CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

NURSING CARE IN EATING AND FEEDING DISORDERS

AUTOR: CARMEN PEÑALBA OLIVAS
DIRECTOR: JUAN F. BEJARANO RAMÍREZ

JUNIO 2018

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

INDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT.....4
2. INTRODUCCIÓN.....5
   2.1 Estado actual.....5
   2.2 Etiopatogenia.....5
3. OBJETIVOS.....6
4. METODOLOGÍA.....6
5. CAPÍTULO 1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....7
   5.1 Clasificación de los TCA.....7
      5.1.1 Anorexia Nerviosa.....7
      5.1.2 Bulimia Nerviosa.....8
      5.1.3 Trastorno por Atracón.....9
      5.1.4 Trastorno por evitación/restricción de la ingesta.....10
      5.1.5 Rumiación.....10
      5.1.6 Pica.....11
      5.1.7 Otro trastorno alimentario o de la ingesta de alimentos especificado.....11
      5.1.8 Otro trastorno alimentario o de la ingesta de alimentos no especificado.12
   5.2 Epidemiología.....12
      5.2.1 Epidemiología en España.....13
      5.2.2 Epidemiología en Cantabria.....14
   5.3 Diagnóstico.....15
   5.4 Tratamiento y evolución.....15
6. CAPÍTULO 2. PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO ENFOCADO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....16
   6.1 Diagnósticos de Enfermería por Patrones de Salud.....16
   6.2 Desarrollo del Plan de Cuidados según los Diagnósticos identificados.....17
7. CONCLUSIONES.....23
8. AGRADECIMIENTOS.....24
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....25
10. ANEXOS.....27

Trabajo de fin de Grado
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad de Cantabria

"Se puede vivir sin tratamientos, pero no se puede vivir sin cuidados".

Marie Françoise Collière

RESUMEN

Los trastornos de la alimentación (TCA) son un conjunto de enfermedades mentales que tienen en común un comportamiento obsesivo en torno a la comida y al control del peso. El origen de los mismos es multifactorial y tiene consecuencias negativas para la salud de la persona que los padece, tanto a nivel físico como mental. Constituyen un problema de salud mental complejo cuyo tratamiento es largo y requiere de un equipo terapéutico especializado.

Estudios demuestran que son cada vez más prevalentes en los países desarrollados o en vías de desarrollo debido al aumento de la incidencia y a la tendencia a la cronicidad de estas enfermedades[1].En Cantabria es un problema prevalente; siendo más frecuente la forma de Anorexia Nerviosa (AN).

Las enfermeras, cuya misión es proporcionar cuidados, atienden a estos pacientes centrándose en la esfera de lo emocional y psicológico, llevando a cabo diversas intervenciones de enfermería (NIC). Existen para ello planes de cuidados enfermeros estandarizados dirigidos a estos pacientes.

La musicoterapia, la educación para la salud y la relajación son intervenciones de enfermería básicas en el tratamiento multidisciplinar de los TCA en la Unidad de TCA (UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Palabras clave: Trastornos de la alimentación y de la ingestión de alimentos,Atención deEnfermería, Educación en Salud, Musicoterapia, Terapia por Relajación.

ABSTRACT

Eating disorders (EDs) are a group ofmental health diseases that have in common an obsessive behavior around food and weight control. Their origin is multifactorial and has negative consequences in the health of who suffers it, on a physical and mental level. They are a complex mental health problem which treatment is long-running and requires an specialized therapeutic team.

Studies show how they are becoming increasingly prevalent in developed and developing countries due to the increase in incidence and the chronic tendency that these diseases have[1]. In Cantabria it is a prevalent problem; being more frequent in the form of Anorexia Nervosa (AN).

Nurses, whose mission is to provide care, take care of this patients focusing in the emotional and psychological sphere; conducting diverse nursing interventions (NIC). For that purpose there are standardized care programs oriented to these patients.

Music therapy, health education and relaxation therapies areessential nursing interventions in the multidisciplinary treatment of EDs in the EDs Unit (UTCA) of the 'Hospital Universitario Marqués de Valdecilla' (HUMV).

Key words: Feeding and Eating Disorders, Nursing Care, Health Education, Music Therapy, Relaxation Therapy.

INTRODUCCIÓN

Estado actual

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (en adelante, denominados como TCA) son un problema importante de salud pública. Si bien la Anorexia Nerviosa (en adelante, AN) es el trastorno más conocido socialmente hoy en día, existen otros tipos de TCA sobre los cuales se hablará en este trabajo.

Estos trastornos han estado presentes desde hace tiempo a lo largo de la historia. Ya con Hipócrates, padre de la medicina, en su obra "Aforismos", describía cuerpos impuros que rechazaban cualquier tipo de alimento y se negaban a probar bocado alguno. En la Edad Media, su denominación cambió para ser conocida como la "santa anorexia" en la que rechazar el alimento era una cuestión de pureza. En esta época la enfermedad estaba ligada a la religión.

A finales del siglo XVII el Dr. Morton hacía referencia a la AN describiéndola como 'consunción nerviosa', describiendo el caso de una joven de 18 años que presentaba pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad; sin ninguna causa física para ello. En el siglo XVIII se hace la primera asociación de la "consunción nervosa" con la histeria, y en el siglo XVIX se describe como un subtipo la misma.

En el siglo XX Freud señala la ausencia de líbido a consecuencia de la inmadurez sexual de las enfermas como la causa de la falta de apetito. También lo relacionó con el masoquismo y el odio hacia la propia persona. En este contexto, y sin una denominación ni criterios diagnósticos establecidos el diagnóstico era difícil, y en ocasiones se achacaban a otros trastornos mentales más conocidos, como la esquizofrenia.

En 1979 Russel distinguió la AN y la BN como dos patologías diferenciadas, pero relacionabas entre sí, ambas englobadas bajo el término de TCA[2].

A lo largo de los la historia ha cambiado la denominación de la enfermedad, pero las conductas comunes en las personas enfermas se mantienen hasta nuestros días: rechazo a alimentarse, aumento del ejercicio físico, negativa de la enfermedad, y, en algunos, casos, los vómitos autoprovocados y otras conductas compensatorias.

Las personas que padecen AN se siguen viendo gordas pese a su acusada y evidente pérdida de peso. En el caso de la BN no es necesaria una pérdida ponderal, pudiendo encontrarse las pacientes en normopeso, bajopeso o sobrepeso; por lo que es un trastorno más fácil de ocultar que se vive con de vergüenza y culpa[3].

Etiopatogenia

Actualmente, la causa de los TCA es desconocida, se debe a múltiples factores. En la etiopatogenia distinguimos factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad, considerándose en la actualidad un trastorno multifactorial[4].

Por un lado, en cuanto a la genética, hace más vulnerable al sexo femenino y a personas con rasgos de personalidad tales como el perfeccionismo o la impulsividad[3].

Otros factores predisponentes de la personalidad son la baja autoestima, el pensamiento rígido e inflexible, la baja tolerancia a los cambios, el prestar excesiva atención a los detalles y los problemas para reconocer e identificar las propias emociones. No se sabe a ciencia cierta si estos factores son pre-existentes a la enfermedad o aparecen por ella[3].

La asociación de un tipo de familia concreto con el desarrollo de la enfermedad es controvertida. Pero es evidenciable que los factores familiares también influyen; son predisponentes para padecer un TCA la sobreprotección y la crítica excesiva de los padres, la mala relación entre los padres, la historia de antecedentes de TCA en miembros de la familia y los hábitos tóxicos de los padres (más frecuentemente del padre)[3].

