

**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

**Grado en Enfermería**

Curso Académico 2016/2017

Trabajo Fin de Grado

**Detectar Trastornos de la Conducta Alimentaria a  
partir de un caso en la consulta de enfermería de  
Atención Primaria**

**Eating disorders detection based in a real case in a  
primary care center**

**Autora:** Irene Sesma Asensio

**Directora:** Esther Samaniego

# ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
3.1 Objetivo general .....	8
3.2 Objetivos específicos .....	8
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>8</b>
<b>DESARROLLO.....</b>	<b>11</b>
1. <b>VALORACIÓN.....</b>	<b>11</b>
Datos generales .....	11
Antecedentes personales .....	11
Datos familiares .....	12
Situación actual.....	12
2. <b>DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>14</b>
3. <b>PLANIFICACIÓN .....</b>	<b>15</b>
4. <b>EJECUCIÓN.....</b>	<b>18</b>
5. <b>EVALUACIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>20</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>21</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>24</b>
Anexo I: Test de bulimia BULIT-R .....	24
Anexo II: Escala de Ansiedad Hamilton.....	31
Anexo III: Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon respondidos de manera extensa durante la entrevista. ....	35
Anexo IV: Relajación muscular progresiva por grupos musculares de Jacobson. ....	37
Anexo V: Informe de continuidad de cuidados para derivación del caso a profesional sanitario especialista en Salud Mental.....	38

## RESUMEN

---

**Introducción:** Las personas con TCA presentan una autoestima baja, tienden a no aceptarse a sí mismas, a no agradarse en general. Creen carecer de control sobre su desarrollo corporal, su adecuación física, y su sobrepeso. Valoran negativamente su apariencia personal. Se muestran críticas en relación con su ingesta, concretamente en relación con cuándo, qué y cómo comen.

**Objetivo:** El objetivo del trabajo es detectar alteraciones de TCA mediante la valoración de un plan de cuidados en paciente adulta en una consulta de enfermería de AP.

**Metodología:** Búsqueda bibliográfica en bases de datos científico-médicas con el objetivo de entender y conocer la enfermedad y así poder abordar un plan de cuidados con la detección precoz en una consulta de AP en Zaragoza. Una vez realizada la valoración enfermera, siguiendo metodología científica enfermera y cuestionarios específicos, se identifican los diagnósticos de enfermería necesarios para una paciente con posible TCA. Se realizan las actividades e intervenciones siguiendo taxonomía enfermera NANDA, NIC, NOC.

**Conclusión:** Es posible la detección, por una enfermera generalista en un centro de salud, de posibles alteraciones de la conducta alimentaria, a través de la valoración de un plan de cuidados y la coordinación con el Centro Salud Mental, proporcionando un informe de derivación del caso.

**Palabras clave:** Trastornos de la Conducta Alimentaria, TCA, purga, bulimia nerviosa, adulto, anorexia, DSM IV, DSM V.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** People suffering eating disorders show low self-esteem, tend to not accept themselves and to dislike themselves in general. They do not believe having control of their corporal development, their physical condition and their overweight. They value negatively their personal appearance. They are critical with the amount of food they eat, specifically regarding when, what and how they do it.

**Objectives:** The objective of the work is to detect eating disorders through the assessment of a care plan for adults in primary care center.

**Method:** Literature search within scientific-medical databases in order to get to know understand the disease, therefore enabling the performance of a care plan with early detection in a primary care trust in Zaragoza. Once the assessment has been done following scientific nursing methodology and specific questionnaires, the necessary nursing diagnostics are identified in patient with possible eating disorders. Activities and interventions are carried out according to nursing taxonomy NANDA, NIC, NOC procedure.

**Conclusion:** It is possible to detect eating disorders, by a general nurse, in a free health centre, through the assessment of a care plan and the coordination with the mental health specialist, providing a case derivation report.

**Key words:** Eating disorders, TCA, purge, bulimia nervosa, adult, anorexia, DSM IV, DSM V.

## INTRODUCCIÓN

---

La relevancia sanitaria y social de los trastornos de la conducta alimentaria (a continuación TCA), representados por la anorexia nerviosa y la bulimia, ha ido en aumento en los dos últimos decenios, debido al incremento de su prevalencia y a sus efectos negativos sobre el desarrollo psicológico y la salud del adolescente.

Existe actualmente una alarma social respecto a los TCA por la que han sido considerados como una epidemia del S.XXI debido a su aumento en países desarrollados. En los últimos 15 años el número de pacientes se ha multiplicado por 10, estimándose que un 3% de los adolescentes y jóvenes presentan anorexia o bulimia y que probablemente un 11% padecan variantes clínicas importantes<sup>1</sup>.

En España, ha pasado de ser una patología poco frecuente a alcanzar cifras equiparables a las del resto de los países europeos, convirtiéndose en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia, después del asma y la obesidad. Entre el 1% y el 2% de los adolescentes padecen anorexia, aumentando el porcentaje hasta el 4% en la conducta bulímica. Además, se puede afirmar que uno de cada dos adolescentes de entre 15 y 16 años "piensa" que su peso es elevado<sup>2</sup>.

Las clasificaciones internacionales más utilizadas en la actualidad, el DSM-IV-TR<sup>3</sup>, y la CIE-10<sup>4</sup> definen la anorexia nerviosa y la bulimia como entidades independientes y con criterios clínicos definidos para cada una de ellas. Los TCA, incluyen actualmente: la anorexia y la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón, la rumiación y la pica.

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por el rechazo persistente a los alimentos, por temor irracional a aumentar el peso. Va acompañado de una alteración en la percepción de la imagen corporal<sup>5</sup>.

Sin embargo la bulimia nerviosa autores como Pinel en su *Nosographie philosophique* la concibe como una especie mórbida consistente en "hambre demasiado intensa y a menudo insaciable" y la incluyó en las "neurosis de las funciones nutritivas"<sup>6</sup>.

Russell la considera como una entidad distinta a la anorexia nerviosa, en la cual los pacientes, después de realizar ingestas masivas de alimentos,

pretenden controlar su peso provocándose el vómito o utilizando laxantes o diuréticos<sup>6,7</sup>.

Se trata de una enfermedad de difícil detección, ya que al no existir malnutrición, presentándose incluso en ocasiones sobrepeso, no se pueden observar "signos de gravedad nutricional"; sus manifestaciones dispersas (odontológicas, endocrinológicas, ginecológicas) nos pueden hacer pensar en más de una entidad y el hecho de practicarse en secreto hace que también sea difícil descubrirlo dentro del núcleo familiar<sup>8</sup>.

En ambos trastornos, anorexia y bulimia, predomina el sexo femenino, en un 90%, de raza blanca y países occidentales y con un nivel socio-económico que suele ser medio-alto. Las alteraciones del comportamiento están marcadas por episodios recurrentes de ingesta voraz, de forma rápida y en un corto espacio de tiempo<sup>9</sup>. El episodio bulímico termina con dolor abdominal, sueño, vómito autoinducido, y va seguido de sentimientos de culpa, baja autoestima, depresión o irritabilidad con uno mismo<sup>10</sup>.

Otros TCA como el Trastorno por atracón (Binge Eating Disorder), en el DSM-V<sup>11</sup> constituye una categoría diagnóstica propia. Consiste en pacientes con problemas y atracones recurrentes pero sin las conductas compensatorias de la bulimia nerviosa (vómitos o laxantes). Afecta a un 30% de pacientes con obesidad<sup>12,13</sup>.

Asociado a los TCA se han incluido: la Rumiación y la Pica. En el caso la rumiación se trata de una regurgitación repetida y voluntaria del alimento ingerido seguido de su nuevo procesamiento de masticación. La Pica o alitrofagia es la ingesta persistente de sustancias no nutritivas e inapropiadas como tierra, hielo, pelos o excrementos<sup>6</sup>.

Aunque durante algún tiempo la bulimia y la anorexia nerviosa fueron consideradas como entidades diferentes, y aún siguen considerándose así en las grandes clasificaciones operativas como la DSM-IV-TR, los procesos psicológicos subyacentes a los trastornos de alimentación son similares y comparten dos tipos de elementos comunes: preocupación externa por el peso y algún tipo de práctica para controlarlo<sup>14</sup>.

Las personas con TCA experimentan modificaciones en casi la totalidad de las áreas de su existencia como persona. Según las teorías cognitivas, los cambios se generan en sus pensamientos, afectan a sus emociones y sentimientos, se concretan en su comportamiento, repercuten en su relación

con el mundo y estigmatizan su organismo<sup>15,16</sup>. Aunque todos los cambios se dan simultáneamente y/o encadenadamente<sup>17</sup>.

