

## **Anorexia nerviosa y proceso de atención en enfermería**

**Inmaculada Palomino Rodao**

Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.  
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid  
[aditaloreal@gmail.com](mailto:aditaloreal@gmail.com)

**Tutor**

**Jorge Diz Gómez**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina, Pabellón II. Ciudad Universitaria. Av. Complutense s/n. 28040. Madrid.  
[dizgomez@enf.ucm.es](mailto:dizgomez@enf.ucm.es)

**Resumen:** Se presenta un proceso de atención en enfermería de una mujer de treinta años, con diagnóstico de AN restrictiva, desde los catorce años y con ceguera por una retinitis pigmentaria ingresa en la unidad de hospitalización breve de un hospital madrileño con el objetivo de llegar al IMC requerido para entrar en el Hospital de día de Santa Cristina. El papel de la enfermería es trabajar en equipo y aplicar un plan de cuidados realista, con el fin que la paciente llegue al peso estipulado, reconociendo y elogiando los logros alcanzados y el esfuerzo realizado, estimulando la libre expresión de sentimientos, emociones y temores, manteniendo una actitud imparcial, y dejar claro dentro de la confianza y el respeto que lo que se rechaza es la conducta y no a la persona.

**Palabras clave:** Anorexia nerviosa - Cuidados.

**Abstract:** A process of nursing care of a thirty years woman, with a diagnosis of AN restrictive since he was fourteen years old, and blind from retinitis pigmentosa, enters in a brief hospitalization unit of a hospital settled in Madrid. The aim of the admision is to reach the required BMI to start another program in Santa Cristina's hospital Day Unit. The role of nursing is to work together and implement a realistic care plan, so that the patient reaches the stipulated weight, recognizing and commending the achievements and the effort by encouraging the free expression of feelings, emotions and fears, maintain an impartial attitude, and make it clear within the trust and respect that is the behavior, not the person, what is rejected.

**Keywords:** Anorexia nerviosa.

## INTRODUCCIÓN

La AN es un trastorno psicossomático de raíz social, complejo y multicausal, caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%) un intenso temor a la obesidad y la decisión voluntaria de adelgazar, de carácter fundamentalmente femenino y adolescente, que se da en sociedades occidentales industrializadas y donde el abuso del ejercicio físico, vendría a completar y complicar el cuadro<sup>(4)</sup>.

Es la insatisfacción con su propio cuerpo en particular, y consigo mismas en general, con una disminución en el grado de autoestima y la fijación por obtener a toda costa un bajo peso y un aspecto de extrema delgadez intrínsecamente ligadas al deseo y la búsqueda de satisfacción personal, adquirirán paulatinamente en estas pacientes valores de necesidad<sup>(7)</sup>.

### Criterios diagnósticos

- Rechazo por mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- Miedo intenso a aumentar de peso o a convertirse en obeso, incluso con peso inferior al normal.
- Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En mujeres pos púberes, presencia de amenorrea (tres ciclos consecutivos).

Dos tipos:

- Tipo restrictivo: Durante el episodio de AN, el individuo NO recurre regularmente a atracones o a purgas.
- Tipo compulsivo/purgativo: El individuo recurre regularmente a atracones o purgas (provocación del vomito, uso de laxantes, diuréticos, o enemas).

### Bases neurobiológicas

La función de los centros hipotalámicos en la regulación del comportamiento alimentario. El hipotálamo lateral influiría en la reducción de la toma de alimentos y los receptores beta - adrenérgicos y la dopamina intervendrían de manera local. El hipotálamo tendría una responsabilidad importante en relación a la integración de las

señales del hambre y la saciedad y en el desarrollo de mecanismos de ajuste cualitativos y cuantitativos en lo referente a la ingestión de nutrientes<sup>(7)</sup>.

### **Fisiopatología**

- **Ayuno**

Fase inicial: Gluconeogénesis hepática acelerada. Depleción de glucógeno, hipoglucemia, T3 disminuida, hipercolesterolemia, hipercarotinemia. Hipomagnesemia, hipocalcemia, deficiencia de Zinc. Estado hipometabólico: amenorrea, bradicardia, hipotensión, ortostatismo, hipotermia.

Fase final: Cetosis, reducción de catabolismo proteico. Síndrome cerebral orgánico: Confusión, letargo, coma, muerte.

- **Purga:** Alcalosis hipocalemia, hipocloremia (hiperaldosteronismo secundario) Acidosis (abuso de laxantes) Miopatía, cardiomiopatía. Arritmia, muerte súbita (abuso de jarabe de ipecacuana) Hiponatremia dilucional → Intoxicación hídrica “sobrecarga de agua”, convulsiones, muerte.
- **Síndrome de realimentación:** Hipofosfatemia, hipomagnesemia. El fósforo extracelular cae abruptamente al ingresar al espacio intracelular, por ejemplo luego de administrar dextrosa endovenosa, o realimentación muy rápida. Convulsiones, delirio, edema periférico, IC, arritmias, muerte.

Aparecen lesiones estructurales del miocardio. En el respiratorio la TBC y las neumonías se cobraban muchas vidas, antes de el tratamiento antibiótico, también neumotórax espontáneos por pérdida de elasticidad pleural; enfisema mediastínico y neumonías por aspiración por los vómitos. Por la depleción del potasio por conductas purgativas puede darse miopatías y atrofia de fibras musculares. Por la extrema delgadez, los nervios periféricos se comprimen y se producen parestesias<sup>(7)</sup>. Otras complicaciones: mediastinitis secundarias a desgarros esofágicos, ruptura gástrica y dilatación gástrica aguda.

La morbilidad de la AN se puede hallar en la desnutrición, amenorrea, abuso de sustancias, alcoholismo, e intentos autos líticos<sup>(5)</sup>. La AN acarrea una mortalidad a largo plazo cercana al 20% a los 20 años; las causas principales son la inanición, suicidio y muerte súbita de causa cardíaca. Se relaciona psicopatológicamente la AN con depresión, ansiedad y obsesión.

### **Etiología**

- **Social:** estereotipo estético que marca la tendencia es la delgadez. Ser delgado indica perfección, autocontrol y virtud, la adiposidad indica lo contrario.

- Cultural: dos mensajes contradictorios. Consumo de todo (acceso indiscriminado a la comida) → Obesidad y consumir salud → Delgado → “nuevo lujo” “demostración de estatus” --- Los modistos de grandes firmas no realizan sus diseños en tallas grandes.
- Delgado → Dieta constante ↔ ¿? ↔ Gordo → Comida basura.
- Biológica: SNC: Control de la ingesta. Alteraciones de las hormonas de Insulina y Leptina.

Aumenta el tejido adiposo → Aumenta la leptina que se une a los receptores hipotalámicos → Disminuye la ingesta y disminuye el tejido adiposo.

La alteración de este proceso → AN (no hay un estudio que lo demuestre).

Existe una vinculación genética con los receptores para serotonina, dopamina y noradrenalina y NT opioides que podrían cursar con la etiología de la AN.

Genéticamente se transmite una vulnerabilidad de padecer un TCA.

### **Psicológica**

Personas con baja autoestima, inseguridad, basan su valía personal en la valoración del cuerpo como físico, perfeccionistas, evitación es la forma de enfrentarse a los problemas.

Según Freud → Conductas anoréxicas por cuatro teorías:

- Conducta ascética para reprimir los deseos.
- Un deseo de prolongar la infancia.
- Un rechazo a la sexualidad adulta.
- Una ruptura entre el Yo central y el Yo corporal.

### **Familiares**

- Vivir en una familia desestructurada favorece el desarrollo de AN.
- Madre- Barbie → familia que rinde el culto al cuerpo.
- Ausencia espiritual o corporal de la madre<sup>(6)</sup>.

## Resumen Histórico

Proviene del griego *a-/an-* (negación) más *orégo* (apetecer) → término anorexia<sup>(5)</sup>.

Los desordenes alimentarios se describen hace siglos, como lo demuestra la existencia de los “vomitoriums” romanos<sup>(5)</sup>.