Por todos los factores antes mencionados, el enfoque de tratamiento debe hacerse en distintos ámbitos y por un equipo multidisciplinar. Un enfoque multidistiplinar adecuado, y sobre el que se ha extraído mucha información para la realización de este para este TFGes el de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante, UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (en adelante, HUMV). Esta unidad cuenta con médicos psiquiatras, psicólogos, endocrino, trabajadora social, enfermeras, auxiliares de enfermería (en los casos de menores también colaboran las profesoras de aula hospitalaria y participan en las reuniones sobre el/la paciente).

Dentro de este equipo cabe resaltar la función del profesional de enfermería, que pasa mucho tiempo cuidando a los pacientes en la unidad. Las enfermeras llevan a cabo intervenciones de forma autónoma. Cabe resaltar los talleres de musicoterapia, relajación y educación para la salud.

Objetivos

Objetivos generales: Justificar la utilidad de la aplicación de las terapias en el tratamiento de los pacientes de TCA por parte del personal de Enfermería dentro del marco del plan de cuidados.

Objetivos Específicos:

Describir según los criterios actuales los Trastornos de la Conducta Alimentaria, su clasificación, causas, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Describir en qué consiste el papel asistencial de Enfermería en el cuidado de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria desde el punto de vista de las intervenciones enfermeras desarrollando un plan de cuidados estandarizado.

Metodología

Esta monografía se ha realizado a través de la búsqueda bibliográfica de artículos científicos, guías y libros en las bases de datos PubMed, Google académico, UCrea, Scielo.

La búsqueda se realizó a través de los siguientes términos descriptores DeCS y MeSH respectivamente: “Trastornos de la alimentación y de la ingestión de alimentos” – “Feeding and Eating Disorders”,“Cuidados deEnfermería” –“Nursing Care”, “Educación en Salud” – “Health Education”, “Musicoterapia” – “Music Therapy”, “Terapia por Relajación” – “Relaxation Therapy”; combinados con el operador booleano “AND”.

Se tuvieron en cuenta documentos en español e inglés. La falta de material bibliográfico supuso haber incluido algunos artículos fuera del rango de 5 años que asegura su vigencia. Así mismo se ha incluido material de fechas anteriores de autores que son pioneros en el tratamiento de los TCA en nuestro país.

De la bibliografía encontrada inicialmente hubo artículos excluidos por no tener acceso gratuito al texto completo o por no aportar información relevante, quedando después de realizar este cribado con los 24 documentos de los que me he nutrido para la realización de este TFG.

También ha sido una fuente inestimable de información y experiencia mi estancia en la UTCA del HUMV durante mis prácticas de Grado en Enfermería durante mi último año académico.

Descripción de los capítulos

Capítulo 1: Trastornos de la Conducta Alimentaria. Clasificación, criterios diagnósticos, epidemiología, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Capítulo 2: Plan de cuidados enfermeros enfocado en personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

CAPÍTULO 1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

¿QUÉ SON LOS TCA?

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de enfermedades mentales caracterizadas por una conducta alterada de la ingesta alimentaria y/o del control obsesivo del peso, que ocasionan problemas físicos o del funcionamiento psicosocial[3].

Las actuales clasificaciones incluyen la AN, la BN y otras categorías diferenciadas que en clasificaciones previas estaban englobadas como Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).

CLASIFICACIÓN

Anorexia Nerviosa

La Anorexia nerviosa (AN) es una enfermedad mental que consiste en un deseo extremo de estar delgada, un miedo intenso a engordar y una percepción distorsionada de la silueta corporal; acompañado de conductas destinadas a conseguir sus objetivos. Este estado de malnutrición grave conlleva unas consecuencias físicas como la descalcificación ósea, problemas cardiacos, estreñimiento, caída y fragilidad capilar, sensación de frío constante, etc.

Este cuadro suele acarrear consecuencias psicopatológicas como estados de ánimo depresivos, falta de motivación y entusiasmo, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, aislamiento social, pérdida del deseo sexual, alteraciones del sueño, obsesiones y / o rituales obsesivos alrededor de la comida. Estas alteraciones tienen un efecto negativo sobre las relaciones de la persona enferma con amigos y familiares en su vida diaria[5].

Según la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) para padecer esta enfermedad deben cumplirse una serie de criterios diagnósticos; las personas enfermas:

- Restringen de la ingesta de calorías por debajo de las necesidades, lo que las lleva a una situación de bajo peso de acuerdo a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física.
- Experimentan un miedo intenso a ganar peso o a engordar, por lo que llevan a cabo conductas de evitación encaminadas a no aumentar de peso incluso en situaciones muy evidentes de bajo peso.
- Tienen alterada en la forma en que perciben su propio peso y figura, teniéndola distorsionada hacia el sobrepeso. A la hora de evaluarse a ellas mismas le dan excesiva importancia al peso y la constitución. Además, es común que no reconozcan la gravedad de la situación de su bajo peso[6].

Se ha producido un cambio en la última actualización de estos criterios diagnósticos que establece que ya no necesitan presentar un peso inferior al 85% del peso normal para ser consideradas de padecer la enfermedad. También existía un criterio que requería la presencia de amenorrea, el cual ha sido desestimado puesto que no resultaba útil para el diagnóstico de varones ni de mujeres que se encuentren en tratamiento con terapias hormonal o sean prepuberales o menopáusicas.

Tenemos dos tipos de AN; en la de tipo restrictivo la persona pierde peso a través de dieta, ayuno y/o práctica de ejercicio excesivo. Para pertenecer a este grupo no debe de haber presentado episodios de atracones de comida (ingesta de comida abundante en un corto periodo de tiempo generalmente acompañada de la sensación de pérdida de control) o purgas (vómitos autoprovocados, uso de laxantes o diuréticos con fines adelgazantes) en los últimos tres meses.

En la AN tipo con atracones/purgas la persona sí ha presentado en últimos tres meses episodios recurrentes de atracones o purgas.

En el caso de la remisión de los síntomas, podemos especificar si se trata de remisión parcial; cuando el criterio de bajo peso no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero el miedo a engordar y la visión alterada de la propia figura y peso permanecen. Estamos ante una remisión total cuando no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Para especificar la gravedad de la AN se establece una relación en adultos con el índice de masa corporal (IMC) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en adolescentes y niños con el percentil del IMC. La gravedad puede aumentar reflejando el empeoramiento de los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión[6].

- Leve: IMC ≥ 17 kg/m2
- Moderado: IMC 16–16,99 kg/m2
- Grave: IMC 15–15,99 kg/m2
- Extremo: IMC < 15 kg/m2.

Bulimia Nerviosa

La Bulimia Nerviosa (BN) es un trastorno mental que se caracteriza por una ingesta voraz e incontrolada de comida (atracones, que suelen ser de comida dulce y alto valor calórico; y pueden producirse a cualquier hora del día pero son más comunes a media tarde y son desencadenados por dificultades con otras personas, alteración del humor, sensación de hambre intenso o pensamientos relacionados con el peso[5]) en cantidades superiores a las que una persona normal consumiría, en secreto y acompañado de un sentimiento de culpa que les lleva a realizar conductas compensatorias; que pueden ser en forma de purgas o exceso de ejercicio físico.

No es necesaria una alteración del peso, como en la AN, pero si comparten la excesiva preocupación por el peso y la figura. Este trastorno que se vive con culpa y vergüenza, por lo que las personas que lo padecen lo mantienen oculto y tienden a pedir ayuda cuando el problema está ya avanzado. La BN afecta especialmente al género femenino en un 0.4-3%[5].

Según el DSM-5 para padecer esta enfermedad debe cumplirse una serie de criterios diagnósticos; las personas enfermas:

- Llevan a cabo episodios de atracones recurrentes, que se caracterizan por la ingestión en un periodo determinado (cualquier tiempo hasta las dos horas), de una cantidad de alimentos que es mayor a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo

similar en circunstancias similares; y por la sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (no poder dejar de comer y/o controlar lo que se come o cuánto se come).