Las personas con TCA frecuentemente presentan una autoestima baja, tienden a no aceptarse a sí mismas, a no agradarse en general. Creen carecer de control sobre su desarrollo corporal, su adecuación física y su sobrepeso. Valoran negativamente su apariencia personal<sup>18</sup>. Se muestran críticas en relación con su ingesta, concretamente en relación con cuando, qué y cómo comen<sup>19</sup>.

La cultura actual está dominada por la omnipresencia del cuerpo y el sometimiento de éste a modelos cuya reproducción resulta imposible para la gran mayoría de la población. Se fomenta una tendencia a la continua modificación del cuerpo, y éste se convierte ante el espejo en espectáculo de sí mismo<sup>20,21</sup>.

Dada la importancia del diagnóstico precoz, para prevenir las complicaciones propias de la evolución, el diagnóstico de sospecha se debe valorar en todos aquellos pacientes prepúberes o adolescentes, especialmente si son del sexo femenino, que presenten alguna de las siguientes características: realización de dieta hipocalórica en ausencia de obesidad o sobrepeso; períodos de semiayuno alternados con ingesta normal; miedo exagerado al sobrepeso; rechazo de la imagen corporal; valoración del peso y valoración de los alimentos en relación con la ganancia ponderal<sup>22,23</sup>.

A partir de los conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería de atención de primaria, se favorece el abordaje bio-psico-social de la enfermedad y el inicio de una relación terapéutica del paciente y/o familia. Así mismo se promueve la educación en hábitos saludables de alimentación.

A partir de la detección y valoración biopsicosocial de un posible TCA, como el del caso que se desarrolla en este proyecto, desde AP, deberá ser derivado a Centro Salud Mental (A continuación CSM).

## **OBJETIVOS**

---

### **3.1 Objetivo general**

- ✓ Detectar alteraciones de TCA mediante la valoración de un plan de cuidados en paciente adulta en una consulta de enfermería de Atención Primaria.

### **3.2 Objetivos específicos**

- ✓ Valorar de manera integral según patrones funcionales de Marjory Gordon y siguiendo metodología científica enfermera.
- ✓ Valorar la utilidad de la consulta de Atención Primaria de enfermería en alteraciones de TCA.
- ✓ Disminuir la ansiedad a través de actividades de relajación.
- ✓ Mejorar coordinación entre Atención Primaria y CSM a través de un informe de continuidad de cuidados.

## **METODOLOGÍA**

---

### **Búsqueda bibliográfica**

Se obtiene la información mediante la realización de una búsqueda bibliográfica en bases de datos científico-médicas con el objetivo de entender y conocer la enfermedad y así poder abordar un plan de cuidados con la detección precoz en una consulta de Atención Primaria (a continuación AP) en Zaragoza.

Las búsquedas bibliográficas se efectuaron entre el 10 de febrero del 2017 hasta el 2 de abril del 2017 en bases de datos como PubMed, Scielo, Cuiden, en español y en inglés (Tabla 1), así como búsquedas mediante la utilización de libros referidos (Tabla 2), con el objetivo de encontrar información relevante para el tema tratado en éste Trabajo Fin de Grado (A continuación TFG), seleccionando los artículos que proporcionan más

información acerca del abordaje enfermero de dicha enfermedad mental y parámetros generales de salud que pueden servir para detectarla de manera precoz.

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Cuiden	"Bulimia nerviosa", "trastornos de conducta alimentaria", "DSM IV", "DSM V".	8	0
PubMed	"Adult" AND "TCA". "bulimia nerviosa" AND "anorexia". "purge" AND "bulimia nerviosa".	25	10
Scielo	"Bulimia nerviosa", "trastornos de conducta alimentaria", "anorexia".	19	6

Tabla 1

LIBROS UTILIZADOS
Tratado de psiquiatría <sup>7</sup>
Introducción a la psicopatología y la psiquiatría <sup>20</sup>
Introducción a la psicopatología <sup>6</sup>
Enfermería en psiquiatría y salud mental <sup>23</sup>
OMS: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10) <sup>4</sup>
Manual diagnósticos y estadístico de trastornos mentales DSM IV <sup>3</sup>
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V <sup>11</sup>
NANDA <sup>24</sup> , NIC <sup>25</sup> , NOC <sup>26</sup>

Tabla 2

## Procedimiento

Durante mi estancia clínica en la consulta de enfermería del Centro de Salud San Pablo en Zaragoza, tuvimos un caso en el que abordamos la detección precoz de una sospecha de posible TCA y se valoró la necesidad de sus cuidados mediante los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

utilizando como soporte la Guía de Cuidados Enfermeros en la Red de Salud Mental de Aragón<sup>27</sup>.

Para realizar el plan de cuidados se hace a partir de un Proceso Enfermero (a continuación PE) que permite prestar cuidados integrales de una forma racional, lógica y sistemática.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de información necesaria para la realización del TFG: "TCA", "purge", "bulimia nervosa", "adult", "anorexia", "DSM IV", "DSM V", "Trastornos de la Conducta Alimentaria".

La búsqueda se realizó con un filtro de hasta 5 años de antigüedad incluyendo sólo aquellos que se permite la lectura de texto completo.

## **Cuestionarios**

Se cumplimenta la valoración inicial del PE con cuestionarios validados en España.

- Test de Bulimia (BULIT-R): sirve para cubrir necesidades detectadas en el ámbito de la evaluación de la BN frente a personas sin problemas de TCA (Anexo I)<sup>28</sup>.

- La Escala de Ansiedad Hamilton: sirve para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido (Anexo II)<sup>29</sup>.

Tras la evaluación de cada cuestionario y junto con la detección de patrones individualizados, se establecen unos objetivos enfermeros acompañado de intervenciones donde poder realizar actividades y así superar o mejorar su estado de salud, siguiendo la metodología científica enfermera NANDA<sup>24</sup>, así como las intervenciones enfermeras (NIC)<sup>25</sup> y resultados enfermeros (NOC)<sup>26</sup>.

# DESARROLLO

---

## 1. VALORACIÓN

### Datos generales

En esta primera fase del PE, una vez buscada y revisada exhaustivamente la bibliografía de interés, se recoge toda la información necesaria mediante una entrevista personal en la consulta de AP. Se detectan así posibles problemas, basándonos en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon [Ver respuestas de manera extensa en (Anexo III)] apoyado y cumplimentado por Test BULIT-R (Anexo I)<sup>28</sup>, Escala de Ansiedad Hamilton (Anexo II)<sup>29</sup>.

Todos los diagnósticos se establecieron para llevarse a cabo en una consulta de AP, donde el personal de enfermería puede detectar posibles alteraciones mediante la observación: cambios en la dentadura de la paciente, mucosas, estado de la piel; exploración física: evolución del peso, presión arterial, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca. Además podremos llevar a cabo exploraciones complementarias, solicitadas por el médico: análisis clínicos y electrocardiograma; y por último exploración psíquica donde se valora el nivel de ansiedad, pudiendo mejorarse gracias al empleo de técnicas de relajación (Relajación progresiva de Jacobson por grupos musculares)<sup>31</sup> diseñado con el propósito de controlar la ansiedad y en consecuencia, la disminución y control de los atracones y purgas realizados por la misma.

### Antecedentes personales

Dice estar diagnosticada desde hace años de depresiones recurrentes.

Desde la adolescencia realiza ingestas desmesuradas de alimento seguidas de vómitos autoprovocados.

En la adolescencia tuvo dos episodios de deshidratación, a causa de la restricción de líquidos impuesta por ella misma, lo que le hizo estar ingresada para su correcta reposición hidroelectrolítica.

## **Datos familiares**

Tiene una situación familiar complicada. Su madre tiene una invalidez desde hace quince años a causa de una cirugía, que le dejó con muchos dolores y con la imposibilidad de salir prácticamente a la calle, lo que le ha llevado a una situación de desánimo e imposibilidad de hacerse cargo de su hija. Conforme el transcurso de los años, la relación se ha ido deteriorando y se han ido distanciando más madre e hija.

Su padre, les dejó abandonadas cuando era ella muy pequeña.

## **Situación actual**

S.E.L. es una mujer de 27 años que acude a la consulta de AP del Centro de Salud San Pablo en Zaragoza porque se preocupa por su sobrepeso y ello le causa una angustia que no puede controlar.

