



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados individualizado: Paciente con bulimia nerviosa.

Autora:

Marta Mateo Casanova

Directora:

Carmen Tosat Mancho

Año:

2022/23

INDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCION.....	5
2.1. BULIMIA NERVIOSA.....	5
2.1.1. DEFINICION Y EPIDEMIOLOGIA.....	5
2.1.2 CRITERIOS DIAGNOSTICO.....	6
2.1.3 ETIOPATOGENIA.....	6
2.1.4 COMPLICACIONES.....	7
2.1.5 TRATAMIENTO	8
3. OBJETIVOS.....	9
4. METODOLOGIA.....	9
5. DESARROLLO.	10
5.1. VALORACION FISICA.....	10
5.2. CASO CLINICO	11
5.3. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	12
5.4 ANALISIS E INTERPRETRACION DE LOS DATOS.	14
5.5 PLAN DE CUIDADOS	15
5.5.1 DIAGNÓSTICOS DE INDEPENDENCIA	15
5.5.2 OTROS NIC.	25
5.6 PLANIFICACIÓN	27
5.7 EVALUACIÓN.....	27
5.7.1 EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES	28
6.CONCLUSIONES	31
7.BIBLIOGRAFIA	32
8.ANEXOS	35
ANEXO 1	35
ANEXO 2:	36
ANEXO 3.	38
ANEXO 4.	39
ANEXO 5	40

1. RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son graves trastornos psicosociales afectando sobre todo a la población joven en especial al sexo femenino, la BN es uno de los más prevalentes. Se caracteriza por producirse ingestas de grandes cantidades de alimentos sin control dando lugar a conductas compensatorias como purgas, ayuno u ejercicio físico intenso. Las personas que padecen bulimia nerviosa suelen tener varias comorbilidades psicológicas asociadas, así como una baja autoestima con una necesidad de aceptación por los demás y rechazo hacia sí mismo. Es importante que se lleve a cabo un diagnóstico precoz para disminuir el riesgo de complicaciones futuras y un tratamiento formado por un equipo multidisciplinar.

Objetivos: Realizar un plan de cuidados individualizado en un paciente con bulimia nerviosa siguiendo el modelo de Virginia Henderson y la terminología NANDA, NOC, NIC

Metodología: La elaboración de este trabajo ha sido mediante búsquedas bibliográficas sobre los cuidados en paciente con bulimia nerviosa. La elaboración del plan de cuidados ha sido mediante el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Conclusiones: Las intervenciones centradas en establecer hábitos normales alimentarios, supresión de conductas compensatorias y restrictivas, así como la terapia de restructuración cognitiva y la relajación muscular progresiva de Jacobson han resultado satisfactorias, consiguiendo los objetivos planteados al inicio. Es de importancia la cooperación de los familiares a lo largo de todo el tratamiento, ya que facilitara una evolución positiva y les proporcionara mayor conocimiento acerca del TCA.

Palabras claves: “TCA” “bulimia nerviosa”, “enfermería” “cuidados”, “tratamiento”.

ABSTRACT.

Introduction: Eating disorders (TCA) are serious psychosocial disorders produced especially in the young population, more particularly in the female sex, BN is one of the most prevalent. It is characterized by obtaining intakes of large amounts of food without control, giving rise to compensatory behaviors such as purging, fasting or intense physical exercise. People with bulimia nervosa often have several associated psychological comorbidities, as well as low self-esteem with a need for acceptance by others and rejection of oneself. It is important to carry out an early diagnosis to reduce the risk of future complications and a treatment formed by a multidisciplinary team.

Objectives: To carry out an individualized care plan for a patient with bulimia nervosa following the Virginia Henderson model and the NANDA, NOC, NIC terminology.

Material and methods: The elaboration of this work has been done through bibliographic searches on the care of patients with bulimia nervosa. The preparation of the care plan has been based on the Virginia Henderson model and the NANDA, NIC, NOC taxonomy.

Conclusions: Interventions focused on establishing normal eating habits suppression of compensatory and restrictive behaviors, as well as cognitive restructuring therapy and Jacobson's progressive muscle relaxation have been satisfactory, achieving the objectives set at the beginning. The cooperation of the family members throughout the entire treatment is important, as it will facilitate a positive evolution and provide them with greater knowledge about eating disorders.

Keywords: "TCA" "bulimia nervosa", "nursing" "care", "treatment".

2. INTRODUCCION

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se definen como trastornos crónicos graves y muy complejos que afecta a millones de personas en el mundo, teniendo mayor prevalencia en la población adolescente consecuencia de la presión social sobre el aspecto físico afectando sobre todo a mujeres. En España se calcula que afecta a 400.000 personas (300.000 en edades entre 12 y 24 años) (1,2).

Según la clasificación del *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales de la asociación americana de psiquiatría* (DSM-5) los TCA se clasifican en: Anorexia nerviosa (AN), Bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón, TCNE (trastorno de la conducta alimentaria no especificado), PICA, trastorno por rumiación, trastorno por evitación/restricción de alimentos, TCA-NE y trastorno por evitación. Siendo la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa las dos variantes más conocidas (3,4).

2.1. BULIMIA NERVIOSA

2.1.1. DEFINICION Y EPIDEMIOLOGIA

Trastorno psicosocial en el que existe una preocupación excesiva con la comida, el peso y la imagen corporal. Su rasgo distintivo es que se produce una ingesta rápida e impulsiva de una gran cantidad de alimentos mayoritariamente calóricos, perdiendo el control de dicha ingesta y posteriormente intentan deshacerse de las calorías ingeridas mediante el vómito, uso de laxantes o enemas (5,6).

Se puede clasificar en dos subtipos: purgativo, el más frecuente, en cual la paciente realiza una sobre ingesta seguida de purgas (vomito autoinducido, abuso laxantes o enemas) que alternan con periodos de ayuno y el subtipo no purgativo en el que realiza otras conductas compensatorias como ayuno o ejercicio físico intenso (6).

La BN es más prevalente que la AN afectando más al sexo femenino que al masculino. Su inicio es más tardío, desencadenándose en etapas más avanzadas de la adolescencia. La edad de inicio suele oscilar entre 16 y 20 años incluso alargándose en la primera etapa de la vida adulta (4).

2.1.2 CRITERIOS DIAGNOSTICO.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS MANUAL DSM-V

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por:
- Ingestión en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingiere en un periodo similar
 - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere en la comida
- B. comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio físico
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen de promedio al menos una vez a la semana durante 3 meses
- D. la autoevaluación se ve indebidamente influenciada por la constitución y el peso corporal
- E. la alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

Especificar si:

remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios de la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un tiempo determinado.

remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar gravedad

Leve: Promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios 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

Fuente: American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5. 5ª Ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014. P. 338-345 (7)*

2.1.3 ETIOPATOGENIA

- **Factores socioculturales:** Ideales de delgadez impuestos por la sociedad a través de redes sociales, revistas de moda y rechazo hacia la obesidad.
- **Factores familiares:** las familias suelen ser disfuncionales y presentan una preocupación excesiva por la figura, las dietas hipocalóricas y la apariencia. También puede haber malos hábitos instaurados en la familia (comidas precocinadas, ricas en grasa).

- Factores individuales: la vivencia de acontecimientos estresantes puede producir el inicio de BN. Otras causas, como la obesidad infantil, realización de actividad física durante la infancia en la que se asigna un papel importante y / o delgadez pueden aumentar el riesgo de desarrollarla. Existencia de comorbilidad psiquiátrica añadida como ansiedad, depresión, trastorno límite de personalidad y trastorno obsesivo compulsivo.
- Factores biológicos: Disminución de la serotonina y trastornos hipotalámicos.
- Factores temperamentales: muy impulsivas con una incapacidad para poder llegar a controlar el estrés. Presentan baja autoestima con una necesidad de aprobación externa y una insatisfacción de su imagen corporal (8,9).