- Realizan conductas compensatorias indebidas recurrentes para evitar el aumento de peso derivado de los atracones, como son el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- Tienen estos episodios de atracón – conducta compensatoria al menos una vez a la semana durante tres meses.
- Ven influida negativamente la forma de percibirse por su constitución y peso corporal.
- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (diagnóstico diferencial de la AN de tipo purgativo).

Al igual que en la AN también ha habido cambios en los criterios diagnósticos de la BN con respecto a la versión anterior de los criterios según el DSM: se reduce la frecuencia requerida de los episodios bulímicos pasando de "dos a la semana en los últimos tres meses" a "un episodio a la semana en los pasados tres meses". Además se ha eliminado el subtipo "no purgativo"; por lo que, por definición, ahora todos los casos de BN serán purgativos.

La gravedad de la BN se basa en la frecuencia en la que se producen los comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad aumenta para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional[6].

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

Trastorno por Atracón

El trastorno por atracón (BED) es una enfermedad mental que consiste en que la persona tiene atracones pero no realiza conductas compensatorias (purgas, laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo), como ocurre en la BN (diagnóstico diferencial de la BN); por lo que generalmente suelen padecer sobrepeso u obesidad. Es habitual que estas personas presenten síntomas depresivos y que los episodios sean desencadenados por afectos negativos, restricciones previas en la dieta o aburrimiento[5].

Se trata de una categoría reconocida recientemente en el DSM-5, según el cual para padecer esta enfermedad deben cumplirse una serie de criterios diagnósticos; las personas enfermas:

- Tienen episodios recurrentes de atracones.
- Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes: Comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere y/o sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- Sienten malestar intenso respecto a los atracones.
- Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Epidemiológicamente se estima a los 12 meses una prevalencia del 1.6% en mujeres y un 0.8% en hombres, diferencia entre sexos menos acusada que en la AN y la BN[7].

Trastorno por restricción/evitación de la ingesta

El trastorno por restricción evitación de la ingesta es una enfermedad mental que se caracteriza por la falta de interés aparente por comer o alimentarse; la evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos y la preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer. Estos síntomas suponen que no se cumplan los requerimientos nutricionales que tiene la persona enferma.

Las consecuencias de estas conductas son pérdida ponderal significativa (en niños no alcanzar el peso o crecimiento esperado), déficit nutricional significativo, dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral y una interferencia importante en el las relaciones y funcionamiento psicosocial.

El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional[6].

Rumiación

La rumiación es una enfermedad mental que consiste en la regurgitación repetida de alimentos, los cuales pueden volverse a masticar se tragan o se escupen. Para diagnosticar este trastorno deben cumplirse los criterios diagnósticos especificados en el DSM-5: debe darse durante un período mínimo de un mes y la regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).

El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.

Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período de tiempo continuado puede decirse que está en remisión[6].

Pica

La pica es un trastorno mental que consiste en la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias (como yeso o arena). Suele ser más frecuente durante la infancia, especialmente en niños que sufren autismo o retraso mental.

Son criterios para el diagnóstico de la enfermedad según el DSM-5 que se produzca durante al menos un mes, que la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias sea inapropiada al grado de desarrollo del individuo y que ese comportamiento alimentario no forme parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

Cabe mencionar que si la pica se produce en el contexto de otro trastorno mental, al igual que ocurre en el caso de la rumiación, es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional[5].

Otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos especificado

Son considerados como otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado aquellas presentaciones en las que se identifican los síntomas característicos de un TCA concreto y que causan un efecto negativo clínicamente significativo o un deterioro en áreas de la persona enferma como la social o la laboral; pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos especificados para esa enfermedad.

Esta categoría se utiliza cuando el facultativo decide especificar el motivo por el cual no cumple esos criterios para ser considerada como ese TCA específico. Se cumplimentaría registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando esta designación son los siguientes:

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, salvo el peso, que pudiendo ser bajo no está en el rango designado.
2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes en ausencia de atracones.
5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos: Episodios conscientes, recordados y recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar y que causa malestar. Esta alteración no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales; ni por el trastorno por atracón u otro trastorno mental (incluido el consumo de sustancias). Tampoco se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto medicamentoso[6].

Otro trastorno alimentario o de la ingesta de alimentos no especificado

En esta categoría ocurre igual que en la anterior, que no se cumplen todos los criterios necesarios para diagnosticar otra categoría de TCA; sin embargo en esta el clínico no especifica el motivo. Se incluyen en esta categoría presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias)[6].

Existen otros trastornos informalmente denominados 'TCA de reciente aparición' que no están recogidos en el DSM-5 pero que han aparecido en nuestra sociedad. En este grupo se encuentra la vigorexia, también conocida como anorexia inversa o distrofia muscular; en la que la persona que la padece se obsesiona con tener la proporción de la mayor masa muscular magra posible y la menor de masa grasa. Para ello llevan dietas estrictas y entrenan muchas horas, en ocasiones hasta utilizan anabolizantes. Tienen una distorsión de la imagen corporal por la que pese a estar musculados, se ven pequeños y débiles[8].

La ortorexia también se encuentra dentro de ese grupo de 'TCA de reciente aparición' y pese a haber sido descrita por primera vez en 1997, ya es una enfermedad emergente en los países desarrollados. Consiste en una obsesión por comer sano y por la "correcta" composición de los alimentos. Pese a que se puede considerar como una preocupación sana al inicio, estas personas prefieren no comer si no es según los criterios que consideran apropiados (alimentos ecológicos, sin pesticidas, cocinados de una manera determinada, etc.) y acaban entrando en una espiral obsesivo-compulsiva que genera aislamiento social, sentimientos de insatisfacción e incluso un estado de desnutrición comparable al de una persona enferma de AN[9].

En cuanto al sobrepeso y la obesidad, a diferencia de la anorexia y la bulimia nerviosas; no se consideran trastornos mentales. Son trastornos provocados por el acúmulo de un exceso de grasa corporal debido al mantenimiento de una ingesta alimentaria cuyo valor calórico es superior a las necesidades de energía de la persona[3].

EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos de la conducta alimentaria se observan con frecuencia en el mundo occidental y desarrollado, habiéndose producido un aumento de su prevalencia en las últimas décadas[10].

En el aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria estarían involucrados, además de la mejoría en los procedimientos diagnósticos, el cambio en los valores estéticos de la sociedad, con un determinado culto al cuerpo y la influencia que los medios de comunicación puedan ejercer al relacionar la perfección corporal con éxito social, además de otros factores sociosanitarios[11].

En este contexto durante los últimos 40 años, los numerosos estudios epidemiológicos de carácter internacional y nacional han intentado estimar su incidencia y prevalencia. A pesar de estos esfuerzos, obtener datos concluyentes que reflejen su epidemiología no resulta sencillo, dado que las estimaciones varían según la población estudiada y los instrumentos de evaluación[1]. Además, la propia naturaleza de la enfermedad lleva a los pacientes a la negación y/u ocultación de la misma.

Teniendo en cuenta estas limitaciones los manuales como DSM-5 aceptan las cifras aportadas por distintas revisiones que estiman prevalencias en torno a 0,4% para la AN siendo 10 veces más frecuente en mujeres que en hombres. En el caso de la BN la prevalencia se calcula entre el 1 y el 1,5 % (Hoek 2006; Smink, van Hoeken et al. 2012) y la proporción de mujeres y de hombres se supone similar a la anorexia en 10 a 1 (Swanson, Crow et al. 2011). A pesar de que son pocos los estudios específicos para los TCANE, parece tratarse del trastorno más prevalente estimándose entre el 30-60% de los casos de TCA. Su prevalencia se calcula en torno al 3% (Fairburn and Cooper 2007; Machado, Machado et al. 2007) y, como ya se

comentó al hablar de los criterios diagnósticos, a partir de la publicación del DSM-5 el trastorno por atracón se clasifica por fin como categoría independiente considerando su prevalencia entre el 0,8 y el 1,6 % con una distribución por sexos similar a las otras categorías (Hudson, Hiripi et al. 2007)[1].

