

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**Plan de cuidados estandarizado en pacientes con Trastornos
de la Conducta Alimentaria en el ámbito de la Atención
Primaria**

Autor/a: Javier Luis Zamora Landa

Tutor: Luis A. Hijós Larraz

ÍNDICE

1. RESUMEN	<hr/> 1
Palabras clave:	<hr/> 1
2. INTRODUCCIÓN	<hr/> 2
3. OBJETIVOS	<hr/> 4
Principal	<hr/> 4
Secundarios	<hr/> 4
4. DESARROLLO	<hr/> 5
 4.1 METODOLOGÍA	<hr/> 5
 4.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	<hr/> 6
4.2.1 Valoración	<hr/> 6
4.2.2 Diagnósticos de Enfermería	<hr/> 14
4.2.3 Planificación	<hr/> 15
5. CONCLUSIÓN	<hr/> 24
6. BIBLIOGRAFÍA	<hr/> 25
7. ANEXOS	<hr/> 30

1. RESUMEN

Introducción: Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se caracterizan por una preocupación excesiva por la comida, el peso y la imagen corporal así como por el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso. Ocasionando un significativo deterioro del bienestar psicosocial y físico tanto de quiénes lo sufren, como de su familia y entorno más próximo.

El creciente aumento de su prevalencia sumado a la importancia de una detección precoz en el pronóstico del mismo, deriva en la necesidad de que el profesional de enfermería, desde la Atención primaria, conozca bien estas patologías y sea capaz de sospechar su diagnóstico y derivar oportunamente a equipos especializados.

Objetivo: Orientar a los profesionales de enfermería sobre las mejores decisiones en el cuidado de los pacientes con TCA, en el ámbito de la Atención Primaria.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda en diversas bases de datos además de consultarse recomendaciones y guías terapéuticas desarrolladas por diferentes instituciones. Elaborando un plan de cuidados estandarizado que se apoya en la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

Desarrollo: Se ha propuesto una valoración focalizada en la obtención de los datos más relevantes en la entrevista, seguida por el desarrollo de los dos diagnósticos principales en estos trastornos: "(00004) Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades" y "(00118) Trastorno de la imagen corporal".

Conclusión: La realización de un plan de cuidados estandarizado con la taxonomía NANDA-NOC-NIC constituye un buen método para proporcionar unos cuidados de calidad al paciente con TCA, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica enfermera y facilitando una detección precoz, fundamental en el pronóstico de estos trastornos.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Atención de Enfermería, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Atención Primaria de Salud.

2. INTRODUCCIÓN

Pese a que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no son patologías tan modernas como pudiéramos llegar a creer, lo novedoso hace referencia a la magnitud que han adquirido en la sociedad actual y el cambio de actitudes acontecido respecto a los conceptos de salud e ideal estético. En la actualidad imperan unos estándares de belleza basados en la extrema delgadez, insistentemente difundidos y sustentados por los agentes socioculturales como signos de prestigio y éxito social. Agentes entre los que cabe destacar a los medios de comunicación, por su penetración social y por la credibilidad que le otorgan los adolescentes. ^{1, 2, 3, 4}

La internalización de estos ideales supone un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal y, de forma más concreta y derivados de éstas, de los TCA. Trastornos que constituyen en la actualidad un problema de salud endémico; por su creciente incidencia, la gravedad de la sintomatología asociada, su etiología multifactorial, su resistencia al tratamiento y porque se presentan en edades cada vez más tempranas, persistiendo hasta la edad adulta. ^{1, 2, 3, 5}

Los TCA se posicionan entre los más serios trastornos mentales y tienen una morbimortalidad sustancial, la mayor de todos ellos. Además, se ha demostrado que estos pacientes tienen mayor riesgo de muerte prematura y refieren un mayor deterioro en su calidad de vida que cualquier otro trastorno psiquiátrico. ^{3, 6, 7, 8}

En España, en estos años han pasado de ser patologías poco frecuentes a cifras equiparables a las del resto de los países europeos, convirtiéndose en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia. Estimándose la prevalencia en la población adolescente femenina entre el 3.63% y 5.17% y alrededor del 0.77% en varones. Aunque esta diferencia entre ambos sexos tiende a disminuir así como la edad de presentación. ^{4, 6, 7, 9, 10}

Se consideran los TCA, según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición); la Anorexia Nerviosa (AN), la

Bulimia Nerviosa (BN) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE), siendo éste último el diagnóstico más frecuente durante la adolescencia.^{11, 12, 13}

En todos ellos se observan unos síntomas cardinales; una preocupación excesiva por la comida, el peso y la imagen corporal, así como una influencia anormal de ésta en la valoración personal. Igualmente, en todos ellos, se recurre al uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, lo que deriva en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico tanto de quiénes lo sufren, como de su familia y entorno más próximo.^{11, 12, 13, 14}

La AN se define como el “rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla”⁹. Asociado a una evaluación exagerada del propio peso o figura corporal, el individuo teme ganar peso o convertirse en obeso, lo que motiva la adopción de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, a saber: la actividad física vigorosa, la restricción drástica de la ingesta de alimentos y/o conductas purgativas. El DSM-IV especifica entre: tipo restrictivo (no se recurre a atracones o purgas) y tipo compulsivo/ purgativo (se recurre a vómitos provocados o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Suele iniciarse entre los 13 y los 18 años, dándose más del 90% de los casos en mujeres.^{10, 11, 12, 15}

Por otra parte, la BN, hace referencia a una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer. Se manifiesta por episodios de consumo excesivo de alimentos en cortos períodos de tiempo (atracones), de forma regular y frecuente, seguidos de un intenso sentimiento de culpabilidad que les conduce a conductas compensatorias (provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y/o ejercicio excesivo). Su prevalencia se ha estimado entre 1 y 2% en mujeres jóvenes (de entre 14 y 18 años) y su edad de presentación se sitúa entre los 15,7 y 18,1 años.^{9, 11}

Finalmente, los TCANE incluyen el trastorno por atracón y otros cuadros afines que no cumplen con los criterios clínicos de AN o BN. Generalmente

son cuadros de AN o BN incompletos, o por su inicio o porque están en vías de resolución, aunque no por ello menos graves.^{12, 13, 16}

En definitiva, este aumento progresivo de su prevalencia y la heterogeneidad de la población afectada, sumado a sus consecuencias para la salud potencialmente irreversibles, deriva en la necesidad de que los profesionales de la salud tengan conocimiento de estos trastornos y sean capaces de sospechar su diagnóstico y derivar oportunamente a equipos especializados. Siendo la importancia de enfermería en estos procesos muy recalcable, ya que representa el eslabón más importante en la prevención y detección precoz de los TCA. Asimismo, es indispensable en la coordinación global de todo el proceso desde principio a fin, manteniendo una relación de cercanía con la familia del paciente y sobre todo con el paciente.^{6, 17}

3. OBJETIVOS

Principal

Elaborar un plan de cuidados estandarizado que oriente a los profesionales de enfermería sobre las mejores decisiones en el cuidado de los pacientes con TCA, en el ámbito de la Atención Primaria.

Secundarios

- Aumentar la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes con TCA.
- Disminuir la variabilidad de los cuidados de enfermería en la práctica clínica, fomentando el uso de la taxonomía NANDA, NOC y NIC.
- Sensibilizar al profesional de enfermería de la magnitud de los TCA, así como de la importancia de no trivializar estos trastornos sabiendo que una intervención precoz puede frenar su desarrollo.

- Resaltar la importancia de una correcta valoración integral del paciente con TCA, además de la del profesional de enfermería dentro del equipo multidisciplinar.