Desea que se le confeccione una dieta para corregir su sobrepeso ya que es consciente de que no tiene una dieta equilibrada y que debe mejorar sus hábitos alimenticios. Tras un rato conversando, refiere que desde hace años siente mucha ansiedad lo que le lleva a comer cantidades desmesuradas de comida e inmediatamente después se ve obligada a vomitar de forma autoprovocada.

Se le pregunta si alguna vez ha tratado este tema con alguien y niega con la cabeza. Expresa que le da vergüenza hablarlo con el médico y mucho más con su madre. Durante la entrevista se pone a llorar porque se siente superada por la situación.

Para cumplimentar nuestra valoración inicial realizaremos la exploración física básica de enfermería en AP: Se observa voz titubeante y se mide su presión arterial y aparece normal (113/68 mmHg). La frecuencia cardíaca sin embargo se aprecia alterada (110 ppm'), así como una elevación de la frecuencia respiratoria (20 rpm) seguramente es debido a la situación de nerviosismo que padece al exteriorizar por primera vez todo lo que siente. Peso: 68Kg. Talla:161 cm. IMC:26,23(Sobrepeso). No alergias conocidas. Su aspecto general es adecuado.

## Patrones Funcionales de Marjory Gordon

PATRONES FUNCIONALES	DESARROLLO DE CADA PATRÓN
<b>1- Percepción/ Manejo de salud</b>	Expresa deseo de cambio en su estado de salud ya que conoce los problemas que pueden ocasionarle seguir con los atracones y vómitos que tiene desde la adolescencia y reclama ayuda para un cambio positivo en su vida.
<b>2- Nutricional/ Metabólico</b>	Consumo líquidos de manera adecuada. Recurre a "comida basura y cantidades desmesuradas de chucherías" para sentirse mejor. Dientes y mucosas en correcto estado. Se muerde las uñas. Se realiza el Test BULIT-R <sup>28</sup> y se obtiene una puntuación de 114 puntos.
<b>3- Eliminación</b>	Continencia urinaria normal. Padece estreñimiento. Tiene una buena higiene corporal.
<b>4- Actividad/Ejercicio</b>	Realiza ejercicio de forma regular dos veces a la semana. Está inscrita en un equipo de baloncesto desde su infancia, donde guarda un círculo muy reducido de amistades desde entonces.
<b>5- Sueño/Descanso</b>	Duerme pocas horas y de manera intermitente. Se levanta cansada y tiene que combatir el sueño con bebidas estimulantes.
<b>6- Cognitiva/Perceptual</b>	Persona brillante en sus estudios, perfeccionista. No padece dificultades sensoriales. Persona reservada e introvertida.
<b>7- Autopercepción/ Autoconcepto</b>	Se siente a disgusto con su cuerpo. Le produce ansiedad el pensar que nadie le va a querer con su cuerpo deformado. Piensa que los fracasos que ha tenido hasta la fecha han sido por el mismo motivo. Se siente cómoda en el trabajo porque el uniforme no le marca la figura corporal.
<b>8- Rol/Relaciones</b>	Se siente muy sola por la falta de relaciones amistosas y familiares. No mantiene una relación madre-hija como a ella le gustaría. No existe la figura paterna y la añora.
<b>9- Sexualidad/ Reproducción</b>	Mantiene relaciones sexuales satisfactorias. Desde hace seis meses refiere ser homosexual cisgénero y desde que lo ha descubierto y mantiene relaciones homosexuales se siente más feliz y conforme consigo misma.
<b>10- Adaptación/ Tolerancia al estrés</b>	No tiene amistades, excepto una, cuando se siente angustiada. Se toma chucherías cuando está triste pero a continuación se siente obligada a recurrir al vómito por el sentimiento de ansiedad que padece. Se realiza la escala de ansiedad de Hamilton <sup>29</sup> y se obtiene una puntuación de 18 puntos.
<b>11-Valores/ Creencias</b>	No quiere tener hijos porque le horroriza la idea de verse tan gorda como las embarazadas. No refiere más datos acerca de creencias.

## 2. DIAGNÓSTICO

A continuación se muestran los diagnósticos enfermeros elegidos, según taxonomía NANDA<sup>24</sup>, sobre los que se van a trabajar en función de las alteraciones detectadas en la paciente basándose en los patrones funcionales de Marjory Gordon.

PATRONES FUNCIONALES	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS
<b>Patrón 2:</b> <b>Nutricional/Metabólico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Desequilibrio nutricional por exceso</b> r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p peso de un 20% superior al ideal según la talla y constitución corporal.</li> <li>-<b>Riesgo de déficit de volumen de líquidos(00028)</b> r/c Alteraciones que afectan la absorción de líquidos.</li> </ul>
<b>Patrón 3: Eliminación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Estreñimiento(00011)</b> r/c cambio malos hábitos alimentarios m/p disminución de la frecuencia.</li> </ul>
<b>Patrón 5: Sueño/Descanso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Insomnio(00095)</b> r/c ansiedad m/p dificultad para conciliar el sueño</li> </ul>
<b>Patrón 7: Autopercepción/ Autoconcepto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Trastorno de la imagen corporal(00118)</b> r/c perceptuales m/p conductas de evitación del propio cuerpo.</li> <li>-<b>Baja autoestima situacional(00120)</b> r/c alteración de la imagen corporal m/p incapacidad de afrontar la situación actual.</li> </ul>
<b>Patrón 8: Rol/Relaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Procesos familiares disfuncionales(00063)</b> r/c habilidades de afrontamiento inadecuadas m/p incapacidad para expresar una amplia gama de sentimientos.</li> <li>-<b>Deterioro de la interacción social(00052)</b> r/c trastorno del autoconcepto m/p interacción disfuncional con los demás.</li> </ul>
<b>Patrón 10: Adaptación/ Tolerancia al estrés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Ansiedad(00146)</b> r/c crisis situacionales m/p insomnio.</li> </ul>

### 3. PLANIFICACIÓN

Según los problemas identificados, se procede a formular los diagnósticos enfermeros desarrollados según taxonomía enfermera NANDA<sup>24</sup> y los resultados esperados (NOC)<sup>26</sup>.

Se plantean las intervenciones necesarias (NIC)<sup>25</sup> para alcanzarlos, y las actividades correspondientes a cada intervención.

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES(NIC) Y ACTIVIDADES (Cuidados de Enfermería)
<b>Desequilibrio nutricional por exceso(00001)</b>  <u>Definición:</u> Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.	<b>1004 Estado nutricional</b> <u>Indicadores:</u> -100401 Ingestión de nutrientes normal. -100405 Relación peso/talla.  <b>1612: Control de peso</b> <u>Indicadores:</u> -161201 Supervisa el peso corporal. -161202 Mantiene una ingesta calórica diaria óptima.	<b>1100 Manejo de la nutrición</b> <u>Actividades:</u> -Ajustar la dieta al estilo del paciente, según caso. -Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento. -Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados, si es preciso.  <b>1260 Manejo del peso</b> <u>Actividades:</u> -Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas, coherentes con el nivel del gasto energético. -Desarrollar con el paciente un método para llevar un registro diario de ingesta.  <b>4360 Modificación de la conducta</b> <u>Actividades:</u> -Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.  <b>5246 Asesoramiento nutricional</b> <u>Actividades:</u> -Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas. -Ayudar al paciente a registrar lo que come normalmente en un periodo de 24 horas.
<b>Estreñimiento(00011)</b>  <u>Definición:</u> Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.	<b>0501 Eliminación intestinal</b> <u>Indicadores:</u> -50112 Facilidad de eliminación de las heces. -50121 Eliminación fecal sin ayuda. -50104 Cantidad de heces en relación con la dieta.	<b>1570 Manejo del vómito</b> <u>Actividades:</u> -Identificar los factores que puedan causar o contribuir al vómito. -Reducir o eliminar los factores personales que desencadenen o aumenten el vómito(ansiedad, miedo y ausencia de conocimiento). -Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas(relajación)para controlar el vómito.

