

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2019-2020

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Cuidados de enfermería intrahospitalarios en la anorexia nerviosa: a propósito de un caso

Carlota Moral López

Directora: Manuela Blanco Presas

Junio 2020

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ÍNDICE

RESUMEN	1
RESUMO	2
ABSTRACT	3
ABREVIATURAS.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA	5
1.2. ETIOPATOGENIA.....	6
1.3. DIAGNÓSTICO	8
1.4. TRATAMIENTO	11
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. DESARROLLO.....	16
3.1. METODOLOGÍA	16
3.2. PRESENTACIÓN DEL CASO	18
3.3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	19
3.4. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO.....	25
3.5. SEGUIMIENTO	33
4. CONCLUSIONES.....	37
5. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES	38
6. BIBLIOGRAFÍA.....	38
7. ANEXOS.....	43
ANEXO I: Signos de alarma	43
ANEXO II: Distorsiones cognitivas.....	43
ANEXO III: Criterios de hospitalización	44
ANEXO IV: Fases del programa de tratamiento.....	45
ANEXO V: Fotografía de la silueta de la paciente.....	47



RESUMEN

Introducción: la anorexia nerviosa es una enfermedad de etiología multifactorial que se caracteriza por un peso anormalmente bajo, miedo intenso a engordar, una percepción distorsionada del peso y forma corporales y, en mujeres postmenárquicas, por la aparición de amenorrea. Su prevalencia ha ido en aumento en las últimas décadas y es llamativa la gran diferencia de género existente, ya que 9 de cada 10 pacientes, son mujeres.

Objetivo: conocer las características más relevantes de la anorexia nerviosa mediante la elaboración de un plan de cuidados individualizado de una paciente de tipo restrictivo.

Desarrollo: para la valoración de enfermería se utilizaron los patrones funcionales de Marjory Gordon, se elaboró el plan de cuidados aplicando las taxonomías NANDA, NOC y NIC y se llevó a cabo teniendo en cuenta la Teoría de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau.

Conclusión: a pesar de no haber podido llevar a cabo el seguimiento completo debido a la actual situación provocada por el Covid-19, se han obtenido resultados prometedores. El curso de la enfermedad es largo, por lo que es necesario trabajar la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento y contar con el apoyo de la familia para asegurar la continuación de los cuidados.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, TCA, anorexia nerviosa, AN, tratamiento, cuidados de enfermería

RESUMO

Introdución: A anorexia nerviosa é unha enfermidade de etioloxía multifactorial que se caracteriza por un peso anormalmente baixo, medo intenso a engordar, unha percepción deformada do peso e forma corporais e, en mulleres posmenárquicas, pola aparición de amenorrea. A súa prevalencia foi en aumento nas últimas décadas e chama a atención a gran diferenza de xénero existente, xa que 9 de cada 10 doentes, son mulleres.

Obxectivo: coñecer as características máis relevantes da anorexia nerviosa mediante a elaboración dun plan de coidados individualizado dunha doente de tipo restritivo.

Desenvolvemento: para a valoración de enfermaría empregáronse os patróns funcionais de Marjory Gordon; elaborouse o plan de coidados aplicando as taxonomías NANDA, NOC e NIC e levouse a cabo tendo en conta a Teoría de Relacións Interpersoais de Hildegard Peplau.

Conclusión: a pesar de non ter podido levar a cabo o seguimento completo debido á actual situación provocada polo Covid-19, obtivéronse resultados prometedores. O curso da enfermidade é longo, polo que é necesario traballar a conciencia de enfermidade, a adherencia ó tratamento e contar co apoio da familia para asegurar a continuación dos coidados.

Palabras clave: trastornos da conduta alimentaria, TCA, anorexia nerviosa, AN, tratamento, coidados de enfermaría

ABSTRACT

Introduction: anorexia nervosa is a multifactorial etiology characterized by an abnormally low weight, intense fear of gain weight, a distorted perception of body weight and shape and, in postmenarchal women, the appearance of amenorrhea. Its prevalence has been increasing in the last decades and the large gender difference is striking, since 9 out of 10 patients, are women.

Objective: know the most relevant characteristics of anorexia nervosa by drawing up an individualized care plan for a restrictive type of patient.

Development: for the assessment of nursing were used the functional patterns of Marjory Gordon, the care plan was elaborated applying the taxonomies NANDA, NOC and NIC and was carried out taking into account the Theory of Interpersonal Relations of Hildegard Peplau.

Conclusion: despite not having been able to carry out full follow-up due to the current situation caused by Covid-19, promising results have been obtained. The course of the disease is long, so it is necessary to work the awareness of illness, adherence to treatment and rely on the support of the family to ensure the continuation of care.

Key words: eating disorder, ED, anorexia nervosa, AN, treatment, nursing care

ABREVIATURAS

- **AN** = anorexia nerviosa
- **CDR** = cantidades diarias recomendadas
- **ChEAT** = Children's Eating Attitudes Test
- **CIE** = Clasificación Internacional de Enfermedades
- **CP** = complicación potencial
- **DSM** = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- **EAT** = Eating Attitudes Test
- **EE** = evaluación esperada
- **EI** = evaluación inicial
- **FC** = frecuencia cardíaca
- **h** = hora
- **IMC** = índice de masa corporal
- **kg** = kilogramos
- **km** = kilómetros
- **lpm** = latidos por minuto
- **m²** = metros cuadrados
- **m/p** = manifestado por
- **mg** = miligramos
- **ml** = mililitros
- **mmHg** = milímetros de mercurio
- **NIC** = Nursing Interventions Classification
- **NICE** = National Institute for Health and Care Excellence
- **NOC** = Nursing Outcomes Classification
- **r/c** = relacionado con
- **T^a** = temperatura
- **TA** = tensión arterial
- **TCA** = trastorno de la conducta alimentaria
- **TEPT** = trastorno de estrés postraumático

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de enfermedades graves caracterizadas por una disfuncionalidad de la conducta alimentaria, con relación a unas características emocionales y a unas creencias particulares respecto a la comida y a la imagen corporal. En consecuencia, aparecen problemas físicos y/o del funcionamiento psicosocial, afectando de forma íntegra al individuo, familia y entorno más cercano.^{1,2}

Entre estos trastornos se encuentra la anorexia nerviosa (AN), caracterizada por: peso anormalmente bajo, miedo intenso a engordar, una percepción distorsionada del peso y forma corporales y, en mujeres postmenárquicas, por la aparición de amenorrea secundaria.³

La gran mayoría de personas que padecen un TCA no tienen conciencia de la enfermedad. Al no buscar tratamiento ni ayuda, no reciben un diagnóstico formal y esto complica obtener datos concretos sobre cuántas personas presentan alguno de estos trastornos. A pesar de esto, los datos epidemiológicos sobre conductas y actitudes alimentarias anómalas, como la sobrevaloración y preocupación excesiva por el peso o insatisfacción corporal, objetivada tanto en la población clínica como no clínica en España, es similar a lo descrito en otros países desarrollados de Europa Occidental y Norteamérica.²

Los datos muestran un considerable aumento de las cifras de prevalencia, estimándose en la actualidad entre el 4'1-6'4%. Este aumento es atribuido al incremento de la incidencia y a la duración y cronificación de los casos. La franja de edad de mayor riesgo se encuentra entre los 12 y 21 años, y dentro de ella la prevalencia de AN es del 0'14 al 0'9%, cifras semejantes a las de otros países europeos como Italia.^{2,4,5}

Aunque la AN es considerada la enfermedad de la “cultura occidental”, debido a la creciente industrialización, urbanización y globalización, se han observado aumento de casos en países árabes y asiáticos.⁶

Con respecto al sexo, desde la aparición de la enfermedad, siempre se la ha considerado una enfermedad de mujeres ya que les afecta en una proporción de 9:1.⁴ Además, las características presentes en los hombres son algo diferentes, manifestándose vinculada a aspectos de sobrevaloración del cuidado de la salud y del ejercicio físico; mientras que en las mujeres está más relacionada con un mayor impulso a la delgadez o insatisfacción corporal. Esta insatisfacción se ha visto que siempre es mayor en las mujeres sin importar el grupo de edad.⁷

En cuanto a la edad, ocurren con mayor frecuencia al final de la adolescencia y al inicio de la juventud; en este periodo se producen los cambios propios de la pubertad y se relacionan con frecuentes sentimientos de insatisfacción corporal junto con las dificultades emocionales de esta etapa vital, confiriéndole así una mayor vulnerabilidad.⁴ Cabe señalar que en las últimas décadas se ha observado un incremento en la detección de casos de inicio en la infancia o en la edad adulta.²

Las poblaciones de riesgo (deportistas, gimnastas, bailarinas, modelos, etc) presentan una prevalencia 3 o 4 veces mayor que la población general, debido a la relación de los factores socioculturales estéticos de delgadez y los elevados niveles de exigencia con respecto al físico que muestran estos grupos.⁴