La primera vez que se trato de la anorexia fue en el siglo XI, donde Avelino describía un tratamiento de un joven príncipe que presentaba síntomas anoréxicos dentro de una depresión; también en el siglo XVII una mujer llamada Jeanne Balan que padecía anorexia.

En 1689 Morton describe una enfermedad como “Phtisis nervosa” → “Consumición nerviosa” y nombraba ya muchos síntomas “falta de apetito, rechazo a la comida, hiperactividad, y cognexia, esto sin que haya ninguna fiebre, tos, o disminución de la respiración”.

En el siglo XIX se reconoce como trastorno alimentario por defecto<sup>(1)</sup>.

## Epidemiología

- Afecta al 3% de las mujeres, es diez veces más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.
- Más de 2.500 españolas padecen AN y bulimia, y 500.000 chicos y chicas tienen riesgo a enfermar<sup>(1)</sup>.
- Casi todos los estudios epidemiológicos constatan que el 90-95% de los sujetos afectados de algún tipo de TCA son mujeres adolescentes<sup>(2)</sup>.

## Factores de riesgo

Mujeres de 13-24 años. Llegar a la pubertad con sobrepeso. Antecedentes familiares. Vivir en una familia preocupada por el físico y la apariencia. Ser joven estudioso, aplicado, poco conflictivo, perfeccionista y marcarse metas elevadas en la vida. Haber recibido durante poco tiempo el pecho materno. Practicar ballet, gimnasia rítmica y atletismo. Cursar estudios en el extranjero<sup>(1)</sup>.

Metodología para evaluar los factores de riesgo:

**BSQ** – Body Shape Questionnaire. Insatisfacción con la imagen corporal de Cooper, et al.

**BAT** – Body Attitudes test. Pérdida de familiaridad con el propio cuerpo de Coppennolle el all.

**EAT** – Eating attitudes Test - Garner y Garfinkel (1979).

**EDI** – Eating Disorders Inventor - Garner, Olmsted y Polivy (1983). Conductas patológicas en alimentación.

**BDI** – Beck Depression Inventory. Sintomatología depresiva<sup>(3)</sup>.

## VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

### Percepción - mantenimiento de la salud

- Hipotensión, bradicardia, hipotermia. A la larga si no se trata puede morir por arritmias cardíacas.
- Paciente tenso, a la defensiva, irritable, histérico y depresivo.
- El peso previo al diagnóstico suele ser bajo.

### Nutricional - Metabólico

- Piel → Pigmentación - Cianosis distal (manos y pies fríos).
- Hirsutismo (vello) en labio superior.
- Petequias.
- Piel seca, rugosa, con aspecto marchito y enrojecido.
- Auto restricción alimentaria - pierden el 40 del peso que tienen → los casos más graves mueren por inanición.
- Poto manía.
- Signos físicos de alteración alimenticia, anemia, esteatorrea, irritación del esófago, colon irritable, gastritis, úlceras.
- Trastornos dentales.

### Eliminación

- Estreñimiento que se convierte en diarrea al tomar laxantes.

- Poliuria.
- Náuseas, vómito inducido, diarrea, trastornos electrolíticos (disminución de potasio).

#### **Actividad - Ejercicio**

- Hiperactividad, también parestesias, dolores musculares y osteoporosis.
- Debilidad generalizada.

#### **Reposo - Sueño**

- Insomnio.

#### **Sexualidad - Reproducción**

- Desinterés total ante cualquier forma de contacto sexual.
- Amenorrea (ausencia de tres ciclos consecutivo).
- En los hombres impotencia.

#### **Cognitivo - Perceptual**

- Pensamiento alterado.
- Escasa autoestima.
- Evaluación negativa de sí mismas.

#### **Auto percepción - Auto concepto**

- Tristeza, angustia, desesperanza, insuficiencia, ruina, aspecto demacrado, el paciente dice "no estoy delgado".
- Síntomas obsesivos - Perseverancia por superar cualquier reto.
- Escrupulosidad extrema en la higiene personal (duchan varias veces al día, se lavan los dientes enérgicamente).
- Rigidez, ideas fijas, hipocondría.
- Miedo obsesivo e irracional hacia la posibilidad de ser obesas, a perder su peso al compromiso.

- Preocupación por el cuerpo, el peso y los alimentos.

#### **Rol - Relaciones**

- Carácter variable.
- Miedo a tener bulimia.

#### **Adaptación tolerancia al estrés**

- Fobias, irritabilidad.

#### **Valores y creencias**

- Desconfianza. Se originan dudas sobre su sistema de valores personales<sup>(1)</sup>.

#### **Conclusión**

Los enfermos de AN se encuentran atrapados en una dinámica patológica en torno a la comida, el peso y la imagen corporal de la cual llega un momento en que no saben salir si no es con ayuda profesional.

El papel de enfermería es trabajar en equipo y aplicar un plan de cuidados realista en conjunto con el paciente cuyo fin es que este salga de ese círculo vicioso, recupere su dignidad y se acepte tal como es, en dos fases la primera y el objetivo principal es el aumento de peso, y la segunda y más duradera encaminada a favorecer el mantenimiento de los logros y prevenir las recaídas; también se usa la relajación para disminuir los niveles de ansiedad y la práctica del entrenamiento en habilidades sociales y asertividad<sup>(1)</sup>.

Hay que tener en cuenta que las pacientes con AN crónica y de larga evolución, objetivan su delgadez, hacen crítica de sus pensamientos alterados; pero mantienen sus conductas alteradas, ya que una alimentación normal genera en ellas intensos miedos, considerados irracionales por ellas mismas a los que se añade una gran ansiedad<sup>(7)</sup>.



## CASO CLÍNICO

### VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

#### PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Mujer de 30 años, que acude de forma voluntaria, derivada por su psiquiatra del CSM, solicitando valoración de ingreso, según el informe, está pendiente de ser aceptada en la unidad de TCA del Hospital Santa Cristina, por lo que solicitan ingreso para incremento de peso. Refiere pesar 32,5 Kg, y medir 1,61. IMC: 12,5.

La paciente se muestra de acuerdo con el ingreso, refiere querer mejorar e incrementar su peso “porque aunque estoy muy cronificada, quiero aumentar mi peso para poder hacer una vida normal, soy incapaz de hacer actividades como montar en bicicleta. Además, he perdido a mucha gente por culpa de esto y ya no lo soporto más. Soy anoréxica porque es como una seña de identidad, sé que es muy sádico, pero me hace sentirme diferente al resto”.

Reconoce hábito restrictivo, con conductas purgativas ocasionales, de tipo vómito, secundarias o no a atracones. Niega uso de laxantes, diuréticos o realización de ejercicio intenso u otras conductas purgativas.

Sin alergias medicamentosas conocidas. Ni alergias alimentarias.

Ceguera total desde los 14 años por retinitis pigmentaria, actualmente ve únicamente luces. A los 12 años comenzó a leer braille y a los 15 años comienza a usar bastón. Exotropía (ojo hacia afuera con pérdida de la percepción de la profundidad y la visión binocular) en ojo derecho, nistagmus (movimiento involuntario de los ojos) bilateral por de privación.

Anorexia restrictiva desde los 17 años con recaídas; ha tenido al menos dos ingresos hospitalarios en los que continuaba vomitando y tomando laxantes.

Un intento auto lítico con pastillas (Carbamazepina - Tegretol; Clorazepina-tranxilium, etc.). Ella dice que estuvo 5 días en coma.

Consumidora de al menos 20 cigarrillos al día; consumía alcohol, y otras drogas como cannabis, y cocaína. (4 - 5 porros al día) y cervezas (6 - 8 día). Actualmente, asegura consumir dos cervezas al día y niega consumir cannabis. Recibe seguimiento psiquiátrico en el CSM.

La preguntamos por su calendario vacunal y nos dice que está todo en orden. Respecto a su salud bucodental presenta pérdidas de piezas dentarias, a causa de los ácidos del estómago que erosionan el esmalte a causa de los vómitos.

Medicación habitual:

**Fluoxetina** 20 mg: 3-0-0.

Antidepresivo inhibidor de la receptación de serotonina.

Indicaciones: Episodio depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo. Bulimia nerviosa: Como complemento a la psicoterapia para la reducción de los atracones y las purgas.