<b>Insomnio(00095)</b> <p><u>Definición:</u> Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.</p>	<b>0004 Sueño</b> <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-401 Horas de sueño cumplidas.</li> <li>-404 Calidad de sueño.</li> <li>-407 Hábito de sueño.</li> </ul>	<b>1850 Mejorar el sueño</b> <u>Actividades:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ajustar el ambiente(luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.</li> <li>-Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</li> <li>-Ayudar al paciente a evitar alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.</li> </ul>
<b>Ansiedad (00146)</b> <p><u>Definición:</u> Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma(el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona).</p>	<b>1211 Nivel de ansiedad</b> <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-121105 Inquietud.</li> <li>-121117 Ansiedad verbalizada.</li> <li>-121120 Aumento de la velocidad del pulso.</li> <li>-121121 Aumento de la frecuencia respiratoria.</li> <li>-121129 Trastornos del sueño</li> <li>-121130 Cambios en las pautas intestinales.</li> <li>-121131 Cambio en las pautas de alimentación.</li> </ul> <b>1402 Autocontrol de la ansiedad</b> <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso.</li> <li>-140205 Planea estrategias de superar situaciones estresantes.</li> <li>-140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.</li> <li>-140214 Refiere dormir de forma adecuada.</li> </ul>	<b>5820 Disminución de la ansiedad</b> <u>Actividades:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</li> <li>-Administrar masajes en la espalda/cuello, según corresponda.</li> <li>-Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> <li>-Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> <li>-Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda.</li> </ul> <b>5270 Apoyo emocional</b> <u>Actividades:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comentar la experiencia emocional con el paciente.</li> <li>-Tocar al paciente para proporcionarle apoyo.</li> <li>-Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad.</li> <li>-Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.</li> </ul> <b>4400 Musicoterapia</b> <u>Actividades:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar el interés del individuo por la música.</li> <li>-Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea(relajación, concentración).</li> <li>-Limitar los estímulos extraños(luces, visitantes, sonidos) durante la experiencia de escucha.</li> <li>-Proporcionar auriculares, si es conveniente.</li> <li>-Facilitar la participación activa del individuo(tocar un instrumento o cantar) si lo desea y es factible dentro de la situación.</li> </ul>

<p><b>Trastorno de la imagen corporal (00118)</b></p> <p><u>Definición:</u> Confusión en la imagen mental del yo físico.</p>	<p><b>1612 Control de peso.</b></p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-161207 Mantiene un patrón alimentario recomendado.</li> <li>-161208 Retine las comidas ingeridas.</li> </ul> <p><b>1402 Autocontrol de la ansiedad.</b></p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-140202 Elimina precursores de la ansiedad.</li> <li>-140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes.</li> <li>-140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.</li> </ul>	<p><b>1030 Manejo de los trastornos de la alimentación</b></p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Desarrollar con la persona una relación de apoyo.</li> <li>-Vigilar los parámetros fisiológicos(signos vitales y niveles de electrolitos, etc.)mucosa y piel.</li> </ul> <p><b>5820 Disminución de la ansiedad</b></p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>-Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> <li>-Instruir al paciente sobre técnicas de relajación.</li> <li>-Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> </ul>
<p><b>Procesos familiares disfuncionales(00063)</b></p> <p><u>Definición:</u> Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.</p>	<p><b>2602 Funcionamiento de la familia</b></p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-260216 Los miembros pasan tiempo juntos.</li> <li>-260222 Los miembros se apoyan entre sí.</li> <li>-260202 Cuida de los miembros dependientes de la familia.</li> </ul> <p><b>2601 Clima social de la familia</b></p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-260109 Se apoyan unos a otros.</li> <li>- 260114 Comparten sentimientos entre sí.</li> <li>-260124 Establece la rutina familiar.</li> </ul>	<p><b>7100 Estimulación de la integridad familiar</b></p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer una relación de confianza entre los miembros de la familia.</li> <li>-Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.</li> </ul> <p><b>7040 Apoyo al cuidador principal</b></p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.</li> <li>-Comentar con el paciente los límites del cuidador.</li> <li>-Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.</li> </ul>
<p><b>Deterioro de la interacción social (00052)</b></p> <p><u>Definición:</u> Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.</p>	<p><b>1502 Habilidades de interacción social</b></p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-150212 Relaciones con los demás.</li> </ul>	<p><b>5100 Potenciación de la socialización</b></p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas.</li> <li>-Animar al paciente a desarrollar relaciones.</li> <li>-Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</li> <li>-Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.</li> </ul>

<p><b>Baja autoestima situacional (00120)</b></p> <p><u>Definición:</u> Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.</p>	<p><b>1205 Autoestima</b></p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-120507 Comunicación abierta.</li> <li>-Cumplimiento de roles significativos personales.</li> <li>-120515 Voluntad para enfrentarse a los demás.</li> </ul> <p><b>1200 Imagen corporal</b></p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico.</li> <li>-120017 Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar la función corporal.</li> </ul>	<p><b>5400 Potenciación de la autoestima</b></p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.</li> <li>-Reafirmar los puntos fuertes que identifique el paciente.</li> <li>-Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.</li> </ul> <p><b>1260 Manejo del peso</b></p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la perdida de peso.</li> <li>-Informar al individuo si existen grupos de apoyo disponibles para su ayuda.</li> <li>-Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.</li> </ul> <p><b>5230 Mejorar el afrontamiento</b></p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre su situación estresante.</li> <li>-Animar al paciente a desarrollar relaciones.</li> <li>-Presentar al paciente personas(o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.</li> <li>-Estimular la implicación familiar, según corresponda.</li> <li>-Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación si resulta necesario.</li> </ul>
---	---	--

#### 4. EJECUCIÓN

Tras la primera entrevista que se tiene con S.E.L , se detectan unas carencias, según patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, y en base a ellas se desarrollan unos diagnósticos enfermeros siguiendo la metodología científica enfermera NANDA<sup>24</sup>,NIC<sup>25</sup>,NOC<sup>26</sup>.

Desde AP se trabaja en coordinación con el médico de AP y se establece la derivación al CSM para tratar el resto de diagnósticos detectados en el caso de su posible TCA.

Hasta que se concluya la derivación al CSM, se trata la ansiedad, a través de técnicas de relajación de Jacobson por grupos musculares<sup>31</sup>, extensible en este caso al TCA pero pudiendo utilizarse dichas técnicas de relajación, a partir del diagnóstico ansiedad, entre la población general que acuda por otro

motivo a la consulta de AP.

Se implantan dos sesiones a la semana, de manera personalizada en nuestra consulta de enfermería, un taller teórico a la semana, donde se aprende a identificar factores que le ocasionen ansiedad y aprender estrategias para resolver o mitigar dichas situaciones; con la sesión restante, se lleva a cabo mediante una sesión donde se aprende y practica técnicas de relajación durante quince minutos basada en una relajación progresiva de los músculos voluntarios para alcanzar paulatinamente un estado profundo de calma interior y así aumentar el control autónomo de la ansiedad, relajar la tensión muscular y facilitar la conciliación de sueño. Todo ello se realizará hasta la derivación del paciente al CSM que corresponda, pudiendo seguir aportando información acerca de su evolución en base a la exploración física, lenguaje verbal y no verbal.

Mientras se concluye la derivación, es necesario hacerle sabedora de: recursos disponibles, centros de red de apoyo y personas que se encuentren en su misma situación, existentes para poder abordar la situación lo antes posible y que eso le sirva de ayuda para mejorar la situación en la que se encuentra.

## **5. EVALUACIÓN**

Durante la evaluación del proceso enfermero hay que tener en cuenta que puede ir sufriendo cambios y modificaciones que se vayan ajustando en función de las necesidades observadas en cada momento.

Después de las sesiones realizadas para disminuir la ansiedad, se evalúa por segunda vez la Escala de Ansiedad de Hamilton<sup>29</sup> y se ve un descenso de 4 puntos tras la realización de talleres prácticos y teóricos obteniendo una puntuación final de 14 puntos.

Para finalizar, se realiza un informe de continuidad de cuidados (Anexo V) a partir de la detección y valoración de enfermería de AP para que permita obtener una coordinación adecuada entre AP y CSM.

