



Grau

Infermeria

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT

UMANRESA | UVIC·UCC

Experiencias de pacientes y familiares con Trastornos de Conducta Alimentaria

Nom estudiant: Laura Salvador Fernández

Tutor/a: Cristina Garcia Salido

Treball Final de Grau

Curs: 2022/2023

ÍNDEX

Resumen.....	4
Abstract	5
1. Introducció i justificació	6
2. Marco teòric	8
2.1 Definició TCA.....	8
2.2 Classificació TCA	8
2.3 Epidemiologia.....	10
2.4 Etiologia	11
2.5 Diagnòstics	12
2.6 Tractament	13
2.7 Paper de la infermera	14
3. Objectius	17
4. Metodologia.....	18
4.1 Tipus de disseny.....	18
4.2 Participants	18
4.3 Àmbit	18
4.4 Criteris d'inclusió i d'exclusió	19
4.5 Tècniques de recollida de dades	19
4.6 Anàlisi de les dades.....	21
4.7 Criteris de rigor i validació	22
4.8 Consideracions ètiques i legals	23
4.9 Procediment de l'estudi	24
5. Limitacions de l'estudi	25
6. Recursos.....	25
7. Cronograma de l'estudi.....	24
8. Plan de difusió	25
9. Conclusió	26
10. Bibliografia	28
11. Annexos	32
Anexo 1: Criteris diagnòstics del DSM-V.....	32
Anexo 2: Criteris diagnòstics de CIE-10	33
Anexo 3: Eating Attitudes Test.....	34
Anexo 4: Cuestionari SCOFF	35
Anexo 5: Guió entrevistes	36

Anexo 6: Guion Grupo Focal	37
Anexo 7: Carta Hospital Universitario Mutua Terrassa	38
Anexo 8: Formulario de solicitud para CER.....	39
Anexo 9: Consentimiento Informado para la participación al estudio: .	40

Resumen

Los TCA son un grupo de trastornos psiquiátricos que suponen un problema de Salud Pública actual y que ha ido en aumento desde en las últimas décadas. En España se calcula que alrededor del 1-3% de hombres padece algún TCA y alrededor de un 7-18% de mujeres, Siendo la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa los trastornos más comunes. Son trastornos normalmente de causa multifactorial y donde la familia juega un papel importante para la recuperación de estos pacientes.

El objetivo principal de esta investigación sería conocer la experiencia de los pacientes y sus familiares que padecen Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa y que están en tratamiento en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Mutua Terrassa

Se utilizará una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico descriptivo transversal donde la población de estudio serán los pacientes y familiares ingresados en la unidad mencionada anteriormente. El muestreo será no probabilístico y de conveniencia ya que se escogerán a los participantes de manera intencionada.

Para la obtención de los datos se utilizará una triangulación de datos a través de entrevistas semiestructuradas a los pacientes y a sus familiares, de un grupo focal mixto y de las notas de campo del investigador obtenidas durante las entrevistas, hasta llegar a la saturación de datos

Con esta investigación se pretende ver si las intervenciones enfermeras realizadas en la unidad a los pacientes y sus familiares son beneficiosas y para poder reforzar esas intervenciones durante el tratamiento.

Palabras clave: Trastornos Alimentarios, Bulimia Nerviosa, Anorexia Nerviosa, Apoyo Familiar, Adolescencia.

Abstract

Eating Disorders (ED) are a group of psychiatric disorders that are a current public health problem and have been increasing in recent decades. In Spain, it is estimated that around 1-3% of men suffer from an ED and around 7-18% of women, with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa being the most common disorders. These disorders are usually multifactorial in cause and the family plays an important role in the recovery of these patients.

The main objective of this research would be to know the experience of patients and their families who suffer from Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa and who are being treated at the Eating Disorders Unit of the Hospital Universitario Mutua Terrassa.

A qualitative methodology will be used with a cross-sectional descriptive phenomenological approach where the study population will be the patients and relatives admitted to the aforementioned unit. The sampling will be non-probabilistic and of convenience as the participants will be chosen intentionally.

In order to obtain the data, data triangulation will be used through semi-structured interviews with patients and their relatives, a mixed focus group and the researcher's field notes obtained during the interviews, until data saturation is reached.

The aim of this research is to find out what patients and their relatives know about the pathology and to find out what nursing actions are carried out in the unit in order to be able to reinforce these interventions during treatment.

Key words: Eating Disorders, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, Family Support, Adolescents.

1. Introducció i justificació

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son un conjunto de enfermedades psiquiátricas que suponen un problema para la salud pública según Muñoz Calvo(1). Los TCA se caracterizan porque la persona que los padece tiene una percepción distorsionada de su propia imagen corporal, provocando la necesidad de controlar de manera obsesiva el peso, alterar la ingesta de alimentos con consecuencias tanto físicas como mentales. Según los estudios epidemiológicos realizados en la universidad Complutense de Madrid son trastornos de larga evolución donde la mitad de los casos acaban presentando sintomatología 5-10 años desde el diagnóstico inicial (2).

La gran parte de la sociedad cree que son trastornos de la actualidad debido al aumento de casos a partir de los años 80. Aun así son trastornos que han existido desde la edad media, pero no es hasta finales del siglo XIX donde se produce un aumento del interés científico. Laségue y Gull (3) describen los trastornos tal cual los conocemos en la actualidad y es también quienes reivindican que las actuaciones farmacológicas y los estimulantes de apetito no son de ayuda para la recuperación del paciente. También destacan la posición indefensa de los familiares delante de la manipulación que tienen estos pacientes hacia sus familiares y allegados y recalco la importancia de introducir cambios en las relaciones que establecen los pacientes con las personas de su alrededor para su mejoría. Estos cambios pueden incluir una comunicación abierta, evitar ambientes tóxicos, buscar apoyo emocional, tratamiento profesional, y adoptar un estilo de vida saludable. Es importante destacar que estos cambios pueden ser difíciles de lograr, pero pueden ser cruciales para la recuperación y el mantenimiento a largo plazo (4).

Los TCA a lo largo de los años se han ido modificando desde que en 1987 el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (5), los incluyo dentro de los trastornos psiquiatras de la adolescencia y la infancia. En la actualidad el DSM-V los incluye ya como categoría independiente con el nombre de Trastorno de la Conducta Alimentaria y con una clasificación de diferentes categorías que son: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa, (BN), Trastorno por atracones (TA), Trastorno de rumiación (TR), Pica y

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCA-NE) , siendo los dos primeros los más prevalentes (6).

Estos trastornos son tiempo-dependientes, es decir que una detección precoz y un buen manejo son indispensables para la un buen pronóstico, siendo los centros de atención primaria donde se deberían de identificar más rápidamente, ya que son la puerta de entrada de la mayor parte de casos de TCA (7).

En los TCA aproximadamente el 10% son los síntomas visibles que el paciente puede llegar a padecer y el otro 90% son otros factores que afectan al paciente pero son más difíciles de detectar como pueden ser las inseguridades que originan la enfermedad, el miedo, la culpa, la autocrítica, la frustración, disminución de la atención, la concentración o la memoria (8).