4. DESARROLLO

4.1 METODOLOGÍA

Se ha realizado la estrategia de búsqueda bibliográfica utilizando un vocabulario DeCS (Descriptores de Ciencias de la salud), enfocando dicha búsqueda con la ayuda de operadores booleanos tal y como se muestra a continuación:

- Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Trastornos de la Conducta Alimentaria [AND] Atención de Enfermería
- Anorexia Nerviosa1
- Anorexia Nerviosa [AND] Atención de Enfermería
- Bulimia Nerviosa
- Eating Disorders

Habiéndose consultado para la búsqueda diversas bases de datos, seleccionando como criterio de inclusión: artículos publicados entre los años 2007 y 2015 en español o inglés. (Ver "*Tabla 1*")

Tabla 1: Bases de datos consultadas	
BASE DE DATOS	Nº DE ARTÍCULOS UTILIZADOS
Sciedirect	6
Cuiden Plus	4
Scielo	4
Dialnet	3
Pubmed	1

Además, se han consultado diversos protocolos, recomendaciones y guías terapéuticas sobre los TCA desarrolladas por sociedades científicas, hospitales, instituciones de la administración sanitaria, así como otras entidades de nuestro contexto.

La elaboración del plan de cuidados estandarizado de enfermería se ha fundamentado en el modelo de Virginia Henderson adaptado por M^a Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín y M^a Victoria Navarro Gómez. Adoptando el modelo por patrones funcionales de Marjory Gordon en la valoración. Para finalizar, en la formulación de los problemas, la elaboración y desarrollo de los Diagnósticos Enfermeros se ha aplicado:

- Taxonomía II de NANDA Internacional 2012-2014.
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC).
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

4.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La elaboración del plan de cuidados se ha fundamentado en el modelo de Virginia Henderson.¹⁸

4.2.1 Valoración

El acceso normal de los TCA al sistema sanitario se produce a través de los Equipos de Atención Primaria. Por ello es imprescindible el conocimiento de una serie de pautas generales, especialmente la población de máximo riesgo (Ver "*Tabla 2*" y "*Tabla 3*"), que pueden orientar sobre la sospecha de un TCA. Favoreciendo una detección precoz, fundamental en su pronóstico.^{19, 20}

Desde Atención Primaria, cualquier cita debe ser considerada como una oportunidad en la detección de riesgos asociados a estas conductas (inicio de dietas restrictivas, uso de laxantes...).^{19, 20, 21, 22}

Tabla 2: Recomendaciones generales¹⁹

- Para que la detección de los TCA en Atención Primaria (AP) sea eficaz hay que realizarla dentro de las actividades habituales de la consulta y en un período lo más corto posible.
- Hay que prestar especial atención a la población de riesgo.
- Realizar un primer screening con una o 2 preguntas simples:
 - ¿Piensas que puedes tener algunos problemas relacionados con la alimentación?
 - ¿Te parece que te preocupas demasiado por cuestiones relacionadas con tu peso?
- Valorar la utilización de un instrumento de screening, el EAT-26 (Ver “Anexo 1: Test recomendados para la valoración”)

Tabla 3: Población de riesgo a evaluar especialmente¹⁹

- Pacientes con IMC bajo.
 - Un IMC < de 18 en una persona adolescente nos debería obligar a descartar un cuadro de AN.
 - No sucedería lo mismo en el caso de un BN ya que el IMC puede ser normal.
- Pacientes que consultan por temas relacionados con el peso y que no estén en relación con sobrepeso u obesidad.
- Mujeres con alteraciones menstruales o amenorrea.
- Pacientes con síntomas gastrointestinales inespecíficos.
- Pacientes con signos clínicos de desnutrición.
- Pacientes con vómitos repetidos.
- Niños con retraso del crecimiento.
- Diabéticos jóvenes con poca adherencia al tratamiento.

La multicausalidad y las repercusiones multisistémicas que caracterizan a estos trastornos, conllevan a que, en base a la valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon, se puedan observar alteraciones en todos ellos.¹⁵

La siguiente guía de valoración focalizada orienta sobre la obtención de todos los datos posibles para realizar una correcta historia clínica del paciente con TCA, ayudando a discriminar entre las distintas patologías que los componen.

Especificando los aspectos más relevantes a valorar en cada patrón, así como los diagnósticos de enfermería derivados de las alteraciones de éstos y los test de recomendada aplicación (se resaltan en negrita los diagnósticos principales que se desarrollarán posteriormente).

Los datos a valorar de cada patrón deben ser trasladados a la entrevista clínica con respeto y sin agresividad hacia el paciente o familiar, de forma clara y sencilla.^{15, 20}

❖ **Patrón 1: percepción-manejo de la salud**

Generalmente carecen de conciencia de enfermedad, esto repercute en que no identifiquen las consecuencias negativas del trastorno, tampoco la necesidad de seguir un tratamiento ni los beneficios de este. Por ello, el papel de la familia/pareja/cuidador es fundamental para favorecer la adherencia al tratamiento.^{16, 19, 20}

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 2: Valoración Patrón 1")^{16, 19, 20, 22}

- Percepción de su estado de salud/Conciencia de enfermedad.
- Motivación para el cambio de actitud y conductas.
- Últimas revisiones, citas médicas, analíticas.
- Patologías que tienen más miedo de padecer.
- Historia de consumo de medicamentos y tóxicos.
- Uso de cosméticos, "curativos".

➤ *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23}:

1. Gestión ineficaz de la propia salud (00078)
2. Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar (00080)

❖ **Patrón 2: nutricional-metabólico**

Es el patrón que más alteración sufre en estos pacientes, especialmente en el caso de la Anorexia Nerviosa. La alimentación no representa el principal problema, entendiendo por principal la causa. Sin embargo, ésta se sitúa en el primer plano y a medida que la gravedad del caso aumenta, se deben

priorizar los cuidados nutricionales como los principales o incluso los únicos.
20, 24

Es de vital importancia que la información recogida se ajuste lo máximo posible a la realidad, empatizando con el paciente, para que sea capaz de contar cuál es su forma de "relacionarse con la comida".²⁰

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 3: Valoración Patrón 2")^{16, 19, 20, 22, 24}

- Historia en relación con su peso.
 - Tipo de alimentación que lleva.
 - Hábitos en la preparación de la comida.
 - Hábitos sociales alrededor de la comida.
- *Test recomendados*^{16, 19, 20, 22}: EAT 26 (Ver "Anexo 1: Test recomendados para la valoración")
- *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23}:
- 1. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002)**
2. Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025)
 3. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)
 4. Perfusion tisular periférica ineficaz (00204)
 5. Déficit de autocuidado: Alimentación (00102)

❖ Patrón 3: eliminación

La alteración del patrón de eliminación se relaciona con el uso que hacen de las conductas purgativas y en la inestabilidad originada cuando se producen abundantes cambios en el ritmo intestinal o ayunos prolongados.^{16, 20}

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 4: Valoración Patrón 3")^{16, 19, 20, 22}

- Hábito de eliminación urinaria y hábito intestinal.
- Conductas purgativas.
- Actitudes ante la deposición.
- Valoración a la familia/pareja/cuidador.

➤ *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23:}

1. Estreñimiento (00011)
2. Diarrea (00013)

❖ **Patrón 4: actividad-ejercicio**

El ejercicio en exceso forma parte de las conductas purgativas y, por tanto, lo van a desarrollar más o menos en función de su sentimiento de culpabilidad o su autoestima-autopercepción del momento.^{19, 20, 22, 24, 25}

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 5: Valoración Patrón 4")^{16, 19, 20, 22, 25}

- Ejercicio físico que realizan.
- Actividades de la vida diaria.
- Autopercepción de la propia capacidad para realizar actividad física.
- Actividad laboral o escolar.
- Valoración a la familia/pareja/cuidador.

