

Atención enfermera en trastornos de la conducta alimentaria

Andrades-Peña, D. Ordoñez-Marchena, A. Bernal-Zarzuela, P.
"Atención enfermera en trastornos de la conducta alimentaria."

SANUM 2023, 7(2) 34-45

AUTORES

Daniel Andrades Peña.
Enfermero.

UGC Medicina Interna.
Hospital General Santa
María del Puerto. José
Manuel Pascual Pascual
S.A. El Puerto de Santa
María, Cádiz. España.

Ana Ordóñez Marchena. Enfermera. UGC
Medicina Interna. Hospital
General Santa María del
Puerto. José Manuel Pas-
cual Pascual S.A. El Puerto
de Santa María, Cádiz.
España.

Paola Bernal Zarzuela.
Enfermera. Hospital de
Día Pediátrico. Hospital
Universitario Jerez de la
Frontera, Cádiz. España.

**Autor de
correspondencia:**

Daniel Andrades Peña

Correspondencia:

 daniap233@gmail.com

Tipo de artículo:

Revisión.

Sección:

Enfermería médica.

F. recepción: 08-02-2023

F. aceptación: 27-03-2023

Resumen

En la actualidad, debido al uso de las redes sociales y los medios de comunicación, se está observando un aumento en la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. El origen de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) es multifactorial y tiene consecuencias negativas sobre las personas que lo padecen, tanto a nivel físico como mental.

Objetivo: Analizar las intervenciones que el personal de enfermería puede llevar a cabo en los trastornos de la conducta alimentaria.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica narrativa basada en artículos científicos procedentes de la biblioteca online Andaluza y de revistas científicas.

Resultados: Se han analizado intervenciones enfermeras dirigidas a la valoración general, así como la educación sanitaria y prevención a nivel de atención primaria (AP) y hospitalización.

Conclusión: Las intervenciones realizadas por la enfermera irán enfocadas a la prevención, tratamiento, educación y seguimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave:

Trastorno de la conducta
alimentaria;

Cuidados de enfermería;

Educación para la salud;

Familia.

Nursing care in eating behavior disorders

Abstract

Currently, due to the use of social networks and media, an increase in the prevalence of eating disorders is observed. The origin of the eating behavior disorders (ACT) is multifactorial and has negative consequences on people who suffer from it, both physically and mentally.

Objective: *To analyze the interventions that nursing personnel can carry out in eating disorders.*

Method: *It is a narrative bibliographic review based on scientific articles. In the search scientific databases, online library Andaluza, and scientific journals have been used.*

Result: *The results analyzed nursing interventions aimed at the overall assessment, as well as health education and prevention at the level of primary care and hospitalization.*

Conclusion: *The interventions carried out by the nurse will focus on the prevention, treatment, education, and monitoring of eating disorders.*

Key word:

Feeding and Eating Disorders;

Nursing Care;

Health Education;

Family.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante, TCA) constituyen un grupo de patologías en las que el individuo enfermo manifiesta alteraciones en la manera de comer, ya sea por exceso o por defecto. Esta es la expresión más notable de la enfermedad, pero interiormente, esas personas presentan una gran inseguridad consigo mismas y con su percepción corporal.⁽¹⁾

Aunque estos trastornos están cobrando especial interés en la actualidad, no podemos obviar que hay múltiples referencias sobre los TCA desde tiempos inmemoriales. En el caso de la Anorexia Nerviosa (AN) el mismo Hipócrates, fundador de la medicina, en su libro Aforismos, ya hacía referencia a cuerpos impuros que rechazaban cualquier tipo de alimento y que negaban su propio apetito.⁽²⁾

En la actualidad, la teoría más aceptada habla de predisposición de la persona a caer en la enfermedad y de la importancia que tiene el entorno familiar. Además, es importante ver la relación que tiene esta patología con un Trastorno Obsesivo Compulsivo (en adelante, TOC).⁽²⁾