1.2. ETIOPATOGENIA

La anorexia nerviosa es una enfermedad psicosomática de etiología compleja ya que no existe una única causa que explique su aparición. Garner expone con su modelo biopsicosocial una serie de factores

predisponentes, precipitantes y perpetuantes que interactúan entre sí, provocado de esta manera la sintomatología de la AN.^{4,8-10}

- **Factores predisponentes:** facilitan la aparición de la enfermedad, pero no implican que esta se desarrolle inevitablemente. Se subdividen en:
 - a) Individuales:*** sexo femenino, adolescencia, sobrepeso u obesidad previos, rasgos psicológicos como perfeccionismo, baja autoestima, predisposición genética...
 - b) Familiares:*** ambiente familiar desestructurado, sobreprotector, experiencias vitales estresantes como la muerte de uno de los miembros de la familia, antecedentes familiares de TCA...
 - c) Socioculturales:*** canon de belleza actual que ensalza la delgadez extrema, asociar la delgadez con éxito, atractivo, salud y felicidad; pertenecer a determinadas profesiones o grupos deportivos (danza, modelaje, actuación, deportes en los que se compite por categorías de peso, etc), burlas relacionadas con la apariencia física (sobre todo en la infancia y adolescencia), páginas web que hacen apología de esta enfermedad, sistema de tallaje actual que varía dependiendo de la tienda...
- **Factores precipitantes:** aquellos que, como su nombre indica, precipitan el inicio de la enfermedad. Entre estos pueden encontrarse los ya mencionados como predisponentes y/u otros como: situaciones de estrés (abuso sexual, entrada a la universidad, pérdida de empleo, etc) o situaciones que pueden provocar el comienzo de dietas restrictivas (depresión, percepción de sobrepeso u obesidad, críticas sobre la imagen...).
- **Factores perpetuantes:** todos aquellos de riesgo o precipitantes que no se han resuelto y favorecen el mantenimiento e incluso la cronificación de la enfermedad.

El mantenimiento también se ve favorecido por todas las consecuencias desencadenadas de los factores una vez instaurada la anorexia, como

pueden ser las alteraciones psicológicas consecuentes a la desnutrición o el aislamiento social.

1.3. DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico y unas intervenciones precoces son fundamentales para evitar que las personas que desarrollen esta enfermedad alcancen estados de desnutrición severos, especialmente niños y adolescentes por la repercusión que puede tener en su desarrollo. Debido a la falta de conciencia de enfermedad y al no existir unos síntomas de inicio muy específicos, el diagnóstico continúa siendo tardío en la mayoría de los casos. Las pacientes suelen acudir a un profesional por petición de la familia cuando detectan ciertos signos de alarma (*ANEXO I*) o por otros problemas médicos que acaban siendo consecuentes de la AN.¹¹

El diagnóstico depende de una minuciosa anamnesis y valoración, tanto física como psicológica. Además, se recomiendan el uso de cuestionarios validados como el EAT-40, EAT-26 y el ChEAT (en niños de entre 8 y 12 años) para el cribado de casos.³

Se deben conocer las manifestaciones clínicas más frecuentes de la enfermedad.^{2,3} Estas pueden dividirse en:

- a) **Manifestaciones físicas y médicas:** bajo índice de masa corporal (IMC), amenorrea, lanugo, edemas, estreñimiento, intolerancia al frío, mareos...
- b) **Manifestaciones relacionadas con la afectación cognitiva:** desagrado relacionado con la autoimagen y autovaloración corporal que desencadenan pensamientos intrusivos en forma de rumiación, distorsiones cognitivas relacionadas con respuestas adaptativas de regulación del apetito (*ANEXO II*), distorsiones de la imagen corporal a nivel general o localizado en zonas concretas (nalgas, muslos, abdomen y cadera); alteraciones propioceptivas relacionadas con el hambre y la saciedad...

- c) **Manifestaciones relacionadas con la afectación del plano afectivo y emocional:** presencia de ansiedad generalizada o de tipo fóbico como “terror a engordar”; frecuente aparición de fenómenos obsesivos y clínica depresiva (sentimientos de tristeza, melancolía, desesperanza, ideación autolítica/suicida...).
- d) **Manifestaciones conductuales:** restricciones alimentarias, aumento de ejercicio físico, conductas purgativas, aislamiento, cambios en el modo y estilo de comer (disminución de raciones, desmenuzación de los alimentos y repartición por el plato, almacenamiento de comida en la boca para escupirla posteriormente...).

Los criterios que se siguen a la hora de establecer el diagnóstico son los descritos en la 5ª edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)¹² y los de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)³.

Tabla 1. Criterios diagnósticos.

Criterios diagnósticos del DSM-5:
<ul style="list-style-type: none"> ○ Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado. ○ Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo. ○ Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la auto-evaluación o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal actual.
Criterios diagnósticos de la CIE-10:
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pérdida de peso significativa. En prepúberes, fracaso en la ganancia de peso esperable.

- La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de diferentes alimentos que engorden y dos o más de los siguientes síntomas: vómitos autoinducidos, toma de laxantes, exceso de ejercicio físico, uso de inhibidores de apetito y/o diuréticos.
- Una psicopatología específica según la cual existe como idea sobrevalorada e intrusiva el horror a la gordura y/o flacidez, y la paciente se impone un umbral de peso bajo.
- Un trastorno que involucra al eje hipotálamo-gonadal que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el varón como falta de interés sexual e impotencia. Puede haber niveles elevados de GH y cortisol, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- Si la aparición es prepuberal, se interrumpe el crecimiento. En las niñas no se desarrollan los pechos y hay amenorrea primaria, en los niños los genitales permanecen juveniles. Con la recuperación generalmente se completa, pero se retrasa la menarquía.

Fuente de elaboración: propia.

Hasta el anterior DSM, la amenorrea estaba incluida en los criterios diagnósticos, pero a partir del DSM-V se ha pasado a considerar como un factor de gravedad clínica.³ En esta clasificación diagnóstica se establece como peso mínimo normal el equivalente a un IMC de 18,5 kg/m² y especifica una estimación de la gravedad en función de los límites establecidos por la Organización Mundial de la Salud:¹²

- Leve: IMC \geq 17 kg/m²
- Moderado: IMC = 16-16,99 kg/m²
- Grave: IMC = 15-15,99 kg/m²
- Extremo: IMC < 15 kg/m²

Tradicionalmente se establecen dos subtipos de anorexia:¹²

- 1) **Purgativo:** la paciente presenta recurrentes episodios de atracones o purgas, es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas.

- 2) **Restricitivo:** este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida del peso es debida sobre todo a la dieta, al ayuno y/o el ejercicio físico excesivo, sin episodios de atracones o purgas.

1.4. TRATAMIENTO

La guía “*Eating disorders: recognition and treatment*” del National Institute for Health and Care Excellence (NICE)¹³ indica que se debe brindar apoyo y atención a todas las personas que padezcan anorexia nerviosa en contacto con servicios especializados, estén o no teniendo una intervención específica; este apoyo debe:

- *Incluir psicoeducación sobre el trastorno.*
- *Incluir el control de peso, de la salud mental y física y cualquier factor de riesgo.*
- *Ser multidisciplinario y coordinado entre los servicios.*
- *Involucrar a los familiares o cuidadores de la persona (según corresponda).*

Los objetivos del tratamiento son:^{2,14}

- a. Conseguir un peso saludable.
- b. Tratar las complicaciones médicas derivadas de la desnutrición.
- c. Motivar a la paciente para que participe en el tratamiento y conseguir una buena adherencia.
- d. Realizar educación sobre la nutrición y conducta alimentaria.
- e. Ayudar a que identifique posibles distorsiones cognitivas, motivaciones, actitudes, conflictos y sentimientos relacionados con el desorden alimenticio.
- f. Tratar los posibles síntomas asociados: trastornos del ánimo, control de impulsos, baja autoestima y problemas conductuales.
- g. Proporcionar información, consejo y terapia a las familias.
- h. Prevenir las recaídas.