Des del punto de vista del abordaje de esta patología es importante resaltar que se tendría que hacer un abordaje multidisciplinar para aumentar la posibilidad de mejoría y siendo un papel privilegiado el de la enfermera ya que puede abordar el tema des de las actividades preventivas de la educación de la salud y realizar un mejor seguimiento de los pacientes diagnosticados con TCA y a sus allegados.

Por esta razón es necesaria la investigación de este tema para poder poner en claro los abordajes enfermeros necesarios para los TCA y el importante papel de la enfermera para la prevención, la educación y el manejo una vez instaurado el trastorno. Es por ello que se realiza esta pregunta de investigación

¿Se puede afirmar que las técnicas y cuidados enfermeros realizados tienen un efectos beneficiosos en la calidad de vida y en la recuperación de los pacientes con TCA y sus familias en la Unidad de Trastornos alimentarios del Hospital Universitario Mutua Terrassa (HUMT)?

2. Marco teórico

2.1 Definición TCA

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos mentales que se caracterizan por una alteración de la conducta alimentaria y un control obsesivo del peso que acaba provocando en la persona consecuencias negativas para la salud tanto físicas como mentales. Su origen es multifactorial con una correlación de las diferentes causas biológicas, psicológicas, familiares y socioculturales. La AN y la BN son los trastornos más conocidos, pero existen otros como el TPA, los TCANE, la ortorexia o la vigorexia (9).

En España se calcula que los TCA afectan a unas 400.000 personas de las cuales 300.000 son de una franja de edad de entre los 12 y los 24 años. Son trastornos graves pero que se pueden curar con equipos médicos y psicológicos especializados en TCA. Los tratamientos son eficaces siempre y cuando se diagnostique de manera temprana para poder asegurar un tratamiento precoz y con mejor pronóstico (8,10).

2.2 Clasificación TCA

Anorexia Nerviosa

La Anorexia Nerviosa (AN) se caracteriza por un gran temor a la obesidad y una pérdida excesiva de peso por el ayuno que se autoimponen las personas que la padecen. Su manifestación es superior en el sexo femenino que el masculino, con una proporción en España de 10 mujeres por cada hombre que padecen la enfermedad. Es una patología predominante en la adolescencia y en el adulto joven (12 a 24 años). El comportamiento de las personas que padecen AN es muy característico y fácilmente detectable ya que habitualmente hay un rechazo por la alimentación y por la idea distorsionada de su propio cuerpo. Tiene un gran impacto en la vida de la persona en todos los niveles de la persona tanto familiar, social, laboral, académico y emocional. Los síntomas aparecen de forma progresiva (4).

Se han reconocido dos tipos de AN: (11)

- **Anorexia Restrictiva:** Este tipo se caracteriza por la pérdida de peso a través de la restricción de la alimentación. En este tipo no hay purgativos y normalmente se complementa con una realización de ejercicio físico excesivo.
- **Anorexia Purgativa:** En este caso además de la dieta impuesta y del ejercicio excesivo, sí que se utilizan métodos de purga para eliminar la comida ya sea después de una comida mínima o de un atracón. También es posible que se utilicen fármacos, como laxantes, enemas o diuréticos, que ayudarían a la eliminación más fácil.

La origen de la AN es multifactorial donde cal que haya una interrelación entre los factores biológicos, sociales y psicológicos de la persona . Los diferentes factores se podrían diferenciar en predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.

Bulimia Nerviosa

En la Bulimia Nerviosa (BN) hay un inicio muy similar al de la AN, reduciendo la cantidad de comida o eliminando determinada clase de alimentos pero en vez de seguir el ayuno autoimpuesto, la persona realiza atracones de comida con una posterior conducta purgatoria o de compensación con ayuno después del atracón. En el caso de la BN la disminución de peso no es el factor principal de reconocimiento ya que en muchos casos no hay variación y la persona está dentro del IMC correspondiente, lo que si sería importante seria identificar las variaciones rápidas entre el aumento y la pérdida de peso debido a la conducta. Es habitual en los pacientes que padecen esta patología que no presenten signos delante del resto de personas allegadas, ya que en reuniones o celebraciones actúan de manera normal al respecto con la comida y no realizarían rechazo de ningún tipo de alimento (4).

Fundamentalmente la BN ocurre a mujeres y a una edad más mayor que en la AN y no suele presentar signos clínicos hasta que la enfermedad ya está avanzada. Suele ser la propia paciente la que pida ayuda médica una vez haya reconocido que tiene un problema de salud que no puede controlar. Para poder considerar que la paciente padece BN se tiene que mantener durante

tres meses mínimo la acción purgatoria y al menos dos veces por semana (10).

Al igual que en la AN, la BN es de causa multifactorial donde estarían relacionado los factores biológicos, psicológicos y los sociales que actuarían como factores predisponentes, desencadenantes o de mantenimiento.

2.3 Epidemiologia

Los TCA son trastornos con predominación en mujeres todo y que es cierto que en la actualidad hay un aumento de casos en hombres y a edades cada vez más tempranas. El rango medio de afectación por estos trastornos oscila desde los 12 a los 24 años, siendo de mayor riesgo las edades de 14 a 18 años. Los TCA pueden afectar a cualquier tipo de cultura, etnias o de grupo socioeconómica sin hacer distinción.

Según el Instituto de Salud Pública de Madrid (12) los estudios realizados sobre epidemiología en España son de la década de los noventa y con un número muy limitado de investigaciones. Aun así concluyen que en España hay una prevalencia de TCA en torno un 0,9-3% en varones y 7,3-18% en mujeres.

En Europa los estudios realizados por Keski-Rahkonen y W.Hoed (13) se calcula que hay una prevalencia de entre 5,5 y 17,9% de mujeres jóvenes que declaran haber padecido algún tipo de trastorno alimentario y entre el 0,6 y el 2,4% de hombres, siendo las cifras muy similares a los estudios realizados en España (12).

El 20-30% de los casos tendrían una recuperación parcial y tan solo un 10-20% harán crónica la enfermedad. También afirman que hay diferentes patologías que aumentan el riesgo de padecer algún tipo de TCA como podrían ser trastornos del estado de ánimo (40-80%), trastornos de ansiedad(10-40%) y trastornos obsesivo compulsivos (40%). En la edad adulta también se podrían añadir el abuso y la dependencia de otras sustancias, trastornos de la personalidad y otros trastornos psiquiátrico (4).

La tasa de mortalidad es importante en los TCA ya que nos indicaría el grado de gravedad que podría tener el paciente según la patología que presente. La AN tiene una tasa de mortalidad seis veces por encima de la que se esperaría en la población para su edad con una tasa anual ponderada de 5 muertes por 1000 personas por año, a diferencia de 1,7 que tendría la BN (14,15).

2.4 Etiología

La etiología en todos los TCA son de causas multifactoriales donde hay una correlación entre los factores biológicos, socioculturales y psicológicos para acabar desarrollando AN, BN o cualquier otro tipo de trastorno. Estos factores los dividiríamos en factores predisponentes, factores precipitantes y factores de mantenimiento .