Tras la consulta de la quinta versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) se plantea la siguiente clasificación para los distintos tipos de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno de Atracón (TPA) y Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).⁽³⁾

Anorexia Nerviosa (AN):

Trastorno psicossomático que da comienzo en la infancia o adolescencia. Sus principales características son la disminución excesiva de la ingesta, con la consiguiente pérdida peso grave y mantenida. Esto genera malnutrición progresiva con indicio de una psicopatología específica (variaciones en la percepción corporal y pavor a la obesidad).⁽⁴⁾

Existen subtipos específicos de anorexia nerviosa:⁽⁵⁾

- ~ Restictivo: Mientras tiene lugar el proceso de anorexia nerviosa, el usuario no requiere llevar a cabo atracones o purgas (p.ej., inducción del vómito o uso de laxativos, diuréticos o enemas). Este subtipo hace referencia a que la pérdida de peso se debe a conductas específicas como dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo.⁽⁵⁾
- ~ Compulsivo/purgativo: mientras tiene lugar el proceso de anorexia nerviosa, el usuario requiere conductas compensatorias de atracón o purgativas (vómito inducido por el usuario, utilizar laxantes, diuréticos, enemas).⁽⁵⁾

Bulimia Nerviosa (BN)

Suele aparecer terminando la adolescencia. Los adolescentes suelen manifestar temor a aumentar de peso y tienden a encontrarse en rangos de normo o sobrepeso. Entre las características de la BN se encuentran las conductas compensatorias inapropiadas y el consumo rápido de cantidades grandes de alimentos (atracón).⁽⁴⁾

Trastorno por atracón (TPA)

Trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por conductas compulsivas a través de atracones, donde el sujeto pierde el control sobre lo que come. La característica diferencia entre un TPA y la ruptura del patrón alimentario normal, es que, en los TPA, el individuo tiene atracones regularmente, al menos una vez a la semana durante tres meses, afectado al bienestar de este, sin necesidad de llevar a cabo conductas compensatorias como vómitos, ejercicio físico excesivo, laxantes o ayuno.⁽⁶⁾

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)

Aparecen en el DSM-5 como el complemento a los TCA. Se utilizan cuando se presentan manifestaciones peculiares de un TCA, pero falta información para cumplir con los criterios para el diagnóstico. Sin embargo, para su diagnóstico, es necesario encontrar síntomas del TCA y tener un malestar significativo.⁽⁵⁾

Dentro de los TCANE, se pueden diferenciar distintos trastornos:

- *Trastorno dismórfico corporal*: También conocido como vigorexia o "anorexia inversa". La imagen corporal es la percepción del cuerpo que cada individuo construye en su mente. En este trastorno, los individuos suelen tener una intranquilidad excesiva por verse poco musculosos, cuando en realidad tienen una buena forma muscular. Este problema les hace rechazar oportunidades sociales y ocupacionales por la necesidad de ejercitarse.⁽⁷⁾
- *Trastorno de evitación o restricción de los alimentos*: Se caracteriza por la falta de interés por comer o alimentarse, incidiendo en el incumplimiento de las necesidades nutritivas y/o energéticas. Su aparición puede ser independiente al proceso de padecer anorexia o bulimia nerviosas.⁽³⁾
- *Pica*: Uso continuado de sustancias no interesantes a nivel nutricional, en un periodo de

al menos treinta días, de manera inapropiada y siendo su práctica aceptada por parte de la sociedad.⁽⁸⁾

