

3. Abordaje enfermero en los trastornos de la conducta alimentaria

NURSING APPROACH TO EATING DISORDERS

Almudena Benítez Florido

Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Comarcal de Melilla.

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema de salud pública bastante importante, ya que, en los últimos años han aumentado los jóvenes que lo padecen, así como, el rango de edad ha disminuido. Estos se basan en tener problemas relacionados con la imagen física y el peso, lo que se termina traduciendo de una manera u otra, en un deterioro del patrón alimentario.

Estos trastornos tienen un origen multifactorial y deriva en consecuencias negativas en todas las esferas del ser humano. Por ello, es necesario tomar conciencia de la importancia de la prevención en personas vulnerables. Además, de realizar un diagnóstico precoz y abordaje multidisciplinar para abarcar desde diferentes perspectivas los problemas que subyacen del trastorno.

Las enfermeras, cumplen un papel muy importante, en el cuidado de estos pacientes, puesto que, no solo se centran en la administración de fármacos, sino que, abarcan también, el aspecto emocional y psicológico, gracias a los planes de cuidados.

Además, se ha verificado que muchas actividades e intervenciones que llevan a cabo las enfermeras (terapias de relajación, escucha activa, potenciación de autoestima, grupos de apoyo o la risoterapia) tienen un efecto positivo en la evolución de la enfermedad, así como, en el estado de ánimo del paciente.

Palabras claves: Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, actuación de enfermería y prevención.

ABSTRACT

Eating disorders are a very important public health problem, since in recent years the number of young people who suffer from it has increased, as well as the age range has decreased.

These are based on having problems related to physical image and weight, which ends up translating in one way or another, into a deterioration of the eating pattern.

These disorders have a multifactorial origin and lead to negative consequences in all spheres of the human being. Therefore, it is necessary to be aware of the importance of prevention in vulnerable people. In addition, to carry out an early diagnosis and a multidisciplinary approach to cover the problems that underlie the disorder from different perspectives.

Nurses play a very important role in the care of these patients, since they not only focus on the administration of drugs, but also cover the emotional and psychological aspect, thanks to the care plans.

In addition, it has been verified that many activities and interventions carried out by nurses (relaxation therapies, active listening, self-esteem enhancement, support groups or laughter therapy) have a positive effect on the evolution of the disease, as well as on the patient's mood.

Key words: *Eating behavior disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, nursing performance and prevention.*

INTRODUCCIÓN

Historia de los trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han encontrado ligados a la historia de la humanidad, ya que, la alimentación ha adquirido rasgos culturales en todas las poblaciones y en todas las partes del mundo (1).

Este ideal de belleza se ha mantenido a lo largo de la historia por su relación con la purificación del cuerpo, la privación del alimento por castigo, o como forma de alcanzar la idoneidad (1).

Desde el Imperio Romano, la alimentación cobró importancia, lo consideraban un acto saludable y social bien visto. Incluso, era aceptable recurrir al vómito para seguir comiendo. Años más tarde, durante la Edad Media, el ayuno se veía como una forma de depurar el alma. La reducción e incluso la restricción alimentaria era sinónimo de sacrificio y de espíritu elevado (2).

Sin embargo, en el siglo XVII los científicos de la época relacionaban estos trastornos alimenticios con alteraciones del sistema nervioso, a diferencia de los síndromes resultantes de la malnutrición. En 1873, diferentes autores hicieron observaciones y descripciones de cuadros anorécticos y se demostraron la existencia de que dichos trastornos estaban relacionados con una etiología psicógena (1). En el caso de la bulimia, los antecedentes que se tienen datan del siglo XIX, en libros médicos en la ciudad de Londres con el nombre de "True boulimus"; pero no recibió el nombre por el que se conoce en la actualidad hasta 1979 por Russell (3).

Finalmente, en los últimos cuarenta años estos trastornos han recobrado gran relevancia, dado que, es un problema de salud pública importante debido a la cantidad de población que afecta y al perfil de la persona que suele padecerlos (2).

El perfil de persona que padece TCA suelen ser jóvenes, con una gran influencia del sistema de valores del mundo desarrollado (figura delgada y esbelta) como elemento de triunfo en la sociedad, influenciado e impulsivo (4). En estos casos dependerá de la madurez del adolescente, dónde tendrá que determinar hasta qué punto le puede influir los cánones de la sociedad (1).

El adolescente, es un ser humano, que durante esta etapa forja su personalidad, juicios y valores. Es un momento clave en el ciclo vital, en el que se producen grandes cambios corporales y psicológicos (2).

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Los trastornos de la conducta alimentaria, son enfermedades complejas, que ponen en riesgo la vida de las personas que lo padecen. Se caracterizan por una alteración de los hábitos alimenticios que implican una ingesta por exceso o por defecto, afectado a la salud biopsicosocial de quien lo padece (5). Además, muestran una preocupación desproporcionada por la imagen y el peso corporal (1).

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA), define los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, como "afecciones complejas y potencialmente mortales que se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, que provoca grandes alteraciones orgánicas, psiquiátricas y psicosociales (6)".

La APA en el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, determina ciertos criterios para algunos de los tipos de trastornos alimentarios más conocidos: Anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA), otro trastorno alimentario específico (OSFED), trastorno de limitación de la ingesta (ARFID) y trastorno no especificado (UFED) (6).

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa son consideradas como trastornos mentales, y de comportamiento según la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Además, estos se encuentran incluidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, más conocida, como CIE-10 (6).

Estos trastornos suelen darse por diferentes factores en el que se incluyen los biológicos, psicológicos y socioculturales. Esto se denomina "modelo integrado", en el que uno o varios factores desencadenantes (cambios corporales, traumatismo que desfigura el cuerpo, críticas, incremento del ejercicio físico o el inicio de una dieta), crea en el individuo que ya conlleva predisposición (personalidad, traumas, anomalías genéticas), la posibilidad de desarrollar algún TCA (7).

Dado la multifactoriedad que anteriormente se ha mencionado, es preciso que sea tratado por un equipo multidisciplinar formado por: médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, además de la importancia de que estén implicados los familiares (2).

Todas las personas afectadas por este grupo de trastornos, tienen en común que suelen retardarse a la hora de pedir ayuda, carecen de conciencia de la enfermedad que padecen y además, el ocultismo que pretenden mantener con las técnicas purgativas que realizan (1).

Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. A finales del mes de Octubre de 2021, más de 400 mil personas padecían algún tipo de trastorno alimentario, de los cuales 300 mil eran adolescentes (8).

Las tasas obtenidas de diferentes revisiones científicas muestran que, ha habido un aumento significativo de personas con problemas de alimentación de edad variable, pero con una mayor incidencia en edades más tempranas (8). Según el tipo de estudio, la muestra, el trato de esta y dónde se lleve a cabo, hacen que difieran los datos.

En cuanto a datos en común, se ha corroborado que las mujeres continúan padeciendo más problemas de alimentación que los hombres (el 90% aproximadamente). Entre el 4.5% de las chicas entre 12-21 años de edad. En primer lugar, la AN representa un 0,3%, para la BN un 0,8% y el TCANE del 3,1%. La ratio en relación al sexo, es de 9:1, siendo más frecuente en mujeres que en hombres (6).

En definitiva, en la actualidad la tasa estimada de todos los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es alrededor de un 13%, siendo en la población adulta el trastorno por atracón es el que tiene más incidencia tiene (6).

Según los datos obtenidos, los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre los adolescentes (1). Esta tienen un alto porcentaje de recuperación, alrededor de un 65%, pero es un proceso largo y costoso, en el cual, precisan una red de apoyo importante (8).

En el caso de la anorexia, se refleja que es uno de los trastornos con más incidencia de morbi-mortalidad. En el caso de la mortalidad entre un 7-10%, en el que el 50% de las muertes se produce por desnutrición y un 24% por suicidio. Además, que un 20% de personas que padecen este trastorno se cronifica y un 25% mantiene problemas psicológicos a lo largo de su vida (1).

OBJETIVOS

Objetivo general

- Realizar una revisión bibliográfica de diferentes estudios sobre el papel de la enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos

- Dar a conocer los trastornos de la conducta alimentaria.
- Analizar las actividades que lleva a cabo la enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria.

- Poner de manifiesto la importancia de la prevención en los TCA.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño establecido para llevar a cabo esta tarea, ha sido un trabajo de desarrollo. En el que se ha realizado una búsqueda bibliográfica relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria entre los años 2017-2022.

Para realizar dicha búsqueda se utilizaron los descriptores de la salud DeCs, y el operador booleano AND, tanto en artículos redactados en español como en inglés.

Los descriptores de la salud fueron:

- Trastornos de la conducta alimentaria
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Actuación de enfermería
- Prevención

En cuanto a las plataformas donde se han obtenido información han sido, en primer lugar de bases de datos como Medline, Dialnet, Scielo.

Se han utilizado repositorios de diferentes universidades como: Valencia, Barcelona, Cantabria. Además, se emplear Google Académico para buscar artículos científicos.

Se han obtenido artículos científicos, de diferentes revistas científicas avaladas como: Anales de Pediatría, Nutrición Hospitalaria, Rol de enfermería, entre otras.

Se han utilizado diferentes páginas webs como soporte de conocimiento para puntualizar este trabajo.

Criterios de inclusión:

- Todos los artículos seleccionados se encuentren en la franja de tiempo marcada
- El tema principal sean los trastornos de la conducta alimentaria
- Se encuentren escritos en español o en inglés
- Poder acceder al texto completo

Criterios de exclusión:

- Los artículos se encuentren fuera de la franja de tiempo delimitada
- El tema principal no sea los trastornos de alimentación o no sea relevante la información que ofrece
- No se encuentre en los idiomas seleccionados
- Impida acceder al texto completo

Al inicio de la revisión bibliográfica se seleccionaron 30 artículos científicos, de los cuales se desecharon 10 por no cumplir los requisitos de inclusión, y posteriormente 3 se desecharon por no abarcar el tema desde la perspectiva

que se necesitaba, por ende, se finalizó con 17 artículos científicos, además de webs, manuales y otros materiales de soporte.

DESARROLLO

Trastornos de la conducta alimentaria

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria, en el que se produce una distorsión de la imagen corporal por aquel que lo padece. De tal manera que, le conlleva a reducir la ingesta alimentaria, además, de llevar a cabo conductas compensatorias como la actividad física, el uso de laxantes, diurético y purgas, para bajar de peso (7).

Esta patología es mucho más frecuente en mujeres y adolescentes, aunque pueden padecerlo también los hombres, niños y mujeres hasta la menopausia. La edad media de inicio es alrededor de los 18 años de edad, en el que, alrededor de un 50% se produce una remisión completa del proceso y un 3% fallece a consecuencia del trastorno (9).

Los pacientes que presentan anorexia nerviosa presentan un peso inferior al recomendado. En el caso de los pacientes más jóvenes, la pérdida de peso no es tan llamativa (7).

Dado el miedo que presentan a ganar peso, esto les conlleva a realizar estrictas normas dietéticas, práctica de ejercicio físico de manera compulsiva para perder aún más peso, purgas auto induciéndose el vómito, toma de laxantes y diuréticos, y una reducción importante de la cantidad de los alimentos ingeridos.

Se ha comprobado que además, las personas que padecen anorexia nerviosa, tienen síntomas de otros trastornos psiquiátricos (1).

En el caso de este trastorno, el suicidio es la principal causa de muerte. En comparación las tasas de suicidio de las personas con AN respecto a la población total, es mayor para estos (2).

Para poder determinar que una persona padece anorexia nerviosa, es necesario que cumpla una serie de criterios, el DSM-V propone los siguientes:

- El **criterio A** consiste en un *“rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerado para la edad y la talla”*. Además, es necesario de que la persona con posible diagnóstico de AN, realice una reducción de la ingesta energética en sintonía a sus necesidades, que conduce a un peso significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física (11).
- **Criterio B**, es preciso que la persona tiene miedo intenso a ganar peso o engordar, o un comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso cuando este es muy bajo (11).
- **Criterio C**: Una insatisfacción corporal importante en el individuo, en el que la forma en la que uno se percibe su imagen corporal se encuentra alterada, una influencia



Fuente: Asociación Adaner Málaga. Noticias. [Fotografía].

impropia del peso, o por la falta de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual (11).

- En mujeres se ha considerado hasta hace poco tiempo la necesidad de amenorrea como condición para determinar este trastorno, pero en la actualidad está desmitificado, ya que, puede aparecer en otras patologías orgánicas o desajustes hormonales (11).

La *DSM-V*, además, bifurca la anorexia nerviosa en dos tipos (12):

- 1. Tipo restrictivo:** Se basa en que los últimos 3 meses, el paciente no ha realizado purgas (vómitos autos inducidos, laxantes o diuréticos). La pérdida de peso se produce por realizar dieta, ayuno y ejercicio excesivo.
- 2. Tipo de atracones y purgas:** durante los 3 últimos meses, el paciente no recurre a atracones o conductas de purga.

Y en cuanto a la severidad de la anorexia, se basará en el *Índice de masa corporal (IMC)* (12):

- Bajo peso corporal levemente severo definido como un IMC de ≥ 17 .
- Bajo peso corporal moderadamente severo con un IMC de 16-16,99.
- Bajo peso corporal severo, IMC 15-15,99.
- Bajo peso corporal extremadamente severo definido como un IMC < 15 .