Farmacocinetica: metabolitos activos con actividad similar (semivida 10 días).

Reacciones adversas: erupciones cutáneas, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, sequedad de boca, hiponatremia,

SNC: Ansiedad, nerviosismo, inquietud, insomnio, temblor, mareos, cefalea.

También sudoración, astenia, rinorea.

Intoxicación: Taquicardia sinusal, hipertensión arterial, depresión del ST, SNC (agitación, mareos, hipomanía, convulsiones).

Tratamiento: carbón activo.

Interacciones: retrasa la eliminación de los fármacos que se metabolizan a través de la isoenzima CYP2D6, inhibe además el CYP3A4. Los fármacos son muy numerosos por poner un ejemplo con antidiabéticos orales, da riesgo de hipoglucemias; Anticoagulantes orales, posible aumento de la anti coagulación.etc.

Dosis máxima al día: 80 mg.

**Clonazepam** 2mg.: 0-1-0-4.

Benzodiazepinas.

Indicaciones: Epilepsia del adulto, crisis focales, estatus epiléptico. Debe evitarse la conducción de vehículos y la manipulación de herramientas o instrumentos potencialmente peligrosos.

Da un metabolito inactivo el hidroxiclazepam.

Reacciones adversas:

- Digestivas: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, sequedad de boca, dolor epigástrico

- Hematológicas: Leucopenia, agranulocitosis, anemia, trombopenia, eosinofilia.
- Hepáticas: hepatitis, ictericia.
- SNC: Somnolencia, sedación, ataxia, mareos, cefalea, confusión, depresión, disfagia, disartria, temblor, alteraciones del comportamiento, amnesia, excitación paradójica, psicosis.
- Oculares: Diplopía, alteraciones de la visión, nistagmus.
- Otras: cambios en la libido, incontinencia urinaria, alteraciones auditivas, hipersalivación, dermatitis, urticaria, prurito, hipersecreción bronquial.
- Interacciones: Amioradona (riesgo de toxicidad por clonazepam), antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, carbamazepina, fenobarbital (reducción del efecto de clonazepam); fenitoina (modificación de los niveles de fenitoina), IMAO (cefalea y rubeosis), litio (neurotoxicidad), paroxetina (posible síndrome serotoninérgico), valproico (precipitación ausencias).

Evitar en embarazo y lactancia.

Dosis máximas 20 mg. día.

**Omeprazol** 20 mg: 1-0-0.

Inhibidor de la bomba de protones, agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por los ácidos.

**Etinilestradiol/Drospirenona:** 0,03mg/3mg.

Anticonceptivo hormonal sistémico, prostágenos y estrógenos.

Patrón alterado.

## Diagnóstico de enfermería

### Riesgo de infección

Es el aumento del riesgo por ser invadido por microorganismos patógenos, relacionado con la malnutrición resultante de sistema inmune deprimido y la desnutrición.

### **Factores etiológicos o relacionados**

- Factores situacionales que puedan alterar el sistema inmunitario, malnutrición, enfermedad crónica con debilitamiento.
- Consumo de alcohol o drogas ilegales.
- Patrón de alimentación/hidratación alterado.

### **Cuidados enfermeros**

#### **Protección contra las infecciones**

- Modificar en la medida de lo posible las condiciones ambientales, para proporcionar la temperatura, humedad y ventilación adecuadas.
- Favorecer una alimentación equilibrada rica en proteínas y vitaminas; y una buena hidratación, los nutrientes que se han demostrado para la buena funcionalidad del sistema inmune son aminoácidos esenciales, ácido linoléico, ácido graso esencial, Vitaminas A, B6, B12, C, E, ácido fólico, zinc, hierro y selenio.
- Tener en cuenta la temperatura y comunicar los valores de laboratorio (leucocitos, neutrófilos).
- Mantener una higiene corporal y ambiental estricta.
- Evitar el contacto con personas portadoras de infecciones, aunque sean leves.
- Eludir a las multitudes, especialmente en espacios cerrados.
- Buena higiene bucal, tras las ingestas

### **Educación sanitaria**

Explicar las técnicas adecuadas de higiene, protección personal y lavado de manos.

Enseñar al usuario la necesidad de una buena nutrición, especialmente de proteínas y del descanso adecuado para prevenir la infección, la funcionalidad de células sanas se mantiene mediante la provisión de la nutrición adecuada.

Signos y síntomas de infección.

### **Medio ambiente terapéutico**

- Corregir los conceptos erróneos que puedan haber y discutir los temores exagerados con argumentos objetivos.

**Criterios de resultado: NOC:** Mantener a la paciente libre de infección. Control del riesgo:

Indicadores:

- Reconoce factores de riesgo.
- Supervisa los factores de riesgo medioambientales.
- Desarrolla estrategias del control de riesgo efectivas.
- Adapta las estrategias de control del riesgo según es necesario.
- Se compromete con estrategias de control de riesgo.
- Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas.
- Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.
- Evita exponerse a las amenazas para la salud.
- Participa en la identificación sistemática de problemas relacionados con la salud.
- Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados.
- Efectúa las vacunaciones apropiadas.
- Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita.
- Utiliza los sistemas de apoyo personal para controlar el riesgo.
- Utiliza los recursos sociales para controlar el riesgo.
- Reconoce cambios en el estado de salud.
- Supervisa los cambios en el estado de salud.

### **Riesgo de lesión**

Presencia de factores de riesgo que puedan causar una lesión corporal. Relacionado con la disfunción sensorial. (Ceguera).

### **Factores de riesgo**

- Nivel de actividad; habilidad para el movimiento físico independiente.
- Uso de dispositivos de ayuda para la movilización.
- Estado sensorceptivo.
- Estilo de vida.
- Consumo de alcohol o drogas ilegales o determinados fármacos.

### **Cuidados enfermeros**

#### **Acuerdo con el paciente**

- Establecer conjuntamente los cambios que deben realizarse en el entorno, y si es necesario, las medidas de seguridad para favorecer la movilización.
- Retirar todos los peligros posibles del entorno y situar la habitación dentro del control de enfermería si se puede para una mayor vigilancia.
- Mantener el entorno ordenado y limpio.
- Evitar la sobrecarga sensorial que puede originar confusión.

### **Educación sanitaria**

Explicar o demostrar la forma de prevenir los accidentes.

### **Medio ambiente terapéutico**

- Argumentar las razones de las medidas de seguridad aconsejadas en cada caso.
- Reconocer y elogiar las medidas protectoras adecuadas que la persona lleva a cabo habitualmente.

**Criterios de resultado: NOC:** Que la paciente mantenga en todo momento su integridad física. Conductas de seguridad personal.

Indicadores:

- Uso correcto de dispositivos de ayuda.
- Desarrollo de juegos y hábitos de ocio seguros.
- Precaución cuando se utilizan fármacos que alteran el nivel de conciencia.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas.
- Evitar conductas de alto riesgo.
- Protegerse de las lesiones.

### **Mantenimiento inefectivo de la salud**

Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Características definitorias. Antecedentes de falta de conductas generadoras de salud, información de incapacidad para asumir la responsabilidad de realizar las prácticas sanitarias básicas en alguna o en todas las áreas de los patrones funcionales.

### **Factores etiológicos o relacionados**

- Naturaleza de la situación de salud (AN) que requiere intervención por el deterioro cognitivo perceptual no compensado.
- Afrontamiento individual ineficaz.

### **Cuidados enfermeros**

#### **Educación sanitaria**

- Ayudar a la persona a emplear los recursos con los que cuenta, y la necesidad de ayuda externa.
- Estimular la máxima participación de la persona en sus cuidados.
- Conveniencia de participar en programas grupales de su problema de salud.
- Implicar a la familia/pareja, en la educación sanitaria y en los cuidados.
- Discutir los efectos nocivos de determinadas conductas o hábitos.

- Fomentar paulatinamente la toma de decisiones, y la confianza, discutiendo las diversas alternativas existentes y apoyando su decisión.

#### **Educación sanitaria**

- Explicar la naturaleza del problema de salud actual y expectativas a corto y largo plazo.
- Prestaciones socio sanitarias disponibles y forma de acceder a ellas.

