hay que prestar especial atención a los pacientes que viven solos o no tienen una red de apoyo, pues tienen mayor riesgo de incumplimiento, al no tener una mínima vigilancia (10, 14).

4.3. Educación

Adquirir información sobre la enfermedad y habilidades para el manejo y control de la misma deben constituir objetivos fundamentales de cualquier intervención.

Para llevar a cabo la intervención, ya sea individual o grupal, además es preciso abordar creencias del paciente que pueden estar interfiriendo en su adherencia como la vulnerabilidad y susceptibilidad hacia su enfermedad, pues si el paciente tiene conciencia de su enfermedad, será más propenso a cumplir las indicaciones de los profesionales sanitarios (10, 33).

Cuando se habla con los pacientes, hay que hablarles en términos de beneficios y no de riesgos, aunque es importante valorar la severidad percibida de los mismos para comprobar si entienden la gravedad de la presencia de la enfermedad y a su vez los beneficios que pueden encontrar al seguir el tratamiento y mejorar su estado de salud (33).

Asimismo, hay que reforzar las conductas de los pacientes, recompensándoles de alguna manera cuando se acercan a los objetivos marcados, con el fin de ir modelando poco apoco su conducta, sin olvidar que las conductas adquiridas y mantenidas durante mucho tiempo son difíciles de cambiar (10).

4.4. Terapia psicológica

Va dirigida a cambiar los pensamientos y emociones de los pacientes acerca de sus miedos a engordar y a cambiar su silueta. Se recomienda que la duración de la terapia sea de seis meses cuando el paciente ha estado en tratamiento ambulatorio y de doce meses cuando el paciente ha estado en hospitalización (34).

Tras el alta hospitalaria, las personas con AN deberían tener seguimiento ambulatorio para valorar el peso, la conducta alimentaria, miedo a ganar peso…y este control debería ser de unos 12 meses de duración (34).

4.5. **Grupos de ayuda mutua**

Son grupos de personas, que se encuentran en la misma situación y se reúnen con el fin de ayudarse mutuamente. La ayuda emocional va dirigida, tanto a las familias como a los propios pacientes. Los grupos suelen estar dirigidos por personas que han estado en la misma situación que los componentes del grupo, en ocasiones es supervisado por un profesional sanitario (34).

4.6. **Intervención nutricional**

La intervención nutricional, sería la suma de un plan dietético nutricional para la normalización del peso, la corrección de conductas alimentarias anómalas y una educación nutricional, para eliminar las creencias irracionales acerca de los alimentos (12).

Con la intervención nutricional, lo que se busca es que los pacientes vayan ganando peso de manera gradual, no se persigue que tengan una subida brusca de peso (12).

Las comidas siempre deben ser supervisadas por un profesional de la salud, la supervisión tenderá a alargarse una hora después de las ingestas. Se podrán negociar con el paciente ciertos alimentos, pero siempre cubriendo los requerimientos nutricionales del mismo (12).

La alimentación enteral se debería usar como última opción, pues lo que se pretende es construir hábitos saludables y con la alimentación enteral esto no se consigue (12).

4.7. **Alianza terapéutica**

La alianza con éste tipo de pacientes suele ser tarea difícil, puesto que al no tener conciencia de enfermedad, no suelen buscar ayuda (35).

Para fomentar la alianza terapéutica es importante evitar los cambios de profesionales, así como asignar a cada paciente un profesional de referencia, ya que cuesta mucho establecer una relación de confianza si se cambia continuamente de profesional, pudiendo llevar a no establecer esa relación nunca (17).

Entre las variables que distintos estudios centrados en TCA han determinado asociadas al fomento de la alianza terapéutica se encuentran (35, 17):

- Establecimiento de un clima de confianza y apoyo
- Escucha activa y libertad para poder hablar de lo que se quiera
- Disponibilidad de los profesionales, para poder verles cuando los pacientes necesiten
- Conocer los testimonios de otros pacientes que hayan pasado por la misma situación
- Tolerancia por parte de los profesionales
- Reconocimiento de los logros de los pacientes, por mínimos que sean
- Verdadero interés hacia las pacientes
- Buena cohesión dentro del equipo de profesionales sanitarios.
- Programación de objetivos realistas entre el profesional sanitario y el paciente
- Fomentar la motivación al cambio. Si el paciente no está motivado, detener al

menos la pérdida de peso. Y hacerles saber que en cuanto sientan motivación pueden volver al tratamiento.

- Valoración médica de forma regular.
- Hacer sentir a los pacientes más integrados en la comunidad.
- Fomentar las relaciones entre personas en la misma situación (grupos de apoyo)
- Educación sobre trastornos de la conducta alimentaria.
- No etiquetar a los pacientes como “crónicos” (podría originar la sensación de
- que no es posible el cambio).