- **Factores biológicos:** Los estudios concluyen que la población más vulnerable a padecer TCA corresponde al sexo femenino en una franja de edad de entre 12 y 21 años. También hablan de una predisposición genética donde los estudios realizados a familias muestran que hay mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA (9).
- **Factores socioculturales:** Dentro de estos factores se identifican factores de riesgo para los diferentes TCA como son las familias sobreprotectoras, exigentes o conflictivas, desestructuradas, antecedentes familiares de TCA, alcoholismo familiar , hábitos alimentarios atípicos de la familia o incluso hábitos alimentarios y de hacer deporte poco regulares durante la infancia (14).
- **Factores psicológicos:** Aquí se han asociados distintos factores para los TCA como sería: trastornos afectivos, trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno de control de impulsos, excesiva rigidez de la persona, perfeccionismo, baja autoestima así como haber realizado dietas restrictivas o antecedentes de dificultades alimentarias (15).

Estos tres principales factores estarían incluidos en los siguientes tres factores:

- **Factores predisponentes:** Estos lo dividiríamos en tres grupos, los factores socioculturales, como podrían ser pertenecer a la sociedad

occidental donde hay un gran interés por las dietas y la salud, provocando un aumento de la preocupación por el aspecto físico e intentando adaptarse a los cánones establecidos por la sociedad. El segundo grupo serían los factores familiares que aunque no haya una confirmación empírica, hay estudios que demuestran que una sobre exigencia y sobreprotección de los hijos favorece a un aumento de inseguridad y de falta de control en los adolescentes. Y por último grupo serian los factores individuales como podrían ser la predominancia a la inestabilidad emocional del paciente, la obesidad o la tendencia al sobrepeso del individuo que podrían ayudar a desarrollar AN (15).

- **Factores precipitantes:** Serían las vivencias individuales de cada uno que harían al individuo más vulnerable de padecer algún TCA y se cree que cuando la patología se desarrolla sin los factores precipitantes puede haber una patología de base más grave. Algunos ejemplos de estos factores serian problemas familiares, relaciones sexuales conflictivas o la perdida de algún ser querido (11,15).
- **Factores de mantenimiento:** Serian todos aquellos factores que repercutirán a perpetuar el cuadro clínico y que no hay un buen pronóstico para la mejoría del paciente.

2.5 Diagnósticos

De los mayores problemas que hay en los TCA es lo tarde que se diagnostican los trastornos que provoca un retraso en poder aplicar el tratamiento o de corregir los síntomas que no ayudan a tener un buen pronóstico de la enfermedad. También hay que destacar que en la BN se suele tener un diagnóstico tardío debido a que en este trastorno no siempre hay una pérdida de pesos significativa que haga saltar las alarmas de los allegados del paciente (16,17).

En la AN también se puede tener en cuenta el IMC para el diagnóstico, en casos de adultos un IMC $<17\text{kg}/\text{m}^2$ se podría considerar bajo, mientras que en los niños el IMC se utilizaran los percentiles. Siendo el quinto percentil

como de referencia y aquellos que no han mantenido una trayectoria con esta estarían dentro de los criterios de bajo peso corporal (11).

La Academia Americana de Psiquiatría y la OMS tienen criterios definidos (DSM-V y CIE10) para el diagnóstico de los TCA. (Anexos 1 y 2), aparte de estos criterios también es importante la realización de exámenes físicos y exámenes complementarios como analíticas completas, ECG, análisis de orina, estudios hormonales y realizar una historia clínica del paciente y de su entorno familiar (16,18).

Tanto en la BN como en la AN tienen test estandarizados para poder detectar la patología como son:

- Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, EAT-26). Este cuestionario está basado en 26 preguntas con 6 opciones de respuestas (19). (Anexo 3)
- EL cuestionario SCOFF que trata de 5 preguntas con respuesta de si o no y que con una única respuesta afirmativa ya se incluye al adolescente en el grupo de riesgo de padecer TCA (19). (Anexo 4)

Test de Bulimia Revisado (Bulimia Test Revised, BULIT-R), contiene tiene 36 ítems con 5 opciones de respuesta que evalúa los criterios definidos por DSM-V.

- Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Inventory, EDI-II), en este caso son 91 ítems con 6 posibles respuestas Asociados a los síntomas y signos de AN y BN.

2.6 Tratamiento

El tratamiento que se da en estos trastornos tiene que ser interdisciplinar para poder aportar una mayor posibilidad de recuperación de los pacientes y debe de estar centrado en mejorar diferentes aspectos de la persona como reconducir la conducta alimentaria con consejos para su mejoría, intentar trabajar la personalidad del individuo e involucrar al entorno del paciente para el tratamiento del paciente (18).

Por lo que hace la Atención Primaria (AP), es el primer nivel de atención sanitaria donde los profesionales de enfermería tienen un papel importante para la identificación de factores de riesgo en las personas vulnerables a padecer TCA y decidir si tratarlos en AP o derivarlos a centros especializados. Las principales intervenciones que se debería de dar en AP serian la de educación nutricional, un seguimiento semanal para prevenir posibles recaídas y poder ofrecer apoyo y asesoramiento para las familias afectadas (20).

Algunos de los principales objetivos del tratamiento son:

- Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional saludable del paciente.
- Tratar las posibles complicaciones físicas que pueda padecer el paciente
- Proporcionar educación sobre los patrones alimentarios saludables, de una dieta equilibrada, con la intención de orientar a la persona y sus familiares a seguir una buena conducta y así conseguir una motivación a mejorar.
- Modificar o mejorar las actitudes adquiridas a raíz del desarrollo del TCA a través de terapias psicológicas, tratamientos farmacológicos (antidepresivos) o una combinación de ambas.
- Tratar las posibles comorbilidades tanto psiquiátricas como físicas
- Conseguir un apoyo familiar
- Prevenir las recaídas teniendo prevención de las situaciones que puedan llegar a favorecer las recaídas (9).

4.7 Papel de la enfermera

El estudio publicado en la revista CinciaxCuidado en 2020 por un grupo de investigadores (21) después de hacer una revisión de diferentes estudios ya publicado anteriormente coincidían en que es importante el papel de la enfermera a la hora de modificar las conductas de estos pacientes ya que estos profesionales deben de motivar al paciente para una correcta

adherencia terapéutica y asesorar a la hora de generar cambios. También se tendría que destacar el plan de cuidados individualizado a cada uno de ellos según sus necesidades más urgentes. Esta investigación concluye que el papel de la enfermera es importante durante el proceso y la rehabilitación del paciente ya que incide en el pensamiento y su conducta.

La enfermera también hace la prevención de estos trastornos a través de la educación por la salud que realizarían en las consultas pediátricas, en las charlas de los institutos o en consulta especializada. La enfermería en este caso tiene que centrar su atención en mejorar las conductas y respuestas que tiene el paciente y que podría afectar a mantener o mejorar el estado de salud del paciente. Esto significaría realizar actividades como enfermera para prevenir, resolver o reducir las manifestaciones clínicas del paciente con TCA (22).

Las intervenciones que se realizan como enfermeras a nivel de prevención serían:

- Prevención primaria que consistiría en desarrollar programas para la prevención que disminuyan los factores de riesgos y den educación sobre conductas saludables y dietas equilibradas y nutritivas.
- Prevención secundaria, cuando la primaria no ha sido efectiva se realizaría la secundaria que estarían enfocados en la detección precoz de los síntomas.