2.1.4 COMPLICACIONES

La conducta purgativa mantenida en el tiempo puede dar lugar a una serie de alteraciones en los diferentes órganos del cuerpo:

- Cavidad oral: Erosión de la mucosa oral, descalcificación del esmalte de los dientes, mayor tendencia a la caries, enfermedad periodontal y gingivitis.
- Piel: presencia de signo de Russel, caracterizado por la presencia de callosidades en el dorso de la mano.
- Faringe y laringe: en consecuencia, del pH acido del vomito puede producirse dolor en la zona, así como disfonía, tos seca y disfagia.
- Digestivo: Los vómitos de manera repetida dan lugar a pequeñas roturas en el esófago esto le expone al contenido del ácido gástrico y a síntomas de reflujo gastroesofágico (8,10).

El consumo crónico de laxantes como método de purga produce alteraciones a nivel intestinal como la diarrea que, al asociarse con el vómito y con la toma de diuréticos, producen grandes alteraciones hidroeléctricas; por el contrario, también puede producirse estreñimiento debido a la toma de manera prolongada (11).

2.1.5 TRATAMIENTO

El tratamiento aborda diferentes aspectos entre los que se encuentra:

- Psicológico: centrado en la terapia cognitiva conductual (TCC): ayuda a reducir conductas purgativas (12).
- Nutricional: La malnutrición se abordará a través de la organización de las ingestas en relación con la cantidad de comidas al día y con horarios marcados evitando periodos largos de ayuno. Las pacientes con BN tienden a tener normo peso o sobrepeso por lo que se deberá llevar a cabo una dieta hipocalórica y equilibrada (13).
- Farmacológico: Solo están recomendados los antidepresivos, destacando entre ellos la Fluoxetina (Prozac) (14).

Todo tratamiento deberá ser individualizado y realista llevado a cabo por un equipo multidisciplinar formado por enfermeros, psiquiatras, endocrinios, psicólogos y trabajadores sociales. Es de especial relevancia que los familiares también se muestren colaboradores (9).

Se puede llevar a cabo en varios dispositivos de prevención y atención como pueden ser: ambulatorio, atención primaria, hospital de día e ingreso hospitalario (15). (ANEXO 1)

3. OBJETIVOS

Objetivo general: Elaborar un plan de cuidados individualizado de una paciente que padece bulimia nerviosa y que se encuentra en tratamiento ambulatorio, siguiendo el modelo de Virginia Henderson y terminología NANDA, NIC, NOC.

Objetivos específicos:

- Valorar a la paciente y establecer los diagnósticos enfermeros en relación con los problemas de salud que presenta estableciendo los objetivos oportunos.
- Desarrollar las intervenciones de enfermería necesarias para mejorar los problemas físicos y psíquicos.
- Evaluar si las intervenciones han resultado efectivas mediante indicadores y escalas a lo largo del tratamiento.

4. METODOLOGIA.

Metodología de búsqueda.

La búsqueda de la información antes de la elaboración del caso clínico se ha realizado en bases de datos científicas y fiables incluyendo artículos, libros, revistas y guías. Las bases de datos utilizadas han sido: Dialnet, Enfispo, Pubmed, Scielo, Scopus, Enferoteca, NNN CONSULT y Google académico. Además, se han visitado páginas webs como TCA Aragón y ACAB (asociación contra la anorexia y la bulimia)

Metodología de trabajo

La elaboración del caso clínico se ha realizado a través de la valoración de los problemas de salud que presenta la paciente, organizándolos en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, con las cuales se valora si la persona es independiente/dependiente, dándose este último cuando las capacidades y recursos disminuyen parcial o totalmente por 3 causas de dificultad: falta de fuerza física o psíquica, conocimientos o voluntad.

5. DESARROLLO.

Teniendo en cuenta las características físicas y las comorbilidades psicológicas asociadas al paciente con bulimia nerviosa, se elabora un plan de cuidados siguiendo el modelo de Virginia Henderson con la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

5.1. VALORACION FISICA

Nombre: Isabel

Apellidos: XX

Edad: 17 años

Cuidador/a principal: Madre **teléfono de contacto:** 678 323 234

Signos vitales: TA : 110/50 mmHg FC: 120 lpm (radia-basal)

FR: 35resp/min T : 36,0 (Axilar) Sat O2: 98% (Basal)

Alergias: Paracetamol

Antecedentes: Depresión.

Diagnóstico médico: Bulimia nerviosa

Tratamiento médico prescrito:

(ver tabla 1)

Tabla 1

Nombre	Dosis	Vía de administración	Pauta	Indicación
Fluoxetina	20 mg	Vía oral	1-1-1	- Episodios depresivos - Trastorno obsesivo compulsivo - Bulimia nerviosa
Lorazepam	1 mg	Vía oral	0-0-1	Tratamiento a corto plazo de todos los estados de ansiedad asociados o no a trastornos funcionales u orgánicos

Valoración física: Peso: 65Kg Talla: 1,60cm IMC: 25,4 (Sobrepeso)

Escala: Escala Bite (Bulimic Investigatory Test Edinburgh): puntuación síntomas: 20. Puntuación gravedad: 10. (Anexo 2)

Conciencia y orientación: Consciente, orientada y colaboradora.

Estado de la piel: Normo coloreada e hidratada.

Glucemia capilar: 90 mg/dl

5.2. CASO CLINICO

Derivada desde atención primaria, Isabel acude a su Centro de Salud de Mental (CSM) de referencia acompañada de su madre. Tras previa valoración con la psiquiatra, ésta la deriva a la consulta de la enfermera de salud mental para establecer un programa de gestión de cuidados de manera ambulatoria. Actualmente está cursando 2º de bachillerato, vive con su madre y su hermano.

La paciente lleva unos meses con un estado de ánimo muy bajo y ansiedad a consecuencia de haber aumentado de peso estos últimos meses.

A Isabel le encanta comer, comenta que su vía de escape para disminuir la ansiedad y la tristeza es comiendo grandes cantidades: "no puedo parar de comer cuando empiezo". Durante la mañana Isabel intenta evitar comer o hacerlo en pequeñas proporciones, pero al llegar la noche no puede resistir el impulso y come de una forma descontrolada. Esto le hace sentirse mal consigo misma y acto seguido se induce el vómito: "de esta forma me siento menos culpable cuando como, ya que me da mucho miedo engordarme". Toma 1L de agua al día. Su patrón ahora de deposiciones es tres veces por semana de consistencia duras y secas, "Me cuesta mucho ir al baño" dice Isabel. Antes de esta situación, su patrón habitual era de 1 vez al día y no presentaba ninguna dificultad.

Su madre está desesperada con la situación, intenta hacer comprender a Isabel de que esa no es solución para adelgazar, pero siempre acaba en una discusión. "Me gustaría poder ayudarla, pero no sé cómo" dice la madre.

A Isabel no le gusta hacer deporte. Algunas veces, tras los atracones suele hacer ejercicio intenso para intentar quemar las calorías ingeridas, pero no lo practica de manera regular.

Por las noches le cuesta conciliar el sueño, comienza a ponerse nerviosa cuando llega la hora y empieza a darle vueltas a la cabeza.

La madre nos comenta que Isabel siempre ha tenido una autoestima baja pero que últimamente hace referencias negativas sobre su cuerpo muy frecuentemente y no puede ni mirarse en el espejo ya que le da angustia verse. La paciente comienza a llorar, explica que muchas veces se siente

avergonzada de tener que salir con ese cuerpo deformé a la calle, suele vestir con ropa ancha negra para intentar ocultarlo. "Me veo obesa "dice Isabel.

Isabel es muy responsable en sus estudios, suele sacar muy buenas notas.

Desde pequeña le ha costado mucho relacionarse con chicos de su edad, además siempre se han metido mucho con ella por ser de complexión más robusta que el resto de las demás compañeras, por lo que los fines de semana suele quedarse en casa viendo películas o jugando a videojuegos sola.

5.3. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

A continuación, se procede a la organización de los datos siguiendo el modelo de virginia Henderson. No obstante, también se realiza la organización de datos según los patrones funcionales Marjory Gordons (anexo 3).