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa, es otro trastorno de alimentación muy frecuente entre los jóvenes, en el que se produce una ingesta excesiva de alimentos en un periodo de tiempo limitado. Además, muestran una preocupación excesiva por el control del peso (13).



Fuente: Webconsultas. Bulimia[Fotografía].

Tras realizar ese atracón, es común realizar actividades neutralizadoras para evitar coger peso tras el atracón, como: Ejercicio físico vigoroso, ayuno, dieta y purgas... (13).

El bulímico interpreta su imagen como el de una persona gorda, una idea distorsionada, aunque presente talla y peso normal, y sentimientos constantes de no estar conforme con su cuerpo, miedo a coger peso y la incapacidad para controlar sus impulsos hacia la comida, lo que le termina conllevando a realizar un atracón (15).

Estos pacientes intentan solucionar sus emocionales o existenciales con la ingesta de comida, para aliviar así la ansiedad producida por la circunstancia (2).

Se produce una combinación de atracones, más conductas purgativas o compensatorias tras esos episodios. Estos hechos se deben de producir al menos varias veces a la semana durante tres meses para poder diagnosticarse como bulimia nerviosa (5). El hecho de realizar pequeñas comidas a lo largo del día (tentempiés), no se cataloga como atracón. Para ello, estos deben de ingerir grandes cantidad de comida, y además, en situación de soledad y secretismo (2).

En cuanto a la gravedad de la enfermedad, se medirá según la frecuencia en la que se realice los comportamientos compensatorios inapropiados (4):

- **Leve:** 1-3 episodios compensatorios inapropiados a la semana.
- **Moderado:** 4-7 episodios a la semana.
- **Grave:** promedio de 8-13 episodios compensatorios a la semana.
- **Extremo:** más de 14 episodios compensatorios inapropiados a la semana.

Por otra parte, una característica que se ha asociado a los pacientes con bulimia nerviosa es presentar otro tipo de trastornos como el depresivo o el bipolar (16).

También se ha demostrado que numerosos pacientes que padecen esta enfermedad, padecen uno o más trastornos a la vez como el de ansiedad. Los más destacados son el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la fobia social y la fobia específica. Otros trastornos, que también se dan pero con menos frecuencia son el de ansiedad generalizada y el de estrés postraumático (TEPT) (16).

En cuanto a las características emocionales de estos pacientes es necesario destacar que tienen conflictos de

aproximación-evitación, alta evitación del daño, búsqueda de la novedad e impulsividad (16).

Trastorno de atracón

Este trastorno se caracteriza por la ingestión en un tiempo determinado de una cantidad de alimentos superior a lo que una persona consumiría en las mismas circunstancias. Además, presenta incapacidad para controlar lo que se ingiere durante ese periodo (11).

Estos episodios se caracterizan por 3 o más hechos (9):

- Comer más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer más cantidad de lo que realmente se quiere comer.
- Comer solo debido a la vergüenza que siente por comer esa cantidad.
- Sentirse mal con uno mismo, triste, deprimido o avergonzado.

Estos episodios aparecen al menos una vez a la semana durante tres meses para poder realizar un diagnóstico (9).

Este trastorno no se relaciona con acciones compensatorias inapropiadas como se pueden ver en otros TCA, como la anorexia nerviosa o la bulimia (9).

Como se ha visto anteriormente en la clasificación según la gravedad, esto se traduce en (9):

- **Leve:** 1-3 atracones a la semana.
- **Moderado:** 4-7 episodios a la semana.
- **Grave:** 8-13 episodios a la semana.
- **Extremo:** 14 o más atracones a la semana.

En cuanto a los individuos que padecen este trastorno tienen una vida de menor calidad, un estado de salud mental y física también más deficiente en comparación con el resto de la población (2).

Además esto conlleva a que estos pacientes, padezcan comorbilidades relacionadas con diferentes sistemas (cardiológicos, renales, respiratorio), además de aumentar las posibilidades de desarrollar otros tipos de TCA mucho más severos (2).

Trastorno de la conducta no especificado

Este tipo de trastorno es aquel que tiene síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria, que provoca un malestar clínicamente significativo, lo que termina conllevando un deterioro social, laboral o de cualquier otra faceta, pero que no cumple los criterios de ningún otro trastorno de esta categoría (2).

El profesional que diagnostica dicho trastorno como no especificado, es porque no cumple los criterios o requisitos necesarios para determinarlo con un nombre concreto y

por ello, se determina como otro trastorno alimentario, y de la ingestión de alimentos especificado (16).

Dentro de este tipo de trastorno no especificado, se incluye (16):

1. *Anorexia nerviosa atípica*, en este caso se cumplen todos los requisitos, exceptuando el peso del individuo, puesto que, la pérdida de peso en estos pacientes no es significativa, está dentro del rango para edad y talla, o por encima de lo normal.
2. *Bulimia nerviosa (de baja frecuencia o duración limitada)*, ocurre lo mismo, se cumplen la mayoría de los criterios exceptuando los atracones y los comportamientos compensatorios, que se producen menos de una vez a la semana y/o menos de 3 meses de duración.
3. *Trastorno por atracón (de baja frecuencia o duración limitada)*, ocurre como en el resto de trastornos anteriormente definidos, no cumple los atracones o comportamientos inadecuados y la duración del tiempo es inferior.
4. *Trastorno por purgas*, se basa en realizar purgas recurrentes para disminuir el peso o mejorar según ellos su constitución, haciendo también un uso incorrecto de laxantes, diuréticos y cualquier otro fármaco para bajar de talla, en ausencia de atracones.
5. *Síndrome de ingestión nocturna de alimentos*, aparece cuando se realiza ingestión de alimentos por la noche de manera continuada, se manifiesta porque el paciente se levanta para ingerir alimentos o por un consumo elevado tras la cena. El sujeto es capaz de reconocer y recordar el hecho. Este síndrome produce malestar y problemas en el paciente. Este síndrome no se puede explicar a través de un trastorno mental, consumo de sustancias, medicación o alteración en el ciclo circadiano.



Fuente: Vitaluz C. *Nuevos trastornos alimenticios del siglo XXI (parte IV): comedor nocturno [Fotografía]*. 2016.

Dismorfia muscular o anorexia inversa

La sociedad actual, ha adquirido una serie de valores en las que se exalta continuamente el culto al cuerpo y la necesidad de tener una imagen impecable. Esto ha provocado que aparecieran trastornos como la dismorfia muscular, conociendo anteriormente como anorexia inversa. Pero, ese término se dejó de usar, puesto que, la persona que lo padece se ve demasiado delgado y poco musculado, y por ende, el término anteriormente acuñado no definía adecuadamente el problema en cuestión (18).



Fuente: Ruiloba Psicología. *Qué es la Vigorexia y cómo tratarla* [Internet]. 2020.

En la actualidad se conoce como *vigorexia*, este trastorno consiste en una obsesión por la perfección del cuerpo que tiene distintas formas de manifestarse. Estos pacientes refieren sentir que su cuerpo es pequeño y débil, suelen seguir además una dieta hipercalórica e hiperproteica. Esto suele prevalecerse en culturistas y levantadores de pesas, que incluso llegan a consumir sustancias ilegales para aumentar la musculatura (18).

La *DSM* no engloba este trastorno dentro de los trastornos de la conducta alimentaria.

Estos pacientes presentan una serie de síntomas (19):

- Se miran constantemente al espejo y refieren como personas demasiado delgadas y débiles.
- Se pesan y se miran al espejo constantemente.
- Pasan mucho tiempo en el gimnasio.
- Realizan dietas bajas en grasas, alta en hidratos de carbono y muy altas en proteínas para aumentar la masa muscular.
- Recurren a los esteroides anabólicos, hormonas y diferentes sustancias.
- Comportamiento obsesivo compulsivo hace que se sientan fracasados y dediquen mucho tiempo al ejercicio dejando de lado otras obligaciones.

Trastorno evitativo/ restrictivo de la ingesta alimentaria

Este trastorno consiste en evitar las comidas de tal manera de que no se cubren los requerimientos nutricionales, lo que conlleva pérdida de peso del individuo. Es frecuente, que este trastorno lo padezcan también personas con *anorexia nerviosa* y *bulimia nerviosa* (2).

En cuanto a las características comunes que aparecen en estos individuos son (2):

- Pérdida de peso
- Presencia de diferentes deficiencias nutricionales

- Dependencia de alimentación enteral
- Alteración en el funcionamiento psicológico y funcional

Pica

Pica, es otro trastorno no reconocido por la *DSM*, que consiste en ingerir cosas que no son alimentos. Estas personas ingieren sustancias que les causan complicaciones como obstrucciones, estreñimiento, dolores de estómago o incluso envenenamiento (20).

El diagnóstico se produce cuando una persona mayor de 2 años de edad, ingiere cosas que no son comestibles durante un mes o más. Además, los médicos valoran el estado nutricional para observar si existe pérdida de peso y alguna deficiencia nutricional (21).

Los elementos que más consumidos son el papel, barro, suciedad, cabello. También se ha observado casos de pica durante el embarazo, aunque es poco frecuente (21). En algunos partes del planeta, según su cultura o tradiciones, es normal ingerir cosas que no son comestibles. Ej: comer arcilla, en ciertas zonas de Estados Unidos (20).

Rumiación

Otro trastorno de alimentación que se da con menor frecuencia, pero que también tiene una prevalencia en la población, es el trastorno de rumiación. Este no está relacionado con alteración de la imagen corporal o el sentirse con sobrepeso. Estos pacientes ingieren grandes cantidades de comida y después hacen regurgitación. O sea, los pacientes comen, regurgitan el alimento y posteriormente, vuelven a comérselo (21).

Esto genera en los pacientes sentimiento de satisfacción y de gratificación, y suele asociarse a otras conductas auto estimulantes como succión de dedos o balanceos (21).

Este tipo de trastorno puede provocar en el individuo problemas de peso y malnutrición, puesto que, no se están absorbiendo los nutrientes de manera correcta.

Este trastorno se diagnostica alrededor del año de vida, es más frecuente en hombres y suele estar relacionado con retraso global en el desarrollo, también con trastornos mentales como el de personalidad (21).

Es importante descartar otras patologías, por ejemplo relacionadas con el reflujo gastroesofágico o problemas de tracto digestivo (21).

Ortorexia

El origen de esta palabra, procede del griego "*ortos*" que significa recto o correcto y "*orexis*" apetito, esto se traduce como un trastorno que consiste en una manía patológica por realizar una alimentación sana, y del establecimiento de una conducta emocional perturbada y auto castigadora en el que caso de no ser estricta (22).

Estos individuos focalizan mucha atención en la preparación de los alimentos y patrones ritualizados con la comida. Muestran una gran preocupación por la calidad del

alimento, y no por la cantidad de estos. Tienen preferencia por los alimentos integrales, orgánicos, libres de hormonas y antibióticos. Intentan buscar alimentos puros, sin ningún tipo de manipulación (23).

Este trastorno surge por deseo de la persona de evitar las enfermedades y tener el mejor estado de salud posible, haciendo de la comida el plano principal de su vida (23). El principal denominador común en estos pacientes es que se vuelven más estrictos con el tiempo y que reducen en gran cantidad los alimentos que pueden ingerir, esto por ende, aumenta el riesgo de malnutrición y que aparezcan deficiencias nutricionales (23). Esto conlleva a que diversas esferas de la vida del paciente se vean afectadas, conllevando incluso a un aislamiento, desequilibrio psicológico e incluso afectando al estado de salud de este (22).

Valoración clínica

Ante la sospecha de un paciente que tiene signos y síntomas relacionados con algún trastorno de alimentario, es necesario llevar a cabo una valoración biopsicosocial para completar la historia clínica del paciente.

Al principio es normal que muchos de los pacientes no sean conscientes del problema que padecen. Suelen acudir a pedir ayuda, puesto que, los familiares observan comportamientos fuera de lugar (9).

Al principio lo más adecuado es que la entrevista que se lleve a cabo sea en solitario, el paciente y el profesional sanitario (9). Aunque, también se obtendrá información sobre el paciente a través de familiares, allegados y la historia clínica anterior de este (2).

Durante la valoración aparezcan muchos impedimentos, ya que, estas personas que padecen TCA intentan esconderlos, y por ello, recurren a la mentira y ocultación de los síntomas que aparecen en estas patologías (2). Para evitar caer en esta vorágine, es importante crear un clima tranquilo, seguro y de confianza, haciéndole ver al paciente que toda la información que se obtenga de la entrevista es confidencial y que la función principal de la enfermera en este ámbito será comprenderlo, apoyarlo, ayudarlo y motivarlo para dar soluciones a sus problemas (2).

En cuanto a la entrevista que se llevará a cabo con el individuo, partirá en dos vertientes, en primer lugar atendiendo a los problemas físicos, psicológicos, sociales, emocionales, cognitivos y conductuales que pueda tener y por otro lado, a través de herramientas como cuestionarios y escalas (2).

La historia clínica del paciente debe de enfocada al diagnóstico de la conducta alimentaria, así como, al estado nutricional que presente el paciente y la sintomatología que padezca (15).