Dependiendo de las características de la paciente, el tratamiento se realizará en régimen ambulatorio, en unidades de salud mental, hospitales de día o, en casos graves que cumplen ciertos criterios (*ANEXO III*), será indicado el ingreso hospitalario en una unidad de salud mental, médica o combinada.^{3,14,15} El tratamiento de la AN consta de:

1) **Intervenciones orgánico-nutricionales:**

Ayudar a las personas a alcanzar un peso corporal saludable o un IMC indicado para su edad es un objetivo clave y, a su vez, el aumento de peso será fundamental para apoyar otros cambios psicológicos, físicos y de calidad de vida que son necesarios para la mejoría y recuperación de la paciente.¹³

En caso de hospitalización completa, el objetivo es tratar las complicaciones médicas y/o las conductas purgativas e iniciar y mantener la rehabilitación nutricional.¹⁴

Estas intervenciones están formadas por:

- ***Consejo nutricional:*** con la finalidad de modificar lo que come la paciente, así como aquellos hábitos y actitudes alimentarias erróneas.
- ***Tratamiento nutricional:*** para resolver la situación de desnutrición, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente. En el caso de desnutrición grave, la renutrición se llevará a cabo con las precauciones necesarias para evitar el síndrome de realimentación, además de un estrecho seguimiento para detectarlo y manejar los síntomas en caso de que este se desarrolle.^{14,16}

2) **Tratamiento psicoterapéutico:**

La elección y aplicación de una u otra intervención psicoterapéutica, modalidad de tratamiento (individual, familiar o grupal), así como el número de sesiones, se realizará en función de la valoración de cada caso teniendo en cuenta aspectos como la etapa de la enfermedad o complejidad de las relaciones familiares. No hay evidencia que indique que una terapia sea mejor que otra.³

la hospitalización completa, también tiene como objetivo la disminución de la ansiedad derivada del ingreso, el tratamiento de comorbilidades psicopatológicas, intervenciones motivacionales que favorezcan la alianza terapéutica y la conciencia de enfermedad...¹⁴

3) Intervenciones psicoeducativas:¹⁴

- **Individuales/grupales:** para conocer los efectos de la malnutrición, normalizar pautas alimentarias, etc.
- **Dirigidas a la familia:** para que adquieran un mayor conocimiento de la enfermedad, sus consecuencias, intercambien experiencias, reducir sentimientos de culpa...

4) Tratamiento farmacológico:

No existe evidencia suficiente respecto al tratamiento farmacológico de AN. Este es usado para el alivio de síntomas comórbidos como la ansiedad, pero se recomienda demorar su prescripción hasta tener la certeza de que dichos síntomas no son derivados del estado de desnutrición.¹⁰

5) Intervenciones de enfermería sobre cuidados y soporte al autocuidado:¹⁴

- Soporte educativo para el manejo y cambio de estilos de vida saludables relacionados con la alimentación, descanso, actividad física, gestión emocional y hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas...).
- Grupos de apoyo para la mejora de la imagen corporal, desarrollo y mejora de la conciencia de enfermedad y su afrontamiento, relación familiar y social.
- Coterapia en grupos terapéuticos.

El tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y el momento en el que se comienza a tratar, así como la efectividad del tratamiento recibido, influirán en gran medida en la evolución y las consecuencias producidas por la enfermedad. Aún en los casos mejor controlados y con buen pronóstico, el curso clínico suele presentar episodios de remisión y recaídas. Se estima que se precisan entre 3 y 5 años de tratamiento para resolver el trastorno de la conducta alimentaria. Aproximadamente el 50% de las pacientes se recuperan totalmente tanto física como psicológicamente, el 20-25% presentan una remisión parcial y alrededor de un 30% se convierten en pacientes crónicas.¹⁷

La mortalidad se sitúa entre el 0,5-1% por año observado y entre 5-6% en seguimientos superiores a 5 años. Las causas de fallecimiento más frecuentes son el suicidio y las complicaciones clínicas derivadas de la inanición: malnutrición severa, complicaciones gastrointestinales, infecciones y problemas cardíacos.^{11,17,18}

2. JUSTIFICACIÓN

Como Ana M^a Fernández afirma en su artículo *“Historia de la anorexia nerviosa”*, la AN no es una enfermedad actual, sino que *“es el resultado de un constructo social, cultural, religioso y médico, que ha respondido a lo largo de la historia a los conocimientos de cada época”*.¹⁹

Como se ha mencionado anteriormente, el origen del trastorno es multifactorial y, aunque se desconoce la relevancia de cada factor, es innegable el gran peso de los factores socioculturales en su aparición y mantenimiento. No es casualidad la gran desigualdad de género de esta enfermedad, donde 9 de cada 10 casos, son mujeres. Este dato está directamente relacionado con dos aspectos:

- 1) El canon de belleza occidental que exalta la delgadez: la figura delgada ha adquirido una connotación positiva, de atractivo, poder, éxito,

inteligencia; mientras que la gordura se asocia con lo negativo, la fealdad, enfermedad, fracaso o incapacidad.

- 2) Vivimos en sociedades patriarcales y machistas donde se cosifica a las mujeres y en las que se les han impuesto dichos modelos de belleza; destacando principalmente el papel de la educación, publicidad, medios de comunicación y redes sociales, como contribuyentes de la perpetuación de esta situación.

A consecuencia de esto, las mujeres sienten y piensan que para encajar en la sociedad en la que viven deben perseguir dichos estereotipos. También explica, como se muestra en varios estudios, que las mujeres presenten un mayor impulso por la delgadez e insatisfacción con su cuerpo.

Por otro lado, el porcentaje de casos nuevos va en aumento desde las últimas décadas y se ha expandido al mismo tiempo que lo ha hecho la globalización y occidentalización forzosa de muchos países, como por ejemplo Japón.

También cabe mencionar que la anorexia nerviosa tiene la mayor tasa de mortalidad en comparación a cualquier otro trastorno mental. Un gran porcentaje de los fallecimientos son por suicidio. Entre los factores de riesgo se encuentra el tiempo de transcurso de la enfermedad, siendo los pacientes crónicos más propensos a ello.¹⁸

Estas son las razones por las que se ha decidido realizar el siguiente plan de cuidados acerca de esta patología, en la que el papel de la enfermera es tan importante de cara a la recuperación y detección de complicaciones, y en la que debe conocer cómo proceder para ofrecer los mejores cuidados a este tipo de pacientes.

Además de la asistencia intrahospitalaria, cabe destacar su relevancia en los hospitales de día, centros de atención primaria y unidades de salud mental, tanto en la prevención, educando a los padres acerca de los hábitos saludables y signos de alarma, como en las terapias o en el apoyo a los pacientes y sus familias.

Por consiguiente, el objetivo de este trabajo es conocer en profundidad las características más importantes de la anorexia nerviosa, realizando un plan de cuidados individualizado que muestre las necesidades de la paciente en la unidad de hospitalización de salud mental y su evolución; utilizando el modelo de enfermería de Hildegard Peplau, los patrones funcionales de Marjory Gordon y las taxonomías enfermeras NANDA, NIC y NOC.

3. DESARROLLO

3.1. METODOLOGÍA

El caso clínico se ha desarrollado en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Marítimo de Oza en el año 2020.

Para el desarrollo del trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo y Scopus. Se han utilizado las palabras clave “anorexia nervosa”, “nursing”, “treatment” y “care”, junto con el operador boleano “AND”.

También se ha utilizado el motor de búsqueda Google Scholar, consultado páginas web, guías de práctica clínica, asociaciones relacionadas con la AN, revistas y libros sobre la AN, salud mental y metodología enfermera.

La recogida de información de la paciente se llevó a cabo mediante la realización de una entrevista en el momento de ingreso y otra posterior unos días después. Se revisó su historia clínica a través de IANUS y GACELA para complementar los datos, ver la gráfica de constantes, su tratamiento, comentarios de enfermería, etc. Además, cada día se realizaban visitas a la paciente y se observaba su evolución.

La valoración de la paciente se realizó mediante los 11 patrones de salud de Marjory Gordon.²⁰ Tras determinar los patrones disfuncionales, se ha elaborado el plan de cuidados consultando las taxonomías enfermeras a través de la página web NNNconsult.²¹ Se utilizó la taxonomía NANDA para la identificación de diagnósticos, la taxonomía NOC para establecer los criterios de resultado e indicadores y la taxonomía NIC para la selección de las actividades necesarias para alcanzar los resultados previstos. La terminología médica se utilizó para determinar las complicaciones potenciales.

El plan de cuidados se llevó a cabo utilizando la “Teoría de Relaciones Interpersonales” de Hildegard Peplau que define la enfermería como *“aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas e identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia”*.²² Peplau formuló su teoría considerando la teoría psicoanalítica, las necesidades humanas y el concepto motivación-desarrollo personal; en su teoría destaca la importancia de la relación enfermera-paciente y establece las 4 fases de dicha relación:

- **Orientación:** momento en el que la paciente tiene una “necesidad insatisfecha” y necesita ayuda. La enfermera la guiará para que pueda reconocer y comprender sus problemas.
- **Identificación:** la paciente se identifica con la enfermera que puede ayudarla y se relaciona con ella. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para satisfacer las necesidades.
- **Explotación:** la relación es aprovechada al máximo para solucionar los problemas.
- **Resolución:** la paciente adquiere independencia y ya no se identifica con la enfermera, buscando nuevos objetivos.