- *Rumiación*: Regurgitación repetida de alimentos durante un período de tiempo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, tragar o se escupen. La repetición de este acto no se suele asociar a algún problema gastrointestinal, como, por ejemplo, el reflujo gastroesofágico.⁽³⁾
- *Anorexia nerviosa atípica*: En este tipo de anorexia, a pesar de darse una pérdida significativa de peso, el peso del individuo se mantiene dentro del intervalo normal.⁽³⁾
- *Trastorno purgativo*: Conductas purgativas recurrentes como por ejemplo el vómito auto-provocado o uso de laxantes para mantener o bajar el peso, en ausencia de atracones.⁽³⁾
- *Síndrome de ingestión nocturna*: Tras la cena, se dan episodios recurrentes de ingestión de alimentos. Existe consciencia de la ingestión tras despertarse del sueño. La ingestión nocturna causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento.⁽³⁾
- *Ortorexia*: Este concepto, aún no aceptado por el DSM-V, está cobrando especial importancia

en la actualidad. Aparece por primera vez en el año 2000 en un libro titulado *Health Food Junkies*, publicado por Steve Bratman. El término proviene del griego (ortho, justo, recto, y orexia, apetencia) y viene a significar “apetito justo”. En realidad, la definición que se le da a este término es la de la obsesión por la comida sana, llegando a ser patológica.⁽⁹⁾

Metodología

El tipo de estudio que se llevó a cabo para la elaboración de este artículo científico fue el de revisión bibliográfica.

Posteriormente, se seleccionaron las bases de datos que se iban a utilizar para llevar a cabo la búsqueda de información. Las bases de datos que se utilizaron fueron bases de datos biomédicas (Pubmed, Medline, Dialnet, Elsevier y Cochrane Library) bibliotecas, así como revistas específicas.

En la siguiente fase, se llevó a cabo la búsqueda de los distintos descriptores de la salud que, posteriormente, fueron utilizados en la fórmula de búsqueda (**Tabla 1**).

DeCS	MeSH
– Cuidados de enfermería – Trastorno de la Conducta Alimentaria – Anorexia (nerviosa) – Bulimia (nerviosa) – Trastorno por atracón – Trastorno Dismórfico Corporal – Prevención – Hospitalización – Atención Primaria – Enfermera	– Nursing Care – Eating disorder/ Feeding Disorder/Appetite Disorder – Anorexia (nervosa) – Bulimia (nervosa) – Binge-eating disorder – Body Dismorphic Disorder Disease – Prevention – Hospitalization – Primary Health Care – Nurse

Tabla 1. DeCS y MeSH empleados en la elaboración de este artículo.

La búsqueda bibliográfica se realizó mediante la unión de los descriptores citados anteriormente junto con los operadores booleanos, en este caso, AND y OR. La fórmula de búsqueda fue la siguiente: “Nursing” AND “interventions” AND “anorexia nervosa” OR “bulimia nervosa”.

Resultados

Actualmente, la prevalencia de los TCA ha aumentado de manera considerable. Diversos estudios muestran que las mujeres jóvenes y adolescentes son la población más afectada. No obstante, el perfil

de quienes sufren TCA, ha ido cambiando. Ahora no sólo las jóvenes presentan TCA, sino que los jóvenes masculinos están manifestando más esta patología. Tanto es así que la relación de 1 hombre por cada 10 mujeres está cambiando, dando lugar a una mayor presencia masculina.⁽¹⁰⁾

Investigaciones recientes han estimado que la prevalencia de AN entre las jóvenes se encuentra entre 0,5% y 1%. Por otro lado, la BN, tiene una prevalencia que oscila entre 1-2% y 4%. En el caso de Trastorno por Atracón (TPA), se observa que afecta a los dos sexos por igual. Sin embargo, la prevalencia más alta, de hasta un 14%, la tienen los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).⁽¹⁰⁾

Hay ciertos grupos que son más vulnerables, como es el caso de deportistas (gimnastas, atletas) o modelos. Por otro lado, la comorbilidad con otros problemas médicos (diabetes mellitus, obesidad) parece afectar a la autoimagen. Además, la adolescencia es un factor de riesgo en sí, ya que es una etapa en la que se desarrolla la personalidad y ciertos rasgos parecen contribuir al desarrollo de la enfermedad: alteración de autoestima, pretensión por el perfeccionismo, sobrecarga de actividades.⁽⁴⁾