Es importante también establecer una relación paciente- enfermera para poder fomentar esa recuperación del paciente y que esta aporte al paciente sentimientos de solidaridad, sinceridad, igualdad, confianza, seguridad, respeto, honestidad y participación. Con todo esto se puede entablar una relación terapéutica mediante la empatía y que facilitara que el paciente exprese sus sentimientos de una manera sincera. Es por eso que la enfermera también debe de demostrar que las intervenciones que ofrece están destinadas al beneficio del paciente para poder incentivarlo o ayudarlo en el momento que tenga pensamientos negativos o ideas (23).

Por lo tanto el papel de la enfermera tiene múltiples factores, los principales son la detección precoz y la promoción de salud para así limitar la incidencia de los casos. También es importante su papel a la hora de educar en hábitos y estilos de vida saludables para poder crear conciencia sobre la patología y ayudara a la adherencia al tratamiento por parte del paciente. El enfermero también debe fomentar la escucha activa para favorecer a la recuperación y así también demostrar un interés genuino por la situación. (24).

El plan de cuidados dedicados a estos pacientes tienen que ser individualizados y que contengan valoración integral, planificación, ejecución y evaluación según las necesidades más urgentes, es por ello que se trabajaran en grupos multidisciplinares y con apoyo entre si para poder favorecer la adherencia y poder tratar al paciente de manera holística (25).

3. Objectivos

Hipòtesis

Las intervenciones enfermeras y el tratamiento recibido en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Mutua Terrassa son beneficiosos para los pacientes y familiares

Objetivo general

Conocer la experiencia de los pacientes y familiares que padecen Anorexia Nerviosa o Bulimia Nerviosa ingresados en la UTCA del Hospital Universitario Mutua Terrassa durante el periodo de 2024-2025 y que estén en tratamiento con enfermería .

Objetivos específicos

- Explorar si la educación sanitaria recibida por enfermería se adapta i de individualiza a cada persona
- Identificar los posibles obstáculos o dificultades que pueden no ayudar a un buen control de la patología
- Describir si existen carencias por parte enfermera en la unidad y como se podrían mejorar
- Profundizar en como el soporte familiar y enfermero es beneficioso para la adherencia al tratamiento

4. Metodología

4.1 Tipo de diseño

El diseño de este estudio es cualitativo de tipo fenomenológico hermenéutico descriptivo transversal. Según Taylor y Bodgan (26) estos estudios describen y estudian el significado de las experiencias de un grupo de personas que atraviesan una situación vital similar con el objetivo de poder comprender la experiencia, buscar una toma de conciencia y un significado.

En esta investigación se quiere conocer la experiencia y vivencias de familiares y pacientes de la Unidad de Trastornos Comportamiento Alimentarios(UTCA) del Hospital Universitario Mutua Terrassa.

4.2 Participantes

Para la selección de los participantes se va utilizar un muestreo no probabilístico de conveniencia, dónde los individuos no van a ser seleccionados al azar sino de manera intencionada para que nos permita identificar aquellos que aporten información valiosa para la investigación hasta la saturación de datos, este concepto se define como el momento en el que hay suficiente información, no hay novedad en los datos y se deja de aportar información nueva (27) . En la investigación los participantes reunirán una serie de criterios descritos más adelante.

Para el tamaño de la muestra se necesitara llegar a la saturación de datos es por ellos que se realizará con un número aproximado de participantes entre 6 y 12 que realizaran todas las técnicas de recogida de datos propuestas (27).

4.3 Ámbito

En este caso se pretende estudiar la experiencia de los pacientes y familiares que están en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Mútua Terrassa (HUMT) con relación a las intervenciones de las enfermeras en esta unidad.

4.4 Criterios de inclusión y de exclusión

Los participantes de esta investigación se determinaran a través de unos criterios que serán los siguientes:

De inclusión:

- Padecer AN, BN o ambas a la vez y estar en seguimiento por enfermería en la UTCA.
- Ser familiar de 1º grado de consanguinidad con dichos pacientes o ser representantes legales de estos.
- Tener edad de entre 14 a 18 años.

De exclusión:

- Padecer algún otro trastorno o patología de base.
- No haber recibido tratamiento o ayuda por parte de enfermería.

4.5 Técnicas de recogida de datos

Para la recogida de datos de esta investigación se realizara la triangulación de datos a través de tres técnicas diferentes de recogida de datos como son: las entrevistas semiestructuradas, los grupos focales y las notas de campo del investigador.

4.5.1 Entrevista semiestructurada:

Con este tipo de entrevistas se pretende partir de la base de una serie de temas y elementos clave para la investigación y a partir de estos puntos de manera abierta y en un ambiente cálido, mantener una conversación flexible que nos ayude a comprender la experiencia de la persona. También se combinaran estas entrevistas con relatos ya que varios autores como Vargas (28) las han utilizado como método de triangulación de los datos y enriquecimiento de la investigación.

Estas entrevistas se realizaran con grabadora y donde además se realizaran notas de campo para poder reflejar toda la información que no sea posible recoger con la grabadora como la comunicación no verbal, momentos de confusión interpretaciones, etc. Al ser entrevistas semiestructuradas las

preguntas serán de manera abierta permitiendo a los participantes expresarse de manera libre y espontánea y teniendo libertad a tratar otros temas que el investigador pueda percibir como importantes para la investigación (27).

Estas entrevistas necesitan de un guion previo (Anexo 5) que ayude al investigador a la hora de conducir la entrevista con los temas principales que se quieren tratar. Cada entrevista tendrá una duración aproximada de entre 60-90 minutos y la realización de estas entrevistas serán en la sala habilitada con un ambiente acogedor y cálido que nos hayan ofrecido desde el HUMT.

Una vez se hayan realizado estas entrevistas, se transcribirán y se enviara esa transcripción a los participantes para que verifiquen que la información es correcta y era lo que ellos querían transmitir al investigador.

4.5.2 Grupo focal:

Estos grupos consisten en grupos de 3-6 personas donde a través de un guion (Anexo 6) se desarrolle el principio de la entrevista grupal y el desenlace . Para estos grupos será necesario la presencia de un moderador con experiencia en materia para el correcto desarrollo de la discusión, un investigador y una persona encargada de leer las preguntas (29)(30).

La duración aproximada de estos grupos será de 90 minutos aproximadamente y se realizaran en una sala cedida por HUMT. Se realizaran grupos focales mixtos con los pacientes y sus familiares.

4.5.3 Notas de campo:

Por otra parte se utilizaran notas de campo para que el investigador tome anotaciones durante o después de la observación de un fenómeno específico que estemos estudiando. Estas notas son experiencias u observaciones que ira haciendo el investigador durante la entrevista con la intención de comprender las diferentes perspectivas. Estas notas serán registradas en papel y más adelante si cal se transcribirán (27).

Es importante tener en cuenta que el investigador tiene que ser una persona que tenga una actitud receptiva, empática, asertiva y de confianza para lograr que los participantes se expresen de manera abierta y amplia.