A lo largo de este proceso la enfermera adquiere distintos papeles: extraña, persona-recurso, docente, conductor, sustituta y consejera.²²

3.2. PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 33 años que ingresa voluntariamente y derivada por su psiquiatra de referencia, por sintomatología ansiosa y empeoramiento de su desorden alimenticio.

Llega acompañada a la unidad por sus padres y su pareja. Deambula por su propio pie y presenta un buen arreglo personal; se observa marcada delgadez.

Tras la presentación por parte de la enfermera y alumna de enfermería, se les indica la habitación de la paciente y se les proporcionan unos minutos de intimidad para que se despidan. Cuando sus seres queridos salen, la paciente se muestra llorosa y angustiada.

Se procede con el protocolo de acogida de la unidad, explicándole la distribución, funcionamiento, normas, etc. También se le comentan las normas de la primera fase del programa de tratamiento (*ANEXO IV*) que serán posteriormente explicadas en profundidad por la/el psiquiatra cuando establezcan el “contrato terapéutico”.

A continuación, se realiza la entrevista de enfermería mientras la auxiliar lleva a cabo el registro de pertenencias de la paciente; se le comenta que varios objetos no están permitidos en la unidad (como su videoconsola y algunas prendas de ropa a las que no se les pueden retirar los cordones) y que otros deben ser autorizados por su psiquiatra, ya que en principio no están permitidos en la fase 1 (libros para colorear, rotuladores y radio), por lo que serán entregados a sus familiares.

Se realiza la exploración física de la paciente en busca de cicatrices/ lesiones, la toma de constantes y resolución de dudas. En todo momento se efectúa una comunicación respetuosa, empática y optimista, comprendiendo que es una situación complicada, pero mencionándole lo beneficiosa que va a ser para su salud. Se le proporciona intimidad y se le recuerda que en caso de necesitar algo avise al personal en el control que está frente a su habitación.

Cuando se le llevan los objetos no autorizados a su familia, se asegura un ambiente íntimo y alejado de otras personas de la sala de espera. Se les entrega la “*Guía para familias*” de la unidad, marcándoles los teléfonos de contacto correspondientes, normas, objetos permitidos, etc; se resuelven preguntas y, aunque no se muestran tan afectados como la paciente, se les tranquiliza asegurándoles que su hija estará bien atendida y en caso de nuevas dudas o necesitar algo, podrán ponerse en contacto con el personal de enfermería.

Se cursa analítica de sangre, de orina y placa de tórax. Se registran todos los datos en el programa GACELA.

- **Antecedentes de la paciente:**
 - **Somáticos:** no alergias medicamentosas conocidas
 - **Psiquiátricos:** a seguimiento por psiquiatra privado por trastorno de estrés postraumático (TEPT) tras sufrir un atropello y estar presente en el terremoto de Italia en 2016. Indica que además inició seguimiento en ámbito público hace 3 años. Buena evolución con ajuste farmacológico hasta el 2019, momento en el que su pareja tiene un accidente de moto y queda con secuelas físicas. A consecuencia de esto comienza un progresivo empeoramiento con restricción de ingesta, ejercicio físico excesivo, rumiación obsesiva...
 - **Psiquiátricos familiares:** refiere que su abuela materna padeció depresiones y su madre TCA, pero no sabe especificar cuál.

3.3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración se realiza según los patrones de Marjory Gordon, que es el método más utilizado en Salud Mental, ya que se adapta mejor a las características de estos pacientes. La paciente presenta disfuncionalidad en todos ellos salvo en el de eliminación.

1) Patrón percepción y mantenimiento de la salud:

- Constantes: FC: 87 lpm TA: 99/63 mmHg

- Niega la enfermedad, para ella no es un problema la pérdida de peso y no es consciente de las repercusiones de la desnutrición. Opina que el ingreso es innecesario y que solo accedió por su familia.
- Sus padres indican que anteriormente ya había hecho muchas promesas sobre realizar bien el tratamiento y de ingresar, pero no las cumplió.
- Reconoce que en el mes previo al ingreso se descontroló bastante: “como sabía que aquí iba a tener que comer, no iba a poder hacer ejercicio e iba a engordar... intenté adelgazar todo lo que pude y prácticamente no comía nada”.
- Dice presentar amenorrea desde hace 3 años; al inicio consulta a ginecología ya que lo relacionaba con estrés. Le pautan tratamiento hormonal, pero lo abandona junto con el seguimiento; desde entonces no ha vuelto a revisión.
- Fumadora de 1 cajetilla diaria. En la unidad se le coloca un parche de Nicotinell 21mg cada 24h. Niega consumo de otros tóxicos.
- Refiere que le modificaron el tratamiento farmacológico en numerosas ocasiones y que, aunque al principio le costó, realizaba las tomas correctamente.
- Tratamiento farmacológico en la unidad:

Tabla 2. Tratamiento farmacológico.

FÁRMACO	DOSIS	MOTIVO
Sertralina 50mg	1-0-1	por su efecto antiobsesivo
Solian 100mg/ml	0'25ml – 0'25ml – 0,5ml	por el perfil obsesivo de la paciente, mejora la rumiación
Tranxilium 10mg	rescate	en caso de crisis de ansiedad
Lorazepam 1mg	0-0-1	por trastorno del sueño
Nicotinell 21mg	1 parche cada 24h	para alivio de síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina

Fuente de elaboración: propia.

2) Patrón nutricional y metabólico:

- *Peso:* 44'4 kg *Talla:* 167cm *IMC:* 15,92 kg/m²
- *T^a:* 37° (suele estar tapada con una bata, aunque la temperatura ambiente es adecuada).

- Presenta restricción de la ingesta, rechazo de alimentos ricos en grasa e hidratos de carbono como pan, pasta o azúcares. Dietas totalmente desequilibradas e insuficientes.
- Alimentación en el domicilio:
 - Desayuno: 3 rodajas finas de melón y un café con leche.
 - Media mañana: café con leche.
 - Comida: verdura con carne o pescado y gelatina sin azúcar.
 - Cena (día sí, día no): 6 espárragos o 1 tomate, 1 lata de mejillones, fruta y gelatina.
- Sus padres mencionan que come todo a la plancha o cocido, “muy sano” y que “al pescado y a la carne les pone muchos peros”; además suele dejar bastante comida en el plato. Realizan las comidas en familia.
- En su domicilio tomaba suplementos de vitamina B y B12.
- Refiere no haber realizado nunca purgas (signo de Russell negativo) ni haber presentado episodios de atracones. Si reconoce las conductas compensatorias con el ejercicio excesivo.
- Presenta apetito muy disminuido y sensación de plenitud tras ingerir poca cantidad.
- Apenas bebía agua, pero sí tomaba gelatinas: “tomaba muchas gelatinas porque me saciaban y reconfortaban”.

3) Patrón de eliminación:

- Eliminación intestinal (realiza una deposición diaria de características normales) y urinaria sin alteraciones.
- Niega uso de laxantes y diuréticos.

4) Patrón de actividad y ejercicio:

- Actividad física muy elevada, sobre 5h al día.
- “Ando en bici más de 1h al día, camino 2h, nado otra y voy a clases de danza del vientre dos veces a la semana”.
- Comenta que cuando estuvo de baja hace un año por depresión y crisis de angustia se iba a caminar seguido, “llegué a hacer 100km a la

semana” y que ahora estando a media jornada “saco 20 minutos del descanso para caminar 2km”.

- Sobre la natación menciona: “lo de nadar es por masoquismo, porque no me gusta nada... el frío, la humedad... pero voy porque... ya sabemos por qué”.
- Al preguntarle sobre el ocio comenta que, aunque tiene muchas aficiones, realiza pocas actividades por falta de concentración y ganas.
- Expresión facial seria, aunque sonriente en varias ocasiones durante la entrevista.

5) Patrón de sueño y descanso:

- Refiere dificultad para conciliar el sueño y pesadillas frecuentes.
- Tratamiento farmacológico para dormir.

6) Patrón perceptivo y cognitivo:

- Consciente, orientada y colaboradora.
- Alteraciones cognitivo-perceptivas: presenta distorsión de la imagen corporal y preocupación intensa por engordar. Cuando se lleva a cabo la segunda entrevista unos días después del ingreso la paciente comenta que “ahora mismo me empiezo a ver gorda... no se si engordé, pero creo que sí porque estuve comiendo todo y me estoy empezando a agobiar”, cuando en realidad había bajado un poco de peso.
- Personalidad perfeccionista y rígida. Refiere dificultad para expresar sus sentimientos: “cuando estoy mal prefiero guardármelo...”, “cuando me enfado no lo exteriorizo, me lo como, no me gustan las confrontaciones...”.

7) Patrón de autopercepción y autoconcepto:

- Autoimagen corporal distorsionada. No percibe la delgadez como un problema y, aunque dice que no hay un motivo concreto por el que comenzó a adelgazar, para ella estar delgada “es un logro conseguido”.