Siguiendo esta línea, un estudio, realizado en los países bajos en mujeres de entre 12 y 18 años, con TCA, entre ellos anorexia nerviosa, a las que se preguntaba, qué factores de la enfermera habían contribuido a su recuperación, citaron (20):

- Las enfermeras no solo deben estar al tanto de la recuperación física, sino también de la psíquica y emocional.
- Recuperación de los hábitos normales de comer, para ello: las enfermeras recalcaban que el problema era el TCA, no ellas, además aunque ellas tomaban decisiones por los pacientes, siempre explicaban el motivo de esas decisiones y empleaban como ejemplos otras chicas que habían estado en su situación y se iban recuperando.
- Devolver la responsabilidad: Una vez la paciente había recuperado un peso adecuado, la enfermera le dejaba tomar decisiones acerca de sus comidas, siempre corrigiendo cuando era necesario. En caso de perder peso, se volvía a la fase anterior con el objetivo de que las chicas vieran que pueden llevar a cabo una alimentación equivocada sin obsesionarse.
- Toma de decisiones: Se invitaba a los pacientes a que participaran en comidas sociales, para ver que decisiones tomaban y luego comentarlas.
- Ejercicio saludable: Dado que muchos pacientes realizan ejercicio de manera compulsiva, sobre todo esto se hace visible después de haber realizado alguna comida. Las enfermeras acompañaban a los pacientes a caminar, indicándolas el ritmo adecuado e intentaban hacerlas comprender que el ejercicio no solo tiene la finalidad de perder peso sino que es algo saludable y que hay que practicar con moderación.
- Desarrollo de actividades sociales: Hablaban con las pacientes de su vida social y de la importancia de relacionarse con más gente.
- Asesoramiento a los padres: Los padres son los que mejor conocen a sus hijos y a su vez no saben cómo cambiar sus hábitos. Las enfermeras les aconsejaban sobre lo que pueden hacer para cambiar esto.

4.8. **Realidad virtual**

Parte de la educación se puede llevar a cabo en forma de realidad virtual. Así, la realidad virtual se emplea como un paso previo a la realización de una actividad in vivo. Constituye un complemento de las intervenciones mencionadas anteriormente, pues de manera aislada, no se conseguirían los mismos resultados (15).

Lo que se pretende es aumentar la motivación y autoeficacia, pues son dos pilares fundamentales y necesarios de reforzar en pacientes con éste tipo de patología (15).

Éste programa de realidad virtual consiste en un programa de ordenador, en el cual aparece una cocina, equipada a todo detalle, con electrodomésticos, armarios, cubiertos, comida, muebles y cualquier cosa que se pueda encontrar en una cocina convencional (15).

Los pacientes pueden comer los alimentos virtuales que quieran, incluso los que no comerían en la vida real e incluso podrían guardarlos bajo llave para evitar comerlos. De ésta manera lo que se pretende es que los pacientes sientan algo similar a lo que sentirían si lo comieran de manera real, y al ver que todo ello no acarrea consecuencias negativas, irían poco apoco disminuyendo su nivel de miedo (15).

4.9. **Control sobre el empleo de Internet**

Si en el buscador de Google, se introducen las palabras “ANA” (anorexia) y “MIA” (bulimia), aparecen numerosas páginas y blogs de chicas jóvenes que hablan de los TCA (7). En estas páginas se pude encontrar información sobre diferentes fármacos disponibles para provocar el vómito, distintos tipos de dietas y trucos para adelgazar, tablas para calcular el IMC y carreras para adelgazar. Aunque también existen páginas con rigor científico, por ejemplo la abalada por el defensor del menor de la Comunidad de Madrid.

Es decir, hoy día cualquiera puede colgar información en internet, la cual en muchas ocasiones no aparece firmada y es difícil verificar si lo que aparece escrito es cierto o no, por lo que en este tipo de pacientes, Internet se puede convertir en un campo muy perjudicial ya que numerosas pacientes encuentran apoyo en páginas web y foros que defienden éste tipo de TCA. Por todo ello, es importante advertir sobre este hecho y llevar a cabo acciones encaminadas a “controlar” la información ofrecida a través de Internet (7).

5. REFLEXIONES

La anorexia nerviosa es una patología mental de carácter crónico cuya prevalencia va in crescendo. Por otro lado, la ausencia o inadecuada adherencia al tratamiento es un problema de una amplia magnitud que continúa aumentando, a pesar de disponer de numerosas herramientas para abordarlo.