4.6 Análisis de los datos

En el análisis de datos se utilizara la información obtenida a través de las notas de campo del investigador, las entrevistas y los grupos focales.

Para el análisis de los datos cualitativos se realiza de manera simultánea a la recogida de datos para no perder información. Una vez se realicen las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales se realizara la transcripción literal de los datos obtenidos en las entrevistas, las grabaciones y las notas de campo del investigador a través del software F4 (versión 5.2). La transcripción nos permitirá descifrar conductas, procesos y significados culturales obtenidos de los participantes. Una vez transcritas las entrevistas se verificara con los participantes la información para poder asegurar que era lo que ellos querían expresar durante las entrevistas.

Una vez los datos se hayan transcrito se codificaran a través del programa Atlas.ti (versión 23.0.7) para condensar y organizar todos los datos. Este programa facilita la interrelación de datos y la creación de códigos (31). Estos códigos se agruparan por frases importantes, expresiones o sentimientos para una recogida más organizada y visual para una correcta interpretación de los datos obtenidos. Se realizara también una reducción de datos seleccionando los códigos más significativos y que nos ayuden a la interpretación de la información y se agruparan en categorías y metacategorías que darán respuesta a los objetivos planteados.

Finalmente se interpretara la información obtenida y se elaboraran las conclusiones de los resultados obtenidos.

4.7 Criterios de rigor y validación

Como aspectos clave de la investigación cualitativa son establecer criterios de rigor y credibilidad que nos permitan asegurar la calidad del estudio. Para ello seguiremos el modelo de Guba y Lincon (32) donde los criterios son los siguientes:

- **Credibilidad:** La credibilidad de un estudio se obtiene cuando la información obtenida es verdadera y creíble para los investigadores y las personas entrevistadas. Para lograr esto, los participantes recibirán un resumen de la recopilación de información obtenida para que verifiquen y expresen su conformidad con dicha información recogida. Luego se utilizara el método de triangulación de datos que nos ayude a verificar esta credibilidad.
En esta investigación se hará dando la transcripción de la entrevista a cada uno de los participantes para que corroborar que la información (27).
- **Transferibilidad:** Este criterio en un estudio hace referencia a la posibilidad de realizar el mismo estudio en diferentes poblaciones con diferentes participantes pero con características similares. Para ello será importante ser concreto en las características del muestreo y las características de inclusión y exclusión del estudio.
En este caso se hará poniendo en claro los criterios de exclusión i inclusión y teniendo en cuenta el tipo de unidad donde se realiza la investigación para que se pueda replicar en otras comunidades.
- **Dependencia:** También se le puede llamar consistencia y hace referencia a la estabilidad de datos que el investigador recoge y analiza. Siempre en un estudio cualitativo es más dificultoso llegar a esa estabilidad de datos debido a la naturaleza de estos, por eso es importante realizar un análisis minucioso de la información recogida y en el caso de ser necesario realizar entrevistas en fechas distintas con el mismo entrevistado con tal de contrastar bien los datos obtenidos.

- **Confirmabilidad:** Este criterio es necesario para la posibilidad que otro investigador pueda replicar el estudio de la manera planteada. Para ello es necesario que se explique exhaustivamente la metodología del trabajo, el proceso realizado para la obtención y el análisis de los datos.

4.8 Consideraciones éticas y legales

Primeramente para realizar esta investigación será necesario tener la aprobación por parte Hospital Universitari Mutua Terrassa para la realización del estudio, los objetivos y su colaboración, del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) y del Comité de Ética de Recerca (CER) de la universidad UVic-UManresa previamente antes de realizar el estudio.

Se tendrán también en cuenta los cuatro principios de bioética según Belmont (33):

- **Beneficencia:** Solo participaran en el estudio aquellos pacientes y familiares que hayan firmado el consentimiento informado. Podrán expresarse de manera abierta y libre, pudiendo decidir que preguntas quieren o no responder
- **No maleficencia:** No se forzara a participar a los pacientes ni familiares que no quieran hacerlo y tampoco se propondrá realizarlo a aquellas personas que vaya a influir negativamente en su persona.
- **Autonomía:** Se tendrá en cuenta la autonomía de los participantes a participar en la investigación o no, a si quieren o no responder a todas las preguntas propuestas por el investigador o abandonar cuando ellos quieran el estudio.
- **Justicia:** En este caso hace referencia a que todos los participantes serán tratados de manera igualitaria, con las mismas entrevistas, sin

hacer discriminaciones pero mostrando flexibilidad y adaptación a cada individuo participante.

Los datos recopilados en esta investigación serán tratados según la Ley Orgánica 03/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales (BOE), donde la información obtenida estará a cargo del investigador principal y se utilizara exclusivamente y con finalidad del estudio (34). Estos datos también se registrarán siguiendo los principios éticos en investigación con humanos de la declaración de Helsinki (35).

4.9 Procedimiento del estudio

Primeramente se presentara a través de una carta la presentación nuestro proyecto y los objetivos que pretendemos obtener con este y se esperara aprobación por parte de la directiva del Hospital Universitario Mutua Terrassa (Anexo 7) para ofrecer la oportunidad de estudiar a sus pacientes y así poder obtener su colaboración para la obtención de información necesaria sobre el tipo de ingreso, de pacientes y del estado actual de los pacientes y comprobar si cumplen con los criterios de muestreo planteados.

Seguidamente se presentara el proyecto al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de Catalunya i també al Comité Ética de Recerca (CER) de la UVic- UManresa (36) quienes deberán de aceptar primeramente el estudio (Anexo 8).

Para la selección de los participantes utilizaremos un muestreo intencional no probabilístico que nos permita una selección de participantes adecuados a nuestros objetivos de estudio.

Una vez realizada la selección de la muestra se les dará para que firmen el consentimiento informado (anexo 9) y se iniciara la obtención de información a través de la triangulación de datos. Se empezaran realizando las entrevistas semiestructuradas donde se pretende extraer información más íntima y de manera guiada a los participantes, con una durada aproximada de 60 minutos. Al acabar estas entrevistas se realizaran los grupos focales con los participantes seleccionados donde se haran una serie de preguntas con

respuesta abierta para facilitar la discusión entre los participantes. Estos grupos tendrán una durada aproximada de 90 minutos.

Una vez realizadas las entrevistas, los grupos focales y las notas de campo se realizará la transcripción, se enviará a los participantes para que puedan asegurar que la información obtenida es correcta y se procederá a la codificación e interrelación de los datos para un posterior análisis de estos datos.

Para finalizar se hará difusión de los resultados obtenidos del estudio y de las conclusiones a través del HUMT y se procederá a la publicación de la investigación en internen para que puedan consultarlo los profesionales que quieran.

5. Limitaciones del estudio

En este estudio pueden parecer limitaciones como en todos los estudios y en este caso algunas que nos puedan parecer serían las siguientes:

- Que no haya compromiso para la continuidad del estudio por parte de los participantes y abandonen en mitad de la investigación .
- Que los participantes no se sientan cómodos y no den información real y útil para la investigación.
- Al estar realizando el estudio en un hospital en concreto y con una población en concreto sea difícil de extrapolar a otras comunidades diferentes.