Dice que “cuando me veo al espejo no me veo gorda, me veo delgada y me gusta”, pero aun habiendo adelgazado dice notar que engordó.

- Baja autoestima. Infravalora sus capacidades y valía: “me gustaría ser más decidida, tener valor para cambiar...” o “tener huevos para dejar mi trabajo... pero no puedo, me sentiría culpable”.
- Autoexigencia alta en el trabajo, “cuando cometo algún error, por pequeño que sea... como poner mal el precio del pienso, me siento muy culpable... me genera mucho estrés”.
- Niega intentos de suicidio y conductas autolíticas, pero sí afirma pensamientos “en las crisis más gordas... sí lo pensé ... eran pensamiento sobre que no merecía la pena vivir, pero nunca llegué a planteármelo en serio” y en la entrevista que se realizó al ingreso comenta que cerrásemos la ventana ya que en ese momento “me tiraría”. Refiere sentirse desesperanzada con frecuencia.

8) Patrón rol y relaciones:

- Pareja estable desde hace 8 años. Desde el accidente de moto viven con los padres de ella. Buena convivencia.
- Tiene un hermano mayor que vive en el extranjero y al cual dice echar mucho de menos.
- Expresa que se siente comprendida y muy apoyada por su familia, aunque a veces tienen discusiones y cabreos puntuales por la comida.
- Trabaja de veterinaria en una clínica. Comenta reiteradas veces que no le gusta nada, sobre todo el trato con los clientes. Actualmente está con el seguro de incapacidad laboral transitoria.
- Dice tener muy pocas amistades y que las evita mucho: “no tengo ganas de ver a nadie... ni escuchar “qué delgada estas...””.

9) Patrón sexualidad y reproducción:

- Amenorrea desde hace 3 años relacionada con la pérdida de peso y la actividad física excesiva. Dice no preocuparle este tema.
- Refiere que sus ciclos eran irregulares.

- Insatisfacción con las relaciones sexuales: disminución del deseo y respuestas sexuales: “no me apetece mantener relaciones sexuales... pero a veces las mantengo por generosa”.
- Utiliza preservativo.

10) Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés:

- Ansiedad relaciona con la comida: “si mi madre esta cocinando me tengo que ir de la cocina... me agobia saber lo que tengo que comer ese día” o “no puedo ir a los supermercados, me entra mucha ansiedad y tengo que salir...”.
- Angustia ante la idea de ganancia ponderal.
- Su trabajo le genera mucho estrés, pero dice ser incapaz de dejarlo.
- Dice que necesita fumar para relajarse y, al no poder hacerlo en la planta, lo pasa muy mal.
- Comenta que gestiona bien las situaciones estresantes de otros, como el accidente de su pareja o la muerte de su abuela: “en esos casos soy una roca, estuve ahí para mi novio y para mi madre, y yo me encargaba de todo”; pero cuando ella tiene dificultades “me generan muchas dudas... cuando no se los pasos a seguir, me entra mucho miedo y me bloqueo”.

11) Patrón de valores y creencias:

- Tiene planes de futuro, está emocionada porque va a comprarse una casa con su pareja.
- Falta de sensación de realización vital. Antepone lo que cree correcto a su bienestar, ya que, aunque repite innumerables veces que es infeliz en su trabajo y que le genera mucho estrés, es incapaz de dejarlo y buscar otra cosa, aunque su familia le haya aconsejado que lo haga y que van a estar ahí para apoyarla.

3.4. PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

Tras la valoración se establecen los siguientes diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales y se procede a plantear el plan de cuidados.

20,21,23–25

- **Diagnósticos de enfermería:**
 - **Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales** *r/c* trastorno de la conducta alimentaria e ingesta diaria insuficiente *m/p* peso corporal inferior en un 20% respecto al rango de peso ideal, saciedad inmediata con la ingesta de alimentos, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR), interés insuficiente por los alimentos, ideas erróneas.
 - **[00118] Trastorno de la imagen corporal** *r/c* trastorno de la conducta alimentaria *m/p* alteración de la visión del propio cuerpo, conducta de vigilancia del propio cuerpo, percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia del propio cuerpo, preocupación por el cambio y sentimientos negativos sobre el cuerpo.
 - **[00146] Ansiedad** *r/c* estresores (ingreso, tratamiento...) y conflicto sobre objetivos vitales (insatisfacción con su empleo) *m/p* disminución de la habilidad para resolver problemas, cambios en la concentración, angustia e insomnio.
 - **[00150] Riesgo de suicidio** *r/c* trastorno de la conducta alimentaria y desesperanza.
 - **[00274] Riesgo de termorregulación ineficaz** *r/c* peso extremo, reserva de grasa subcutánea insuficiente, vestimenta inadecuada para la temperatura ambiental.

- **Complicaciones potenciales (CP)**
 - **Estreñimiento**
 - **Síndrome de realimentación**
 - **Amenorrea**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Tabla 3. Desequilibrio nutricional.

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales		
NOC: [1004] Estado nutricional		
INDICADORES	Evaluación inicial (E.I.)	Evaluación esperada (E.E.)
<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de nutrientes • Ingesta de alimentos • Ingesta de líquidos 	<p>1</p> <p>2</p> <p>4</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>5</p>
NOC: [1006] Peso: masa corporal		
INDICADORES	E.I.	E.E.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso 	1	4
NOC: [1853] Conocimiento: manejo del trastorno de la alimentación		
INDICADORES	E.I.	E.E.
<ul style="list-style-type: none"> • Peso diana saludable • Relación entre dieta, ejercicio y peso • Ingesta de alimentos y líquidos que satisface las necesidades corporales • Signos y síntomas de déficits nutricionales 	<p>2</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>
NOC: [1626] Conducta de aumento de peso		
INDICADORES	E.I.	E.E.
<ul style="list-style-type: none"> • Establece objetivos alcanzables de peso • Se compromete con un plan de comidas saludable • Controla las necesidades de ejercicio y calorías 	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>

Fuente de elaboración: propia.

NIC (1030): Manejo de los trastornos de la alimentación

- Colabora con otros miembros del equipo de cuidados para el desarrollar un plan de tratamiento; implica a la paciente y a sus allegados.
- Enseñar y reforzar los conceptos de buena alimentación con la paciente.
- Desarrollar una relación de apoyo con la paciente.
- Pesar diariamente (a la misma hora del día y después de evacuar); modificar según la fase del tratamiento.
- Controlar la ingesta y eliminación de líquidos.
- Establecer expectativas sobre conductas de alimentación adecuadas, de ingesta de comida/líquidos y la cantidad de actividad física.

- Observar a la paciente durante y después de las comidas/tentempiés para asegurar que se consigue y mantiene la ingesta adecuada (fases 1 y 2 del tratamiento).
- Acompañar a la paciente al servicio (fases 1 y 2).
- Controlar las conductas de la paciente respecto de la alimentación, pérdida y ganancia de peso.
- Apoyar la ganancia de peso y las conductas que promueven la ganancia de peso.
- Proporcionar apoyo a medida que el paciente incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida.
- Limitar la actividad física para promover la ganancia de peso.
- Ayudar a la paciente a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de alimentación.
- Consultar con el equipo de cuidados acerca del progreso de la paciente.

Tabla 4. Trastorno de la imagen corporal.

Trastorno de la imagen corporal		
NOC: [1200] Imagen corporal		
INDICADORES	E.I.	E.E.
• Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal	2	4
• Satisfacción con el aspecto corporal	3	4
• Adaptación a cambios en el aspecto físico	2	4
NOC: [1205] Autoestima		
INDICADORES	E.I.	E.E.
• Verbalizaciones de autoaceptación	2	4
• Comunicación abierta	3	4
• Nivel de confianza	1	4

Fuente de elaboración: propia.

NIC (5220): Mejora de la imagen corporal

- Determinar expectativas corporales de la paciente.
- Ayudar a la paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad.

- Ayudar a la paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo.
- Ayudar a la paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Observar si hay afirmaciones que identifiquen las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal.
- Determinar las percepciones de la paciente sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.

NIC (5400): Potenciación de la autoestima

- Observar las afirmaciones de la paciente sobre su autovalía.
- Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Reafirmar los puntos fuertes que identifique la paciente.
- Ayudar a la paciente a encontrar la autoaceptación.
- Animar a la paciente a conversar consigo misma y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Ayudar a la paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí misma.
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- Animar a la paciente a que acepte nuevos desafíos
- Realizar afirmaciones positivas sobre la paciente.

Tabla 5. Ansiedad.