Si bien es cierto que no es tarea fácil el abordaje de la adherencia en éste tipo de pacientes, especialmente porque habitualmente no suelen tener conciencia de enfermedad y, además, porque para hacer frente al trastorno se requiere de numerosos cambios en los estilos de vida y en los patrones conductuales de las personas que lo sufren, es preciso establecer acciones encaminadas a incrementar y mantener la adherencia. Actualmente, se conocen numerosas intervenciones que han mostrado ser eficaces. No obstante, para llevar a cabo éstas intervenciones es preciso contar con personal cualificado, que conozca la enfermedad y capaz de establecer una relación terapéutica que favorezca el abordaje de ésta problemática.

Los profesionales de enfermería tienen una labor fundamental en el trabajo diario con los pacientes que sufren de anorexia nerviosa. Por ello, antes de empezar a trabajar con éste tipo de pacientes, es importante educar a los profesionales de enfermería acerca de ésta patología y de las estrategias destinadas a incrementar la adherencia que pueden llevar acabo en su quehacer diario. Todo ello, además de constituir un paso importante para la recuperación del trastorno, favorece la motivación de los profesionales de enfermería y evita la frustración de los mismos cuando no se consigan los objetivos marcados.

En definitiva, lograr la adherencia al tratamiento en pacientes con anorexia nerviosa es una tarea difícil aunque alcanzable, especialmente si se cuenta con profesionales de la salud preparados y motivados que ponen en marcha y supervisan estrategias destinadas a alcanzar ese objetivo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Gordillo LF, Arana MJM, Salvador J, Mestas HL. Tomar decisiones con anorexia nerviosa: implicaciones en el desarrollo y tratamiento de la enfermedad. Trastornos de la conducta alimentaria. [Internet]. 2011 [citado 03 Feb 2015]; 13:1416-1436. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3734475

(2) Arnaiz MG. Género, cuerpo y comida: razones culturales en la anorexia nerviosa. Antropología y enfermería: Campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés, II [Internet]. 2 (1). Tarragona: Publicaciones URV; 2010. [Citado 28 Ene 2015]. Disponible en: https://books.google.es/

(3) Baldares MJV. Trastornos de la conducta alimentaria. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. [Internet].2013 [citado 24 Feb 2015]; 70(607):475-482. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf

(4) Doalto MY, López HA, Cano BT, Vicente PM. Prevalencia de los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria en la Unidad de Hospitalización de Cantabria. Nuberos Científica. [Internet]. 2014 [citado 09 Ene 2015]; 2(12):11-18. Disponible en: http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/1/6

(5) Gómez del Barrio JA, Gaite LP, Gómez E, Carral LF, Herrero CS, Vázquez-Barquero JL. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. [Internet] Cantabria: Gobierno de Cantabria; 2012 [citado 19 Ene 2015]. Disponible en: http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf.

(6) Rosado TS. Influencia de los medios de comunicación y de los grupos sociales en la percepción de la imagen corporal en pacientes con anorexia neviosa. Disponible en: http://repositori.upf.edu/handle/10230/20956

(7) Gutiérrez BB, Saúl GLÁ, Jenaro RC. La anorexia y la bulimia en la red: Ana y Mia dos 'malas compañías' para las jóvenes de hoy. Acción psicológica. [Internet]. 2011 [citado 20 Feb 2015]; 8(1):71-84. Disponible en: http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/197

(8) Delinsky SS, Thomas JJ, Germain SAS, Ellison Craigen K, Weigel TJ, Levendusky PG, et al. Motivation to change among residential treatment patients with an eating disorder: Assessment of the multidimensionality of motivation and its relation to treatment outcome. Int J Eat Disord. [Internet]. 2011 [citado 16 Ene 2015]; 44(4):340-348. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20809/abstract;jsessionid=88550E422A5C4C675E68E0BB02935E8E.f01t01?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false

(9) Del Duca M, Gallegos Y, Da Col G, Trenchi MN. Adherencia al tratamiento desde la perspectiva del médico de familia. Biomedicina. [Internet]. 2013 [citado 24 Dic 2014]; 8(1):6-15. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/adherencia_tratamiento_abril13.pdf

(10) Pérez CV, Javier FG, Martín JO. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. Pharmaceutical Care. [Internet]. 2012 [citado 20 Dic

2014];14(6):249. Disponible en: http://pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/97

(11) Marchena GC, Calero EA, Galván DN. La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. Clínica y Salud. [Internet]. 2013 [citado 20 Feb 2015]; 24((2) Jul):55-65. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527413700070

(12) Jáuregui LI, Bolaños RP. Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa. Rev Med Chile. [Internet]. 2012 [citado 20 Ene 2015];140(1):98-107. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000100015&script=sci_arttext

(13) Gismero GE. Factores causales de los trastornos de la conducta alimentaria atribuidos por profesionales sanitarios. Acción psicológica. [Internet]. 2012 [citado 06 Ene 2015]; 9(2):77-86. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4214125