El perfil de paciente suele ser, mujer, en gran mayoría adolescentes y de nivel socioeconómico variado. Cada vez más a menudo aparecen casos de personas de mediana edad que debutan con un cuadro de anorexia o bulimia. En el extremo contrario, se diagnostica a niñas en edad prepuberal[3]. Actualmente los TCA son el primer problema de salud mental en adolescentes (20).

Epidemiología en España

En España comenzaron a publicarse estudios epidemiológicos sobre TCA a mediados de los 90 y los trabajos existentes sólo aluden a datos relativos a comunidades autónomas determinadas, no a población española general[1].En el estudio del Dr. Calvo Medel en su Tesis Doctoral 'Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España. Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada' en el que revisa los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los TCA[12].

Tabla 1. Estudios de prevalencia de los TCA en España. Extraída de Calvo Medel, 2012[12].

Autor	Muestra	Criterio	Resultado
Alvarez-Malé 2013	2142 ♀y ♂ 12-20 a	EAT-40 EDE	Riesgo TCA 27,4% (♀ 33% y ♂20,6%) TCA 4,11% (♀ 5,46% y ♂2,55%) AN 0,19% BN 0,57% TCANE 3,34%
Pamies, Quiles 2011 54,	2142 ♀y ♂ 13,9 a	EAT-40	Riesgo TCA 11,2% (♀ 7,79% y ♂3,34%)
Veses 2011	195 ♀y ♂ 13-18 a	SCOFF	Riesgo TCA ♀ 24,7% y ♂ 17,3%
Mateos 2010	1364 ♀y ♂ 12-17 a	EAT-40	Riesgo TCA 13,4%
* Ruiz-Lázaro 2010	701 ♀ y ♂ 12-13 a	EAT-26 SCAN	TCANE 0,7%
Jauregui 2009	318 ♀ y ♂ 12-18 a	EAT-40 SCOFF	Riesgo de TCA (SCOFF) 22,8% (EAT-40) 9,43%
Babio 2009	2967 12-18 a	EAT-40 Youth´s Inventory	Riesgo TCA 425/2967 14,32%
Sepúlveda 2008	2551♀ y ♂ 18 a 26 años	EDI BSQ SCL-90R SER	Riesgo TCA ♀ 20,8% y ♂ 14,9%
*Pelaez-Fernandez 2008	559 ♂ y ♀ 14 a 18 a	(1) EDE (2)EDE +EAT+i DSM-IV	TCA en (1) fase 6,2% y en (2) fase 3%
*Olesti Baiges 2008	551 ♂ y ♀ 12-21a	EAT, BAT, IMEC DSM-IV	AN 0,9% BN2,9% TCANE 5,3%
Gil García 2007	1667 ♀y ♂ 12 a	EAT-26	Riesgo TCA 11%
González 2007	2195 12-18 a	EAT-26	Riesgo TCA ♀11,8% y ♂4,6%
*Sancho 2007	1336 ♀y ♂ 11 a	CHEAT EAT DICA-A DICA-C BITE EDI	(DICA-C) TCA 3,44% (DICA-A) TCA 3,81%
*Pelaez-Fernandez 2007	1545 ♀ y ♂ 12-21 a	EAT-40 EDE-Q EDE	TCA 3,43% ♀ 5,34% (TCANE 2,72% BN 2,29% AN 0,33%) ♂ 0,64% (TCANE 0,48% BN 0,16%, AN 0%)
*Muro-Sans 2007	1155 ♀ y ♂ 10-17 a	EDI-2 EDI-12	♀ TCANE 2,31% ♂ TCANE 0,17%
*Arrufat 2006	2280 ♀ y ♂ 14-16 a	EAT-26 CDRS DICA-IV	♀ TCA 3,49% AN 0,35%, BN 0,44% TCANE 2,7% ♂ TCA 0,27% AN 0% BN 0,09% TCANE 0,18%
Vega-Alonso 2005	12-18 a	EAT-40	Riesgo TCA 7,8% (♀12,3% ♂3,2%)
*Lahortiga-Ramos 2005	2734 ♀ y ♂ 13-22 a	EAT-40 EDI DSM-IV	TCA 4,8% AN 0,3% BN 0,3% TCANE 4,2%
Gandarillas 2004 159	4334 ♀ y ♂ adolescentes	EDI GHQ28 DSM-IV	Riesgo TCA ♀ 15,3% ♂ 2,2% ♀ TCA 3,4% AN 0,6% BN 0,6% TCANE 2,1%
*Beato-Fdez 2004 148,	1076 ♀ y ♂ 13-15 a	GHQ28 EAT40 BITE BSQ SCAN	TCA ♀ 6,4% TCA ♂ 0,6%
*Imaz 2003	3434 ♀y ♂ 12-18 a	GHQ-28 EDI2 SCID	TCA ♀ 5,26% (0,8
Diaz-Benavente 2003	789 ♀ y ♂ 12-13 a	EAT-40 CIMEC26, FES	Riesgo TCA 8,8 TCA 3,3%
Paniagua 2003	2178 ♀ y ♂ 12-16 a	FRISC	Riesgo TCA 4,3%

Epidemiología en Cantabria

Durante las dos últimas décadas ha crecido el interés de la investigación en el desarrollo de estas patologías en todo el mundo, pero los trabajos en España son todavía escasos. En algunas comunidades autónomas entre las que se encuentra Cantabria, no existen estudios previos de prevalencia ni de factores de riesgo y todavía son más escasos los programas de prevención que hayan implementado una detección e intervención precoz[1].

Para solventar esta situación desde Mayo de 2010 se lleva a cabo en la UTCA el programa de detección temprana de nuevos casos en Cantabria (DETECTA)[13], distinguiendo entre menores de 25 años y mayores de 25 años, en el que se atienden los nuevos casos de TCA. Se excluyen, por tanto, de este programa los pacientes que acuden por recaídas. En cuyo caso se le deriva directamente al terapeuta que les haya tratado previamente en la Unidad.

Figura 1. Datos anuales primeras citas del Proyecto Detecta (2010)[14].

En 2014 se realizó un estudio de prevalencia de diagnósticos en los pacientes de la UTCA del HUMV. Observándose que en mujeres el 64% presentaba AN, el 27% BN y el 9% TCANE. En hombres 50% presentaban AN tipo restrictivo y el otro 50% TCANE. La muestra de edad fue de los 16 a los 25 años. También se observó una prevalencia más alta en mujeres que en hombres[15].

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de los TCA es principalmente clínico, según los criterios diagnósticos del DSM-5 y a través de una buena anamnesis, ya que la tendencia de estos enfermos es de ocultar y negar su enfermedad[16]. Las principales manifestaciones son alteraciones físicas, manifestaciones psicológicas y cambios en el comportamiento social[17].

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Las características de los TCA hacen necesario un abordaje multidisciplinar y de colaboración estrecha entre los profesionales del equipo terapéutico. Los pilares para el tratamiento son la rehabilitación nutricional, la psicoterapia y el tratamiento con psicofármacos[18].

El trabajo médico asistencial en la UTCA consiste en la derivación y divulgación de los servicios de la unidad, la terapia individual, la terapia familiar grupal, el programa de rehabilitación cognitiva, el programa de prevención de recaídas y la intervención con nuevas tecnologías. También se lleva a cabo en la unidad trabajo de investigación[14].

El tiempo estimado de remisión de la enfermedad es de 7 años en el caso de la AN, y de un 5-6 años en el resto de TCA[19]. Las tasas de remisión son del 39% a los 5 años y del 75% tras 15 años de enfermedad (Stoving, et al., 2011).