Es importante que durante la entrevista se obtenga información acerca de la comida, si realiza alguna restricción alimentaria, qué tiempo le dedica a comer, la cantidad y la calidad de los alimentos. Así como, si ha tenido algún cuadro de atracón, conductas compensatorias y que sentimientos le han surgido por ello (15).



Fuente: Nuevo Espín M. *Anorexia y bulimia: cuando el espejo miente.* [Fotografía] 2018.

Además, esta entrevista permitirá conocer la personalidad del paciente, lo cual, será muy positivo para poder enfocar actividades y acciones con el paciente (2).

Durante la valoración es necesario que el personal de enfermería muestre especial atención, a ciertos elementos como (2):

- Los hábitos alimentarios que tiene el paciente, si realiza algún tipo de dieta, alimentos eliminados de la dieta.
- Si es consciente del problema que presente.
- El uso de fármacos para reducir o eliminar el apetito, inducir el vómito o el uso de laxantes.
- La actitud que presenta hacia el peso, si ha reducido el peso en los últimos meses.
- Si pertenece a algún grupo de riesgo para padecer este trastorno.
- Práctica de actividad física y la actitud ante esta: Actividad, duración, motivación...
- Cómo se describe a sí mismo/a y como cree que la ven los demás.
- Autoestima
- Patrón cognitivo y capacidad de afrontar situaciones estresantes
- Relaciones familiares
- Presencia de ansiedad, fobias u otro trastorno
- Sexualidad
- Icono de belleza e idea de perfección

En cuanto a la valoración física de la persona afectada los datos que se van a obtener son objetivos, los cuales, determinará si el estado del paciente si es favorable o desfavorable (2).

Son múltiples las afectaciones orgánicas que pueden aparecer, a continuación se mostrarán algunos de ellos (2), (9):

- *Cardiovasculares*
 - Bradicardia

- Hipotensión
- Arritmias
- *Metabólicos*
 - Disminución del metabolismo basal
 - Hipoglucemia
 - Hipercolesterolemia
 - Distermias
 - Alcalosis metabólica
 - Alteraciones hidroelectrolíticas
- *Renales*
 - Uremia
 - Fallo renal agudo o crónico
- *Endocrinológicos*
 - Hipogonadismo
 - Amenorrea
 - Aumento de las enzimas hepáticas
- *Dermatológicos*
 - Piel seca
 - Lanugo
 - Callosidades a niveles de articulaciones interfalángicas (signo de Russell)
 - Fragilidad capilar
- *Cognitivos y comportamentales*
 - Depresión
 - Dificultad de concentración
 - Obsesión por la comida
 - Irritabilidad
 - Alto nivel de exigencia
 - Tristeza
 - Inconformismo
 - Cambios en la conducta
- *Alteraciones óseas*
 - Osteopenia
 - Retraso en la maduración ósea
 - Osteoporosis
- *Hematológicos*
 - Pancitopenia
 - Hipoplasia de médula ósea

- *Gastrointestinales*
 - Gastroparesia
 - Estreñimiento
 - Diarrea
 - Distensión abdominal
 - Desgaste del esmalte dental
 - Gastritis
 - Gingivitis
 - Dolores abdominales
 - Esofagitis
 - Rotura esofágica
 - Hipertrofia de glándulas paratiroideas

Estos síntomas, anteriormente mencionado suelen darse en trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa. En el caso de trastorno de conductas por atracón son problemas relacionados con la obesidad y el sobrepeso, en el que se verán afectado los sistemas circulatorios, respiratorio, endocrinos y osteoarticulares (2).

Es necesario, que se le preste atención también a la medición de los índices paramétricos como son la talla, peso, IMC (Índice de Masa Corporal), en función de su peso ideal y la edad, sobre todo en niños y adolescentes (15).

Dentro de la valoración es necesario realizar un análisis clínico para ver cómo se encuentra y si existen deficiencias de alguna vitamina o parámetro alterado. Además, de un electrocardiograma de forma rutinaria (15).

Todo esto se produce como un producto final de un conjunto de elementos (predisponentes, precipitantes y perpetuantes). En este tipo de trastornos, los factores precipitantes son aquellos que llevarán a la persona a desarrollar un TCA, vulnerables en ese momento (factores precipitantes) y que finalmente, si no se pone remedio o solución a esto conllevará a una cronificación del problema (factores perpetuantes o de mantenimiento). Todos estos factores se encuentran influenciados por factores biológicos, socio-culturales, psicológicos y cognitivos (2).

Es importante que el papel de la enfermería se centre en los dos primeros sobre todo, para prevenir el desarrollo del trastorno.

FACTORES PREDISPONETES

Factores individuales

- **Vulnerabilidad genética y biológica.** En los trastornos de la conducta alimentaria se ha demostrado que hay una clara influencia de la genética en trastornos de la conducta alimentaria, como son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, e incluso en el trastorno por atracón. Además, se ha comprobado que es más probable

padecer AN en pacientes con familiares de primer grado que los que no (2).

La genética puede ser responsable entre el 50-85% de los factores de riesgo para desarrollar el TCA, en mayor proporción que los factores ambientales (2).

En estos casos, se sobrentiende que lo que el individuo hereda es la predisposición a desarrollarlo, labilidad emocional, falta de control sobre los impulsos que junto con los factores ambientales, pueden predisponer a padecer un TCA (26).

- **Antecedentes de sobrepeso y obesidad.** Esto aparece también relacionado con el desarrollo de TCA, sobre todo AN y BN. La presión social que enfoca el ideal de cuerpo como delgado, lo que desencadena es una insatisfacción con su propio físico (26).
- **Rasgos del carácter.** Hay ciertos rasgos del carácter de una persona que puede conllevar al desarrollo de un TCA, estos pueden ser una persona tímida e introvertida, poca autoestima, escasas habilidades sociales, poco autocontrol, excesivamente autoexigente, fácilmente manipulable, entre otros (26).
- **Conductas depresivas (2).**
- **Historia de bullying, burlas o críticas (2).**
- **Relaciones familiares alteradas.** Se ha observado niños/as que han desarrollado TCA por círculos familiares desestructurados, en el que han recibido poco cuidado parental o por exceso, una sobreprotección desmesurada, además de falta de comprensión por los padres, dominación social, exigencia parental, tienen más posibilidad de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (2).
- Practicar ciertos **deportes** como la gimnasia artística, la danza (2).
- **Ciertas profesiones:** Azafatas, modelos, culturistas... (2).
- **Temperamento (26).**
- **El perfeccionismo.** Este rasgo es un factor de riesgo para patologías como la bulimia y la anorexia, además, de un factor reforzante. Las personas perfeccionistas, neuróticas y con emocionalidad negativa con tendencia a la evitación del daño, tienen más posibilidades de padecer un TCA. Los pacientes con AN tienden a tener una baja búsqueda de la novedad, alta persistencia y elevada restricción y los pacientes bulímicos tienen una alta impulsividad, búsqueda de sensaciones y novedad y rasgos de personalidad límite (2).
- **Insatisfacción corporal (IC).** La insatisfacción corporal es un sentimiento muy habitual en la cultura occidental sobre todo, este es un factor predisponente en los trastornos de la conducta alimentaria, aunque no el único para que dé lugar a estos trastornos (2).

Diferentes estudios han demostrado que IC es factor no solo predisponente, sino también desencadenante y reforzador, que influye en gran medida en el desarrollo y evolución de la enfermedad. También se han encontrado correlaciones con la autoestima baja y sentimientos depresivos (2).

- **Dificultades de reconocimiento emocional.** También, se ha reconocido que los pacientes que niegan o reprimen las emociones negativas que tienen en relación a su cuerpo o sobre sí mismo, provoca que haya un incremento en la excitación de algunas estructuras cerebrales, lo que provoca una disminución en la sensación de bienestar. Se cree que la restricción alimentaria puede servir para estos pacientes como un elemento que les haga reducir sus emociones negativas a través de un mecanismo de control que se adquiere como un refuerzo negativo (2).
- **Estudiantes universitarios.** Los jóvenes que se encuentran en época estudiantil también se someten a una serie de cambios sociológicos y culturales, que les influye de una u otra manera en la posibilidad de desarrollar algún tipo de TCA (2).

Factores socioculturales

Estos factores son elementos esenciales en los TCA, puesto que, desde diferentes perspectivas influirán en el individuo.

En primer lugar, los medios de comunicación (TV, radio, periódicos, revistas), muestran constantemente los cánones de belleza admitidos por la sociedad y la importancia del cuidado al cuerpo, además, de que tenemos que hacer para poder conseguir esos perfiles. Esto provoca, que la sociedad más vulnerable, asocie el éxito a las personas con un estado físico excelente, que practica gran cantidad de actividad física, mucho cuidado con su aspecto y degradando aquel que no cumple esos criterios (28).

Esta figura es aprovechada por diferentes sectores comerciales como el de la moda, salud por sus tratamientos estéticos, fármacos, tratamientos quirúrgicos, productos, farmacéuticas, deporte (fomentar el cuerpo fitness, el uso del gimnasio), alimentación (productos adelgazantes, reductores...), entre otros (2).

Esta presión social que se ejerce desde diferentes puntos conlleva a que el individuo que no cumple esos clichés, se vea evocado a una insatisfacción con su cuerpo, y por ende, a realizar dietas y ejercicio de manera excesiva con tal de cumplir esos criterios. Esto a veces, si se realiza de manera desmesurada puede conllevar a problemas con la alimentación (28).

Este culto al cuerpo ha pasado a ser un fenómeno social entre los más jóvenes. En esta etapa tan difícil como es la adolescencia, junto con los cambios fisiológicos y psicológicos, provoca que muchos adolescentes tengan una baja autoestima con su cuerpo, apareciendo así la posibilidad de desarrollar un TCA, ya que, no tienen los recursos psicológicos como para no entrar en el círculo propuesto por la sociedad sobre cuál es el cuerpo ideal (2).

Factores familiares

Este último factor y no por ello menos importante, es uno de los elementos más influyentes en los adolescentes o jóvenes. Tanto las actitudes de los padres por exceso o por defecto influirán en el individuo de manera relativa (25).

Las familias demasiado sobreprotectoras provocan que los hijos/as no sepan afrontarse ante situaciones problemáticas, puesto que, ellos se han encargado de solucionarle dichos problemas o evadirlos de estos. También, las familiares problemáticas, aquellas que fomentan los cultos al cuerpo, familiares con problemas de alimentación, depresión, consumo de sustancias o familiares con trastornos depresivos (25).

Es importante no culpar a las familias, puesto que, aquí no hay culpables, es una vorágine de factores los que influyen en el desarrollo de estos trastornos. Por ello, es necesario trabajar con la familia para dar solución al problema en cuestión y actuar ellos como factor de ayuda (2).

FACTORES PRECIPITANTES

Estos factores son aquellos inducen la aparición del trastorno alimentario en un momento concreto, hay muchos que pueden influir, pero los más relevantes son los siguientes:

- **Experiencias estresantes.** Las personas que padecen TCA tienen una gran vulnerabilidad ante situaciones estresantes, como fallecimientos, abusos sexuales o accidentes graves, lo que termina conllevando a un daño en su autoconcepto o imagen, dado que, al no disponer de recursos de afrontamiento adecuados, tienden a realizar acciones nocivas para su organismo. Este tipo de actuaciones puede conllevar a desarrollar este tipo de trastorno (25).
- **Insatisfacción corporal.** Es el factor que más riesgo tiene el individuo para poder desarrollar este tipo de trastorno y se perpetúe en el tiempo. La presión social que existe hacia el culto al cuerpo, estilos de vida poco saludables, debido a la globalización en los hace décadas no era tan importante el peso, la talla o el cuerpo, se ha transformado en una mayor fijación hacia estar perfecto (cuerpo), lo que ha derivado en que exista una gran insatisfacción hacia su imagen y su cuerpo. Aunque no es el único factor para dar lugar a ese trastorno, si es un factor relevante (25).
- **Dieta.** En muchos artículos y revisiones desarrollan que la etiología de muchos de estos trastornos se produce por llevar a cabo una dieta. En muchas ocasiones realizar dieta favorece que luego se intente compensar esa restricción calórica a través de atracones. También, al realizar dieta puede producirse una disminución del triptófano, lo cual conlleva a aumentar la necesidad de ingerir productos que conlleve carbohidratos (26).
- **latrogenia (27).**
- **Actividad física excesiva (27).**
- **Interacción social (27).** Es importante, valorar los factores que influyen en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, esto se puede valorar a través de Comportamientos de Riesgo alimentario (CRA), estos se consideran posibles factores desencadenantes de los TCA. Aunque no necesariamente debe de desarrollarse, es necesario tenerlos en cuenta (25).

Cuestionarios para la valoración de los TCA

Para poder llevar a cabo una entrevista adecuada y objetiva, es necesario emplear diferentes instrumentos que ayuden a detectar y determinar un diagnóstico de TCA de manera precoz. Esto a su vez, esto evitará complicaciones que puedan aparecer tras desarrollar la enfermedad (2).

Por otro lado, estos cuestionarios ayudarán a los profesionales tanto de los centros de salud como de atención especializada a trabajar de manera más rápida y mejor, identificando, tratando y ayudando a estos pacientes (28).