Ansiedad		
NOC: [1302] Autocontrol de la ansiedad		
INDICADORES	E.I.	E.E.
• Planea estrategias para superar situaciones estresantes	2	4
• Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	4
• Refiere disminución de la duración de los episodios	2	4
• Se toma la medicación como está prescrita	5	5
NOC: [1302] Afrontamiento de problemas		
INDICADORES	E.I.	E.E.
• Verbaliza aceptación de la situación	3	4
• Verbaliza sensación de control	2	3
NOC: [0004] Sueño		
INDICADORES	E.I.	E.E.
• Horas de sueño	3	5
• Calidad del sueño	3	4
• Pesadillas	2	4
• Dificultad para conciliar el sueño	2	5

Fuente de elaboración: propia

NIC (5270): Apoyo emocional

- Comentar la experiencia emocional con la paciente.
- Explorar con la paciente qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo.
- Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.

NIC (5880): Técnica de relajación

- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (técnicas de respiración lenta, distracción...).

- Proporcionar ansiolíticos, según se precise.

NIC (1850): Mejorar el sueño

- Comprobar el patrón de sueño de la paciente y observar las circunstancias y/o psicológicas (ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.

Tabla 6. Riesgo de suicidio.

Riesgo de suicidio		
NOC: [1408] Autocontrol del impulso suicida		
INDICADORES	E.I.	E.E.
• Hace planes para el futuro	4	5
NOC: [1204] Equilibrio emocional		
INDICADORES	E.I.	E.E.
• Ideas suicidas	4	5

Fuente de elaboración: propia

NIC (6340): Prevención del suicidio

- Determinar la existencia y grado de riesgo de suicidio.
- Administras la medicación para disminuir la ansiedad, si procede.
- Realizar comprobaciones bucales después de administrar la medicación para asegurarse de que la paciente no guarda la medicación en la boca para más adelante intentar una sobredosis.
- Controlar los efectos secundarios y los resultados deseados de la medicación.
- Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione o se suicide (por ejemplo, retirar objetos que puedan utilizarse para autolesionarse).
- Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar los peligros para mantenerlo libre de riesgos.
- Explicar las precauciones contra el suicidio y los aspectos relevantes de seguridad a la paciente y sus familiares.

Tabla 7. Riesgo de termorregulación ineficaz.

Riesgo de termorregulación ineficaz		
NOC: [0800] Termorregulación		
INDICADORES	E.I.	E.E.
<ul style="list-style-type: none"> Hipotermia Hipertermia 	5	5
	5	5

Fuente de elaboración: propia.

NIC (3900): Regulación de la temperatura

- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

COMPLICACIONES POTENCIALES

Tabla 8. Estreñimiento.

CP: ESTREÑIMIENTO		
NOC: [0501] Eliminación intestinal		
INDICADORES	E.I.	E.E.
<ul style="list-style-type: none"> Patrón de eliminación 	5	5

Fuente de elaboración: propia.

NIC (0450) Manejo del estreñimiento

- Vigilar signos y síntomas de estreñimiento.
- Identificar los factores que pueden ser causa de estreñimiento.
- Sugerir el uso de laxantes, según corresponda.

Tabla 9. Síndrome de realimentación.

CP: SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN		
NOC: [0606] Equilibrio electrolítico		
INDICADORES	E.I.	E.E.
<ul style="list-style-type: none"> Disminución del fosfato sérico 	4	5
<ul style="list-style-type: none"> Disminución del potasio sérico 	4	5
<ul style="list-style-type: none"> Disminución del magnesio sérico 	4	5
<ul style="list-style-type: none"> Aumento de sodio sérico 	4	5
NOC: [0601] Equilibrio hídrico		
INDICADORES	E.I.	E.E.
<ul style="list-style-type: none"> Edema periférico 	5	5

Fuente de elaboración: propia.

NIC (2020): Monitorización de electrolitos

- Observar si hay signos y síntomas de hipofosfatemia: debilidad muscular, parestesia, náuseas, vómitos...
- Observar si hay signos y síntomas de hipopotasemia: debilidad muscular, irregularidades cardíacas, fatiga, mareos, estreñimiento, confusión...
- Observar si hay signos y síntomas de hipomagnesemia: espasmo muscular facial (signo de Chvostek), confusión, tics faciales, arritmias cardíacas...
- Consultar con el médico, si los signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.

Tabla 10. Amenorrea.

CP: AMENORREA		
NOC: [1411] Autocontrol del trastorno de la alimentación		
INDICADORES	E.I.	E.E.
• Ciclos menstruales irregulares	1	3
NOC: [1859] Conocimiento: manejo de la osteoporosis		
INDICADORES	E.I.	E.E.
• Causa y factores contribuyentes	2	5
• Relación de los niveles de estrógeno con la osteoporosis	2	5
• Suplementos diarios recomendados (calcio y vitamina D)	3	5
• Riesgo de fractura	2	5
• Importancia de la abstinencia de tabaco	3	5

Fuente de elaboración: propia.

NIC (5602): Enseñanza: proceso de enfermedad

- Revisar el conocimiento de la paciente sobre su afección.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad.
- Describir los signos y síntomas más comunes.
- Identificar cambios en el estado físico de la paciente.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones (ej: dejar de fumar).

3.5. SEGUIMIENTO

Tras el ingreso, la paciente firmó un “contrato terapéutico” en el que se comprometió a realizar las fases del programa de la “*Guía de actuación para TCA*” (ANEXO IV) propia de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de Oza y en el que se fijó un peso-meta de 53kg.

Debido al cese de las prácticas clínicas a causa de la actual pandemia por Covid-19, el seguimiento del plan de cuidados se vio interrumpido; por este motivo se comentarán los resultados obtenidos hasta ese momento y se reflexionará sobre los que se podrían haber obtenido si se continuase con el plan:

- **Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales:**

Aunque el peso actual de la paciente todavía distaba mucho del peso-meta acordado, ya que había pasado poco tiempo desde el ingreso, sí que se había visto una mejoría en lo que se refiere a la actitud de la paciente.

A excepción del primer día de ingreso, en el que apenas probó bocado e hizo comentarios como “si no comía en mi casa, aquí tampoco voy a comer”, el resto de los días realizó correctamente todas las ingestas y con el paso de los días ha referido en varias ocasiones querer hacer bien el tratamiento.

A pesar de cumplir bien con el protocolo de la fase 1, en los primeros días se registró un ligero descenso del peso. Tras valorarlo con otros miembros del equipo multidisciplinar, se comenzaron a administrar suplementos dietéticos orales (yogures y fruta); a partir de esto comienza a producirse una progresiva ganancia ponderal.

Además, se realizan intervenciones psicoeducativas sobre hábitos de vida saludables y refuerzo positivo de las conductas adecuadas.

- **Trastorno de la imagen corporal:**

Se comenzaron a trabajar aspectos relacionados con la autoestima y la imagen corporal, pero todavía no se habían obtenido resultados por el momento.

Se llevó a cabo una actividad con la paciente para evaluar y trabajar la distorsión de la imagen corporal²⁶ (*Anexo V*). El ejercicio consistió en que la paciente dibujase la silueta de su cuerpo boca arriba según la percibía en el espejo en un papel a tamaño real, marcando previamente la referencia de los pies y la cabeza para servirle de guía; posteriormente la paciente se tumbó boca arriba dentro de la silueta y, con otro color se realizó el contorno de la paciente, consiguiendo así su verdadera silueta. De esta forma, comprobamos visualmente las diferencias entre ambas siluetas, obteniendo una valoración del nivel de distorsión y las zonas concretas que más le importaban a la paciente. Al final del ejercicio se conversó sobre las diferencias que encontraba entre los dibujos, especialmente las halladas con relación al torso y los muslos, qué sentía al ver su silueta real...

Se habló también sobre sus capacidades, se reforzó su talento para actividades artísticas y se trató el tema de su profesión, el cual le generaba mucho estrés. Refirió que le gustaría dedicarse a la repostería, pero que no se veía capaz de dejar su empleo, que no tenía la valentía suficiente, que tenía miedo a dejarlo, aunque contase con el completo apoyo de su familia y pareja: “me sentiría culpable... si lo dejo y después no encuentro otra cosa, o pruebo otra cosa y no me sale bien...”.

A lo largo del ingreso se seguiría potenciando la autoestima de la paciente y con respecto a la imagen corporal, se trabajaría la aceptación según se produjesen cambios al aumentar el peso, principalmente para que la paciente sea consciente de su apariencia real y no la magnifique.

- **Ansiedad:**

En relación con este diagnóstico, se han contemplado buenos resultados a pesar del escaso tiempo transcurrido. Los dos primeros días la paciente se mostró muy angustiada y refirió que, desde que le habían dicho que iba a ingresar, tenía crisis de ansiedad muy recurrentes; el segundo día del ingreso precisó rescate de Tranxilium (por la mañana y por la tarde) y se llevó a cabo apoyo emocional, escuchando a la paciente, reconfortándola y dejándole intimidad siempre que lo precisó. Comentaba que era muy complicado estar las 24h del día entre las “mismas cuatro paredes” recalcando el no poder fumar; también echaba de menos a sus seres queridos, que en principio no podría ver durante la primera fase, pero al realizar adecuadamente el tratamiento se le organizaron visitas algunos días, lo que supuso un refuerzo oportuno para mantener su motivación cara a los objetivos terapéuticos y para levantarle el ánimo.