1. RESPIRAR NORMALMENTE
Manifestaciones de independencia: No se observan
Manifestaciones de dependencia: No se observan
Datos a considerar: No se observan.
2. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE
Manifestaciones de independencia: No se observa
Manifestaciones de dependencia: Sobrepeso (IMC de 25,4) debido a Ingesta excesiva de nutrientes seguido de purga. Durante el día intenta evitar comer. Bebe 1 L de agua al día.
Datos a considerar: No se observa
3. ELIMINAR POR TODAS LAS VIAS CORPORALES
Manifestaciones de independencia: No se observa
Manifestaciones de dependencia: su patrón actual de deposiciones es 3 veces por semana de consistencia duras y secas, cuando antes de esta situación era de 1 vez al día.
Datos a considerar: No se observa.
4. MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS
Manifestaciones de independencia: Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.
Manifestaciones de dependencia: Algunas veces tras los atracones hace ejercicio intenso, pero no practica de manera regular
Datos a considerar: No se observa
5. DORMIR Y DESCANSAR
Manifestaciones de independencia: No se observa

Manifestaciones de dependencia: Dificultad para conciliar el sueño debido a la ansiedad
Datos a considerar: No se observa
6. <u>ESCOGER LA ROPA ADECUADA VESTIRSE Y DESVESTIRSE</u>
Manifestaciones de independencia: No se observa
Manifestaciones dependencia: No se observa
Datos a considerar: Suele vestir con ropa ancha y negra para intentar ocultar su cuerpo.
7. <u>MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICACION DEL AMBIENTE</u>
Manifestaciones de independencia: No se observa
Manifestaciones de dependencia: No se observa
Datos a considerar: No se observa
8. <u>MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL</u>
Manifestaciones de independencia: No se observa
Manifestaciones de dependencia: No se observa
Datos a considerar: No se observa
9. <u>EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS</u>
Manifestaciones de independencia: No se observa
Manifestaciones de dependencia: No se observa
<ul style="list-style-type: none"> 1. Isabel tiene baja autoestima, suele hacer referencias negativas sobre ella 2. Discute mucho con su madre, ya que esta quiere hacerle ver que no es la solución para adelgazar.
Datos a considerar: Presenta ansiedad por la situación de haber engordado.
10. <u>COMUNICARSE CON LOS DEMAS EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES:</u>
Manifestaciones de independencia: No se observa
Manifestaciones de dependencia: Dificultad para establecer relaciones sociales satisfactorias.
Datos a considerar : No se observa
11. <u>VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS:</u>
Manifestaciones de independencia: No se observa
Manifestaciones de dependencia: No se observa
Datos a considerar No se observa

<u>12. OCUPARSE EN ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACION PERSONAL:</u>
<p>Manifestaciones de independencia: No se observa</p> <p>Manifestaciones de dependencia: No se observa.</p> <p>Datos a considerar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualmente está cursando 2 de bachillerato 2. Isabel cuando se mira en el espejo se ve obesa.
<u>13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:</u>
<p>Manifestaciones de independencia: No se observa.</p> <p>Manifestaciones de dependencia: Los fines de semana suele quedarse en casa viendo películas o jugando a videojuegos sola.</p> <p>Datos a considerar: No se observa</p>
<u>14. APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS SANITARIOS DISPONIBLES:</u>
<p>Manifestaciones de independencia: No se observa</p> <p>Manifestaciones de dependencia: No se observa</p> <p>Datos a considerar: No se observa.</p>

5.4 ANALISIS E INTERPRETRACION DE LOS DATOS.

Isabel es autónoma para las ABVD (Actividades básicas de la vida diaria), no existe ningún problema de autonomía.

Por otro lado, se elaboran los diagnósticos de independencia según las necesidades alteradas que presenta la joven como son: Alimentación, eliminación, patrón de sueño, autoestima y la participación en actividades recreativas.

También, debido al proceso de la enfermedad que esta sufriendo Isabel y su sintomatología asociada como la ansiedad y el trastorno de la imagen corporal, enfermería llevara a cabo intervenciones para fomentar su mejora.

5.5 PLAN DE CUIDADOS

5.5.1 Diagnósticos de independencia

Diagnóstico nº1: Sobre peso (tabla 2):

Tabla 2: DIAGNOSTICO N.º 1

00233 SOBREPESO r/c ingesta excesiva de alimentos m/p IMC 25,4 (FP, C)	
➤ Definición: Problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa normal o excesiva para su edad	Objetivo principal: Isabel lograra un peso adecuado para su talla y edad (60 kg) en un periodo de 6 meses. Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">- Explicará la importancia de una dieta saludable y equilibrada en un periodo de 2 meses.- Aprenderá a mantener un patrón organizado de comidas en un periodo de 3 meses.- Mostrará un cambio de conducta en relación con la ingesta de alimentos en un periodo de 5 meses.

Fuente: 16. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2021-2023. 12ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2021*

Objetivos planteados en relación con el diagnóstico nº1 (Tabla 3):

Tabla 3: NOC

NOC	Indicadores	ESCALA
[1854] Dieta saludable Definición: Grado de conocimiento trasmítido sobre una dieta nutritiva y equilibrada.	<ul style="list-style-type: none">• [185401]: Objetivos dietéticos alcanzables:2.• [185402]: peso personal óptimo:3.• [185403]: relación entre dieta, ejercicio y peso:2.• [185406]: Ingesta diaria de calorías adecuadas para las necesidades metabólicas:1.• [185413]: pautas para las raciones de alimentos:2.	<ul style="list-style-type: none">• 1: ningún conocimiento• 2: conocimiento escaso• 3: conocimiento moderado• 4: conocimiento sustancial• 5: conocimiento extenso.

[1841]Conocimiento: manejo del peso Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, el cuerpo, edad y sexo.	Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • [184103] Estrategias para conseguir el peso óptimo:2. • [184109]prácticas nutricionales saludables:1. • [184112]Antojos alimentarios que desencadenan una alimentación no saludable:2. • [184113]Estados emocionales que desencadenan una alimentación no saludable:3. 	ESCALA <ul style="list-style-type: none"> • 1: ningún conocimiento • 2: conocimiento escaso • 3: conocimiento moderado • 4: conocimiento sustancial • 5: conocimiento extenso
[1405] Autocontrol de los impulsos Definición: autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.	Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • [140502] Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas:2. • [140503] Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas:2. • [150507] verbaliza control de impulsos:1. • [140511] confirma el acuerdo para el control de la conducta:3. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1: Nunca demostrado • 2: raramente demostrado • 3: A veces demostrado • 4: Frecuentemente demostrado • 5: Siempre demostrado

Fuente:17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6^a Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018.

Intervenciones para lograr los objetivos (Tabla 4):

Tabla 4: NIC

NIC	
[5246] Asesoramiento nutricional Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en la necesidad de modificación de la dieta.	Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Establecer metas realistas a corto para el cambio del estado nutricional - Ayudar a la paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas. - Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética en intervalos regulares. - Valorar los esfuerzos realizados. - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto - Comentar el significado de la comida para la paciente. - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la paciente
[1100]Manejo de la nutrición	Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades

Definición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.	<p>nutricionales: En el caso de Isabel al ser una paciente que padece bulimia y que necesita perder peso, la ingesta de kcal al día no debe ser inferior a 1500.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir a Isabel sobre las necesidades nutricionales (comentar directrices dietéticas y las pirámides de alimentos) - Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida. - Enseñar a Isabel los requisitos de su dieta: se incluirán lácteos todos los días, se alternará carne o pescado a lo largo de la semana, legumbres dos veces a la semana, cereales una vez por día, patatas si puede ser todos los días, verduras y hortalizas se incluirán diariamente y los azúcares serán complementos del resto no sustitutivos. - Indicar a Isabel la ingesta de 5 comidas al día en pequeñas raciones - Instruir a Isabel un patrón de alimentación regular: en la noche del día anterior planificara lo que comerá y escribirá el horario de dichas comidas, comer por planificación previa y no por sensación de hambre u otros impulsos, no saltar comidas, evitar comer entre las comidas planificadas, al inicio lo principal no es que coma sino cuando lo hace, evitar realizar otras actividades durante la comida.
<p>[4360] Modificación de la conducta Definición: promoción de un cambio de conducta.</p>	<p>Actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a Isabel a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos - Presentar personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia - Animar al paciente a que se examine su propia conducta - Ayudar al paciente a identificar incluso los pequeños éxitos logrados - Desarrollar un método para registrar la conducta y sus cambios: Deberá a notar con "A" si ha habido atracón o con una "V" si ha habido vomito en un gráfico donde se encuentren las 5 comidas del día con la fecha. - Comentar el proceso de modificación de la conducta con ella y su madre.
<p>[0200]Fomento del ejercicio Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.</p>	<p>Actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las creencias de salud de Isabel sobre el ejercicio - Determinar la motivación para empezar con un programa de ejercicio - Ayudar a integrar el ejercicio en su rutina semanal. - Animar a Isabel a empezar con el ejercicio - Informar a la paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

Fuente:18. M. Bulechek G, K. Butcher H, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7^aEdición. Barcelona: ELSEVIER; 2018.