6. Recursos

Para realizar este estudio va a ser necesaria la utilización de recursos materiales y personales.

Recursos materiales:

- Sala confortable con los recursos necesarios para realizar la entrevista (sillas, mesas...)

- Un ordenador configurado con software Atlas.ti y F4 para la transcripción de la información y con internet para contactar con las diferentes instituciones y participantes.
- Una libreta para apuntar la información durante las entrevistas y los grupos focales (Notas de campo)
- Grabadora para las entrevistas.

Recursos personales:

Recursos personales:

- Una persona experta en análisis de datos cualitativos para poder luego trabajar con la información obtenida.
- Un moderador experto para desarrollar los grupos focales

7. Cronograma del estudio

AÑO 2024-2025	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	
Revisión bibliográfica																			
Solicitud y aprobación CEIC/HUMT																			
Selección de participantes																			
Realización de entrevistas, grupos focales...																			
Transcripción de datos																			
Codificación de datos																			
Análisis de la información																			
Elaboración conclusiones																			
Plan de difusión																			

8. Plan de difusión

Después de haber realizado el estudio, de haber analizado y obtenido unos resultados, se pretende dar a conocer el estudio a la unidad y al resto de hospital principalmente y posteriormente en jornadas y congresos de la misma temática.

Este año no hay referencias de próximos congresos sobre TDAH en España o Cataluña, pero en 2022 se realizó un congreso dirigido por la Asociación AEETCA que en caso de realizar otro congreso se presentaría el estudio para realizarlo en otras partes de España.

Este estudio también se puede difundir a través de revista como podría ser *Enfermería Clínica o Nurse Investigation*. También sería una opción vía el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB) donde en su página oficial tienen una biblioteca de recursos con artículos y otras investigaciones.

9. Conclusiones

Actualmente los TCA están en un aumento considerable ya que es una patología que crece cada vez más . Con esta investigación se ha podido ver como los paciente con estos trastornos tienen unas necesidades y unas dificultades que van más allá del diagnóstico y que les acaba afectando también a las relaciones interpersonales con sus familiares y allegados quienes tienen un papel fundamentalmente importante para la mejoría de estos pacientes ya que una buena estructura familiar o un buen apoyo familiar es de gran ayuda a la hora de la adherencia al tratamiento o de la mejoría de estos pacientes. Es por ello también importante el saber su opinión y sus expectativas o experiencias sobre los cuidados recibidos por parte del equipo de enfermería de estas unidades específicas de TCA.

Hemos podido ver que los pacientes con estos tipos de trastornos se benefician de la atención personalizada y específica que se brindan en estas unidades ya que está formado por un grupo multidisciplinar de profesionales expertos en el tema. La atención más especializada y centrada en el paciente, la comprensión y la empatía hacia el paciente y sus familiares, así como la experiencia y el conocimiento especializado de los profesionales son factores que contribuyen a la mejoría i al bienestar de los pacientes.

El papel de la enfermera juega un papel fundamental para estos trastornos ya que su motivación ayudan a la adherencia al tratamiento de los pacientes y deben asesorar para generar un cambio en ellos y en sus familiares. Es importante también tener en cuenta que tienen que tener un plan individualizado y que no solo tratan los síntomas o acompañan durante el tratamiento sino que también tienen un papel fundamental en la prevención de estas patologías con educación escolar o educación con hábitos saludables en consultas de AP.

Los familiares en estos trastornos también juegan un papel muy importante ya que son el soporte principal de estos pacientes y que ayudan también a la adherencia al tratamiento de estos y un buen soporte también garantiza una mejoría en el paciente.

Es por ello que un buen soporte familiar junto a una buena atención especializada con profesionales expertos en el tema puede tener un efecto beneficioso en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Por lo que hace mi proceso de aprendizaje este proyecto me ha sido útil para profundizar sobre la elaboración de una investigación de metodología cualitativa y trabajar habilidades y competencias como el trabajo autónomo, la busca bibliografía, la síntesis de información , que de otra manera no hubiera realizado.

También me ha aportado conocimientos científicos que no tenía sobre estos trastornos, la importancia de la familia en estos procesos y como viven lo ellos y la importancia también del trabajo correcto de la enfermera durante el proceso y el acompañamiento de esta patología.

Me ha sorprendido la falta de estudios relacionados con el tema pese a ser una patología en auge en las últimas décadas en los adolescentes, es por ello que he querido realizar esta investigación sobre estos trastornos.

10. Bibliografía

1. Plan de Cuidados Estandarizado de Enfermería para pacientes con Trastornos Alimentarios y de la Ingesta de los Alimentos - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. [citado 30 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-estandarizado-de-enfermeria-para-pacientes-con-trastornos-alimentarios-y-de-la-ingesta-de-los-alimentos/>
2. Peláez Fernández . ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN POBLACIÓN ESDCOLARIZADA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. [Madrid]; 2003.
3. Lasègue C, Gull Withey W. Sobre la anorexia histérica.
4. GUIA PER A FAMILIES DE PERSONES AFECTADES PER UN TCA. :34.
5. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-III. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 1980. 507 p.
6. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
7. Pérez Martín PS, Martínez JA, Valecillos AJ, Gainza García L, Galán Berasaluce M, Checa Díaz P. Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. Medicina de Familia SEMERGEN. mayo de 2021;47(4):230-9.
8. ¿Qué es un TCA? – Asociación TCA Aragón [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.tca-aragon.org/que-es-un-tca/>
9. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2009. 297 p.
10. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria - GuíaSalud [Internet]. [citado 25 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-sobre-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/>
11. Anorexia nerviosa - Trastornos psiquiátricos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 22 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/anorexia-nerviosa>

12. Gandarillas Grande A, Zorrilla torras B, Sepúlveda Garcia AR, Muñoz Rodríguez PE. Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid [Internet]. Instituto Salud Pública de Madrid. 2003. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud>
13. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*. noviembre de 2022;35(6):362.
14. Losada AV, Lupis BL. Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. *Psicología para América Latina*. julio de 2018;(30):26-43.
15. Soto A. Fisiopatología y diagnóstico de la anorexia nerviosa y la bulimia. (Capítulo 19):18.
16. Madruga Acerete D, Leis Trabazo R, Lambruschini Ferri N. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y bulimia. In AEPED. *Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición*. Segunda edición ed.: Ergón S.A.; 2010. p. 325-338.
17. Grupo de trabajo de la Guía Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria Madrid: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009*.
18. Bermúdez P, Machado K, García I. Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento. Caso clínico. *Arch. Pediatr. Urug*. 2016; 87(3): p. 240-244.
19. Ruiz Lazaro PJ. Eating attitudes test (EAT-26). 2010;10(61):423.
20. Inicio [Internet]. *Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia*. [citado 25 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/>
21. Castiblanco-Montañez RA, Parra-Rodriguez JC, Sánchez-Cubillos YK, Rey-Ochoa LD, Rodríguez-Díaz LV, Solano-Saavedra PA. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa inicial de anorexia. *Rev cienc cuidad*. 1 de mayo de 2020;17(2):102-15.
22. Zabalegui A. El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*. 2003;3(3):16-20.
23. Castiblanco-Montañez RA, Parra-Rodriguez JC, Sánchez-Cubillos YK, Rey-Ochoa LD, Rodríguez-Díaz LV, Solano-Saavedra PA. Cuidados enfermeros que modifican conductas alimentarias en adolescentes, etapa

inicial de anorexia. Rev cienc cuidado. 1 de mayo de 2020;17(2):102-15.