CAPÍTULO 2. PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO ENFOCADO EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

El Servicio Cántabro de Salud cuenta con una unidad específica para el tratamiento de los TCA desde hace más de 20 años, la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante, UTCA)[19]. Esta unidad se encuentra en la planta 0 de la Torre C del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (en adelante, HUMV), donde se localizan las consultas ambulatorias y el Hospital de Día (también conocido como Hospitalización Parcial, en adelante, HD). También se cuenta con 4 camas para los pacientes que requieran Hospitalización Total (en adelante, HT), en la segunda planta del Edificio 2 de Noviembre del HUMV en el área de Psiquiatría.

El personal de Enfermería de la UTCA gestiona de manera autónoma 3 grupos (Musicoterapia, Terapias de Relajación y Educación para la salud) con los pacientes pertenecientes a HD, y para los pacientes de HT que tengan permiso de su terapeuta de referencia (psicólogo o psiquiatra) para asistir.

La enfermería forma parte del equipo multidisciplinar de la UTCA que "ayuda a las personas con sus respuestas a los problemas de salud y procesos vitales" (NANDA 2009). Las enfermeras prestan cuidados a través del Proceso Enfermero, que es una forma dinámica y sistemática de prestar cuidados enfermeros eficaces y centrados en los resultados[20].

Un plan de cuidados estandarizado es, según Rosalinda Alfaro, "un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales." A continuación se desarrolla un modelo de plan de cuidados enfocado en personas con TCA, que se basa en planes de cuidados estandarizados para pacientes con TCA publicados[21,22,23].

Se parte de una valoración de enfermería según los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon con las alteraciones estándar que tendría un paciente de TCA. De la información recogida en la valoración se detectan los problemas enumerándolos según las etiquetas de la taxonomía diagnóstica NANDA, y las manifestaciones (en adelante, m/p) y características relacionadas (en adelante, r/c) que con más frecuencia se puedan presentar. En base a los Diagnósticos de Enfermería, se proponen las Intervenciones de Enfermería (NIC) y las Actividades que se van a llevar a cabo, adaptándolas a cada caso concreto. Durante el proceso y al final del mismo, se utilizará una escala de medida de Resultados validada, la clasificación NOC y sus indicadores para evaluar la intervención de Enfermería[24].

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA POR PATRONES DE SALUD

<u>Patrón 1: Percepción y mantenimiento de la salud</u>

00078 Gestión ineficaz de la propia salud

<u>Patrón 2: Nutricional metabólico</u>

00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades

00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal

00025 (Riesgo) Desequilibrio del volumen de líquidos

00045 Deterioro de la mucosa oral

00102 Déficit de autocuidado: Alimentación

Patrón 4: Actividad y ejercicio

00093 Fatiga

00011 Retraso en el crecimiento y el desarrollo

00199 Planificación ineficaz de las actividades

Patrón 5: Descanso sueño

00198 Trastorno del patrón del sueño

Patrón 6: Cognitivo perceptual

00126 Conocimientos deficientes

Patrón 7: Autopercepción autoconcepto

00124 Desesperanza

00119 Baja autoestima crónica

00118 Trastorno de la imagen corporal

Patrón 8: Rol relaciones

0052 Deterioro de la interacción social

00061 Cansancio del rol del cuidador

00140 Riesgo de violencia autodirigida

00150 Riesgo de suicidio

Patrón 9: Sexualidad

00065 Patrón sexual ineficaz

Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés

00069 Afrontamiento inefectivo

00079 Afrontamiento familiar comprometido

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO SEGÚN LOS DIAGNÓSTICOS IDENTIFICADOS (25)

Para el diagnóstico **Gestión ineficaz de la propia salud** [00078] r/c percepción de beneficios m/p decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud; se propone como objetivo la **Motivación** [1209] de la paciente a través del **Establecimiento de objetivos comunes** [4410]. Esto se lleva a cabo a través de ciertas actividades como que el paciente reconozca que tiene un problema. A la hora de establecer los objetivos junto con el paciente y sus familiares estos objetivos deben ser realistas, positivos, asequibles y en un tiempo en el que se puedan conseguir. Estos objetivos deben ser comunes con el equipo terapéutico y se

debe dar importancia también a la consecución de los objetivos cuando se cumplen parcialmente.

En el diagnóstico **Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades** [00002] r/c trastorno psicológico m/p aversión a los alimentos, nos proponemos varias Intervenciones dentro del Objetivo de mejorar el **Estado nutricional** [1004]. A través de la intervención del **Manejo de los trastornos de la alimentación** [1030] las enfermeras colaboran con otros miembros del equipo, con los pacientes, y con las familias para desarrollar el plan de tratamiento. Se habla con el paciente para establecer un peso adecuado como objetivo. A diario se habla con la dietista para ajustar la ingesta calórica establecida al menú y las excepciones que presente cada paciente. Se enseñan también los conceptos de una buena nutrición a los pacientes y a sus cuidadores, por separado y en grupos. A los pacientes se les pesa según la pauta establecida por su médico terapeuta y cada uno puede tener sus condiciones pactadas (en ropa interior, en camiseta, etc.); pero siempre tras evacuar y a la misma hora del día. La ingesta y eliminación de líquidos se controla, así como la de alimento calórico. Se establecen expectativas sobre conductas de alimentación adecuadas, de ingesta de comida/líquidos y la cantidad de actividad física, adecuadas a la etapa del proceso de enfermedad de cada paciente. En cuanto a las comidas se restringe la disponibilidad de comida fuera de horario y las comidas son programadas. Se observa a los pacientes durante y después de las comidas y se les acompaña al servicio. Si es necesario se limita la actividad física, en orden de promover la ganancia de peso. Las buenas conductas y los cambios positivos deben ser reconocidos y el progreso del paciente se debe comentar en equipo. También debe desarrollarse un "plan de vida" para el manejo cuando estén en sus casas.

Para el Objetivo del aumento del **Peso: masa corporal** [1006] se lleva a cabo la **Ayuda para ganar peso**[1240]. Se observa si hay náuseas y vómitos, en cuyo caso se administrarían medicamentos para reducir las náuseas y el dolor antes de comer. Se tienen en cuenta las preferencias alimentarias de los pacientes, a través de pactos se permiten ciertas excepciones de alimentos. El paciente debe estar sentado a la hora de comer. El ambiente durante la comida debe ser agradable y relajado (por ejemplo con música de fondo). Se debe proporcionar suplementos dietéticos, como los batidos hipercalóricos, cuando no cumplan los objetivos calóricos de la comida, en proporción. También se debe registrar el peso de los pacientes en una gráfica que esté fuera de su alcance.

En cuanto al Objetivo de **Conducta de cumplimiento dieta prescrita**[1622] se lleva a cabo la **Enseñanza: dieta prescrita**[5614] explicando el propósito del seguimiento de la dieta y sus beneficios para la salud y proporcionándoles las dietas por escrito incluyendo a la familia, si procede.

Si se da el **Déficit de autocuidado: Alimentación** [00102] r/c ansiedad, debilidad, disminución de la motivación y trastorno de la percepción m/p deterioro de la habilidad de comer por sí solo de manera aceptable. Debe realizarse la Intervención de **Ayuda con el autocuidado: alimentación** [1803], con el Objetivo **Autocuidados: comer** [0303]. Se tiene que disponer la bandeja y la mesa de forma atractiva y crear un ambiente agradable durante la hora de la comida. Hay que animar al paciente que coma en el comedor con los demás pacientes para promover la interacción social. Durante la comida hay que proporcionar indicaciones frecuentes bajo una atenta supervisión.