19. Kohen VL, Candela CG. Manual teórico-práctico de educación nutricional en trastornos de la conducta alimentaria. Editores Médicos S.A; 2010.

Diagnóstico nº2: estreñimiento (Tabla 5):

Tabla 5: DIAGNOSTICO N.º 2

0011 Estreñimiento r/c hábitos nutricionales inadecuadas y escasa actividad física m/f deposiciones 3 veces a la semana de consistencia duras y secas. (C y FF).
➤ Definición: reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación difícil o incompleta de heces excesivamente duras y secas.
Objetivo principal: Isabel recuperara su patrón de evacuación intestinal diario en un periodo de 2 meses.
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none">- Enumerara alimentos saludables y ricos en fibra en un periodo de 1 mes.- Cumplirá con el plan prescrito de actividad física durante el tiempo pactado.

Fuente: 16. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2021-2023. 12^a Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2021

Objetivos planteados en relación con el diagnóstico nº2(Tabla 6):

Tabla 6: NOC

NOC	Indicadores	Escala
[0501] Eliminación intestinal Definición: Formación e evacuación de las heces.	<ul style="list-style-type: none">- [50101]Patrón eliminación:2.- [50105]Haces blandas y formadas:2.- [50110]Estreñimiento:2.- [50112]Facilidad de eliminación de las heces:2.	<ol style="list-style-type: none">1. Gravemente comprometido2. Sustancialmente comprometido3. Moderadamente comprometido4. Levemente comprometido5. No comprometido.

Fuente: 17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6^a Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

Intervenciones para lograr los objetivos (Tabla 7):

Tabla 7: NIC

NIC	
[0450] Manejo del estreñimiento /impactación fecal. Definición: Prevención y alivio del estreñimiento.	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar la etiología del problema y las razones de las actuaciones - Fomentar la ingesta de líquidos - Identificar factores (baja actividad física y dieta inadecuada) que puedan ser la causa del estreñimiento o que contribuyan. - Enseñar a Isabel a mantener un diario de comidas - Instruir a Isabel sobre una dieta rica en fibra - Instruir a Isabel y a su madre sobre la relación entre la dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento - Enseñar a Isabel el tiempo necesario para la resolución del estreñimiento.

Fuente: 18. M. Bulechek G, K. Butcher H, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7^aEdición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

Diagnóstico nº3: baja autoestima crónica (tabla 8):

Tabla 8: DIAGNOSTICO N.º 3

00119 Baja autoestima crónica r/c percepción alterada de la imagen corporal m/p verbalización de sentimientos negativos sobre su cuerpo. (FP, C)
Definición: Percepción negativa de larga duración sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo.
Objetivo principal: Isabel mostrara una percepción real sobre ella en un periodo de 6 meses. Objetivo específico: <ul style="list-style-type: none"> - Enumerara sus fortalezas y logros. - Accederá a realizar afirmaciones positivas sobre ella misma a diario. - Adquirirá habilidades para aumentar su autoestima

Fuente: 16. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2021-2023. 12^a Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2021.

Objetivos planteados en relación con el diagnóstico nº 3 (Tabla 9):

Tabla 9: NOC

NOC	Indicadores	ESCALA
[1205] AUTOESTIMA Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo	<ul style="list-style-type: none"> - [120501] Verbalizaciones de autoaceptación:1. - [120502] Aceptación de las propias limitaciones:2. - [120505] Descripción yo:1. - [120508] Cumplimiento de los roles significativos personales:2. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1: Nunca positivo - 2: raramente positivo - 3: A veces positivo - 4: Frecuentemente positivo - 5: Siempre positivo

Fuente:17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6^a Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018.

Intervenciones para lograr los objetivos (Tabla 10):

Tabla 10: NIC

NIC	Actividades:
[5400] Potenciación de la autoestima Definición: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su auto valía	<ul style="list-style-type: none"> - Observar las afirmaciones de Isabel sobre su auto valía - Determinar la confianza de la paciente sobre su propio criterio. - Animar a Isabel a hablar con ella misma y verbalizar autoafirmaciones positivas a diario - Ayudar a afrontar las burlas de sus compañeros - Ayudarla a reexaminar las percepciones negativas que tiene de ella misma - Explorar las razones de autocrítica o culpa - Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí misma.
[4700] Reestructuración cognitiva Definición: Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamientos distorsionados y para que se vea a si mismo de una forma más realista	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a que acepte el hecho de que las afirmaciones personales median en la excitación emocional - Ayudarla a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales. - Ayudar a la paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad - Ayudar a que identifique las emociones dolorosas que está sintiendo.

Fuente:18. M. Bulechek G, K. Butcher H, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7^a Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

Diagnóstico nº4: deterioro de la interacción social (Tabla 11):

Tabla 11: DIAGNOSTICO N.º 4

[00052]Deterioro de la interacción social r/c alteración del autoconcepto manifestado por interacción social disfuncional. (FP, FC)	
Definición: situación en la que el intercambio social de la persona es insuficiente o excesivo o resulta inefectivo	
Objetivo general: Isabel se implicará en mantener relaciones sociales efectivas durante un periodo de 6 meses.	
Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> - Enumerara las causas por la que no establece relaciones con sus compañeros. - Expondrá alternativas para fomentar las interacciones sociales - Verbalizará y pondrá en prácticas las técnicas de comunicación aprendidas. 	

Fuente:16. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2021-2023. 12ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2021

Objetivos planteados en relación con el diagnóstico nº4(Tabla 12):

Tabla 12: NOC

NOC			
[1502]Habilidades de interacción social Definición: conductas personales que fomentan relaciones eficaces	INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> - [150203] Coopera con los demás:2. - [150212] Se relaciona con los demás:2. - [150216] Utiliza estrategias de resolución de conflictos:1. 	ESCALA: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado. 	
[1503] Implicación social Definición: interacciones sociales con personas, grupos u organización	INDICADORES <ul style="list-style-type: none"> - [150301] Interacciona con amigos íntimos:1. - [150303] interacciona con miembros de la familia:2. - [150307] participa en organización de actividades:2. - [150317] Establece nuevas relaciones:2. 	Escalas <ol style="list-style-type: none"> - 1: Nunca demostrado - 2: raramente demostrado - 3: A veces demostrado - 4: Frecuentemente demostrado - 5: Siempre demostrado 	

Fuente:17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018.

Intervenciones para conseguir los objetivos (Tabla 13):

Tabla 13: NIC

NIC	
[4262] Modificación de la conducta: habilidades sociales Definición: ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a que identifique los problemas interpersonales que causan un déficit de habilidad social - Animarla a que manifieste verbalmente los sentimientos asociados con problemas interpersonales - Identificar habilidades sociales especificar usando discusión guiada y ejemplos que será el foco de entrenamiento - Proporcionar retroalimentación sobre la realización de la habilidad social deseada - Ayudarla a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas.
[5100] Potenciación de la socialización Definición: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás	<ul style="list-style-type: none"> - Animarla a desarrollar relaciones - Fomentar las actividades sociales y comunitarias - Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes - Animarla a cambiar de ambiente como salir a caminar o al cine - Ayudar a que aumente la conciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.