➤ *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23:}

1. Fatiga (00093)
2. Retraso en el crecimiento y desarrollo (00111)
3. Déficit de autocuidado: Vestido (00109)
4. Planificación ineficaz de las actividades (0199)

❖ **Patrón 5: sueño-descanso**

Tienen ciclos de vigilia muy continuados debido al miedo a dormir, las pesadillas o el pensamiento único sobre la comida que impide conciliar el sueño. Experimentan un sueño de predominio superficial, así como frecuentes despertares nocturnos.^{20, 22}

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 6: Valoración Patrón 5")^{16, 19, 20, 22}

- Horas de sueño.
- Facilidad para conciliar el sueño.
- Calidad del sueño.
- Periodos de descanso durante el día.
- Despertares nocturnos.

- Valoración a la familia/pareja/cuidador.
- *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23:}
1. Trastorno del patrón de sueño (00198)

❖ **Patrón 6: cognitivo-perceptivo**

Está muy extendida en la población la relación de estas personas con altos coeficientes intelectuales, pero más que señalar el nivel de inteligencia, lo resaltante es el nivel de competitividad y perseverancia, que les lleva a la consecución de metas muy altas gracias a su capacidad de sacrificio.²⁰

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 7: Valoración Patrón 6")^{16, 19, 20, 22}

- Percepción de la propia imagen.
- Nivel de estudios.
- Capacidad de concentración.
- Objetivos a nivel de estudios o trabajo.
- Tiempo de dedicación al trabajo o estudio.
- Otras habilidades artístico-manales.
- Valoración a la familia/pareja/cuidador.

- *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23:}
1. Trastorno de la percepción sensorial (visual) (00122)
 2. Conocimientos deficientes (00126)

❖ **Patrón 7: autopercepción-autoconcepto**

Este patrón es, junto con el patrón de alimentación, el que más alterado está. Estos pacientes son incapaces de percibir su físico tal y como es, sufren una distorsión de la realidad hacia ellos mismos. Es muy útil apoyarse en los test, como el propuesto a continuación, para observar objetivamente cómo se valora el paciente.^{20, 22}

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 8: Valoración Patrón 7")^{16, 19, 20, 22}

- ¿Cómo se ve/autodescribe físicamente?
- ¿Cómo se autodescribe emocional-sentimentalmente?

- Problemas al comprar la ropa.
 - Miedos y fobias.
 - Conductas auto-agresivas realizadas o no realizadas, ideas suicidas.
 - Valoración a la familia/pareja/cuidador.
- *Test recomendados*^{16, 20}: Test de BSQ (Ver "Anexo 1: Test recomendados para la valoración")
- *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23}:
1. **Trastorno de la imagen corporal (00118)**
 2. Desesperanza (00124)
 3. Trastorno de la identidad personal (00121)
 4. Baja autoestima crónica (00119)

❖ **Patrón 8: rol-relaciones**

Las actitudes a la hora de relacionarse con los demás, de asumir sus roles en el entorno familiar, social, laboral o escolar informarán sobre su capacidad de resolución del conflicto interno.^{20, 22}

Suelen adoptar roles que no les corresponden, como intentar ejercer el rol materno para controlar la alimentación, y dejar a la madre bajo su control y no al revés.^{16, 20, 22}

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 9: Valoración Patrón 8")^{16, 19, 20, 22}

- Núcleo familiar.
 - Relaciones sociales.
 - Cambios en las relaciones.
 - Valoración a la familia/pareja/cuidador.
- *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23}:
1. Desempeño ineficaz del rol (00055)
 2. Procesos familiares disfuncionales (00063)
 3. Riesgo de violencia autodirigida (00140)
 4. Cansancio del rol de cuidador (00061)
 5. Deterioro de la interacción social (00052)

6. Riesgo de suicidio (00150)

❖ **Patrón 9: sexualidad-reproducción**

La valoración de este patrón se debe centrar en los datos ginecológicos, muy representativos de las repercusiones de estas patologías. Especialmente la amenorrea, una de las numerosas repercusiones endocrinológicas en estos trastornos.^{19, 20}

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 10: Valoración Patrón 9")^{16, 19, 20, 22}

- Datos ginecológicos.
- Historia obstetricia.
- Vida sexual

➤ *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23}:

1. Disfunción sexual (00059)
2. Patrón sexual ineficaz (00065)

❖ **Patrón 10: adaptación-tolerancia al estrés**

La adaptación a las nuevas situaciones, a situaciones de estrés, y de su nivel de estrés actual, son cuestiones muy significativas, ya que son pacientes que suelen tener una inadecuada liberación del estrés.²⁰

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 11: Valoración Patrón 10")^{16, 19, 20, 22}

- Adaptación/tolerancia ante el estrés.
- Valoración a la familia/pareja/cuidador.

➤ *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23}:

1. Afrontamiento ineficaz (00069)
2. Negación ineficaz (00072)

❖ **Patrón 11: valores-creencias**

Se debe obtener información sobre sus referentes en la vida, el valor que le da a la moda, la estética, si para él/ella es algo sobre lo que ha de girar

toda su capacidad vital. Identifican la delgadez con la aceptación social y el éxito.²⁰

Áreas a explorar: (Ver "Anexo 12: Valoración Patrón 11")^{16, 19, 20, 22}

- Valores importantes en su vida
- *Diagnósticos de Enfermería*^{20, 23}:
1. Sufrimiento espiritual (00066)

4.2.2 Diagnósticos de Enfermería

Como ya se ha descrito anteriormente, los TCA producen repercusiones multisistémicas, siendo numerosos los diagnósticos de enfermería que se derivan de ellas. La intervención de enfermería en el abordaje de estos trastornos se debe centrar en dos diagnósticos principales: "(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades" (Ver "Tabla 4") y "(00118) Trastorno de la imagen corporal" (Ver "Tabla 5").^{20, 21}

Tabla 4: Descripción del diagnóstico "(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades"²³	
Dominio 2: Nutrición	Clase 1: Ingestión
Definición:	
Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.	
r/c factores psicológicos (restricción de alimentos autoimpuesta)	
Características Definitorias:	
<ul style="list-style-type: none">• Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal (IMC <17,5 para la anorexia, <19 población sin patología).• Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.• Palidez de las conjuntivas y mucosas, caída excesiva de pelo, fragilidad capilar.• Atracón o sensación de saciedad inmediatamente después ingerir alimentos.• Dolor cólico abdominal, diarrea o esteatorrea, ruidos abdominales hiperactivos.	

Tabla 5: Descripción del diagnóstico “(00118) Trastorno de la imagen corporal”²³

Dominio 6: Autopercepción	Clase 3: Imagen Corporal
Definición:	
Confusión en la imagen mental del yo físico. r/c cognitivos, perceptuales, culturales (percepción errónea sobre la silueta y/o sentimientos negativos sobre su cuerpo)	
Características Definitorias: <ul style="list-style-type: none">• Expresa tener percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo.• Expresa tener percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia personal.• Ocultamiento o exposición excesiva (intencionada o no) de una parte corporal, (muslos, tripa, cadera).• Miedo a la reacción de otros.• Rechazo a verificar un cambio real, preocupación con el cambio, centrar la atención en el aspecto anterior.• Sentimientos negativos sobre el cuerpo.	