Se enseñaron métodos de relajación a través de ejercicios de respiración y de imaginería que fue poniendo en práctica.²⁷ Además, se le permitió tener cuadernos de dibujo, mandalas, pasatiempos y libros, que le ayudaban a distraerse.

También se observó una mejoría en el descanso a medida que se controló mejor la ansiedad y se acostumbró a la unidad.

- **Riesgo de suicidio:**

A raíz de los comentarios realizados por la paciente en la primera entrevista, se indagó más sobre este tema. Dice nunca habérselo planteado en serio, pero al mismo tiempo, narra que si quisiese podría llevarlo a cabo, ya que sabe cómo hacerlo y que por su trabajo tiene acceso a “fármacos eutanásicos”. Se registran y se comentan estos temas con el resto del equipo multidisciplinar y se llevan a cabo las actividades generales del protocolo de prevención del suicidio.

No se observa ningún comportamiento de riesgo, y, por el contrario, realiza frecuentes menciones a lo ilusionada que está por la casa que van a comprar y por sus planes de futuro.

- **Riesgo de termorregulación ineficaz:**

Normotérmica toda la estancia.

- **Complicaciones potenciales:**

- **Estreñimiento:** patrón intestinal mantenido, sin necesidad de laxantes.
- **Síndrome de realimentación:** no se han detectado signos y síntomas de síndrome de renutrición, la ganancia ponderal estaba siendo paulatina, ganando por semana lo recomendado para prevenir la aparición de complicaciones y presentaba buena tolerancia tanto a la dieta como a los suplementos.
- **Amenorrea:** aunque continuaba presente, se esperaba que se corrigiese con la ganancia ponderal; la aparición de los ciclos menstruales es indicador de buen pronóstico. Se realizó educación sobre las consecuencias que puede producir la amenorrea ya que la paciente no era consciente de sus repercusiones.

En todo momento se tuvo en cuenta a la familia, informándoles de los progresos, solucionando dudas y proporcionando apoyo.

Se consiguió establecer una buena relación enfermera-paciente y en el momento del cese del seguimiento nos encontrábamos en la fase de identificación.

4. CONCLUSIONES

A pesar de no haber podido llevarse a cabo el seguimiento completo y la evaluación final del plan de cuidados, los resultados observados hasta el momento permiten afirmar que las intervenciones de enfermería planteadas estaban siendo efectivas para la obtención de los resultados esperados.

La elaboración del presente trabajo me ha permitido ampliar mis conocimientos con relación a la AN y, al mismo tiempo, advertir la complejidad tanto de la enfermedad como de su abordaje. También me ha servido para darme cuenta del papel tan importante que tiene la enfermería en esta enfermedad: en la identificación de personas de riesgo, detección de casos, prevención primaria, prevención de recaídas, en su tratamiento, etc.

Debido a la interrelación existente entre los factores implicados en la enfermedad, debe establecerse un equipo multidisciplinar que proporcione cuidados a la paciente desde un enfoque holístico y trabaje de manera coordinada.

El curso de la enfermedad es largo, por lo que se debe asegurar que, tanto la paciente como su familia, comprenden que el tratamiento no finaliza con el alta de la unidad de hospitalización, sino que tendrá continuación en su unidad de salud mental ambulatoria correspondiente o en el hospital de día. Por lo tanto, será necesario trabajar la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento y contar con el apoyo de la familia. La familia es un pilar fundamental a lo largo del transcurso de la enfermedad y es nuestra labor tenerla en cuenta en todo momento. Además, para que se realice una correcta continuación de los cuidados, debe existir una buena coordinación entre los distintos dispositivos.

Por otro lado, la elaboración del plan de cuidados me ha reafirmado la importancia del uso de las taxonomías enfermeras y la necesidad de un

programa informático que cuente con ellas y al que se pueda acceder desde cualquier ámbito.

Por último, considero que sería interesante la creación de una guía de práctica clínica autonómica ya que actualmente no existe ninguna y realizar un estudio sobre la repercusión que ha tenido la cuarentena vivida por el Covid-19 en relación con los TCA, ya que ha podido suponer un factor precipitante para muchas personas.

5. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

El presente caso se ha desarrollado respetando las normas de buena práctica clínica, al igual que los requisitos establecidos en la Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre)²⁸ y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)²⁹.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. NIMH: National Institute of Mental Health [Internet]. Maryland: NIMH. Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida; 2011 [citado 2020 Abr 6]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/index.shtml>
2. Redondo Vaquero E, García Sastre M. Trastorno de la conducta alimentaria. En: Megías-Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Vol. I. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2018. p. 253-77.
3. Fisterra [Internet]. Ferrol: Elsevier. Guías clínicas. Anorexia nerviosa en adultos; 2019 [citado 2020 Abr 19]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/anorexia-nerviosa/>

4. Lorán Melerer ME, Sánchez Planell L. Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. Barcelona: Amat; 2013. 112 p.
5. Sánchez López AP. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en seis países europeos. *Metas de Enfermería*. 2017;20(5):66–73.
6. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):336–9.
7. Garaigordobil M, Maganto C. Sexism and eating disorders: Gender differences, changes with age, and relations between both constructs. *Rev Psicopatol y Psicol Clin*. 2013;18(3):183–92.
8. Ortiz Montcada M del R. Alimentación y nutrición [Internet]. [citado 2020 May 25]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eq/uidad/10modulo_09.pdf
9. ACAB: Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia [Internet]. Barcelona: ACAB. Factores de riesgo para sufrir un TCA; 2014 [citado 2020 May 24]. Disponible en: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
10. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
11. Gómez del Barrio JA, Gaité Pindado L, Gómez E et al. Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Cantabria: Gobierno de Cantabria, Consejería de sanidad y servicios sociales; 2012 [citado 2020 May 24]. Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
12. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico

de los trastornos mentales: DSM-5. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

13. NICE: National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. London: NICE. Eating disorders: recognition and treatment. 2017 [citado 2020 May 25] Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
14. Luque Budia A, Aguilar Iñigo M del C, Barrera Becerra C et al. Proceso Asistencial Integrado: Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2018 [citado 2020 May 25]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAI_TCA_2%C2%AAED_2_abril.pdf
15. Miragaya JP, Fleeta JH. Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria. Canarias: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad. Consejería de Sanidad; 2009 [citado 2020 May 25] Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1ed7c860-2137-11df-8252-79e5259eb869/Protocolo_TCA.pdf
16. Díaz Calleja N. Abordaje dietético-nutricional en la anorexia nerviosa: prevención del síndrome de realimentación. 2016;23:2461–72. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250817>
17. Argente J, Muñoz-Calvo M. Tratamiento de las complicaciones médicas de los TCA . Amenorrea y alteraciones óseas. Rev Form Contin la Soc Española Med la Adolesc [Internet]. 2016;IV(Nº2):32–42. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol4num2-2016/32_tratamiento_de_las_complicaciones_medicas_de_los_tca.

[pdf](#)

18. Ortiz SN, Smith A. A longitudinal examination of the relationship between eating disorder symptoms and suicidal ideation. *Int J Eat Disord.* 2020;53(1):69–78.
19. Fernández Hernández AM. Historia de la anorexia nerviosa. *MoleQla* [Internet]. 2015;(20):1–3. Disponible en: <https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/moleqla/documentos/Numero20/Destacado-2.pdf>
20. Fornés Vives J. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: valoración y cuidados.* 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamérica; 2011.
21. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 2020 May 26]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
22. Castro Molina FJ, Megías Lizancos F, Martínez Megías M. Salud mental comunitaria: colaboración y apoyo de la enfermera/o de salud mental a la enfermera/o familiar y comunitaria. En: Darías Curvo S, Campo Osaba MA. *Enfermería Comunitaria.* Vol. II. Colección Enfermería S21. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. p. 863-870.
23. Arana Álvarez IR, Domínguez Guerrero F, García Berrocal J et al. Plan de Cuidados de Trastornos de la Conducta Alimentaria [Internet]. Junta de Andalucía, Consejería de Sanidad, Agencia Pública Sanitaria Poniente. [citado 2020 May 26]. Disponible en: http://www.ephpo.es/Procesos/Planes_Cuidados_Estandarizados_Procesos/Plan%20de%20Cuidados%20Trastorno%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria.pdf
24. Fajardo Galván D, Pardilla Laparra A, Ruiz García F. Plan estandarizado para pacientes con TCA ingresados en una Unidad de