Fuente:18. M. Bulechek G, K. Butcher H, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7^aEdición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

Diagnóstico nº5: interrupción de los procesos familiares (Tabla 14):

Tabla 14: DIAGNOSTICO N.º 5

[00060] Interrupción de los procesos familiares r/c conflictos por la alimentación m/f deterioro de la relación madre e hija (FC)	
Definición: interrupción en la continuidad del funcionamiento familiar que no es capaz de mantener el bienestar de sus miembros.	
Objetivo principal: Isabel y su madre establecerán una relación basada en la comunicación y expresión de sentimientos y emociones en un periodo de 5 meses.	
<p>Objetivo específico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante el periodo pactado madre e hija establecerán estrategias para favorecer el afrontamiento familiar - Expondrán aspectos negativos en su relación actual - Llevaran a cabo actividades de manera conjunta que faciliten la cooperación entre ellas. 	

Fuente: 20. Almajano Navarro V, Marco Arnau I, Morales Rozas AB, Sieso Sevil AI, González Asenjo H, Cinca Monterde C, et al. Diagnósticos Enfermeros en Salud Mental. Identificación, Desarrollo Y Aplicación. 2ª ed. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014

Objetivos planteados en relación con el diagnóstico nº5 (tabla 15):

Tabla 15: NOC

NOC	Indicadores	Escalas
<p>[2600]Afrontamiento de los problemas de la familia: Definición: Capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos familiares</p>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - [26003]Enfrenta los problemas familiares :2. - [260021]Utiliza estrategias para controlar el conflicto de la familia:2. - [260009]Utiliza estrategias para reducir el estrés:2. - [260007] Expresa libremente sentimientos y emociones:3. 	<p>Escalas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
<p>[2601] Clima social de la familia Definición: Capacidad de una familia para proporcionar un entorno favorable caracterizado por relaciones y los objetivos de los miembros de la familia</p>	<p>Indicadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - [260101] Participa en actividades conjuntas:1. - [260109]Se apoyan unos a otros:2. - [260114]Comparten sentimientos entre sí:2. - [260120] Comparten problemas entre sí:2. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado.

Fuente:17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018.

Intervenciones para conseguir los objetivos (Tabla 16):

Tabla 16: NIC

NIC	
[7130] Estimulación de la integridad familiar Definición: favorecer la cohesión y la unidad familiar	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escuchar a la madre - Establecer una relación de confianza con ella - Determinar los sentimientos respecto a la situación - Ayudar a la madre a resolver los sentimientos irreales de culpa o responsabilidad - comprobar la relación actual con su hija - Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia - Remitir a grupos de apoyo de familiares afectados por TCA: Estar en contacto con otras personas que están pasando una situación similar, con el apoyo de expertos, le ayudara durante el proceso. (Anexo 4)
[7150] Terapia familiar Definición: Ayuda a los miembros de la familia a vivir de un modo más productivo.	<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los patrones de comunicación de la familia - Identificar los puntos fuertes de la familia - Ayudar a los familiares a comunicarse con más eficacia - Facilitar el dialogo familiar - Compartir el plan de terapia con la familia - Ayudar a la familia a mejorar las estrategias de afrontamiento positivas existentes

Fuente:18. M. Bulechek G, K. Butcher H, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ªEdición. Barcelona: ELSEVIER;2018.

21. 2018 guía para familias de personas afectadas por un TCA. Asociación ACAB y Agencia catalana de consumo.
2020. Disponible en: https://www.tca-aragon.org/wp-content/uploads/2020/11/Guia-familias_TCA.pdf

5.5.2 Otros NIC.

Otras intervenciones en relación con el proceso de la enfermedad de Isabel, como son la ansiedad y el trastorno de la imagen corporal, que pueden ser realizadas por parte del profesional de enfermería son:

En relación con la Ansiedad (tabla 17):

Tabla 17: NIC

NIC	
[1460] Relajación muscular progresiva Definición: Facilitar la tensión y relajación de grupos musculares sucesivos mientras se presta atención a las diferencias de sensibilidad resultantes	Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - explicar el propósito y el procedimiento de la técnica a Isabel. (Anexo 4) - Instruir a la paciente para que asuma una actitud pasiva centrándose en lograr la relajación en músculos específicos del cuerpo y evitando cualquier otro pensamiento - Indicar que respire con el abdomen, aguante unos segundos y exhale - Hacer que repita la respiración varias veces, pidiendo que imagine la tensión que libera del cuerpo con cada exhalación - Indicar que se centre en las sensaciones cuando los músculos están tensos
[1850] Mejorar el sueño Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia	Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el patrón de sueño /vigilia de la paciente - Animar a Isabel a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al sueño - Facilitar el mantenimiento de rutinas habituales a la hora de irse a la cama - Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales - Comentar con la paciente y con la madre técnicas para favorecer el sueño.
[5616] Enseñanza: medicamentos prescritos Definición: preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos	Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Informar a Isabel tanto del nombre genérico como del nombre comercial de cada medicamento (Prozac: fluoxetina; orfidal: Lorazepam) - Explicar cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada - Informar a Isabel sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación - Proporcionarle información acerca de la acción, propósito y efectos secundarios

	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir acerca de posibles efectos adversos: falta de apetito, pérdida de peso, alteraciones en el sueño, sequedad de boca, etc.
--	---

Fuente: 18. M. Bulechek G, K. Butcher H, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7^aEdición. Barcelona: ELSEVIER;2018.

En relación con el trastorno de la imagen corporal (tabla 18):

Tabla 18: NIC

NIC	
[1030]Manejo trastornos de la alimentación. Definición: Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, ejercicio excesivo y la purga de alimentos y líquidos.	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento; implicar a Isabel y a su madre - Hablar con el paciente y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo, si el paciente no está dentro del rango de peso recomendado para la edad y estructura corporal - Desarrollar una relación de apoyo con el paciente - Vigilar la ingesta diaria de alimentos calóricos - Ayudar a Isabel a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de la alimentación.
[5220]Mejora de la imagen corporal Definición: Mejorar de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar si el disgusto percibido por ciertas característica física crea dificultad de interacción social en sus compañeros - Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal de Isabel - Ayudar a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal - Observar la frecuencia de afirmaciones autocriticas. - Observar si hay afirmaciones que identifican las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso.

Fuente: 18. M. Bulechek G, K. Butcher H, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7^aEdición. Barcelona: ELSEVIER;2018.

5.6 PLANIFICACIÓN

Para llevar a cabo dicho plan de cuidados se realiza un cronograma de las actividades a realizar durante 6 meses, realizando 4 sesiones cada mes de una duración de 1 hora y media. No obstante, el control de la alimentación y peso se realizará semanalmente.

	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Alimentación: Instrucciones sobre alimentación regular y saludable, actividad física y controles de peso	X	X	X	X	X	X	X
Autoestima: Reestructuración cognitiva y potenciación de autoestima.				X	X		
establecimiento de relaciones sociales satisfactorias: técnicas de comunicación.						X	X
Estimulación integridad familiar: Se abordará con la madre aspectos importantes sobre cómo afrontar un TCA en casa; también, será conocedora de grupos de apoyos de familias afectadas por un TCA.						X	X
Terapias de relajación: relajación muscular progresiva de Jacobson. Teoría y práctica de la terapia.	X	X	X				

5.7 EVALUACIÓN

Pasados los 6 meses de seguimiento y al finalizar todas las actividades, se valoran los indicadores de los objetivos planteados inicialmente: Se puede observar que Isabel ha mejorado en todas las necesidades que presentaba su estado de salud físico y mental, no obstante, finalizado el tratamiento , la paciente tendrá que hacer visitas de control : primero cada 6 meses y luego anualmente, para comprobar si ha adquirido las estrategias y los conocimientos necesarios para poder manejar por ella misma tanto la ansiedad, como una alimentación regular y saludable así como la aplicación de técnicas aprendidas de interacción social y familiar.