4.2.3 Planificación

4.2.3.1 Planificación en el diagnóstico “(00004) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades”

Los resultados de enfermería (NOC) esperados en este diagnóstico son: “Control de peso” y “Estado nutricional”, siendo las intervenciones de enfermería (NIC) más relevantes para la consecución de éstos (se resaltan en negrita en la Tabla 6): “Ayuda a ganar peso”, “Monitorización nutricional”, “Manejo de los trastornos de la alimentación” y “Manejo de la nutrición”. (Ver “Tabla 6”) ^{16, 19, 20, 22}

Tabla 6: Clasificación de resultados e intervenciones de enfermería en el diagnóstico “(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades”^{26, 27}

NOC	NIC
1612- Control de peso	<ul style="list-style-type: none">• Ayuda a ganar peso

Continuación Tabla 6	
1612- Control de peso	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización nutricional • Manejo de los trastornos de la alimentación • Modificación de la conducta • Acuerdo con el paciente
1004- Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Etapas de la dieta • Manejo de la nutrición • Monitorización de signos vitales

Para valorar la consecución de los objetivos propuestos se concretan unos indicadores de resultado para cada NOC. (Ver "Tabla 7")

Tabla 7: Indicadores en el Diagnóstico de Enfermería “Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002)”^{20, 26}	
NOC: CONTROL DEL PESO (1612)	
161202	Mantiene una ingestión calórica diaria optima
161203	Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica
161204	Selecciona comida y aperitivos nutritivos
161207	Mantiene un patrón alimentario recomendado
161208	Retiene las comidas ingeridas
161212	Busca ayuda profesional cuando es necesario
161214	Identifica situaciones sociales que afectan a la ingesta alimentaria
161215	Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta alimentaria
161216	Planifica estrategias para situaciones que afectan a la ingesta alimentaria
162117	Controla la preocupación por la comida
161218	Controla la preocupación por el peso
161219	Expresa una imagen corporal realista
161220	Demuestra progreso hacia el peso objetivo
161221	Alcanza el peso optimo

Continuación Tabla 7	
NOC: ESTADO NUTRICIONAL (1004)	
100401	Ingestión de nutrientes
161222	Mantiene el peso optimo
NOC: ESTADO NUTRICIONAL (1004)	
100402	Ingestión alimentaria
100405	Relación peso/ Talla
100408	Ingestión de líquidos
100409	Hematocrito

Las intervenciones de enfermería (NIC) se delimitarán mediante la realización de una serie de actividades. (Ver "Tabla 8")

Tabla 8: Actividades de enfermería más relevantes en el diagnóstico
"(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades" ^{19, 20, 22}
NIC - MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL (1160)
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener control del peso periódico (de manera semanal al principio), vigilando pérdidas y ganancias. • Controlar la actividad física diaria: ejercicio y gasto energético en actividades de la vida diaria. • Analizar con el cuidador la respuesta emocional del paciente ante los momentos de la alimentación, qué actitudes desarrolla, selección y preferencias de la comida. • Vigilar signos físicos de malnutrición: piel seca, descamada, despigmentación, turgencia de la piel, problemas en las encías (inflamación, hemorragias, llagas en la boca) signos de anemia (palidez, enrojecimiento, y sequedad del tejido conjuntivo) uñas (quebradizas, en cuchara, aristas), boca con labios agrietados, enrojecidos inflamados, color de la lengua.
NIC - AYUDA PARA GANAR PESO (1240)
<ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente a intervalos determinados y determinar si es conveniente el conocimiento del peso.

Continuación Tabla 8
NIC - AYUDA PARA GANAR PESO (1240)
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente y familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y la posibilidad de ganar peso. • La dieta inicial mínima de 1000 a 1500 calorías se va aumentando hasta cubrir necesidades, respetando el número y horario de comidas. Se hará control del peso, promoviendo una ganancia semanal adecuada, eliminando el ejercicio físico inicialmente e introduciéndolo progresivamente. • Crear un clima acogedor alrededor de la mesa, y presentar la comida de forma atractiva, y variada, preferiblemente no deben comer solos.
NIC - MANEJO DE LA NUTRICIÓN (1100)
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las preferencias alimentarias del paciente con TCA, (puede ser más productivo que coma una verdura en gran cantidad más condimentada o adornada que un plato de potaje, por lo que para ellos representa mentalmente). • Fomentar el equilibrio de nutrientes y explicarles por qué deben de ingerir unas cantidades al día mínimas, y los beneficios de hacerlos de forma natural y no en pastillas (hierro, calcio, proteínas, vitamina C, fibra) (Ej. El calcio en las personas con anorexia por los casos de osteoporosis precoces) Realizar una lista de tentempiés adecuada para los momentos de ocio, entre comidas (casa, trabajo, escuela). • Rellenará un diario de comidas que tiene que hacer el paciente y que hemos de comprobar con él y su cuidador, valorando la veracidad de los contenidos.
NIC - MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (1030)
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un plan de tratamiento multidisciplinar e implicar al paciente y /o cuidador (madre, padre, hermano, pareja...)

Continuación Tabla 8
NIC - MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (1030)
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un peso adecuado como objetivo, con el paciente y el equipo; así como el ritmo de ganancia de peso, tipo de dieta a seguir y actividad física, valorando su capacidad actual para realizar los cambios en la nutrición, sus preferencias en alimentos y ejercicios, manteniendo siempre que sea posible su entorno habitual. • Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con el paciente y /o cuidador. • Definir la forma de control de peso: exclusivamente en la consulta, frecuencia (p.ej. semanal, horario similar, ropa de peso,...) • Utilizar técnicas de modificación de la conducta para promover conductas que contribuyan a la ganancia de peso y limitar las que llevan una pérdida de peso. Utilizar refuerzos positivos ante las conductas adecuadas y pactadas (p ej.: restringir la disponibilidad de comida, establecer comidas programadas, servir los platos de antemano). • Animar al paciente a llevar un diario con sus sentimientos, circunstancias del entorno que hacen realizar conductas anómalas (purgas, vómitos, ejercicio excesivo) • Ayudar al paciente y familia a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los TCA. • Iniciar el mantenimiento del tratamiento cuando el paciente haya conseguido el peso marcado como objetivo y haya demostrado conductas de alimentación deseadas durante el tiempo establecido

4.2.3.2 Planificación en el diagnóstico "(00118) Trastorno de la Imagen Corporal"

Los resultados de enfermería (NOC) esperados en este diagnóstico son: "Imagen corporal", "Autoestima", "Desarrollo infantil: Adolescencia" y "Modificación psicosocial: Cambio de vida", siendo las intervenciones de

enfermería (NIC) más relevantes para la consecución de éstos (se resaltan en negrita en la tabla 7): “Apoyo emocional”, “Potenciación de la imagen corporal”, “Aumentar el afrontamiento”. (Ver “*Tabla 9*”) ^{16, 19, 20, 22}

**Tabla 9: Clasificación de resultados e intervenciones de enfermería en el diagnóstico
“(00118) Trastorno de la imagen corporal”** ^{26, 27}

NOC	NIC
1200- Imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo emocional Grupo de apoyo Potenciación de la imagen corporal Terapia de grupo
1205- Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> Potenciación de la autoestima
0109- Desarrollo infantil: Adolescencia (12-17 años)	<ul style="list-style-type: none"> Educación paterna: adolescentes Fomento del desarrollo: adolescentes
1305- Modificación psicosocial: Cambio de vida	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar el afrontamiento Guía de anticipación

Para valorar la consecución de los objetivos propuestos se concretan unos indicadores de resultado para cada NOC. (Ver “*Tabla 10*”)

Tabla 10: Indicadores en el Diagnóstico de Enfermería “Trastorno de la imagen corporal (00118)” ^{20, 26}	
NOC: IMAGEN CORPORAL (1200)	
120001	Imagen interna de sí mismo
120002	Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal
120005	Satisfacción con el aspecto corporal
120007	Adaptación a cambios en el aspecto físico
NOC: AUTOESTIMA (1205)	
120501	Verbalización de autoaceptación
120505	Descripción del yo