Etiopatogenia

Son muchos los factores que intervienen en la etiología de los TCA (biológicos, psicológicos y culturales). Esto hace muy difícil el diagnóstico de los TCA. Además, la coexistencia de alguno de ellos aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad. En la **tabla 2** se ponen de manifiesto estos factores y las causas de riesgo.⁽⁴⁾

BIOLÓGICOS	– Género femenino – Antecedentes familiares de TCA o Trastorno Mental – Antecedentes dietéticos
PSICOLÓGICOS	– Insatisfacción corporal – Ansiedad / depresión – Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) – Perfeccionismo – Baja autoestima
CULTURALES	– Inmersión en una sociedad que valora la cultura de la delgadez – Bullying y bromas pesadas sobre los cuerpos. – Redes sociales. – Participación en actividades que fomentan la delgadez

Tabla 2. Factores y causas de riesgos.⁽⁴⁾

Como consecuencia de la malnutrición causada por la AN y la BN, las manifestaciones que se observan en la exploración clínica son multisistémicas. El problema está en que unas manifestaciones son secundarias al trastorno en particular y otras manifestaciones son secundarias a la malnutrición. Ambas se combinan en distintos grados según la fase en la que se encuentre el paciente. En la **tabla 3** se exponen la exploración de síntomas y signos en los TCA y las complicaciones derivadas de ambos trastornos.⁽¹²⁾

En cuanto a los posibles signos y síntomas, cabe destacar que existe un gran abanico y que a veces son difícilmente identificables, ya que los pacientes que padecen TCA, suelen ocultarlos. Los más destacables son: amenorrea, dolores de cabeza, irritabilidad, síncope, mareos, pérdida de masa muscular, piel seca y pérdida de cabello. Otros estudios incluyen en los síntomas el lanugo, acrocianosis, atrofia de las mamas e hinchazón de la parótida. Además, pacientes con AN de tipo purgativa pueden presentar callosidades en el dorso de la mano dominante y el esmalte dientes erosionado. Los individuos que padecen estos trastornos suelen vestir con ropa ancha para ocultar ciertos signos, como la pérdida de peso.

Comorbilidad

Los TCA, la morbilidad asociada es muy común. En el caso de la AN, es muy frecuente encontrar trastornos como ansiedad, depresión, TOC y alcoholismo. Entre un 10-20% de pacientes pasan a BN.⁽⁴⁾

Por otro lado, en la BN es normal encontrar: depresión, ansiedad, alcoholismo, extraversiones de la personalidad y complicaciones a la hora manejar la impulsividad que se traducen de muchas formas (calumnias, robos, drogadicción, prácticas sexuales de riesgo, etc.).⁽⁴⁾

En el caso del Trastorno por Atracón (TPA), la comorbilidad asociada es algo menos grave que la de BN. En este caso, la morbilidad asociada cuenta con: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y dificultad para controlar los impulsos, aunque en menor medida que en la BN, y, por último, trastornos de la personalidad.⁽⁶⁾

Evolución y pronóstico

Uno de los factores a tener en cuenta con los TCA es la aparición de remisiones y recaídas en la enfermedad. Aproximadamente un 60-70% de los pacientes con AN obtienen una recuperación completa, mientras que un 20-25% no se recuperan completamente. En algunas ocasiones, la enfermedad se cronifica o transita a BN.

La mortalidad ocasionada por el TCA se sitúa en 0,5-1% por año de observación.⁽⁴⁾

Durante el transcurso de la enfermedad se observan fluctuaciones de una categoría a otra dentro de los trastornos alimentarios, incluyendo los no especificados. Es por eso por lo que es difícil saber el curso y pronóstico de estos trastornos, ya que los TCANE incluyen un amplio espectro de trastornos.⁽¹³⁾

Diagnóstico

El diagnóstico de los TCA sugiere un gran desafío para los profesionales de la salud y es necesario una buena anamnesis para poder llevarlo a cabo. La dificultad reside en que los individuos que padecen TCA tienden a esconderlos y aparentan estar normal. Esto se debe a la ausencia de conciencia de enfermedad.⁽¹⁰⁾