(14) Timlin U, Hakko H, Heino R, Kyngäs H. A systematic narrative review of the literature: adherence to pharmacological and nonpharmacological treatments among adolescents with mental disorders. J Clin Nurs. [Internet]. 2014 [Citado 15 Dic 2015]; 23(23-24):3321-3334. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12589/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false

(15) Perpiñá TC, Ferrero Á, Carrió C, Roncero M. Normalización de la ingesta en una paciente con anorexia nerviosa purgativa con el apoyo de un entorno virtual. Un estudio de caso. Anuario de psicología clínica y de la salud. [Internet]. 2012 [citado 25 Feb 2015]; 08:23-30. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4620666

(16) Prieto PD, Ibiricu BÁ, Doblado LO. Adherencia al tratamiento como práctica efectiva en salud. Rev Paraninfo Digital. [Internet]. 2011 [citado 11 Feb 2015]; 12. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n11-12/090d.php

(17) Jáuregui LI. Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos de la conducta alimentaria. [Internet]. 2009 [citado 3 Mar 2015]; (10):1087-1100. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?q=Cronicidad+en+trastornos+de+la+conducta+alimentaria&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

(18) Vaquero SM, Solano PN. Terapia ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG. [Internet]. 2012 [Citado 19 Ene 2015]; (15):3. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/

(19) Snell L, Crowe M, Jordan J. Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. J Clin Nurs. [Internet]. 2010 [Citado 14 Mar 2015]; 19(3-4):351-358. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.03000.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false

(20) Bakker R, van Meijel B, Beukers L, van Ommen J, Meerwijk E, van Elburg A. Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective on effective interventions. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing [Internet].

2011 [citado 13 Ene 2015]; 24(1):16-22. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/

(21) D´Anello KS, Barreat MY, Escalante G, D' Orazio A, Benítez A. La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tramiento médico. MedULA. [Internet]. 2009 [citado 03 Ene 2015]; 18(1):6. Disponible en: https://vpnuc.unican.es/servlet/,DanaInfo=dialnet.unirioja.es+articulo?codigo=3241337

(22) American Psychiatric Association. Anorexia nerviosa. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5). Vol 1. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 338-345

(23) Psicomed S.L. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. [Internet]. Madrid. [citado 13 Dic 2014]; Disponible en: http://www.psicomed.net/principal/cie10_indice.html

(24) Calvo SR. Comprendiendo y superando la cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria [Understanding and overcoming chronic eating behavior disorders]. Acción psicológica. [Internet]. 2011 [citado 04 Mar 2015]; 8(1):35-56. Disponible en: http://revistas.uned.es/

(25) Alfonso LM, Abalo JAG. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicysalud [Internet]. 2014 [citado 4 Feb 2015]; 14(1):89-99. Disponible en: http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869

(26) Pisano GMM, González PA. Modifying habits and treatment adherence, essential for controlling the chronic disease. Enfermeria Clinica. [Internet]. 2014 [citado 12 Mar 2015]; 24(1):59-66. Disponible en: http://europepmc.org/abstract/med/24369770

(27) Viveros GRO, Herrera ÉO. Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. Psicología y Salud. [Internet]. 2013 [citado 20 Ene 2015]; 21(1):79-90. Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf

(28) Ortego MMC. Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Un metaanálisis. [Tesis doctoral]. Santander: Universidad de Cantabria; 2011 [citado 17 Feb 2015]. Disponible en: https://vpnuc.unican.es/

(29) Sanahuja M, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia terapéutica. Pharmaceutical Care España. [Internet]. 2012 [citado 10 Dic 2014]; 14(4):162. Disponible en: http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/84

(30) Rodríguez CMÁ, García JE, Amariles P, Rodríguez CA, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención Primaria. [Internet]. 2008 [citado 23 Ene 2015]; 40(8):413-417. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708720766

(31) Ríos HI. Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. Perspectivas de la Comunicación. [Internet]. 2011 [citado 10 Feb 2015]; 4(1):123-140. Disponible en: http://publicacionescienciassociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/view/111

(32) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. [Internet]. 2004 [citado 15 Ene 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=

(33) Avila SG, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa A, Vega-Argote G, Franco-Corona B. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Aquichan [Internet]. 2013 [citado 28 Dic 2014]; 13(3). Disponible en: http://www.erevistas.csic.es/

(34) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. [Internet] Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña; 2009. [citado 1 Mar 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_440_Tt_Conduc_Alim_compl_(4_jun).pdf

(35) Cruzat CM, Aspillaga CH, Behar RA, Espejo CL, Gana CH. Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2013 [citado 04 Ene 2015]; 51(3):175-183. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000300003