Trastornos de la Personalidad del Hospital Dr. Rodríguez Lafora [Internet]. [citado 2020 May 26]. Disponible en: http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/64cc12ee-0e5d-4ae2-9138-8263a66b8ab2/7cc6adfe-27f6-4046-80fe-ec113f1c2c72/Plan_pacientes_tca_rodriguez_lafora.pdf

25. Doenges M, Murr A, Moorehouse M. Nursing Care Plans: Guideline for Individualizing Client. 10ª. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2019. 1008 p.
26. Rojas García B. Anorexia nerviosa y psicodrama: intervención a través de la silueta. *Apunt Psicol.* 2013;31(3):379–84.
27. Serrano Parra MD, Mendoza de la osa B. Terapias destinadas al control de la activación. En: Megías-Lizancos F, Serrano Parra MD. *Enfermería en psiquiatría y salud mental.* Vol. II. 3ª ed. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2018. p. 697-726.
28. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (Boletín Oficial del Estado, número 294, de 6/12/2018)
29. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15- 11-2002)

7. ANEXOS

ANEXO I: Signos de alarma

SIGNOS DE SOSPECHA O ALARMA
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso inexplicada • Ausencia o pérdida de menstruación • Preocupación excesiva por perder peso en personas delgadas • Mayor sensación de frío con comparación con otras personas • Cambio de hábitos de vestido y de horarios • Ejercicio excesivo o hiperactividad • Horario de comidas anormales • Incapacidad para identificar hambre o saciedad • Consumo excesivo de líquidos o muy limitado • Poca variedad de comidas • Sensación de plenitud o molestias digestivas sin hallazgos médicos • Rituales y conductas poco adecuadas en la forma de comer

Fuente de elaboración: propia.

ANEXO II: Distorsiones cognitivas

Distorsiones relacionadas con respuestas adaptativas de regulación del apetito²:

	EJEMPLOS
Abstracciones selectivas	<i>“si como un trozo de pastel, me descontrolaré y me lo comeré entero, mejor no como nada”</i>
Generalización	<i>“cuando comía hidratos de carbono estaba gorda, así que debo evitarlos para no estarlo”, “nunca tengo hambre”</i>
Magnificación	<i>“si engordo 1kg no lo podré soportar”, “si comiendo solamente esto he pesado 40kg, nunca podré comer con normalidad porque rápidamente pesaría 80 kg”</i>
Pensamiento dicotómico de “todo o nada”	<i>“si no me controlo del todo, no podré controlarme nada”</i>
Ideas autorreferenciales	<i>“cuando como, todo el mundo se me queda mirando”</i>
Pensamientos supersticiosos	<i>“si sudo mucho adelgazaré”</i>
Inferencia arbitraria	<i>“si primero como la verdura y después la carne, absorberé menos calorías”, “si disfrutas la comida, engordas”</i>
Uso selectivo de la información	<i>“Al hacer deporte quemo calorías, por lo tanto, solo puedo comer lo que consuma haciendo ejercicio”</i>

Fuente de elaboración: propia.

ANEXO III: Criterios de hospitalización

No existen unos criterios estandarizados, la siguiente lista se ha elaborado a partir de los criterios de varias guías de práctica clínica y protocolos de actuación ^{3,14,15}

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- Pérdida de peso superior al 25-30% con respecto al previo en menos de 60 meses o al 10% en un mes.
- IMC < 16 kg/m²
- Bradicardia < 30 lpm
- Bradicardia < 40 lpm e hipotensión o mareo
- Incremento del pulso ortostático (>20 lpm) o descenso de la TAS (más de 20mmHg) o TAD (más de 10mmHg)
- Hipotermia
- Arritmias u otro ritmo cardíaco anormal
- Deshidratación
- Complicación aguda de la malnutrición (hipoglucemia, síncope, alteración electrolítica; afectación hepática, renal o cardiovascular aguda)
- Síndrome de realimentación moderado-grave (edema marcado, fósforo sérico <2mg/dl)
- Comorbilidad psicopatológica grave
- Dificultades de diagnóstico diferencial
- Ideación/conducta autolítica o riesgo de autolesiones graves
- Abuso de drogas o alcohol
- Fracaso o mala evolución del tratamiento ambulatorio o de hospitalización parcial
- Conflictos familiares como factor mantenedor del TCA o que impidan poner las normas terapéuticas en el domicilio
- Negativa absoluta a comer
- Imposibilidad de control de conductas bulímicas
- Abuso de laxantes o diuréticos que comprometan el estado de salud.

Fuente de elaboración: propia.

ANEXO IV: Fases del programa de tratamiento

Las siguientes fases están reflejadas en el documento “*Guía de actuación clínica para TCA*” propio de la Unidad de Hospitalización de Agudos del Hospital Marítimo de Oza; dicho documento no está publicado, pero sus fases son similares a las del “*Procolo de Actuación en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*” de Canarias.¹⁵

PRIMERA FASE

- **Duración:** desde el ingreso hasta alcanzar un tercio del peso a recuperar (*peso meta – peso en el momento del ingreso*)
- **Báscula:** pesar diariamente, en pijama, antes del desayuno.
- **Estancia:** en la habitación, aislada, en pijama y sin contacto con otros pacientes. Encamada o en sillón, según se especifique para cada caso. Solo puede salir para acudir a las entrevistas con los terapeutas. Puede tener material de lectura (no música, ni televisión, salvo que se especifique otra cosa).
- Supervisión siempre que acuda al baño, mientras permanecerá cerrado.
- **Comidas:** en la habitación, con supervisión y reposo de media hora después de cada comida antes de poder levantarse.
- **Visitas:** no programadas, a menos que se especifique otra cosa.
- **Llamadas:** no autorizadas
- **Salidas:** no programadas
- **Dieta:** ordinaria, con suplemento y/o sonda nasogástrica (SNG), según se especifique en cada caso por el facultativo responsable.
- Pueden realizar ajustes individuales adicionales.

Fuente de elaboración: propia.

SEGUNDA FASE

- **Duración:** desde final de la fase 1 hasta alcanzar 2/3 del peso a recuperar.
- **Báscula:** Pesar lunes, miércoles y viernes, en pijama y antes del desayuno.
- **Estancia:** en la sala, con su ropa, con supervisión en el baño. Puede participar en actividades que no impliquen ejercicio físico.
- **Comidas:** en el comedor, con supervisión y reposo durante media hora después de cada comida antes de poder levantarse.
- **Visitas:** dos horas diarias en la planta, de familia y amigos, salvo que se especifique otra cosa.
- **Llamadas:** Puede hacer y recibir llamadas con previa autorización del personal.
- **Salidas:** paseos con el personal de la unidad, con supervisión.
- **Dieta:** ordinaria, con suplementos y/o SNG (retirada progresiva), según se especifique en cada caso por el facultativo.
- Pueden realizar ajustes individuales adicionales.

Fuente de elaboración: propia.

TERCERA FASE

- **Duración:** desde el final de la segunda fase hasta alcanzar el peso-meta.
- **Báscula:** pesar 2 días por semana, en pijama y antes del desayuno.
- **Estancia:** en la sala, con su ropa, sin supervisión (salvo que se especifique lo contrario). Puede participar en actividades que no impliquen ejercicio físico.
- **Comidas:** en el comedor, sin supervisión (salvo que se especifique lo contrario), con reposo durante media hora después de cada comida antes de poder levantarse.
- **Visitas:** tres horas diarias, de familia y amigos (salvo que se especifique otra cosa).
- **Salidas:** paseos con el personal y con las visitas.
- **Dieta:** ordinaria, con/sin suplementos y con/sin SNG, según se especifique en cada caso.
- Pueden realizar ajustes individuales adicionales.

Fuente de elaboración: propia.

CUARTA FASE

- En esta fase se puede completar el programa bien en régimen de hospitalización completa o de hospitalización parcial, según lo considere el facultativo.
- **Duración:** dos semanas de mantenimiento persistente del peso-meta.
- **Báscula:** martes y jueves, en pijama y antes del desayuno.
- **Estancia:** En la sala, con su ropa, sin supervisión (salvo que se especifique lo contrario). También pueden ir a comer a casa, diariamente, previa autorización por escrito, para regresar al hospital antes de la cena.
- **Visitas:** Cuatro horas diarias, de familia y amigos (salvo que se especifique otra cosa). Pueden salir de paseo por el recinto hospitalario y, con previa autorización por escrito, también fuera del recinto.
- **Llamadas:** pueden hacer y recibir llamadas libremente.
- **Salidas:** paseos con el personal y las visitas. Permisos de fin de semana, de viernes a lunes, o según se especifique, y siempre con previa autorización por escrito.
- **Dieta:** ordinaria, con/sin suplementos, según se especifique.
- Pueden realizarse ajustes individuales adicionales.

Fuente de elaboración: propia.

ANEXO V: Fotografía de la silueta de la paciente

La silueta de color verde corresponde a la dibujada por la paciente y la de color azul a su silueta real.