## CONCLUSIONES

---

- La enfermería juega un papel importante en la detección precoz a través de la valoración de posibles TCA y la elaboración de un plan de cuidados estandarizado valorando las necesidades y la consiguiente realización de los objetivos previstos para poder llegar a alcanzarlos satisfactoriamente cada uno de ellos.
- La valoración mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon ha resultado eficaz para conseguir información integral sobre el paciente y así poder identificar los problemas de salud.
- Se realiza un aprendizaje autónomo sobre técnicas de relajación y eso facilita el afrontamiento y la superación personal ante situaciones estresantes en su vida diaria y así disminuye su diagnóstico enfermero, ansiedad.
- Es posible la detección de pacientes con posibles TCA por personal sanitario en una consulta de AP a través de una valoración y de unos diagnósticos enfermeros adecuados a sus necesidades siendo imprescindible la derivación final a un CSM para su tratamiento por el equipo multidisciplinar.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Marco JH, Perpiñá C, Botella C. Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios y cambio clínicamente significativo. *Anales de Psicología*. mayo de 2014;30(2):422-30.
2. Koupil I, Tooth L, Heshmati A, Mishra G. Social patterning of overeating, binge eating, compensatory behaviours and symptoms of bulimia nervosa in young adult women: results from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Public Health Nutr*. diciembre de 2016;19(17):3158-68.
3. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2002
4. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10: trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. 10<sup>a</sup> ed. Madrid: Meditor; 1992.
5. Goldschmidt AB, Accurso EC, Schreiber-Gregory DN, Crosby RD, Cao L, Engel SG, et al. Behavioral, emotional, and situational context of purging episodes in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. abril de 2015;48(3):341-4.
6. Eguílez Uruchurtu I, Segarra Echebarría R. *Introducción a la Psicopatología*.3<sup>a</sup> ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
7. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. *Tratado de Psiquiatría*. Vol 2. Madrid: Marban Libros; 2014.
8. Juli M-R. Analysis of multi-instrumental assessment of eating disorders: comparison between Anorexia and Bulimia. *Psychiatr Danub*. septiembre de 2012;24 Suppl 1:S119-124.
9. Forney KJ, Haedt-Matt AA, Keel PK. The Role of Loss of Control Eating in Purging Disorder. *Int J Eat Disord*. abril de 2014;47(3):244-51.
10. Mitchell JE, Karr TM, Peat C, Wonderlich S, Crosby RD, Engel S, et al. A fine-grained analysis of eating behavior in women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. abril de 2012;45(3):400-6.
11. DSM-5. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Asociation. Editorial Panamericana. 2014.
12. Cuadro E, Baile JI, Cuadro E, Baile JI. El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. diciembre de 2015;6(2):97-107.

13. Grilo CM, Ivezaj V, White MA. Evaluation of the DSM-5 severity indicator for bulimia nervosa. *Behav Res Ther.* abril de 2015;67:41-4.
14. Vázquez Arévalo R, López Aguilar X, Tellez-Girón O, Trinidad M, Mancilla-Díaz JM, Vázquez Arévalo R, et al. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista mexicana de trastornos alimentarios.* diciembre de 2015;6(2):108-20.
- 15 Tárrega S, Fagundo AB, Jiménez-Murcia S, Granero R, Giner-Bartolomé C, Forcano L, et al. Explicit and implicit emotional expression in bulimia nervosa in the acute state and after recovery. *PLoS ONE.* 2014;9(7):e101639.
16. Lavender JM, Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, Engel SG, Mitchell JE, et al. Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* mayo de 2014;22(3):212-6.
17. Cruzat Mandich C, Díaz Castrillón F, Aylwin Navarro J, García Troncoso A, Behar Astudillo R, Arancibia Meza M. Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. *Revista mexicana de trastornos alimentarios.* diciembre de 2014;5(2):70-9.
18. Ortega-Roldán B, Rodríguez-Ruiz S, Perakakis P, Fernández-Santaella MC, Vila J. The emotional and attentional impact of exposure to one's own body in bulimia nervosa: a physiological view. *PLoS ONE.* 2014;9(7):e102595.
19. Bermúdez P, Machado K, García I. Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento: Caso clínico. *Archivos de Pediatría del Uruguay.* septiembre de 2016;87(3):240-4.
20. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* 8<sup>a</sup>ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015.
21. Asuero Fernández R, Navarro A, Luisa M, Martín Monzón B, Borda Mas M. Preocupación por la apariencia física y alteraciones emocionales en mujeres con trastornos alimentarios con autoestima baja. *Escritos de Psicología (Internet).* agosto de 2012;5(2):39-45.
22. Ellison JM, Simonich HK, Wonderlich SA, Crosby RD, Cao L, Mitchell JE, et al. Meal patterning in the treatment of bulimia nervosa. *Eat Behav.* enero de 2016;20:39-42.
23. Megías Lizancos F, Serano Parra MD. *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental.* 2<sup>a</sup>ed. Madrid: Ediciones D.A.E. (Grupo Paradigma); 2012

24. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros revisión crítica y guía práctica. 8º ed. Barcelona: Editorial Elsevier-Masson; 2008
25. Mc Closkey Dochterman J, Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2007.
26. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2007.
27. Guía de cuidados enfermeros en la Red de salud Salud Mental de Aragón. *Plan estratégico de Salud Mental*. Comunidad Autónoma de Aragón; 2003. [acceso 20 febrero 2017] Disponible en: <http://fadesaludmental.es/biblioteca/13-guia-cuidados-enfermeros-red-salud-mental-aragon.html>.
28. GuíaSalud. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Detección de los TCA. [acceso 14 abril 2017]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/conducta\\_alimentaria/completa/apartado\\_06/deteccion.html](http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/apartado_06/deteccion.html).
29. Escala de Ansiedad de Hamilton [Internet]. [acceso 17 marzo 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/55784333/Escala-de-Ansiedad-de-Hamilton>.
30. Hainbuch F. Relajación muscular de Jacobson. Madrid: Ed. Edimat; 2006.

## ANEXOS

### Anexo I: Test de bulimia BULIT-R.

La puntuación final se obtiene sumando la puntuación de la respuesta a cada ítem.

	Universidad Complutense Madrid	Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica
Instrumentos - Material de Prácticas		
<b>BULIT-R</b>		
<b>IDENTIFICACION</b> _____	<b>FECHA</b> _____	
<p>1. ¿Comes alguna vez incontroladamente hasta el punto de hincharte (atracándote)?</p> <p>(a) Una vez al mes o menos (o nunca) (b) 2-3 veces al mes (c) 1-2 veces a la semana (d) 3-6 veces a la semana (e) 1 vez al día o más</p>		
<p>2. Estoy satisfecho/a de mi patrón alimenticio.</p> <p>(a) De acuerdo (b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (c) Algo en desacuerdo (d) En desacuerdo (e) Muy en desacuerdo</p>		
<p>3. ¿Has comido alguna vez hasta el punto de pensar que ibas a explotar?</p> <p>(a) Casi cada vez que como (b) Muy frecuentemente (c) A menudo (d) A veces (e) Casi nunca o nunca</p>		
<p>4. ¿Te denominarías actualmente como alguien que come a atracones?</p> <p>(a) Sí, totalmente (b) Sí (c) Sí, probablemente (d) Sí, posiblemente (e) No, probablemente no</p>		
<p>5. Prefiero comer...</p> <p>(a) En casa, solo/a (b) En casa, con otras personas (c) En un restaurante público (d) En casa de una amigo (e) No me importa el sitio</p>		
<p>6. ¿Sientes que controlas la cantidad de comida que consumes?</p> <p>(a) La mayor parte del tiempo o siempre (b) Muchas veces (c) Ocasionalmente (d) Rara vez (e) Nunca</p>		
<p>7. Uso laxantes y supositorios para controlar mi peso</p> <p>(a) Una vez al día o más (b) 3-6 veces a la semana (c) 1-2 veces a la semana (d) 2-3 veces al mes (e) Una vez al mes o menos (o nunca)</p>		

8. Como hasta sentirme demasiado cansado/a para continuar

- (a) Al menos una vez al día
- (b) 3-6 veces a la semana
- (c) 1-2 veces a la semana
- (d) 2-3 veces al mes
- (e) Una vez al mes o menos (o nunca)

9. ¿Con qué frecuencia prefieres comer helados, dulces o batidos durante una comilona?

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Pocas veces o nunca
- (e) No me doy atracones

10. ¿Cuánto te preocupan tus atracones de comida?

- (a) No me doy atracones
- (b) Me importa un poco
- (c) Me importa moderadamente
- (d) Me importa bastante
- (e) Es probablemente lo que más me preocupa en mi vida

11. La mayoría de la gente se sorprendería si supiese cuánta comida podría consumir de una vez.

- (a) Sin ninguna duda
- (b) Bastante probablemente
- (c) Probablemente
- (d) Posiblemente
- (e) No

12. ¿Alguna vez comes hasta el punto de sentirte enfermo/a?

- (a) Muy frecuentemente
- (b) Frecuentemente
- (c) Bastantes veces
- (d) Ocasionalmente
- (e) Raramente o nunca

13. Temo comer algo por miedo a no poder parar.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

14. Me siento mal conmigo mismo/a después de haber comido demasiado.

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Casi nunca o nunca
- (e) No como demasiado

15. ¿Con qué frecuencia te provocas el vómito después de comer?