Tratamiento

Debido a la dificultad y la múltiple sintomatología de los TCA, es necesario que se aborde la enfermedad desde el equipo multidisciplinar, en el que trabajen el pediatra, el psiquiatra, psicólogo, enfermera,

nutricionista y otros.⁽⁴⁾ Para establecer el tratamiento es importante establecer tres pilares de actuación: la rehabilitación nutricional, psicoterapia y aplicación de psicofármacos.⁽¹⁴⁾

A. Rehabilitación nutricional:

Para lograr una recuperación real de la enfermedad es necesario trabajar los aspectos nutricionales que están afectados. En este sentido, los pacientes con TCA necesitan retomar una nutrición adecuada a través de conductas alimentarias saludables. Por otro lado, es importante tratar las ideas erróneas que suelen tener con respecto a la comida, la alimentación y el peso.⁽¹⁴⁾

B. Psicoterapia:

La psicoterapia debe tomarse como intervención central a la hora de tratar con un TCA debido a que se trata de un trastorno de salud mental y que convive, en muchas ocasiones, con otros trastornos de salud mental. Uno de los aspectos más importantes a trabajar es la motivación. Estos pacientes suelen tener una baja motivación y suelen rechazar la ayuda profesional porque no existe conciencia de enfermedad.⁽¹⁴⁾

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
– Alteración metabólica: Disminución tasa metabólica basal, distermia, hipercolesterolemia e hipercarotinemia. – Alteración cardiovascular: Bradicardia, hipotensión, disminución del tamaño cardíaco y alteraciones del electrocardiograma. – Alteración renal: Alteraciones hidroeléctricas, uremia prerrenal y fallo renal crónico. – Alteración dermatológica: Piel seca y lanugo. – Alteración gastrointestinal: Gastroparesia, estreñimiento y distensión abdominal – Alteración endocrina: Hipogonadismo, aumento de cortisol / GH y disminución de T3. – Alteración ósea: Osteopenia y retraso en maduración ósea – Alteración hematológica: Pancitopenia e hipoplasia de médula ósea – Alteración cognitiva y comportamental: Depresión, dificultad de concentración y obsesión por la comida.	– Alteraciones metabólicas: Alcalosis metabólica hipoclorémica. – Alteración cardiovascular: Prolapso mitral y alteraciones del electrocardiograma. – Alteración renal: Alteraciones hidroeléctricas, fracaso renal agudo y nefropatía hipopotasémica. – Alteración dermatológica: Callosidades en nudillos (Signo de Russell) – Alteración digestiva: Erosión de esmalte dental, gingivitis, hipertrofia de glándulas salivales, esofagitis, regurgitación, rotura esofágica, dilatación/perforación gástrica y pancreatitis aguda.

Tabla 3. Complicaciones de la AN y la BN.⁽¹²⁾

C. Psicofármacos:

En realidad, no existen fármacos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drugs Administration, FDA) para el tratamiento de la AN. La aplicación de psicofármacos en estos trastornos se basa en disminuir la ansiedad y controlar los estados de ánimo. La aplicación de psicofármacos no llega a ser efectiva puesto que no hay medicamentos que incidan sobre los síntomas principales del trastorno, como la alteración de la percepción corporal, las ideas obsesivas y la ansiedad relacionada con la nutrición.⁽¹⁴⁾

(NIC) y en último lugar, se lleva a cabo una evaluación de las intervenciones a través de una escala de resultados validada (NOC).⁽¹⁸⁾

Según el proceso asistencial integrado en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, propuesto por la Junta de Andalucía, la enfermera se encargará de revisar la Historia de Enfermería del paciente, de la valoración del estado físico general, de realizar la entrevista tanto al paciente como de la familia, de la medición antropométrica y de las constantes vitales, de la valoración de autocuidados y, por último, de realizar los diagnósticos de enfermería con sus correspondientes intervenciones según cada caso (NANDA I) (North American Nursing Diagnosis Association).⁽¹⁹⁾