Para finalizar de realizar el diagnóstico es necesario realizar la valoración completa: Entrevista clínica, valoración física y análisis clínicos.

Existen diferentes cuestionarios que se pueden aplicar a los diferentes trastornos de TCA, a continuación se definirán algunos de ellos:

Cuestionario SCOFF

El cuestionario "The Sick, Control, Out weight, Fat, Food Questionnaire", es un cuestionario rápido y sencillo, que el propio paciente realiza. En él, se pretende determinar los trastornos de la conducta alimentaria, a través de cinco preguntas dicotómicas (respuesta si/ no, con valores 1 y 0 consecutivamente) (2) (30). Estas preguntas miden la pérdida de control sobre la ingesta alimentaria y la insatisfacción que muestra el individuo hacia su cuerpo (2).

La puntuación es de 0 a 5, siendo una puntuación final de 2 o más, como una persona en riesgo de desarrollar un TCA (30).

Tiene una alta sensibilidad y especificidad. Este cuestionario se recomienda para la población en general y a partir de los 11 años (2).

	SI	NO
¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo?		
¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come?		
¿Ha perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses?		
¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada?		
¿Diría que la comida domina su vida?		
Puntuación Total		

Fuente: Junta de Andalucía. Cuestionario de Scoff. (31).

Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel (EAT-40)

Este instrumento fue desarrollado como una propuesta para la detección de casos no diagnosticados de anorexia nerviosa en población de riesgo. Este cuestionario está compuesto por 40 ítems, con una escala de respuesta de 6 puntos, de tipo Likert, con parámetros de 1 es nunca y 6 es siempre, el punto de corte en este caso es de > 30 (9).

En la actualidad, este cuestionario tiene una versión más resumida con 26 ítems, que se utiliza para el cribado de personas que puedan padecer anorexia nerviosa y también en sus subtipos restrictivos y bulímicos. Utiliza también la escala de Likert y el punto de corte para la posibilidad del desarrollo de TCA es de >20 (9).

Los ítems que se encuentran en este cuestionario, se encuentran relacionados con 3 factores muy relevantes: el primero sería llevar a cabo una dieta, pretendiendo a evitar aquellos alimentos que contengan gran cantidad de calorías y la preocupación constante de tener un bajo peso, también con la bulimia y la obsesión con la comida (2). Además de ítems relacionados con preocupación por la imagen corporal, el uso de laxantes, conductas purgativas, presencia de vómitos, restricción alimentaria, presión social para perder peso (Anexo I).

Este cuestionario en ambas versiones desarrolladas se aplica de forma autoadministrada, de manera sencilla y rápida pero con la necesidad de realizar una lectura comprensiva de las preguntas (9).

En la actualidad existe una versión de este cuestionario para niños, el CHEAT-26 (Anexo II) (2).

Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE)

Este cuestionario consta de 33 ítems, se utiliza para cribar a personas con síntomas relacionados con la bulimia, además de evaluar la intensidad del cuadro que pueda presentar en ese momento. También, se utiliza para pacientes ya diagnosticados, para conocer su evolución (32).

Consta de dos escalas, una de síntomas y otra de la severidad de los mismos. En la primera, si obtienes una puntuación mayor de 20 indica que tienes alta probabilidad de padecer bulimia nerviosa y en la segunda, más de 10 indica gravedad y entre 5-10, intensidad significativa (32) (Anexo III).

The Restraint Scale (RS)

Esta escala se diseñó para aquellas personas que se mantienen durante el tiempo realizando dietas, sin ningún tipo de éxito y que rompen estos hábitos a través de episodios de atracón de manera continuada, y por consiguiente, un aumento del peso (2) (Anexo IV).

Esta escala se utiliza como la alternativa al cuestionario EAT, para la población que presenta fluctuaciones constantes en el peso y que tienen una sintomatología subclínica (2).

Este instrumento consta de 10 ítems, relacionados con la conducta alimentaria dietética, la obsesión por el peso y el comer y las fluctuaciones de este en el tiempo. El rango de puntuación varía de 0 a 4 o de 0 a 3, según la pregunta. La puntuación límite es de 16 (2).

Body Shape Questionnaire (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn

A través de este instrumento se pretende valorar la ansiedad que presenta el individuo hacia su propio cuerpo. Es un

cuestionario formado por 34 preguntas con 6 respuestas posibles (32).

Aquellos pacientes que reporten una puntuación mayor de 105 se consideran que están en alto riesgo (34).

Respuestas
1= nunca
2= raramente
3= algunas veces
4= a menudo
5= muy a menudo
6= siempre

Fuente: *Body Shape Questionnaire (BSQ)* [Internet]. *studylib.es*. 2017 (34).

Algunas preguntas que pueden aparecer en este cuestionario son (34):

- ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento le ha hecho sentirse gorda/o?
- ¿Se ha imaginado cortando partes grasas de su cuerpo?
- ¿Ha pensado que tiene la figura que tiene a causa de su falta de autocontrol?
- ¿Ha vomitado para sentirse más delgada/o?

Cuestionario de influencia del modelo estético corporal (CIMEC)

Este cuestionario se implementó para valorar las influencias socioculturales que conllevan a los adolescentes a practicar actividades que les lleve a adelgazar grandes cantidades de peso debido a la gestión de la imagen física que ha hecho al sociedad (2).

La versión reducida son 26 ítems, cuyas preguntas van a estar relacionadas con la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de los mensajes verbales, de los modelos sociales y de las situaciones sociales (2).

Además, este cuestionario puede cribar a la población general de los pacientes con TCA, sobre todo aquellos que padezcan AN. La puntuación de corte de este cuestionario se sitúa entre 17-18 puntos (2).

Parental Bonding Instrument (PBI)

A través de este instrumento nos permite medir la percepción del individuo sobre los vínculos parentales relacionados con los cuidados y la protección durante la infancia y la adolescencia (35).

Está formado por 25 ítems, con preguntas relacionados con las madres y padres durante la infancia y adolescencia. Aparece además, diferentes actitudes y comportamientos que pueden surgir y marcar entre las opciones disponibles la más adecuada (35).

Se encuentra en opción de respuesta mucho, bastante, poco o nada, en relación con los padres (35).

Ej: Me habla con voz cálida y amigable, o no me ayuda lo suficiente.

Test de Apgar (Adaptability, Patnership, Growth, Affection, Resolve)

Es un cuestionario corto formado por 5 preguntas de escala Likert, con puntuación de 0 a 2, para valorar la funcionalidad familiar (2).

Una puntuación superior a 6 puntos indica una funcionalidad familiar adecuada y por debajo o igual a seis indica disfunción de moderada a grave (2).

Niveles de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

En los trastornos de alimentación igual que en otras muchas patologías es necesario actuar desde el ámbito preventivo, por ello, en esta revisión es necesario dejar reflejado los niveles de actuación de los profesionales sanitarios y en especial del personal de enfermería.

En el primer nivel o prevención primaria, el objetivo será reducir el riesgo de padecer la enfermedad. En el caso de que ya se padezca el trastorno, se actuará a través de la prevención secundaria intentando reducir el tiempo de desarrollo de la enfermedad, realizando un diagnóstico rápido y precoz, con un tratamiento adecuado y evitando que esta enfermedad se cronifica y finalmente, en la prevención terciaria el objetivo será evitar las secuelas o complicaciones que puedan derivar de dicho trastorno, además de ayudar al individuo a su reinserción en la sociedad e intentar llevar a cabo una vida completamente normal (29).



Fuente: EUROPA PRESS, nbsp. El miedo a engordar tras el confinamiento puede disparar los trastornos de conducta alimentaria [Fotografía]. 2020.

Prevención primaria

Como anteriormente se ha mencionado, en este nivel el objetivo será actuar sobre el individuo o grupo de individuos vulnerables a este tipo de trastorno. Se intentará abarcar los problemas que les preocupa, así como, desarrollar comportamientos saludables y disminuir aquellos factores de riesgo que puedan influir en el individuo de manera negativa,

disminuyendo así la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (2).

Las actividades de prevención no solo se realizarán en la consulta de enfermería o en los centros hospitalarios, sino también en centros escolares, con la familia, a través de los medios de comunicación... (29).

Las actividades que la enfermera puede llevar a cabo con este grupo de riesgo son psicoeducativas, es decir, utilizar ejercicios educativos intentando modificar conductas inapropiadas o que pueden conllevar al desarrollo de un TCA (29).

Es necesario informar sobre estos tipos de trastornos y los riesgos que conlleva padecer estas enfermedades, fomentar la modificación de conductas promotoras de la enfermedad (cambio de dietas por motivos no claros o dietas restrictivas a espaldas de la familia). También sensibilizar a la población sobre los riesgos de idealizar ciertos aspectos estéticos muchas veces inalcanzables, concienciar sobre fenómenos derivados de ese culto al cuerpo (36).

Por otro lado, también a fomentar actitudes críticas hacia los medios de comunicación, a través de técnicas de inducción y disonancia para eliminar los factores de riesgo de TCA y fortalecer a la población susceptible de este problema (29).

Algunos de los programas o actividades psicoeducativas que se pueden llevar a cabo son las siguientes:

“*Body Project*”, este programa se basa en la discusión o disonancia cognitiva. Este instrumento se basa en activar recursos y crear una postura crítica hacia el culto a la delgadez que se ha extendido tanto en nuestra sociedad. Es necesario realizar 4 sesiones aproximadamente y se ha demostrado que ha reducido los factores de riesgo frente a este problema (4).

A través de este proyecto se pretende (37):

- Definir el ideal de cuerpo y explorar su origen
- Analizar los costes que deben de pagar para conseguir ese ideal
- Explorar las formas de resistir ante la presión de la sociedad
- Discutir como desafiar las preocupaciones enfocadas con el cuerpo
- Conocer nuevas formas de hablar más positivamente sobre nuestro cuerpo
- Desarrollar nuevas formas de responder mejor a esas presiones futuras sobre el ideal del cuerpo

“*Student body*”, es otra actividad que puede llevar a cabo en la prevención primaria. A través de 8 sesiones, se les irá aportando información a través de intervenciones cognitivo-conductuales sobre la insatisfacción corporal, TCA, conductas de control de peso y nutrición (37).

“*Weight to eat*”, esta actividad se puede llevar a cabo también en centros escolares, intentando modificar conduc-

tas hacia la alimentación, autoimagen y sobre la presión social hacia la alimentación. Se puede llevar a cabo en 10 sesiones de 1h de duración (37).

Prevención secundaria

En este punto, se pretende que todas las acciones que se lleven a cabo a detener la progresión de la enfermedad en fase preclínica, es decir, en el momento en el que los síntomas no son aparentes (2).

Esto nos permite detectar rápidamente la enfermedad, estableciendo acciones que permitan evitar la evolución de la enfermedad. El objetivo fundamental será disminuir la prevalencia de la enfermedad (38).

Se pretende realizar un diagnóstico precoz para iniciar un tratamiento correcto que se contemple todas las facetas: dieta, peso, y las relaciones interpersonales que pueda establecer, una asistencia multidisciplinar eficaz y formar a los familiares para ayudar a los pacientes (2).

Prevención terciaria

Y en este último nivel, se pretenderá reducir las consecuencias del trastorno que se ha padecido para evitar que se cronifique la enfermedad y una remisión adecuada de esta. También, se pretende evitar complicaciones más severas del curso crónico de la enfermedad (38).

Se le enseñará a los pacientes y familiares (2, 36):

- Informar y enseñar los indicadores que pueden servir como elemento de alarma sobre un decaimiento psicológico
- Herramientas que puede usar los familiares para ayudar al enfermo
- Asesorar sobre los recursos y dispositivos de los que puede hacer uso el individuo como hospitales de día, asociaciones, reuniones o grupos de apoyo
- Ser capaz de valorar el desarrollo de su psicopatología y sus posibles complicaciones
- La importancia de la familia que haga un seguimiento de las comidas, conductas y el estado psicológico del familiar enfermo
- Fortalecer el concepto que tienen acerca de su imagen y autoestima
- Fomentar una dieta equilibrada y práctica de ejercicio físico de manera adecuada

Actuación de enfermería en los TCA

Este apartado se va a centrar en la función de la enfermería en todas las facetas donde pueden actuar en los TCA.

La enfermería cuenta con un papel fundamental en el todo el proceso de la atención de los pacientes con TCA, desde la prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación. En primer lugar, en la detección de signos y síntomas que pueda

padecer un paciente y pueda servir de signo de alarma para el posible desarrollo de un TCA. Estos síntomas pueden ser: amenorrea, deterioro de las funciones fisiológicas, disminución de ciertos parámetros o retraso en el crecimiento, problemas relacionados con el peso cuando no son reales etc. (39).

La enfermería en estos casos ayuda tanto al individuo como a la familia durante la entrevista, la identificación y la explicación de este tipo de trastornos y la importancia de recibir un tratamiento adecuado y precoz. Por ello, la importancia de que los profesionales sanitarios, y en especial, la enfermería esté debidamente formada en estos trastornos (2).

Por ello, los enfermeros tienen una función esencial en el ámbito comunitario, ya que, ayudará a formar a distintos colectivos (familias, maestros, centros comunitarios) en la acción preventiva, dado que, estos colectivos pasan largos periodos de tiempo con individuos vulnerables (2).