- (a) Dos veces o más a la semana
- (b) Una vez a la semana
- (c) 2-3 veces al mes
- (d) Una vez al mes
- (e) Menos de una vez al mes o nunca

16. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen tus sensaciones después de un atracón?

- (a) No me doy atracones
- (b) Me siento bien
- (c) Me siento un poco disgustado conmigo mismo/a
- (d) Me siento bastante disgustado conmigo mismo/a
- (e) Me odio a mí mismo/a

17. Como mucho, incluso cuando no estoy hambriento/a.

- (a) Muy frecuentemente
- (b) Frecuentemente
- (c) Ocasionalmente
- (d) Algunas veces
- (e) Pocas veces o nunca

18. Mis patrones alimenticios son diferentes a los de las demás personas

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

19. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas intensivas.

- (a) No durante el año pasado
- (b) Una vez durante el año pasado
- (c) 2-3 veces durante el año pasado
- (d) 4-5 veces durante el año pasado
- (e) Más de 5 veces durante el año pasado

20. Me siento triste y deprimido/a después de comer más de lo que había planeado comer.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca o nunca

21. En una comilona tiendo a comer alimentos más altos en calorías.

- (a) Siempre
- (b) Casi siempre
- (c) Frecuentemente
- (d) Algunas veces
- (e) Casi nunca, nunca, o no es aplicable



22. Comparado con la mayoría de la gente, mi habilidad para controlar mi comportamiento al comer parece ser
- (a) Mayor que la de los demás
  - (b) Más o menos igual
  - (c) Menor
  - (d) Mucho menor
  - (e) No tengo control en absoluto
23. Uno de tus mejores amigos de repente sugiere que vayáis los dos a un nuevo restaurante tipo buffet esta noche. Aunque habías planeado cenar algo ligero en casa, aceptas y cenas fuera, comiendo bastante y sintiéndote incómodamente lleno. ¿Cómo te sentirías contigo mismo/a de vuelta a casa?
- (a) Bien, encantado/a de haber probado un nuevo restaurante
  - (b) Un poco apenado/a por haber comido mucho
  - (c) Un poco decepcionado/a conmigo/a
  - (d) Triste conmigo mismo/a
  - (e) Totalmente disgustado/a conmigo mismo/a
24. Actualmente me etiquetaría como un/a "comedor/a compulsivo/a" (alguien que cae en episodios de comer incontrolablemente)
- (a) Absolutamente
  - (b) Sí
  - (c) Sí, probablemente
  - (d) Sí, posiblemente
  - (e) No, probablemente no
25. ¿Cuánto peso has perdido en un mes?
- (a) Alrededor de 9 kilogramos
  - (b) Entre 5.5 y 9 kilogramos
  - (c) Entre 3.5 y 5 kilogramos
  - (d) Entre 2 y 3 kilogramos
  - (e) Menos de 2 kilogramos
26. Si como mucho por la noche me siento deprimido/a por la mañana
- (a) Siempre
  - (b) Frecuentemente
  - (c) Algunas veces
  - (d) Casi nunca o nunca
  - (e) No como mucho por la noche
27. ¿Crees que es más fácil para ti vomitar que para el resto de la gente?
- (a) Sí, no supone ningún problema para mí
  - (b) Sí, es fácil
  - (c) Sí, es un poco fácil
  - (d) Más o menos igual
  - (e) No, es menos fácil
28. Siento que la comida controla mi vida
- (a) Siempre
  - (b) Casi siempre
  - (c) Frecuentemente
  - (d) Algunas veces
  - (e) Pocas veces o ninguna

29. Me siento deprimida inmediatamente después de haber comido mucho

- (a) Siempre
- (b) Frecuentemente
- (c) Algunas veces
- (d) Pocas veces o ninguna
- (e) No como mucho

30. ¿Con qué frecuencia vomitas después de comer para perder peso?

- (a) Menos de una vez al mes o nunca
- (b) Una vez al mes
- (c) 2-3 veces al mes
- (d) Una vez a la semana
- (e) 2 veces o más a la semana

31. Cuando comes mucho, ¿a qué velocidad lo haces habitualmente?

- (a) Mucho más rápido de lo que la mayoría de la gente haya comido en sus vidas
- (b) Mucho más rápido que el resto
- (c) Un poco más rápido que el resto
- (d) Más o menos igual que el resto
- (e) Más despacio que el resto de la gente (o no es aplicable)

32. ¿Cuál es el máximo peso que has ganado alguna vez en un mes?

- (a) Alrededor de 9 kilogramos
- (b) Entre 5.5 y 9 kilogramos
- (c) Entre 3.5 y 5 kilogramos
- (d) Entre 2 y 3 kilogramos
- (e) Menos de 2 kilogramos

33. *Mujeres sólo:* Mi último periodo fue...

- (a) El mes pasado
- (b) Hace dos meses
- (c) Hace cuatro meses
- (d) Hace seis meses
- (e) No he tenido el periodo en los últimos seis meses

34. Uso diuréticos para controlar mi peso

- (a) Una vez al día o más
- (b) 3-6 veces a la semana
- (c) 1-2 veces a la semana
- (d) 2-3 veces al mes
- (e) Una vez al mes o menos (o nunca)

35. ¿Cómo crees que puede compararse tu apetito con el del resto de gente que conoces?

- (a) Muchas veces más grande que el del resto
- (b) Mayor
- (c) Un poco mayor
- (d) Más o menos igual
- (e) Menor que el del resto

36. *Mujeres sólo:* Mi periodo menstrual ocurre una vez al mes...

- (a) Siempre
- (b) Usualmente
- (c) Algunas veces
- (d) Casi nunca
- (e) Nunca

### **INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN**

1. Cada respuesta de cada ítem puntuá segn lo que aparece en la siguiente tabla.
2. Los ítems en los que no aparece puntuación sólo aportan datos al terapeuta, es decir, no son puntuables para establecer el diagnóstico segn los criterios del DSM-III-R. Sólo puntuán 28 de los 36 ítems.
3. La puntuación final se obtiene sumando la puntuación de la respuesta a cada ítem.

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	5	4	3	2	1
4	5	4	3	2	1
5	5	4	3	2	1
6	1	2	3	4	5
7					
8	5	4	3	2	1
9	5	4	3	2	1
10	1	2	3	4	5
11	5	4	3	2	1
12	5	4	3	2	1
13	5	4	3	2	1
14	5	4	3	2	1
15	5	4	3	2	1
16	1	2	3	4	5
17	5	4	3	2	1
18	5	4	3	2	1
19					
20	5	4	3	2	1
21	5	4	3	2	1
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	5	4	3	2	1
25					
26	5	4	3	2	1
27	5	4	3	2	1
28	5	4	3	2	1
29	5	4	3	2	1
30					
31	5	4	3	2	1
32					
33					
34					
35	5	4	3	2	1
36					



## **INTERPRETACIÓN**

En el caso de estarse empleando el cuestionario como instrumento de tamizaje, el punto de corte se establecerá en 104.

En el caso de estarse empleando el cuestionario como instrumento de diagnóstico, una puntuación mayor de 120 será considerada como correspondiente con los criterios diagnósticos de bulimia nerviosa.

AVENGIDO

28. GuíaSalud. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Detección de los TCA. [acceso 14 abril 2017]. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/conducta\\_alimentaria/completa/apartado06/deteccion.html](http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/apartado06/deteccion.html).

## Anexo II: Escala de Ansiedad Hamilton

Los puntos de corte recomendados son: 0-5: no ansiedad; 6-14: ansiedad leve; >15: ansiedad moderada/grave. Los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems: 0. Ausente, 1. Intensidad leve, 2. Intensidad moderada, 3. Intensidad grave, 4. Totalmente incapacitado.

Escala de Ansiedad de Hamilton			
<b>1 Ansiedad</b>			Puntaje
<b>Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.</b>			
0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual		
1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual		
2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.		
3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.		
4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.		
<b>2 Tensión</b>			Puntaje
<b>Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.</b>			
0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual		
1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual		
2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.		
3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.		
4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente		
<b>3 Miedo</b>			Puntaje
<b>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</b>			
0	No se encuentran presentes		
1	Presencia dudosa		

	<b>2</b> El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b> Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b> La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

<b>4</b> <b>Insomnio</b>	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>		<b>Puntaje</b>	
	0 Profundidad y duración del sueño usuales			
	1 Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.			
	2 La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.			
	3 La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.			
	4 hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.			
<b>5</b> <b>Dificultades en la concentración y la memoria</b>	<b>Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.</b>		<b>Puntaje</b>	
	0 El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.			
	1 Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria			
	2 Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.			
	3 Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.			
	4 El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.			
<b>6</b> <b>Animo deprimido</b>	<b>Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.</b>		<b>Puntaje</b>	
	0	Animo natural		

	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7	<b>Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.</b>		
<b>Síntomas somáticos generales (musculares)</b>	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
8	<b>Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinnitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.</b>		
<b>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9	<b>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</b>		
<b>Síntomas cardiovasculares</b>	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	

	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	<b>4</b>	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>10</b>  <b>Síntomas respiratorios</b>	<b>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoramiento y respiración suspirosa..</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Dudosamente presente	
	<b>2</b>	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	<b>4</b>	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>11</b>  <b>Síntomas gastrointestinales</b>	<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	<b>4</b>	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

29. Escala de Ansiedad de Hamilton [Internet].[acceso 17 marzo 2017].

Disponible en: <https://es.scribd.com/document/55784333/Escala-de-Ansiedad-de-Hamilton>.