Papel de enfermería

Las enfermeras, por definición, son las encargadas de proporcionar cuidado a las personas desde la perspectiva biopsicosocial y holística, tanto de manera individual como a la comunidad, a lo largo de todos los ciclos de la vida. Entre las funciones más destacadas está la promoción de la salud, definida en la Carta de Ottawa (1986) como: “elemento fundamental que actúa sobre los determinantes de salud y dota a las personas de las herramientas necesarias para el control de su propia salud” y la Educación para la Salud (en adelante, Eps) definida por la Organización Mundial de la Salud como “cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite”.^(15,16)

La enfermería forma parte del equipo multidisciplinar. Su función, dentro de este conjunto, es la de prestar cuidados a través del proceso enfermero, que es una forma dinámica y sistemática de prestar cuidados enfermeros eficientes y de calidad. La herramienta principal de la enfermera es el plan de cuidados. El plan de cuidados nos permite valorar, de forma individualizada, las necesidades y situación específica de cada persona, su estilo de vida, cultura y creencias sobre la salud.⁽¹⁷⁾

Se parte de una valoración enfermera siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon o en su defecto, las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. De la información obtenida en la valoración se detectan los problemas, clasificándolos según las etiquetas que recoge la taxonomía NANDA I, y las manifestaciones con sus respectivas características relacionadas. En base a los diagnósticos enfermeros, se llevan a cabo una serie de intervenciones

Discusión

En la actualidad, el uso de las redes sociales y el establecimiento de cánones de belleza y conductas saludables están haciendo que los TCA se vean incrementados de manera significativa. Es un hecho que las personas somos animales sociales y necesitamos encajar en la sociedad. Esto puede ser peligroso, ya que para encajar se pueden llevar a cabo conductas de riesgo que más que encajar, pueden jugar en contra de la salud de las personas, haciendo que vivan constantemente preocupadas por su salud, su imagen por corporal y su peso.

Las personas que padecen algún tipo de TCA suelen compartir una serie de características identificables para un personal cualificado. El poder reconocer estas características y ciertas conductas de riesgo puede facilitar el diagnóstico precoz de la enfermedad y así llevar a cabo las intervenciones correspondientes para cada caso desde el equipo multidisciplinar. En este sentido, desde el ámbito de la enfermería, ¿qué cuidados se pueden llevar a cabo para abordar los trastornos de la conducta alimentaria?

Una buena formación de los profesionales de la salud, en este caso, de las enfermeras, agilizará y ayudará a captar posibles conductas que nos indiquen que la persona puede estar atravesando un período relacionado con proceso alimenticio patológico. Las intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería son de vital importancia y dependerán del área de actuación, puesto que será diferente la función de la enfermera escolar o de atención primaria, que la de una enfermera de hospitalización.

Con este trabajo se pretende analizar los diferentes cuidados o intervenciones de enfermería, desde diferentes ámbitos de actuación, para ayudar a personas que sufren o que están potencialmente en riesgo de sufrir cualquier trastorno de la conducta alimentaria.

Actualmente en la enfermería se está haciendo hincapié en delimitar las exigencias del cuidado a usuarios que padecen esta patología. Siguiendo la estimación del modelo de necesidades de Marjory Gordon en los TCA y sus variantes se pueden observar modificaciones en casi todos los patrones.

El patrón funcional más afectado en estos casos es el Nutricional-Metabólico y es necesario tenerlo en cuenta en casos de AN. Teniendo en cuenta el modelo citado y la patología, se podría decir que la alimentación no es la dificultad principal. No obstante, conforme avanza la enfermedad, las intervenciones destinadas a la modificación de los hábitos nutricionales va cogiendo más fuerza, llegando a ser de las únicas en las que se trabaja. En este sentido, la labor de la enfermera irá encaminada a la valoración e intervención preferente en los hábitos de alimentación, siempre en colaboración con el equipo multidisciplinar, en

el que participan desde endocrinos hasta psicólogos, nutricionistas, psiquiatras, etc.