Continuación Tabla 10	
120514	Aceptación de críticas constructivas
120515	Voluntad de enfrentarse a los demás
120519	Sentimientos sobre su propia valía personal
NOC: DESARROLLO INFANTIL: ADOLESCENCIA (entre 12 y 17 años) (0109)	
010904	Utiliza habilidades de interacción social
010905	Utiliza habilidades de resolución de conflictos
010911	Manifiesta autosuficiencia
010912	Manifiesta niveles progresivos de autonomía
010913	Describe el esquema de valores personales
010916	Rinde en la escuela al nivel de su capacidad
NOC: MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA (1305)	
130501	Establecimiento de objetivos realistas
130504	Expresiones de utilidad
130505	Expresiones de optimismo sobre el presente
130506	Expresiones de optimismo sobre el futuro
130507	Expresiones de sentimientos permitidos
130508	Identificación de múltiples estrategias de superación
130509	Uso de estrategias de superación efectivas
130511	Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida
130512	Expresiones de sentimientos socializados
130514	Participación en aficiones recreativas

Las intervenciones de enfermería (NIC) se delimitarán mediante la realización de una serie de actividades. (Ver "Tabla 11")

TABLA 11: Actividades de enfermería más relevantes en el diagnóstico "(00118) Trastorno de la imagen corporal)"^{19, 20, 22}
NIC – APOYO EMOCIONAL (5270)
<ul style="list-style-type: none"> Explorar las experiencias emocionales con el paciente, ayudarle a que exprese sus sentimientos (principalmente: ira, tristeza, culpa, vergüenza), qué desencadena las

Continuación Tabla 11
NIC – APOYO EMOCIONAL (5270)
<p>...emociones, qué mecanismos de defensa utiliza, y para qué pueden servir estas reacciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer contacto con el paciente para proporcionarle apoyo, favorecer el llanto o la conversación para disminuir la respuesta emocional, y darle seguridad durante los periodos más bajos o de mayor ansiedad.
NIC – POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL (5220)
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer juicios más flexibles y positivos respecto de sí mismo. • Ayudarle a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal. • Ayudar a discutir los cambios causados por la pubertad. • Ayudar a identificar las partes de su cuerpo sobre las que tiene una percepción positiva. • Hablar sobre el ideal masculino y femenino y los estereotipos culturales y hacer crítica sobre ellos. • Observar cómo se comunica el paciente: sus frases de autocritica, las frases para identificar su imagen corporal, sobre todo de las partes más criticadas (caderas, muslos, abdomen), y devolver esa información al paciente. • Utilizar dibujos, tanto a pequeña escala como a tamaño natural, para discutir su percepción con la realidad. • Determinar si este cambio en la imagen corporal ha supuesto un aislamiento social. • Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto: estilo de ropa, arreglo personal, cambio de imagen (pelo, maquillaje...). • Ejercicios en grupo de pacientes con TCA, para abordar los atributos físicos normales.

Continuación Tabla 11 NIC – AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO (5230)
<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la implicación familiar, desarrollando un proceso de acepción del problema en la familia, hablando del problema con la paciente. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad, ayudarle a entender el TCA como enfermedad, desde un enfoque sereno de aceptación, desarrollando una visión objetiva del problema. • Proporcionarle información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como de los cuidados de enfermería. • Fomentar el desarrollo de relaciones, tanto dentro de los grupos de autoayuda de TCA como fuera, sobre todo con personas que hayan pasado positivamente por un TCA (alentar la lectura de libros de memorias). • Favorecer salidas constructivas de la ira y la hostilidad. Apoyando mecanismos de defensa adecuados, describiendo consecuencias de los comportamientos con ira (atracones), culpa (soledad), vergüenza (vómito, ayunos). • Potenciar la implicación familiar, desarrollando un proceso de acepción del problema en la familia, hablando del problema con la paciente.

5. CONCLUSIÓN

El papel del profesional de enfermería, en el marco de la Atención Primaria, resulta imprescindible en abordaje de los TCA. Especialmente en la detección precoz ya que es, en la mayoría de los casos, el profesional que les brinda la puerta de entrada a los servicios de salud.

De este modo, es conveniente que estos profesionales dispongan de una guía, especialmente enfocada en una valoración integral, que permita sospechar estas patologías y actuar precozmente ante la mínima conducta de riesgo observada. Siendo un plan de cuidados estandarizado la herramienta idónea para proporcionar unos cuidados basados en la mejor evidencia, que apoyándose en el uso de la taxonomía NANDA, NOC y NIC, disminuya la variabilidad clínica.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Lázaro PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia. 2^a ed corregida y ampliada Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. Arbada; 2001
2. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PA. Imagen corporal; revisión bibliográfica. Revista Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2013 [consulta el 26 de Diciembre de 2015]; 28(1):27-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112013000100004&script=sci_arttext
3. Plaza J. La difusión mediática del 'anhelo de delgadez': un análisis con perspectiva de género. Icono [Internet]. 2010 [consulta el 26 de Diciembre de 2014]; 8(3): 62-83. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3733323>
4. Romanillos Vildaña T. Trastornos de la conducta alimentaria y medios de comunicación. FMC [Internet]. 2014 [consulta el 27 de Diciembre de 2014]: 21 (9): 517-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207214708370>
5. Moreno González MA, Ortiz Viveros GR. Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. Terapia psicológica [Internet]. 2009 [consulta el 3 de Enero de 2015]; 27(2):181-190. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082009000200004&script=sci_arttext
6. Haro Lorente JM. Revisión bibliográfica de trastornos de la conducta alimentaria de reciente aparición. Revista Paraninfo Digital [Internet]. 2014 [consulta el 3 de Enero de 2015]; 20. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/203.php>

7. Pedreira Massa JL, Blanco Rubio V, Pérez-Chacón MM, Quirós S. Psicopatología en la adolescencia. Medicine [Internet]. 2014 [consulta el 5 de Enero de 2015]; 11(61): 3612-21. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708212>
8. Córdoba Caro LG, Luengo Pérez LM, Feu S, García Preciado V. Satisfacción con el peso y rasgos de trastorno del comportamiento alimentario en secundaria. Anales de Pediatría [Internet]. 2014 [consulta el 21 de Febrero de 2015]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.06.005>
9. Castro-Fornieles J. Panorama actual de los trastornos de la conducta alimentaria. Endocrinología y Nutrición [Internet]. 2015 [consulta el 5 de Enero de 2015]; 1-3. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575092215000224>
- 10.Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
- 11.Delgado Rodríguez I, Arroyo Rodríguez A, Baca Bocanegra M, Lora Martín D. Redes de apoyo social en los cuidados de enfermería en la anorexia nerviosa. Revista Paraninfo Digital [Internet]. 2014 [consulta el 7 de Enero de 2015]; Año VIII (20): 1-7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/358.pdf>
- 12.Portela de Santana M.L., da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2012 [consulta el 7 de Enero de 2015]; 27 (2): 391-401. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/08_revision_07.pdf
- 13.Gómez del Río, N, Castro Molina F.J, Monzón Díaz J, García Parra E, Monzón Díaz G, Quintero Febles J.M, Atención enfermera en el cuidado de

adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Revista Presencia [Internet]. 2013 [consulta el 20 de Enero de 2015]; 9: 17-18. Disponible en: <http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=3&url=/presencia/n17-18/p9156.php>

14. López C, Treasure J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. Rev. Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2011 [consulta el 6 de Enero de 2015]; 22(1): 85-97. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703960>

15. Lambruschini Ferri N, Leis Trabazo R, Madruga Acerete D. Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. En: SEGHNP-AEP editores. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición en pediatría. Madrid: Línea Pediatría; 2010. p. 325-340.