#### **Medio ambiente terapéutico**

- Facilitar la formulación de preguntas y la libre expresión de los sentimientos ante la situación.
- Mantener una actitud abierta e imparcial sin emitir juicios de valor.
- No mostrar extrañeza ante las dudas o cuestiones planteadas ni restarles importancia; responder a ellas con sinceridad.

**Criterios de resultado: NOC:** La persona identificara las actividades necesarias para mantener su salud; determinara las áreas específicas en las que necesita ayuda, planificara los cambios que debe introducir en su estilo de vida; discutirá la conveniencia de responsabilizarse de sus cuidados; llevara a cabo todas las habilidades requeridas para el mantenimiento de su salud; participara activamente en la puesta en práctica del plan terapéutico pactado: Conducta de fomento de la salud.

Indicadores:

- Utiliza conductas para evitar los riesgos.
- Supervisa los riesgos del medioambiente.
- Supervisa los riesgos de la conducta personal.
- Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición.
- Utiliza conductas efectivas para la disminución del estrés.
- Conserva relaciones sociales satisfactorias.
- Realiza los hábitos sanitarios correctamente.
- Apoya una política pública saludable.



- Utiliza recursos físicos y económicos para fomentar la salud.
- Obtiene inmunizaciones recomendadas.
- Obtiene screenings de salud recomendados.
- Sigue una dieta sana.
- Utiliza un programa de ejercicios eficaz.
- Evita exposición a las infecciones.
- Evita el uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

## **PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO**

En las últimas semanas ha restringido su dieta en (200gr de arroz y dos cafés al día), con pérdida de peso. Su ingesta hídrica esta aumentada en 2 l diarios de agua .No signos de poto manía. Es evidente que la alimentación no es adecuada ni en cantidad, variedad, y frecuencia.

No manifiesta su apetito dada su patología de TCA, tiene dificultades en la masticación no en la deglución. No se auto induce el vómito y las restricciones dietéticas a las que se somete son voluntarias. Su temperatura corporal al ingreso es de 36°C aunque refiere que casi siempre tiene frio. No tiene problemas cutáneos, aunque se la aprecia sequedad en la piel, y la mucosa oral esta algo inflamada (gingivitis leve). Presenta erosión en el esmalte dental.

Patrón alterado.

### **Diagnóstico de enfermería**

#### **Deterioro de la dentición**

- Relacionado con los hábitos dietéticos o nutricionales y sustancias (HCL) que erosionan en el esmalte dental.
- No lo utilizo porque ya tiene habilidad en las técnicas de higiene dental y las integra, en su vida cotidiana.

### **Desequilibrio nutricional por defecto**

Relacionado con que la ingesta es inferior a las necesidades debido a factores psicológicos y/o abuso de sustancias

Características definitorias: manifestado por pérdida de peso por ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, un 20% menos del peso ideal; utilizamos esta etiqueta porque en este caso es posible recuperar una correcta nutrición aumentando o modificando la ingesta oral; se manifiesta porque su peso corporal es inferior a un 20%.

### **Factores etiológicos o relacionados**

- Factores Psicológicos (diagnostico psiquiátrico anorexia nerviosa).

### **Cuidados enfermeros**

#### **Manejo de los trastornos de la alimentación**

- Identificar conjuntamente los factores que impiden o dificultan el aporte de nutrientes en cantidad o calidad suficiente para cubrir los requerimientos corporales.
- Pactar el aumento ponderal final y objetivos parciales realistas.
- Pesar al usuario regularmente, en ayunas, con la misma ropa y con la primera micción de la mañana excretada.
- Establecer una dieta diaria que cubra las necesidades calóricas y nutritivas de la paciente, de 30-40 Kcal/kg de peso y progresar paulatinamente a 70-100 Kcal/kg<sup>(8)</sup>.
- Si es preciso incluir suplementos ricos en calorías, proteínas o ambas.
- Llevar un registro diario de los alimentos ingeridos.
- Recomendar ingestas ligeras, de poca cantidad, frecuentes (6 día) y con variación de alimentos.
- En caso de tener mal sabor de boca realizar la higiene oral antes y después de las comidas. La buena higiene bucal aumenta el apetito.
- Aflojar las ropas y descansar antes y después de las comidas, mejor reclinado que acostado.

- Procurar comer en una atmosfera agradable y relajante, evitar las prisas.
- Suprimir, en la medida de lo posible, los estímulos nocivos tales como dolor, cansancio, olor o visiones desagradables.
- Para aumentar la ingesta, animar al usuario al usuario a comer en compañía de otras personas, siempre que sea posible. El tiempo de las comidas generalmente es un espacio de tiempo de interacción social, los usuarios normalmente comen más si están acompañados.
- Incluir a la pareja en el plan terapéutico.
- Considerar la conveniencia de procurar apoyo psicológico.
- Cuando haya logrado el peso deseado instaurar un plan de mantenimiento y fijar la gama aceptable de variación ponderal.
- Si toma la medicación prescrita, o no, que puede coadyuvar al problema, aconsejar la consulta con el médico.
- Vigilar el riesgo del síndrome de realimentación que es un trastorno potencialmente fatal , que ocurre cuando los usuarios malnutridos se les administra nutrientes en exceso sobre la capacidad del usuario para metabolizarlos, deben estar controlados posibles desequilibrios electrolíticos, insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia respiratoria.
- Vigilar la toma de tratamiento prescrito y que no esconda la medicación en la cavidad bucal, ni en las servilletas de papel, dar siempre con agua, porque existen determinadas interacciones medicamentosas y alimentarias.

### **Ayuda y vigilancia en la alimentación**

- Determinar que es capaz de hacer la persona, el tipo y el grado de ayuda que necesita, para completar las necesidades de alimentación y forma de proporcionársela.
- Colocar los alimentos al alcance de la mano y ayudarle en tareas que puedan resultar más dificultosas, como mondar la fruta.
- Como hay deterioro de la visión describir la localización de los alimentos y utensilios de la bandeja.
- Revisar siempre la bandeja después de la ingesta (hacer tomar todos los alimentos de la dieta prescrita por endocrinología).

- Programar periodos de descanso antes y después de las comidas.
- Procurar un ambiente tranquilo y relajado durante las comidas.

### **Educación sanitaria**

- Explicar las cualidades nutritivas y energéticas de los distintos grupos de alimentos, equivalencias y sustituciones.
- Explicar la importancia de consumir la cantidad adecuada de nutrientes.
- Explicar procedimientos que favorezcan la ingesta, digestión y absorción de los alimentos.
- Forma de cocinar y presentar los alimentos para que parezcan apetitosos.
- Mecanismos para afrontar las situaciones conflictivas que no guarden relación la comida. Técnicas complementarias para aliviar la ansiedad que le produce comer.

### **Medio ambiente terapéutico**

- Tener presente que los resultados requieren tiempo, por lo que los objetivos deben fijarse a medio o largo plazo.
- Favorecer la expresión de sentimientos sobre la imagen corporal actual y el cambio que se pretende y de lo que piensa sobre las dificultades actuales.
- Reconocer y elogiar los logros conseguidos y el esfuerzo realizado.
- Reforzar la importancia de seguir aplicando las medidas que se hayan mostrado efectivas.

**Criterios de resultado: NOC:** la paciente recuperará el peso acordado con endocrino y psiquiatra (IMC 15): Motivación. Estado nutricional: Ingestión de nutrientes. Conducta de cumplimiento: dieta prescrita: Normalmente la ganancia de peso debe ser de 0,5 a 1 Kg. Por semana<sup>(8)</sup>.

Indicadores:

- Ingestión calórica, proteica, grasas, hidratos de carbono, fibra, vitaminas, minerales, hierro, calcio, sodio.
- IMC, hematocrito, albúmina; prealbúmina, transferrina; proteínas totales, valoración del estado inmunológico (linfocitos) y excreción de creatinina en orina/24h.

- Participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario y auto inicia conductas dirigidas hacia objetivos. .Evita alimentos y líquidos no permitidos en la dieta.
- Estrategias para cambiar los hábitos alimentarios.