5.7.1 EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES

- 00233 SOBREPESO

NOC: [1854] Dieta saludable			
<i>Indicadores</i>	<i>inicio</i>	<i>2 meses</i>	<i>6 meses</i>
[185401]: Objetivos dietéticos alcanzables.	2	4	4
[185402]: peso personal optimo.	3	3	4
[185403]: relación entre dieta, ejercicio y peso	2	3	4
[185406]: Ingesta diaria de calorías adecuadas para las necesidades metabólicas	1	2	3
[185413]: pautas para las raciones de alimentos	2	3	4

Fuente: 17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

NOC: [1841]Conocimiento: Manejo del peso.			
<i>Indicadores</i>	<i>Inicio</i>	<i>2 meses</i>	<i>6 meses</i>
[184103]Estrategias para conseguir el peso optimo.	2	3	4
[184109]prácticas nutricionales saludables	1	3	5
[184112]Antojos alimentarios que desencadenan una alimentación no saludable.	2	2	3
[184113]Estados emocionales que desencadenan una alimentación no saludable.	3	3	4

Fuente:17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

NOC: [1405] Autocontrol de los impulsos			
<i>Indicadores</i>	<i>Inicio</i>	<i>2 meses</i>	<i>6 meses</i>
[140502] Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas	2	3	4
[140503] Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas	2	3	4
[150507] verbaliza control de impulsos	1	2	3
[140511] confirma el acuerdo para el control de la conducta	1	2	4

Fuente: 17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

- 0011 ESTREÑIMIENTO

NOC: [0501]Eliminación intestinal			
<i>Indicadores</i>	<i>Inicio</i>	<i>2 meses</i>	<i>6 meses</i>
[50101]Patrón eliminación	2	3	4
[50105]Haces blandas y formadas	2	4	4
[50110]Estreñimiento	2	3	4
[50112]Facilidad de eliminación de las heces	2	3	5

Fuente:17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

- **00119 BAJA AUTOESTIMA**

NOC: [1205]autoestima			
<i>Indicadores</i>	<i>inicio</i>	<i>2 meses</i>	<i>6 meses</i>
[120501] Verbalizaciones de autoaceptación	1	3	4
[120502] Aceptación de las propias limitaciones	2	2	3
[120505] Descripción yo	1	2	3
[120508] Cumplimiento de los roles significativos personales	2	3	4

Fuente:17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

- **00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL**

NOC: [1502]Habilidades de interacción social			
<i>indicadores</i>	<i>inicio</i>	<i>2 meses</i>	<i>6 meses</i>
[150203] Coopera con los demás	2	3	4
[150212] Se relaciona con los demás	2	2	3
[150216] Utiliza estrategias de resolución de conflictos	1	3	4

Fuente:17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

NOC: [1503]Implicación social			
<i>indicadores</i>	<i>inicio</i>	<i>2 meses</i>	<i>6 meses</i>
[150301] Interacciona con amigos íntimos	1	2	4
[150303] interacciona con miembros de la familia	2	3	4
[150307] participa en organización de actividades	2	3	3
[150317] Establece nuevas relaciones	2	3	4

Fuente: 17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

- 0060 INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES

NOC: [2601]Clima social de la familia			
<i>indicadores</i>	<i>inicio</i>	<i>2 meses</i>	<i>6 meses</i>
[260101] Participa en actividades conjuntas	1	3	5
[260109] Se apoyan unos a otros	2	4	5
[260114] Comparten sentimientos entre si	2	4	5
[260120] Comparten problemas entre si	2	4	5

Fuente: 17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6^a Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

NOC: [2600]Afrontamiento de los problemas de la familia			
<i>Indicadores</i>	<i>inicio</i>	<i>2 meses</i>	<i>6 meses</i>
[26003]Enfrenta los problemas familiares	2	3	4
[260021]Utiliza estrategias para controlar el conflicto de la familia	2	3	4
[260009]Utiliza estrategias para reducir el estrés	2	3	3
[260007] Expresa libremente sentimientos y emociones.	3	4	4

Fuente: 17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6^a Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018

6.CONCLUSIONES

- Enfermería tiene un papel clave en el seguimiento de los pacientes con bulimia nerviosa, al ser el profesional sanitario que mantiene una relación más directa con el paciente. Es de importancia que se establezca una relación enfermera-paciente basada en la confianza mutua y que permita al paciente compartir sus sentimientos y emociones para conseguir los objetivos establecidos en el tratamiento.
- Tras la realización de la entrevista y valoración de la paciente, se elaboraron los diagnósticos enfermeros oportunos entre los que se encontraban: sobrepeso, estreñimiento, baja autoestima crónica, deterioro de la interacción social e interrupción de los procesos familiares.
- La intervención en cuanto a la alimentación cuyo objetivo se basa en establecer hábitos normales alimentarios, así como la supresión de conductas compensatorias y restrictivas han resultado efectivas. Por otro lado, la terapia de restructuración cognitiva, cuyo objetivo es moldear y cambiar el pensamiento negativo, así como la relajación muscular progresiva de Jacobson, dieron un resultado positivo, adquiriendo una autopercepción real sobre ella misma y proporcionándole herramientas para gestionar situaciones estresantes y tener un mayor control sobre sus impulsos.
- Abordar intervenciones con los familiares en el tratamiento ha resultado beneficioso. Esto ha permitido tanto superar los conflictos que han surgido en base al TCA, como el conocer el manejo adecuado de este.

7.BIBLIOGRAFIA

1. Ponce Torres C, Turpo Espinoza K, Salazar Pérez C, Viteri-Condori L, Carhuanchó Aguilar J, Taype Rondan Á. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. RevCub Salud Pública [Internet]. 2017 [citado el 19 de febrero de 2023];43(4):551-61. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n4/551-561/es/>
2. Asociación TCA Aragón - Sumando voces contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Asociación TCA Aragón - Sumando voces contra los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Asociación TCA Aragón; [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.tca-aragon.org/>
3. Tipos de TCA - Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Associació Contra l'Anorèxia i la Bulímia. 2019 [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.acab.org/es/los-trastornos-de-conducta-alimentaria/que-son-los-tca/tipos-de-tca/>
4. Bermúdez Durán LV, Chacón Segura MA, Rojas Sancho DM. Actualización en trastornos de conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Rev. Medica Sinerg [Internet]. 2021;6(8): e694. [citado el día 19 de febrero 2023]Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms218a.pdf>
5. Investigación RS. Bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Artículo monográfico [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/bulimia-nerviosa-y-trastorno-por-atracón-articulo-monografico/>
6. Gómez Restrepo, Hernández Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo. PSIQUIATRIA CLINICA: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos 3a. edición. Panamericana; 2008
7. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5. 5^a Ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014. P. 338-345.
8. Buceta Toro MI, Jiménez García E. Bulimia nerviosa. En: Buceta Toro MI, Jiménez García E. Trastornos alimentarios y otros desordenes

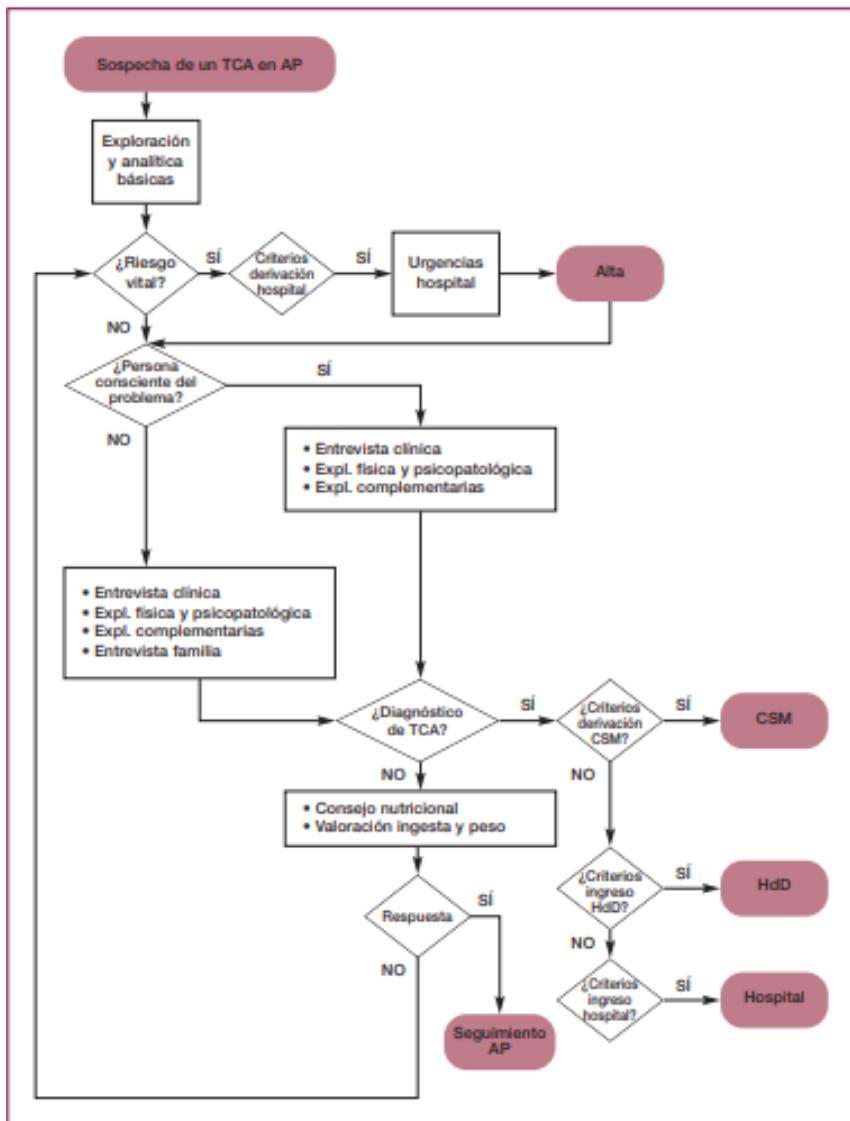
asociados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2020. P.108-45