16. Arrufat FJ, Badia G, Benítez D, Cuesta L, Duño L, Estrada MD et al. Guía práctica clínica sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Generalitat de Catalunya Departament de Salut Barcelona [Internet]. 2009 [consulta el 29 Enero de 2015]. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_trastor_cond_alim_aatrm-09.pdf

17. 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. Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012 [consulta el 12 de Enero de 2015]; 23(5): 579-591. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703528>

- 18.Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XX. 3a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.
- 19.Martínez Larrea A, Aguinaga Aguinaga M, Ardazan Aicua E, López Garnica R, Pacual Pascual P, Royo Moya J et al. Recomendaciones del grupo técnico de trabajo sobre los trastornos de comportamiento alimentario-Navarra, 2007 [Monografía en Internet]. Gobierno de Navarra. Departamento de salud. Servicio de Docencia, Investigación y Desarrollo Sanitarios; 2007 [consulta el 12 de Febrero de 2015]. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B29F9023-587E-4AC9-8CBC-61E07505D3F7/147810/trastornos_alimentarios1.pdf
- 20.Peláez Rodríguez L, Nieto García E, García Pérez C, Casado Lollano A. Guía de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria. 2ª ed. España: FAECAP editores; 2009.
- 21.Garcia-Campayo J, Cebolla A, Baños RM. Trastornos de la conducta alimentaria y atención primaria: el desafío de las nuevas tecnologías. Elsevier [Internet]. 2014 [consulta el 22 de Febrero de 2015]; 46(5): 229-230. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714000286>
- 22.Guía práctica clínica de los trastornos de conducta alimentaria. Murcia: Subdirección General de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud; 2005.
- 23.Nanda internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. 1ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2012-14
- 24.Perea-Baena JM, Sánchez Gil ML. Estudio preliminar de un cuestionario de valoración de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Enfermería Docente [Internet]. 2007 [consulta el 20 de febrero de 2015]; 86: 8-12. Disponible en: <http://www.index-f.com/new/cuiden/resultados.php>

- 25.Jáuregui Lobera I, Estébanez Humanes S, Santiago Fernández MJ. Ejercicio físico, conducta alimentaria y patología. ALAN [Internet]. 2008 [consulta el 13 de Febrero de 2015]; 58(3): 280-285. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/php/86-8.php>
- 26.Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4^a Ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
- 27.Dochterman JM, Butcher HK, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5^a Ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2010.

7. ANEXOS

ANEXO 1: Test recomendados para la valoración

- ❖ TEST 1: FAT-26 (Eating Attitudes Test) – Cuestionario de actitudes ante la alimentación^{16, 19, 20, 22}

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

1. Me gusta comer con otras personas. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
2. Procuro no comer aunque tenga hambre **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
3. Me preocupo mucho por la comida. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
4. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc.). **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
9. Vomitó después de haber comido. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
10. Me siento muy culpable después de comer. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
15. Tardo en comer más que las otras personas. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
16. Procuro no comer alimentos con azúcar. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
17. Como alimentos de régimen. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
18. Siento que los alimentos controlan mi vida. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
19. Me controlo en las comidas. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
20. Noto que los demás me presionan para que coma. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
23. Me comprometo a hacer régimen. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
24. Me gusta sentir el estómago vacío **3A 2B 1C 0D 0E 0F**
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas. **0A 0B 0C 1D 2E 3F**
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas. **3A 2B 1C 0D 0E 0F**

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

❖ TEST 2: *Test de BSQ. Body Shape Questionnaire* ^{16, 20}

1: Nunca / **2:** Raramente / **3:** Algunas veces / **4:** A menudo / **5:** Muy a menudo / **6:** Siempre

1. ¿Se sintió enfadada al hacer examen sobre su figura?
2. ¿Se sintió tan preocupada por su figura que pensó que debería ponerse a dieta?
3. ¿Pensó que sus nalgas, caderas o muslos eran demasiado grandes en relación al resto de su cuerpo?
4. ¿Sintió temor a volverse gorda (o a engordar)?
5. ¿Se sintió preocupada porque su carne no era lo bastante firme?
6. La sensación de plenitud (por ej. después de una comida abundante) le hizo sentirse gorda?
7. ¿Se sintió tan mal en relación con su figura que tuvo que gritar?
8. ¿Evitó el correr a causa de que su carne podía tambalearse?
9. ¿El hecho de estar junto a una mujer delgada le hizo a usted tomar conciencia sobre su figura?
- 10.¿Se sintió preocupada sobre la parte de sus muslos que quedan visibles al sentarse?
- 11.¿El hecho de comer incluso una pequeña cantidad de comida le hizo a usted sentirse gorda?
- 12.¿El hecho de tener conocimiento de la figura de otra mujer le hizo sentir la suya comparada desfavorablemente?
- 13.¿El hecho de pensar sobre su figura interfirió en su capacidad para concentrarse (por ej. mientras veía la televisión, leía o escuchaba una conversación)
- 14.¿El estar desnuda (por ej. al tomar un baño) le hizo sentirse gorda?
- 15.¿Evitó ponerse ropas que realzaban su figura corporal?
- 16.¿Imaginó el desprenderse de determinadas zonas de su cuerpo?
- 17.¿El hecho de comer pasteles, caramelos u otros productos de valor calórico le hizo a usted sentirse gorda?

- 18.¿No asistió a reuniones sociales (por ej. fiestas) a causa de que se sintió mal con su figura?
- 19.¿Se sintió excesivamente gruesa y rechoncha?
- 20.¿Se sintió avergonzada de su cuerpo?
- 21.¿La preocupación sobre su figura le hizo estar a dieta?
- 22.¿Se sintió más feliz con su figura cuando su estómago estaba vacío (por ej. por la mañana)?
- 23.¿Pensó que la causa de su figura era la falta de autocontrol?
- 24.¿Se sintió preocupada porque otras personas vieran michelines en su cintura o estómago?
- 25.¿Sintió que no es justo que otras mujeres sean más delgadas que usted?
- 26.¿Vomitó con la intención de sentirse más ligera?
- 27.¿En compañía de otras personas, se sintió preocupada por el hecho de ocupar demasiado espacio (por ej. sentada en un sofá o en el asiento del autobús)?
- 28.¿Se sintió preocupada por el hecho que se le formen hoyuelos en la piel?
- 29.¿El verse reflejada (por ej. en un espejo o un escaparate) le hizo sentirse mal con su figura?
- 30.¿Pellizcó zonas de su cuerpo para ver cuanta grasa contienen?
- 31.¿Evitó situaciones donde otras personas podrían haber visto su cuerpo (por ej. vestuarios comunitarios o piscinas)?
- 32.¿Tomó laxantes para sentirse más ligera?
- 33.¿Tomó especial conciencia de su figura en compañía de otras personas?
- 34.¿La preocupación sobre su figura le hizo sentir que debía hacer ejercicio?

TOTAL: No se han establecido puntos de corte pero las puntuaciones elevadas en el BSQ reflejan un posible trastorno del esquema corporal resulta una herramienta útil para el screening de TCA.