Los pacientes presentan **Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal** [00005] r/ c alteración de la tasa metabólica; nos planteamos el objetivo de la **Termorregulación** [0800] a través de la **Regulación de la temperatura** [3900]: se observa y registra si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia y se utilizan mantas y se proporciona un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal.

Tienen **Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos** [00025] r/c régimen terapéutico. El Objetivo es la **Hidratación** [0602], a través de la **Monitorización de líquidos** [4130] se determina si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., mareo, alteración del nivel de consciencia, aturdimiento, aprensión, irritabilidad, náuseas), se determina la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación, se lleva a cabo un balance hídrico y se monitoriza la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.

Si existe **Deterioro de la mucosa oral** [00045] r/c malnutrición m/p mal sabor de boca, malestar oral y/o lesión oral, se plantea el objetivo de **Salud bucal** [1100] y se realiza la Intervención de **Fomentar la salud bucal**[1720]monitorizando el estado de la boca del paciente (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes, encías, así como aparatos dentales y su ajuste) y determinando la rutina habitual de higiene dental del paciente si es necesario.

Frecuentemente los pacientes presentan **Fatiga** [00093] r/c acontecimiento vital negativo, ansiedad, depresión, estilo de vida no estimulante, factores ambientales, factores estresantes, malnutrición y pérdida de la condición física m/p apatía, desinterés por el entorno e introspección. El Objetivo es reducir el **Nivel de fatiga** [0007] con el **Manejo de la energía** [0180] animando a los pacientes a la verbalización de las sensaciones que experiementan sobre sus limitaciones y asegurando que la ingesta nutricional proporciona los recursos energéticos adecuados.

En el caso de los enfermos adolescentes o preadolescentes puede darse un **Retraso en el crecimiento y el desarrollo** [00111] r/c nutrición inadecuada. Con el Objetivo de cumplir el **Desarrollo infantil: adolescencia** [0109] se realizan actividades para **Fomentar el desarrollo: adolescentes** [8272] como crear una relación terapéutica de confianza con el adolescente y su familia, fomentar una dieta saludable, promover las relaciones sociales y las respuestas no violentas para la resolución de conflictos, fomentar la higiene y el arreglo personal. Se debe animar al adolescente a que se implique en las decisiones respecto a su estado de salud.

Para los problemas de **Planificación ineficaz de las actividades** [00199] r/c percepción no realista de las habilidades personales m/p ansiedad excesiva sobre la tarea a realizar y de **Afrontamiento inefectivo** [00069] r/c confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación m/p conducta destructiva sobre sí mismo y capacidad de resolución de problemas ineficiente; se plantea como Objetivo común la **Toma de decisiones** [0906] con la Intervención de **Mejorar el afrontamiento** [5320]. Se trata de ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo y a evaluar qué herramientas tiene para lograrlos, tratar de que el paciente valore los acontecimientos de forma objetiva y que no tome decisiones cuando se encuentre estresado. También se enseña a los pacientes cómo confrontar la ambivalencia (enfado o depresión) y se les da salidas constructivas a la hostilidad. También se valora la comprensión del paciente de su proceso de enfermedad y cómo se ajusta a los cambios que va sufriendo según varía su imagen corporal. Se ayuda a los pacientes a recurrir a las fuentes de apoyo que tienen disponibles.

En el caso de **Trastorno del patrón del sueño** [00198] r/c patrón de sueño no reparador m/p cambios en el patrón del sueño. El objetivo es conseguir el **Sueño** [0004] y, por tanto, la intervención es **Mejorar el sueño** [1850]. Para ello se registran las horas de sueño y se favorece el sueño a través del ambiente (ausencia de luz y ruido, temperatura agradable, cama y colchón cómodos). A su vez se procura que no se den situaciones estresantes antes de dormir.

Si los pacientes presentan **Conocimientos deficientes** [00126] r/c información errónea proporcionada por otros m/p no sigue completamente las instrucciones; lo que se quiere conseguir es **Conocimiento: proceso de enfermedad** [1803]. Se plantea la **Enseñanza: grupo** [5604] en un entorno que favorezca el aprendizaje. En la UTCA una vez a la semana se imparte una sesión de 60 minutos de educación para la salud. Se utilizan recursos audiovisuales como presentaciones de power point o prezi (hechos por el personal de enfermería) y videos. Las sesiones son sobre temas que los pacientes mismos proponen, ya que cuanto más interés les suscite el tema más atención mostrarán; y, por tanto, más éxito tendrá la sesión. Los pacientes insisten en que no sea sobre su enfermedad, dicen que ya lo tienen bastante consciente y que prefieren que sea sobre otros temas para distraerse. Se llevará a cabo la **Enseñanza: proceso de enfermedad** [5602] en distintas sesiones para explicar la fisiología y psico-patología de la enfermedad e identificar sus causas. También se les instruye sobre los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad y se les recuerda todos los recursos de apoyo que tienen a su disposición.

En cuanto al **Conocimiento: régimen prescrito** [1813], se realiza la **Enseñanza: medicamentos prescritos** [5616]. Se les informa sobre la dosis, vía de administración y duración estimada del tratamiento así como de sus efectos.

Cuando los pacientes sufren **Ansiedad** r/c crisis situacional m/p angustia [00146] el Objetivo es el **Autocontrol de la ansiedad** [1402]. Se les brinda **Apoyo emocional** [5720], que en ocasiones simplemente supone permanecer con la persona con los periodos de más ansiedad para proporcionarles compañía y seguridad y favorecer que expresen sus sentimientos verbalmente o a través del llanto para disminuir esa respuesta emocional. En estas situaciones también puede resultar de utilidad que su familia les acompañe. Durante este proceso de ansiedad se realiza un **Control del estado de ánimo** [5330] en el que se evalúa su estado de ánimo inicial y cómo va progresando, haciendo partícipe al paciente de estos cambios a través de la autoevaluación del mismo.

Otra forma de combatir la ansiedad es a través de la **Terapia de relajación** [6040]. En la UTCA se lleva a cabo una vez a la semana una sesión de 45 minutos de terapias de relajación, como las visualizaciones guiadas. Se colocan esterillas en el suelo, se apaga la luz y se pone música relajante del tópico que corresponda (p.ej., si es una visualización sobre un bosque se pone música del sonido del viento, los pájaros cantando, etc.). Y la enfermera lee pausadamente et texto de la visualización. Con esto se consigue que al menos por el tiempo que dura el ejercicio estén en reposo, sin hacer los movimientos constantes característicos de estos pacientes; y se consigue que se evadan de sus problemas y de la constante conciencia de su propio cuerpo.

Los pacientes pueden sentir en ocasiones **Desesperanza** [00124] r/c aislamiento social y estrés crónico m/p clases verbales pesimistas (p.ej., “no puedo”).El Objetivo es que tengan **Esperanza** [1201] y una de las Intervenciones que pueden lograrlo es la **Musicoterapia** [4400]. En la UTCA se realiza una sesión de 15 minutos a la semana de Musicoterapia en la que se escucha en grupo una canción y posteriormente se analiza la letra en conjunto. La canción debe ser preferiblemente en español, para la mejor comprensión de todos los participantes. Es imprescindible que la canción tenga un mensaje positivo, de superación. Tras escucharla, se reparte a cada persona una hoja con la letra. Y cada uno expresa qué es lo que le ha transmitido o comenta alguna frase; y cómo lo puede aplicar a su situación personal. La lectura que yo hago de este ejercicio es que a veces es más fácil expresarse a través de frases que han dicho otros; o, en este caso, de canciones.

Los pacientes frecuentemente padecen **Baja autoestima crónica** [00119] r/c enfermedad psiquiátrica m/p subestima su habilidad para gestionar la situación. El Objetivo es aumentar su **Autoestima** [1205] a través de la **Potenciación de la autoestima** [5400] animando al paciente a identificar sus puntos fuertes y absteniéndose de realizar críticas negativas. Es recomendable que realicen autoafirmaciones positivas a diario. Resulta positivo que los progresos que lleven a cabo en la consecución de objetivos sean reconocidos y alabados por parte de los profesionales.