24. Freudenberg C, Jones RA, Livingston G, Goetsch V, Schaffner A, Buchanan L. Effectiveness of individualized, integrative outpatient treatment for females with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eat Disord*. 2016 May-Jun;24(3):240-54. doi: 10.1080/10640266.2015.1090868. Epub 2015 Oct 14. PMID: 26467107.

25. Salzmann-Erikson M, Dahlén J. Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research. *J Child Fam Stud*. 2017;26(1):1-13.

26. Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigación-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf [Internet]. [citado 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>

27. Company Morales M, Fontalba Navas A. Introducción a la investigación cualitativa en Enfermería. 2017.

28. Corral Liria I, Alonso-Maza M, González-Luis J, Fernández-Pascual S, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R, Losa-Iglesias M. Cuidados de enfermería desde la experiencia de personas que padecen trastornos alimentarios: Un estudio cualitativo. *Rev Mex Trast Alim*. 1 de julio de 2022;12(1):1-14.

29. Grupos de Apoyo [Internet]. [citado 30 de enero de 2023]. Disponible en: <http://adaner.org/actividades/grupos-de-apoyo/>

30. Escobar J. GRUPOS FOCALES: UNA GUÍA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA.

31. Muñoz-Justicia J, Sahagún-Padilla M. Hacer análisis cualitativo con Atlas.ti 7 Manual de uso. 2017.

32. Valencia MMA, Mora CVG. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2011;29(3):500-14.

33. Gómez Sánchez P. Principios básicos de bioética. *Rev peru ginecol obstet*. 27 de abril de 2015;55(4):230-3.

34. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Sec. 1, Ley Orgánica 3/2018 dic 6, 2018 p. 119788-857. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>

35. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

[Internet]. [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en:
<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

36. Comitè d'Ètica de la Recerca de la UVic-UCC | UVic [Internet]. [citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uvic.cat/recerca/comite-etica-de-la-recerca>

11. Anexos

Anexo 1: Criterios diagnósticos del DSM-V

para AN:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso deseable).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo de un peso normal.
3. Alteraciones de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo: ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales. Se distinguen dos tipos:
 - a) Tipo restrictivo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.
 - b) Tipo compulsivo-purgativo: Durante el episodio de anorexia, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Criterios diagnósticos de DSM-5 para BN:

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - a) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo: en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas condiciones.
 - b) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (como sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que está ingiriendo).
2. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son:
 - a) Provocación del vómito
 - b) Ingesta de fármacos: laxantes, diuréticos, enemas, etc.
 - c) Restricción alimentaria.
 - d) Ejercicio excesivo.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un periodo de más de tres meses.
4. La auto evaluación personal está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Anexo 2: Criterios diagnósticos de CIE-10

Para AN:

- A. Pérdida de peso significativa. Los pacientes prepúberes pueden mostrar fracaso en la ganancia de peso esperable durante el periodo de crecimiento.
- B. La pérdida de peso es autoinducida por medio de:
 - a) La evitación de «alimentos que engordan», y uno o más de los siguientes:
 - b) Vómitos autoinducidos.
 - c) Laxantes.
 - d) Exceso de ejercicio físico.
 - e) Uso de inhibidores del apetito y/o diuréticos.
- C. Una psicopatología específica, según la cual persiste como idea sobrevalorada e intrusiva el horror a la gordura y/o la flaccidez, y la paciente se impone un umbral de bajo peso.
- D. Un trastorno que involucra el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como pérdida del interés sexual y la potencia. También puede haber niveles elevados de hormona del crecimiento, incremento en los niveles de cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- E. Si la aparición es prepuberal, la secuencia de acontecimientos se retrasa o se detiene (se interrumpe el crecimiento, en las niñas no se desarrolla el pecho y hay amenorrea primaria; en los varones los genitales permanecen juveniles). Con la recuperación generalmente se completa la pubertad, pero se retrasa la menarquia.

Fuente: <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11331/CC->

Para BN:

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren:

1. Preocupación continua por la comida con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir ante ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
2. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos tales como los supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
3. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta en un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad. O al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Fuente: <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/11331/CC->

Anexo 3: Eating Attitudes Test

Eating attitudes test (EAT-26)

- | | |
|----|---|
| 1 | Me da mucho miedo pesar demasiado |
| 2 | Procura no comer aunque no tenga hambre |
| 3 | Me preocupo mucho por la comida |
| 4 | A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer |
| 5 | Corto mis alimentos en trozos pequeños |
| 6 | Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como |
| 7 | Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.) |
| 8 | Noto que los demás preferirían que yo comiese más |
| 9 | Vomito después de haber comido |
| 10 | Me siento muy culpable después de comer |
| 11 | Me preocupa el deseo de estar más delgado/a |
| 12 | Hago mucho ejercicio para quemar calorías |
| 13 | Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a |
| 14 | Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo |
| 15 | Tardo en comer más que las otras personas |
| 16 | Procuro no comer alimentos con azúcar |
| 17 | Como alimentos de régimen |
| 18 | Siento que los alimentos controlan mi vida |
| 19 | Me controlo en las comidas |
| 20 | Noto que los demás me presionan para que coma |
| 21 | Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida |
| 22 | Me siento incómodo/a después de comer dulces |
| 23 | Me comprometo a hacer régimen |
| 24 | Me gusta sentir el estómago vacío |
| 25 | Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas |
| 26 | Tengo ganas de vomitar después de las comidas |

Fuente: <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/CuestionariosAnorexiaNerviosa.pdf>

Hay seis posibilidades de respuesta siendo: Siempre , Muy a menudo, A menudo, Algunas veces, Raramente y Nunca.

Anexo 4: Cuestionario SCOFF

Pregunta	Si	No
1. ¿Te provocas el vómito porque te sientes incómodamente llena/o?		
2. ¿Te preocupas por haber perdido el control sobre la comida?		
3. ¿Has perdido recientemente más de 6 kg en 3 meses?		
4. ¿Te consideras "gorda/o" y los demás te dicen que estás delgada/o?		
5. ¿Crees que la comida domina tu vida?		

Fuente: <http://www.aqapap.org/druagapap/system/files/CuestionariosAnorexiaNerviosa.pdf>

Anexo 5: Guion entrevistas

Para que el investigador tenga una guía de preguntas para dirigir las entrevistas con los diferentes entrevistados.

A pacientes:

1. ¿Qué sabes sobre tu patología?
2. ¿Qué sentiste a la hora del diagnóstico de tu trastorno?
3. ¿Cuáles fueron tus principales preocupaciones al principio? Y durante el proceso?
4. ¿Cómo ha sido el soporte por parte de tu familia?
5. ¿Cómo ha sido el soporte por parte de la unidad de enfermeros?
6. ¿Cómo has vivido el proceso o estas viviéndolo?
7. ¿Qué crees que has aprendido por parte de las intervenciones enfermeras recibidas?
8. ¿Qué limitaciones o dificultades te has encontrado a la hora de seguir las recomendaciones y pautas recibidas?
9. ¿Cómo creéis que es importante vuestra opinión para tomar decisiones terapéuticas?