**Anexo III:** Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon respondidos de manera extensa durante la entrevista.

Siguiendo las cuestiones de la Guía de cuidados enfermeros en la red de Salud Mental de Aragón<sup>27</sup>.

#### **1- Patrón percepción/manejo de la salud**

El paciente refiere que es consciente de los problemas que tiene y no niega los actos que realiza ya que su problema hasta la fecha ha sido la poca capacidad que tiene para expresar lo que le ocurre por la falta de aporte social. Estuvo hace unos años en un dietista para que le "enseñase a comer" y conoce los beneficios que tiene para la salud ingerir una dieta equilibrada y un correcto balance hidroelectrolítico. Pide que se le ayude porque desea no preocuparse por su imagen corporal y le asusta que todo ello le pueda afectar a su salud tanto a corto como a largo plazo. No suele tener problemas de salud aunque esporádicamente padece: dolores de cabeza y estómago, catarros, etc. No fuma, no bebe, no toma drogas. Se siente muy agobiada durante la entrevista ya que vemos en ella unas ganas imperiosas de vivir cosas de una chica de su edad con una vida normal, tales como: tener pareja estable, hijos y sobre todo, tiene muchas ganas de que no le obsesione lo que come como hasta ahora le ocurre.

#### **2- Patrón nutricional/metabólico**

A diario consume un poco de todo ya que vive con su madre y tienen a una persona fija en casa que se ocupa de las tareas del hogar. Consume líquidos porque tuvo una mala experiencia en su adolescencia y no quiere volver a pasar por lo mismo.

Prefiere los aimentos "light" entre otros, baja en hidratos de carbono y libre de azúcares. Cuando se siente triste, sola y angustiada recurre a atracones de "comida basura" incluyendo cantidades desmesuradas de "chucherías". Su piel se encuentra en perfecto estado, pelo largo y brillante. En prácticamente todas las uñas vemos que se las muerde y eso nos hace pensar en una estrecha relación con el desorden alimentario que pudiera padecer o la ansiedad que eso le produce. Los dientes se encuentran amarillentos pero en buen estado. Su peso supera en la actualidad el IMC normal para su altura y no encontramos ningún otro déficit en relación a sus mucosas. Se realiza el test BULIT-R y se obtiene una puntuación de 114 puntos.

#### **3- Patrón de eliminación**

Continencia urinaria normal. Padece estreñimiento desde hace años. No tiene establecido ningún patrón horario para ir al servicio debido a su estrés laboral. Utiliza laxantes cuando lleva mas de una semana sin hacer deposición. En dos ocasiones durante la adolescencia tuvieron que ingresarla por deshidratación pero desde entonces tomó conciencia de ello y no ha vuelto a llegar a esos límites. No padece problemas con la sudoración ni con el olor corporal.

#### **4- Patrón actividad/ejercicio**

Realiza ejercicio en el gimnasio 2 veces a la semana y un día a la semana en un equipo de baloncesto donde, de manera amistosa, juega, se socializa y se divierte. Lleva matriculada en ese mismo equipo desde que era un niña, ya que guarda amistades desde entonces, que le hacen sentirse cómoda y muy segura de sí misma en ese círculo pequeño que le rodea.

#### **5- Patrón sueño/descanso**

Suele dormir seis horas de manera intermitente. Refiere que le cuesta mucho conciliar el sueño. Se despierta a las seis de la madrugada ya que entra a trabajar a las siete. Se siente cansada durante su jornada laboral pero ayuda a combatir ese sueño con sucesivos cafés, 3-4 cafés en la misma mañana, lo que luego le impide dormir justo después de comer y por la noche. En ocasiones se ha tomado algún té de hierbas naturales para dormir, sin mejoría alguna. Refiere no creer demasiado en su efecto relajante.

## **6- Patrón cognitivo/perceptivo**

Ha sido una persona brillante en sus estudios desde muy pequeña. Nunca ha suspendido una asignatura y jamás ha obtenido una calificación menor de un 8 en cualquiera de ellas. Es una persona que siempre quiere conseguir el perfeccionismo absoluto en todo lo que se propone. Tiene muy buena memoria y toma decisiones de persona mucho mas adulta de lo que realmente es. No tiene ninguna dificultad sensorial en cuanto al olfato, gusto, tacto, oído. Es una persona reservada e introvertida. No cuenta sus experiencias amorosas con frecuencia porque le parecen fracasos personales y siempre piensa que la culpa es de ella.

## **7- Patrón autopercepción/autoconcepto**

Se siente a disgusto con su cuerpo y siente que tal y como es no va a encontrar nunca un hombre que le quiera porque esta gorda y poco musculosa, refiere. Dice que su cuerpo está deformado. Ella misma refiere que tiene mal carácter y no es una persona sonriente. Siempre compara a las novias de los hombres con los que ha estado con ella, diciendo que si ha tenido mala suerte en el amor con ellos ha sido por culpa de su cuerpo. No se siente una persona afortunada, en general, tanto con su familia y con su cuerpo. Siente que no tiene suerte en nada, excepto en el trabajo, ya que gracias al uniforme ancho de trabajo no le marca la figura corporal y eso le ayuda a sentirse más segura y como consecuencia, le hace ir más contenta cada día.

## **8- Patrón rol/relaciones**

Desde hace unos años se siente muy sola en casa, debido a la enfermedad que padece su madre. La imposibilidad de mantener una conversación madre-hija le apena y le hace sentirse muy sola en el lecho familiar. Echa mucho de menos una figura paterna y, la idealiza, aun no sabiendo lo que supondría el tenerla, porque nunca la ha tenido. Su único apoyo es su amiga, del equipo de baloncesto, quien le escucha y sabe sus problemas.

## **9- Patrón sexualidad/reproducción**

Mantiene relaciones homosexuales satisfactorias poco estables y utilizando métodos anticonceptivos.

Tuvo amenorrea durante 11 meses con 15 años, cuando empezó con sus mayores purgas, y desde entonces se encuentra con tratamiento hormonal anticonceptivo y por tanto tiene ciclos menstruales regulares. Desde hace seis meses nos cuenta que es homosexual cisgénero pero aún no lo sabe su familia. Desde que ha descubierto su nueva sexualidad dice sentirse ella misma y feliz como hacia mucho no lo estaba.