La valoración de este patrón se lleva a cabo en tres vertientes:

- Evaluación somática (Índice de Quetelet y deterioro nutricional).
- Hábitos alimenticios.
- Conocimientos sobre dieta saludable.

Para asegurar que estos aspectos estén presentes durante la evaluación es necesario llevar a cabo un protocolo con una serie de herramientas de valoración apropiadas. Este método permite valorar las diferencias en las distintas áreas de intervención, así como evaluar la importancia de estas.

Gracias a una anticipación a la hora de descubrir un TCA, los profesionales de la enfermería podrán establecer un plan de cuidados estandarizado, con sus respectivos diagnósticos enfermeros (NANDA I), intervenciones (NIC) y los objetivos (NOC). A continuación, se muestra un plan de cuidados con un diagnóstico enfermero frecuente en casos de TCA (**tabla 4**).

DIAGNÓSTICO	Trastorno de la imagen corporal – Relacionado con la alteración en la conducta alimentaria. – Manifestado por desequilibrio nutricional, trastornos del sueño, ansiedad, IMC (índice de masa corporal) disminuido.
RESULTADOS E INDICADORES	– Control del peso – Mantener un patrón alimentario adecuado – Retener las comidas ingeridas – Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica
INTERVENCIONES	– Manejo de los trastornos de la alimentación
ACTIVIDADES (CUIDADOS DE ENFERMERÍA)	– Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento, implicar a la persona y/o cuidador/a, si procede. – Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con la persona y seres queridos, si procede. – Desarrollar con la persona una relación de apoyo. – Vigilar los parámetros fisiológicos (signos vitales y niveles de electrolitos), mucosa y piel.

Tabla 4. Plan de cuidados estandarizado para TCA.⁽¹⁷⁾

Discussion

At present, the use of social networks and the establishment of beauty canons and healthy behaviors are causing eating disorders to increase significantly. It is a fact that people are social animals, and we need to fit into society. This can be dangerous, since to fit in, risk behaviors can be carried out that, rather than fitting in, can play against people's health, causing them to constantly worry about their health, their body image and their weight.

People who suffer from some type of eating disorder usually share a series of identifiable characteristics for qualified personnel. Being able to recognize these characteristics and certain risk behaviors can facilitate early diagnosis of the disease and thus carry out the corresponding interventions for each case from the multidisciplinary team. In this sense, from the field of nursing, what care can be carried out to address eating disorders?

A good training of health professionals, in this case, of nurses, will speed up and help to capture possible behaviors that indicate that the person may be going through a period related to a pathological eating process. The interventions carried out by the nursing staff are of vital importance and will depend on the area of action, since the role of the school or primary care nurse will be different from that of a hospitalization nurse.

This work intends to analyze the different nursing care or interventions, from different areas of action, to help people who suffer or who are potentially at risk of suffering from any eating disorder.

Currently in nursing emphasis is being placed on delimiting the demands of care for users who suffer from this pathology. Following the estimation of the

Marjory Gordon needs model in the ACTs and its variants, modifications can be observed in almost all the patterns.

The most affected functional pattern in these cases is the Nutritional-Metabolic pattern and it is necessary to take it into account in cases of AN. Taking into account the cited model and the pathology, it could be said that feeding is not the main difficulty. However, as the disease progresses, the interventions aimed at modifying nutritional habits are gaining more strength, becoming one of the only ones in which work is being done. In this sense, the work of the nurse will be aimed at the assessment and preferential intervention in eating habits, always in collaboration with the multidisciplinary team, in which they participate from endocrinologists to psychologists, nutritionists, psychiatrists, etc.

The assessment of this pattern is carried out in three aspects:

- Somatic evaluation (Quetelet index and nutritional deterioration)
- Feeding Habits
- Knowledge of diet

To ensure that these aspects are present during the evaluation, it is necessary to carry out a protocol with a series of appropriate evaluation tools. This method makes it possible to assess the differences in the different areas of intervention, as well as to assess their importance.