La enfermería transmitirá los siguientes conocimientos a dichos colectivos (2):

- Qué son los TCA y sus características
- Signos y síntomas
- Factores predisponentes y precipitantes de los TCA
- Consecuencias de padecer TCA

Además es necesario, definir que si presencian ciertas conductas, es necesario que en ese momento soliciten ayuda a un profesional sanitario. Algunas de las conductas que pueden presentar pacientes con AN, son (2) (39):

- Deterioro en la conducta alimentaria: Reduciendo la ingesta alimentaria, esparcir la comida por el plato, dejar siempre comida en los platos y aumentar la ingesta de líquidos para llenarse.
- Restricción alimentaria sin ningún control sanitario, como evitar las comidas, raciones muy pequeñas, evitar alimentos que engorden. Controlan continuamente calorías, cantidad de grasas y azúcar en los alimentos. Intentan comer continuamente cosas light, integrales y baja en calorías aunque no sean realmente sanas.
- Hablan continuamente de comida hipercalórica pero ellos no la consumen.
- Aumentan exageradamente su actividad física para fomentar la pérdida de peso, además de realizar todas sus actividades de forma deportiva, por ejemplo, ir andando a todos los sitios, comer de pie, subir y bajar escaleras continuamente...
- Continuamente muestran que se encuentran insatisfechos con su imagen corporal, a pesar de, la gran cantidad de peso perdida.
- Visten con prendas anchas para evitar que se muestre su gran delgadez.
- Se centran de manera obsesiva en los estudios y tienen altos niveles de exigencia y son muy perfeccionistas.

- Cambios de carácter, como la irritabilidad, agresividad, aislamiento social o incluso tristeza. Intentan evitar pasar tiempo con su círculo más cercano, se muestran calladas y una expresión emocional plana.
- Puede aparecer trastorno obsesivo compulsivo (TOC), relacionados con la limpieza y el orden.
- Se irritan si alguien interfiere en su orden o actividades.
- Les cuesta adaptarse a cambios y necesitar seguir pautas y rituales.

En el caso de las personas con posible bulimia nerviosa, es necesario observar estos cambios (2) (39):

- Aparecen fluctuaciones en el peso.
- Gran preocupación por la comida, peso e imagen corporal, además gran parte de su tiempo lo pasan conversando acerca de estos temas.
- La conducta alimentaria se ve también afectada, realizan restricciones dietéticas o incluso ayunando.
- Comen rápido y parece que no mastican la comida.
- Los atracones los llevan a cabo a escondidas. Pueden aparecer sospechas cuando desaparece grandes cantidades de comida de la nevera, lo cual, no es normal puesto que, según ellos están haciendo dieta.
- Van al baño tras las comidas y pasan largo tiempo. Realizan en ese momento conductas purgativas.
- Signos y síntomas de realizar una mala alimentación.
- Aparece el caos en su planificación de actividades, vida y enseres.
- Existe una disminución en su rendimiento académico o laboral.
- Se caracterizan por mantener conductas impulsivas en todos los aspectos, a veces, tienden a sustraer objetos y abusar de sustancias.

Las recomendaciones que les dará el personal sanitario, o en este caso, la enfermería será que (2):

- Es importante transmitirla a la persona afectada que lo ve diferente y que no actúa como siempre, si le preocupa algo o ha pasado algo. Es importante, crear un clima de confianza y seguridad, para que la persona afectada pueda expresar sus sentimientos y emociones a su círculo más cercano.
- Las personas con cualquier tipo de TCA les aparece miedo y terror transmitir sus sentimientos y a través, del trastorno sienten control y seguridad en su vida. Por ello, cuando se converse con ellos, es necesario ser cuidadoso en el discurso y fomentar siempre seguridad a la persona.
- Se muestran distantes y rechazan hablar de su problema de alimentación. Es necesario insistir varias veces hasta poder obtener una respuesta positiva, de tal manera, que podamos ayudarle para que acepte iniciar un tratamiento precoz.

- Es frecuente que los familiares tengan la sensación de que el individuo deniega la ayuda, pero no les tiene que hacer venirse abajo. Deben de tomar consciencia de que es un proceso lento y es necesario mantener constante al lado del afectado. En estos casos, el enfermero puede ser un buen comunicador para poder abordar el problema y disminuir la carga emocional en los familiares o amigos.

Manejo de TCA por el personal de enfermería

En el ámbito de la jornada de los enfermeros, es posible, encontrarse pacientes con TCA.

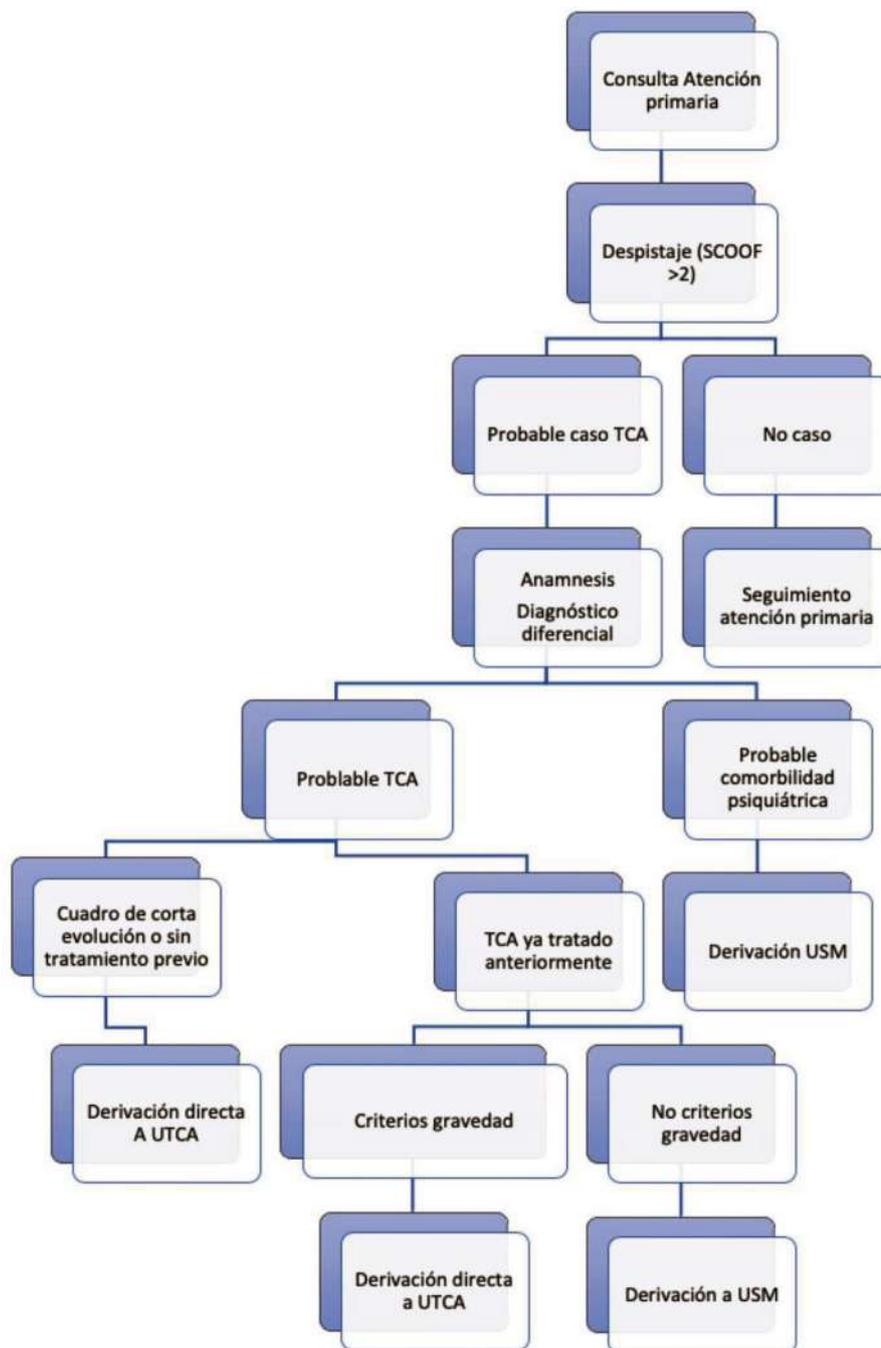
En el caso de que esto ocurra es necesario actuar de la siguiente manera (2):

- Ser capaz de identificar al paciente que pueda presentar cualquier tipo de TCA, intentando realizar dentro de nuestras posibilidades el diagnóstico más acertado.
- Analizar con el resto del equipo donde debe de proceder al seguimiento del trastorno. Los factores que se deben de tener en cuenta para ello son: el tipo de TCA que se padece, la edad del paciente, la gravedad de la enfermedad, si el paciente tiene consciencia de ello y su estado físico y mental. En el caso de que el seguimiento se realice en atención primaria, la enfermería tendrá como objetivo: Conseguir el control ponderal, corregir la malnutrición, evitar complicaciones, educación nutricional para modificar patrones de conducta alimentaria inadecuados tanto al paciente como a los familiares, y prevenir las recaídas.
- En el caso de AN, se les pedirá a los pacientes que registre a diario lo que ingiera, la actividad que haga, si hace uso de productos purgativos, se le pedirá que no se pese y se le hará un registro semanal del peso en consulta, sin que el paciente conozca el resultado de este.
- En la BN, es necesario conocer si se producen atracones o no, si se hace uso de las purgas, si utiliza fármacos para ello y se incidirá en la prevención de recaídas.
- Informar acerca de la evolución de la enfermedad de manera clara y concisa tanto al individuo como a los familiares más cercanos.
- Los familiares contarán con la ayuda del personal de enfermería para conocer cuáles son las acciones que deben de llevar a cabo, cuales no y que se pretende obtener a corto y largo plazo.
- Controlar las complicaciones físicas que puedan aparecer.

Circuito de atención a un paciente con sospecha de TCA

Es importante que el personal de enfermería en la actuación durante el tratamiento, realice una serie de acciones (2):

- Reforzar conductas positivas
- Mostrar empatía y confianza hacia el paciente



Fuente: Ruiz Lázaro PM. Protocolo-Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en Atención Primaria. 2020. (39).

- Objetivar la evolución del paciente en todos los ámbitos
- Ser firme en las intervenciones con el paciente, no hacerles sentir mal ni menospreciar, y explicar, el porqué de cada intervención
- Hacer a la familia y amigos participe del proceso

Objetivos con los TCA por parte del equipo de enfermería

Este apartado se centrará en determinar los objetivos que tiene por materializar el equipo de enfermería en consonancia con el resto de profesionales de la salud. En este caso, no solo se basarán en el cuidado básico que se suele ver en una planta de un hospital, sino una atención enfo-

cada a las diferentes esferas que compone a un individuo (física, social, emocional y psicológica) (2).

En este caso, el proceso de atención de enfermería es un elemento clave para dar lugar al trabajo de la enfermería. Se tiene que tener en cuenta los factores relacionados con el marco de actuación (conocimiento, respeto por el resto de las profesiones, uso del método científico, instrumentos, protocolos y programas de actuación) y los profesionales que van a tratar al paciente de forma interdisciplinar (2).

Dado que, esta enfermedad afecta a todas las facetas del ser humano, es necesario contar con cierta experiencia para dar lugar a unos cuidados de calidad.

El equipo de enfermería centrará su trabajo hacia (2):

OBJETIVOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA
Mejora del estado físico: Promoviendo mejorar el estado de salud del paciente, haciendo que realice una dieta adecuada y variada, de tal forma, que se obtenga un IMC de acuerdo a su constitución, eliminar o evitar complicaciones física y un análisis clínico sin deficiencias.
Recuperación familiar y social: Fomentar un entorno relajado y sin conflictos con amigos y familiares, ayudando a fomentar las habilidades sociales y evitar conductas que puede conllevar al aislamiento social.
Fomentar la estimulación cognitiva positiva, de tal forma que, el/ la paciente recupere su estado de ánimo y confianza sobre sí mismo, teniendo un imagen real y consciente sobre su cuerpo, reducir la presión social que soporta sobre el culto al cuerpo y fomentar sus valores, creencias y sentimientos positivos.
Estado emocional óptimo: Trabajar en las sesiones con el paciente la personalidad, gestionar las situaciones de estrés y frustración. Fomentar el autocontrol, prevenir los estados emocionales alterados y relacionados con la alimentación.
Para la conducta , es necesario ofrecer alternativas al paciente en cuanto a las conductas de alimentación y eliminación, darle a conocer estados nutricionales sanos, evitar el consumo de sustancias tóxicas y controlar los comportamientos compulsivos.

Fuente: elaboración propia. De la Serna Maté J. Rol de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2017 (2).

Durante la intervención de la enfermera con el paciente, es necesario, establecer una serie de actitudes para fomentar la evolución del paciente con trastorno de alimentación (2):

- Establecer metas a corto plazo, que sean asumibles por el paciente según el momento de evolución en el que se encuentre. Implicarle en todas las actividades de su tratamiento.
- Fomentar su autocontrol y el aumento de confianza.
- No minimizar los comentarios relacionados con la alimentación
- Conductas coherentes hacia valores positivos del ser humano.
- Ser disciplinados frente a ciertas conductas que pueda presentar el individuo.
- Resaltar la necesidad de supervisar el plan terapéutico
- Favorecer el reconocimiento de sentimientos hacia sí mismo y su cuerpo.

Plan de Cuidados de Enfermería

La multicausalidad de este trastorno y la multitud de sistemas a los que afecta, es necesario establecer un plan de cuidados por parte del personal de enfermería, durante el tiempo que se trate al paciente, este se hará a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon (40).

Los patrones de Marjory Gordon son 11 patrones funcionales, que nos muestran áreas o facetas que se pueden ver alteradas en pacientes con TCA. De la información que se

obtiene del paciente y de los familiares, permite detectar los problemas que presenta el individuo. No solo el TCA, sino, todos los problemas subyacentes que nacen de este (40).

Según los diagnósticos establecidos, se propondrán las intervenciones enfermeras y las actividades que se llevarán a cabo. Además de, establecer los objetivos y las escalas de medida de resultados validada (3).

Los diagnósticos se establecerán según la **NANDA**, y las manifestaciones y características relacionadas que se den con más frecuencia en cada paciente (3).

Todos los datos obtenidos en esta valoración, serán trasladados a la entrevista clínica (40).

Patrones funcionales (41):

PATRONES FUNCIONALES
Patrón 1: Percepción- manejo de la salud
Patrón 2: Nutricional-metabólico
Patrón 3: Eliminación
Patrón 4: Actividad- ejercicio
Patrón 5: Sueño- descanso
Patrón 6: Cognitivo- perceptivo
Patrón 7: Autopercepción- <u>autoconcepto</u>
Patrón 8: Rol- relaciones
Patrón 9: Sexualidad y reproducción
Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés
Patrón 11: Valores- creencias

Fuente: elaboración propia. Observatorio de Metodología Enfermera [Internet]. Patrones funcionales de Marjory Gordon (41).

A continuación, se definirán los patrones los cuales se ve afectado, que áreas se deben de analizar y los posibles diagnósticos que pueden padecer los pacientes con TCA.

Patrón 1: Percepción- manejo de la salud

Este es el primer patrón que se ve afectado en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Puesto que, no tienen conocimiento de que se encuentran sufriendo una enfermedad, y por ello, no puedan identificar los signos y síntomas negativos derivados de este trastorno (40).

Además, no ven necesario seguir un tratamiento o el posible ingreso. Es muy importante involucrar al círculo más cercano en este proceso (40).

La enfermera deberá de indagar en (40):

- Percepción de su estado de salud y si tiene conocimiento de la enfermedad
- Si pretende cambiar actitudes y conductas negativas
- Si acude a las citas médicas, análisis y revisiones
- Patologías
- Miedo y temores
- Consumo de sustancias
- Medicación

Son múltiples los diagnósticos de enfermería que se pueden dar en los pacientes con TCA, pero a continuación se desarrollará algunos de ellos y otros se mencionarán:

Gestión ineficaz de la propia salud (00078) relacionado con déficit de percepción de la gravedad de su conducta manifestado por percepción errónea acerca de su enfermedad (42).

Los posibles objetivos que se han propuesto para este diagnóstico será (43):

- Conducta de cumplimiento (1601)
 - Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida.
 - Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria
- Detección del riesgo (1908)
 - Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos

La escala que se usará para evaluar estos indicadores es (*desde nunca demostrado = 1 hasta siempre demostrado = 5*) (43).

Algunas de las intervenciones que puede llevar a cabo la enfermera con la paciente son las siguientes (43):

Enseñanza proceso de la enfermedad (5602)

- Explicar la fisiopatología y psicopatología de la enfermedad.
- Enseñar al paciente técnicas para controlar o minimizar los síntomas si precisa.

Acuerdo con el paciente (4420)

- Determinar objetivos con el paciente.
- Ayudar al paciente a establecer límites en tiempos realistas

Otro ejemplo de diagnóstico que se puede emplear o dar en este patrón con pacientes con TCA es: Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080) (41).

Patrón 2: Nutricional- metabólico

Este patrón es el que más afectado suele estar, como en el caso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno de atracón (40).

La alimentación no solo el principal problema, sino también, la principal causa de otros problemas subyacentes. En los casos más graves, donde existe una gran afectación del patrón nutricional- metabólico es preciso priorizar estos cuidados (40).

Elementos a explorar (40):

- Evolución de la historia de peso (alimentación, preparación de la comida, tiempo invertido, dietas, hábitos sociales relacionados con la comida).
- Valoración del IMC, peso y altura.
- Alergias
- Problemas digestivos (nauseas, vómitos, pirosis)
- Valoración de la piel

Posibles diagnósticos:

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002) relacionado con trastorno psicológico manifestado por aversión a los alimentos, falta de apetito y/o peso corporal inferior a un 20% respecto al peso ideal (43).

Los objetivos establecidos son (3, 40, 43):

- Autocuidados comer (0303)
 - Finaliza una comida
- Estado nutricional (1004)
 - Ingestión alimentaria
 - Relación peso/ talla

En cuanto a las intervenciones que se pueden llevar a cabo son las siguientes:

Manejo de los Trastornos de la Alimentación (1030) (3):

- Entablar conversación con el paciente para establecer un objetivo de peso adecuado
- Proporcionar apoyo al paciente a través de técnicas de relajación, yoga, ejercicios de desensibilización y expresión de sentimientos, de tal forma que, esto influya de manera positiva en las conductas alimentarias del individuo.

- Reforzar los conceptos de buena alimentación y ayudar a crear unos nuevos.
- Recomendar al paciente a que realice un diario de sentimientos y acciones que le pueda provocar llevar a cabo acciones purgativas.

Dentro del diagnóstico Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades, también se puede encontrar el **objetivo Peso: Masa corporal [1006]**, con este objetivo se pretende aumentar el peso corporal del paciente, se utilizarán como indicadores, el establecimiento de objetivos de peso alcanzable, se compromete a realizar comidas saludables, mantiene un aporte adecuado de alimentos y líquidos nutritivos, obtiene asistencia para el peso por parte de un profesional (3,43).

En cuanto a las *NIC* que se plantearían sería Manejo del Peso (1260), que permite facilitar el mantenimiento del peso corporal en un estado adecuado y el porcentaje de grasa corporal (3,43).

Algunas actividades a desarrollar serían (3,43):

- Comentar con el paciente los hábitos alimenticios, costumbres y cultura que puedan influir sobre su peso
- Relación del paciente con la comida, entre otras
- Determinar el peso ideal del paciente
- Planificar recompensas cuando el paciente alcance los objetivos determinados al principio del tratamiento

Otra *NIC* muy importante y que no debe de faltar en este posible plan de cuidados es la Ayuda para ganar peso (1240), que consiste en facilitar al paciente el aumento del peso corporal.

Las actividades a desarrollar serían (3.43):

- Pesar al paciente en los intervalos determinados por el equipo interdisciplinar.
- Registrar el proceso de evolución del peso
- Observar si aparecen conductas purgativas
- Disponer de periodos de descanso para fomentar un estado de tranquilidad y relajación, y por ende, la comida al paciente.
- Crear un ambiente tranquilo, agradable y relajado para la comida
- Suplementar con productos dietéticos hipercalóricos al paciente.
- Controlar el tipo y la cantidad de comida que ingiere habitualmente.

Otros diagnósticos que se pueden dar en estos pacientes son (40):

00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal

00025 (Riesgo) Desequilibrio del volumen de líquidos

00045 Deterioro de la mucosa oral

00102 Déficit de autocuidado: Alimentación

Patrón 3: Eliminación

En este patrón puede ver estreñimiento ocasional en los pacientes con TCA (40).

Suelen negar el uso de diuréticos, laxantes y cualquier otro fármaco como terapia purgativa (40).

Los posibles diagnósticos en este patrón sería Estreñimiento o Diarrea (43).

Patrón 4: Actividad- ejercicio

El patrón de actividad y ejercicio también se suele ver afectado en los pacientes con TCA, normalmente suelen presentar fatiga con frecuencia por la falta de nutrientes y una dieta pobre, lo que conlleva que, tarde o temprano el organismo se vea afectado y aparezcan diferentes consecuencias (40).

Es frecuente también la práctica de ejercicio excesivo que junto con los comportamientos purgativos, les lleva a la pérdida de peso (40).

En este patrón es necesario explorar (41):

- Práctica de ejercicio físico
- Si nota tener energía para llevar a cabo las actividades
- Se organiza bien para llevar a cabo actividades
- Qué tipo de ejercicio hace, duración y frecuencia

Un diagnóstico que puede aparecer en estos trastornos es la **fatiga [00093]** relacionado con acontecimiento vital negativo, malnutrición y pérdida de la condición física manifestado por apatía, aislamiento social y deterioro general (3).

El Objetivo (42):

Nivel de fatiga [0007]

Y en cuanto a las intervenciones que se pueden realizar con el paciente será el manejo de la energía, de tal forma que, el paciente aproveche la energía para hacer actividades y se sienta productivo (3).

Otro diagnóstico que puede aparecer, es el retraso en el crecimiento y el desarrollo en adolescentes o preadolescentes, por ello, es importante detectar estos trastornos de una manera precoz para evitar complicaciones importantes en el desarrollo del individuo sobre todo en estas etapas (3).

Retraso en el crecimiento y el desarrollo [00111] relacionado con nutrición inadecuada y manifestado por peso bajo y talla baja (3).

Con el Objetivo de cumplir:

Desarrollo infantil: adolescencia [0109] (43)

Y se harán intervenciones como fomentar el desarrollo: Adolescentes [8272], en este apartado se intentará realizar actividades para conseguir una relación terapéutica

de confianza con el adolescente y su familia, así poder fomentar una dieta saludable, promover las relaciones sociales y las respuestas no violentas para la resolución de conflictos (3).

Otro diagnóstico que podría aparecer en este patrón sería la planificación ineficaz de las actividades (00199) (43).

Patrón 5: Sueño- descanso

Este patrón también puede verse afectado, ya que, puede aparecer un sueño no reparador, despertarse continuamente con pesadillas y temores y el paciente, comenta que no haya descansado adecuadamente (40).

Un diagnóstico posible sería:

Trastorno del patrón del sueño [00198] (43).

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo

El estado cognitivo-perceptivo de los pacientes con TCA, se ve alterado por el trastorno que están padeciendo en ese momento, es uno de los más afectados y por ello, es necesario hacer una valoración exhaustiva, intentando conocer datos como (41):

- Nivel de conciencia
- Conciencia de la realidad
- Percepción del dolor y tratamiento
- Juicio

Estos pacientes suelen tener una distorsión de la realidad y eso incluye, que tengan una imagen distorsionada de su aspecto físico, a consecuencia de ello aparece una serie de diagnósticos que son necesarios desarrollar (41):

Trastorno de la imagen corporal (00118) relacionado con factores perfectivos manifestado por expresar de que tiene una visión alterada de su imagen corporal (3).

El objetivo establecido (43):

- **(1403) Autocontrol del pensamiento distorsionado**
 - Solicita la ratificación de la realidad (140307)
 - Expone pensamientos basados en la realidad (140313)

En cuanto a alguna intervención que se puede llevar a cabo, una de las más importantes sería, Potenciación de la imagen corporal (5220), por ello es necesario trabajar con el paciente actividades para dar lugar a conocer cuáles son las expectativas corporales que tiene el paciente según la evolución del trastorno (3).

Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225) relacionado con baja autoestima situacional y etapas de crecimiento y desarrollo (3).

El objetivo sería que el paciente encuentre la identificación personal (1202), por ello, será necesario que verbalice un sentido claro de identidad personal y cuestiona las creencias erróneas sobre sí mismo (42).

En cuanto a las actividades que se pueden llevar a cabo, será a través, de la potenciación de la conciencia de sí mismo (5390) (42):

- Ayudar al paciente conocer e identificar el impacto que tiene el TCA sobre el mismo.
- Ayudar a identificar las conductas que pueden ser autodestructivas.
- Identificar la fuente de motivación.

También, pueden aparecer otros diagnósticos como (43):

- Conocimientos deficientes (00126)
- Conocimiento: Régimen prescrito (1813)

Patrón 7: Autopercepción- autoconcepto

A través de este patrón se podrá conocer el autoconcepto, y las percepciones que tiene sobre sí mismo, relacionadas con sus capacidades cognitivas, afectivas y físicas (41).

Además, permitirá conocer el patrón emocional que pueda tener el paciente, influirá mucho en este caso, el estadio de la enfermedad y cómo se encuentre el individuo. También, se analizarán problemas que puedan surgir como conductuales, corporales, emocionales... (41).

En este patrón se incluirá, los sentimientos negativos que puedan aparecer como desesperanza, ansiedad, depresión, irritabilidad etc. Para conocer la intensidad de estos sentimientos, se pueden aplicar ciertas escalas como la de Golberg o la de Yessavage (41).

Algunos diagnósticos que pueden incluirse en este patrón (3, 42):

Ansiedad [00146] relacionado con crisis situacional manifestado por angustia, miedo y agobio.

La enfermera, pretenderá que el paciente sea capaz de auto controlar su ansiedad [1402]. Se pretenderá realizar intervenciones como el **Apoyo emocional** [5720], en muchas ocasiones el paciente solo precisa compañía, de tal forma que, se sienta acompañado, seguro y tranquilo. Además eso fomentará a que se sienta en un clima óptimo para poder expresar emociones y sentimientos. La enfermera además, puede hacer partícipe a la familia en estas actividades, así, el paciente puede sentirse más arropado.

Durante este proceso de ansiedad se realiza un **Control del estado de ánimo** [5330], donde se realiza una valoración del estado del ánimo del paciente al inicio del tratamiento y durante este, además, permite al propio individuo evaluar su propia evolución.

También, se puede utilizar otras actividades como Terapia de relajación, musicoterapia [4400] o actividad física.

También aparecen en pacientes con TCA, el **Trastorno de la imagen corporal** [00118] suele estar relacionado con la alteración de la percepción causado por la enfermedad y manifestado por la alteración del concepto que tiene sobre sí mismo (42).

El objetivo principal es conseguir una buena **Imagen corporal** [1200]. La enfermera intervendrá para la mejora de la imagen corporal [5220]. Se pueden usar técnicas como que el paciente se dibuje así mismo e intente destacar lo que el considere sus puntos fuertes y cuáles son sus expectativas corporales, siendo estas siempre más realistas. Se puede medir la frecuencia con la que expresan frases sobre su forma corporal y peso. También se debe ayudar a que separen el aspecto físico del valor de su persona (43).

Por otro lado, pueden aparecer otros diagnósticos como **Baja autoestima crónica** [00119] en el caso de que el trastorno perdure en el tiempo y no haya punto de inflexión, o **Desesperanza** [00124] (43).

Patrón 8: Rol-relaciones

En este patrón se pretende conocer el patrón de relaciones que tiene el paciente con su entorno (amigos y familia) y cuál es el rol que desempeña en ellos. En cuanto al patrón de relaciones con la familia, se valorará la relación que tiene con sus familiares, si recibe apoyo familiar, buena comunicación... (41).

Para valorar la relación y la funcionalidad de la unidad familiar, se puede utilizar el test de Apgar familiar (41).

También, es importante conocer al grupo social al que pertenece, los círculos sociales con los que se relaciona, como son las relaciones que establece, entre otros factores (41).

Por otro lado, se indagará si le va bien en el trabajo o en el colegio y datos relacionados con pérdidas, cambios o fracasos (41).

Es frecuente que se produzca un **Deterioro de la interacción social** [00052] relacionado con la baja autoestima situacional por el TCA y manifestado por la disminución de las relaciones social o una interacción disfuncional con amigos y familiares (3).

Para ello, la enfermera marcará como objetivo la Implicación social [1503], la cual se conseguirá a través de la Potenciación de la socialización [5100]. Es importante de que el paciente y sus familiares realicen actividades juntos, hobbies que tengan en común o les llame la atención o por si lo contrario, aparece una falta de participación, se podrá proponer actividades nuevas. También, es importante que estos pacientes acudan a los grupos de apoyo y terapia de grupo, puesto que, son un elemento clave en el tratamiento de estos trastornos (3).

Los trastornos de la conducta alimentaria, es una patología que no solo influye de manera importante en el propio individuo, sino que, también realiza un deterioro importante en los familiares más cercanos. Por ello, es posible que a veces aparezca un **Afrontamiento familiar comprometido** [00079] que puedan estar relacionados con unos conocimientos inadecuados, insuficientes o por un agotamiento tras el cuidado prolongado, esto suele estar manifestado por una conducta desproporcionada familiar, temor o sentimientos de culpa (3).

El objetivo principal será el Afrontamiento de los problemas de la familia [2600], y por ello se debe Fomentar la implica-

ción familiar [7110] y apoyo a la familia [7140]. Es necesario evaluar la estructura de la familia, los roles que desempeña y las expectativas que tienen cada uno de ellos en relación a la evolución de la enfermedad del paciente. También, es importante darle soporte a la familia, escuchando sus sentimientos, emociones y preguntas que puedan surgir (3,43).

Puede aparecer **Riesgo de violencia autodirigida** [00140] o **Riesgo de suicidio** [00150] (43).

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

Dado el deterioro que suelen padecer estos pacientes en todas las esferas que componen al ser humano, la sexualidad y reproducción son facetas que también se ven afectadas.

A través de la valoración se explorará problemas relacionados con la menstruación, si usa métodos anticonceptivos, si ha experimentado algún embarazo o ha sufrido un aborto. Además, se deberá de abarcar de manera respetuosa, si han aparecido problemas en las relaciones sexuales en el caso de que las lleve a cabo y que sentimientos han aparecido en dicho momento (41,43).

Un diagnóstico que suele aparecer con frecuencia es **Patrón sexual ineficaz** [00065] relacionado con conflicto y manifestado por la alteración de las relaciones con personas significativas (3).

La enfermera pretenderá que tome **Conciencia de uno mismo** [1215]. Para ello, se le ofrecerá **Asesoramiento sexual** [5248], a través, de sesiones con un clima tranquilo y de confianza, mostrando siempre respeto al paciente y a sus convicciones y proporcionándole intimidad y confidencialidad. Es importante darle a conocer al paciente que al inicio de tratamiento y enfermedades este patrón se ve alterado (3,43).

Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés

Este patrón es importante analizarlo de manera pausada y exhaustiva porque proporcionará gran cantidad de información acerca del paciente.

La enfermera le propondrá al paciente recordar situaciones que le hayan generado estrés en los últimos años y como ha tratado esas situaciones, que sentimientos le han aflorado, como se ha sentido y cuales han sido sus mecanismos para afrontar esas situaciones de alta emoción (41).

También, es importante que narre como se encuentra, si se nota agobiado la mayor parte del tiempo, tenso o si por el contrario, esta relajado (41).

Si hace uso de alguna medicación, o si realiza el consumo de alguna sustancia tóxica (41).

Puede aparecer diagnósticos como **Estrés por sobrecarga** [00177], relacionado con agente estresante intensos (TCA) manifestado por expresa sentimientos de tensión, problemas con la toma de decisiones o dificultad para funcionar (44).

Se podrían establecer varios objetivos como Superación de problemas, toma de decisiones (130011) o afrontamiento de problemas (1302). Estos son necesarios, ya que, en muchas ocasiones los trastornos de la conducta alimentaria, se desarrollan por la dificultad de dirigir sus vidas, tomar sus propias decisiones o afrontar situaciones difíciles (43,44).

De esta manera, es necesario que la enfermera intervenga con el paciente a través del apoyo emocional (5270), en el que se pretende que el paciente se sienta apoyado y comprendido; aumento del afrontamiento (5230), para esta intervención es necesario trabajarlo durante todo el proceso de la enfermedad, ya que, el paciente tiene que aprender a identificar los sistemas de apoyo disponibles para la resolución de problemas, valorar el impacto de la situación estresante sobre sí mismo, alentar a la familia para que ayude al paciente a expresar sus emociones y finalmente, terapias de relajación (6040), que ayudarán al paciente a canalizar sus emociones y reducir sus niveles de tensión y estrés (43,44).

Patrón 11: Valores- creencias

En este apartado la valoración se va a focalizar en las ideas o creencias vitales que rigen los principios de vida en el paciente, su conducta moral y ética. También, se incluirá si el paciente es religioso, cuál es su religión y si le suponen una ayuda o un conflicto (41,43).

Se incluirá también si existen preocupaciones relacionadas con la vida, muerte, dolor o enfermedad (41).

Algunos de los diagnósticos que se pueden incluir en este apartado pueden ser (43):

- Deterioro de la religiosidad [00169]
- Riesgo de compromiso de la dignidad humana [00174]
- Sufrimiento espiritual [00066]
- Sufrimiento moral [00175]

Paciente con TCA en una unidad hospitalaria

La asistencia ambulatoria es la más frecuente y más duradera en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, con una atención multidisciplinar (15). Pero para que esto se dé, de dicha manera, es necesario que el paciente presente una estabilidad clínica, si por el contrario aparece algunos de estos indicadores, será criterio de atención hospitalaria e ingreso (39):

- Pérdida de peso grave, con IMC por debajo de 15 en personas mayores de 14 años, además de una pérdida de peso del más del 20%.
- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Alteraciones hemodinámicas como bradicardias, arritmias o cualquier otra alteración.
- Mala adaptación al tratamiento
- Conductas purgativas incontrolables
- Mal soporte familiar

- Alteración psicológica como idea autolítica, consumo de drogas, depresión o trastornos de la personalidad.

El ingreso hospitalario puede ser voluntario o no, pero siempre con una atención multifocal. Los pacientes con AN suelen permanecer largos periodos de tiempo ingreso con múltiples recaídas, por el contrario en los pacientes con BN suelen ser más cortos. El objetivo es que se rompan los círculos viciosos que tienen con la comida (45).

Es importante desde el punto de vista de enfermería, que se realice de nuevo una valoración o entrevista clínica con el paciente, para evaluar los problemas principales y trabajar con ellos desde el primer día.

Es necesario acordar con el paciente, las metas y los objetivos que se marcarán a largo y corto plazo relacionados con la comida y la ganancia de peso. Además, se puede trabajar a través de recompensas como: Poder ver a sus familiares, salir de la unidad a pasear, realizar llamadas telefónicas, comidas fuera de la unidad ... (45).

Además, es adecuado que el paciente acude a sesiones de terapia y de grupos de apoyo para expresar y movilizar sentimientos y emociones, se suele poner condición sine qua non para dichos privilegios (45).

Tras las diferentes evaluaciones médicas, psiquiátricas y enfermeras, el paciente puede optar al alta hospitalaria para la atención en hospital de día o de manera ambulatoria, pero debe de tener una situación clínica estable, haber solucionado los problemas psicopatológicos y conductuales en gran medida, aseguramiento al cumplimiento y objetivos que se han marcado con anterioridad (15).

CONCLUSIONES

- Los trastornos de la conducta alimentaria son un gran problema para la sanidad, puesto que, en los últimos años la prevalencia de estos trastornos ha aumentado considerablemente en ambos sexos, además de iniciar en una edad más precoz.
- La importancia de identificar los problemas de conducta alimentaria y trabajar desde un aspecto multidisciplinar, para evitar el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y complicaciones.
- La necesidad de establecer lazos con diferentes instituciones sanitarias, educaciones y políticas para fomentar la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y favorecer la promoción de hábitos de vida saludable.
- La entrevista clínica y la valoración física, así como, los instrumentos de medida (cuestionarios), son imprescindibles para realizar un diagnóstico adecuado en los pacientes.
- La actuación de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria es esencial, tanto en la prevención, actuación, diagnóstico, tratamiento y recuperación, y debe de abarcar más competencias de las que tiene en la actualidad.

- El conocimiento de los TCA en los profesionales sanitarios actualmente no se encuentra muy desarrollado, puesto que, no se le da la relevancia que realmente precisa. Por ello, es necesario la formación y la implementación de actividades y talleres para los profesionales sanitarios de tal forma que, detecten y actúen de forma precoz ante cualquier signo de alarma relacionado con estos trastornos.
- El uso de los planes de cuidados de enfermería, ayuda a dar unos cuidados de calidad a los pacientes.
- Las terapias innovadoras como musicoterapia, yoga, risoterapia y otras terapias, fomentan el estado de ánimo de los pacientes con TCA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Doñate Bernal M. Revisión Bibliográfica sobre el tratamiento de la imagen corporal en trastornos de la conducta alimentaria [Trabajo de Fin de Grado]. 2020. Valencia: Universidad Católica de Valencia, San Vicente Mártir. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/1340>
2. De la Serna Maté J. Rol de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (Trabajo de Fin de Grado). Cantabria: Universidad de Cantabria; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11650/Serna%20Mat%20E9%20Jorge%20de%20la.pdf?sequence=4>
3. Peñalba Olivas C. Cuidados de enfermería en trastornos de la conducta alimentaria [Trabajo de Fin de Grado]. 2018. Cantabria: Universidad de Cantabria. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/14204>
4. Fernández Gutiérrez JM. Propuesta de Intervención: Programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en el aula [Trabajo fin de Máster]. 2018. Universitat Jaume I. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177312/TFM_2018_FernandezGutierrez_JuanaMaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Duarte JM, Mendieta Zerón H. Trastornos de la conducta alimentaria. Problema de Salud Pública. Inteligencia epidemiológica. 2019.1:33-38.
6. Flors García M. Nuevas Tecnologías en el Tratamientos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Revisión bibliográfica [Trabajo Fin de Máster]. 2021. Cataluña: Universitat de Oberta de Catalunya. Disponible en: <https://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/09/Trastornos-alimentarios-Que-son-como-tratarlos-y-prevenirlos-2016-04.pdf>
7. Cano Camacho M. Fernández Cano A. Anorexia Nerviosa y Ejercicio Físico. 2017. Sevilla: Universidad de Pablo de Olavide. Disponible en: file:///C:/Users/Windows10/Downloads/Dialnet_AnorexiaNerviosaYEjercicioFisico-6250825.pdf
8. Díaz Marsa M. Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): vemos la punta del iceberg [Internet]. EFE Salud. 2021 [citado el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://efesalud.com/trastornos-conducta-alimentaria-punta-iceberg/>
9. Buitrago Ramírez F, Tejero Mas M, Pagador Trigo A. Trastornos de la conducta alimentaria y de los alimentos [Internet]. AMF209; 15(1): 4-14. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/web/article/2364>
10. Asociación Adaner Málaga [Internet]. Noticias. [Fotografía]. [citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.adanermalaga.com/>
11. Tipos de TCA - Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. 2019 [citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/tipos-de-tca/>
12. Firman G. Criterios Diagnóstico para Anorexia Nerviosa (DSM-V). Medical Criteria. 2020 [Consultado el 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://medicriteria.com/web/es/anorexia/>
13. Díez Suárez A. Bulimia Nerviosa [Internet]. 2020 [Consultado 12 de Enero de 2022]. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/bulimia-nerviosa>
14. Bulimia [Internet]. Webconsultas.com. [citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/bulimia>
15. Gómez Candela C, Palma Milla S, Miján de la Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, Campos del Portillo R, Virgili Casas M^aN, Martínez Olmos MA, Mories Álvarez T, Castro Alija MA, Martín Palmero A. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. Nutr. Hosp. [Internet]. 2018 [Consultado 30 de Diciembre de 2021] 35 (2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000200489
16. Calcedo Giraldo JG. Prevención en Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de secundaria en Cantabria. Cantabria: Universidad de Cantabria. 2017. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/8422>
17. Vitaluz C. Nuevos trastornos alimenticios del siglo XXI (parte IV): comedor nocturno [Internet]. 2016.[Fotografía]. Disponible en: <https://clinicavitaluz.com/nuevos-trastornos-alimenticios-del-siglo-xxi-parte-iv-comedor-nocturno/>
18. Qué es la Vigorexia y cómo tratarla [Internet]. RUILOBA PSICOLOGÍA Psicólogos Bilbao. 2020 [citado el 7 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://ruilobapsicologia.com/la-vigorexia/>
19. Vigorexia [Internet]. CuidatePlus. [Actualizado en mayo del 2021, consultado 23 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/vigorexia.html>

20. Attia E, Timothy Walsh B. Pica [Internet]. Manual MSD; 2020 [Junio 2020, 19 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/pica>
21. Sánchez Monge M. Rumiación y pica, trastornos de la alimentación poco conocidos [Internet]. Cuidate; 2019[Consultado 15 de Diciembre 2021]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/familia/nino/2019/05/05/rumiacion-pica-trastornos-alimentacion-conocidos-170085.html>
22. Ruiz A, Quiles Y. Prevalencia de la Ortorexia Nerviosa en estudiantes universitarios españoles: relación con la imagen corporal y con los trastornos alimentarios. *Anales ps.* 2021; 37 (3): 493-499.
23. Ayllón Martín B. La ortorexia nerviosa ¿Otro nuevo trastorno?. 2021. Sociedad Española de Medicina Psicomática y Psicoterapia. Disponible en: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/La_ortorexia_nerviosa_Otro_nuevo_trastorno_B.Ayllon.pdf
24. Nuevo Espín M. Anorexia y bulimia: cuando el espejo miente. 2018 [citado el 8 de febrero de 2022]; Disponible en: <https://www.hacerfamilia.com/salud/anorexia-bulimia-cuando-espejo-miente-20180604145444.html>
25. Marfil R, Sánchez MI, Herrero-Martín G, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *JONNPR.* 2019;4(9):925-48. DOI: 10.19230/jonnpr.3171. Disponible en: <https://ecozona.eu/index.php/jonnpr/article/view/3171>
26. Hilker Salinas I, Caballero M, Flamarique Valencia I. Factores de riesgo para desarrollar un TCA [Internet]. Clínica Barcelona. [citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo>
27. Trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. Centrelondres94.com. [citado el 8 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.centrelondres94.com/files/trastornos_de_la_conducta_alimentaria_TCA.pdf
28. Sánchez Cataño S, Pulido Cantero S. Factores de riesgo en el uso de redes sociales y su asociación con los trastornos de la conducta alimentaria. 2021. Medellín: Universidad CES. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5660/TRABAJO%20DE%20GRADO%20.pdf?sequence=9&isAllowed=y>
29. Losada AV, Rodríguez Eraña, S. Trastornos de la Conducta Alimentaria y Prevención Primaria. 2019. *Rev electro Ajayu.* 17 (1): 77-102. Disponible en: <https://www.aacademica.org/analia.veronica.losada/34.pdf>
30. Jalón Sainz I. Hábitos alimenticios y dietas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria [Trabajo Fin de Grado]. 2021. *Escoles Universitàries gimbernat.* Disponible en: <https://eugdspace.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/769/H%c3%a1bitos%20alimenticios%20y%20dietas%20relacionadas%20con%20trastornos%20de%20conducta%20alimentaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Junta de Andalucía. Cuestionario de Scoff. file:///C:/Users/Windows10/Downloads/cuestionario_scoff%20(1).pdf
32. Bolaños Ríos P. Cuestionarios usados en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. 2017. Disponible en: file:///C:/Users/Windows10/Downloads/Dialnet-CuestionariosUsadosEnPacientesConTrastornosDeLaCon-6433396%20(1).pdf
33. Cibersam.es. [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=BITE.pdf>
34. Body Shape Questionnaire (BSQ [Internet]. studylib.es. 2017[citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: Body Shape Questionnaire (BSQ (studylib.es)
35. Parental Bonding Instrument [Internet]. Scribd. [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/49348641/PARENTAL-BONDING-INSTRUMENT>
36. EUROPA PRESS, nbsp. El miedo a engordar tras el confinamiento puede disparar los trastornos de conducta alimentaria [Internet]. *La Vanguardia.* 2020 [citado el 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/comer/al-dia/20200604/7075/miedo-engordar-confinamiento-trastornos-conducta-alimentaria.html>
37. Molina M, Parra A. The Body Project llega a la Ibero y combate los tabúes trastornos alimenticios [Internet]. 2019[Consultado 16 de Diciembre de 2021]. Disponible en: <https://ibero909.fm/blog/yt2zke9m9z12wi1u5vth9jeqwsd1vq>
38. Castellot Perales L, Sancho Salazar S, Santisteban Zamor A, Sánchez Lomba B, Marco Benedí V. Rol de enfermería frente a pacientes con TCA [Internet]. *Rev elect de portales med.* 2018[Consultado 3 de Febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/rol-de-enfermeria-frente-a-pacientes-con-tca/>
39. Ruiz Lázaro PM. Protocolo- Guía de actuación ante los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en Atención Primaria. 2020. *Protocolo-Guía Clínica:* 8 (1).
40. Zamora Lnada JL, Berni Mohedano F, Fuentes Viñuelas R, Monterrubio Alejandro A. Plan de cuidados de enfermería en el paciente con trastornos de la conducta alimentaria. 2017. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-trastornos-conducta-alimentaria/>
41. Observatorio de Metodología Enfermera [Internet]. Patrones funcionales de Marjory Gordon. Ome.es. [ci-

- tado el 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391
42. Suárez de Figueroa Díaz S, Castro Sánchez E. Adolescencia y trastornos de la conducta alimentaria: Abordaje enfermero desde el hospital de día. *Rev Enferm Salud Ment.* 2017;8:39-45. DOI:10.5538/2385-703X.2017.8.39
 43. Valdespina Aguilar C. Clasificaciones NANDA, NOC, NIC 2018-2020 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://contenidos.salusplay.com/hubfs/ebooks/Clasificaciones-NANDA-NOC-NIC-2018-2020.pdf>
 44. Hernández A.. [00177] Estrés por sobrecarga [Internet]. *Diagnósticos Nanda.* 2020 [citado el 13 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.diagnosticosnanda.com/estres-por-sobrecarga>
 45. Simón Alonso N. Paciente con primer ingreso en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa: Abordaje de Enfermería. *Rev Enferm Salud Ment.* 2018. 10: 28-32. DOI: 10.5538/2385-703X.2018.10.28

ANEXOS

Anexo 1. CUESTIONARIO EAT 40 (9)

TABLA 9			
Escala EAT-26 (Eating Attitudes Test)			
N.º	Preguntas	Sí	No
1	¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?		
2	¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?		
3	¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?		
4	¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?		
5	¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?		
6	Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia lo hace? () Un día sí y otro no (asígnese cinco puntos) () Dos-tres veces por semana (asígnese cuatro puntos) () Un día a la semana (asígnese tres puntos) () De vez en cuando (asígnese dos puntos) () Una sola vez (asígnese un punto)		
7	Califique así: 0 = nunca, 2 = ocasionalmente, 3 = una vez a la semana, 4 = dos o tres veces a la semana, 5 = diariamente, 6 = dos o tres veces al día, 7 = cinco o más veces al día. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso? () Píldoras para adelgazar () Toma diuréticos () Toma laxantes () Se provoca el vómito		
8	¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?		
9	¿Cree usted que la comida «domina» su vida?		
10	¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?		
11	¿Existen momentos en los cuales «solo» puede pensar en comida?		
12	¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?		
13	¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?		
14	¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?		
15	¿Cuando se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?		
16	¿La idea de engordar le aterroriza?		
17	¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento rápidamente? (fuera de horas)		
18	¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?		
19	¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?		
20	¿Se refugia en la comida para sentirse bien?		
21	¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?		
22	¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?		
23	¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene con lo que come?		
24	¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?		
25	Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?		
26	¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?		
27	¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»? () Dos o tres veces al día (asígnese seis puntos) () Diariamente (asígnese cinco puntos) () Dos a tres veces a la semana (asígnese cuatro puntos) () Una vez por semana (asígnese tres puntos) () Una vez al mes (asígnese dos puntos) () Casi nunca (asígnese un punto)		
28	¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atracción»?		
29	Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?		
30	¿Come alguna vez en secreto?		
31	¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?		
32	¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?		
33	¿Varía su peso más de 2,5 kg a la semana?		

Fuente: Buitrago Ramírez F, Tejero Mas M, Pagador Trigo A. *Trastornos de la conducta alimentaria y de los alimentos* (9).

Anexo 2. CUESTIONARIO CHEAT 26 (2)

1. Me da mucho miedo pesar demasiado.
2. Procuro no comer aunque tenga hambre.
3. Pienso en comida continuamente.
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
5. Corto la comida en trozos pequeños.
6. Estoy informado/a de las calorías que tienen los alimentos que como.
7. Evito comer alimentos como pan, patatas o arroz.
8. Noto que los demás preferirían que 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. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
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. Noto que los demás me presionan para que coma.
18. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
19. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
20. Me comprometo a hacer régimen.
21. Me gusta sentir el estómago vacío.
22. Me lo paso bien probando comidas nuevas y sabrosas.
23. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.
24. Como alimentos de régimen.
25. Siento que los alimentos controlan mi vida.
26. Me controlo en las comidas.

Categorías de respuesta:

Siempre / Casi siempre / Muchas veces / Algunas veces / Casi nunca / Nunca.

Fuente: De la Serna Maté J. Rol de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (2).

Anexo 4. The Restraint Scale (RS) (2)

1.- ¿Qué tan a menudo haces dieta?

- a) Nunca.
- b) Rara vez.
- c) A veces.
- d) Casi siempre.
- e) Siempre.

2.- La mayor cantidad de peso que has perdido en un mes en tu vida, ha sido :

- a) Entre 0 y 2 Kg.
- b) Entre 2,1 y 4,5 Kg.
- c) Entre 4,6 y 7 Kg.
- d) Entre 7,1 y 9,5 Kg.
- e) Más de 9,5 Kg.

3.- ¿Cuál es la máxima cantidad de peso que has llegado a subir en una semana?

- a) Entre 0 y 0,5 Kg.
- b) Entre 0,55 y 1 Kg.
- c) Entre 1,05 y 1,5 Kg.
- d) Entre 1,55 y 2,5 Kg.
- e) Más de 2,55 Kg.

4.- ¿En cuánto crees tú que varía tu peso en una semana común y corriente?

- a) Entre 0 y 0,5 Kg.
- b) Entre 0,55 y 1 Kg.
- c) Entre 1,05 y 1,5 Kg.
- d) Entre 1,55 y 2,5 Kg.
- e) Más de 2,55 Kg.

5.- ¿Una variación de 2,5 Kg afectaría la forma en que vives tu vida?

- a) De ningún modo.
- b) Levemente.
- c) Moderadamente.
- d) Mucho.

6.- ¿Comes menos al estar frente a otros?

- a) Nunca.
- b) Rara vez.
- c) Casi siempre.
- d) Siempre.

7.- ¿Te pasas mucho tiempo pensando en el tema de la comida?

- a) Nunca.
- b) Rara vez.
- c) Casi siempre.
- d) Siempre.

8.- ¿Te sientes culpable después de que has comido en exceso?

- a) Nunca.
- b) Rara vez.
- c) Casi siempre.
- d) Siempre.

9.- ¿Eres consciente de cuanto comes habitualmente?

- a) De ningún modo.
- b) Levemente.
- c) Moderadamente.
- d) Mucho.

10.- ¿Cuánto es lo máximo que has llegado a pesar sobre tu peso normal?

- a) Entre 0 y 0,5 Kg.
- b) Entre 0,55 y 2,5 Kg.
- c) Entre 2,55 y 5 Kg.
- d) Entre 5,05 y 10 Kg.
- e) Más de 10 Kg.

Fuente: De la Serna Maté J. Rol de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (2).