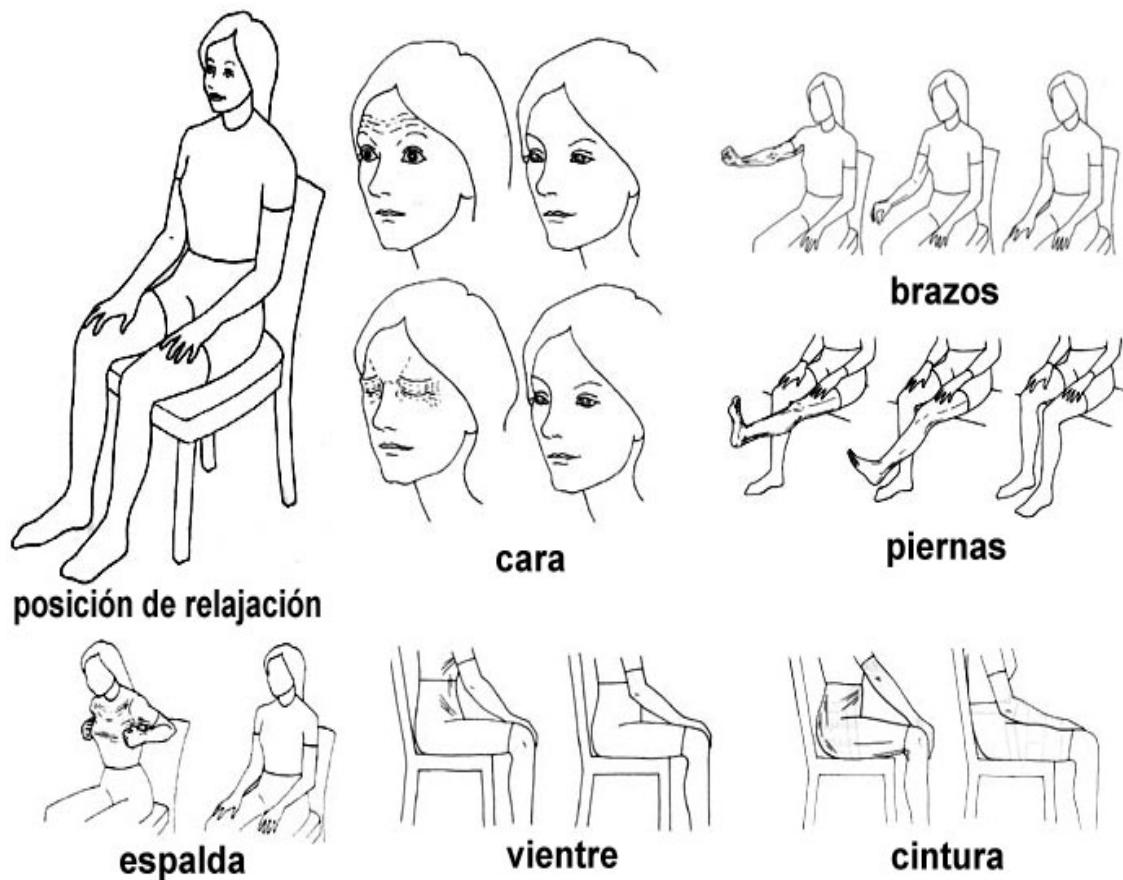
## **10- Patrón adaptación/tolerancia al estrés**

Cuando se siente preocupada por algo se suele desahogar con su única amiga que tiene en el equipo de baloncesto o trabajando, ya que en su casa no se siente apoyada para expresar sus sentimientos. Suele darse atracones de chucherías cuando se siente triste ya que dice que es lo que más le ayuda a sentirse bien en muy corto espacio de tiempo. Acto seguido del atracón su cuerpo-mente le obliga a recurrir al vómito por el sentimiento de culpabilidad que siente tras semejante ingesta. Se realiza la escala de ansiedad de Hamilton y se obtiene una puntuación de 18 puntos.

## **11- Patrón valores/creencias**

No quiere tener hijos porque le horroriza la idea de verse tan gorda como a las chicas embarazadas que ve por la calle. Está bautizada en la iglesia católica. No refiere más datos acerca de sus creencias.

**Anexo IV:** Relajación muscular progresiva por grupos musculares de Jacobson.



**Anexo V:** Informe de continuidad de cuidados para derivación del caso a profesional sanitario especialista en Salud Mental.

**Datos personales**

Nombre de la paciente	S.E.L	Edad:	27 años
Fecha que acude a AP	8/11/2016	Fecha de alta en AP:	1/05/2017
Servicio enfermería	Centro de A.P. San Pablo Zaragoza		
Derivación	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa		

**Datos generales**

Motivo de la consulta	Dieta para corregir el sobrepeso
<b>Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon</b>	
1.Percepción/Manejo de salud	Expresa deseo de cambio en su estado de salud. Conoce los problemas que pueden ocasionarle seguir con los atracones y vómitos que tiene desde la adolescencia. Reclama ayuda para un cambio.
2.Nutricional/Metabólico	Consumo líquidos de manera adecuada. Dientes y mucosas en correcto estado.
3.Eliminación	Continencia urinaria normal. Padece estreñimiento. Tiene una buena higiene corporal.
4.Actividad/Ejercicio	Realiza ejercicio de forma regular dos veces a la semana.
5.Sueño/Descanso	Duerme pocas horas y de manera intermitente. Se levanta cansada y tiene que combatir el sueño con bebidas estimulantes.
6.Cognitiva/Perceptual	No padece dificultades sensoriales. Persona reservada e introvertida.
7.Autopercepción/Autoconcepto	Se siente a disgusto con su cuerpo. Le produce ansiedad el pensar que nadie le va a querer con su cuerpo deformado.
8.Rol/Relaciones	Se siente muy sola por la falta de relaciones amistosas y familiares. No mantiene una relación madre e hija como a ella le gustaría. No existe la figura paterna y la añora.
9.Sexualidad/Reproducción	Mantiene relaciones sexuales satisfactorias. Desde hace seis meses refiere ser homosexual cisgénero.
10.Adaptación/Tolerancia al estrés	No tiene amistades, excepto una, cuando se siente angustiada.
11.Valores/Creencias	No quiere tener hijos porque le horroriza la idea de verse tan gorda como las embarazadas. No refiere más datos acerca de creencias.

<b>Diagnósticos de enfermería principales</b>	<b>-Desequilibrio nutricional por exceso</b> r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p peso de un 20% superior al ideal según la talla y constitución corporal.
	<b>Estreñimiento</b> r/c cambio malos hábitos alimentarios m/p disminución de la frecuencia.
	<b>Insomnio</b> r/c ansiedad m/p dificultad para conciliar el sueño.
	<b>Trastorno de la imagen corporal</b> r/c perceptual/cognitivo m/p conductas de evitación del propio cuerpo.
	<b>Baja autoestima situacional</b> r/c alteración de la imagen corporal m/p incapacidad de afrontar la situación actual.
	<b>Procesos familiares disfuncionales</b> r/c habilidades de afrontamiento inadecuados m/p incapacidad para expresar una amplia gama de sentimientos.
	<b>Deterioro de la interacción</b> social r/c trastorno de autoconcepto m/p interacción disfuncional con los demás.
<b>Ansiedad</b> r/c crisis situacionales m/p insomnio.	
Alergias	No alergias conocidas.
Familia	Acude a las consultas de AP siempre sola.

#### Escalas utilizadas para completar la valoración inicial

Test de Bulimia (BULIT-R). Se obtiene una puntuación de 114 puntos.

La Escala de Ansiedad Hamilton. Se obtiene una puntuación de 18 puntos.

#### Resumen del evolutivo de enfermera de AP

S.E.L es una paciente que acude a nuestra consulta de AP solicitando una dieta adelgazante para tratar el sobrepeso que padece.

Exploración física en la primera consulta de enfermería: TA:113/68 mmHg; FC:110 ppm'; FR:20 rpm; Peso:68Kg; Talla:161 cm; IMC:26,23. Aspecto general adecuado. Antes de ofrecerle una dieta para personas que padecen obesidad, profundizamos un poco más con una entrevista personalizada, tratando de empatizar con ella lo máximo posible. Le preguntamos cuáles son sus hábitos alimenticios y nos cuenta su desequilibrio nutricional, su impulsividad a la hora de comer, de sentirse culpable por ingerir desmesuradas cantidades de comida y vomitar a continuación. Refiere que desde la adolescencia ha mantenido este tipo de conductas, en las que ha habido ocasiones en las que ha estado muy delgada, cosa que le gusta y busca siempre. Refiere que desde hace años está diagnosticada de depresión.

Tras la entrevista, considero que es una paciente con falta de soporte familiar, dada la ausencia de figura paterna y la falta de comunicación madre e hija a causa de la incapacidad que padece su madre.

Dada la ansiedad percibida realizo el Escala de Ansiedad de Hamilton donde se obtiene una puntuación de 18 puntos antes de realizar dos talleres a la semana: uno teórico y otro práctico donde ponemos en práctica la terapia de relajación por grupos musculares de Jacobson para así disminuir la ansiedad.

Tras finalizar los talleres (tres meses de duración aproximadamente) procurando disminuir su ansiedad lo máximo posible hasta la derivación del caso, se vuelve a realizar la Escala de Ansiedad de Hamilton y se obtiene una puntuación de 14 puntos. Conforme van pasando los días, durante las sesiones de relajación, sospecho cada vez más su posible trastorno de conducta alimentaria y, junto con la carencia familiar que padece, nos hemos planteado bajo el criterio del médico de atención primaria, la valoración por el Centro Salud Mental y en mi caso, le derivo el informe de los cuidados de enfermería obtenidos con el fin de poder colaborar con usted en la medida de los posible.

A su disposición,

Irene Sesma  
Enfermera, Centro de Salud San Pablo.

1 de Mayo del 2017, Zaragoza.