### **PATRÓN 3: ELIMINACIÓN**

La paciente tiene problemas a la hora de la eliminación intestinal, dice que tiene cuadros de estreñimiento ocasional, comenta que normalmente hace 2-3 deposiciones semanales, no son dolorosas y la consistencia es más bien dura, niega el uso de laxantes.

Su patrón de eliminación urinaria se considera normal.

Actualmente, no presenta malestar a la hora de miccionar y no presenta problemas incontinencia urinaria. No presenta problemas cutáneos, la transpiración es normal, no olorosa. No tiene ningún tipo de herida ni drenaje exudativo.

Patrón eficaz, con un riesgo de estreñimiento.

#### **Diagnóstico de enfermería**

##### **Riesgo de estreñimiento**

De sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces relacionado con estrés emocional y malos hábitos alimenticios por la falta de ingesta adecuada de alimentos, fibra y líquidos. Se aconseja usar esta etiqueta únicamente cuando el riesgo tenga su origen en conductas impropias de la persona y que puedan ser modificadas.

##### **Factores de riesgo**

- Patrón de eliminación: frecuencia, cantidad, olor, aspecto y consistencia de las heces.
- Cambios en el estilo de vida o de salud: Cambios en los patrones habituales de alimentos y comidas.
- Dentición inadecuada.
- Cambios en la movilidad corporal y nivel de actividad diaria.

- Falta de intimidad.
- Debilidad de los músculos abdominales.
- Depresión y estrés emocional.
- Medicación: Abuso de laxantes y Antidepresivos.
- Recursos personales, familiares y sociales con que cuenta.

### **Cuidados enfermeros**

#### **Manejo del estreñimiento/impactación**

- Consensuar una dieta rica en residuos y fibra (25 a 30 gr. Puede incrementar la frecuencia de las deposiciones en los usuarios, y añadir fibra gradualmente porque un incremento brusco puede dar lugar a hinchazón y gas.
- Si no hay contraindicaciones aconsejar la toma de dos litros de agua.
- Revisar los hábitos diarios e incluir la hora de la defecación como parte de ellos; aconsejar programarla siempre a la misma hora, aprovechando el efecto gastrocólico.
- Aconsejar el uso de materiales de entretenimiento o distracción mientras está en el inodoro (revistas, crucigramas, etc.).
- Propiciar la intimidad durante las deposiciones (vigilando que no se provoque el vómito).
- Evitar los laxantes en la medida de lo posible. En algunos casos, aconsejar el uso de ablandadores de las heces.
- Si hay prescripción de reposo en cama dar suaves masajes abdominales.

#### **Educación sanitaria**

- Explicar efectos sobre la eliminación intestinal de la dieta rica en fibras, la ingesta de líquidos y el horario regular.
- Alimentos con alto contenido en residuos y fibra.
- Consecuencias de no responder sistemáticamente al reflejo de defecación.
- Forma de evitar la presión rectal.

- Técnicas de relajación para reducir o eliminar el estrés.

#### **Medio ambiente terapéutico**

- Discutir con la persona el alcance de su problema, sin sobrevalorarlo ni minimizarlo.
- Destacar las mejoras que se hayan podido producir y elogiar los esfuerzos.

**Criterios de resultado: NOC:** la persona mantendrá su patrón de defecación: Eliminación Intestinal.

Indicadores:

- Patrón de eliminación.
- Control de movimientos intestinales.
- Color de las heces.
- Cantidad de heces en relación a la dieta.
- Heces blandas y formadas.
- Facilidad de eliminación de las heces.
- Control de eliminación de las heces.
- Tono esfinteriano.
- Tono muscular para la evaluación fecal.
- Dolor con el paso de las heces.
- Abuso de ayuda para la eliminación.

#### **PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO**

La paciente se considera una persona independiente, a pesar de su ceguera ya que no tienen ningún tipo de dependencia tanto a nivel motor, porque responde a cualquier tipo de estímulo verbal, no verbal, físico, y por supuesto al dolor, aunque no es una persona que exprese mucho sus sentimientos, y en este aspecto se incluye también el dolor.

Nos dice que en ocasiones se encuentra algo cansada pero que ello no la impide para realizar las actividades de la vida diaria.

Respecto a los aspectos de sí misma relacionados con sus AVD, refiere como un problema el cuidarse de sí misma (señala que poder realizarlo sin dificultad le permitiría ser independiente y expresa: "Parece que sin ayuda o sin gente alrededor que le ayude no va a salir de su enfermedad), tener una rutina satisfactoria (refiere querer hacer cosas y que le gusten y no quedarse en casa siempre amargada sin poder disfrutar de la vida, hacer las actividades que le gustan, señala estar siempre tan cansada y desanimada que le lleva a no realizar las cosas que emprende y eso le hace perder amigos y estar siempre sola y amargada).

Su estado psicomotor es normal, realiza una hora diaria de ejercicio físico y no presenta ningún signo de dificultad respiratoria.

Patrón alterado.

#### **Diagnóstico de enfermería**

##### **Intolerancia a la actividad**

Nivel II. Anda aproximadamente 150 m. en terreno llano, sube un tramo de escaleras lentamente sin pararse. Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas: características definitorias: informes verbales de fatiga o debilidad.

Relacionada con debilidad generalizada, desequilibrio entre aportes y demandas.

Se manifiesta por malestar, debilidad.

##### **Factores etiológicos o relacionados**

- Interferencia en las actividades de la vida cotidiana.
- Repercusión en las relaciones personales, familiares, laborales y sociales.



- Estado músculo esquelético. Debilidad.
- Estado nutricional.
- Patrones habituales de sueño, reposo y actividad.
- Estado emocional.
- Equivalentes metabólicos consumidos en relación con las AVD.
- Consumo de drogas (alcohol, tabaco).
- Medicación prescrita.
- Recursos de los que dispone.

### **Cuidados enfermeros**

#### **Manejo de la energía. Terapia de actividad**

- Establecer conjuntamente objetivos realistas y desdoblar las metas en pasos pequeños y manejables.
- Elaborar conjuntamente un programa para el aumento gradual de la actividad física, siempre y cuando controlando el aporte nutricional para asegurar los recursos energéticos suficientes.
- Si se producen signos y síntomas de descompensación cardíaca, interrumpir la actividad de inmediato.
- Reforzar la importancia del reposo y el sueño, para ahorrar energía.
- Incluir a la pareja, y reforzar su participación siempre que sea posible.

#### **Educación sanitaria**

- Explicar factores que influyen en la tolerancia a la actividad.
- Estrategias para el control y mantenimiento de la energía.
- Signos y síntomas de fatiga.
- Importancia de llevar las actividades de forma progresiva para aumentar la tolerancia.

- Análisis de las actividades en términos de equivalentes metabólicos consumidos.

### **Medio ambiente terapéutico**

- Estimular la expresión de sentimientos sobre las limitaciones.
- Reconocer y elogiar los logros alcanzados y el esfuerzo realizado.
- Estimular a continuar con las acciones que se hayan mostrado eficaces.

**Criterios de resultado: NOC:** La paciente llevara a cabo las actividades de su vida diaria, sin un esfuerzo excesivo.

Explicará las causas de su intolerancia a la actividad, planificara formas alternativas de ahorro de energía para llevar a cabo las actividades de la vida diaria:  
Conservación de la energía:

Indicadores:

- Equilibrio entre actividad y descanso.
- Reconoce limitaciones de energía.
- Utiliza técnicas de conservación de energía.
- Adaptar el estilo de vida al nivel de energía.
- Mantener una nutrición adecuada, nivel de resistencia adecuado para la actividad.

### **PATRÓN 5: REPOSO Y SUEÑO**

La paciente no refiere insomnio, porque toma una benzodicepina antes de acostarse que le es efectiva; en algunas ocasiones le cuesta dormirse por su situación de ansiedad. Nos argumenta que tiene un horario más o menos fijo a la hora de acostarse y que se despierta alguna vez por la noche. No presenta ningún problema respiratorio que la puede impedir dormir.

Ella toma para conciliar el sueño.8 mg. de Clonacepam.

Patrón sin alteraciones.