Es característico en pacientes con TCA el **Trastorno de la imagen corporal** [00118] r/c alteración de la autopercepción y enfermedad m/p alteración de la visión del propio cuerpo. El Objetivo es conseguir una buena **Imagen corporal** [1200] con la Intervención **Mejora de la imagen corporal** [5220]. Se puede explorarla percepción de su imagen corporal a través del dibujo de sí mismo y determinar sus expectativas corporales, ayudando a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas. Se puede medir la frecuencia con la que expresan frases sobre su forma corporal y peso, reevaluándolo. También se debe ayudar a que separen el aspecto físico del valor de su persona.

Puede producirse un **Deterioro de la interacción social** [00052] r/c baja autoestima situacional y trastorno del auto-concepto m/p déficit de actividades recreativas, interacción social ineficaz, interacción disfuncional con los compañeros, familiares y amigos y pensamientos o ideas de muerte. Se propone el objetivo de la **Implicación social** [1503] a través de la **Potenciación de la socialización** [5100]. Se fomenta la participación de los pacientes en actividades, ya sean familiares, sociales o comunitarias. Se puede sugerir que busquen hobbies o actividades completamente nuevos y que evalúen los puntos fuertes y débiles de su círculo actual de relaciones. Su participación en los grupos de apoyo y en las terapias de grupo son fundamentales como parte del tratamiento.

La enfermedad afecta al paciente y a su entorno más próximo, su familia. Por lo que pueden darse situaciones de **Afrontamiento familiar comprometido** [00079] r/c conocimientos inadecuados, manejo inefectivo de los cuidados y agotamiento m/p conducta desproporcionada familiar, temor, impotencia del/de la cuidador/a principal, preocupación ante la enfermedad y sentimientos de culpa. El objetivo en estos casos es el de **Afrontamiento de los problemas de la familia** [2600] y para ello se debe **Fomentar la implicación familiar** [7110], observando la estructura familiar y explorando las expectativas de cada miembro de la familia animándoles a participar en los cuidados. Hay que descubrir y evaluar los mecanismos de afrontamiento de la familia, enseñando y consensuando cambios si fuesen necesarios; siempre desde el respeto. Se debe dar **Apoyo a la familia** [7140] en una relación de confianza escuchando sus sentimientos, inquietudes y preguntas; ofreciendo esperanzas realistas.

En relación a la situación anteriormente descrita puede darse el **Cansancio del rol del cuidador** [00061]; en cuyo caso el Objetivo es la mejora de la **Relación entre el cuidador principal y el paciente** [2204] a través del **Apoyo a la persona cuidadora principal** [7040]. Hay que determinar el nivel de conocimientos del cuidador y el nivel de aceptación de su rol, aceptar las expresiones de emociones negativas y reforzar los esfuerzos que realiza; vigilando el estrés, enseñándole a establecer límites y estrategias para mantener su propia salud física y mental. Se debe informar al cuidador sobre los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios; así como de los grupos de apoyo.

Si existe el **Riesgo de violencia autodirigida** [00140] r/c problemas de salud mental, se debe proponer el Objetivo del **Autocontrol de la mutilación** [1604] a través de la **Vigilancia de la piel**[3590] (observando la piel y valorando el estado de la zona de la lesión si se produjese) y del **Manejo de la conducta: autolesión** [4354]. Determinar el motivo/razón de la(s) conducta(s). Se deben retirar los objetos peligrosos del entorno y alcance del paciente y

mantenerle bajo una vigilancia continua. Se deben intentar evitar las situaciones desencadenantes de estos episodios y ayudar al paciente a identificar los factores que los provocan; así como otras estrategias de afrontamiento no lesivas. Animar al paciente a hablar con el personal o con sus cuidadores cuando surja el impulso de autolesionarse, y si es necesario llegar a tratos o pactos para que no se autolesione. La actitud al tratar con el paciente en estas situaciones debe ser serena y no punitiva. Se les puede trasladar a un entorno más protector como zonas de restricción y aislamiento. Se debe analizar si los impulsos de autolesión podrían progresar a pensamientos o tentativas de suicidio. En caso de que fuese necesario se administrarán medicamentos según pauta para disminuir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y disminuir la autoestimulación.

Si existe **Riesgo de suicidio** [00150] r/c enfermedad psiquiátrica, el Objetivo es el **Autocontrol del impulso suicida** [1408] y la Intervención la **Prevención del suicidio** [6340]. Se debe determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio, y si el paciente dispone de los medios necesarios para llevar adelante el plan de suicidio. Hay que relacionarse con el paciente frecuentemente para que pueda expresar sus sentimientos y ofrecerse para hablar cuando tenga pensamientos de esa índole. Los cuidadores deben ser conocedores de este riesgo y de las medidas básicas de seguridad. Debe administrarse al paciente la medicación que proceda según pauta, pero debe hacerse sin que puedan almacenar las mismas hasta dosis letales.

Si los pacientes presentan un **Patrón sexual ineficaz** [00065] r/c conflicto m/p alteración de las relaciones con personas significativas, el Objetivo es que tomen **Conciencia de uno mismo** [1215]. Les podemos ofrecer **Asesoramiento sexual** [5248], para lo cual la relación terapéutica debe contar con confianza y respeto, proporcionándoles intimidad y confidencialidad. Se explica al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual. Ante las preguntas indicar al paciente que muchas personas experimentas dificultades en este ámbito.

CONCLUSIONES

- Los TCA son un problema cuya prevalencia tiende a la alza, y cuya detección precoz es fundamental, ya que es clave para el éxito del tratamiento.
- Es necesaria la existencia de unidades específicas de TCA que puedan atender a este perfil de pacientes tan diferente al conjunto de Psiquiatría.
- El desarrollo de planes de cuidados de enfermería estandarizados para pacientes con TCA asegura una buena base para proporcionar unos cuidados de calidad.
- Las terapias de enfermería innovadoras como la musicoterapia, terapias de relajación y sesiones de educación para la salud son una intervención eficaz que rompe con la monotonía y apatía de los pacientes ingresados en una unidad de TCA.

AGRACEDIMIENTOS

Agradecer a las personas que han aportado su granito de arena para la realización de este Trabajo de Fin de Grado: a mi director, Juan F. Bejarano, por su paciencia y compresión; al personal de la UTCA del HUMV por acogerme como una más del equipo, por confiar en mí y por enseñarme tanto; y a mi Tía Llanos, sin el apoyo de la cual esto no habría sido posible. Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Gómez J. Estudio controlado de factores de riesgo y variables. Clínica asociada al desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en una muestra de primeros episodios de la comunidad de Cantabria. [Tesis doctoral]. Santander: Departamento de Medicina y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria; 2016. [Fecha de acceso 15 Feb 2018]. Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8434/Tesis%20JGG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Fernández Hernández AM. Historia de la Anorexia Nerviosa. MoleQla 2015;20:15-17. [fecha acceso 2 Ene 2018]. Disponible en: https://www.upo.es/moleqla/export/sites/moleqla/documentos/Numero20/Destacado-2.pdf
3. Gómez del Barrio A et al. Guía de Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Cantabria: Consejería de sanidad y servicios sociales, Gobierno de Cantabria; 2012. [Fecha de acceso 25 Dic 2017]. Disponible en: http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf
4. Muñoz Calvo MT. Trastornos del comportamiento alimentario. En: López Siguero JP, editor. Protocolos de Endocrinología. Madrid: Exlibris; 2011. p. 255-267.
5. Associació contra l'Anorèxia i la Bulimia. [web] Barcelona. Disponible en: http://www.acab.org/
6. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
7. García Palacios A. El trastorno por atracón en el DSM-V. C. Med. Psicosom. 2014. 110, 70-74. [Fecha de acceso 12 Mar 2018]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803021.pdf
8. Haro Lorente JM. Revisión bibliográfica de trastornos de la conducta alimentaria de reciente aparición. Rev Paraninfo Digital. 2014; 20. [Fecha de acceso 12 Mar 2018]. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n20/203.php
9. Bonet R, Garrote A. Ortorexia. Farmacia Profesional. 2016. 30 (1) ,23-25. [Fecha de acceso 12 Mar 2018]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-ortorexia-X0213932416474614
10. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. Pediatr Integral 1997; 2: 243-60.
11. Guerro-Prado D, Barjau Romero JM, Chinchilla Moreno A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. Actas Esp Psiquiatr 2001; 29: 403-410.
12. Calvo Medel D. Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España. Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada [en línea]. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza.; 2012. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/9900/files/TESIS-2012-135.pdf
13. Servicio de Psiquiatría. Itinerario formativo especialidad psiquiatría. Santander: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2015: pag. 11. Disponible en: http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1786
14. Gómez del Barrio et al. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Desarrollo de un programa de intervención en las fases tempranas de la enfermedad e implementación de nuevas estrategias terapéuticas. Santander: Somos Valdecilla, Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria. [Fecha de acceso: 12 Abr 2018]. Disponible en: http://www.somosvaldecilla.com/web/video-formacion-online-valdecilla/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-desarrollo-de-un-programa-de-intervencion-en-las-fases-