9. Rodríguez Santos L, Antolín Gutiérrez M, Vaz Lal F, García Herraiz M^a A Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 2 [Internet]. Abril,2006. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1488.pdf>
10. Gómez Candela C. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. NutrHosp [Internet]. 2017 [citado el 20 de febrero de 2023];34(5):49–97. Disponible en:https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000400003
11. Gabler G, Olguín P, Rodríguez A. COMPLICACIONES MÉDICAS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Rev. médica Clín Las Condes [Internet]. 2017 [citado el 20 de febrero de 2023];28(6):893–900. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-complicaciones-medicas-de-los-trastornos-S0716864017301487>
12. García CG, Romero LM-J. Eficacia del tratamiento cognitivo conductual para un caso de bulimia nerviosa. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental [Internet]. 2015 [citado el 22 de febrero de 2023];3(1):19–41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912889>
13. Gómez-Candela C, Palma-Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez-Ortega P, Matía-Martín P, Loria-Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. NutrHosp [Internet]. 2018 [citado el 20 de febrero de 2023];35(2):489–94. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000200489

14. Reas DL, Grilo CM. Pharmacological treatment of bing eating disorder: update review and synthesis. Expert Opin Pharmac other [Internet]. 2015;16(10):1463–78. [Citado el 27 de enero de 2023] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4491373/pdf/nihms700949.pdf>
15. Guía de Práctica clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.2009. Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf
16. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2021-2023. 12^a Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2021.
17. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6^a Edición. Barcelona: ELSEVIER; 2018
18. M. Bulechek G, K. Butcher H, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7^aEdición. Barcelona: ELSEVIER; 2018.
19. Kohen VL, Candela CG. Manual teórico-practico de educación nutricional en trastornos de la conducta alimentaria. Editores Médicos S.A; 2010.
20. Almajano Navarro V, Marco Arnau I, Morales Rozas AB, Sieso Sevil AI, González Asenjo H, Cinca Monterde C, et al. Diagnósticos Enfermeros en Salud Mental. Identificación, Desarrollo Y Aplicación. 2^a ed. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014
21. Guía para familias de personas afectadas por un TCA. Asociación ACAB y Agencia catalana de consumo. 2020. Disponible en: https://www.tca-aragon.org/wp-content/uploads/2020/11/Guia-familias_TCA.pdf
22. Schwarz A. Relajación muscular progresiva de Jacobson. Hispano europeo.;2017.

8.ANEXOS

ANEXO 1



Fuente:

15. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009
http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf

ANEXO 2:

Cuestionario Bite (Bulimic Investigatory Test Edinburgh)

Cuestionario autoadministrado, tiene por objetivo detectar y considerar la gravedad de la BN. Consta de 33 ITMS, agrupados en 2 subescalas: escala de síntomas y de gravedad.

Los **ITEMS** de **subescalas de síntomas** son de respuesta(dicotómicas): de 0 a 1.

- Ítems 1,13,21,23, no=1 punto y si =0 puntos
- Ítems 2,3,4,5,8,9,10,11,12,14,15,16,17,18,19,20,22,24,25,26,28,29,30,32,33 no =0 puntos y si= 1 punto
- La puntuación total de esta escala puede oscilar de 0-30: menos de 10, ausencia de comportamientos compulsivos en la comida, 10-20 patrones alimentarios anormales (No necesariamente BN), 15-20 (Posible BN subclínica), Mas de 20 patrón de comportamiento muy alterado.

Los **Ítems** de **la escala de gravedad** se contestan según unas respuestas que indican la frecuencia.

- 5,6 o 7 opciones de respuesta y se califican 1 a 5, 6 o 7 respectivamente.
- La puntuación se obtiene de la suma de los puntos obtenidos en los ítems 6,7 y 27: puntuaciones 5 a 10 gravedad significativa, por encima de 10 alta.

1. ¿Tienes costumbres regulares en tu alimentación diaria?	SÍ	NO					
2. ¿Sigues habitualmente dietas de forma estricta?	SÍ	NO					
3. ¿Consideras un fracaso romper tu dieta alguna vez?	SÍ	NO					
4. ¿Cuentas las calorías de todo lo que comes, incluso cuando no estás a régimen?	SÍ	NO					
5. ¿Has ayunado alguna vez durante un día completo?	SÍ	NO					
6. Si la respuesta es SÍ, ¿con qué frecuencia?	Días alternos (5) 2-3 veces por semana (4) Un día a la semana (3) Alguna vez (2) Una vez (1)						
7. ¿Utilizas alguno de los siguientes métodos para perder peso?							
	Nunca	Raramente	1 vez (y) SEMANA SEMANA	2-3 v SEMANA SEMANA	Diariamente	2-3 v dia	5 v dia
Pastillas para adelgazar							
Diuréticos							
Laxantes							
Provocar el vómito							
8. ¿Se ve tu vida diaria gravemente afectada por tu forma de comer?	SÍ	NO					
9. ¿Crees que la comida "domina" tu vida?	SÍ	NO					
10. ¿Te ha ocurrido alguna vez "comer y comer" hasta que las molestias físicas te obligan a parar?	SÍ	NO					
11. ¿Existen momentos en los cuales "solo" puedes pensar en comida?	SÍ	NO					
12. ¿Comes delante de los demás racionalmente y te excedes en privado?	SÍ	NO					
13. ¿Puedes parar de comer siempre que te lo propones?	SÍ	NO					
14. ¿Has experimentado alguna vez deseos imperiosos de "comer, comer y comer"?	SÍ	NO					

continuación >>

<< continuación

15. ¿Cuando te sientes ansioso/a tienes tendencia a comer demasiado?	SÍ	NO
16. ¿La idea de engordar te aterroriza?	SÍ	NO
17. ¿Alguna vez has comido grandes cantidades de alimento rápidamente? (fuera de horas)	SÍ	NO
18. ¿Te sientes avergonzado/a por tus hábitos alimentarios?	SÍ	NO
19. ¿Te preocupa no tener control sobre "cuánto" comes?	SÍ	NO
20. ¿Te refugias en la comida para sentirte bien?	SÍ	NO
21. ¿Eres capaz de dejar comida en el plato al finalizar de comer?	SÍ	NO
22. ¿Engañas a los demás acerca de la cantidad que comes?	SÍ	NO
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que tienes con lo que comes?	SÍ	NO
24. ¿Te das alguna vez "atracones" de grandes cantidades de comida?	SÍ	NO
25. Si es así, cuando terminas de "atracarte", ¿te sientes "miserable"?	SÍ	NO
26. ¿Te das "atracones" únicamente cuando estás solo/a?	SÍ	NO
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos atracones?	Raramente (1) Una vez al mes (2) Una vez o la semana (3) 2-3 veces o la semana (4) Diariamente (5) 2-3 veces al día (6)	
28. ¿Te desplazarías grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del "atracon"?	SÍ	NO
29. Después de comer mucho, ¿te sientes muy culpable?	SÍ	NO
30. ¿Comes alguna vez en secreto?	SÍ	NO
31. ¿Crees que tus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?	SÍ	NO
32. ¿Te consideras a ti mismo un comedor/a "compulsivo/a" (no puedes evitarlo)?	SÍ	NO
33. ¿Varia tu peso más de 2 kg a la semana?	SÍ	NO

Fuente: 8. Buceta Toro MI, Jiménez García E. *Bulimia nerviosa. En: Buceta Toro MI, Jiménez García E. Trastornos alimentarios y otros desórdenes asociados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2020. P.108-45*

ANEXO 3.