## **PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO**

En el momento de la entrevista, ella se encuentra consciente, alerta y orientada en las tres esferas, (espacio, tiempo y persona). No presenta problemas de audición ni en el lenguaje, el contenido de los pensamientos que verbaliza es coherente. Actitud abordable y colaboradora, manteniendo el contacto ocular durante la entrevista. El afecto es apropiado, reactivo, eutímico. El discurso es lógico, coherente y bien dirigido, la paciente niega presencia de alucinaciones y no se objetiva ninguna.

La paciente se encuentra ansiosa e inquieta, no está agitada ni presenta irritabilidad, es reflexiva y capaz de resistir los impulsos.

Nos dice que tiene ánimo bajo, tristeza y muestra signos de apatía por la vida, refiere como un problema el no poder cuidarse de sí misma cree que sin ayuda o gente alrededor que la ayude no va a salir de su enfermedad. No se observa ideación ni planificación auto y/o heteroagresiva estructurada en el momento actual. A pesar de que tuvo un intento auto lítico en el pasado.

No sabe muy bien por qué le pasa esto, ella refiere que no la gustaría pensar así pero que no puede evitar restringir su ingesta alimenticia. La paciente tiene una buena conciencia de enfermedad ya que verbaliza a conciencia los problemas y sus consecuencias. Actualmente la paciente está en tratamiento con antidepresivos. No tiene problemas amnésicos.

Patrón alterado por su distorsión que tiene de la realidad de su imagen corporal.

### **Diagnóstico de enfermería**

#### **Trastorno de los procesos del pensamiento**

Interpretación incorrecta de la realidad, relacionado con la AN, y el deterioro de la nutrición, manifestado por pensamiento inadecuado no basado en la realidad, susceptibilidad y desconfianza.

#### **Factores etiológicos o relacionados**

- Edad y etapa del desarrollo de la persona.
- Percepción del problema.
- Acontecimientos recientes que pueden haber aumentado el nivel de estrés o alterado el bienestar psicosocial de la persona.
- Orientación en el tiempo, el espacio y las personas.

- Capacidad para, la conceptualización intelectual, comunicación verbal, valorar la situación, solucionar problemas cotidianos, llevar a cabo las AVD.
- Funcionamiento de los órganos de los sentidos.
- Labilidad emocional.
- Aspecto general.

### **Cuidados enfermeros**

#### **Confrontar con la realidad**

- Modificar el entorno, en la medida que sea necesario para mantener la seguridad, identificar y eliminar objetos potencialmente peligrosos en el entorno.
- Discutir la importancia de respetar la intimidad de la persona, pero manteniendo la vigilancia o control que requiere su seguridad (por ejemplo, acompañarla para ir al WC).
- Orientar al paciente y llamarle por su nombre; presentarse cada vez que se ponga en contacto con el y orientarle sobre la hora y día que es, el tiempo que hace, etc.
- Facilitar información sobre grupos de ayuda y discutir los beneficios de acudir a ellos.
- Establecer rutinas de cuidados predecibles, las rutinas fomentan sentimientos de seguridad.
- Ayudar al usuario a expresar las necesidades y pedir ayuda. Explicar que el personal no sabe automáticamente las necesidades y los deseos al usuario y que es aceptable preguntar.
- Dar apoyo y educación a la familia/pareja en los cuidados actuales y posteriormente en los cuidados al alta.

#### **Educación sanitaria**

Explicar técnicas de relajación, y habilidades para los cuidados.

### **Medio ambiente terapéutico**

- Estimular la libre expresión de sentimientos, emociones y temores tanto del usuario como la familia.
- Dar refuerzos positivos cuando la persona sea capaz de distinguir los pensamientos basados en la realidad de los que no lo son.

**Criterios de resultado: NOC:** La paciente identificara las situaciones o factores que favorecen la alteración de los procesos del pensamiento y diseñara estrategias para reducir los factores casuales o favorecedores: Autocontrol del pensamiento distorsionado:

Indicadores:

- Reconocer que tiene alucinaciones o ideas delirantes.
- Mantiene afecto compatible con su estado de ánimo.
- Interacciona con los demás de forma apropiada.
- Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente.
- Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico.
- Expone pensamiento basado en la realidad.
- Expone un contenido del pensamiento apropiado.
- Expone capacidad para adoptar ideas de los demás.

### **Deprivación sensorial: visual**

Relacionado con la recepción, transmisión, integración sensorial alterada, por una variación en la cantidad de los estímulos que percibe que se traduce en una reducción, distorsión o deterioro de la respuesta a los mismos No puedo actuar en este diagnóstico, porque no puedo cambiar la cantidad, ni la calidad de los estímulos visuales que perciben.

## PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN

Se encuentra emocionalmente afectada por su situación actual. La percepción que tiene de su imagen corporal es que ella se ve normal, algo delgada pero no en exceso. Se encuentra triste y sin ganas de realizar ni emprender nada. Su meta es acceder a un hospital de día especializado en TCA. Se muestra ansiosa e inquieta, sin agresividad.

Respecto a los aspectos de sí misma relacionados con sus AVD, refiere como un problema el cuidar de sí misma, refiere querer hacer cosas y que le gusten y no quedarse en casa siempre amargada sin poder disfrutar de la vida y hacer las actividades que le gustan (señala estar siempre tan cansada y desanimada que le lleva a no realizar las cosas que emprende) (ya descrito en el patrón 4).

Respecto a los aspectos relacionados con su entorno o su ambiente, refiere tener un gran problema en disponer de un lugar para vivir ella sola y poder cuidarse de sí misma sin ayuda, aunque su pareja actual le ayuda mucho.

Se considera una persona muy crítica y perfeccionista y no deja que la gente le ayude por ejemplo en el teatro, o en su actividad cotidiana, se quiere manejar ella sola.

Patrón alterado.

### Diagnóstico de enfermería

#### Trastorno de la imagen corporal

Relacionado con factores cognitivos o perceptuales y manifestado porque ve anormal su imagen corporal y relacionada con la concepción errónea sobre el aspecto real del cuerpo. Se desaconseja utilizarla cuando los problemas de ajuste de imagen mental se deban a trastornos psicopatológicos.

#### Baja autoestima crónica

Relacionada con la inseguridad en sí misma y manifestada por mala percepción en su imagen corporal y relacionada con expectativas repetidamente no satisfechas. Se desaconseja utilizarla cuando la pérdida de autoestima esté vinculada a un proceso psicopatológico, en cuyo caso deberá abordarse como un **problema de colaboración**.

#### Ansiedad

Anticipada Moderada. Aumento del nivel de alerta asociado con la percepción de una futura amenaza para el Yo.

Sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática; sentimientos de aprensión causado por la anticipación de un peligro (comer) relacionado con el estrés que le produce el comer y manifestado por nerviosismo, culpabilidad durante y en la situación post pandrial. Vive en un conflicto inconsciente sobre los valores y objetivos prioritarios de la vida, atravesando una crisis personal y/o situacional.

Se manifiesta conductualmente (agitación, nerviosismo, inquietud), afectivamente (arrepentimiento, irritación, angustia), fisiológicamente (su expresión facial refleja tensión, y estimulación del SNA; simpático o parasimpático) y cognitivas (bloqueo del pensamiento, reducción del campo perceptual, deterioro de la atención, la concentración, el aprendizaje y la solución de problemas).

También relacionado con pérdida del control por el consumo de drogas.

Características definitorias: inquietud, expresión de preocupaciones, irritabilidad, angustia, nerviosismo, incertidumbre, atención centrada en el Yo, sentimientos de inadecuación, inquietud.

#### **Factores etiológicos o relacionados**

- Consumo de alcohol y/o drogas.
- Cambios súbitos en el estilo de vida.
- Situaciones o personas que agravan la ansiedad.
- Enfermedad o tratamientos.

#### **Cuidados enfermeros**

##### **Disminución de la ansiedad**

- Ayudar a la persona a explicar los sentimientos que experimenta y las conductas que adopta frente a ellos.
- Proporcionar medios para escuchar música y proporcionar un entorno tranquilo, disminuyendo los signos fisiológicos de la ansiedad.
- Ayudar a buscar formas de canalizar la ansiedad, dedicando se a algún pasatiempo (jugar a las cartas, parchís, etc.).
- Utilizar técnicas de contacto terapéutico y de contacto curativo, como imposición de manos, que pueden ser una de las intervenciones enfermeras más útiles disponibles para reducir la ansiedad.