ANEXO 2:
Valoración Patrón 1 "Patrón de percepción-manejo de la salud" 16, 19, 20, 22

ÁREAS A EXPLORAR	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Percepción de su estado de salud - ¿Qué enfermedades padecen o creen que padecen?		<ul style="list-style-type: none"> • Se dan casos de fracturas por estrés, malnutrición. • No suelen tener conciencia de enfermedad.
Conciencia de enfermedad		
Motivación para el cambio de actitud y conductas		<ul style="list-style-type: none"> • Niegan que estén enfermos, y difícilmente seguirán un tratamiento.
Últimas revisiones, citas médicas, analíticas	<i>Explorar:</i> – ¿Cuándo y para qué han sido?	
Patologías que tienen más miedo de padecer	<i>Explorar:</i> – ¿Qué valoración tienen respecto a los TCA como tipo de enfermedad?	
Medicamentos que consume de forma habitual o esporádica -Prescritos por patologías diagnosticadas -Otros medicamentos, o productos de parafarmacia, herbolario, chicles, sustitutivos	<ul style="list-style-type: none"> • Para aumentar la motilidad intestinal. • Para mantener una mayor actividad: intelectual, social, física. • Para favorecer la velocidad de la digestión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para controlar el apetito. • Para provocar el vómito. • Para aumentar la diuresis.
Consumo de sustancias nocivas-hábitos tóxicos -Habits del consumo de tóxicos -Inicio, tiempo de abuso, criterios de dependencia, contexto	Alcohol, Hachís, Otros... <ul style="list-style-type: none"> • Estimulantes • Cocaína 	
Uso de cosméticos, "curativos"	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de tratamientos antcelulíticos, métodos de cuidados corporales no precisados, deseos de cirugías plásticas. 	

ANEXO 3:
Valoración Patrón 2 “Patrón nutricional – metabólico” 16, 19, 20, 22, 23

ÁREAS A EXPLORAR	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Historia en relación con su peso	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Peso actual, talla actual /IMC /Peso hace 1 año.</i> – <i>Evolución del peso en los últimos años.</i> – <i>Medidas antropométricas: (pecho, cintura, cadera).</i> – <i>Forma de controlar el peso: En báscula (privada o pública)/ Periodicidad: diariamente, varias veces al día...</i> 	
Tipo de alimentación que lleva	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Tiempo que lleva restringiendo su alimentación.</i> • Se someten a dietas estrictas y monótonas. • Pudiendo incluso llegar a la restricción hídrica. • Se someten a dietas especiales y extrañas, restrictivas y absurdas. • Se alimentan a base de ínfimas cantidades. • Ingesta lenta, oculta o tira la comida. 	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Tiempo que lleva haciendo dieta.</i> – <i>Dietas milagros que ha seguido en su vida.</i> – <i>Alimentos prohibidos por el/la paciente, cuales restringió primero.</i> – <i>Alimentos permitidos, y que considera inocuos para su situación.</i> – <i>Alimentos con los que se excede con mayor facilidad, o con los que realizar atracones que no puede controlar.</i> – <i>Con qué alimentos se siente más culpable al comerlos</i> • Ingestión de grandes cantidades de agua, leche, café y bebidas light. • Consumo intensivo de chicles sin azúcar.

		<ul style="list-style-type: none"> • Desaparición repentina de gran cantidad de alimentos sin explicación lógica
Hábitos en la preparación de la comida	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>¿Quién realiza la compra?</i> – <i>Si vive en familia, ¿por qué la hace ella?</i> – <i>¿Cómo es la compra? (para una comida, semanal, para un mes, cuánto le dura, lo que se había previsto, más o menos) ¿Qué cantidades compra?</i> – <i>¿Revisa la composición de los alimentos al comprar?: calorías, registro, tipo de cultivo.</i> • Suelen realizar la compra para intentar re conducir los hábitos de la familia, o para comprar sin que se note los alimentos con los que realiza los atracones. 	
Hábitos sociales alrededor de la comida	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Personas, con las que ha dejado de comer, porque le incómoda lo que opinan de su alimentación.</i> – <i>¿Compara lo que come con los demás?</i> – <i>¿Tarda en comer más que los demás?</i> – <i>¿Existe sensación de hambre? ¿Cómo es? , ¿le gusta sentir el estómago vacío?</i> – <i>Sensaciones después de comer: ¿de pesadez? ¿de culpa?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>¿Tarda en comer menos que los demás?</i> – <i>En relación a qué factores internos o externos aumenta o disminuye el hambre.</i> – <i>Sensaciones después de comer: ¿frustración?</i>

ANEXO 4:
Valoración Patrón 3 “Patrón de eliminación” 16, 19, 20, 22

ÁREAS A EXPLORAR	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Hábito de eliminación urinaria	<ul style="list-style-type: none"> Poliuria, uso abusivo de diuréticos. 	
Hábito intestinal	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Nº de deposiciones /día, tipo de deposiciones: consistencia, color... – Uso o Abuso de laxantes, supositorios... 	
	<ul style="list-style-type: none"> Estreñimiento (suelen desarrollar un enlentecimiento del tránsito intestinal, disfunción rectal, con estreñimiento crónico). 	<ul style="list-style-type: none"> Tomas innecesarias o abusivas de laxantes. Diarreas, por irritación gastrointestinal tras reiteradas agresiones al sistema.
Conductas purgativas	<ul style="list-style-type: none"> Toma de eméticos. Vómitos autoinducidos (que suelen ser negados) pero que se manifiestan, como dolor de garganta, deterioro del esmalte dental. 	
Actitudes ante la deposición	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Para qué sirve. – Si se provoca la deposición de forma voluntaria, masajes. – Si acude siempre tras alimentarse, horario, sensación de malestar o estreñimiento subjetivo... 	
Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Tiempo que pasa en el baño, rutinas: justo después de comer, suele estar el agua corriendo o tener ruidos que amortigüen lo que está haciendo. – Actitudes que llamen la atención con respecto al uso del baño: retoques de maquillaje continuos, limpieza muy frecuente de los dientes... 	

ANEXO 5:
Valoración Patrón 4 “Patrón de actividad – ejercicio” 16, 19, 20, 22, 24

ÁREAS A EXPLORAR	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Ejercicio físico que realizan -Cantidad en min / día -Tipo -Lugar -Prescripción o seguimiento por parte de algún monitor -Metas en el ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> Actividad constante. Aparición de síntomas de abstinencia (irritabilidad, ansiedad, depresión...) cuando no se realiza. Insistencia en practicarlo diariamente. Patrón ritualista. 	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio de forma esporádica tras atracón, para aumentar el gasto energético.
Actividades de la vida diaria	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Realización de actividades como caminar, subir escaleras, limpiar.</i> <i>Tiempo y cómo las desarrolla.</i> <i>Otras actividades que realice para quemar calorías, tareas domésticas, actividades sociales realizadas con dicho fin.</i> 	
Autopercepción de la propia capacidad para realizar actividad física	<ul style="list-style-type: none"> Suelen tener una distorsión de la capacidad de esfuerzo, por lo que no valoran el cansancio y pueden llegar hasta la extenuación o el desmayo por conseguir esa meta. 	
Actividad laboral o escolar	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Tipo /Tiempo de desplazamientos y transporte utilizado.</i> <i>Frecuencia y causas del absentismo laboral o escolar.</i> 	
Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Forma de caminar, si aparece con una sudoración excesiva ante actividades que la familia no haya presenciado, y en las que no se debería sudar (ej. ir a comprar el pan).</i> <i>Actitudes que llamen la atención de excesiva competitividad.</i> 	

ANEXO 6:
Valoración Patrón 5 “Patrón de sueño – descanso” 16, 19, 20, 22

ÁREAS A EXPLORAR	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Horas de sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del tiempo de sueño total y aumento de vigilia. 	
Facilidad para conciliar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuente aparición de insomnio o dificultad para conciliar el sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio asociado a la presencia de ansiedad que acompaña al trastorno.
Calidad del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del sueño lento profundo. • Predominio de sueño superficial. 	
Periodos de descanso durante el día		
Despertares nocturnos - Cantidad, - Frecuencia - Causas - Actividades durante el despertar	<ul style="list-style-type: none"> • Pesadillas con la comida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta bulímica de predominio nocturno. • La visita a la nevera es la forma que usan para recuperar el sueño, con el consiguiente atracón. • Despertar precoz, cuando aparecen las manifestaciones depresivas.
Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Despertares nocturnos con visitas a la cocina o al baño. • Excesiva somnolencia o despertar muy dificultoso. 	