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

1. **PERCEPCION CONTROL DE LA SALUD.** Isabel tiene obsesión por su aspecto físico, no es consciente del problema. Carece de conocimientos sobre cómo llevar a cabo una alimentación saludable y regular.
2. **NUTRICIONAL METABOLICA:** Durante el día suele comer en pequeñas cantidades, pero al llegar la noche no puede resistir el impulso y tiende a comer de forma descontrolada, esto le produce un sentimiento de culpa que le lleva a producirse el vómito.
3. **ELIMINACIÓN:** su patrón actual de deposiciones es 3 veces por semana de consistencia duras y secas, cuando antes de esta situación era de 1 vez al día.
4. **ACTIVIDAD Y EJERCICIO:** A Isabel no le gusta hacer deporte. Algunas veces, tras los atracones suele hacer ejercicio intenso para intentar quemar las calorías ingeridas, pero no lo practica de manera regular.
5. **SUEÑO Y DESCANSO:** Le cuesta conciliar el sueño debido a la ansiedad, al llegar la noche comienza a darle vueltas a cabeza y se pone nerviosa.
6. **COGNITIVO /PERCEPTUAL:** actualmente está cursando 2 de bachillerato, a nivel académico es una alumna excelente.
7. **AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO:** Isabel siempre ha tenido una autoestima muy baja, hace referencias negativas sobre su cuerpo con mucha frecuencia. Cuando se mira en el espejo se ve obesa, nos comenta que le da vergüenza salir a la calle con ese cuerpo
8. **ROL /RELACIONES:** Vive con su madre y su hermano, la relación con la madre actualmente se está deteriorando, discuten mucho por el tema de la comida, esta intenta hacerle ver que no es la solución para perder peso. La paciente siempre ha tenido dificultad para relacionarse con sus compañeros ya que se han metido mucho con ella por ser de complexión más ancha que el resto.
9. **SEXUALIDAD:** No se observa
10. **ADAPTACIÓN/ TOLERANCIA AL ESTRÉS:** Su vía de escape para intentar disminuir la ansiedad es comiendo grandes cantidades de comida.
11. **VALORES Y CREENCIAS:** no se observan.

ANEXO 4.

HERRAMIENTAS PARA LAS FAMILIAS DE PERSONAS AFECTADAS POR UN TCA. QUE HACER Y QUE NO HACER ANTE EL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CASA.

QUE HACER:

- Aprender a gestionar las emociones derivadas de esta situación tan estresante y mantener la calma y la serenidad. Esto es lo que necesita la persona afectada para sentirse bien acompañada para su recuperación
- Ser comprensivos con la persona afectada pero firmes con el trastorno
- Hay que recordar que es un trastorno de base emocional y complejo que va mucho más allá de la comida y el peso
- Confiar en que la persona afectada tiene la capacidad para salir adelante y ayudarla a "encontrar dicha capacidad"
- Confiar en el equipo de profesionales y preguntarle todas nuestras dudas.
- Atender al resto de miembros de la familia: otros hijos, la pareja, padres

QUE NO HACER:

- Permitir que emociones como la culpa o la rabia nos invadan y lideren nuestros comportamientos y el estado de ánimo general
- Culparnos por el trastorno de la conducta alimentaria. Nadie tiene la culpa de un TCA y, aunque puedan existir factores familiares que hayan influido en él, debemos tener en cuenta que por ellos mismos estos factores no tienen tanta fuerza como para provocar el TCA. El origen es siempre debido a varias causas
- Culpar a la persona afectada. Lo que necesita la persona afectada es comprensión y apoyo y que empaticemos con ella. Culparla solo agrava el problema
- Cuestionar las pautas y recomendaciones del equipo terapéutico y no llevarlas a cabo tal como indican.
- Hablar con la persona afectada sobre la comida, peso, talla, etc. Estas conversaciones pueden, muy fácilmente, acabar en un enfrentamiento en bucle interminable para intentar tranquilizar a la persona
- Intentar razonar con la persona afectada para "abrirle los ojos" a través de la lógica y el sentido común. Recuerda que es un trastorno de base emocional y los razonamientos lógicos son poco útiles. Es preferible hablar con ellos desde una vertiente emocional
- Llevar a cabo conductas controladoras y sobreprotectoras. Estos comportamientos solo consiguen que la persona afectada se sienta presionada y tenga la percepción de que no confía en su capacidad para salir adelante e incluso que la hagamos más dependiente y potenciamos su baja autoestima.

Fuente:21. *Guía para familias de personas afectadas por un TCA. Asociación ACAB y Agencia catalana de consumo. 2020. Disponible en: https://www.tca-aragon.org/wp-content/uploads/2020/11/Guia-familias_TCA.pdf*

ANEXO 5

Relajación muscular progresiva de Jacobson.

La posición de inicio será sentada en una silla, lo más cómodo posible, con la espalda bien apoyada al respaldo, la cabeza recta, evitando que se incline hacia un lado, los pies bien apoyados en el suelo y sin cruzar las piernas, y las manos descanso sobre los muslos.

Primero se demuestra cómo se tensa y se relajan los grupos músculos que intervienen. La tensión se mantiene un tiempo corto (3-5 segundos) siempre provocando la máxima tensión, pero sin llegar hacer daño. Cuando se relajan los músculos se hace de golpe, dejándolos, los más sueltos posibles durante un tiempo mucho más largo (15 segundos).

- **Brazo:** extender el brazo, cerrar el puño y doblar el brazo hacia el pecho (sin llegar a tocarlo y apretar fuerte el puño, el antebrazo, todo el brazo hasta el hombro. Se hacen indicaciones al paciente para que vaya centrándose en las sensaciones de tensión. Posteriormente se le pide que deje caer el brazo de golpe sobre el muslo dejándolo lo más suelto posible, a la vez que se va centrando en las sensaciones de relajación.
- **Cara:** La dividimos en 3 partes:
 1. Frente: Arrugando la frente, llevando las cejas hacia arriba, sintiendo la tensión en la frente y en el cuero cabelludo. Para relajar, soltar de golpe la frente, llevando las cejas hacia abajo
 2. Ojos, nariz y parte superior de las mejillas: cerrar los ojos apretando fuerte a la vez que se arruga la nariz.
 3. Mandíbula: la tensión se provoca apretando los dientes o encajando la mandíbula inferior. Para soltar la mandíbula suelta, caída y los labios ligeramente entreabiertos.
- **Cuello:** para tensarlo, empuja la barbillia abajo evitando tocar el pecho. Para relajarlo dejar el cuello lo más suelto y flojo posible volviendo posición inicial
- **Hombros, pecho y espalda:** Para provocar la tensión se le indica al paciente que se incorpore hacia delante de la silla, llevando los hombros hacia detrás e intentando juntar las paletillas. Para relajarlos volvemos a la posición de relajación y dejamos los hombros caídos y espalda floja
- **Músculos del abdomen:** Para tensarlos poner el estómago duro, apretando hacia dentro, como nos fueran a pegar en él. Para relajarlos dejar hinchado abdomen
- **Pierna y pie:** la tensión se provoca levantando la pierna, el pie hacia dentro y tensando desde el pie hasta el muslo. Cuando relajemos dejamos caer la pierna de golpe.

Fuente: 22. Schwarz A. Relajación muscular progresiva de Jacobson. Hispano europeo.;2017.