- Tomar medicación prescrita.
- Si la causa es su tratamiento (coger peso): explicar los cuidados y actividades programadas, así como las sensaciones que puede experimentar.
- Explicar las normas de funcionamiento de la unidad de hospitalización.
- Fomentar la participación en los cuidados de acuerdo con su capacidad y habilidad.

### **Educación sanitaria**

Explicar signos y síntomas de aumento de ansiedad, formas de interrumpir la progresión de la ansiedad.

### **Medioambiente terapéutico**

- Animar la expresión de sentimientos en un ambiente que no resulte amenazador.
- No minimizar la situación ni tratar de consolar a la persona con frases hechas o lugares comunes.
- Mantener una actitud imparcial, sin emitir opiniones ni juicios de valor sobre lo apropiado o no de la conducta de la persona.

**Criterios de resultado: NOC:** La paciente verbalizara la reducción de la ansiedad a niveles tolerables y manejables: Autocontrol de la ansiedad.

Indicadores:

- Monitoriza la intensidad de la ansiedad.
- Elimina precursores de la ansiedad.
- Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansiosa.
- Busca información para reducir la ansiedad.
- Planea estrategias para superar situaciones estresantes.
- Planifica estrategias de superación efectivas.
- Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.



- Refiere disminución de la duración de los episodios.
- Refiere incremento de la duración del tiempo entre episodios.
- Mantiene el desempeño del rol.
- Conserva las relaciones sociales.
- Mantiene la concentración.
- Refiere ausencias de distorsiones de la percepción sensitiva.
- Refiere dormir de forma adecuada.
- Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.
- Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.
- Controla la respuesta de ansiedad.

### **PATRÓN 8: ROL-RELACIONES**

Vive sola. Tiene pareja estable, mantiene una relación cordial con ella, aunque a veces tiene problemas a la hora de comunicarse porque según dice “no la entiende”. Actualmente, tiene incapacidad laboral, su último trabajo fue vendiendo cupones. Hace arte dramático en su tiempo libre; ha trabajado de hecho en dos películas; dice que se lleva bien con sus compañeros pero no tiene una amistad afianzada.

Refiere que tiene dificultades para mantener relaciones interpersonales en la proximidad, y señala que como está siempre tan cansada y desanimada, que esto le lleva a no realizar las cosas que emprende. En cuanto a su economía, cobra una pensión por su discapacidad sensorial.

#### **Diagnóstico de enfermería**

##### **Desempeño inefectivo del rol**

Relacionado con problema para cuidarse de sí misma manifestado por desánimo y soledad. Se desaconseja utilizarla cuando el trastorno se debe a una enfermedad física o mental, que imposibilita la ejecución de las tareas habituales del rol y la persona asume aquella parte que si puede desarrollar.

### **Aislamiento social**

Relacionado con conductas o valores sociales inaceptables (drogas y AN). Se aconseja utilizar este diagnóstico cuando la persona desea aumentar sus contactos sociales, porque no es capaz de mantener relaciones personales satisfactorias, y no es el caso de ella.

### **PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN**

Menarquia a los 12 años. Ahora baches amenorréicos, tratados con ACO.

Actualmente, está en tratamiento con anticonceptivos orales para regular sus ciclos menstruales, tiene pareja estable. Acude todos los años a sus revisiones ginecológicas, y refiere que tiene una actividad sexual saludable, aunque algunas veces se encuentra apática y cansada. Sus menstruaciones son regulares ayudada de los ACO y no ha presentado amenorrea.

No tiene hijos ni ha sufrido ningún aborto.

Patrón eficaz.

### **PATRÓN 10: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Es una persona que no se adapta muy bien a los cambios.

Para ella la situación de estrés más aguda durante el día es la hora de la comida, en la que se encuentra muy nerviosa, a ella le da igual la comida, el comer o no, no quiere comer porque luego no puede evitar sentirse culpable. Por la conducta restrictiva ya que hace referencia a ella. Vive con su pareja aunque refiere que el no sabe cómo ayudarla y se encuentra triste, decaída y sin ganas de hacer nada.

Patrón alterado.

### **Diagnóstico de enfermería**

#### **Deterioro a la adaptación**

Relacionado con su baja autoestima y manifestado por ansiedad, tristeza. Se desaconseja utilizar esta etiqueta cuando la persona demuestra repetidamente su incapacidad para adaptarse adecuadamente a los cambios en los que el problema debe ser diagnosticado por un profesional en salud mental.

### **Afrontamiento defensivo**

Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva. Sus características definitorias. Negación de los problemas o debilidades evidentes, falta de seguimiento o participación en la terapia o tratamiento y dificultar para percibir la realidad o contrastar sus percepciones con la realidad; relacionado con alteración psicológica, TCA: la persona como mecanismo de protección ante la percepción de una amenaza para su autoimagen, manifiesta de forma reiterada una falsa autoevaluación positiva, las conductas de la AN, es una manera de afrontar las situaciones estresantes; se manifiesta por la actitud de negación de los problemas, dificultad para establecer o mantener relaciones con los demás debido a su hipersensibilidad a los desaires o críticas; dificultad para observar la realidad tal como es o para compararla con sus percepciones.

### **Factores etiológicos o relacionados**

Percepción de amenaza para el Yo.

### **Cuidados enfermeros**

#### **Potenciación de la conciencia de sí mismo**

- Ayudar a analizar su conducta de forma realista, señalando con tacto y firmeza las posibles distorsiones de la realidad.
- Determinar conjuntamente los objetivos y expectativas personales, encaminándose hacia objetivos realistas.
- Si es preciso fijar límites al comportamiento verbal o físico.
- Implicar a la persona en el plan de cuidados y determinar conjuntamente que actividades pueden ayudarle a canalizar la energía física o emocional.
- Estimular la realización de actividades no competitivas de participación.
- Mantener estrecho contacto con los distintos miembros de la familia y del equipo de salud para evitar posibles manipulaciones de la persona.

### **Educación sanitaria**

Explicar formas adaptativas de manejar conflictos y del manejo del cansancio.

### **Medioambiente terapéutico**

- Estimular la libre expresión de sentimientos, pero sin permitir las agresiones verbales ni la ridiculización de las personas.
- Mostrar en todo momento una actitud imparcial sin emitir juicios de valor.
- En las interacciones, dejar claro que lo que se rechaza es la conducta, no la persona.

**Criterios de resultado: NOC:** Expresara una percepción realista de sí misma: Autoestima.

Indicadores:

- Verbalizaciones de autoaceptación.
- Aceptación de las propias limitaciones.
- Respeto por los demás.
- Nivel de confianza.
- Sentimientos sobre su propia persona.
- Descripción del Yo.
- Respeto por los demás.
- Comunicación abierta.
- Cumplimiento de los roles significativos personales.
- Mantenimiento del cuidado e higiene personal.
- Equilibrio entre participar y escuchar en grupos.
- Nivel de confianza.
- Aceptación de los cumplidos de los demás.
- Respuesta esperada por los demás.
- Aceptación de críticas constructivas.

- Voluntad para enfrentarse a los demás.
- Descripción de éxitos laborales o escolares.
- Descripción de éxitos en grupos sociales.
- Descripción de estar orgulloso.
- Sentimientos sobre su propia persona.

### **Negación ineficaz**

Relacionado con temor a las consecuencias de la terapia por el posible aumento de peso. La persona intenta consciente o inconsciente reducir la ansiedad o temor haciendo caso omiso de un acontecimiento lo que repercute negativamente en su salud. Se manifiesta por minimización de los síntomas, o no percepción de su importancia o del peligro que comportan, retraso en la búsqueda de atención sanitaria No lo describo porque la paciente si que admite la presencia del problema.

## **PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS**

No tenemos ningún dato objetivo para valorar este patrón.

La paciente nos comenta que esta bautizada, pero que no acude a la iglesia ni a ningún grupo religioso o de otro tipo. Sabe que tiene un problema y eso le da identidad, refiere que así es diferente a los demás y quiere resolver su bajo peso, y por eso ingresa, para que pueda acceder al Hospital de día de TCA que piden un IMC de 15 como mínimo para acceder pero se encuentra incapaz de realizarlo por sí misma.

Patrón ineficaz.

### **Diagnóstico de enfermería**

#### **Riesgo de sufrimiento espiritual**

Relacionado con su patología. Se desaconseja utilizarla cuando, sea cual sea la situación, la persona la haya aceptado y no le plantee dudas ni contradicciones con sus creencias y sus valores o caso de haberlas tenido, las haya resuelto de manera que le permitan vivir con paz espiritual.

## **Evaluación**

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores de los criterios de resultados de las intervenciones.

Los dos aspectos más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

El paciente ha alcanzado el resultado esperado. El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades. El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

### **Intervenciones derivadas del proceso diagnóstico de otros profesionales**

- Dar medicación pautada.
- Colaborar y coordinar con otros profesionales sanitarios y no sanitarios en el programa terapéutico, en lo precisen.

### **Intervenciones generales que se hacen con todos los pacientes hospitalizados**

- Documentación y registro.
- Comunicación.
- Consulta.
- Información a los otros turnos:
- Informe de incidencias.
- Intercambio de información de cuidados de salud.

- Transcripción de órdenes.
- Protección de datos del paciente.
- Protección de la intimidad del paciente.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Plaza Carvajal E, Vilches Saldaña M. Anorexia y bulimia: Intervención de enfermería. IASO. Rev Cient Colegio Enfermería Almería. 2003;10:7-12.
2. Anaya Cintas F. El sexo factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria. Enferm Clin. 2004;14(4):230-4.
3. Quiros Abajo E. Prevención de trastornos de la conducta alimentaria mediante una intervención enfermera a través de internet. Nure Investigación [Internet] 2008 [citado 2010 ene 15];32 . Disponible en: <http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/INV NURE/pdf.proyecto DUE Internet53200813189.pdf>
4. Rodríguez Marin I, Zagalaz Sanchez ML, Martínez Lopez E. Anorexia nerviosa y practica de ejercicio físico para perder peso. Actividad física y salud. Apunts. Educación física y deportes. 2005; 4º trim:12-18.
5. Lenoir M, Silver TJ. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes. Actualizacion. Arch Argent Pediatr. 2006;104(3):253-260.
6. Nieto García E, Casado Lollano A, García Pérez C, Pelaez Rodriguez L. Guia de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
7. Turon Gil V.J. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Barcelona: Masson;1997 .

### BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

8. Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de cuidados. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2006.
9. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía practica. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2006.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª d. Barcelona: Elsevier; 2005.
11. Ortiz de Zárate San Agustín A, Alonso Durana I, Ubis González A, Ruiz de Azúa Velasco MA. Patología dual. Barcelona: Elsevier Masson; 2009. (Guías de cuidados de enfermería en salud mental; 1).
12. Ortiz de Zárate San Agustín A, Alonso Durana I, Ubis González A, Ruiz de Azúa Velasco MA. Trastorno mental grave de larga evolución. Barcelona: Elsevier Masson; 2010. (Guías de cuidados de enfermería en salud mental; 2).
13. Ralph SS, Craft-Rosenberg M, Herdman TH, Lavin MA, editores. Nanda. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2004.
14. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
15. Díaz González RJ, Hidalgo Rodrigo I. Guía de programas y actuaciones protocolizadas en la práctica clínica psiquiátrica. Barcelona: Mosby; 2003.
16. Aranza JR, editor. Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central. 11ª ed. Madrid: Laboratorios Pfizer; 2009.
17. Canales MJ, Pachon ML, Pachon A, Galindo P, Moreno M, Puente P, et al. Vademecum Internacional 10. Primera guía farmacológica completa. Madrid: UBM Medica; 2010.



## ANEXO

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DIAGNÓSTICOS

Sexo	N	%
Hombres	50	6,71
Mujeres	695	93,28
<b>Edad</b>		
<12	13	1,74
12-16	153	20,53
17-21	247	33,15
22-26	158	21,20
27-31	75	10,06
32-36	44	5,90
37-41	28	3,75
<41	27	3,62
<b>Diagnóstico</b>		
ANR	219	29,40
ANP	100	13,40
BNNP	25	3,40
BNP	234	31,40
TCANE	167	22,40

ANR = anorexia nerviosa restrictiva; ANP = anorexia nerviosa purgativa; BNNP = bulimia nerviosa no purgativa; BNP = bulimia nerviosa purgativa; TCANE = trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

### DISTRIBUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Edad	Anorexia	Bulimia	TCANE	P
<12	6	0	7	<0,001
12-16	108	24	21	<0,001
17-21	107	92	48	<0,001
22-26	53	77	28	<0,001
27-31	22	32	21	<0,001
32-36	12	15	16	<0,01
37-41	8	10	10	NS
>41	2	9	16	0,001

NS = no significativo

Jauregui I. Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. Arch Latinoam Nutr [Internet] 2008 [citado 2011 en 10];58(3). Disponible en:  
[http://www.alanrevista.org/ediciones/20083/ejercicio\\_conducta\\_alimentaria\\_patologia.asp](http://www.alanrevista.org/ediciones/20083/ejercicio_conducta_alimentaria_patologia.asp)

**COMPLICACIONES BIOLÓGICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA**

	<b>Tipo restrictivo</b>	<b>Tipo compulsivo\purgativo*</b>
General	Desnutrición, emaciación, leucopenia	Desnutrición, emaciación desequilibrio electrolítico
Piel	Seca, amarillenta, lanugo	Signo de Russell (callosidades en dorso de las manos), edema periférico
Cavidad oral	Hipertrofia de glándulas salivales	Erosión del esmalte dental, caries; marcada hipertrofia parotídea
Ojos	Enoftalmos (niños)	Hemorragias conjuntivales; midriasis ante el abuso de sustancias
Cardíaca	Bradycardia, hipotensión, alteración de la contractibilidad cardíaca, prolapso de válvula mitral, prolongación del intervalo QT, muerte súbita	Pulso irregular, arritmias cardíacas, muerte súbita cardíaca, miocardiopatía (abuso del jarabe de ipecacuana) taquicardia e hipertensión (por abuso de sustancias)
Gastrointestinal	Retraso del vaciamiento gástrico, alteración de la motilidad intestinal, constipación, síndrome de la arteria mesentérica superior	Diarrea, melena, cólicos (abuso de laxantes), reflujo gastroesofágico, dolor precordial/ esofagitis, desgarros de Mallory-Weiss, hematemesis
Renal	Isostenuria, cálculos renales, enfermedad renal terminal	Seudo - síndrome de Batter, azoemia prerenal
Endocrina	Amenorrea hipotalámica, vaginitis atrófica, atrofia del tejido mamario, secreción inadecuada de la hormona antidiurética, retraso puberal	Periodos menstruales irregulares, hiperaldosteronismo secundario
Músculo esquelética	Pérdida del tejido magro, osteopenia, osteoporosis	Miocardiopatía, miopatía (abuso del jarabe de ipecacuana)
Neurológica	Hipervigilancia, hiperactividad, convulsiones (con intoxicación hídrica o síndrome de realimentación), síndrome cerebral orgánico, atrofia cerebral, letargo, estupor, coma, muerte por ayuno prolongado	Convulsiones (efedrina, anfetaminas)
Iatrogénica	Síndrome de realimentación, perforación gástrica aguda, neumonía aspirativa	
Comportamiento / Psiquiátrico	Inhibición, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, distimias, intentos de suicidio, suicidio.	

\*Los pacientes terminales pueden presentar fallo multiorganico

\*Estos síntomas se suman a aquellos observados en el tipo restrictivo

Lenoir Melissa, Silber Tomas J. Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1): criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2006 Jun [citado 2011 Ene 10];104(3): 253-260. Disponible en:[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752006000300011&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000300011&lng=es).

Recibido: 1 diciembre 2011.

Aceptado: 17 enero 2012.