tempranas-de-la-enfermedad-e-implementacion-de-nuevas-estrategias-terapeuticas.html

15. Servicio de Psiquiatría. Itinerario formativo especialidad psiquiatría. Santander: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; 2015: pag. 11. Disponible en: http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1786
16. Gaete MV, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte I. Epidemiología, clasificación y evaluación inicial. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2012; 23(5): [aprox. 13 p.]. [Fecha de acceso: 23 Abr 2018]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703516
17. Huertas Sánchez D, Núñez Lloveres MA, Ferrero Turrión M. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Lorenzo García L, editor. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Ars Media; 2004. p. 107-123.
18. Gaete MV, López C, Matamala M. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2012; 23(5): [aprox. 12 p.]. [Fecha de acceso: 23 Abr 2018]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703528
19. González Gómez J et al. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. Cantabria: Rev Med Valdecilla. 2017; 2(1): 14. [Fecha de acceso: 12 Abr 2018].Disponible en: http://www.humv.es/revista-valdecilla/2_1/Trastorno_conducta_alimentaria.pdf
20. Blanco C et al. Tema 02: Proceso Enfermero. Cantabria: E.U.E Casa de Salud Valdecilla, Universidad de Cantabria; 2014/2015.
21. Arana IR et al. Plan de Cuidados de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Almería: Agencia Pública Sanitaria Poniente, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Plan Revisado 12/04/2012. Disponible en: http://www.ephpo.es/Procesos/Planes_Cuidados_Estandarizados_Procesos/Plan%20de%20Cuidados%20Trastorno%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria.pdf
22. Fajardo D, Pardilla A, Ruiz F. Plan estandarizado para pacientes con TCA ingresados en una Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Madrid: Hospital Doctor R. Lafora. [Fecha de acceso 20 Abr 2018]. Disponible en: http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/64cc12ee-0e5d-4ae2-9138-8263a66b8ab2/7cc6adfe-27f6-4046-80fe-ec113f1c2c72/Plan_pacientes_tca_rodriguez_lafora.pdf
23. Suarez A, Castro ME. Adolescencia y Trastornos de la conducta alimentaria: abordaje enfermero desde el hospital de día. Rev Enferm Salud Ment. 2017; 8: 39-45. [Fecha de acceso: 23 Abr 2018]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6152282
24. NNNConsult. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. Elsevier España; 2013. Disponible en: https://vpnuc.unican.es/,DanaInfo=www.nnnconsult.com

ANEXOS

Anexo 1: Horario del HD de la UTCA

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Hasta 9:00	Actividades enfermería	Actividades enfermería	Actividades enfermería	Actividades enfermería	Actividades enfermería
9:00-09:30	Desayuno (con Auxiliar)	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
Hasta 10:00	Reposo / Consultas → (Max. 20)	Reposo / Consultas	Reposo / Consultas	Reposo / Consultas	Reposo / Consultas
10:15-10:45	BUENOS DIAS-MONICA	BUENOS DIAS-GABI	BUENOS DIAS-GABI	BUENOS DIAS-GABI	BUENOS DIAS-GABI
10:45-11:00	Baños / Vaso de agua	Baños / Vaso de agua	Baños / Vaso de agua	Baños / Vaso de agua	Baños / Vaso de agua
11:15-12:30	**ENFERMERIA** (G) Relajación-Musicoterapia	**GABRIEL** (C. JJ) Pscicoescritura	**GABRIEL** Grupo Cognitivo / **CONSULTA ENDOCRINO**	**ANDRÉS**	**GABRIEL** Habilidades Sociales (**)
12:30-13:00	Recepción / Consultas	Recepción / Consultas	Recepción /Consultas	Recepción / Consultas	Recepción / Consultas
13:00-13.45	Comida (Max 40 min)	Comida	Comida	Comida	Comida
13.45-14:30	Reposo/Actividades recreativas **AUX. ENFERM.**	Reposo/Actividades recreativas **AUX. ENFERM.**	Reposo/Actividades recreativas **AUX. ENFERM.** / **13:30-15 REUNION SEMANAL PACIENTES**	Reposo/Actividades recreativas **AUX. ENFERM.** / **MULTITERAPEUTA** Grupo multifamiliar 14:00-15:00	Reposo/Actividades recreativas **AUX. ENFERM.**
14:30-15:00	**PILAR** Fin de semana 14:30-15 / Baño / Consultas *Cambio turno enfermería*	Baño / Consultas *Cambio turno enfermería*	Baño *Cambio turno*	Baño *Cambio turno*	Baño *Cambio turno enfermería* / **ANDRÉS** Fin de semana 14:30-15
	T	**A**	**R**	**D**	**E**
15:00-16:00	***SIESTA*** (1 A)	***SIESTA***	***SIESTA***	***SIESTA***	***SIESTA***
16:00	Baños. Vaso de agua opcional	Baños. Vaso de agua opcional	Baños. Vaso de agua opcional	Baños. Vaso de agua opcional	Baños. Vaso de agua opcional
16:00-17:00	**GABRIEL** Imagen corporal	**ENFERMERIA** (G) Educación para la Salud	**ANDRES** Psicopintura	**GABRIEL** Mindfulness	**ENFERMERIA** (G) Multiterapia grupal
17:00-17:20	Merienda (Max 20 min)	Merienda	Merienda	Merienda	Merienda
17:20-18:00 18:00-19:30	Reposo Salidas/T.libre / **GABRIEL** 18:00-19:30 Grupo cuidadores	Reposo Salidas/T. Libre → Padres.	Reposo Salidas/T. libre / **ANDRES** 18:00-19:30 Grupo cuidadores	Reposo Salidas/T. libre	Reposo Salidas/T. libre
19:30-20:00	Recepción / Baños	Recepción / Baños	Recepción / Baños	Recepción / Baños	Recepción / Baños
20:00	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena
21:15	Despedida/Subida a planta.	Despedida/Subida a planta	Despedida/Subida a planta.	Despedida/Subida a planta.	Despedida/Subida a planta.
21:15-21:30	Actividades enfermería	Actividades enfermería	Actividades enfermería	Actividades enfermería	Actividades enfermería
(**) PRIMER VIERNES DE MES, ACTIVIDADES SUSPENDIDAS DE 11:30 A 12:45 **(REUNION DE EQUIPO)**					