A familiares:

1. ¿Qué sabe sobre la patología de su familiar?
2. ¿Qué sintió a la hora del diagnóstico del trastorno?
3. ¿Cuáles han sido sus principales preocupaciones al principio del tratamiento? Y durante?
4. ¿Cómo cree que se ha sentido apoyado su familiar por su parte?
5. ¿Cómo ha sentido usted el soporte por parte los enfermeros?
6. ¿Cómo ha vivido el proceso o como lo está viviendo usted?
7. ¿Qué crees que has aprendido por parte de las intervenciones enfermeras recibidas por parte de enfermería?
8. ¿Qué limitaciones o dificultades te has encontrado a la hora de seguir las recomendaciones y pautas recibidas?

Anexo 6: Guion Grupo Focal

- ¿Como pacientes y familiares creéis que la información obtenida durante el proceso y los conocimientos han sido suficientes sobre vuestra patología?
- Que elementos creéis que os han ayudado y os han facilitado el proceso durante vuestro ingreso en la unidad de forma correcta? ¿Y cuáles os lo han dificultado?
- ¿Qué importancia creéis que tienen vuestros familiares o cuidadores principales en este proceso? ¿Y qué papel creéis que tenéis los familiares?
- ¿Cómo os sentís al abordar esta situación?
- ¿Qué creéis que se podría mejorar como unidad enfermera o que os ha faltado? ¿Y en vuestra vida personal?
-

Anexo 7: Carta Hospital Universitario Mutua Terrassa

Terrassa, 12 de Enero de 2024

Salutaciones cordiales,

Como estudiante de 4rto de Enfermería de la Universidad de Manresa, ME dirijo a vosotros con la finalidad de presentar una nueva investigación sobre Trastornos de Comportamiento Alimentario. Este proyecto con título "Experiencias de pacientes y familiares con Trastornos de la Conducta Alimentaria".

Sabiendo que en su hospital hay una unidad específica de estos trastornos, creemos que esta institución es la más apropiada para acceder a la información necesaria para realizar esta investigación. Es por eso que solicitamos vuestra colaboración teniendo en cuenta que este proyecto es de carácter académico y no genera coste económico para los centros.

Os adjuntamos el proyecto de investigación, donde se explica de manera más explícita los objetivos y la metodología que se realizara.

Agradecemos su atención y esperamos una respuesta.

Atentamente,

Laura Salvador Fernández

Anexo 8: Formulario de solicitud para CER

**COMITÈ D'ÈTICA DE RECERCA DE LA
UNIVERSITAT DE VIC - UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA
FORMULARI DE SOL·LICITUD DE DICTAMEN**

Dades de l'investigador/a principal o responsable:

Nom i cognoms:		DNI/NIE:
Departament:		Centre:
Càrrec:		
Telèfon:	*@	*ORCID:
Grup de recerca:		Investigador/a principal del grup:
Membres de l'equip investigador:		

***Camps obligatoris**

Projecte:

Títol del projecte:	
Durada:	Tesi doctoral: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Projecte <input type="checkbox"/>
Convocatòria (1):	Any:
<i>(1) I+D, FIS, JA, pla propi, projecte UE, contracte directe amb empresa o similar, altres.</i>	
Entitat finançadora:	Finançament sol·licitat:
Idioma del dictamen:	<input type="checkbox"/> català <input type="checkbox"/> castellà <input type="checkbox"/> anglès

INFORMACIÓ SOBRE EL PROJECTE

1. Cal remetre el projecte complet en format pdf¹.
 2. Cal adjuntar a aquest document un resum del projecte d'un màxim de 2 pàgines en format pdf amb lletra Arial de 10pt que inclogui els aspectes següents:
 - Antecedents, justificació, hipòtesis i objectius.
Descripció del disseny metodològic. (En cas que no existeixin referències que avalin la metodologia, s'hi hauria d'incloure una descripció detallada del procediment experimental que cal seguir.)
 - Experiència del grup d'investigació. Cal indicar fins a 5 referències bibliogràfiques² relacionades amb els antecedents del treball i el mètode, si escau, preferiblement del propi equip investigador.
 - Beneficis esperats.
 - Possibles efectes no desitjables o secundaris.
 - Cal explicar si hi ha algun tipus de contraprestació i/o assegurança per als participants.
 - Aspectes ètics.
- I, quan escaigui, cal lliurar els documents necessaris referents a:
- Permisos o altres informes de les institucions involucrades.
 - Informació sobre l'adequació de les instal·lacions i dels instruments requerits.
 - Fulls d'informació als participants i documents de consentiment informat (cal adjuntar el model a emplenar, en el qual ha de constar explícitament el compliment de la protecció de dades).
 - Com es recull el dret explícit de la persona que es vol retirar de l'estudi.
 - Autoritzacions o informes perceptius d'altres institucions col·laboradores de l'estudi.

L'investigador/a principal confirma que aquest projecte compleix el Codi Ètic i el Document de Bones Pràctiques en Recerca de la UVIC-UCC i garanteix que serà així durant tot el seu desenvolupament.

Signatures

Nom i cognoms de l'IP

Vistiplau del coordinador de recerca, responsable de recerca del centre o director/a de tesi, si escau

Data: _____

Envieu aquest document a la Secretaria del CER, cer@uvic-ucc.cat

¹ En l'estat d'elaboració en el moment de presentar la sol·licitud.

² Cal fer ús de la guia d'estil APA o de qualsevol altra normativa de citació bibliogràfica.

Anexo 9: Consentimiento Informado para la participación al estudio:

Datos:

Título de la investigación: "Cuidados de enfermería desde la experiencia de personas y familiares que padecen Trastornos de la Conducta Alimentaria."

Datos del participante (Nombre y apellidos con DNI):

Este estudio está dirigido a las personas que estén ingresadas en la UTCA del Hospital Universitario Muta de Terrassa y a sus correspondientes familiares con la finalidad de conocer los abordajes enfermeros proporcionados durante su ingreso en la unidad. El objetivo final de este estudio es poder tener constancia del correcto abordaje a esta patología para una posterior buena formación profesional. Así en un futuro poder formar a profesionales. Consta de una entrevista individual de una hora de duración aproximadamente.

Como posible participante debe de saber que la participación es completamente voluntaria y cuando no deseen seguir participando pueden dejar de formar parte del estudio cuando deseen.

DECLARACIÓN:

1. Declara haber leído atentamente la información de la investigación
2. Ha podido resolver las dudas
3. Ha sido correctamente informado sobre la investigación
4. Me han asegurado que se mantendrá la confidencialidad de los datos personales de acuerdo con la Ley orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Régimen general (UE) 20126/679 de 27 de abril del 2016 de protección de datos (RGPD)
5. Otorgo el consentimiento de manera voluntaria y se que me puedo retirar en cualquier momento de una parte o de la totalidad del estudio, sin necesidad de causa o motivo i sin que tenga consecuencias.

Firma y fecha: