



Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

ESTHER NIETO GARCÍA
AMPARO CASADO LOLLANO
CESAR GARCÍA PÉREZ
LETICIA PELÁEZ RODRÍGUEZ



© 2008
EDITA FAECAP
ISBN:
DEPOSITO LEGAL:
IMPRESIÓN REALIZADA EN ESPAÑA POR



AUTORES:

ESTHER NIETO GARCÍA

AMPARO CASADO LOLLANO

CESAR GARCÍA PÉREZ

LETICIA PELÁEZ RODRÍGUEZ



Abreviaturas:

AN	ANOREXIA NERVIOSA
AP	ATENCIÓN PRIMARIA
BN	BULIMIA NERVIOSA
DE	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
DM	DIABETES MELLITUS
ECV	ENFERMEDAD CARDIO-VASCULAR
Ej.	POR EJEMPLO
EpS	EDUCACIÓN PARA LA SALUD
IMC	ÍNDICE DE MASA CORPORAL
HLP	HIPERLIPEMIA
HTA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
NIC	NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION
NOC	NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION
SNC	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
TA	TENSIÓN ARTERIAL
TCA	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
TCA _{ne}	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO



Agradecimientos:

A nuestros parejas y familiares que nos han apoyado durante la realización de esta Guía.

A FAECAP y sobre todo a su junta Directiva, sin cuyo paraguas hubiera sido imposible llevar a cabo esta iniciativa.

A SEMAP gracias a la cual podemos desarrollar nuestras inquietudes y fomentar la excelencia profesional de las enfermeras de Atención Primaria.

Al ministerio de Sanidad y Consumo por el desarrollo de líneas estratégicas y ayudas económicas que han permitido el desarrollo y publicación de esta Guía.



ÍNDICE:

1. PRESENTACIÓN
2. PERSPECTIVA GLOBAL DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA:
 - o HISTORIA
 - o ETIOLOGÍA
 - o PREVALENCIA
 - o EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
3. DEFINICIÓN , CONCEPTOS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TCA:
 - o ANOREXIA
 - o BULIMIA
 - o HIPERFAGIA EN OTRAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS
 - o TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO
 - o ORTOREXIA
4. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO
5. GUÍA DE VALORACIÓN DE LOS TCA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARGORY GORDON
6. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MAS FRECUENTES EN LOS TCA
7. CRITERIOS DE RESULTADOS
8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN AP
9. GUÍA DE EPS : PREVENCIÓN A GRUPOS DE RIESGO
10. GUÍA DE EPS :
ATENCIÓN A LOS CUIDADORES DE TCA
11. BIBLIOGRAFÍA:
12. WEB RELACIONADAS
13. ANEXOS
14. NOTAS



Capítulo 1: _

PRESENTACIÓN



La presente guía surge desde la iniciativa de un grupo de enfermeras de familia y comunidad las cuales sentían con cierta inquietud el aumento de personas con problemas en la alimentación que acudían a nuestras consultas de Atención Primaria.

Las enfermeras, en nuestra conciencia profesional, creemos que son pacientes susceptibles de ser cuidados desde la consulta de Enfermería de AP, a través de un abordaje multidisciplinar. En este enfoque la Enfermera ha de ser la gestora del proceso; Realizar un abordaje bio-psico –social del problema, estar en comunicación con los demás niveles asistenciales, y mantener una relación de cercanía a la familia del paciente y sobre todo con paciente.

Todo esto hace que la enfermera pueda facilitar el abordaje de la enfermedad, manteniendo la mayor normalidad posible en de las diferentes facetas de la vida.

Como enfermeras comunitarias manejamos con soltura los cuidados que precisan este tipo de paciente; En Atención Primaria la enfermera esta habituada a realizar cuidados en la alimentación a los pacientes: con obesidad, cambios en la dieta requeridos por una patología (HTA, DM, HLP). La educación para la salud en hábitos saludables de alimentación, realizando campañas o grupos, tanto en la escuela (Ej.: “ la importancia del desayuno”) como en la comunidad (Ej.“ beneficios de la dieta mediterránea”).

Los conocimientos y habilidades que manejamos en nuestra rutina diaria , los unimos a los requeridos específicamente en los pacientes con TCA y nos da lugar al trabajo presentado en esta guía.



También sentimos que este problema es una faceta indiscutible en nuestra vida diaria, como ciudadanos, somos conscientes de que todos tenemos nuestra propia imagen corporal.

Vivir en satisfacción plena con nuestra imagen una capacidad propia que debemos de aprender a desarrollar y intentar no sufrir al imitar las impuestas por la sociedad y aprender a ayudar a nuestras personas cercanas y pacientes. De esta forma estamos realizando prevención primaria del problema.

IMAGEN CORPORAL:

Concepto por el cual cada persona percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo,^{(Rossen 1995) ,}

Constituido por tres elementos (Thomson 1990) :

Perceptual: precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes

segmentos o del cuerpo en su totalidad,

Subjetivo : que se refiere a las actitudes , sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo,

Conductual: que son las conductas de la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan.





Capítulo 2.

PERSPECTIVA GLOBAL DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA



HISTORIA

ETIOLOGÍA

DESENCADENANTES

PREVALENCIA

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO



HISTORIA

La historia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es extensa; no es una moda de nuestro tiempo. Aunque, si conviene recalcar que actualmente la incidencia de TCA ha ido aumentando hasta llegar a su punto mas alto en la sociedad de consumo actual.

Comencemos por Roma, donde eran famosas sus conductas con atracones de comida y las purgas posteriores, utilizadas en las clases mas prosperas, para poder seguir comiendo. Aunque esta situación no les generaba angustia, ni la realizaban porque no quisieran engordar, era un signo de estatus el poder seguir comiendo¹.

Los antecedentes de la anorexia, se remontan a la Edad media, donde ya aparecen relatos de gente que cursaba con una enfermedad en la que rechazaban la comida, su dieta era muy estricta y disfrutaban pasando hambre, aunque parece que estaban mas relacionados con penitencias, o sacrificios autoimpuestos. como Liduina de Shiedam, Santa del siglo XIV, que vivió durante años alimentándose sólo de trocitos de manzana del tamaño de una hostia² o el caso de Santa Wilgefortis o Santa Librada, hija del rey de Portugal , quien quería dejar de ser bella, dejar de gustar a los hombres y dedicar su vida a Dios, y para ello dejó de comer, consiguió adelgazar y que su cuerpo se cubriera de vello, siendo considerada la patrona de las mujeres que desean verse libres de las apetencias masculinas. Fue crucificada por su propio padre.

Hay más referencias de mujeres que se convirtieron en santas, como Santa Margarita de Hungría o Santa Catalina de Siena, en el siglo XIV, que llegó a ser la consejera del Papa Gregorio IX en Avignon quien dejó de alimentarse hasta morir, tras no poder evitar el Cisma de la Iglesia Católica³. Por el contrario en esta época



hay personajes conocidos que tenían episodios reconocidos de atracón- vómitos, como el Papa Borgia o Enrique VIII, sin ninguna connotación religiosa.

No fue hasta dos siglos después, cuando se dejó a la religión como explicación de conductas de restricción voluntaria del alimento. En el siglo XVII, un médico inglés Richard Morton, hizo la primera descripción del cuadro clínico de la anorexia nerviosa. Posteriormente en el siglo XVIII se define algún cuadro de conductas desorganizadas con consumo excesivo de comida y purgas posteriores.

El término de AN, lo acuñó, William Gull (Inglaterra), en el siglo XIX y en esta época Lasègue, un psiquiatra francés, se desvinculó de la parte biológica para dar una respuestas a nivel psicológico y familiar, y se empezó a entender como un cuadro nervioso. En este siglo también Fenwick señala que es un problema típico de clases acomodadas, y Charcot incluye el miedo a la obesidad como inductor al ayuno.

Fue también en este siglo y con relación a la anorexia cuando Hooper usó el termino de “ bulimia emética”⁴.

En 1903 se describe el primer cuadro clínico compatible con bulimia y una década después Simmonds, un patólogo alemán, le dio una explicación endocrinológica a la AN, a la que se la describió como “ca quexia hipofisaria,” y Freud se refiere a ella como: *“La famosa anorexia nerviosa de las niñas jóvenes me parece una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada... Pérdida de apetito en lo sexual, pérdida de libido.”*

Estas teorías se mantuvieron hasta que apareció el movimiento psicoanalítico, que en la década de los cuarenta, dieron mayor peso a que la AN simbolizaba el repudio de la sexualidad, con predominancia de fantasías de embarazo oral.



A partir de los años sesenta son muchos los trabajos publicados sobre la AN Y BN. Aunque no fue hasta finales de esta década cuando Russell realiza la primera definición de la bulimia nerviosa como un trastorno severo de la conducta alimentaria caracterizada por episodios de sobreingesta, y voracidad, a los que le siguen vómitos, toma de laxantes y/o diuréticos para anular las consecuencias. A pesar de ello no fue reconocida hasta 1980, cuando se incluyó en el DSM –III⁵.

Respecto la Ortorexia fue descrita por primera vez por Steve Bratman en 1997, Etimológicamente proviene del griego "ὀρθος" (recto, correcto) y "ὀρεxis" (apetito), significando la obsesión por una alimentación sana, libre de todo tipo de germicidas, mutaciones genéticas,.....⁶. Está actualmente en estudio, y principalmente es investigada por la Sociedad Suiza de Alimentación (SSN-SOCIÉTÉ SUISSE DE NUTRITION)⁷.

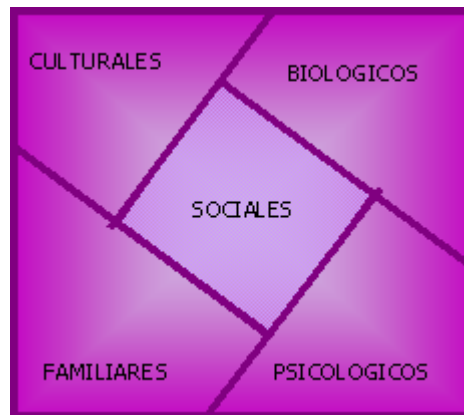


ETIOLOGÍA

Hablar de la causa que provoca un TCA, es hablar de una pregunta mayor. Tras múltiples estudios a este respecto, la única respuesta cierta, es que es producto de la multicausalidad. Las opiniones simplistas en esta línea resultan imaginativas, pero no realistas. Se debe conocer el amplio crisol de colores en los que nos movemos para tener una perspectiva global del problema⁸.

En los TCA se han visto que las causas que colaboran en su aparición son como un puzzle:

-



1. Sociales

Nos movemos en un problema que afecta en el 90 % de los casos a mujeres, aunque esto está cambiando en la actualidad, pero de forma muy lenta.



Por lo tanto hay que valorar la imagen que la sociedad devuelve de la mujer, la imagen física actual, el estereotipo estético que marca la tendencia es la delgadez, además la que se representa en las imágenes de prensa, televisión, cine... es la extrema delgadez. Valorando a la persona obesa como alguien que no tiene la suficiente voluntad como para perder peso⁹.

La mujer tiene la sensación de que tiene que cultivar su cuerpo siguiendo estos cánones de belleza, y supone un éxito social poder controlar el cuerpo, tenerlo en consonancia a la moda.

El feminismo lucha contra esta situación¹⁰, en el mundo actual es imposible luchar contra algo que tiene tan rápida difusión, se puede observar como en Internet se han localizado mas de 500 espacios web destinados a difundir y hacer proselitismo de los TCA¹¹; Y no tenemos determinados los medios de comunicación que nos transmiten esa imagen: revistas, televisión, cine.....

También existen determinadas profesiones, en las que se debe mantener un peso específico o una apariencia física determinada, dando lugar con el tiempo a TCA, En 1986, Ordeig y Cols realizaron una investigación con muestras de estudiantes de danza, modelos de alta costura y gimnastas. Las puntuaciones obtenidas ante el Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (E.A.T). fueron patológicas o perceptibles de patología; mientras que en el grupo control fue de 11.

De esta forma se ha observado como entran en patología el 30% de los bailarines, el 18% de los gimnastas, el 13,3% de los modelos. Este estudio confirmó el resultado obtenido por Garner y Garfinkel¹².



2. Culturales

En la sociedad actual encontramos dos mensajes contradictorios, por un lado en la sociedad del consumismo actual, donde se tiene acceso indiscriminado a la comida. Existe la tendencia al consumo de todo , incluidos los alimentos, sin una necesidad real de los mismos. Los anuncios de comida son abundantes. Los sitios donde consumir comida están en todos los sitios. Esta es una de las razones por las que la población obesa ha aumentado considerablemente.

Además de todo esto también se envía otro mensaje de forma masiva: hay que consumir salud. Esto significa estar delgado, es un signo de “*nuevo lujo*” “*demostración de estatus*”, los modistos caros no realizan tallas grandes.

Estos mensajes se transforman en las culturas occidentales y desarrolladas en:





Además, se está imponiendo que en general todo el mundo hace una dieta, (*¿que dieta sigues?*) no se habla de alimentación, (*¿ como te alimentas?*, o *¿ que tipo de alimentación de gusta?*) sino de dietas. Se le da unas connotaciones positivas al hecho de hacer dieta.

En esta línea existe un aumento de dietas milagro con gran aceptación, las cuales pueden estar en la génesis de un TCA, ya que suponen un factor de riesgo como demuestran diferentes estudios¹³.

El consumo mueve la economía y en esta sociedad de libre mercado, todo esto genera un potencial económico, favorece a muchas personas; La sociedad actual transmite, su visión consumista de estos productos, y el usuario los consume, así de una forma exponencial han crecido los centros de dietética (mas o menos científicos) los productos milagro para adelgazar, los gimnasios... y los seres humanos nos incluimos en este espacio para el consumo sin estar preparados en los riesgos que nos depara.

Otro factor cultural es la pérdida del valor cultural de la comida. Se vive en la cultura de las prisas, de comer productos precocinados, comer de pie, solos, no comer en familia, ni esforzarse en mantener unas rutinas familiares alrededor de la mesa; Incluso hay adolescentes que comen en sus habitaciones como signo de independencia y desvinculamiento de la familia. Además se ha desvalorizado la comida tradicional, una comida que era de gran valor nutritivo aunque, generalmente, adaptada a las actividades físicas que se realizaban, y la forma de cocinar no se ha adaptado al sedentarismo moderno.

Actualmente la alimentación ha pasado a ser un compendio de grasas y calorías, sin tener en cuenta su valor nutricional global.



3. Biológicas

Los recientes estudios en esta línea se dirigen a encontrar una explicación a través de alteraciones en el centro responsable del control de la ingesta : el Sistema Nervioso Central.

Las alteraciones que se producen en las hormonas, la insulina y la leptina, principalmente, que están relacionadas con los depósitos grasos. Y los neurotransmisores implicados en el control de la homeostasis energética: Neuro péptido Y, AGRP... .

Explicado de una forma esquemática y resumida su mecanismo sería el siguiente: al aumentar el tejido adiposo se produce una elevación de la leptina que provoca un aumento de la unión de leptina a sus receptores hipotalámicos lo que conllevaría una disminución de la ingesta y disminución del tejido adiposo (este sería el proceso normal de autorregulación del cuerpo). Pero una alteración de este proceso nos favorecería la aparición de la anorexia. Y la alteración en otro punto contrario favorecería el caso de la bulimia, aunque siempre lo relacionan con obesidad. Relación que es frecuente pero no directa.

Pero esto no es así, no se ha demostrado, dado que el proceso final, cuando no hay depósito grasos, se iniciaría el proceso de regulación, y esto no se produce, ni en la AN ni en la BN.

No existe ningún estudio que defina estrictamente una causa biológica que produzca la Anorexia o la Bulimia, muchos han sido los que han dado resultados parciales. Los estudios en genética (gen 5 HT_{2A}, hskCa3) tampoco han sido concluyentes¹³, aunque el estudio realizado por Bergen et al. (2003) sugiere que



existe una vinculación genética con los receptores para serotonina y neurotransmisores opioides que podrían cursar en la etiología de la AN¹⁵.

Otros estudios hablan de desequilibrios químicos de los receptores neuronales como la serótina de forma que al disminuir su presencia a nivel cerebral aumenta la incidencia de bulimia, de alteraciones Hipotalámicas, o de la alteración en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal....¹⁶.

En relación a en la transmisión genética: lo que se transmite es una vulnerabilidad de padecer un TCA, hasta el momento no hay un “g en” específico, sino que al ser trastornos multifactoriales tendría que confluír distintos factores: heredar de una línea neurótica + determinados rasgos de personalidad + alteraciones del sistema de neurotransmisión + alteración del IMC , y todo esto supone un 60-70 % de la vulnerabilidad heredada¹⁷.

Otra línea que se describe como factores de riesgo para padecer un TCA son con alteraciones obstetricias como la preclansia, diabetes gestacional, recién nacido pretérmino, bajo peso según edad gestacional, problemas placentarios, crecimiento fetal retardado o sufrimiento fetal¹⁸.

4. Psicológicas

En estas causas nos referimos a todas las características personales, que hacen predisponer a una persona a tener un TCA. En esta línea se han realizado estudios muy variados y sus resultados han sido igual de dispares.

Las personas con una baja autoestima, con necesidad continua de sentirse queridos, de gustar a los demás y de agradar, son personas inseguras, con una mayor susceptibilidad a los mensajes de los medios de comunicación.



Personas que basan su valía personal en la valoración del cuerpo como físico, a las que no les sirve el resto de parcelas de la vida, y que solo se observan a través de su apariencia física.

Las personas con AN suelen ser personas en las que destaca su perfeccionismo, en todos los aspectos de su vida, lo que incluye ser perfecta tanto en su físico, como en otras esferas de su persona.

La evitación suele ser la forma de enfrentarse a los problemas, rasgo que se ha visto en la AN; Por lo tanto ante una situación en la cual el problema es el exceso de peso la respuesta es evitar aquello que lo puede producir: la comida¹⁹

La relación con el espejo determinada como una clave más; el yo es la imagen del espejo en su estructura invertida, confundiendo al sujeto con su imagen, y por tanto una reedición de la cuestión del yo y del narcisismo, como una deformación de la especularización narcisista debido a que el espejo no ofrece al sujeto el soporte pacificador del ideal del yo, sino sólo la mirada cargada de reproches del superyó materno²⁰.

Siguiendo el discurso de Freud, y del psicoanálisis las conductas anoréxicas surgen por cuatro teorías: una conducta ascética para reprimir los deseos, un deseo de prolongar la infancia, un rechazo a la sexualidad adulta, o una ruptura entre el *yo central* y el *yo corpora*²¹.

En la BN se destaca sin embargo la sensación de incompetencia social, la inestabilidad afectiva, conductas impulsivas, más proclives a conductas adictivas, baja tolerancia a la ansiedad y a la frustración. Pueden ir asociadas a personas con personalidad histriónica, o personalidad borderline, pero como demostraron los



estudios de Levin y Hyler la personalidad es muy heterogénea, por lo tanto que no hay un solo factor psicológico²².

5. Familiares

A nivel familiar parece que el vivir en el seno de una familia desestructurada, favorece el desarrollo de AN y BN. Se entienden como tales familias aquellas que tienen alguna de estos rasgos conductuales: problemas de comunicación, conflictos, coaliciones encubiertas, evitación de resolución de los conflictos, incapacidad para la ayuda mutua, exceso de presión para la superación personal y el triunfo, incapacidad para aceptar la autonomía de los hijos, y por supuesto las negligencias o malos tratos físicos o emocionales.

Una condición actual de las familias es la superprotección. Sentirse “su perpadres,” les hace estar convencidos de qué su deber es decidir cual es el estado saludable de su hija, qué cómo y cuanto ha de comer. Proporcionando a la hija una herramienta de poder en la negativa²³, también les inhiben de sensaciones propias que el niño debe ir interiorizando, previenen cualquier malestar, hambre, llanto, sueño, frío... con lo que pierden la capacidad de identidad personal, de autocriterio.

Así cuando surgen diferentes situaciones en las que deben opinar, y solucionar los problemas por ellas mismas, se puede producir el bloqueo. Aunque la actitud contraria, a la anterior, por parte de los padres, la excesiva permisividad o la tardanza en la satisfacción de necesidades básicas, también da lugar a que se pierda la capacidad de reacción ante las sensaciones internas del cuerpo y que se sientan desprotegidos, e invisibles al mundo emocional cercano²⁴.



Otra influencia significativa que actualmente se está estudiando es la “*madre-Barbie*”, es la familia que rinden culto al cuerpo de una manera ritualizada, y donde los mensajes y coacciones a los hijos en relación a la alimentación y la apariencia física es muy importante²⁵.

La insatisfacción corporal de la madre , así como la presencia de sobrepeso u obesidad en ella, también pueden ser factores desencadenantes. Respecto al padre, suele tener un papel diferente: la actitud hacia la comida es mas de atracones sociales y de problemas de salud por su mala alimentación, con o sin obesidad, sin ser capaces de cambiar. Esto genera en los hijos un rechazo a lo que su progenitor realiza de forma habitual.

La obsesión por comer sano de los padres, parece ser también una causa de futuros atracones por lo que se les ha prohibido de pequeños Además se les está privando de sensaciones gustativas, olfativas y cenestésicas, que les hacen relacionarse de forma parcial con el mundo²⁶.

También se describe la ausencia espiritual de la madre, o corporal, en el sentido de familias escaso contacto físico, aunque la sensación de mantener una fusión con la madre y un contacto espiritual excesivo, puede ayudar a ser un desencadenante²⁷.

Hay autores que han señalado como causa la lucha con la madre. En esta sociedad que valora la mujer trabajadora fuera del hogar, la madre ama de casa, se ve inclinada a justificar su trabajo, en el que está incluido la preparación de la comida. La hija, desde la perspectiva moderna, rechaza el papel de la madre, y esto motiva que la hija puede demostrar su oposición a esta situación familiar dejando de ingerir el alimento que la madre cocina.



DESENCADENANTES

Parece demostrado que los factores implicados en el desarrollo de un TCA no son de aparición repentina, sino que su evolución va acompañando al crecimiento de la persona, por lo que existen otros factores que pueden ser los desencadenantes de esa patología.

En general se dice que toda situación de cambio estresante puede producir este efecto en una persona con factores predisponentes. Y puede suceder en cualquier momento de la maduración de la persona, como son:

- ⊕ Comienzo de la pubertad. Con los primeros cambios físicos y la situación de inestabilidad que ello provoca
- ⊕ Ante situaciones de problemas escolares, acoso escolar
- ⊕ En plena adolescencia, cuando no han terminado de formar su cuerpo y este no coincide con la imagen perfecta actual
- ⊕ En situaciones de trabajo o competición que precisa niveles de delgadez
- ⊕ Ante el matrimonio
- ⊕ Embarazo y posparto
- ⊕ Divorcio
- ⊕ Escolarización y estudios: ya sea en las situaciones de exámenes, o por tener que residir fuera del hogar para realizarlos



PREVALENCIA

El patrón habitual de una persona que sufre un TCA es una mujer adolescente, en un 90-95% de los casos estudiados como demuestran los diferentes estudios, por lo que se ve una relación directa con componentes socioculturales²⁸. Los datos encontrados reflejan una ratio hombre/mujer de 1/10, siendo mas frecuente el comienzo alrededor de la adolescencia, entre los 10 y 30 años, siendo el promedio de edad entre los 15-17 años

⊕ MUJERES
⊕ 10-30 AÑOS

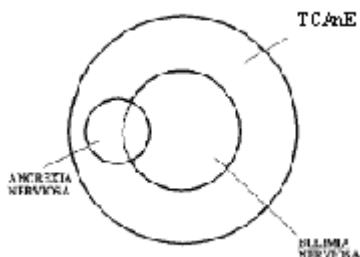
La prevalencia de TCA encontrada en diferentes estudios (siempre en población de prevalencia_<25 años) es similar en los diferentes trabajos: Un estudio en Reus ha extraído los siguientes datos : de AN el 0,9 % ,de BN, el 2,9 % y de otros TCA no especificados, el 5,3 %²⁹, datos en Galicia, sobre un total de 298 chicas y 157 chicos, indicaron que las jóvenes muestran puntuaciones más altas en el impulso para adelgazar, con una prevalencia del 6,4 % de TCA³⁰ . Otros resultados similares en España: en mujeres adolescentes de entre 12 y 21 años, la prevalencia de anorexia nerviosa se sitúa en el 0,3-0,4 %; la de la bulimia nerviosa, entre el 0,7-0,8 %, y la de los TCA no especificados se sitúa en el 2,8-12,6 %^{31,32}.

En un estudio realizado en Tarragona con 551 adolescentes femeninas con una media de edad de 17,6 años el 29.5% presentan un IMC (índice de masa corporal) menor de 19,9 (diagnóstico de falta de peso); de las cuales presentaron criterios diagnósticos de anorexia nerviosa el 0.9%; criterios diagnósticos de bulimia nerviosa el 2.9% y criterios diagnósticos de otros TCA un 5.3%. La edad de las jóvenes diagnósticas de anorexia nerviosa es de 15-19 años y las de bulimia nerviosa y otros TCA 14-21 años³³.



En otros países las prevalencias de TCA no son muy diferentes. En Budapest (Hungría) se encontró una prevalencia de bulimia nerviosa del 0,6 % y sin casos de anorexia nerviosa³⁴. En una revisión bibliográfica realizada en MEDLINE entre 1994 y 1999 se concluyó que el 95 % de las pacientes con anorexia nerviosa eran mujeres. La prevalencia de anorexia nerviosa se estimaba en el 1 % entre mujeres de 16 a 25 años, y la de bulimia nerviosa, entre el 3 y el 10 %³⁵. En otro estudio realizado por el Departamento de Neurología y Psiquiatría de la Universidad de Padua (Italia), sobre un total de 934 adolescentes femeninas de 12 a 25 años, se observó una prevalencia del 2 % de anorexia nerviosa, del 4,6 % de bulimia nerviosa y del 4,7 % de otros TCA³⁶.

La media de las tasas de incidencia anual entre 10 y 30 años es de 17-19/100000 en anorexia nerviosa y la incidencia de bulimia nerviosa en el mismo rango de edad se ha multiplicado en los últimos años, alcanzando una tasa de 50/100.000, además de la incidencia de un gran número de trastornos de la conducta alimentaria no especificado (TCAnE)



A. Gandarillas, Febrel, C.³⁷

Los TCA pueden llegar a afectar al 20% de la población femenina (Morande 2000). Además la mayoría de estudios se realizan en población seleccionada, no en



población general, por lo que no tenemos datos de la incidencia en población mayor de 18 años³⁸.

Es importante tener en cuenta que hay una alarma social al respecto de los TCA y llega a denominarse como la epidemia del siglo XXI, por el aumento alarmante de casos en países desarrollados. Esta situación se discute en la actualidad, ya que puede estar desarrollando por diferentes causas :

- ⊕ Errores diagnósticos con otros cuadros
- ⊕ Mayor exposición a dietas y dietas milagro
- ⊕ Rápido desarrollo de la pubertad
- ⊕ Conflicto con necesidades sociales
- ⊕ Problemas psicológicos en adolescencia
- ⊕ Falta de rigor diagnóstico en criterio de AN y BN
- ⊕ Falta de conciencia de conductas patológicas



EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La evolución de los trastornos de la conducta alimentaria es muy variable, pues es una patología que con frecuencia cursa con recaídas, y ciclos de recuperación. Por lo que se puede definir esta patología como una situación vital crónica, con una evolución mínima en el mejor de los casos de 2-3 años.

Aunque los estudios plantean deficiencias metodológicas, muestras muy variadas, con tratamientos diferentes no especificados en muchos casos, y con poco tiempo de estudio, pueden acercarnos a una situación aproximada del problema.

Según distintos estudios se establece en un 49 % de los casos tiende a la cronificación^{39,40}, en un 50 % a la recuperación y en casos fatales, sobre todo en anorexia un 1% de mortalidad.

Un estudio Danés, publicado recientemente (2008) en el que se realizó el seguimiento a 78 personas con TCA(35 AN, 30 BN y 15 TCAnE) durante 30 meses. Presentó los siguientes resultados: remisión del 48.7% de los casos , siendo los mas rápidos los Trastornos de la conducta alimentaria no específicos, después los que padecían BN y por último los pacientes con AN, reflejando estos datos similitudes con estudios previos y en otros países⁴¹.

La cronificación o una larga evolución del problema va a depender sobre todo de que no se resuelvan las situaciones que han favorecido su aparición. Entre las que destacan las siguientes⁴²:



Cuando se mantienen las dietas restrictivas, debido a que la paciente niega el problema



- ⊕ Se mantiene una ambivalencia de pensamiento, el todo o nada, y el círculo vicioso es inacabable.
- ⊕ No se consigue recuperar el peso, y se mantiene una “trofia cerebral” que le impide un correcto trabajo terapéutico, por un pensamiento simplista
- ⊕ Si se inician atracones y conductas purgativas, (no existentes en el inicio), en los momentos de estado anímico elevado, que les llevan a procesos de *montaña rusa* con caídas y subidas
- ⊕ El refuerzo social negativo ante la situación de “salud”: aumento de peso, disminución de las exigencias de estudios, trabajo..., pérdida de atenciones por parte de la familia, equipo asistencial ...
- ⊕ Situaciones familiares que refuerzan la persistencia del problema: la falta de consenso familiar, la negación de los problemas, la minimización del problema, la rigidez de la estructura familiar, la sobreprotección, el mantenimiento del infantilismo o un rol único de protección a la enferma por parte de la madre.

En cambio los factores que determinan una evolución más favorable son⁴³:

- ⊕ IMC > 17
- ⊕ Ausencia de complicaciones físicas
- ⊕ Adecuada motivación para el cambio
- ⊕ Soporte socio-familiar adecuado

En España los TCA se encuentran en un terreno no clasificado dentro del complejo sistema sanitario, especialmente en pacientes postpúberes. Existen las unidades de TCA- infantil y centros de día, pero estas se limitan a la atención de pacientes menores de 16 años. La investigación demuestra que menos de un tercio de los individuos reciben tratamiento que precisarían⁴⁴



Cuadro resumen de las variables que favorecen la instauración, desarrollo y mantenimiento de la anorexia⁴⁵:

	Presión socio-cultural a la esbeltez.
	Estigmatización de la obesidad, es decir, ésta es considerada como una deshonra.
	Contexto educativo cercano y ambiente familiar que incite estas ideas y valore estos conceptos.
	Baja autoestima (importante circunstancia).
	Falta de capacidades para afrontar problemas.
	Dificultades de contacto social.
	Mito de "Su perwoman."



Bibliografía:

1. Martínez-Fornés, Santiago. La obsesión por adelgazar : bulimia y anorexia. Madrid, España Editorial Espasa Calpe 2001. p.48.
2. Instituto Superior de Formación y Recursos en Red para el Profesorado: Orientación educativa: Anorexia 2008. Disponible en URL:
http://www.isftic.mepsyd.es/w3/recursos2/orientacion/03accion/op05_b1f.htm Consultado Mayo 5, 2008
3. Rodríguez Albarrán, Raquel; León Pérez, Lucía María; De la Iglesia Cano, Juan Pablo; Aparicio Mota, Rocío; Calvo Martos, Carlos; Enciso Aldehuela, M. Jesús.; No Siempre Quisimos Ser Princesas: Cómo ha cambiado el objetivo de la restricción de alimentos en los trastornos de conducta alimentaria a lo largo de la historia. Documentos XXV. Congreso de Enfermería de Salud Mental Salamanca 2008 Marzo 12-14.
4. Jáuregui Lobera, Ignacio. La imagen de una sociedad enferma : anorexia, bulimia, atracones y obesidad. Barcelona España. Editorial Grafema 2ª ed. 2006 p.81.
5. DSM III Breviario American Psychiatric Association Masson S. A. 1988
6. Pérez Lancho, Carolina. Anorexia y bulimia : manual para su detección en el ámbito escolar. España. Editorial Grafema 2005. p. 25
7. Sociedad Suiza de Alimentación (SSN-SOCIÉTÉ SUISSE DE NUTRITION). Disponible en :
<http://www.sge-ssn.ch/it.html> consultada 2 abril 2008
8. Bastidas, A. Cantó, T.J. Font, E.; Puig, J., coord. Anorexia nerviosa: abordaje multidisciplinar Rev ROL Enfermería 23(6):423-430 . jun 2000
9. Márquez Guerrero, M., Jáuregui Lobera I. La imagen de la mujer en los medios de comunicación: textos periodísticos y publicitarios. Espéculo. Revista de estudios literarios. Universidad Complutense de Madrid 2006;XI(33):oct ISSN: 1139-3637
<http://www.ucm.es/info/especulo/numero33/mujermc.html>
10. Campello L, Almarcha A; “Lo que el feminismo no logró evitar: la anorexia como expresión de la deificación del cuerpo”. Revista galego-portuguesa de psicoloxia e educación: revista de estudos e investigación en Psicología y educación. 1999, Vol. 4 p.69-82.
11. Chesley E.B., Alerts J.D., Klein J.D., Kreipe R.E.; “pro or con? Anorexia nervosa an the internet “ J Adoles Health , 2003 32 :123-124.
12. Garner DM. Garfinkel PE “Sociocultural factors in anorexia nerviosa” Lancet 1978 2:674



13. Grupo De Trabajo Del Comité Científico De AESAN “Dietas Milagro” Para Adelgazar: Sin Fundamento Científico Y Con Riesgo Para La Salud. Disponible en <http://www.aesan.msc.es/aesa/web/AesaPageServer?idpage=89&idcontent=7239> Consultado el 14/08/2007
14. Pérez Lancho, Carolina. Anorexia y bulimia : manual para su detección en el ámbito escolar. España. Editorial Grafema 2005. p. 25
15. Bergen, A.W., Van den Bree, M.B. et al. Cydate genes for anorexia nervosa in the 1p33-36 linkage region: serotonin 1D y delta opioid receptor loci exhibit significant association to anorexia nervosa. *Molecular Psychiatry*. 2003; 8: 397 406
16. C. Pérez Lancho. El papel del profesor-educador ante la realidad del aula: ¿es posible la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria? Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2006. 4 p.348-367
17. Toro, J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona. Editorial Ariel Psicología; 2004
18. Treasure J. Trastornos alimentarios en adolescentes y adultos- que sabemos a día de hoy. I congreso Internacional: Avances en el tratamiento interdisciplinar de los trastornos del Comportamiento Alimentario. Libro de ponencias Oct 2006
19. Jáuregui Lobera, I. La imagen de una sociedad enferma : anorexia, bulimia, atracones y obesidad. Barcelona España. Editorial Grafema 2ª ed. 2006 p.163
20. Burgos F, Grases S, Requejo P. Presentación del grupo de trabajo sobre “patología alimentaria” del Grupo de Investigación “Psicoanálisis y Medicina”, 2004 , Disponible en: <http://www.scb-icf.net/nodus/091AnorexiaNarcisismo.htm> Consultado 3 marzo 2008
21. García - Camba de la Muela, Eduardo. Avances en trastornos de la conducta alimentaria:Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona, España. Editorial Masson 2002 p. 19
22. Rausch Herscovici, Cecile Luisa Bay. Anorexia nerviosa y bulimia : Amenazas a la autonomía. 5ª ed. Buenos Aires, Argentina Editorial Paidós. 2000 p.153-4
23. Rausch Herscovici, Cecile Luisa Bay. Anorexia nerviosa y bulimia : Amenazas a la autonomía. 5ª ed. Buenos Aires, Argentina Editorial Paidós. 2000 p. 37
24. Calvo Sagardoy, Rosa. Anorexia y bulimia : Guía para padres, educadores y terapeutas. 2 ed. Barcelona España Editorial planeta 2002 p.75
25. Jáuregui Lobera, Ignacio. La imagen de una sociedad enferma : anorexia, bulimia, atracones y obesidad. Barcelona España. Editorial Grafema 2ª ed. 2006 p.160
26. Calvo Sagardoy, Rosa. Anorexia y bulimia : Guía para padres, educadores y terapeutas. 2 ed. Barcelona España Editorial planeta 2002 p. 83



27. Treasure J, Trastornos alimentarios en adolescentes y adultos: que sabemos a día de hoy. Libro de ponencias I congreso Internacional: Avances en el tratamiento interdisciplinar de los trastornos del Comportamiento Alimentario. Oct 2006.p29-30
28. Argüello López M T, Díaz Gómez J, Barrio Puentes R, Martín Salinas C. “El sexo, factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria” Enfermería Clínica, 2004 jul-ago 14(4):230-234
29. M Olesti Baiges^a JL Piñol Moreso^a N Martín Vergara^a M de la Fuente García^a A Riera Solé^a JM^a Bofarull Bosch^a G Ricomá de Castellarnau^a “Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus” Anales de Pediatría Enero 2008. vol.68 (01):18-23
30. Lameiras M, Calado M, Rodríguez Y, Fernández M. Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. Actas Esp Psiquiatr. 2002;30:343-9.
31. Julián R, Peláez MA, Ramírez R, de la Puente ML. Consideraciones sobre la prevalencia en España de los TCA. Aten Primaria. 2002;29:524.
32. Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes navarros. Med Clin (Barc). 2000;114:481-6
33. Julián R, Peláez MA, Ramírez R, De la Puerta ML. Consideraciones sobre la prevalencia en España de los TCA, Aten Primaria 2002; 29:524
34. Togyes T, Nemmessury J. Epidemiological studies on adverse dieting behaviours and eating disorders among young people in Hungary. Soc Psychiatry Epidemiol. 2004; 39:647-54
35. Walsh JME, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders. The role of the primary care physician. J Gen Intern Med. 2000;15:577-90.
36. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: A prevalence study in a general population sample. Psychosom Med. 2003;65:701
37. Gandarillas, Febrel, C. Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes. Comunidad de Madrid, Documento técnico de salud pública, cuaderno 67 2000 I.S.B.N.: 84-451-1880-3
38. Peláez Fernández M.A, Labrador Encinas, F.J. Raich Escursell R.M. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace 2004 (71 / 72)



39. García - Camba de la Muela, Eduardo. Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona, España. Editorial Masson 2002 p. 23
40. Calvo Sagardoy, Rosa. Anorexia y bulimia : Guía para padres, educadores y terapeutas. 2 ed. Barcelona España Editorial planeta 2002 p.346
41. Clausen L. Time to remission for eating disorder patients: a 2(1/2)-year follow-up study of outcome and predictors Nord J Psychiatry; 62(2):151-9, 2008.
42. Calvo Sagardoy, Rosa. Anorexia y bulimia : Guía para padres, educadores y terapeutas. 2 ed. Barcelona España Editorial planeta 2002 p.118-126
43. Birmingham, C.L: Beumont, P. Medical management of eating disorder. Cambridge: Cambridge University Press 2004
44. Raich Escursell RM. Los trastornos alimentarios, obesidad y sobrepeso INFOCOP ONLINE Disponible en: [Http://www.infocop.es/View_Article.Asp?Id=1728](http://www.infocop.es/View_Article.Asp?Id=1728) Consultado el: 08/02/2008
45. Barco Cabeza A. Anorexia nerviosa I: concepto, tipos y etiología. Salud y Cuidados. 2003-4. Disponible en: <http://www.saludycuidados.net/numero4/anorexia1.htm> Consulta: 5 marzo 2008





Capítulo 3.

DEFINICIÓN, CONCEPTOS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



ANOREXIA

BULIMIA

HIPERFAGIA EN OTRAS ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

**TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO
ESPECIFICADO**

ORTOREXIA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- 10 y el Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales DSM -IV(American Psychiatric Association) varían ligeramente, en pequeños matices. En las siguientes tablas, se señala en letra color negro, los criterios de la CIE- 10 que incluyen los de la DSM-IV y explícitamente en color azul los que son criterios del DSM-IV



ANOREXIA

La Anorexia o Anorexia Nerviosa (AN) es el TCA mas conocido por la población general, y también es el que mas difusión social tiene fuera del ámbito sanitario; se trata de una enfermedad con una importante presencia en los medios de comunicación.

Conocida como la "enfermedad de las modelos" ha generado una visión despectiva de la enfermedad, o mejor dicho de la persona que la sufre.

Desgraciadamente, no son pacientes que dan pena, sino, por el contrario, son pacientes que no son entendidos en su entorno, y ante los cuales la sociedad tiene una visión negativa.

Pero la anorexia es mucho mas que eso, es un complejo entramado en el que tanto mujeres como hombres se ven inmersos en una línea de comportamiento en forma de espiral hacia su autodestrucción.

Presentan un sufrimiento que abarca tanto el ámbito biológico (su salud física se resiente desde el principio, con descompensaciones hormonales, anemia...) como el psicológico (la baja autoestima, la depresión...), como el social (el rechazo familiar, y los comentarios despectivos de la sociedad, falta de ayuda...).

Las personas que sufren anorexia no solo son aquellas que están extremadamente delgadas, hay unas primeras etapas en las cuales son mas representativos otros signos y síntomas, y una fase de cronificación de la enfermedad en la cual también se desdibuja esa delgadez extrema.



DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANOREXIA SEGÚN LA CIE-10 Y DSM IV

DEFINICIÓN

- Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet1 de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
 - Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
-
- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de:
 1. evitación de consumo de "alimentos que engordan"
 2. y uno o más de los siguientes síntomas:
 - vómitos autoprovocados,
 - purgas intestinales autoprovocadas,
 - ejercicio excesivo
 - consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
-
- Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales.
 - Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando



CLASIFICACIÓN

- **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas sino a la limitación de la ingesta de alimentos y evitación de alimentos que engordan.
- **Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Anorexia nerviosa atípica

Este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero, que por lo demás, presentan un cuadro clínico característico.

1.1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es preciso realizar el diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa de otras alteraciones como pueden ser:

- ⊕ Alteraciones Psicopatológicas: Depresión , Ansiedad , Trastornos Psicóticos, Manía – Bulimia, Fobia social, Esquizofrenia, Trastorno Obsesivo- Compulsivo centrado en la alimentación consumo de tóxicos
- ⊕ Diabetes Mellitus



- ⊕ Tuberculosis
- ⊕ Hipertiroidismo
- ⊕ Neoplasias SNC
- ⊕ Otros: Linfomas, Enfermedad De Addison, Celiaquía, Intolerancia a la Lactosa, Panhipopituitarismo, Trastorno Dismórfico Corporal

2.BULIMIA

La bulimia, es una enfermedad marcada por el autocastigo, y la incapacidad para mantener los límites, el paciente tiene un hambre voraz irreal, sin una sensación de saciedad tras la ingesta.

Los atracones en estos pacientes pueden ser muy diferentes: alimentos prohibidos con alto contenido en grasas, azúcares... o inmensas cantidades de comida baja en calorías, con las que no se sacian y precisan terminar con comidas de alto contenido calórico. Con estas conductas la sensación de culpa, y vacío personal interior posterior al suceso es muy elevado.



En esos momentos realizan conductas compensatorias abruptas (a modo de autoayuda): provocación del vomito, ingestión de grandes cantidades de laxantes o la realización de ejercicio de forma masiva.

Y solo si consideran que se han quedado limpias de toda lo ingerido, es cuando tienen un poco de paz en su interior, fugaz, porque tienen la sensación de que saben que van a perder el control de nuevo.

DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA BULIMIA SEGÚN LA CIE-10 Y DSM IV

DEFINICIÓN

- Síndrome caracterizado episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas (vómitos) para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo, (atracones).
- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. Ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. Ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso:
 - vómitos autoprovocados
 - abuso de laxantes
 - períodos de ayuno
 - ejercicio excesivo
 - consumo de fármacos: supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos

Los atracones van seguidos de estados de ánimo depresivos y de pensamientos de autodesaprobación.



	- La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. - La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
CLASIFICACIÓN	Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

2.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. Diabetes, trastornos gastrointestinales que cursan con vómitos repetidos
2. Hipotiroidismo, Lesiones Hipotalámicas Y Tumores Inductores De Hiperfagia
3. Menos Frecuentes: Síndrome De Kleine- Levin Y Klüver-Bucy

3.Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

Ingesta excesiva como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos



emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.

4. Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación

Son aquellos casos en los que hay criterios de AN (pero sin ausencia de menstruación, o con el peso dentro de la normalidad) ni de BN (en donde las conductas compensatorias no superan las 2 ocasiones a la semana o en periodos de menos de 3 meses).

Incluye aquellos casos que desarrollan pautas de conducta compensatorias inapropiadas de forma continuada, tras transgresiones leves de la dieta, o masticar y expulsar cantidades importantes de alimentos y sin embargo mantienen normopeso

5. ORTOREXIA

Obsesión patológica por mejorar el estado de salud a través de la alimentación biológicamente pura. Es un concepto reciente, aun no desarrollado como patología específica ni por la CIE ni por el DSM pero que conviene conocer.



Capítulo 4:

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EN LOS TCA



ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EN LOS TCA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

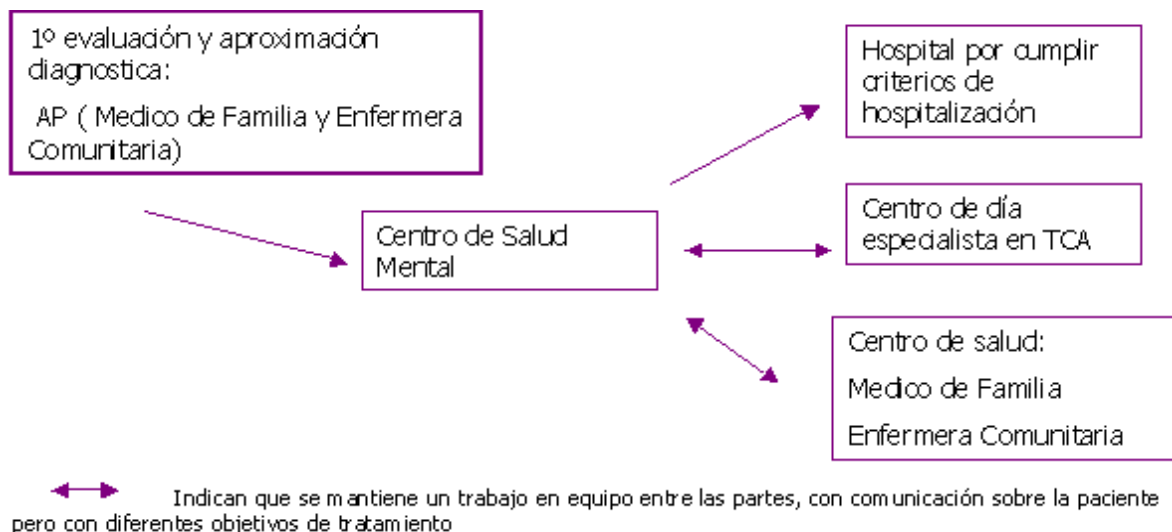
OBJETIVOS DE TRATAMIENTO EN AP

EVIDENCIA CIENTÍFICA EN EL TRATAMIENTO DE TCA



ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EN LOS TCA

Dependiendo de la gravedad física de la paciente cuando se detecta el problema, el tratamiento puede ser llevado por Atención Primaria o deberá ser derivado a Atención Especializada, de forma ambulatoria en centros de día y/o especialidades o mediante ingreso hospitalario preferentemente en unidades TCA o en su defecto de Salud Mental.





Los criterios generales de ingreso hospitalario son :

- ⊕ IMC ≤ 15 (ó pérdida del 30 % del peso previo)
- ⊕ Familias con relaciones muy deterioradas
- ⊕ Riesgo de autolesión o suicidio
- ⊕ Pérdida de autocontrol con episodios de voracidad o purgado, o falta de colaboración total con las medidas terapéuticas.
- ⊕ Trastornos concurrentes como: abuso de drogas o alcohol.
- ⊕ Problemas fisiológicos: deshidratación, hipotermia mantenida, alteraciones hidroelectrolíticas, hipoalbuminemia, leucopenia, edemas en ayunas
- ⊕ Trastornos digestivos: distensión abdominal aguda por atonía visceral, diarreas graves, vómitos espontáneos no controlables
- ⊕ Trastornos cardiovasculares

La probada necesidad de una intervención multiprofesional hace que además de la atención psicológica, precise atención psiquiátrica, endocrinológica, ginecológica, por parte del médico de familia, enfermeras y/o nutricionistas, trabajador social, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales...

Las alternativas de tratamiento en los TCA van a depender de la escuela teórica del terapeuta

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:



Antidepresivos para el control de impulsos:

- + AN: domipramina a dosis de 150-225 mg/día, fluoxetina (60-80mg/día) durante 6 a 8 meses, paroxetina 50mg/día o fluvoxamina 100-150mg/día durante 24 meses.
- + BN: fluoxetina (60-80mg/día).
- + Otras opciones terapéuticas: imipramina (150 a 225 mg/día).

Nota: Con la fluoxetina es importante controlar el efecto supresor del apetito sobre la curva ponderal.

Eutimizantes- normotímicos para normalizar el estado de ánimo:

- + Topiramato: dosis altas de 200-800mg/día en BN) y de 50-100 en AN

Antianorexígenos para estimular el apetito:

- + Orfipemadina, (sola o en conjunción con vitaminas..)

Benzodiazepinas para el control de la ansiedad :

- + Clorazepato: 50-100mg/día, Diazepam 30mg/día o alprazolam (dosis según peso y estado clínico).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

- ⊕ **Psicoterapia individual**
- ⊕ **Modificación de la conducta:** Esta forma de terapia ignora por completo los sentimientos subyacentes y se centra sólo en la conducta cambiante
- ⊕ **Terapia conductista cognitiva:** combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta. Suele abordar los siguientes aspectos en el paciente:
 - ⊕ Identificación de sus patrones de pensamiento
 - ⊕ Reconocer conexión entre sentimientos -- pensamientos destructivos -- y conductas alimentarias inapropiadas
 - ⊕ Cambio de suposiciones de base que subyacen en el inicio de TCA
- ⊕ **Terapia de grupo de autoayuda**
- ⊕ **Terapia de familia**



OBJETIVOS DE TRATAMIENTO EN AP:

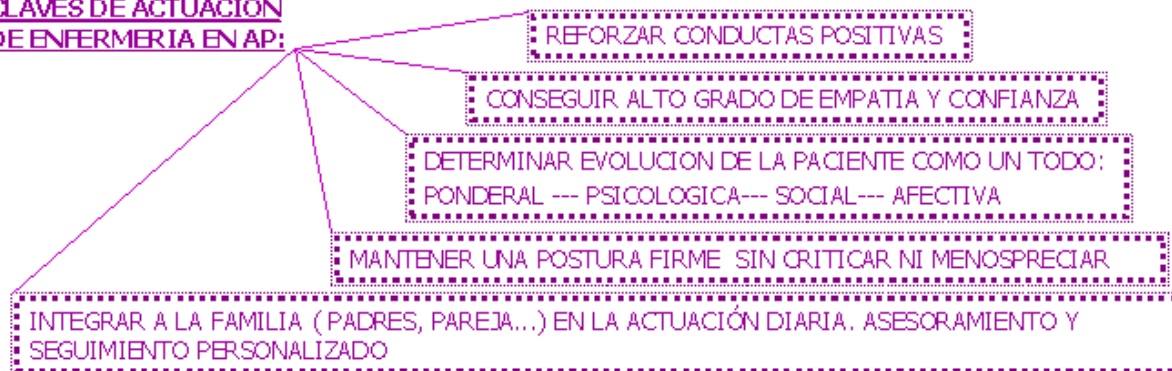
1. Mantener una comunicación directa y bidireccional con el equipo del Centro de Salud Mental
2. Control de complicaciones : determinar y controlar la periodicidad de pruebas complementarias y revisiones con otros especialistas

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE AP:

1. Realizar un control de la paciente con una periodicidad de al menos una visita por semana
2. Instaurar plan de cuidados:
 - a. Primera valoración focalizada completa y posteriormente en cada visita re-evaluar la situación
 - b. Realizar las intervenciones y evaluaciones oportunas consecuentes al plan de cuidados.
 - c. Enviar información sobre las variaciones en nuestro plan de cuidados al equipo de salud mental.
3. Control y seguimiento del plan farmacológico
4. Prevención de recaídas
5. Proporcionar asesoramiento y visitas individualizadas al cuidador o familia



CLAVES DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN AP:



EVIDENCIA CIENTÍFICA EN EL TRATAMIENTO DE TCA:

Niveles de evidencia:

- A:** Mu y recomendable, buena evidencia, intervenciones cuya efectividad ha sido demostrada mediante evidencia clara proveniente de ensayos clínicos controlados y para las cuales las expectativas de posibles daños es pequeña en comparación con los beneficios.
- B:** Recomendable, moderada evidencia, probablemente beneficiosa
- C:** Equilibrio entre beneficios y daños, intervenciones para las que los clínicos y los pacientes deberían ponderar circunstancias y prioridades individuales
- D:** Desaconsejable, los perjuicios superan a los beneficios, también para las cuales no existen datos suficientes o de buena calidad

- A:** Combinación de psicoterapia mas tratamiento anti depresivo
- B:** La autoayuda y la autoayuda guiada pueden ser útiles para el tratamiento primario de los trastornos alimentarios como alternativa a la terapia psicológica formal
- C:** Tratamiento hospitalario versus ambulatorio
Psicoterapias versus acesoria sobre la alimentación
Inhibidores selectivos de receptación de serotonina versus placebo.
- D:** Qisaprida versus placebo, riesgos de cardiopatías
Neurópticos, no hay estudios y producen aumento del Q-T ya aumentado en estos pacientes
Antidepresivos triódticos versus placebo, no hay beneficios y si eventos adversos: palpitaciones...





Capítulo 5:

GUÍA DE VALORACIÓN DE LOS TCA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARGORY GORDON



INTRODUCCIÓN

P.1 PATRÓN DE PERCEPCIÓN MANTENIMIENTO DE LA SALUD

P.2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

P.3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

P,4. PATRÓN DE ACTIVIDAD EJERCICIO

P.5. PATRÓN DE SUEÑO DESCANSO

P.6. PATRÓN COGNITIVO

P.7. PATRÓN DE AUTOESTIMA AUTOPERCEPCIÓN

P.8. PATRÓN DE ROL RELACIONES

P.9. PATRÓN DE SEXUALIDAD

P.10. PATRÓN DE TOLERANCIA AL ESTRÉS

P.11. PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS



INTRODUCCIÓN

La valoración por Patrones Funcionales de Margory Gordon es en la actualidad el método de valoración mas usado por la Enfermera Comunitaria en Atención Primaria. En el se han basado numerosos estudios de investigación, así como protocolos y guías de actuación.

La siguiente guía de valoración focalizada en TCA va a ayudar a la enfermera a obtener todos los datos posibles para realizar una correcta historia clínica del paciente con TCA, y ayudará a discriminar entre los distintos tipos de TCA, ya sea una paciente sin diagnosticar, o, que ya esta ya en tratamiento.

Los datos incluidos en cada patrón han de ser traducidos a la entrevista clínica de una forma clara, sencilla, respetuosa y sin agresividad hacia el paciente o familiar;. En la presente guía se tratan los puntos a valorar pero se deja a la capacidad de expresión, comunicación y persuasión de la enfermera, la correcta realización de las preguntas.

Esto facilitará la derivación de los pacientes a los profesionales implicados en este tipo de trastornos: psiquiatra, psicólogo, ginecólogo, endocrino, médico de familia, trabajador social, a través de un informe detallado.

También debe de ayudar a realizar un adecuado plan de cuidados enfermeros para estos pacientes, guiando hacia los diagnósticos de enfermería que debemos tratar en la consulta de AP, su evolución y evaluación tanto de Diagnósticos de Enfermería observados, como de los criterios de resultados planificados, y las intervenciones de enfermería realizadas



La valoración está descrita en genero femenino, por tener una prevalencia los TCA mayor del 90% sobre el genero masculino, pero se debe de realizar a todos los pacientes que sean sospechosos de padecer un TCA.

La valoración se debe de realizar a la paciente, y al entorno: familia, pareja, cuidador. Se ha de crear un clima de confianza con la paciente para que vea a esta persona que nos va a facilitar la verificación de la información como un instrumento mas para ayudarla en su problema. La enfermera deberá gestionar la posición entre los dos de forma que no se perjudique la relación personal entre la paciente y el cuidador.

Además de la valoración también aparecen los test relacionados en cada patrón, algunos son de contestación autoadministrada, pero en general, todas las preguntas las realiza la enfermera al valorar completamente cada del patrón.

En este capítulo aparecen los test con preguntas- respuestas y corrección, al final de la guía se dispone del un anexo donde se proporciona mas información de cada test, así como de una copia para realizar al paciente de forma autoadministrada (Capitulo 13)



Esta guía de valoración permite realizar una valoración exhaustiva tanto de la AN como de la bulimia y resto de TCA, discriminando las alteraciones, signos, síntomas, y preguntas mas relacionadas con cada una de las patologías con diferentes colores en el texto:

- Estará escrito en negro: todo aquello que se refiera a las dos patologías
- Estará escrito en azul: todo aquello que se refiera a la **anorexia**
- Estará escrito en verde: todo aquello que se refiera a la **bulimia**

Además en cada patrón se sigue el siguiente esquema:

- Datos a valorar generalmente mediante entrevista clínica o pruebas de enfermería
- Datos patológicos en la observación
- Pruebas complementarias: no todas estas pruebas son necesarias para el diagnostico, o tratamiento de la paciente, pero si hemos de conocer cuales se piden de rutina para valorar los efectos secundarios de su trastorno, y controlar los resultados; y cual nos puede dar información sobre un problema diferencial.
- Valoración a la Familia /Pareja/ Cuidador: ante un paciente acostumbrada a engañarse a si mismo, debemos tener siempre como referente al cuidador principal, persona que cohabita con ella, y que nos va a confirmar o desdecir su versión, y ese, es el rol que le tenemos que asignar para trabajar con nosotros



P.1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

El patrón de percepción y mantenimiento de la salud está muy alterado en pacientes con TCA, son personas que no creen que estén enfermas, pero que por el contrario, la salud les preocupa; tienen el convencimiento de que todo lo que hacen es para mejorar su salud y no dan importancia a muchas de esas cosas porque las consideran normales.

Al realizar la entrevista en este patrón hemos de evitar prejuzgar en nuestras preguntas, pues ellas pueden sentirse amenazadas y mentir en sus respuestas.

En este patrón debemos realizar preguntas para conocer:

- ⊕ La percepción de su estado de salud, que enfermedades padecen o creen que padecen. (nota: Se dan casos de Fracturas por estrés, malnutrición)
- ⊕ Su situación en el continuo salud-enfermedad *¿Se siente enferma?*
- ⊕ Últimas revisiones, citas médicas analíticas... cuando y para que han sido.
- ⊕ Que patologías tienen más miedo de padecer, Que valoración tienen respecto a los TCA como tipo de enfermedad.
(NOTA: tener en cuenta que suelen desmerecer sus necesidades fisiológicas por lo que su actitud ante la enfermedad es por la AN de rechazo, y de BN de mayor problema real)
- ⊕ Medicamentos que consume de forma habitual o esporádica:
 - ⊕ Prescritos por patologías diagnosticadas.
 - ⊕ Otros medicamentos, o productos de parafarmacia, herbolario, chicles, sustitutivos... que ha tomado o que toma de forma regular o esporádicamente para:
 - ⊕ Para controlar el **apetito**
 - ⊕ Para provocar el **vómito**
 - ⊕ Para favorecer la **velocidad de la digestión**
 - ⊕ Para aumentar la **movilidad intestinal**,



- ⊕ Para aumentar la **diuresis**
- ⊕ Para mantener una **mayor actividad: intelectual, social, física**
- ⊕ Consumo de sustancias nocivas- hábitos tóxicos:
 - ⊕ Alcohol
 - ⊕ **Tabaco**
 - ⊕ Hachís
 - ⊕ **Estimulantes**
 - ⊕ **Ansiolíticos**
 - ⊕ **Cocaína**
 - ⊕ Otros
- ⊕ Uso de cosméticos, “cu rativos” tratamientos anticelulíticos,... métodos de cuidados corporales no precisados, deseos de cirugías plásticas, ¿ se ha realizado alguna?

Datos patológicos en la observación:

En general suelen presentarse con aspecto cuidado con ropas holgadas, de tallas superiores a la suya.

Apariencia general de salud es aceptable en la bulimia y en casos de muy bajo peso de desnutrición en la anorexia, ya que externamente ambos casos de cuidan mejor



P.2. PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO

La importancia de una correcta técnica de entrevista de enfermería al valorar este patrón es muy elevada. Por ello debemos intentar que la información sea la mas real posible, empatizar con la paciente para que no tenga miedo de contarnos cual es su forma de relacionarse con “su alimentación” en este sentido.

Mas que en ningún otro patrón hemos de tener una posición profesional, situándonos como meras recaudadores de información, sin alterarnos en datos como por ej. “¿o tomo la manzana con piel porque tiene calorías extra?”

- ⊕ Historia en relación con su peso:
 - ⊕ Peso actual, talla actual: $IMC: \text{peso}/\text{talla}^2$
 - ⊕ Peso hace 1 año
 - ⊕ Evolución del peso en los últimos años.:
 - ⊕ Medidas antropométricas: pecho: cintura : cadera
 - ⊕ Forma de controlar el peso:
 - ⊕ En báscula: privada o pública
 - ⊕ Periodicidad: diariamente, varias veces al día...
- ⊕ Tipo de alimentación que lleva: el ideal es que se tenga un diario semanal de la alimentación que realiza, pero en la primera visita es difícil tenerlo (Capítulo 13)
 - ⊕ Diario de alimentación de una semana completa, incluyendo hasta lo que piense que no cuenta
 - ⊕ Dieta prescrita o auto impuesta
 - ⊕ Tiempo que lleva **haciendo dieta** o **restringiendo su alimentación**
 - ⊕ Porque ha realizado las dietas : ¿por enfermedad o por salud?
 - ⊕ **Dietas milagros que ha seguido en su vida:**



- ⊕ Alimentos prohibidos por la paciente, cuales restringió primero.
- ⊕ Alimentos permitidos, y que considera inocuos para su situación
- ⊕ Alimentos con los que se excede con mayor facilidad, o con los que realizar atracones que no puede controlar.
- ⊕ Con que alimentos se siente mas culpable al comerlos
- ⊕ Que conocimientos tiene sobre alimentación , sabe las calorías que tiene un yogur o a que equivale una cucharada de aceite?
- ⊕ Consumo de pan.
- ⊕ Consumo de dulces, golosinas, chicles
(Nota: suelen tener preferencias con alimentos light, y muchas veces tienen conceptos erróneos sobre las calorías de los productos, algunas incluso pueden llegar a darse atracones con esqueletos de pollo cocidos, y sentirse fatal)
- ⊕ Hidratación:
 - ⊕ Que líquidos ingiere, cantidades al día
 - ⊕ Consumo de agua para saciar el hambre,
(NOTA: recordar que pueden llegar a ingerir de mas de 3l/día de agua para evitar comer o para pesarse)
- ⊕ Hábitos en la preparación de la comida:
 - ⊕ Cocina sus alimentos, le gusta, ¿desde cuando?
 - ⊕ Cocina para ella sola o para mas gente, ¿desde cuando?
 - ⊕ Que cocina mas, postres, dulces.. se lo come, ¿cuanto le dura?
(NOTA: recordar que suelen iniciarse en la cocina para saciarse visualmente y disfrutan viendo comer a los demás. Sus formas de cocinar para ellas y para los demás serán diferentes, ellas consumen todo a la plancha, vapor o crudo)
- ⊕ Hábitos de compra de los alimentos
 - ⊕ Quien realiza la compra. Si vive en familia por que la hace ella, si vive sola como es la compra: para una comida, semanal ...para un mes, cuanto la dura, lo que se había previsto, mas o menos
 - ⊕ Que cantidades compra,



- ⊕ Revisa la composición de los alimentos al comprar: calorías, registro, tipo de cultivo.
(NOTA: Suelen realizar la compra para intentar reconducir los hábitos de la familia, o para comprar sin que se note los alimentos con los que realiza los atracones)
- ⊕ Hábitos sociales alrededor de la comida:
 - ⊕ Donde come, y con quien come
 - ⊕ Personas, con las que ha dejado de comer, porque la incomoda lo que opinan de su alimentación
 - ⊕ Compara lo que come con los demás,
 - ⊕ Cuanto tarda en comer, ¿mas o menos que los demás'.
- ⊕ Sensación de hambre:
 - ⊕ ¿Existe? ,¿Como es la sensación de hambre?,¿ le gusta sentir el estomago vacío?
 - ⊕ En relación a qué factores internos o externos aumenta o disminuye el hambre
 - ⊕ Cuantas horas de ayuno es capaz de soportar, y en que momento aparece el hambre
- ⊕ Sensaciones después de comer: alegría, frustración, de pesadez.. de culpa
(NOTA: la sensación de hambre en las pacientes con anorexia desaparece, tras haber realizado un control mental exhaustivo, que les ayuda a sentirse bien, niegan el mensaje del cuerpo. Por el contrario la bulimia, suelen tener un hambre voraz que no son capaces de saciar)
- ⊕ Conductas purgativas:
 - ⊕ ¿Pesadez excesiva, (percepción física) que le obliga a vomitar?
 - ⊕ ¿Se provoca el vómito?, frecuencia y motivos
- ⊕ Alteraciones clínicas del aparato digestivo diagnosticadas, valorar su posible presencia (NOTA: la mayoría de estas alteraciones son efectos secundarios de un largo tiempo de evolución del proceso)



- ⊕ Hipertrofia de glándulas salivares, hipertrofia paratidoidea, esofagitis, trastornos de la motilidad, dilatación aguda del estomago, vaciamiento gástrico retrasado a sólidos, reflujo gastroesofágico

Datos patológicos en la observación:

- ⊕ Visualización de prominencias óseas, atrofia muscular
- ⊕ Piel seca agrietada, perdida del tejido celular subcutáneo
- ⊕ Posible pigmentación de la piel carotinemia,
- ⊕ Acrocianosis con frialdad e manos y pies
- ⊕ Pelo seco, áspero y frágil , uñas quebradizas
- ⊕ Lanugo
- ⊕ Edemas en las extremidades
- ⊕ Signo de Russel: (callosidades, en los nudillos de las manos por los vómitos autoprovoacados)
- ⊕ Alteraciones dentales, exceso de caries, alteraciones en el esmalte dental, lesiones en el paladar

Pruebas complementarias:

- ⊕ Hemograma:
 - ⊕ Leucopenia en el 23% de los pacientes con ayuno
 - ⊕ Hemoglobina : altos por la deshidratación, anemia macrocítica, normocrómica, normocítica o ferropénica
 - ⊕ Vsg baja o normal (si aparece elevada buscar causa orgánica)
- ⊕ Bioquímica:
 - ⊕ Glucemia : generalmente baja



- ⊕ Función renal: normal o alta por deshidratación, y baja por bajo consumo de proteínas
- ⊕ Colesterol total: falsamente elevados por los niveles bajos de T3
- ⊕ N. de proteínas: normales, la albúmina puede estar alterada en ayunos de 4 semanas, y alterada en fases de deshidratación
- ⊕ La transferina, prealbúmina, afectadas cuando hay ayunos o restricciones calóricas
- ⊕ Fosfatasa alcalina
- ⊕ Transaminasas: GOT baja
- ⊕ Iones: hipocaliemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e hipofostatemia
- ⊕ Hormonal:
 - ⊕ H tiroideas: aparece un síndrome eutiroideo: TSH normal, disminución de T4 y normalidad o aumento de T3
- ⊕ Densitometría : a partir de 12 meses de amenorrea
- ⊕ Rx para valorar edad ósea en los mas jóvenes
- ⊕ Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador:
 - ⊕ Rutinas en la mesa, cuantas veces se levanta, como prepara la mesa, cantidades reales de alimentación, olvidos de comidas, o perdida o desaparición de la comida, excusas para ausentarse de la mesa.
 - ⊕ Quejas de la cantidad de comida, deja muchos restos en el plato
 - ⊕ Agresividad ante los comentarios que le hacen respecto a lo que come.
 - ⊕ Alimentos que no come nada
 - ⊕ Aparecen restos de alimentos en la ropa o en sitios inesperados
 - ⊕ Hijas que están a dieta y en cambio prepara la comida para los demás, de forma rica ,laboriosa y calórica (les crea la ilusión de que ellas comen)
 - ⊕ Hábitos alimentarios en la familia, rutinas.



⊕ Dietas recientes en la familia, ¿ que miembro está dieta?

Test:

EAT 26: Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación

A: siempre B: casi siempre C: a menudo D: a veces E: pocas veces F: nunca

1. Me gusta comer con otras personas. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
2. Procuro no comer aunque tenga hambre 3A 2B 1C 0D 0E 0F
3. Me preocupo mucho por la comida. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
4. A veces me he "tracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer. 3A 2B 1C 0D 0E 0F.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños 3A 2B 1C 0D 0E 0F
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono
8. (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc). 3A 2B 1C 0D 0E 0F
9. Noto que los demás preferirían que yo comiese más. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
10. Vomito después de haber comido. . 3A 2B 1C 0D 0E 0F
11. Me siento muy culpable después de comer 3A 2B 1C 0D 0E 0F
12. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
13. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio 3A 2B 1C 0D 0E 0F
14. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a 3A 2B 1C 0D 0E 0F
15. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo 3A 2B 1C 0D 0E 0F
16. Tardo en comer más que las otras personas. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
17. Procuro no comer alimentos con azúcar. 3A 2B 1C 0D 0E 0F
18. Como alimentos de régimen. 3A 2B 1C 0D 0E 0F



19. Siento que los alimentos controlan mi vida. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
20. Me controlo en las comidas **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
21. Noto que los demás me presionan para que coma. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
22. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
23. Me siento incómodo/a después de comer dulces. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
24. Me comprometo a hacer régimen. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
25. Me gusta sentir el estómago vacío **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
26. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas. **0A 0B 0C 1D 2E 3F**
27. Tengo ganas de vomitar después de las comidas. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**

TOTAL: Corte: con 20 o más : sensibilidad del 91% para los TCA o síntomas parciales

Test Scoff (Sick Control One Hado Food):

1. Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incomodo? SI/NO
2. ¿Está preocupada/o porque nota que ha de controlarse cuando come? SI/NO
3. ¿Ha perdido últimamente mas de 6 kg en el periodo de tres meses? SI/NO
4. ¿Cree que está gorda/o aunque los otros digan que está demasiado delgada/o? SI/NO
5. ¿Diría que la comida domina su vida? SI/NO

TOTAL SI: Corte: 2 o más es asintomático de patología

Test Del Dr. Bratman Para La Ortorexia



1. ¿Pasa más de tres horas al día pensando en su dieta?
2. ¿Planea sus comidas con varios días de antelación?
3. ¿Considera que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que le aporta?
4. ¿Ha disminuido su calidad de vida a medida que aumentaba la calidad de su dieta?
5. ¿Se ha vuelto más estricto consigo mismo en este tiempo?
6. ¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana?
7. ¿Ha renunciado a comer alimentos que le gustaban para comer alimentos "buenos"?
8. **¿Su dieta supone un problema a la hora de comer fuera, distanciándolo de su familia y sus amigos?**
9. ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?
10. ¿Se siente en paz consigo mismo y cree que todo está bajo control cuando come de forma sana?

TOTAL SI:

Corte: Puntuación de 4 o 5 puntos, significa que es necesario que no sea tan estricto en lo que respecta a la alimentación.

Puntuación superior hasta 10 tiene una obsesión importante por la alimentación sana.



P.3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

El patrón de eliminación en estas pacientes, también está muy alterado, debido al uso que hacen de él en las conductas purgativas. Así como la inestabilidad que se crea cuando se producen abundantes cambios de ritmo intestinal, ayunos prolongados..

Nuestras preguntas irán dirigidas a conocer:

- ⊕ Hábito de eliminación urinaria
- ⊕ Uso de diuréticos
- ⊕ Hábito intestinal actual: nº de deposiciones /día tipo de deposiciones: consistencia color...
- ⊕ Uso o Abuso de laxantes, supositorios...
- ⊕ Actitudes ante la deposición: para que sirve, si se provoca la deposición de forma voluntaria, masajes, si acude siempre tras alimentarse, horario, sensación de malestar o estreñimiento subjetivo...

(NOTA: Estas pacientes suelen desarrollar un entrecimiento del tránsito intestinal, disfunción rectal, con estreñimiento crónico)

Datos de la observación – palpación:

- ⊕ Distensión abdominal, Masas fecales en FII a la palpación del abdomen

Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador

- ⊕ Tiempo que pasa en el baño, rutinas: justo después de comer, suele estar el agua corriendo o tener ruidos que amortigüen lo que está haciendo



⊕ Actitudes que llamen la atención con respecto al uso del baño: retoques de maquillaje continuos, limpieza muy frecuente de los dientes...

(NOTA: recordar que las pacientes con bulimia o anorexia purgativa suelen tener un comportamiento social en la comida normal, pero que intentan eliminar su ingesta rápidamente)



P.4. PATRÓN DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

La actividad física que realizan en las pacientes con TCA es variable, puede ir asociada a la competición, por lo que el entrenamiento es parte de su vida laboral o ser semiprofesional, y como tal no se valora negativamente, sino que cada esfuerzo o mayor tiempo dedicado a esta situación es vista desde el exterior como algo positivo.

Por el contrario, en personas que no es así el exceso de ejercicio suele ser una parte más de las conductas "urgativas" y por lo tanto la desarrollan más o menos según su sentimiento de culpabilidad o autoestima – autopercepción del momento. Realizándola de forma oculta a los demás en su totalidad o comunicando solo parte de ella.

- ⊕ Ejercicio físico que realizan
 - ⊕ Cantidad en min./ día, tipo, lugar, prescripción o seguimiento por parte de algún monitor
 - ⊕ Metas en el ejercicio
- ⊕ Actividades de la **vida diaria**:
 - ⊕ Caminar, subir escaleras, limpiar...
 - ⊕ Tiempo y como las desarrollas
- ⊕ Otras actividades que realice para quemar calorías, actividades sociales realizadas con dicho fin
- ⊕ Autopercepción de la propia capacidad para realizar actividad física: (NOTA: recordar que suelen tener una distorsión de la capacidad de esfuerzo, por lo que no valoran el cansancio y pueden llegar hasta la extenuación o el desmayo por conseguir esa meta)
 - ⊕ Ausencia de cansancio, de debilidad física, de percepción de la fatiga, presencia de calambres
- ⊕ Actividad laboral o escolar:
 - ⊕ Tipo
 - ⊕ Tiempo de desplazamientos y transporte utilizado



- ⊕ Frecuencia y causas del absentismo laboral o escolar
- ⊕ Capacidad para gestionar el tiempo: libre, de trabajo de estudio

Datos de la observación:

- ⊕ Signos de cansancio: Ojeras, mal color de cara..
- ⊕ Fragilidad capilar y hematomas
- ⊕ Reflejos disminuidos, parestesias

Pruebas complementarias:

- ⊕ Ecg: realizar siempre en pacientes con FC <50 lpm:
 - ⊕ bradicardias (40%) 33lpm por lmc < 17, Taquicardias, arritmias, repolarización ventricular, el intervalo QT aumenta a 0.5 seg (normal hasta 0.44, > es indicativo a riesgo de parda cardiaca)
- ⊕ Niveles de Cpl/cpk-mb: elevado por disminución de masa muscular, al realizar exceso de ejercicio (NOTA: Pueden acudir a urgencias con ansiedad, síntomas de angina y estas hormonas aparecer elevadas, pero no es por problema cardiaco)
- ⊕ Auscultación: tonos apagados y soplos
- ⊕ Ecocardiograma: valoración de hipoplasia de las paredes cardiacas, contractilidad, y presencia de prolapso mitral : disminución del tamaño cardiaco, prolapso de válvula mitral
- ⊕ TA: hipotensión

Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador

- ⊕ Forma de caminar, si aparece con una sudoración excesiva ante actividades que la familia no haya presenciado, y en las que no se debería sudar (ej. ir a comprar el pan)
- ⊕ Actitudes que llamen la atención de excesiva competitividad,...



P.5. PATRÓN DE SUEÑO- DESCANSO

Con frecuencia el patrón de descanso , sueño, relax no es el adecuado. Pueden tener ciclos de vigilia muy continuados, debido al miedo a dormir, las pesadillas o en el pensamiento único sobre la comida que impide conciliar el sueño.

- ⊕ Horas de sueño: diurnas y nocturnas
- ⊕ Facilidad para conciliar el sueño
- ⊕ Percepción del descanso
- ⊕ **Pesadillas durante el sueño**
- ⊕ Periodos de descanso durante el día
- ⊕ Despertares nocturnos, cantidad, frecuencia, causas y actividades durante el despertar(**NOTA: la visita a la nevera es la forma que usan para recuperar el sueño, con el consiguiente atracón**)

Datos de la observación:

- ⊕ **Signos de cansancio: Ojeras, mal color de cara..**

Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador

- ⊕ **Despertares nocturnos con visitas a la cocina o al baño**
- ⊕ **Excesiva somnolencia o despertar muy dificultoso**



P.6. PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTIVO

En general se tiene la percepción de que las pacientes con TCA son personas con un alto coeficiente intelectual, pero más que señalar el nivel de inteligencia se ha de resaltar el nivel de perseverancia y competitividad consigo mismo, por lo que llegan a ponerse metas muy altas, que desarrollan con su capacidad de sacrificio, más que por las aptitudes neuronales.

- ⊕ Nivel de estudios, notas durante los estudios, cambios en estas
- ⊕ Capacidad de concentración
- ⊕ Dificultad, fallos en la utilización de memoria, reciente y pasada
- ⊕ Sensación de incapacidad menor rendimiento para la actividad intelectual
- ⊕ Objetivos a nivel de estudios o trabajo, ¿son propios o impuestos? considera que son muy elevados, ¿que pasaría si los baja?
- ⊕ Tiempo de dedicación al trabajo o estudio
- ⊕ Otras habilidades artístico- manuales
- ⊕ Habilidades de comunicación: vocabulario, mirada, fluidez
- ⊕ Empobrecimiento de la capacidad creadora y la fantasía

Datos de la observación:

- ⊕ Cómo habla, capacidad de utilización del lenguaje
- ⊕ Capacidad para expresar las ideas y sobre todo los sentimientos
- ⊕ Lapsos de atención

(NOTA: el pensamiento es dicotómico (un alimento o engorda o adelgaza), rígido, extremista)

Pruebas complementarias:



⊕ TAC y/o Resonancia magnética: se solicitará si existe historia de cefalea signos neurológicos y en varones con sospecha de TCA, puede aparecer una atrofia cerebral

Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador

- ⊕ Cambios en las rutinas de trabajo o estudio
- ⊕ Agresividad ante la imposibilidad de llegar a las metas



P.7. PATRÓN DE AUTOESTIMA - AUTOPERCEPCIÓN

El patrón de Autoestima y autopercepción es junto con el patrón de alimentación el que más deteriorado se encuentra. Recordar que los TCA cursan con una baja autoestima generalizada, aunque en apariencia y ante los demás se muestren de forma muy diferente.

También la incapacidad de percibir su físico tal cual es, la distorsión de la realidad hacia ellas mismas, esto provoca que tengan una dificultad para valorar de forma objetiva su cuerpo físico.

En este patrón nos podemos ayudar o precisaremos de otros instrumentos para que seamos capaces de ver como se valora ella: espejos, rotafolios, fotografías de personas del mismo genero para ver como es la imagen con la que se cree similar...

- ⊕ ¿Como se ve autodescribe físicamente?
 - ⊕ ¿Se siente a gusto con lo que es físicamente?, defectos que se encuentra
 - ⊕ ¿Que cambiaria?
 - ⊕ ¿Como cree que le ven los demás?
 - ⊕ Tiene miedo a cambiar físicamente
 - ⊕ Que cambios físicos le dan miedo
 - ⊕ Cómo se ve (dibujos a tamaño real o con muñecos que intente realizar su imagen en tamaño igual a ella)
 - ⊕ Reacciones ante los elementos que le devuelven su imagen reflejada: espejos, escaparates, fotos propias...
 - ⊕ Alteración de proporciones delusivas en la imagen y concepto corporal
- ⊕ ¿Como se autodescribe emocionalmente- sentimentalmente?
 - ⊕ ¿Se siente a gusto con lo que es?,
 - ⊕ ¿Que cambiaria de su forma de ser?
 - ⊕ ¿Como cree que le ven los demás?



- ⊕ Capacidad de cambio de su forma de ser
- ⊕ Situación actual de tristeza - alegría
- ⊕ Problemas al comprar la ropa: pierde tiempo al elegir las tallas
- ⊕ Miedo a no encontrar tallas adecuadas
- ⊕ Malestar a como la tratan los dependientes...
- ⊕ Situaciones de enfado, cambios en el humor
- ⊕ Miedos y fobias : a qué , quién, o a qué situaciones
- ⊕ Conductas auto-agresivas realizadas o no realizadas ,ideas suicidas

Datos de la observación:

- ⊕ Observar su estilo de pensamiento:
 - ⊕ Generalizaciones excesivas: Ej. todo lo que lleva azúcar engorda
 - ⊕ Hiperponderación de las consecuencias: ej. Aumento de 1kg = obesidad mórbida
 - ⊕ Pensamiento dicotómico: mal/ bien, bueno / malo..
 - ⊕ Sensación de incapacidad, inutilidad, expresiones de estos sentimientos
- ⊕ Observar su patrón de voz, de atención:
 - ⊕ Nerviosismo
 - ⊕ Asertividad
 - ⊕ Postura corporal
- ⊕ Observar su forma de vestir:
 - ⊕ Cuidada
 - ⊕ Ropa ajustada, suelta, de su talla, de tallas superiores..



Pruebas complementarias:

- ⊕ **Hipocortisolemia: suele estar disminuida con pérdida del ritmo diurno**
(NOTA: esto solo se valora en estudios específicos)

Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador

- ⊕ Verbalizaciones de su condición física (‘‘stoy gorda’’)
 - ⊕ Cambios en la forma de vestir
 - ⊕ Cambios en la forma de comprar la ropa o en los deseos de ir de compras

Test:

Test de BSQ. Body Shape Questionnaire

A: Nunca **B:** Raramente **C:** Algunas veces **D:** A menudo **E:** Muy a menudo **F:** Siempre

1 = nunca y 6 = siempre.

1. ¿Se sintió enfadada al hacer examen sobre su figura?
2. ¿Se sintió tan preocupada por su figura que pensó que debería ponerse a dieta?
3. ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes en relación al resto de su cuerpo?
4. ¿Sintió temor a volverse gorda (o a engordar)?
5. ¿Se sintió preocupada porque su carne no era lo bastante firme?
6. La sensación de plenitud (por ej. después de una comida abundante) le hizo sentirse gorda?
7. ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar?
8. ¿Evitó el correr a causa de que su carne podía tambalearse?

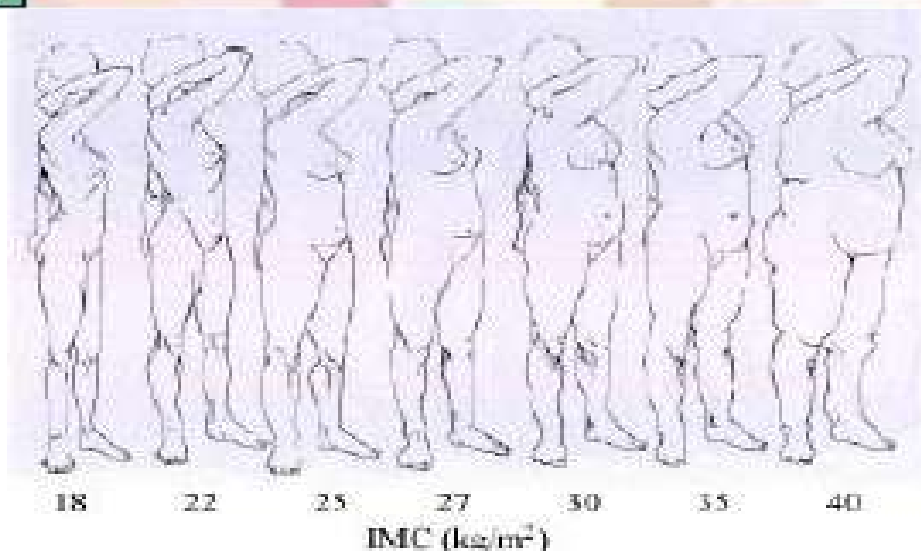


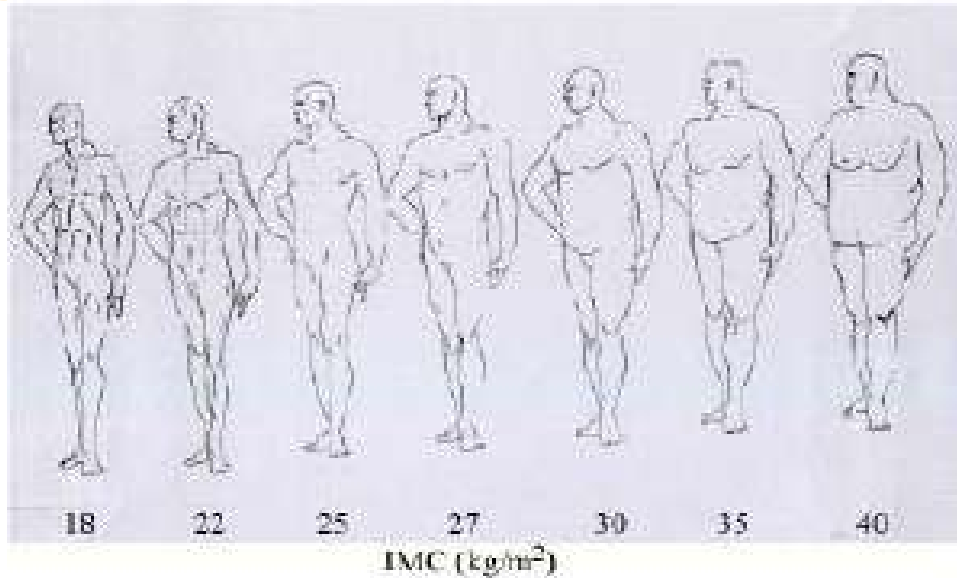
9. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada le hizo a usted tomar conciencia sobre su figura?
10. ¿Se sintió preocupada sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?
11. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gorda?
12. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?
13. ¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse (por ej. mientras veía la televisión, leía o escuchaba una conversación)?
14. ¿El estar desnuda (por ej. al tomar un baño) le hizo sentirse gorda?
15. ¿Evitó ponerse ropas que realzaban su figura corporal?
16. ¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?
17. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda?
18. ¿No asistió a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que se sintió mal con su figura?
19. ¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha?
20. ¿Se sintió avergonzada de su cuerpo?
21. ¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?
22. ¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío (por ej. por la mañana)?
23. ¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol?
24. ¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran michelines en su cintura o estómago?
25. ¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted?
26. ¿Vomitó con la intención de sentirse más ligera?



27. ¿En compañía de otras personas, se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (por ej. sentada en un sofá o en el asiento del autobús)?
28. ¿Se sintió preocupada por el hecho que se le formen hoyuelos en la piel?
29. ¿El verse reflejada (por ej. en un espejo o un escaparate) le hizo sentirse mal con su figura?
30. ¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuanta grasa contienen?
31. ¿Evitó situaciones donde otras personas podrían haber visto su cuerpo (por ej. vestuarios comunitarios o piscinas)?
32. ¿Tomó laxantes para sentirse más ligera?
33. ¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?
34. ¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio?

TEST de imagen corporal por modelos anatómicos:





Test de depresión EAD:

A: Nunca o muy pocas veces B: algunas veces C: Frecuentemente D: La mayoría de las veces

1. Me siento descorazonado, melancólico y triste
2. Por la mañana es cuando mejor me siento
3. Siento deseos de llorar
4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche
5. Como tanto como solía comer antes
6. Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos
7. Noto que estoy perdiendo peso



8. Tengo problemas de estreñimiento
9. Mi corazón late más rápidamente que lo normal
10. Me canso sin motivo
11. Mi mente está tan despejada como siempre
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto
14. Tengo esperanzas en el futuro
15. Me irrito más de lo normal
16. Encuentro fácil el tomar decisiones
17. Siento que me necesitan y que soy útil
18. Llevo una vida satisfactoria
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer

PUNTUACIÓN:

A: 1 B:2 C:3 D:4 EN PREGUNTAS 1,3,4,7,8,9,10,13,15,19

A: 4 B:3 C:2 D:1 EN PREGUNTAS 2,5,6,11,12,14,16,17,18,20

PUNTAJE BRUTO: Sume todas las respuestas. Luego compare su puntuación bruta con el índice de EAD en la siguiente tabla

CONVERSIÓN DE LA PUNTUACIÓN BRUTA AL ÍNDICE DE EAD									
Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90



25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Ahora, con el índice de EAD extraído de la tabla, obtenga el resultado del test mediante este cuadro

ÍNDICE EAD	IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL EQUIVALENTE
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión (de mínima a leve)
60-69	Presencia de depresión (de moderada a notable)
70 ó más	Presencia de depresión (de severa a extrema)



P.8. PATRÓN DE ROL - RELACIONES

Las actitudes a la hora de relacionarse con los demás, de asumir sus roles en el entorno familiar, social, laboral o escolar van a informarnos sobre su capacidad de resolución del conflicto interno.

La persona con un TCA, suele adoptar roles que no le son adecuados, como intentar hacer el rol materno para controlar la alimentación, y dejar a la madre bajo su control y no al revés.

- ⊕ Núcleo familiar, nº personas que convivencia, estructura familiar
 - ⊕ Capacidades y formas relacionarse con los demás: familia / amigos / entorno laboral (Nota: son personas que suelen conseguir siempre su objetivo, pero no son capaces de liderar el grupo, mas bien mantener una cierta manipulación del entorno, del grupo pequeño)
- ⊕ Sensación de soledad, de aislamiento social, de sentirse querido por alguien
- ⊕ Relaciones actuales, como son con que frecuencia se comunica con ellos, que grado real de intimidad hay :
 - ⊕ Padres, hermanos, amigos, pareja, hijos, compañeros de estudio / trabajo (Nota: se desarrollan conductas o sentimientos de culpabilidad, de preocupación, tensiones, impotencia en relación a la familia, hay buscar estas situaciones)
- ⊕ Cambios en las relaciones:
 - ⊕ Separaciones o divorcio de los padres
 - ⊕ Separación de la pareja
 - ⊕ Inicio de relaciones maritales
 - ⊕ Independización de los padres, por motivos propios o por situaciones obligadas (estudios)
 - ⊕ Cambio de domicilio, de ciudad, de país



- ⊕ Enemigos o personas con las que mantiene una competitividad o ante quien se siente superior o inferior.
- ⊕ Personas por las que se sienta inferior, o a las que use de modelos, admirables

⊕ Actividades sociales : frecuencia, que le proporciona emocionalmente , qué busca en las actividades sentimentalmente

Datos de la observación:

- ⊕ Como se comporta con la persona que viene como cuidador o acompañante

Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador

- ⊕ Cambios que han percibido en la forma de comportarse socialmente

Test

Cuestionario Apgar Familiar

A: casi nunca B: A veces C: Casi siempre . Puntuación: A : 0 B: 1 C: 2

1. Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?
5. ¿Siente que su familia le quiere?

PUNTUACIÓN TOTAL

- Igual o superior a 7: familia normofuncionante. Entre 4 y 6: disfunción familiar leve. Igual o inferior a 3: disfunción familiar grave.



P.9. PATRÓN DE SEXUALIDAD

En este patrón nos fijaremos en los datos objetivos ginecológicos, que son los mas representativos de las repercusiones de estas patologías. Las actitudes satisfacción o insatisfacción pueden ir desarrollándose posteriormente, así como la identidad sexual.

- ⊕ Datos ginecológicos:
 - ⊕ Edad de menarquia, ciclos (frecuencia / duración)
 - ⊕ Alteraciones : AMENORREA tiempo devolución de la amenorrea, a que la “ chaca” la paciente, le preocupa.(nota: *hay pacientes que tienen un miedo elevado a crecer por lo que no tener la menstruación las infantiliza ante ella y los demás, les agrada esta idea.*)
- ⊕ historia obstetricia:
 - ⊕ Gestaciones, abortos (provocados o espontáneos) y partos
 - ⊕ Uso de anticonceptivos hormonales, edad de inicio, motivo
 - ⊕ Revisiones ginecológicas: periodicidad
- ⊕ Vida sexual:
 - ⊕ Inicio de las relaciones sexuales
 - ⊕ Problemas en las primeras relaciones
 - ⊕ Abusos o situaciones de agresividad
 - ⊕ Satisfacción en las relaciones sexuales

Datos de la observación:

- ⊕ Datos tras la revisión ginecológica: Atrofia mamaria Vaginitis atrófica (NOTA: una paciente AN puede desarrollar ambas patologías tras periodos de desnutrición y amenorrea largos)



Pruebas complementarias:

⊕ Hormonas ginecológicas: FSH disminuida y gonadotropinas con niveles similares a edad pre-puberal, LH disminuida y se regula al aumentar un 10% de peso mínimo



P.10. PATRÓN DE TOLERANCIA AL ESTRÉS

La valoración de la adaptación a las nuevas situaciones de estrés, de su nivel de estrés actual es muy significativa, ya que son pacientes que suelen tener una inadecuada liberación del estrés

- ⊕ Qué / quién provoca el estrés
- ⊕ Formas de liberar el estrés
- ⊕ Situaciones de estrés vividas en su vida, como fueron resueltas
- ⊕ Qué no contaría a sus padres, pareja, hermanos ¿por qué?
- ⊕ Mensajes internos contradictorios? Ángel y demonio ¿Dos voces en conflicto?
- ⊕ Somatizaciones del estrés

Datos de la observación:

- ⊕ Nerviosismo o pérdida de control

Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador

- ⊕ Cambios que han percibido a nivel de la agresividad que les dirige o que se dirige a sí misma



P.11. PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS

En este patrón solo vamos a valorar cuales son sus referentes en la vida, que valor le da sobre todo a la moda, la estética, si para ella es como algo sobre el que ha de girar toda su capacidad vital

- ⊕ Valores importantes en su vida
 - ⊕ Que opina de los mitos o ideales de belleza, cual es el suyo
 - ⊕ Percepción de soledad cambio a sentirse mas aislada
 - ⊕ Perfección ¿qué es?



Capítulo 6:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MAS FRECENTES EN LOS TCA



TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA

BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO

AFRONTAMIENTO DEFENSIVO

AISLAMIENTO SOCIAL

DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

RIESGO DE SUICIDIO

**CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DE ROL DE CUIDADOR DE UN
PACIENTE CON TCA**

**RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DE ROL DE
CUIDADOR DE UN PACIENTE CON TCA**

AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE



1. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

Definición: confusión en la imagen mental del yo físico.

Características Definitivas:

- ⊕ Expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en aspecto, estructura o función
- ⊕ Expresión de percepciones que reflejen una alteración de la visión del propio cuerpo en aspecto, estructura o función
- ⊕ Conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.
- ⊕ Ocultamiento o exposición excesiva (intencionada o no) de una parte corporal, (muslos, tripa, cadera).
- ⊕ Conductas de control del propio cuerpo. Cambio real en la estructura y funcionamiento
- ⊕ Miedo a la reacción de otros
- ⊕ Rechazo a verificar un cambio real, preocupación con el cambio, centrar la atención en el aspecto anterior
- ⊕ Sentimientos negativos sobre el cuerpo
- ⊕ Expresión de cambios en el estilo de vida

Factores relacionados:

- ⊕ Cognitivos, preceptuales, culturales



2. BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA:

Definición: larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.

Características Definitivas: (Han de estar presentes de forma crónica o durante un largo periodo de tiempo)

- ⊕ Persona que se autoevalúa incapaz de afrontar acontecimientos y depende de las opiniones externas y busca la reafirmación de forma constante
- ⊕ Racionaliza o rechaza la retroalimentación positiva sobre si misma y exagera la negativa
- ⊕ Utiliza expresiones negativas sobre si misma
- ⊕ Resistencia a probar cosas o situaciones nuevas
- ⊕ Manifiesta vergüenza o culpa, indecisión, pasividad, falta de asertividad, falta de contacto ocular

Factores relacionados: Pendientes de desarrollar (NOTA: se están realizando estudios que avalen con evidencia científica los factores relacionados, pero la práctica clínica enfermera lo expone como parte del trabajo de enfermería)



3. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL:

Definición: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar: cambio de situación social, de nivel de estudios, de trabajo, de hogar...)

Características Definitorias:

- ⊕ Persona que se autoevalúa incapaz de afrontar/ los acontecimientos o las situaciones nuevas, o la situación actual desafía su valía personal
- ⊕ Verbalizaciones negativas sobre si misma
- ⊕ Manifiesta indecisión, desesperanza , falta de asertividad

Factores relacionados:

- ⊕ Cambios en el desarrollo
- ⊕ Alteración de la imagen corporal
- ⊕ Pérdidas, rechazos, cambios de rol social
- ⊕ Falta de reconocimiento o desarrollo



4. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO:

Definición: ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Características Definitivas:

- ⊕ Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal (IMC $<17,5$ para la anorexia, <19 población sin patología)
- ⊕ Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, conceptos erróneos respecto a la alimentación equilibrada
- ⊕ Palidez de las conjuntivas y mucosas, debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución, inflamación o aftas en la cavidad oral, caída excesiva de pelo, fragilidad capilar
- ⊕ Atracón o sensación de saciedad inmediatamente después de la ingesta de alimentos
- ⊕ Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos, aversión a comer, falta de interés por los alimentos
- ⊕ Dolor cólico abdominal, diarrea o esteatorrea, ruidos abdominales hiperactivos.

Factores relacionados:

- ⊕ Incapacidad para digerir o absorber los alimentos debido a factores psicológicos.



5. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO:

Definición: ingesta de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Características Definitivas:

- ⊕ Peso corporal superior a un 20% al ideal según talla y constitución (IMC >27 o Pliegue cutáneo tricipital $>$ a 25mm en mujeres y $>$ 15mm en hombres
- ⊕ Comer como respuesta a estímulos externos e internos
- ⊕ Información y observación de patrones alimentarios disfuncionales

Factores relacionados:

- ⊕ Ingesta excesiva de nutrientes superiores a las necesidades metabólicas



6. AFRONTAMIENTO DEFENSIVO:

Definición: proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona del que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

Características Definitorias:

- ⊕ Hipersensibilidad a los desaires o críticas,
- ⊕ Falta de seguimiento o participación en la terapia o tratamiento
- ⊕ Dificultad para establecer o mantener las relaciones
- ⊕ Dificultades para contrastar sus percepciones con la realidad, negación de problemas o debilidades evidentes, grandiosidad
- ⊕ Risa hostil, proyección de la culpa o de la responsabilidad

Factores relacionados: Pendientes de desarrollar. (NOTA: se están realizando estudios que avalen con evidencia científica los factores relacionados, pero la practica clínica enfermera lo expone como parte del trabajo de enfermería)



7. AISLAMIENTO SOCIAL:

Definición: soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora o impuesta.

Características Definitorias:

Objetivas:

- ⊕ Falta de personas significativas de soporte (familiares o amigos)
- ⊕ Intereses inadecuados o inmaduros para la edad o etapa de desarrollo
- ⊕ Embotamiento emocional
- ⊕ Preocupación por los propios pensamientos, acciones repetitivas
- ⊕ Retraimiento, proyección de la hostilidad en la voz/conducta, mutismo, tristeza
- ⊕ Busca soledad, preocupación por los propios pensamientos

Subjetivas:

- ⊕ Incapacidad de satisfacer las expectativas de los demás
- ⊕ Falta de un propósito significativo en la vida o inadecuación del existente,
- ⊕ Sentimientos de ser diferente a los demás
- ⊕ Inseguridad en público
- ⊕ Expresión de valores aceptables en su subcultura pero inaceptables para el grupo (integradas en grupos pro AN o BN)

Factores relacionados:

- ⊕ Alteraciones del aspecto físico
- ⊕ Conducta socialmente no aceptada,
- ⊕ Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.
- ⊕ Recursos personales inadecuados



8. DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL:

Definición: intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo

Características Definitorias:

- ⊕ Interacción disfuncional con los compañeros , familia o amigos verbalizada por la paciente o por la familia
- ⊕ Verbalización u observación de incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia , cariño, interés

Factores relacionados:

- ⊕ Ausencia de compañeros o personas significativas
- ⊕ Alteración de los procesos del pensamiento
- ⊕ Trastorno del autoconcepto



9. RIESGO DE SUICIDIO

Definición: riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida

Factores de riesgo:

- ⊕ Cambios perceptibles de la actitud, de la conducta, del rendimiento escolar.
- ⊕ Súbita recuperación eufórica de una depresión grave
- ⊕ Adolescentes
- ⊕ Enfermedad o trastorno psiquiátrico (TCA)
- ⊕ Alteración de la vida familiar
- ⊕ Desesperanza, soledad, aislamiento social
- ⊕ Expresión o deseos de morir



10. CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DE ROL DE CUIDADOR DE UN PACIENTE CON TCA

Definición: dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia

Características Definitorias:

Actividades del cuidador:

- ⊕ Temor sobre la salud futura del enfermo, sobre la propia habilidad, sobre la institucionalización, sobre los cuidados habituales
- ⊕ Dificultad para completar las tareas requeridas
- ⊕ Verbalización u observación de incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés.

Estado de salud física del cuidador

- ⊕ Alteración ponderal del cuidador, HTA, cefaleas, fatiga, ECV, trastornos gastrointestinales, erupciones

Emocional:

- ⊕ Cólera, trastornos del sueño frustración, depresión, nerviosismo, estrés...

Socioeconómico

- ⊕ Cambios en las actividades de tiempo libre, baja productividad laboral, rechazo de promociones laborales, menor actividad social

Factores relacionados:

- ⊕ Conductas inestables en el receptor de cuidados, conductas problemáticas, o problemas psicológicos
- ⊕ Incapacidad por el cuidador para satisfacer las expectativas propias o ajenas.
- ⊕ Conflicto familiar, antecedentes de malas relaciones
- ⊕ El cuidador es responsable las 24 h del día del cuidado del paciente
- ⊕ Recursos comunitarios inadecuados
- ⊕ Desempeño de roles que entran en competencia



11. CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DE ROL DE CUIDADOR DE UN PACIENTE CON TCA:

Definición: el cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia.

Factores de riesgo:

- ⊕ Problemas familiares previos al desarrollo de un TCA en la familia, aislamiento familiar, marginalidad
- ⊕ El paciente tiene alteraciones psicológicas
- ⊕ El cuidador no esté preparado para asumir el rol de cuidador de un paciente con TCA, no tenga experiencia, no tenga un entorno adecuado
- ⊕ El cuidador no tiene periodos de descanso, ni de distracción
- ⊕ La duración como cuidador se prolonga
- ⊕ Mala relación previa entre la persona con TCA y el cuidador



12. AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE:

Definición: comportamiento de una persona significativa que inhabilita sus propias capacidades y las del cliente para abordar efectivamente tareas esenciales para la adaptación de ambos al reto de salud.

Características Definitorias:

- ⊕ Distorsión de la realidad del problema de salud del cliente, incluyendo la negación extrema de su existencia o gravedad
- ⊕ Falta de atención a las relaciones con otros miembros de la familia
- ⊕ Agitación, depresión, agresión, hostilidad, deserción, intolerancia
- ⊕ Deterioro de la reestructuración de una vida significativa para si mismo

Factores relacionados:

- ⊕ La persona significativa tiene sentimientos crónicos inexpressados de culpa, ansiedad, hostilidad, desesperación.
- ⊕ Relaciones familiares muy ambivalentes
- ⊕ Discrepancia disonante de estilos de afrontamiento para hacer frente a las tareas adaptativas entre la persona/s significativas (padres) y cliente



Capítulo 7:

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC) MAS FRECUENTES EN TCA



CRITERIOS DE RESULTADOS MAS ADECUADOS EN LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MAS FRECUENTES EN TCA

CRITERIOS DE RESULTADOS: DEFINICIÓN Y INDICADORES ESPECÍFICOS



1. CRITERIOS DE RESULTADOS MAS ADECUADOS EN LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MAS FRECUENTES EN TCA

DE. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:
NOC:

- ⊕ Modificación psicosocial cambio estilo de vida
- ⊕ Autoestima
- ⊕ Imagen corporal
- ⊕ Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años)
- ⊕ Afrontamiento de problemas

DE. BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA
NOC:

- ⊕ Autoestima
- ⊕ Habilidades de interacción social
- ⊕ Imagen corporal

DE. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL
NOC:

- ⊕ Autoestima
- ⊕ Afrontamiento de problemas
- ⊕ Modificación psicosocial cambio estilo de vida



DE. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO NOC:

- ⊕ Estado nutricional
- ⊕ Control de peso
- ⊕ Apoyo familiar durante el tratamiento

DE. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO NOC:

- ⊕ Estado nutricional
- ⊕ Control de peso
- ⊕ Autocontrol de los impulsos

DE. AFRONTAMIENTO DEFENSIVO NOC:

- ⊕ Autoestima
- ⊕ Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años)
- ⊕ Habilidades de interacción social
- ⊕ Afrontamiento de problemas

DE. AISLAMIENTO SOCIAL NOC:

- ⊕ Integridad de la familia
- ⊕ Habilidades de interacción social
- ⊕ Implicación social



DE. DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

NOC:

- ⊕ Habilidades de interacción social
- ⊕ Implicación social
- ⊕ Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años)

DE. RIESGO DE SUICIDIO

NOC:

- ⊕ Autocontrol de los impulsos
- ⊕ Integridad de la familia

DE. CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DE ROL DE CUIDADOR DE UN PACIENTE CON TCA

NOC:

- ⊕ Alteración del estilo de vida del cuidador

DE. RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DE ROL DE CUIDADOR DE UN PACIENTE CON TCA

NOC:

- ⊕ Alteración del estilo de vida del cuidador
- ⊕ Control del riesgo

DE. AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE

NOC:

- ⊕ Relación entre el cuidador principal y el paciente



2. CRITERIOS DE RESULTADOS: DEFINICIÓN Y INDICADORES ESPECÍFICOS

- ⊕ Afrontamiento de problemas
- ⊕ Alteración del estilo de vida del cuidador
- ⊕ Apoyo familiar durante el tratamiento
- ⊕ Autocontrol de la ansiedad
- ⊕ Autocontrol de los impulsos
- ⊕ Autoestima
- ⊕ Control de peso
- ⊕ Control del riesgo
- ⊕ Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años)
- ⊕ Estado nutricional
- ⊕ Habilidades de interacción social
- ⊕ Imagen corporal
- ⊕ Implicación social
- ⊕ Integridad de la familia
- ⊕ Modificación psicosocial cambio estilo de vida
- ⊕ Relación entre el cuidador principal y el paciente

Escala Likert de los NOC utilizados:

	1	2	3	4	5
A	Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
B	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
C	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
D	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido



Afrontamiento de problemas (1302)

Definición: acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo

Escala : B

	Indicadores:
130201	Identifica patrones de superación eficaces
120002	Identifica patrones de superación ineficaces
130204	Refiere disminución de estrés
130207	Modifica estilo de vida cuando se requiere
130212	Utiliza estrategias de superación efectivas
130217	Refiere disminución de los sentimientos negativos
130218	Refiere aumento del bienestar psicológico

Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203):

Definición : gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador

Escala : D

	Indicadores:
220302	Realización del rol
220303	Flexibilidad del rol
220304	Oportunidades para la intimidad
220305	Relaciones con otros miembros de la familia
220310	Responsabilidades del rol
220312	Relación con los amigos



Apoyo familiar durante el tratamiento (2609):

Definición : presencia y apoyo emocional familiar a un individuo que está sometido a un tratamiento

Escala :B

	Indicadores:
260901	Los miembros de la familia expresan deseos de apoyar al miembro enfermo
260902	Los miembros de la familia expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermos
260904	Los miembros de la familia piden información sobre proceso / tratamiento
260906	Los miembros de la familia mantienen comunicación con el miembro enfermo
260907	Los miembros de la familia animan al miembro enfermo
260911	Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria en la determinación de los cuidados

Autocontrol de la ansiedad (1402):

Definición : acciones personales par eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada

Escala : B

	Indicadores:
140202	Elimina precursores de la ansiedad



140205	Planea estrategias para superar situaciones estresantes
140206	Planifica estrategias de superación efectivas
140207	Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad
140208	Refiere disminución de la duración de los episodios
140209	Refiere incremento de la duración del tiempo entre episodios
140211	Mantiene a las relaciones sociales
140212	Mantiene la concentración
140215	Refiere ausencias de manifestaciones físicas de ansiedad

Autocontrol de los impulsos (1405):

Definición : autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo

Escala : B

	Indicadores:
140501	Identifica conductas impulsivas perjudiciales
140502	Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas
140503	Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas perjudiciales
140506	Evita ambientes y situaciones de alto riesgo
140507	Verbaliza control de los impulsos
140508	Busca ayuda cuando experimenta impulsos
140511	Confirma el contrato para el control de la conducta



Autoestima (1205):

Definición : juicio personal sobre la capacidad de uno mismo

Escala : A

	Indicadores:
120501	Verbalización de autoaceptación
120503	Mantenimiento de una postura erecta
120505	Descripción del yo
120514	Aceptación de críticas constructivas
120515	Voluntad de enfrentarse a los demás
120219	Sentimientos sobre su propia valía

Control del peso (1612):

Definición : acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal optimo

Escala : B

	Indicadores:
161202	Mantiene una ingestión calórica diaria optima
161203	Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica
161204	Selecciona comida y aperitivos nutritivos
161207	Mantiene un patrón alimentario recomendado
161208	Retiene las comidas ingeridas
161212	Busca ayuda profesional cuando es necesario
161214	Identifica situaciones sociales que afectan a la ingesta alimentaria



161215	Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta alimentaria
161216	Planifica estrategias para situaciones que afectan a la ingesta alimentaria
162117	Controla la preocupación por la comida
161218	Controla la preocupación por el peso
161219	Expresa una imagen corporal realista
161220	Demuestra progreso hacia el peso objetivo
161221	Alcanza el peso optimo
161222	Mantiene el peso optimo

Control del riesgo (1902):

Definición : acciones personales para prevenir , eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables

Escala : B

	Indicadores:
190201	Reconoce factores de riesgo
190204	Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas
190205	Adapta estrategias de control del riesgo seleccionadas
190215	Utiliza los recursos sociales para controlar el riesgo



Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años) (0109):

Definición : metas en el desarrollo físico cognitivo y psicosocial entre los 12 y 17 años de edad

Escala : B

	Indicadores:
010904	Utiliza habilidades de interacción social
010905	Utiliza habilidades de resolución de conflictos
010911	Manifiesta autosuficiencia
010912	Manifiesta niveles progresivos de autonomía
010912	Describe el esquema de valores personales
010916	Rinde en la escuela al nivel de su capacidad

Estado nutricional (1004):

Definición : capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas

Escala : C

	Indicadores:
100401	Ingestión de nutrientes
100402	Ingestión alimentaria
100408	Ingestión de líquidos
100405	Relación peso/ Talla
100409	Hematocrito
100410	Tono muscular



Habilidades de interacción social(1502):

Definición : conductas personales que fomentan relaciones eficaces

Escala : B

	Indicadores:
150205	Uso de la asertividad
150206	Afrontación si procede
150212	Relaciones con los demás
150214	Comprometerse
150216	Utilizar formas / métodos de resolución de conflictos

Implicación social (1503):

Definición : interacciones sociales con personas, grupos y organizaciones

Escala : B

	Indicadores:
150301	Interacciones con amigos íntimos
150304	Interacciones con miembros de grupos de trabajo
150307	Participa en organización de actividades
150311	Participa en actividades de ocio
150313	Participa en deportes de equipo



Integridad de la familia (2603):

Definición : comportamiento de los miembros de la familia que demuestra colectivamente cohesión , fuerza y lazos emocionales

Escala : B

	Indicadores:
260308	Implica a los miembros de la familia en la resolución de conflictos
260311	Preparan y comen juntos la comida
260313	Participa en los rituales de la familia
260315	Proporciona apoyo durante los periodos de crisis
260306	Los miembros comparten pensamiento , sentimientos, intereses, preocupaciones
260307	Los miembros se comunican de forma abierta y honesta entre sí

Imagen corporal (1200):

Definición: percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales

Escala : A

	Indicadores:
120001	Imagen interna de si mismo
120002	Congruencia entre realidad corporal , ideal corporal e imagen corporal
12005	Satisfacción con el aspecto corporal
12007	Adaptación a cambios en el aspecto físico



Modificación psicosocial cambio estilo de vida (1305):

Definición : respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante

Escala : B

	Indicadores:
13501	Establecimiento de objetivos realistas
13504	Expresiones de utilidad
13505	Expresiones de optimismo sobre el presente
13506	Expresiones de optimismo sobre el futuro
13507	Expresiones de sentimientos permitidos
13508	Identificación de múltiples estrategias de superación
13509	Uso de estrategias de superación efectivas
13514	Participación en aficiones recreativas
13511	Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida
13512	Expresiones de sentimientos socializados

Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204):

Definición : interacciones y conexiones positivas entre el cuidador principal y el receptor de los cuidados.

Escala : D

	Indicadores:
220401	Comunicación efectiva
220402	Paciencia



220404	Tranquilidad
220405	Atención y afirmación
220408	Compromiso a largo plazo
220409	Aceptación mutua
220411	Solución de problemas en colaboración
220413	Sentimiento mutuo de unión



Capítulo 8:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) MÁS FRECUENTES EN TCA



INTRODUCCIÓN

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA MÁS ADECUADAS EN
LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y CRITERIOS DE
RESULTADOS MÁS FRECUENTES EN TCA**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: DEFINICIÓN Y
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS EN TCA**



INTRODUCCIÓN

Las intervenciones de enfermería para los TCA, están desarrolladas según la taxonomía NIC (Nursing Intervention Clasificación 5º edición) pero adaptadas a los pacientes y cuidadores con TCA, las actividades mas representativas en estos pacientes, y en relación a los diagnósticos y objetivos que nos podemos plantear con ellas.

La NIC es la clasificación actualmente mas utilizada, desarrollada y validada en España sobre los tratamientos de enfermería, las actividades propias que la enfermera realiza en función de un plan de cuidados enfermero o como parte de una actividad delegada o coordinada.

En nuestra guía hemos querido colocar las etiquetas NIC como pauta la clasificación por orden alfabético y hemos resaltado en negrita aquellas que tienen un mayor peso específico para la consecución del objetivo.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA MAS ADECUADAS EN LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y CRITERIOS DE RESULTADOS MAS FRECUENTES EN TCA

DE. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:

NOC:	NIC:
Autoestima	Potenciación de la autoestima
Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años)	Educación paterna: adolescentes Fomento del desarrollo: adolescentes
Imagen corporal	Apoyo emocional Grupo de apoyo Potenciación de la imagen corporal Terapia de grupo
Modificación psicosocial: cambio estilo de vida	Aumentar el afrontamiento Guía de anticipación

DE. BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA

NOC:	NIC:
Autoestima	Control del humor Potenciación de la autoestima Potenciación de la socialización Reestructuración cognitiva



DE. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

NOC:	NIC:
Autoestima	Aumentar el afrontamiento Control del humor Entrenamiento de la asertividad Potenciación de la autoestima Potenciación de la conciencia de si mismo

DE. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

NOC:	NIC:
Control de peso	Acuerdo con el paciente Ayuda a ganar peso Manejo de los trastornos de la alimentación Modificación de la conducta Monitorización nutricional
Estado nutricional	Ayuda a ganar peso Etapas de la dieta Manejo de la nutrición Monitorización de signos vitales



DE. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO

NOC:	NIC:
Control de peso	Acuerdo con el paciente Ayuda a disminuir de peso Manejo de los trastornos de la alimentación Modificación de la conducta
Estado nutricional	Enseñanza dieta prescrita Etapas de la dieta Manejo de la nutrición

DE. AFRONTAMIENTO DEFENSIVO

NOC:	NIC:
Autoestima	Apoyo emocional Potenciación de la autoestima Potenciación de la conciencia de si mismo
Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años)	Ayuda a la modificación de si mismo Facilitar la autoresponsabilidad Potenciación de roles
Habilidades de interacción social	Entrenamiento de la asertividad Estimulación de la integridad familiar Modificación de la conducta:



habilidades sociales

DE. AISLAMIENTO SOCIAL

NOC:	NIC:
Habilidades de interacción social	Contacto Modificación de la conducta: habilidades sociales
Implicación social	Facilitar el perdón Potenciación de la socialización Terapia de actividad
Integridad de la familia	Apoyo al cuidador principal Estimular la integridad familiar Fomento de la normalización familiar

DE. DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

NOC:	NIC:
Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años)	Fomento del desarrollo adolescentes Grupo de apoyo Guía de anticipación
Habilidades de interacción social	Modificación de la conducta: habilidades sociales



Implicación social	Potenciación de la autoestima
	Humor
	Potenciación de la socialización

DE. RIESGO DE SUICIDIO

NOC:	NIC:
Autocontrol de los impulsos	Ayuda para el control del enfado Control del humor Entrenamiento para controlar impulsos Prevención del suicidio
Integridad de la familia	Intervención en casos de crisis

DE. CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DE ROL DE CUIDADOR DE UN PACIENTE CON TCA

NOC:	NIC:
Alteración del estilo de vida del cuidador	Apoyo al cuidador principal Aumentar el afrontamiento Cuidados intermitentes Fomento de la implicación familiar



DE. RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DE ROL DE CUIDADOR DE UN PACIENTE CON TCA

NOC:	NIC:
Alteración del estilo de vida del cuidador	Apoyo al cuidador principal Aumentar el afrontamiento Cuidados intermitentes Fomento de la implicación familiar
Control del riesgo	Identificación de riesgos

DE. AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE

NOC:	NIC:
Relación entre el cuidador principal y el paciente	Apoyo al cuidador principal Aumentar el afrontamiento Cuidados intermitentes Grupo de apoyo



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: DEFINICIÓN Y ACTIVIDADES ESPECÍFICAS EN TCA

ACUERDO CON EL PACIENTE (4420)

Definición: negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico

Actividades:

- ⊕ Ante los problemas de TCA, es imprescindible que el paciente identifique las prácticas sobre la salud que desea cambiar. Estas deberán ir cambiando e ir aumentando a lo largo del proceso
- ⊕ Determinar con el paciente objetivos de cuidados, creándolos como propios del paciente, que sean realistas, en términos positivos y que estén determinados a corto plazo, así como determinar cuales no son inalcanzables sino a largo plazo. Fijar con el paciente el tiempo a conseguir estos objetivos. Determinar objetivos del paciente y del cuidador. No debemos imponer cambios en el paciente
- ⊕ Transcribir al papel los objetivos por parte del paciente y que los tenga presentes, así como determinar la importancia de este documento. Realizar copia para el paciente y para la enfermera, transcribirlos a su diario de vida-trabajo
- ⊕ Ayudar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades
- ⊕ Explorar con el paciente como conseguir los objetivos, desarrollar un plan de actuación, con los recursos disponibles, valorar las dificultades que encontrará y prever soluciones, ayudarle a disponer de recursos para eliminar los sentimientos negativos, las autopercepciones
- ⊕ Identificar el método de evaluación del paciente, así como las consecuencias (premios o sanciones) por el incumplimiento del acuerdo



⊕ Crear un ambiente abierto, de aceptación, y negociación

APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL (7040)

Definición: suministro de la necesaria información , recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

Actividades:

- ⊕ Determinar el nivel de conocimientos del cuidador (familiar mas cercano: madre, padre, pareja) sobre TCA
- ⊕ Determinar con el cuidador su rol: la aceptación, sus dificultades, sus puntos débiles y fuertes, que dependencia tiene el paciente del cuidador.
- ⊕ Reforzar positivamente al cuidador, siempre que sea posible: observar los signos de estrés, animarle a participar en grupos de apoyo (grupos de padres / familiares de pacientes con TCA), ayudarle a gestionar las quejas, a crear limites y a cuidar de si mismo
- ⊕ Hemos de dar información al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios
- ⊕ Animar al cuidador durante los momentos difíciles, informarle (según preferencias del paciente) de los cuidados y situación de terapia del paciente

APOYO EMOCIONAL (5270)

Definición: proporcionar seguridad , aceptación y animo en momentos de tensión



Actividades:

- ⊕ Explorar las experiencias emocionales con el paciente, ayudarle a que exprese sus sentimientos principalmente generan: ira, tristeza, culpa vergüenza, qué desencadena la emociones, que mecanismos de defensa utiliza, y para que pueden servir estas reacciones.
- ⊕ Ofrecer contacto con el paciente para proporcionarle apoyo, favorecer el llanto o la conversación para disminuir la respuesta emocional, y darle seguridad durante los periodos mas bajos o de mayor ansiedad

AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230)

Definición: ayudar al paciente adaptarse a los factores estresantes , cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana

Actividades:

- ⊕ Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad, ayudarle a entender el TCA como enfermedad, desde un enfoque sereno de preafirmación y de aceptación. Desarrollando una visión objetiva del problema. Proporcionarle información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como de los cuidados de enfermería
- ⊕ Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal. Ayudarle a clarificar conceptos equivocados, así como su propio comportamiento
- ⊕ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones y evitar tomarlas en momentos de estrés.
- ⊕ Fomentar el desarrollo de relaciones, tanto dentro de los grupos de autoayuda de TCA como fuera, sobre todo con personas que hayan pasado positivamente por un TCA (alentar la lectura de libros de memorias)



- ⊕ Favorecer salidas constructivas de la ira y la hostilidad. Apoyando mecanismos de defensa adecuados, describiendo consecuencias de los comportamientos con ira (atracones) , culpa (soledad), vergüenza (vómito, ayunos)
- ⊕ Favorecer la autonomía del paciente, ayudarle a identificar sus puntos débiles y fuertes,
- ⊕ Ayudar a identificar objetivos realistas a corto y largo plazo, los puntos intermedios, los recursos.
- ⊕ Potenciar la implicación familiar, desarrollando en proceso de aceptación del problema en la familia, hablando del problema con el paciente

AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SI MISMO (4470)

Definición: reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes

Actividades:

- ⊕ Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos
- ⊕ Valorar las razones para cambiar, qué conductas son objetivos a cambiar y definir metas de cambio específico, así como las barreras potenciales y las estrategias (plan detallado) tanto para realizar el cambio como para monitorizar ese cambio (hoja de registro portátil, periodicidad del registro)
- ⊕ Desarrollar una lista de recompensas adecuadas y significativas para la paciente, empezando con recompensas extrínsecas y progresar hacia las intrínsecas, informar tanto a la familia, cuidador y, si puede ser, favorecer el refuerzo positivo como colaboración con ella.



- ⊕ Estimular al paciente a emparejar la conducta deseada con los estímulos existentes (descansar después de comer con ver la serie de televisión que le gusta)
- ⊕ Evaluar con la paciente los cambios, a través de los registros realizados, usando gráficos, y reminiscencia
- ⊕ Explicar al paciente el uso de la meditación y a relajación progresiva para intentar cambiar la conducta.

AYUDA PARA DISMINUIR DE PESO (1280)

Definición: facilitar la pérdida de peso corporal y /o grasa corporal

Actividades:

- ⊕ Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal
- ⊕ Determinar objetivos con el paciente y que lleve un autoregistro de los mismos: peso a alcanzar, pérdida de peso semanal, controlar ese peso semanalmente
- ⊕ Sistemas de refuerzo positivos: por parte del paciente y nuestra al cumplir las metas
- ⊕ Establecer un plan realista basado en una disminución alimentaria, conociendo los esquemas de alimentación del paciente: que come, cuando y en respuesta a qué, favoreciendo la sustitución de hábitos indeseables, enseñando a seleccionar las comidas, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con los objetivos. Determinar un plan de comidas, de forma que la paciente elabore los menús equilibrados y basados en sus preferencias y gustos.



- ⊕ Planificar un aumento del gasto energético, fomentando una actividad reglada 3 veces por semana, dentro de un programa de ejercicios que incluyan las limitaciones del paciente.

AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO (4640)

Definición: facilitación de la expresión del enfado de manera adecuada y no violenta

Actividades:

- ⊕ Establecer una compenetración y relación de confianza básicas, usando un acercamiento sereno y que le proporcione seguridad
- ⊕ Animar al paciente a buscar ayuda cuando se encuentre con mayor tensión, determinar que personas la relajan y la ayudan a ver las cosas de otra forma
- ⊕ Determinar que acciones va a utilizar cuando se encuentre en esa situación: pintar, escribir lo que piensa en un diario, caminar lentamente. Evitar las situaciones de agresividad en contra suya: conductas purgativas, atracones, agresiones físicas...
- ⊕ Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado, desgranarla: que lo provoca, quien lo provoca y que acción inmediata no razonada le provoca a ella.
- ⊕ Planificar estrategias para una adecuada resolución del enfado, controlando su comportamiento (afirmación y declaración de los sentimientos). Realizar un refuerzo positivo cuando se realice tanto por parte de la enfermera como de la familia

AYUDA PARA GANAR PESO (1240)



Definición: facilitar el aumento de peso corporal

Actividades:

- ⊕ Pesar a la paciente a intervalos determinados y determinar si es conveniente el conocimiento del peso. Enseñar a la paciente y familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y las posibilidad de ganar peso
- ⊕ Reforzar la ganancia de peso
- ⊕ Analizar con la paciente las causas de su alimentación que la han hecho perder peso, y como modificarlas en virtud de una dieta equilibrada con una ingesta calórica adecuada, haciendo caso de sus preferencias .
- ⊕ Controlar periódicamente niveles de albúmina, linfocitos y electrolitos en suero
- ⊕ Analizar con la pacientes y familia la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer
- ⊕ Fomentar la asistencia a grupos de apoyo, si procede.
- ⊕ Disponer de periodos de descanso tras la comida, si el IMC es muy bajo
- ⊕ Crear un clima acogedor alrededor de la mesa, y presentar la comida de forma atractiva, y variada, preferiblemente no deben de comer solas

CONTACTO (5460)

Definición: proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado

Actividades:

- ⊕ Observar tabúes culturales del contacto físico
- ⊕ Dar un abrazo de afirmación, si procede
- ⊕ Coger de la mano del paciente para dar apoyo emocional



⊕ Apoyar el contacto con los seres queridos

CONTROL DEL HUMOR (5330)

Definición: proporcionar seguridad, estabilidad , recuperación y mantenimiento a una paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.

Actividades:

- ⊕ Evaluar el humor (signos , síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular como progreso el tratamiento
- ⊕ Considerar la posibilidad de hospitalización del paciente con alteraciones del humor que presenta riesgos para la seguridad, que es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidados y/o carece de apoyo social
- ⊕ Enseñar habilidades de la toma de decisiones, según sea necesario
- ⊕ Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor (escala de clasificación del 1-10 y llevar un diario), así como identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes con el humor disfuncional
- ⊕ Limitar el tiempo que se permite al paciente para expresar los sentimientos y/o asuntos negativos de errores pasados
- ⊕ Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes y/o los precipitadores del humor disfuncional (comentarios sobre su aspecto, imposiciones de alimentación, ...)
- ⊕ Enseñar técnicas de resolución de problemas
- ⊕ Animar a mantener relaciones sociales, si precisa proporcionarle habilidades sociales, y/o , entrenamiento en asertividad
- ⊕ Ayudar al paciente a anticiparse y a enfrentarse a los cambios de la vida (nuevo trabajo, nuevo ciclo de estudios, cambio de amistades..)



CUIDADOS INTERMITENTES (7260)

Definición: provisión de cuidados de corta duración para proporcionar descanso a un cuidador familiar

Actividades:

- ⊕ Establecer relación terapéutica con el paciente / familia
- ⊕ Controlar la capacidad de resistencia del cuidador
- ⊕ Disponer arreglos para el cuidador sustituto (pueden ser otros miembros de la familia, hermanos, tíos, abuelos...)
- ⊕ Seguir la rutina habitual de cuidados, manteniendo un ambiente hogareño normal.
- ⊕ El cuidador ocasional debe hacer un informe al cuidador habitual al regreso.

EDUCACIÓN PATERNA: ADOLESCENTES (5562)

Definición: asistencia a los padres para que comprendan y ayuden a sus hijos adolescentes

Actividades:

- ⊕ Solicitar a los padres que describan las características de su hijo adolescente, así como los métodos utilizados de disciplina, de cariño, y su percepción de éxito o fracaso.
- ⊕ Enseñar las características fisiológicas, emocionales y cognoscitivas normales de los adolescentes
- ⊕ Identificar tareas u objetivos de desarrollo del periodo de vida de la adolescencia



- ⊕ Describir la importancia de las cuestiones e poder / control tanto para los padres como para los adolescentes
- ⊕ Enseñar a los padres técnicas de comunicación esenciales que aumenten su capacidad de simpatizar con sus hijos adolescentes y ayuda a su hijos a solucionar problemas
- ⊕ Enseñar a los padres a comunicar amor a sus hijos adolescentes
- ⊕ Facilitar la expresión de sentimientos paternos y ayudarles a identificar las razones de las respuestas a los adolescentes.
- ⊕ Identificar las vías de ayuda del adolescente para que control la ira
- ⊕ Tratar estrategias de límites a los adolescentes, establecer estrategias de juegos de roles para controlar el conflicto familiar, y que estos sirvan de crecimiento familiar
- ⊕ Enseñar a los padres a utilizar la realidad y las consecuencias para manejar la conducta el adolescente.

ENSEÑANZA DIETA PRESCRITA (5614)

Definición: preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita

Actividades:

- ⊕ Evaluar el nivel de conocimientos, sentimientos, actitudes, y grado de cumplimiento del paciente a cerca de la dieta prescrita
- ⊕ Explicar el propósito de la dieta, así como el tiempo de la misma
- ⊕ Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, así como de los alimentos prohibidos y permitidos, adecuando las preferencias del paciente a la dieta, sustituyendo ingredientes en las recetas favoritas
- ⊕ Enseñar al paciente a leer adecuadamente el etiquetado de los alimentos



- ⊕ Proporcionar un plan escrito o ayudar a la paciente / cuidadora a planificar la alimentación

ENTRENAMIENTO DE LA ASERTIVIDAD (4340)

Definición: ayuda en la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas a la vez que se respetan los derechos de los demás.

Actividades:

- ⊕ Identificar barreras a la afirmación
- ⊕ Ayudar a la paciente a reconocer y reducir las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación
- ⊕ Diferenciar entre conductas afirmativas, agresivas y agresivas – pasivas
- ⊕ Promover la expresión de pensamiento y sentimiento tanto positivos como negativos, identificar los derrotistas, y diferenciar entre pensamiento y realidad
- ⊕ Instruir a la paciente en una conducta afirmativa (saber decir: no, iniciar y finalizar una conversación, pedir ayuda), usar juegos de rol para practicar
- ⊕ Realizar refuerzo positivo
- ⊕ Monitorizar el nivel de ansiedad e incomodidad relacionados con el cambio de conducta

ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR IMPULSOS (4370)

Definición: ayudar a la paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales



Actividades:

- ⊕ Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada, enseñarle a “detenerse y pensar” y planificar el curso de la acción mas conveniente
- ⊕ Valorar el resultado de esta actitud
- ⊕ Realizar refuerzo positivo, tanto por enfermería como cuidador
- ⊕ Ayudar la paciente a determinar como se podría haber evitado el fracaso de los resultados si se hubieran elegido conductas diferentes (Ej. en vez de gritar a su madre por la cantidad de comida, que la explique como se siente hoy y que no pude comer tanto , que es una excepción)
- ⊕ Realizar juegos de rol para practicar lo anterior
- ⊕ Animar al paciente a practicar la solución de problemas en situación sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado

ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR (7100)

Definición: favorecer cohesión y unidad familiar

Actividades:

- ⊕ Escuchar y entablar una relación de confianza con los miembros de la familia
- ⊕ Determinar la comprensión familiar sobre las causas de la enfermedad, así como integrarles en el cuidado, y seguimiento de la paciente
- ⊕ Conocer su grado de culpabilidad , y ayudar a resolver los sentimientos de culpa
- ⊕ Determinar las relaciones típicas y las actuales, y sobre todo en relación a los problemas
- ⊕ Identificar prioridades opuestas



- ⊕ Ayudar en la resolución de conflictos dentro de la familia, mantener una comunicación abierta entre ellos, programar visitas familiares, y remitirles a grupos de familia de apoyo

ETAPAS DE LA DIETA (1020)

Definición: instituir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según su tolerancia

Actividades:

- ⊕ Hacer avanzar la dieta desde la dieta regular baja en calorías, e ir subiendo la cantidad calórica
- ⊕ Colaborar con la familia para que la dieta se reinstaure lo más rápidamente posible sin complicaciones
- ⊕ Observar tolerancia a la progresión de la dieta
- ⊕ Realizar 6 comidas al día

FACILITAR EL PERDÓN (5280)

Definición: ayudar a un individuo a olvidar y/o a perdonar en sus relaciones con el mismo con los otros y con los superiores

Actividades:

- ⊕ Identificar la fuente de culpabilidad y /o ira, cuando sea posible
- ⊕ Escuchar con énfasis sin moralizar o recurrir a tópicos, explorando los sentimientos de ira, odio y resentimiento
- ⊕ Investigar el perdón como un proceso, y ayudarle a examinar la dimensión saludable y curativa del perdón
- ⊕ Ayudar al paciente a buscar un árbitro, para facilitar el proceso



FACILITAR LA AUTORESPONSABILIDAD (4480)

Definición: animar a un paciente a que asuma mas responsabilidad de su propia conducta

Actividades:

- ⊕ Hemos de considerar al paciente responsable de sus propias conductas y hacérselo saber, discutir con ella el grado de responsabilidad en su estado de salud actual
- ⊕ Observar el nivel de responsabilidad que asume la paciente, favoreciendo su independencia pero ayudándole y definiendo que actividades no está preparada para asumir sola
- ⊕ Animar a la familia / cuidador a realizar el seguimiento de estas acciones
- ⊕ Abstenerse de regatear o discutir sobre los limites establecidos con el paciente
- ⊕ Animar a la paciente a que asuma tanta responsabilidad de autocuidados como sea posible y ayudarle a que identifique donde puede ir aumentando la responsabilidad
- ⊕ Ayudar en al creación de un horario que guíe el aumento de la responsabilidad futura

FOMENTO DEL DESARROLLO ADOLESCENTES (8272)

Definición: facilitar el crecimiento físico cognitivo , social y emocional optimo de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta

Actividades:



- ⊕ Desarrollar una relación de confianza con el adolescente con TCA y sus tutores, animando a este a que se implique activamente en las decisiones de su propio cuidado de salud
- ⊕ Debatir los hitos del desarrollo y las conductas asociadas normales con el adolescente y sus tutores
- ⊕ Promover y enseñar habilidades: comunicación, asertividad, responsabilidad, técnicas de resolución de conflictos no agresivas, resolución de problemas
- ⊕ Realizar educación para la salud en : higiene personal, identidad sexual, sexualidad, hábitos tóxicos, seguridad en conducción

FOMENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR (7110)

Definición: facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente

Actividades:

- ⊕ Establecer una relación personal con el paciente con TCA y sus cuidadores, identificando que miembros tienen capacidad de implicación (padre, madre, marido, hermana) y cual de ellos tiene los mejores recursos emocionales (principalmente), de relación con la paciente y educativos para ser este cuidador principal y definir los demás miembros de la familia implicados como secundarios, pero muy importantes.
- ⊕ Observar los roles familiares, sus implicaciones e identificar los déficit de autocuidado que tiene la paciente, valorándolos con familia y paciente, así como la percepción que tiene la familia de la situación, de los sentimientos del paciente, siempre valorando lo positivo de su situación. Determinar quien va a desarrollar la ayuda en estos déficit de autocuidados o control externo principalmente.



- ⊕ Explicar los aspectos clínicos que son desconocidos para la familia y facilitar las decisiones en este sentido dependiendo de la edad de la paciente y con su consentimiento.
- ⊕ Reconocer el estrés en la familia, y respetar las formas de enfrentamiento de problemas de la familia y fomentando las relaciones internas en la familia

FOMENTO DE LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR (7200)

Definición: ayudar a los padres y demás miembros de la familia con niños con enfermedad crónica o discapacidades a tener experiencias vitales normales para sus niños y familias

Actividades:

- ⊕ Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar sin que el niño se convierta en el centro de la familia: se debe de ver a la niña como una niña, que interaccione con niños no enfermos, que se la trate con normalidad, aunque dependiendo de la fase, hay que evitar las situaciones comprometidas (alrededor de la comida: los cumpleaños)
- ⊕ Ayudar a que mantenga las actividades escolares adecuadas a su edad, así como las comunitarias, mantener la red social previa al desarrollo del Tca o aumentarla si era muy escasa.
- ⊕ Implicar a los hermanos en los cuidados y actividades
- ⊕ Animar a los padres a tener un tiempo para la pareja y para las necesidades personales



IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS (6610)

Definición: análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud, y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas

Actividades:

- ⊕ Hemos de identificar con el paciente o cuidador cuales son las circunstancias sociales excepcionales que complican su situación
- ⊕ Determinar y explicar los sistemas de apoyo comunitario, valorar sus recursos económicos y las posibles ayudas
- ⊕ Planificar que actividades de disminución de riesgos puede realizar para evitar el cansancio del cuidador

GRUPO DE APOYO (5430)

Definición: uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros

Actividades:

- ⊕ Iniciar un grupo siempre con atmósfera relajada y de aceptación
- ⊕ Determinar el objetivo del grupo (apoyo, desarrollo de habilidades sociales, refuerzo en grupos de AN o BN), con un máximo de 5-12 miembros, clarificando las metas del grupo, las responsabilidades de sus miembros, y realizar un acuerdo firmado entre ellos, con la asistencia obligatoria a las sesiones
- ⊕ Establecer las normas de las sesiones: duración, lugar de celebración, tiempo, numero, mobiliario, nuevas incorporaciones, participación activa



- ⊕ Fomentar la expresión de todos los miembros, el debate de temas diferentes y que impliquen a todos, las relación de ayuda mutua, mantener una presión positiva para el cambio de conducta
- ⊕ Evitar las transferencias negativas entre los pacientes (como esconder comida, como engañar a la bascula...) poner normas y sanciones al respecto

GUÍA DE ANTICIPACIÓN (5210)

Definición: preparación del paciente para anticipación de una crisis en desarrollo y/o circunstancial

Actividades:

- ⊕ Ayudar a la paciente a identificar la aparición de crisis (autopercepción negativa, aparición de síntomas previos: ganas de regurgitar, de ayuno...) y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar
- ⊕ Proporcionar información sobre expectativas realistas (ayuda para la superación de las crisis, no querer resolverlas solas)
- ⊕ Determinar con la paciente cuales son los métodos habituales para solucionar los problemas y cuales va a utilizar ante las diferentes inicios de crisis, con que recursos, ensayar las situaciones, llevarlas escritas en el diario...
- ⊕ Programar visitas en momento de posibles crisis, atención telefónica, o prever visitas extras.
- ⊕ Involucrar a la familia, siendo conocedores de cuales son los síntomas de inicio de la crisis, cual va a ser la forma de solucionarlo por la paciente, y cual es su papel (Ej. tras una comida social abundante, la hija precisará supervisión por lo que la familia iniciará juegos o actividades sociales que la distraigan y no la inciten a ir al baño)



HUMOR (5320)

Definición: facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo al efecto de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos

Actividades:

- ⊕ Determinar la forma de expresar el humor de la paciente, y cuando está mas receptiva
- ⊕ Explicar a la paciente las ventajas del humor, la risa, y la función terapéutica
- ⊕ Seleccionar con la paciente, los recursos que la mejoren el humor, utilizarlos con ella, y intentar señalar la incongruencia de su estado con humor, y fomentar que ella lo haga. (Ej. Jugar a los recortables con esqueletos y ponerles con pintura en los labios y modelitos, chistes, risoterapia)

INTERVENCIÓN EN CASOS DE CRISIS (6160)

Definición: utilización de asesoramiento de un corto plazo para ayudar al paciente a enfrentarse a las crisis y retomar u estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo a la crisis

Actividades:

- ⊕ Primero determinar el grado de la crisis, favoreciendo que la paciente nos cuente sus sentimientos de forma no destructiva y disponer el ambiente de apoyo
- ⊕ Ayudarla a identificar la situación: que ha desencadenado la crisis, como ha evolucionado, que estrategias personales ha desarrollado en crisis pasadas, si son efectivas en esta o hay que buscar otras nuevas. Que apoyos tiene en esta nueva crisis. Que consecuencias tiene esta crisis en su vida y las



consecuencias de una resolución efectiva y no efectiva (Ej. la crisis puede ser una ruptura sentimental de pareja de estable, valorar la situación real de pareja con la paciente, las amistades,... Y sobre todo si un empeoramiento en sus medidas purgativas o anoréxicas le ayudaría a recuperar la pareja)

MANEJO DE LA NUTRICIÓN (1100)

Definición: ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos

Actividades:

- ⊕ Determinar que tipo de dieta precisa a nivel calórico (ej. Paciente bulímica con sobrepeso, la indicaremos una dieta con menor cantidad de calorías a una anoréxica con IMC bajo o normal), incluyendo en esta valoración la actividad física que va a realizar (reglada y no reglada)
- ⊕ Determinar las preferencias alimentarias de la paciente con TCA, (puede ser más productivo que coma una verdura en gran cantidad mas condimentada o adornada que un plato de potaje, por lo que para ellas representa mentalmente)
- ⊕ Fomentar el equilibrio de nutrientes y explicarles el porque deben de ingerir unas cantidades al día mínimas, y los beneficios de hacerlos de forma natural y no en pastillas (hierro, calcio, proteínas, vitamina C, fibra) (Ej. El calcio en las personas con anorexia por los casos de osteoporosis precoces)
- ⊕ Realizar una lista de tentempiés adecuada para los momentos de ocio, entre comidas (casa, trabajo, escuela).
- ⊕ Rellenará un diario de comidas que tiene que hacer el paciente y que hemos de comprobar con ella y su cuidador la veracidad de los contenidos. Determinar el tipo de diario, como describen la comida, las cantidades (a ojo: un plato pequeño o 200grs) la preparación (a la plancha o frito) ejemplo tabla 8.1 completa en el capítulo 13

Tabla 8.1

	Desayuno	Media mañana	Comida	Merienda	Cena	Autoevaluación: Bien / mal porqué
Día:	Fruta Lácteos Pan/ cereales		Primero Segundo Postre Bebida		Primero Segundo Postre Bebida	  

MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (1030)

Definición: prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, los ejercicios en exceso y purga de alimentos o líquidos

Actividades:

- ⊕ Desarrollar un plan de tratamiento multidisciplinar: medico de familia, asistente social, psiquiatra, psicólogo y colaborar con el paciente y /o ser querido (madre, padre, hermano, pareja...)
- ⊕ Establecer el peso adecuado como objetivo, con el paciente y el equipo; así como ritmo de ganancia de peso, y tipo de dieta a seguir y actividad física, valorando su capacidad actual para realizar los cambios en la nutrición, así como sus preferencias, en alimentos y ejercicios, que ha de realizar en su hábitat habitual
- ⊕ Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con la paciente y /o ser querido (madre, padre, hermano, pareja..)



- ⊕ Definir la forma de control de peso: exclusivamente en la consulta, ritmo: ej. Semanal, ropa de peso, horario similar...
- ⊕ Vigilar los parámetros fisiológicos (signos vitales y niveles de electrolitos)
- ⊕ Fomentar el autocontrol del paciente: autovigilancia, que lleve un control de las comidas, conductas de alimentación adecuadas para control del peso
- ⊕ Integrar al ser querido / cuidador (madre, padre, hermano, pareja..) para vigilar / observar al paciente durante y después de las comidas y el ejercicio físico
- ⊕ Controlar las conductas del paciente respecto de la alimentación, pérdida y ganancia de peso.
- ⊕ Utilizar técnicas de modificación de la conducta para promover conductas que contribuyan a la ganancia de peso para limitar las conductas de pérdida de peso. Refuerzos positivos ante las conductas adecuadas y pactadas
- ⊕ Proporcionar apoyo (terapia de relajación, ejercicios de desensibilización y oportunidades de hablar de los sentimientos) a medida que el paciente incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida
- ⊕ Animar a la paciente a llevar un diario con sus sentimientos, circunstancias del entorno que hacen realizar conductas anómalas
- ⊕ Ayudar a la paciente y familia a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los TCA
- ⊕ Ayudar al paciente a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano
- ⊕ Iniciar el mantenimiento del tratamiento cuando la paciente haya conseguido el peso marcado como objetivo y haya demostrado conductas de alimentación deseadas durante el tiempo establecido

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA (4360)



Definición: promoción de un cambio de conducta

Actividades:

- ⊕ Determinar que motivación por el cambio tiene la paciente, identificando sus fortalezas, reforzándolas.
- ⊕ Determinar que hábitos indeseables (conductas) ha de cambiar y fomentar la sustitución por deseables, animando a la paciente a examinar su propia conducta, así como los éxitos aunque sean pequeños.
- ⊕ Ayudar a desglosar los cambios de conductas en pequeñas conductas más mensurables (abuso del ejercicio físico: actividad física con las escaleras, tiempo caminando deprisa, actividad física reglada al día...) y utilizar tiempos y unidades de medida específicos
- ⊕ Dar refuerzo positivo y animar a la paciente a elegir refuerzos que tengan mayor sentido para ella, por nuestra parte, por su parte y por el cuidador. Dar el refuerzo inmediatamente después de que aparezca la conducta (Ej. si no se ha discutido por la cantidad de comida puesta por la madre, y se ha terminado todo, la madre le da un beso y las gracias por hacerlo así)
- ⊕ Establecer un programa de cambio de conducta: que cambiar, objetivos, método de control (registro, grafico...) Y autocontrol, que ha de ser discutido con el paciente y cuidador/ ser querido
- ⊕ Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas modernas
- ⊕ Evaluar los cambios de conducta, con el paciente, cuidador y equipo, y mantener el seguimiento a largo plazo



MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES (4362)

Definición: ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales

Actividades:

- ⊕ Ayudar a la paciente a valorar que déficit de habilidades sociales tiene y que problemas interpersonales le provocan , que sentimientos surgen de ellos (no se atreve a hablar en publico, por lo que no quiere relacionarse con grupos grandes, y la hace sentirse mal, puesto que no tiene vida social los fines de semana)
- ⊕ Ayudar a la paciente a identificar cual seria el resultado de la situación sin estos problemas, y definir que acciones puede hacer y las consecuencias de las mismas
- ⊕ Ayudar a la paciente a identificar las etapas de conducta de la habilidad social objetivo, mostrar modelos que tengan sentido para la paciente, y escenificar (realizar rol playing) con estas etapas de conductas.
- ⊕ Proporcionar seguridad, y refuerzo positivo
- ⊕ Implicar al cuidador / seres queridos en las sesiones de ejercicios de habilidades, en la consulta o como trabajo en casa, valorando sus resultados cuando realice las conductas, reforzando las intenciones y solucionando los problemas que se han planteado en la situación real

MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES (6680)

Definición: recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones



Actividades:

- ⊕ Dependiendo del IMC del paciente definir a periodicidad del control de la TA, FC, Tª, FR, auscultación cardio- pulmonar, registrándolo y realizando mediciones comparativas (ej. TA en MSI-D I) si es preciso
- ⊕ Observación de hipotermia o hipertermia indicaremos a la paciente y /o cuidador que nos informe sobre sus signos y síntomas
- ⊕ Identificar las posibles causas de estos cambios vitales

MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL (1160)

Definición: recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición

Actividades:

- ⊕ Mantener control del peso periódico, vigilando pérdidas y ganancias
- ⊕ Controlar la actividad física diaria: ejercicio y gasto energético en actividades de la vida diaria
- ⊕ Analizar con el cuidador la respuesta emocional de la paciente ante los momentos de la alimentación, que actitudes desarrolla, selección y preferencias de la comida
- ⊕ Vigilar signos físicos de malnutrición: piel seca, descamada, despigmentación, turgencia de la piel, problemas en las encías (inflamación, hemorragias, llagas en la boca) signos de anemia (palidez, enrojecimiento, y sequedad del tejido conjuntivo) uñas (quebradizas, en cuchara, aristas), boca con labios agrietados, enrojecidos inflamados, color de la lengua
- ⊕ Control periódico de niveles de : albúmina, hemoglobina, proteína total hematocrito, linfocitos y electrolitos



POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA (5400)

Definición: ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía

Actividades:

- ⊕ Primero debemos conocer las frases preferidas de autovalía negativa y positivas que realiza la paciente, explorando las razones de autocrítica negativa y culpa; también como valora ella que estas “ frases” hacen reaccionar a los demás.
- ⊕ Determinar con la paciente la confianza que tiene en sus propios juicios, en sus virtudes y reafirmar sus virtudes
- ⊕ Ayudar a la paciente a evaluar su postura, el contacto visual que tiene cuando tiene relación, el efecto que tiene esa actitud en los demás, así como la forma e cambiarlo
- ⊕ Ante todo nuestra actitud, y la que debemos de transmitir al equipo, familia y seres queridos es de respeto, ausencia de burlas, críticas negativas, y la importancia de crear el ambiente que aumente la autoestima, en casa, en la consulta o en el grupo social,
- ⊕ Observar afirmaciones positivas siempre que sea posible a la paciente, recompensando el progreso en la consecución de objetivos, y animarla a plantearse nuevos retos.
- ⊕ Valorar los niveles de autoestima, la consecución de objetivos, (cambios en la frecuencia de manifestaciones negativas sobre si mismo)

POTENCIACIÓN DE LA CONCIENCIA DE SI MISMO (5390)



Definición: ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos motivaciones y conductas

Actividades:

- ⊕ Hemos de ayudar a nuestras pacientes con TCA a reconocer sus pensamientos y sentimientos habituales, así como la respuesta que tiene al respecto. Hablar sobre ellos, sobre cómo se ve a si misma y fomentar el registro de estos pensamientos en el diario, cuando se producen para explorarlos posteriormente
- ⊕ Intentar favorecer una imagen de ser único, que la hace ser diferente para si mismo, que valores tiene
- ⊕ Manifestaremos la ambivalencias de su situación emocional, y su negación de la realidad, según valoración
- ⊕ Ayudar a la paciente a aceptar la ayuda y dependencia de las personas de su entorno
- ⊕ Ayudar a la paciente por una parte a reconocer sus frases negativas y/o contradictorias, sus sentimientos de culpa, su necesidad de control, sus percepciones negativas de si misma y conductas autodestructivas; y por otra a identificar los aspectos positivos, sus fuentes de motivación personal

POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL (5220)

Definición: mejora de las percepciones y actitudes conscientes inconscientes del paciente hacia su cuerpo

Actividades:



- ⊕ Determinar con la paciente que expectativas tiene de su cuerpo, usar imágenes reales para comparar siempre en el momento actual de desarrollo. Ayudarlas a desarrollar expectativas realistas
- ⊕ Determinar cambios producidos por la paciente, uso de fotografías previas y recientes,
- ⊕ Ayudar a separar los sentimientos de valía personal y de imagen corporal, discutir momentos de estrés de esta confusión
- ⊕ Observar como se comunica la paciente: sus frases de autocrítica, las frases para identificar su imagen corporal, sobre todo de las partes más criticadas (caderas, muslos, abdomen), y devolver esa información a la paciente
- ⊕ Utilizar dibujos de Autoimagen, tanto a pequeña escala como a tamaño natural, para discutir su autoevaluación
- ⊕ Determinar si este cambio en la imagen corporal ha supuesto un aislamiento social
- ⊕ Ayudar a la paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto: estilo de ropa, arreglo personal, cambio de imagen (pelo, maquillaje...)
- ⊕ Ejercicios en grupo en pacientes con TCA, para abordar los atributos físicos normales (cuello, pecho, caderas...)

POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN (5100)

Definición: facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros

Actividades:

- ⊕ Ayudar a la paciente con TCA y/o cuidadores a desarrollar relaciones nuevas, principalmente con personas que tengan intereses, actividades similares, (no entre iguales en el caso de los TCA, si entre padres o cuidadores), han de realizarse desde la sinceridad de su situación sin miedos, ni tabúes. Y reforzar positivamente estas nuevas adquisiciones



- ⊕ Ayudar a que se impliquen en actividades sociales y culturales. Y comunitarias, y actividades nuevas, animando a cambiar de ambiente
- ⊕ Discutir y enfrentar con la paciente cuando haya trastornos de juicio
- ⊕ Potenciar sus habilidades sociales, mediante juegos de rol, expresión de la ira y frustración,
- ⊕ Explorar los puntos fuertes y débiles dentro de la comunicación con su círculo actual de amistades

POTENCIACIÓN DE ROLES (5370)

Definición: ayudar a un paciente a su ser querido y/o a la familia mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de papeles específicos

Actividades:

- ⊕ En personas con TCA les debemos de ayudar a identificar los diversos roles que tienen ellos y los que ejercen los miembros de la familia, discutir con ellos cuales no están bien definidos, en cuales debería producirse cambios. Quien debería realizar esos cambios de adaptación, como y por qué
- ⊕ Animar a la persona a definir su propio cambio de rol, para adaptarse a la situación de salud, y a la que le genera problemas, así como los beneficios de este cambio de rol
- ⊕ Diseñar estrategias para futuros cambios de rol (independencia de la familia, maternidad...) y ensayarlas con juegos de rol.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO (6340)



Definición: disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

Actividades:

- ⊕ Siempre hemos de estar pendientes y determinar la existencia y el grado de suicidio en pacientes con TCA, sobre todo en momentos de mayor depresión, y adolescencia. Derivar a psiquiatra o centro de salud mental con preferencia ante indicios objetivos
- ⊕ Enseñar al paciente como ha de resolver problemas : técnica de resolución de conflictos, entrenamiento de la asertividad, técnicas de relajación, técnicas de control de impulsos
- ⊕ Pactar con la paciente objetivos de: no autolesion, solicitar ayuda ante el impulso de los seres queridos /cuidador, e ir valorando sus sentimientos al contrato
- ⊕ Valorar los planes de suicidio, posibilidades de éxito. Y tomar precauciones en este sentido para evitar las situaciones, haciendo participe a la familia/ cuidador
- ⊕ Discutir con el paciente que situaciones o pensamientos le precipitan o le han precipitado alguna vez la idea suicida , hablar sin restricciones

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (4700)

Definición: estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a si mismo y al mundo de forma mas realista

Actividades:



- ⊕ A la paciente con un TCA, hemos de ayudar a que erradique esas frases autoinducidas (Ej.: *“è stoy gorda,” “I os gordos no tienen éxito ni se les quiere”*) provocan una serie de aptitudes en ellos como no conseguir sus metas, no tener conductas racionales, por lo que deben de cambiarlas a frases mas racionales (*“me siento gorda, pero no lo estoy,” “è l éxito no depende del IMC”*)
- ⊕ Demostrar la las pacientes sus pensamientos disfuncionales: polarizado (Ej.: *“Si me como una onza de chocolate, ya no cumplo la dieta”*), generalización exagerada (Ej.: *“Todo engorda menos el agua”*) magnificación y personalización (Ej.: *“Todo lo peor me pasa a mi”*) y identificarlos con las emociones de ira , ansiedad y desesperanza que tiene
- ⊕ Ayudaremos a la paciente a identificar los factores estresantes, y la percepción equivocada de estos factores estresantes, así como valorar con ellas otras posibles percepciones e interpretaciones mas basadas en la realidad.
- ⊕ Dialogar con la paciente de forma que demostremos nuestras dudas y las suyas de su capacidad de percepción y las conductas que produce

TERAPIA DE ACTIVIDAD (4310)

Definición: prescripción de y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen , frecuencia o duración de la actividad de un individuo o grupo

Actividades:



- ⊕ La paciente con TCA debe realizar una serie de actividades por lo que hemos de desarrollar un plan conjunto con ella en el que defina: actividades de la vida diaria, y actividades de ocio y ejercicio. Ayudando a elegir cuales son mas significativas, como se van a realizar, que objetivos van a tener cada una, como adaptarlas a la rutina diaria (madre con niños a cargo)
- ⊕ Realizar un refuerzo positivo tanto por nuestra parte como por parte de la familia / cuidador, y los propios refuerzos que darán automotivación y seguridad en las actividades
- ⊕ Observar con la paciente la respuesta emocional, física, social y espiritual de la actividad, mediante la monitorización de los progresos

TERAPIA DE GRUPO (5450)

Definición: aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo.

Actividades:

- ⊕ Determinar el propósito del grupo (mantenimiento de pruebas de realidad, facilitar la comunicación, examen de habilidades sociales y de apoyo), con un máximo de 5-12 miembros, clarificando las metas del grupo, las responsabilidades de sus miembros, y realizar un acuerdo firmado entre ellos, con la asistencia obligatoria a las sesiones
- ⊕ Establecer las normas de las sesiones: duración, lugar de celebración, tiempo, numero, mobiliario, nuevas incorporaciones, participación activa
- ⊕ Ayudar al grupo a establecer normas terapéuticas y a trabajar la resistencia a los cambios
- ⊕ Fomentar la apertura de los miembros y la discusión del pasado pero siempre centrados en el tema a desarrollar



- ⊕ Han de compartir su ira, tristeza, humor, falta de confianza... Unos con otros,
- ⊕ Proporcionar refuerzo social dentro del grupo por conductas y cambios de actitud
- ⊕ Disponer de una sesión individualizada siempre previa a la entrada del grupo, y al abandono del grupo.



Capítulo 9:

GUÍA DE EPS: PREVENCIÓN A GRUPOS DE RIESGO



INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

TIPOS DE INTERVENCIONES

CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

Como enfermeras comunitarias, una de nuestras misiones es la prevención primaria, la cual trata de reducir la incidencia del trastorno, prevenir la aparición de nuevos casos.

Esta actividad hemos de realizarla actuando sobre vulnerabilidad y los factores de riesgo.

En nuestro caso, la población mas vulnerable son los jóvenes, mayoritariamente mujeres. Y si nuestra intención es prevenir la aparición del problema hemos de realizar la intervención previa a inicio del posible problema, por lo que nuestro abanico de edad en el que debemos de movernos es desde la adolescencia temprana 11 años a los 30 años.

También hemos de centrar nuestra atención en población de riesgo por su tipo de actividad desarrollada (deportistas, bailarinas, gimnastas, modelos...) y en sus profesores, monitores o tutores.

Con todo esto dentro de nuestra zona básica de salud podemos desarrollar actividades educativas en :

Lugar de celebración	Población diana
Escuela	Adolescentes tempranos 9-12 años Asociaciones de padres de alumnos
Centros culturales	Personas que tengan a su cargo adolescentes Personas en riesgo tardío de desarrollo de TCA
Centros de deporte	Deportistas Entrenadores
Institutos	Adolescentes Asociaciones de padres de alumnos



OBJETIVOS

Dirigido a personas de riesgo

- ⊕ Conocer los problemas de trastornos de la conducta alimentaria.
- ⊕ Asumir silueta corporal propia y adecuación de los cambios físicos, hormonales de crecimiento
- ⊕ Potenciar la autoestima
- ⊕ Integrar hábitos de dieta saludable
- ⊕ Integrar hábitos ejercicio saludable
- ⊕ Evitar la discriminación y actitudes peyorativas entre compañeros
- ⊕ Desarrollar y ensayar pautas de comportamiento ante situaciones concretas
- ⊕ Desarrollar habilidades de resolución de problemas
- ⊕ Desarrollar habilidades de comunicación con la familia y amigos



Dirigido a personas que puedan detectar el riesgo

- ⊕ Conocer los problemas de trastornos de la conducta alimentaria.
- ⊕ Prevención de los TCA
- ⊕ Conocer e integrar hábitos de dieta saludable
- ⊕ Conocer e integrar hábitos ejercicio saludable
- ⊕ Desarrollar habilidades de comunicación con la familia y amigos
- ⊕ Desarrollar capacidades para mejorar el refuerzo positivo y la crítica constructiva



TIPOS DE INTERVENCIONES:

Sesiones grupales

- ⊕ El tamaño ideal de los grupos de educación para la salud es de 12-15 personas
- ⊕ Desarrollo de programa y información sobre el mismo: nº de sesiones de 5-10 (integrando los objetivos que queramos desarrollar en cada sesión)
- ⊕ Duración entre 60-120 min.
- ⊕ Técnicas educativas:
 - ⊕ Técnicas de investigación en aula
 - ⊕ Técnicas expositivas
 - ⊕ Técnicas de análisis
 - ⊕ Técnicas de desarrollo de habilidades

Sesiones informativas a público abierto

- ⊕ Son adecuadas para llegar a un gran publico aunque el objetivo de las sesiones se concentra en la información sobre el tema a tratar, también pueden utilizarse para captar personas interesadas en participar en sesiones grupales.
- ⊕ Duración máxima 60 min.
- ⊕ Técnicas educativas:



⊕ Técnicas expositivas

CONTENIDOS:

Trastornos de la Conducta Alimenticia (TCA):

- ⊕ Definición de TCA: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa .
- ⊕ Factores de riesgo y etiología.
- ⊕ Signos y síntomas de alarma para desarrollar AN.
- ⊕ Tratamientos existentes para la AN.
- ⊕ Consecuencias físicas y psicológicas de la AN.

Información Nutricional:

- ⊕ Rueda de los alimentos: glúcidos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales.
- ⊕ Dieta equilibrada.
- ⊕ Consecuencias de una dieta desequilibrada.
- ⊕ Peligros de las dieta- milagro
- ⊕ La cocina como entretenimiento

Autoestima-autoconcepto:

- ⊕ Concepto de autoestima.
- ⊕ Valoración propia de la autoestima:
- ⊕ Técnicas para mejorar la autoestima
 - ⊕ Técnica de completar palabras
 - ⊕ Técnicas de liberación de la culpa
 - ⊕ Técnicas de afrontamiento personal



Imagen corporal y actividad física:

- ⊕ Incidencia de los medios de comunicación en la imagen corporal relacionada con la estética corporal y la actividad física.
- ⊕ La salud como objetivo de la Educación Física.
- ⊕ Desarrollo de habilidades y cualidades físicas opuestas a los estereotipos sociales establecidos.
- ⊕ Autovaloración de la imagen corporal.

Alternativas lúdicas para ocupar el tiempo libre y habilidades sociales.

- ⊕ Que aportan las actividades de desarrollo personal: teatro , danza
- ⊕ Problemas de los modelos de interacción social modernas: internet, chat...
- ⊕ Actitudes positivas y negativas ante el ocio

Técnicas de comunicación:

- ⊕ Definición de comunicación, modelos y estructura
- ⊕ Técnicas de refuerzo positivo
- ⊕ Técnicas para realizar una crítica constructiva
- ⊕ Técnicas para fomentar la asertividad
- ⊕ Técnicas de resolución de problemas

EVALUACIÓN



Es recomendable realizar una evaluación completa de la actividad. La evaluación sobre los objetivos propuestos y la publicación de los datos nos favorecerá a conocer mas sobre los problemas de TCA



Capítulo 10: EPS A CUIDADORES Y FAMILIARES DE PACIENTES CON TCA



INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

TIPOS DE INTERVENCIONES

CONTENIDOS



INTRODUCCIÓN

Cuando la familia se acerca al problema empiezan a surgir las primeras complicaciones de relación, ya que en ocasiones es el enfermo el que dificulta el acercamiento, negándose a recibir ayuda por no admitir el problema o tal vez por miedo a no saber qué pasará si deja de actuar como lo hace.

El familiar acude a nuestra consulta pidiendo ayuda desesperadamente puesto que cuando llega a nuestras manos, la sospecha es una realidad que viven con miedo, pesar, sensación de culpabilidad...

A lo largo de los años muchos investigadores han ido publicando sus hipótesis y sus teorías sobre la familia y la capacidad sanadora de ésta. Se crean unidades especiales como por ejemplo la del Instituto de la Salud de Bethesda para ayudar en los procesos de comunicación en la familia relacionados con los problemas de la vida cotidiana. Brown, Birley y Wing estudian la transición de los enfermos desde el hospital a sus comunidades de referencia observándose la mejoría significativa de aquellos que volvían a su hogar familiar frente a los que residían en albergues y hospicios. Vaughan y Leff señalan que hay factores predictivos de recidiva como la crítica emocional y la intrusión, por el contrario, el apoyo emocional de los familiares cercanos expresado a los pacientes y los comentarios cariñosos dan lugar a mejores resultados.

En nuestras consultas debemos optar por ayudar a las familias que presentan niveles de sobrecarga y estrés severos debido a la asistencia a sus familiares enfermos. Diseñamos programas de educación para la salud (EpS) sobre la naturaleza de las diferentes enfermedades y de su tratamiento y sobre todo ayudamos a resolver las dificultades prácticas cotidianas animando a los familiares a expresar sus emociones y dificultades.



OBJETIVOS

- ⊕ Reducir el impacto del estrés generado por el cuidado de los pacientes y facilitar un mejor funcionalismo social.
- ⊕ Mejorar el funcionalismo familiar y reducir la sobrecarga especialmente de los más directamente involucradas en los cuidados y un efecto beneficiosos económico
- ⊕ Lograr un incremento en las actitudes cálidas hacia los pacientes y una reducción de la hostilidad hacia los mismos
- ⊕ Mejorar en el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento
- ⊕ Integrar a todos los miembros de la familia en el cuidado de la paciente
- ⊕ Facilitar el apoyo emocional entre iguales
- ⊕ Desarrollar y ensayar pautas de comportamiento ante situaciones concretas



TIPOS DE INTERVENCIONES:

Según los estudios relacionados con Grigg, Friedsen y Sheppy existirían 3 modelos de interacción familiar en la anorexia nerviosa, compatibles con cualquier TCA:

- **Modelos unidimensionales** dentro de los cuales existen tres teorías diferenciadas:
 - o **Modelo estructural**: la familia psicopatológica el desarrollo de una enfermedad en el lecho de este tipo de familia de carácter psicopatológico se relaciona con tres factores: pautas transaccionales típicas que alientan a la somatización (aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos), involucración del niño en el conflicto parental y vulnerabilidad fisiológica del niño.
 - o **Modelo transgeneracional**: describe la familia como un sistema rígido de creencias que se transmiten de generación en generación. Son familias con dificultades para la individuación y para la solución de problemas. Destaca el estereotipo de los sexos en una sociedad patriarcal. Para que una mujer sea valorada debe mostrarse dependiente y realizarse emocionalmente cuidando a los demás. Para sentirse digna y valiosa debe conseguir el ideal de delgadez. La colaboración de la mujer se basaría en suministrar la alimentación.
 - o **Modelo comunicacional** : las familia anoréxicas tienen problemas de comunicación al intentar que cada miembro imponga las reglas de la relación, se rechaza la comunicación del otro, los padres no asumen el



liderazgo, hay alianzas y coaliciones negadas, nadie asume responsabilidades cuando algo va mal; y los padres tienen una desilusión recíproca que son incapaces de reconocer y la ocultan tras una fachada de unidad conyugal.

- **Modelo bidimensional:** se describen las familias centrípetas con excesiva cohesión, falta de permisividad, poca expresión emocional y pobres contactos extrafamiliares y familias centrífugas: poco cohesionadas, altamente conflictivas, con miedo al abandono, excesiva dependencia, falta de control y conflicto de pareja.
- **Modelo multidimensional:** se plantea que las familias en los TCA son heterogéneas, no existiendo una tipología familiar como decíamos al inicio de éste capítulo. Se habla de una serie de factores de riesgo y dificultades familiares que actuarían como elementos predisponentes. Se establecen diferencias como que las familias de las pacientes bulímicas son las más patológicas, son hostiles, existen defectos nutricionales, hay desligamiento e impulsividad, falta de empatía parental y no suele haber conflicto parental; frente a las familias de anoréxicas purgativas en las que sí suele aparecer conflicto conyugal o en las familias de las anoréxicas restrictivas cuyos padres suelen ser más positivos y en la que también existiría conflicto conyugal.



CONTENIDOS:

- Información sobre los Trastornos de la conducta alimentaria: aspectos epidemiológicos, clínicos...
- Técnicas de relajación
- Somatizaciones del cuidador
- Comunicación con el paciente
- Signos y síntomas de crisis en la paciente
- Alimentación saludable y técnicas control sobre la alimentación
- Ejercicio saludable, beneficios en los TCA y el cuidador
- Prevención de recaídas
- Técnicas de ayuda mutua en el grupo

Muchos de estos temas ya están desarrollados previamente o hay mucha bibliografía al respecto por lo que vamos a profundizar en los aspectos mas relacionados con TCA y cuidador.

Comunicación con el paciente:

Es muy importante enseñar a los padres a que aprendan a ver la manera que tiene los hijos de ver las cosas, antes de que ellos actúen por su parte. Aprender qué piensa y qué siente una persona afectada por anorexia o bulimia.

Las personas con un TCA saben que están bajas de peso y con un problema médico. Tiene una distorsión de su imagen corporal y minimizan la seriedad de sus problemas .hay que ser pacientes con los hijos; para ellos la anorexia o la bulimia es una salida, algo a lo que se aférran para enfrentarse a la vida.T. iene que saber que



sólo renunciarán a la enfermedad cuando esté convencida de que hay una mejor manera de enfrentarse a los problemas de la vida.

Suelen pedir constantemente que se les confirme que no están gordas. Hay que tratar de no caer en este patrón de afirmarle continuamente que está delgada o que no está gorda. Para ellas es una necesidad obsesiva comprobar que no están gordas y las respuestas repetidas de los padres no lograrán satisfacerla. A veces la familia y los amigos terminan, sin saberlo, reforzando el deseo secreto de la persona anoréxica o bulímica de ser reconocida como delgada.

Deben expresarle a los hijos la preocupación que tienen por su condición de anoréxica o bulímica usando afirmaciones en primera persona 'me preocupa verte con esas ojeras'. Siempre intentando no discutir, ya que este tipo de discusiones muchas veces provoca que los enfermos evadan el problema.

No hay que presionar, cuestionar o interrogarse. La persona enferma quiere hablar, dialogar habrá que escucharle con paciencia, mostrándole empatía y apoyo, puesto que una manera de ayudar a salir del problema consiste en que identifique las pérdidas que está teniendo en sus relaciones con amigas, amigos, padres, pareja o en cuestiones académicas, sociales, laborales, económicas y físicas. La preocupación por la comida, peso e imagen corporal, mantiene a la persona enferma sin contacto con sus sentimientos y pensamientos sobre las distintas áreas de su vida.

Cuando la enfermedad ya está diagnosticada y la niña está en tratamiento es vital acompañarla cuando come. Los padres son lo que hacen la selección de alimentos de su hija según las instrucciones del profesional; la meta es que se lo coma toda y así recuperar paulatinamente su peso sano; volviendo a lograr que la comida sea un evento social distendido. Sin embargo, no deben presionarla, facilitando un ambiente distendido.



No hay que insistir de manera pesada para que coma, argumentando que está demasiado delgada porque ésta lo vivenciará como una amenaza y responderá o enfadándose e indignándose profundamente por considerar que quiere verlo gorda o descubrirá que es más fácil hacer como que come delante de los padres con el propósito de que dejen de molestarle.

Signos y síntomas de crisis en la paciente

Manías en la forma de comer:

- ⊕ AN comen despacio, juegan y manipulan a comida, o protestan ante un alimento que no se quiere ingerir.
- ⊕ BN comen muy deprisa, engullen la comida, esconden la comida, o el vómito.
- ⊕ Bebe cantidades excesivas de agua, durante y fuera de las comidas.

Cambios en la forma de comer:

- ⊕ Disminuyen las cantidades o saltarse alguna comida con excusas.
- ⊕ Mezcla extrañas comidas
- ⊕ Cambia de gustos de comida de repente
- ⊕ Deja de comer ciertos alimentos o ciertos grupos de alimentos
- ⊕ Bebe cantidades excesivas de agua
- ⊕ Comen a escondidas: faltan alimentos en nevera o despensa
- ⊕ Utilizan la excusa de comer fuera de casa con amigos, trabajo
- ⊕ Evitan comer en situaciones sociales de diario (familia) o en esporádicas: amigos, boda, navidad)
- ⊕ Se levantan de la mesa sin terminar de comer con excusas



⊕ Preocupación excesiva por dietas y alimentación saludable

Cambios de comportamiento:

- ⊕ Esconde su cuerpo con ropas largas y holgadas, que no ciñan.
- ⊕ Requiere excesiva privacidad en su habitación y en el cuarto de baño
- ⊕ Visitan el baños después de las comidas (en bulímicas)
- ⊕ Comienzan a compra productos para adelgazar, laxantes...
- ⊕ Se aprecia debilidad física
- ⊕ Su estado de ánimo se vuelve irregular y tiende a volverse irritable
- ⊕ Control constante del peso, y disminución del mismo
- ⊕ Comienzo o aumento del ejercicio físico

Cambios del comportamiento consigo misma:

- ⊕ Se quejan con frecuencia de su imagen corporal y se describen como "gorda".
- ⊕ Tienen tendencia al autodesprecio y baja autoestima.
- ⊕ Tristeza, irritabilidad, por: no conseguir el cuerpo deseado, por no seguir su plan de alimentación

Cambios del pensamiento hacia los actores sociales:

- ⊕ Prestan atención especial a las bailarinas, gimnastas, atletas, deportistas y modelos
- ⊕ Sumisión ante los mensajes de medios de comunicación sobre peso o imagen corporal

Visitan páginas en Internet que se han desarrollado por las mismas enfermas de anorexia y bulimia, se identifican como PRO-ANA (pro-anorexia) y PRO-MIA (por-



bulimia) Como modo de interacción entre ellas se ha creado un amuleto de identificación:

- ⊕ Un lazo blanco virtual en las páginas que confeccionan o lo pegan en sus carpetas, como símbolo reivindicativo de su "estilo de vida" o como forma de reconocerse.
- ⊕ Las pulseras: las jóvenes PRO-ANA se colocan una pulsera o cordón rojo en la muñeca izquierda, en ocasiones adornado con unas cuentas piedrecitas rojas y las PRO-MIA hacen lo propio pero utilizando el color morado. De esta forma pueden reconocerse unas a otras en cualquier sitio. En caso de duda se señalan disimuladamente la pulsera para ver si la otra hace lo mismo, en cuyo caso ya no queda lugar a duda.

Prevención de recaídas

- ⊕ Deben prestar atención especial a la alimentación de sus hijos- familiares.
- ⊕ Aconsejarle intentar no recurrir a la comida rápida, la bollería industrial y las golosinas. Este tipo de alimentos deben conformar en todo caso la excepción, no la regla general.
- ⊕ Hacer que los padres valoren a sus hijos sin tener en cuenta su peso. Si es necesario que modifiquen su alimentación que lo hagan, pero que eviten las observaciones negativas respecto a un posible exceso.
- ⊕ Que refuercen la autoestima de sus hijos. Que les hagan sentir bien y motivo de satisfacción para su entorno. No centrar sus reconocimientos en las cuestiones físicas.
- ⊕ Ayudarles a mantener un pensamiento crítico respecto a la moda de la delgadez en la publicidad, donde suelen identificarse siempre con el éxito.
- ⊕ Identificar los elementos manipuladores de la publicidad y a desarrollar un sentido crítico hacia la presión social.



- ⊕ Potenciar su autoestima. Reforzar la comunicación asertiva y las estrategias de solución de problemas.
- ⊕ Fomentar su independencia
- ⊕ En el ámbito escolar no es conveniente que el resto de los compañeros conozcan el diagnóstico del alumno, pero si es algo que se sabe, puede ser interesante abordarlo de forma natural, incidiendo en lo que se espera de ellos para ayudar al alumno afectado.
- ⊕ No descalificar cuando hay sobrepeso. En lugar de decirle a una hija "¿estas gorda" o "¿comes todo el día" hay que orientarles hacia una alimentación positiva y equilibrada así como la práctica de ejercicio.
- ⊕ realizar las comidas como parte integrante de las rutinas de familia y tiempo de comunicación.
- ⊕ Controlar el peso. Usan trucos para ocultar su enfermedad, como ponerse muchas capas de ropa. Siempre se encuentran gordas aunque estén desnutridas.
- ⊕ Transparencia entre padres e hijos.



Capítulo 11:

BIBLIOGRAFÍA



CONSULTADA PARA LA REALIZACIÓN DE LA GUÍA

- ⊕ Área Temática 10. Recomendaciones Dietéticas/ Guías. Nutr. Hosp. [periódico en la Internet]. [citado 2008 Jun 26]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000300010&lng=es&nrm=iso.
- ⊕ Bacaltchuk J, Hay J, Trefiglio R. Antidepresivos versus tratamientos psicológicos y su combinación para la bulimia nerviosa (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- ⊕ Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. A replication. *Br J Psychiatry* 1972; 121: 241-258
- ⊕ Buchkremer G, Scultze-Moenking H, Holle R et al. The impact of therapeutic relatives' groups on the course of illness of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry* 1995; 10: 17-27
- ⊕ Calvo Sagardoy, R. Anorexia y bulimia : Guía para padres, educadores y terapeutas. 2ª ed. Barcelona España. Editorial planeta. 2002
- ⊕ Costa M. López E. Educación para la salud, una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid. Editorial Pirámide. 1997
- ⊕ Crispo , R. Figueroa, E., Guelar D. Trastornos del comer, terapia estratégica e intervenciones para el cambio. Barcelona. Editorial Herder. 1994
- ⊕ Fernández F.; Turón Gil , V. Trastornos de la alimentación, Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona. Editorial Masson. 1998
- ⊕ Fernández Moreno, L. Guía de actuación para las familias en los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Madrid. Editorial UNAF (Unión de Asociaciones Familiares). 2008.
- ⊕ Fernández Moreno, L. Guía para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario. Editorial Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud. 2005.
- ⊕ Fornés Vives.J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de Cuidados. Madrid Editorial Panamericana SA. 2005. p. 109-124.



- ✦ Garandillas Grande, A., Febrel Bordejé, C., Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid. Editorial Dirección general de salud Pública Conserjería de Sanidad Comunidad de Madrid. 2000
- ✦ García - Camba de la Muela, Eduardo. Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona, España. Editorial Masson. 2002
- ✦ Gardner RM, Stark K, Jackson N, Friedman BN. Development and validation of two new scales for assessment of body-image. Percept Mot Skills. 1999. 87: 981-93
- ✦ Gómez Bueno, C., Gil García E., Hernández Hurtado, D., Análisis cuantitativo de los trastornos del comportamiento alimentario Granada. Ed Universidad de Granada. 2004
- ✦ Gómez Martínez M. Ángeles; Bulimia, Madrid. Editorial Síntesis. 2007
- ✦ Gordon, M. Manual de Diagnóstico enfermero 1ª ed. Madrid. Editorial McGraw-hill. 2007
- ✦ Grigg DN, Friedsen JD, Sheppy MI. Family patterns associated with anorexia nervosa. J Marital and Family Therapy 1989; 15; 1: 29-42.
- ✦ Herrán O.F. Gamboa D.E., Prada G. E. Métodos para la derivación de listas de chequeo en estudios de consumo dietario Revista Chilena de Nutrición 33(3):488-497, dic. 2006.
- ✦ Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al. Family psycho-education, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1986; 43:633-642.
- ✦ EUFIC, Ortorexia nerviosa – Cuando comer sano deja de ser sano. Food Today, Boletín del consejo europeo sobre la alimentación. 03/2004. Disponible en <http://www.eufic.org/article/es/salud-estilo-de-vida/trastornos-alimentarios/artid/orthorexia-nervosa/>. Consultado Mayo 2008
- ✦ Insalud. Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Madrid. Editorial Instituto Nacional de la Salud Dirección Provincial . 1999
- ✦ Iñarritu Pérez, M. C., Cruz Licea V., Morán Álvarez I. C. Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. Revista de salud pública y nutrición México 2004 Abril - Junio 2 (5).
- ✦ Jaúregui Lobera, I. Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Sevilla Revista Trastornos de la Conducta Alimentaria (2) 2005; 158-198
- ✦ Jáuregui Lobera, Ignacio. La imagen de una sociedad enferma : anorexia, bulimia, atracones y obesidad. 2ª ed Barcelona España. Editorial Grafema. 2006



- ⊕ Jiménez M. Cuando Barbie se come a Garfield. Publicidad y alimentación: niños obesos buscando la perfección del cuerpo adulto. Revista Trastornos de la conducta alimentaria (3)2006. p:245-263
- ⊕ Johnson, M.,Bulechek, G.M.,McCloskey Dochterman, J.,Maas, M.L.,Moorhead, S.,Swanson, E.,Butcher, H. Interrelaciones Nanda. Nic y Noc. 2ªed. Madrid Editorial Elsevier 2007
- ⊕ Lechuga L.Y Nieves Gamiz Tratamiento psicológico de los trastornos de la conducta alimentaria. Aproximación cognitivo-conductual. Sevilla Revista Trastornos de la Conducta Alimentaria (2) 2005; 142-157
- ⊕ León Espinosa de los Monteros, M. T. Trastornos del comportamiento alimentario : anorexia y bulimia nerviosa. Madrid. Editorial Formación Alcalá 2003
- ⊕ Lindsay, Clare Anorexia : el camino a la recuperación. México. Editorial Pearson Educación México 2002
- ⊕ Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 118(13): 493-9.
- ⊕ López Madrid, J M, Neus Sallés T. Prevención de la anorexia y la bulimia / educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario, Editorial Nau Libres. 2005
- ⊕ Luis, M.ª T Los diagnósticos enfermeros revisión crítica y guía practica 8º ed. Barcelona. Editorial Elsevier-Masson. 2008
- ⊕ Martínez-Fornés, Santiago. La obsesión por adelgazar : bulimia y anorexia. Madrid, España. Editorial Espasa Calpe. 2001
- ⊕ Mc Closkey Dochterman, J./Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª ed. Madrid Editorial Elsevier. 2007
- ⊕ McFarlane WR, Link B, Dushay R et al. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. Fam Proc 1995; 34: 127-144.
- ⊕ Ministerio de sanidad y Consumo. Trastornos del comportamiento Alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Madrid Editorial Ministerio de Sanidad y Consumo. 2000
- ⊕ Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families. Anorexia Nervosa in context. Cambridge Machatusses. 1978
- ⊕ Moorhead, S., Johnson, M.,Maas, M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NoC) 3ª ed Madrid Editorial Elsevier 2007



- ⊕ NANDA Internacional comité editorial, T. Heather-Herdman... [et al.]. Diagnósticos Enfermeros : definiciones y Clasificación 2007-2008 Madrid Editorial Elsevier. 2007
- ⊕ Nardone, G. Más allá de la anorexia y la bulimia Barcelona. Editorial Paidós Iberica S.A. 2004
- ⊕ Nova Rebato, Esther (2003) Evolución del estado nutritivo de pacientes con anorexia nerviosa: aspectos dietéticos, antropométricos y bioquímicos. Tesis Doctoral. 2005 Disponible en: www.ucm.es/BUCM/tesis/19972000/X/3/X3063201.pdf . Consultado 17 May 2008
- ⊕ Pérez Lancho C.. Alimentación y Educación Nutricional en la Adolescencia Revista Trastornos de la Conducta Alimentaria 6 (2007) 600-634
- ⊕ Pérez Lancho, Carolina. Anorexia y bulimia : manual para su detección en el ámbito escolar. España. Editorial Grafema. 2005
- ⊕ Perkins SJ, Murphy R, Schmidt U, Williams C. Autoayuda y autoayuda guiada para los trastornos alimentarios (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- ⊕ Rausch Herscovici, Cecile Luisa Bay. Anorexia nerviosa y bulimia : Amenazas a la autonomía. 5ª ed. Buenos Aires, Argentina Editorial Paidós. 2000
- ⊕ Rebraca Shives L.. Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos Básicos. 6ªed. Madrid Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 2005. p 366-398
- ⊕ Richardson HB. Patients have families. New Cork: Commonwealth Fund, 1948.
- ⊕ Rigol Cuadra , A; Ugalde Apalategui, M. Enfermería de salud mental y Psiquiátrica 2ªed Barcelona. Editorial Masson. 2004
- ⊕ Rodríguez Campayo MA, Beato Fernández L, Rodríguez Cano T, Martínez-Sánchez F. Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Actas Especialidad Psiquiátrica. 2003; 31(2): 59-64
- ⊕ Rueda G., Díaz L.A. Campo A., Barros J. Avila G.C., Orostegui L.T., Osorio B.C., Cadena L.P. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. Revista Biomédica 2005; 25 196-202
- ⊕ Sanz Fernández, J. , Vázquez, C. ;Perdigón, A. L. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Clínica y Salud. 2003, 14, 3: 249-280
- ⊕ Selvini Palazzoli M...[et al.] Muchachas anoréxicas y bulímicas : La terapia Familiar. Barcelona Editorial Paidós. 1999
- ⊕ Semfyc. "Evidencia Clínica Concisa: La mejor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva" 4º Ed. Colombia. Grupo editorial Legis SA. 2005



- ⊕ Serna de Pedro, I. Comer no es un placer : anorexia, bulimia, obesidad. Madrid. Editorial Litofinter. 1998
- ⊕ Serra Majem, L.; Aranceta Bartrina, J.; Mataix Verdú, J. Nutrición y Salud Pública: Métodos, bases científicas y aplicaciones 2ª ed. Barcelona. Editorial Masson, 2006
- ⊕ Serrato Azat, G. Anorexia y bulimia : trastornos de la conducta alimentaria España Editorial Libro Hobby Club. 2001
- ⊕ Strada, Graciela; El desafío de la anorexia. Madrid. Editorial Síntesis. 2002
- ⊕ Tinahones Madueno F. J. Anorexia y bulimia: Una experiencia clínica. España. Ediciones Díaz de Santos. 2003
- ⊕ Toro, J.; Vilardell E; Anorexia nerviosa. Barcelona .Editorial Martínez Roca. 2000
- ⊕ Toro, J. Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona. Editorial Ariel Psicología; 2004
- ⊕ Vaughn C, Leff J. The influence of familia and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. Br J Psychiatry 1976; 129: 125-137
- ⊕ White M. Anorexia nervosa: A transgenerational systems perspective. Family Process 1983; 22; 3: 255-73



Capítulo 12 :

TCA EN LA RED



CONOCE LO QUE OPINAN ELLAS

**PAGINAS DE CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS TÉCNICOS
RELACIONADOS**

PAGINAS DE AYUDA A LOS CUIDADORES



CONOCE LO QUE OPINAN ELLAS

- ⊕ Pagina “**Nadie dijo que fuera fácil ser una princesa**,” es una pagina pro anorexia y bulimia , muy interesante para conocer su pensamiento , con muchos enlaces <http://www.lokitaanaymia.blogspot.com/>
- ⊕ Pagina pro anorexia que enseña lo que hay que hacer: <http://princesaanaymia.blogspot.com/>
- ⊕ Pagina pro anorexia que enseña las dietas que hay que hacer: <http://www.todoanaymia.com/dietas.html>
- ⊕ Foro de comunicación entre ellas: <http://foro.todoanaymia.com/>
- ⊕ Fotos: <http://es.youtube.com/watch?v=PnitSuNGtyY&feature=related>
- ⊕ Fotos: http://es.youtube.com/watch?v=dc1o_c29LYQ&feature=related
- ⊕ <http://lovelykisser.blogspot.com/2008/04/vuelta-con-el-rabo-entre-las-piernas.html>

PAGINAS PARA AYUDAR A PACIENTES CON TCA

- ⊕ <http://www.codigogeek.com/2008/06/28/tips-pro-ana-mia/>
- ⊕ <http://mangasverdes.es/2008/06/03/ana-mia-y-como-vomitare-un-cuento/>
- ⊕ Un video de ayuda para entender como se ven http://www.youtube.com/watch?v=t5Svv_6AJck
- ⊕ Fotos para ver la realidad <http://es.youtube.com/watch?v=DLxlpVmDIXA&NR=1>



PAGINAS DE CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS TÉCNICOS RELACIONADOS

- ⊕ El Instituto de Ciencias de la Conducta Dr. Jáuregui S.C , tiene una pagina web dedicada a compartir multidisciplinariamente conocimientos sobre TCA, así como publica una revista sobre TCA con acceso gratuito, en la web www.tcasevilla.com/default.aspx (en español)
- ⊕ The Academy for Eating Disorders : www.aedweb.org/ (en ingles)
- ⊕ International Journal of Eating Disorders, artículos muy actuales sobre investigacion en los TCA. eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-EAT.html (en ingles)
- ⊕ Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria, página creada por el hospital la Fé , tienen todos los test on -line para que no haga falta calcular los resultados, www.utcas.com/ediinf.asp (en español)
- ⊕ Web de las enfermedades relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no muy actualizada en este momento es.salut.conecta.it/presentacion.htm (en español)
- ⊕ Consejo europeo de Información sobre la alimentación, interesantes artículos, y publican el Food Today: boletín de noticias del EUFIC que cubre la información de actualidad sobre seguridad y calidad en la alimentación, y salud y nutrición www.eufic.org/article/es/salud-estilo-de-vida/trastornos-alimentarios/artid/orthorexia-nervosa/ (en español)
- ⊕ Sociedad Española de Nutrición Comunitaria , aporta artículos de interés sobre nutrición y problemas de la nutrición. www.nutricioncomunitaria.com (en español)
- ⊕ Nutrición y estrategia NAOS Pagina del ministerio de Sanidad y Consumo de alimentación saludable: www.naos.aesan.msc.es (en español)



PAGINAS DE AYUDA A LOS CUIDADORES

- ⊕ **Unión De Asociaciones De Familiares** tienen un interesante programa de difusión sobre TCA: Guía Actuación Para Las Familias Ante Los Trastornos De La Conducta Alimentaria (Tca)" Aprende Y Actúa Con Los Cinco Sentidos. para familiares, con Guía y talleres: www.unaf.org/que_hacemos_programas_trastornos_conducta_2007.html
- ⊕ **Tú Eres Más Que Una Imagen** Esta página forma parte de la Campaña Tú Eres Más Que Una Imagen, diseñada por la ONG Protégeles: organización de protección de la infancia que trabaja en prevención y seguridad infantil en las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación -TIC- www.masqueunaimagen.com
- ⊕ **Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia.** ADANER es una asociación de afectados y familiares de enfermos de anorexia nerviosa y bulimia en España. Tiene información sobre las diferentes asociaciones locales en cada ciudad, así como eventos, ayudas... www.adaner.org/
- ⊕ **El Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA)** Entidad privada situada en Cataluña con concertos con mutuas, aseguradoras, y entidades sanitarias autonómicas que dispone de una red asistencial coordinada de recursos especializados en este tipo de trastornos. La pagina da información sobre la enfermedad y los recursos www.itacat.com/index.htm





Capítulo 13 :

ANEXOS



TEST DE EAT 40 Y 26

TEST SCOFF (SICK CONTROL ONE HADO FOOD)

TEST DE BRATMAN PARA LA ORTOREXIA

B.S.Q. (BODY SHAPE QUESTIONNAIRE)

TEST DE DEPRESIÓN

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO
APGAR FAMILIAR**

REGISTRO DIARIO DE ALIMENTACIÓN



Test de EAT 40 Y 26:

DESCRIPCIÓN

El Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (*Eating Attitudes Test*) (EAT) fue diseñado por Garner y Garfinkel en 1979, para la evaluación de las actitudes y del comportamiento en la anorexia. Su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar y corregir y que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo. Es la herramienta autoadministrada más ampliamente utilizada para la evaluación de los desórdenes alimentarios.

Se encuentra validada en nuestro medio por Castro y cols.. Existen la una versión completa de 40 ítems y la abreviada de 26 ítems, que posee una alta correlación con la original.

Es un cuestionario autoadministrado. Cada uno admite 6 posibles respuestas, que van desde nunca a siempre. Las contestaciones se puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 en unos casos y 0, 0, 0, 1, 2, 3 en otros. El rango de puntuación va de 0 a 120 ó de 0 a 78 en la versión de 26 ítems.

INTERPRETACIÓN

La puntuación total del test distingue entre pacientes anoréxicas y población normal y entre bulímicas y población normal, pero no lo hace entre anoréxicas restrictivas y bulímicas.



El punto de corte propuesto por los autores es de 30 (S: 100% y E: 93%). Utilizando este mismo punto de corte, en el estudio de la validación española la sensibilidad desciende al 67.9%. por esto, Castro propone, de forma empírica, utilizar en nuestro medio un punto de corte de 20, con lo que en población anoréxica la sensibilidad asciende al 91% y la especificidad se sitúa en 69%. Los autores explican estas diferencias por la menor puntuación media obtenida en las pacientes anoréxicas españolas, posiblemente por la menor edad de éstas en relación con las estudio original.

El test se ha mostrado sensible a las variaciones sintomáticas a lo largo del tiempo, obteniendo las pacientes que han superado su patología alimentaria puntuaciones similares a las obtenidas en controles sanos.

Se ha recomendado su utilización como instrumento de screening (sobre todo la versión de 26 ítems, con un punto de corte de 20). El Ministerio de Sanidad recomienda un punto de corte de 20 en mujeres, >30 en población de riesgo y >50 en población clínica.



Test de aptitudes en la alimentación:

Nombre:

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta: A: siempre B: casi siempre C: a menudo D: a veces E: pocas veces F: nunca.

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

Total	A:	B:	C:	D:	E:	F:
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------



TEST SCOFF (Sick Control One Fad Food):

DESCRIPCIÓN

Cuestionario corto que se realiza para el scrining de problemas en las actitudes antes la alimentación.

Es un cuestionario elaborado por Morgan y colaboradores, que consta únicamente de cinco preguntas, de las cuales se obtienen las iniciales que dan nombre a este cuestionario. Este instrumento fue desarrollado de acuerdo a los criterios del DSM-IV. en Inglaterra en Atención Primaria. Está validado en España por García Campos.

El cuestionario consta de 5 preguntas que se contestan como sí o no.

INTERPRETACIÓN

El test es positivo cuando la persona contesta afirmativamente a 2 o más preguntas.



TEST SCOFF:

Nombre:

Responda SI o NO como opción que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

TEST SCOFF (Sick Control One Hado Food):

1. Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incomodo? SI/NO
2. ¿Está preocupada/o porque nota que ha de controlarse cuando come? SI/NO
3. ¿Ha perdido últimamente mas de 6 kg en el periodo de tres meses? SI/NO
4. ¿Cree que está gorda/o aunque los otros digan que está demasiado delgada/o? SI/NO
5. ¿Diría que la comida domina su vida? SI/NO



Test de BRATMAN PARA LA ORTOREXIA

DESCRIPCIÓN

Steven Bratman, médico estadounidense que acuñó el término de ortorexia a finales de los años 90, en 1997 y publicó este test para observar a través de observar en si mismo la patología ,sus síntomas, aptitudes y consecuencias.
El test esta empezando a ser cada vez mas utilizado según se conocen mas sobre la enfermedad y la prevalencia de la misma.

INTERPRETACIÓN

El punto de corte es SI = 4-5 : significa que la persona está en riesgo de padecer una ortorexia, empieza a manejar de forma estricta la alimentación.

Si la persona responder afirmativamente a todas las preguntas, se traduce en una verdadera obsesión por la alimentación sana.



Test Para la detección de ortorexia:

Nombre:

Señale SI O NO en respuesta a lo que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

TEST DEL DR. BRATMAN

1. ¿Pasa más de tres horas al día pensando en su dieta? SI O NO
2. ¿Planea sus comidas con varios días de antelación? SI O NO
3. ¿Considera que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que le aporta? SI O NO
4. ¿Ha disminuido su calidad de vida a medida que aumentaba la calidad de su dieta? SI O NO
5. ¿Se ha vuelto más estricto consigo mismo en este tiempo? SI O NO
6. ¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana? SI O NO
7. ¿Ha renunciado a comer alimentos que le gustaban para comer alimentos "buenos"? SI O NO
8. ¿Su dieta supone un problema a la hora de comer fuera, distanciándolo de su familia y sus amigos? SI O NO
9. ¿Se siente culpable cuando se salta su régimen? SI O NO
10. ¿Se siente en paz consigo mismo y cree que todo está bajo control cuando come de forma sana? SI O NO



B.S.Q. (Body Shape Questionnaire)

DESCRIPCIÓN

El BSQ fue elaborado por Cooper y otros en 1987. Está adaptado a población española.

Consta de 34 preguntas que se puntúan en una escala de Likert de 1 a 6.

Permite obtener una puntuación global (suma de las puntuaciones directas de los ítems) y se pueden derivar 4 subescalas: Insatisfacción Corporal, Miedo a Engordar, Baja Estima por la Apariencia y Deseo de perder peso.

INTERPRETACIÓN

A: Nunca = 1

B: Raramente = 2

C: Algunas veces = 3

D: A menudo = 4

E: Muy a menudo = 5

F: Siempre = 6

El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105.



Test Para la valoración de la satisfacción corporal:

Nombre:

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

TEST B.S.Q. (Body Shape Questionnaire) A: Nunca B: Raramente C: Algunas veces D: A menudo E: Muy a menudo F: Siempre

1. ¿Se sintió enfadada al hacer examen sobre su figura? A B C D E F
 2. ¿Se sintió tan preocupada por su figura que pensó que debería ponerse a dieta? A B C D E F
 3. ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes en relación al resto de su cuerpo? A B C D E F
 4. ¿Sintió temor a volverse gorda (o a engordar)? A B C D E F
 5. ¿Se sintió preocupada porque su carne no era lo bastante firme? A B C D E F
 6. La sensación de plenitud (por ej. después de una comida abundante) le hizo sentirse gorda? A B C D E F
 7. ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar A B C D E F
 8. ¿Evitó el correr a causa de que su carne podía tambalearse? A B C D E F
 9. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada le hizo a usted tomar conciencia sobre su figura? A B C D E F
 10. ¿Se sintió preocupada sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse? A B C D E F
 11. ¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gorda? A B C D E F
 12. ¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente? A B C D E F
 13. ¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse (por ej. mientras veía la televisión, leía o escuchaba una conversación) A B C D E F
 14. ¿El estar desnuda (por ej. al tomar un baño) le hizo sentirse gorda? A B C D E F
 15. ¿Evitó ponerse ropas que realzaban su figura corporal? A B C D E F
 16. ¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo? A B C D E F
 17. ¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda? A B C D E F
 18. ¿No asistió a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que se sintió mal con su figura? A B C D E F
 19. ¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha? A B C D E F
 20. ¿Se sintió avergonzada de su cuerpo? A B C D E F
 21. ¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta? A B C D E F
 22. ¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío (por ej. por la mañana) A B C D E F
 23. ¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol A B C D E F
 24. ¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran michelines en su cintura o estómago? A B C D E F
 25. ¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted? A B C D E F
 26. ¿Vomitó con la intención de sentirse más ligera? A B C D E F
 27. ¿En compañía de otras personas, se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (por ej. sentada en un sofá o en el asiento del autobús)? A B C D E F
 28. ¿Se sintió preocupada por el hecho que se le formen hoyuelos en la piel? A B C D E F
 29. ¿El verse reflejada (por ej. en un espejo o un escaparate) le hizo sentirse mal con su figura? A B C D E F
 30. ¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuanta grasa contienen? A B C D E F
 31. ¿Evitó situaciones donde otras personas podrían haber visto su cuerpo (por ej. vestuarios comunitarios o piscinas)? A B C D E F
 32. ¿Tomó laxantes para sentirse más ligera? A B C D E F
 33. ¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas? A B C D E F
 34. ¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio? A B C D E F
- TOTALES PARCIALES: A B C D E F TOTAL:



Test de imagen corporal por modelos anatómicos:

DESCRIPCIÓN

Test que sirve para conocer la percepción de la imagen física que tiene una persona de si misma, la imagen que proyecta ante el espejo y la imagen que le gustaría tener.

INTERPRETACIÓN

Primero, la paciente señala con una 'P' la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal y con una 'D' la silueta que desearían tener.

Insatisfacción de la imagen corporal: Resulta de la diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada.

Distorsión de la imagen corporal: la diferencia entre la imagen percibida y la real se valora comprobando el IMC real con la estimación del IMC de la silueta elegida como propia

1 = 18 IMC

2 = 22 IMC

3 = 25 IMC

4 = 27 IMC

5 = 30 IMC

6 = 35 IMC

7 = 40 IMC

No se han establecido puntos de corte.

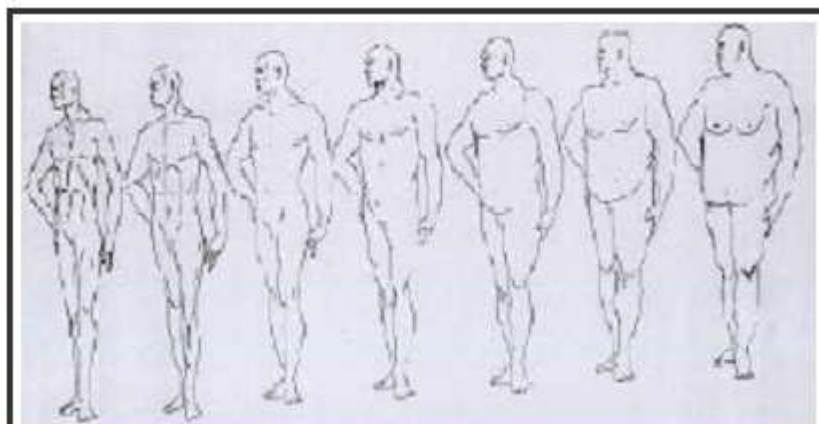
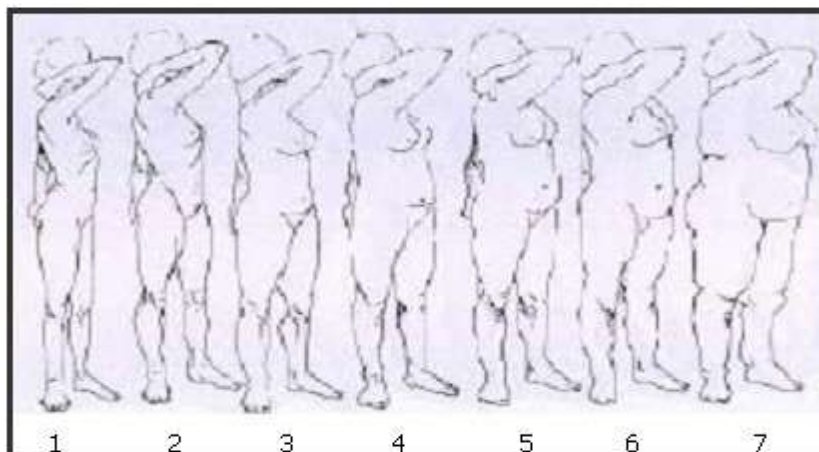


Test Para la valoración de la percepción corporal:

Nombre:

Ponga una marca en la imagen que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

TEST de imagen corporal por modelos anatómicos:





TEST DE DEPRESIÓN , EAD

DESCRIPCIÓN

La Escala autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fué probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión. Estos datos serán utilizados únicamente con éste propósito, sin ser facilitados a ninguna otra entidad ni utilizados para el envío de ningún otro tipo de información ajena a lo solicitado

INTERPRETACIÓN

A: 1B:2 C:3 D:4 EN PREGUNTAS 1,3,4,7,8,9,10,13,15,19

A: 4B:3 C:2 D:1 EN PREGUNTAS 2,5,6,11,12,14,16,17,18,20

PUNTAJE BRUTO: Sume todas las respuestas. Luego compare su puntuación bruta con el índice de EAD en la siguiente tabla

CONVERSIÓN DE LA PUNTUACIÓN BRUTA AL ÍNDICE DE EAD									
Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91



26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Ahora, con el índice de EAD extraído de la tabla, obtenga el resultado del test mediante este cuadro

INDICE EAD	IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL EQUIVALENTE
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión (de mínima a leve)
60-69	Presencia de depresión (de moderada a notable)
70 ó más	Presencia de depresión (de severa a extrema)



TEST DE DEPRESIÓN , EAD

Nombre:

Responda con una señal la opción que mas se adapta a su situación personal

A: Nunca o muy pocas veces B: algunas veces C: Frecuentemente D: La mayoría de las veces

1. Me siento descorazonado, melancólico y triste A - B - C - D -
2. Por la mañana es cuando mejor me siento A - B - C - D -
3. Siento deseos de llorar A - B - C - D -
4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche A - B - C - D -
5. Como tanto como solía comer antes A - B - C - D -
6. Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos A - B - C - D -
7. Noto que estoy perdiendo peso A - B - C - D -
8. Tengo problemas de estreñimiento A - B - C - D -
9. Mi corazón late más rápidamente que lo normal A - B - C - D -
10. Me canso sin motivo A - B - C - D -
11. Mi mente está tan despejada como siempre A - B - C - D -
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer. A - B - C - D -
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto A - B - C - D -
14. Tengo esperanzas en el futuro A - B - C - D -
15. Me irrito más de lo normal A - B - C - D -
16. Encuentro fácil el tomar decisiones A - B - C - D -
17. Siento que me necesitan y que soy útil A - B - C - D -
18. Llevo una vida satisfactoria A - B - C - D -
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto A - B - C - D -
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer A - B - C - D -



PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

DESCRIPCIÓN

Se trata de un cuestionario heteroadministrado (que puede ser autoadministrado o realizado por la enfermera) y que consta de 3 ítems para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar

INTERPRETACIÓN

Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 0 - 2
- Disfuncional grave: 3 - 6



PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR:

Nombre:

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR:

A CASI NUNCA **B** A VECES **C** CASI SIEMPRE

1. Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
A : B: C:
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
A : B: C:
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
A : B: C:
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?
A : B: C:
5. ¿Siente que su familia le quiere?
A : B: C:

TOTAL A : B: C:



REGISTRO DIARIO DE ALIMENTACIÓN:

	Desayuno	Media mañana	Comida	Merienda	Cena	Autoevaluación Bien / mal :porqué
Día:	Fruta Lácteos Pan/ cereales		Primero Segundo Postre Bebida		Primero Segundo Postre Bebida	😊 😊 😊
Día:	Fruta Lácteos Pan/ cereales		Primero Segundo Postre Bebida		Primero Segundo Postre Bebida	😊 😊 😊
Día:	Fruta Lácteos Pan/ cereales		Primero Segundo Postre Bebida		Primero Segundo Postre Bebida	😊 😊 😊
Día:	Fruta Lácteos Pan/ cereales		Primero Segundo Postre Bebida		Primero Segundo Postre Bebida	😊 😊 😊





NOTAS



NOTAS:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slightly textured appearance and is set against a dark background.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.

[illegible]



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....