ANEXO 7:
Valoración Patrón 6 “Patrón cognitivo – perceptivo” ^{16, 19, 20, 22}

ÁREAS A EXPLORAR	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Percepción de la propia imagen	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación extrema por el peso y la silueta. • Preocupación excesiva por defectos físicos imaginados, en este caso una gordura inexistente. • Distorsión de la imagen. 	
Nivel de estudios	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Notas durante los estudios, cambios en estas.</i> 	
Capacidad de concentración	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Dificultad, fallos en la utilización de memoria, reciente y pasada.</i> – <i>Sensación de incapacidad menor rendimiento para la actividad intelectual.</i> 	
Objetivos a nivel de estudios o trabajo	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>¿Son propios o impuestos?</i> – <i>¿Considera que son muy elevados?</i> – <i>¿Qué pasaría si los baja?</i> 	
Tiempo de dedicación al trabajo o estudio		
Otras habilidades artístico-manuales	<ul style="list-style-type: none"> • Empobrecimiento de la capacidad creadora y la fantasía 	
Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en las rutinas de trabajo o estudio. • Agresividad ante la imposibilidad de llegar a las metas. 	

ÁREAS A EXPLORAR	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
¿Cómo se ve /autodescribe físicamente? - ¿Se siente a gusto con lo que es físicamente?, ¿Qué defectos se encuentra? - ¿Qué cambiaría?, ¿Cómo cree que le ven los demás? ¿Tiene miedo a cambiar físicamente?, ¿Qué cambios físicos le dan miedo?	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de inseguridad, minusvalía y baja autoestima. • Rechazo a las manifestaciones corporales características de la pubertad. • Valoración negativa del aspecto de su imagen corporal. Tendencia a no aceptarse; buscan el perfeccionismo. • Aspiran a parecerse a modelos estéticos ideales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación narcisista por su corporalidad. • Insatisfacción con su imagen corporal. • Baja autoestima; tienen gran necesidad de la aceptación y la aprobación de los demás y son muy vulnerables al rechazo. Persistente sensación de vacío e inutilidad.
¿Cómo se autodescribe emocional-sentimentalmente?	<i>Explorar:</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>¿Se siente a gusto con lo que es?</i> – <i>¿Qué cambiaría de su forma de ser?</i> – <i>¿Cómo cree que le ven los demás?</i> 	
Problemas al comprar la ropa	<i>Explorar:</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>¿Pierde tiempo al elegir las tallas?</i> – <i>¿Tiene miedo a no encontrar tallas adecuadas?</i> – <i>¿Siente malestar a cómo le tratan los dependientes?</i> 	
Miedos y fobias	<i>Explorar:</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>¿A qué, quién, o a qué situaciones?</i> 	
Conductas auto-agresivas realizadas o no realizadas, ideas suicidas		
Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador	<ul style="list-style-type: none"> – Verbalizaciones de su condición física ("estoy gordo/a"). – Cambios en la forma de vestir. 	

ÁREAS A EXPLORAR	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
<p>Núcleo familiar -Nº personas en la convivencia, estructura familiar</p> <p>Relaciones actuales -Cómo son, con qué frecuencia, qué grado real de intimidad hay</p> <p>Actividades sociales Frecuencia, qué le proporciona emocionalmente, qué busca en las actividades sentimentalmente</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pueden aparecer conflictos en la interacción con la familia. Comunicación centrada casi de manera exclusiva en las comidas, lo que provoca el deterioro de la interacción familiar. Buscan constantes disculpas para no compartir las comidas familiares. Tendencia a la reserva. Suele estar presente la falta de interés por las relaciones sociales; se siente incomprendido. Pérdida de relaciones significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Escasa comunicación. Toda la problemática se mantiene en secreto. Rechazan constantemente las comidas sociales. Incomprensibles cambios de humor o irritabilidad que les incapacitan para una relación social efectiva. Intensa e indiscriminada vida social con intervalos de aislamiento. Sucesivos cambios y problemas con amistades.
Cambios en las relaciones	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Separaciones o divorcio de los padres/ Separación de la pareja</i> <i>Independización de los padres, por motivos propios o por situaciones obligadas (estudios).</i> <i>Cambio de domicilio, de ciudad, de país.</i> <i>Personas por las que se sienta inferior, o a las que use de modelos, admirables.</i> 	
Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Cambios que han percibido en la forma de comportarse socialmente.</i> 	

ANEXO 10:
Valoración Patrón 9 “Patrón de sexualidad – reproducción” 16, 19, 20, 22

ÁREAS A EXPLORAR	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Datos ginecológicos		<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Edad de menarquia, ciclos (frecuencia / duración)</i> – <i>Alteraciones: AMENORREA tiempo de evolución de la amenorrea, a que la “achaca” la paciente, ¿le preocupa?</i> • Hay pacientes que tienen un miedo elevado a crecer por lo que no tener la menstruación las infantiliza ante ella y los demás, les agrada esta idea.
	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea casi en el 100%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menstrua con normalidad o con cierta frecuencia el 50%.
Historia obstetricia		<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Gestaciones, abortos (provocados o espontáneos) y partos</i> – <i>Uso de anticonceptivos hormonales, edad de inicio, motivo</i> – <i>Revisiones ginecológicas: periodicidad</i>
Vida sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en la expresión de la sexualidad. • Perciben la sexualidad con fuertes connotaciones negativas. • Disminución del interés sexual. • Inactividad sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida sentimental intensa, inestable o ausente. • Actividad sexual que puede fluctuar de ninguna a cierta promiscuidad.

ÁREAS A EXPLORAR	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
Adaptación/Tolerancia ante el estrés	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>¿Qué/Quién provoca el estrés?</i> - <i>Formas de liberar al estrés.</i> - <i>Situaciones de estrés vividas en su vida, ¿Cómo fueron resueltas?</i> - <i>¿Qué no contaría a sus padres, pareja, hermanos? ¿Por qué?</i> - <i>¿Mensajes internos contradictorios? ¿Dos voces en conflicto?, Somatizaciones del estrés.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • La ingesta de alimentos es sentida como fuente de consuelo y una forma de defenderse contra el enojo y la frustración. • Confunde las emociones negativas con el hambre. • Despues del atracón, la persona siente culpa y disgusto por haber perdido el control. Como consecuencia, aumenta la ansiedad y su forma de afrontarla es mediante la purga por el vómito y otros métodos. • Consumo de alcohol y otras drogas para disminuir la ansiedad • Comportamiento compulsivo de robo de comida o dinero para comprar comida. Otras veces la celptomanía aparece después del episodio del atracón y roban alimentos, vestidos y joyas. • Mayor psicopatología: sociopatía, tóxicos, celptomanía, depresión.
Valoración a la Familia /Pareja/ cuidador	<p><i>Explorar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Cambios que han percibido a nivel de la agresividad que les dirige o que se dirige a sí mismo.</i> 	

ANEXO 12:
Valoración Patrón 11 “Patrón de valores – creencias” 16, 19, 20, 22

PREGUNTAS PARA CONOCER	DATOS PATOLÓGICOS EN LA OBSERVACIÓN	
	ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
<p>Valores importantes en su vida</p> <p>- Qué opina de los mitos o ideales de belleza, cuál es el suyo.</p> <p>- Perfección ¿qué es?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación de valía personal con delgadez y disminución de peso. • Identifica la delgadez como signo de éxito y de belleza. • Primacía del rendimiento y el éxito como valores familiares. 	