Thanks to anticipation when discovering an ED, nursing professionals will be able to establish a standardized care plan, with their respective nursing diagnoses (NANDA I) (North American Nursing Diagnosis Association), interventions (NIC) and objectives (NOC). Below is a care plan with a frequent nursing diagnosis in ED cases (**Table 4**).

DIAGNOSIS	– Body Image Disorder – Related to the alteration in eating behavior. – Manifested by nutritional imbalance, sleep disorders, anxiety, decreased IMC
RESULTS AND INDICATORS	– Weight control – Maintain and adequate eating pattern. – Retain ingested food. – Balance between exercise and caloric intake.
INTERVENTIONS	– Management of eating disorders.
ACTIVITIES (NURSING CARE)	– Collaborate with other members of the care team to develop a treatment plan, involving the person and carer, if appropriate. – Teach and reinforce the concepts of good nutrition with the person and loved ones, if appropriate. – Develop a supportive relationship with the person. – Monitor physiological parameters (vital signs and electrolyte levels), mucosa and skin.

Table 4. Standardized care plan for eating disorders⁽¹⁷⁾

Conclusiones

- La aparición de los TCA actualmente tiende al alza, por lo que la figura de la enfermera debe estar presente en el seguimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La aplicación de cuidados básicos y de intervenciones destinadas a la prevención y educación deben ser pilares a la hora de tratar un TCA.
- Es necesario que la enfermera realice un cuidado holístico del paciente, teniendo en cuenta todo lo que le rodea y realizando las intervenciones necesarias para que el paciente y la familia recupere su autonomía.
- Actividades centradas en la Educación para la Salud y prevención serán de vital importancia desde atención primaria. La colaboración del personal de enfermería con distintos centros escolares ayudará a la concienciación de profesores y alumnado, previniendo la aparición de posibles casos de TCA.
- Desde hospitalización se llevarán a cabo labores destinadas a subsanar las carencias ocasionadas por el trastorno en función de los patrones alterados. Por otro lado, sería interesante realizar programas para abordar el trastorno desde un enfoque psicológico. Las terapias destinadas a reducir la ansiedad son de gran eficacia ante estos trastornos.
- La introducción de material educativo en las terapias puede ser de gran ayuda tanto para el profesional como para el paciente.
- El personal de enfermería mantiene una situación de contacto estrecho con el paciente, lo que le permite establecer con él una adecuada relación terapéutica. Gracias a habilidades como la empatía y la escucha activa, la enfermera, establecerá una alianza que sirva de soporte para una buena comunicación y la posterior adherencia al tratamiento y seguimiento de la evolución.
- La familia debe estar presente en el curso de la enfermedad. Consiguiendo una buena educación de los familiares es posible detectar precozmente ciertos trastornos, evitando la instauración de la enfermedad. Por otro lado, la aportación de la familia es clave en el proceso de recuperación.
- Aunque en la actualidad hay mucha evidencia científica acerca de los TCA y sus intervenciones, es escasa la información acerca de la efectividad que tienen programas impartidos por la enfermería en estos trastornos. Sería necesario aumentar la investigación para el auge de la profesión enfermera.

Conclusions

- *The appearance of eating disorders currently tends to rise, so the figure of the nurse must be present in the follow-up of eating disorders.*
- *It is necessary for the nurse to carry out a holistic care of the patient, considering everything that surrounds him and carrying out the necessary interventions so that the patient and the family recover their autonomy.*
- *Activities focused on Health Education and prevention will be of vital importance from primary care. The collaboration of the nursing staff with different schools will help to raise awareness among teachers and students, preventing the appearance of possible cases of eating disorders.*
- *From hospitalization, work will be carried out to correct the deficiencies caused by the disorder based on the altered patterns. On the other hand, it would be interesting to carry out programs to address the disorder from a psychological perspective. Therapies designed to reduce anxiety are highly effective against these disorders.*
- *The introduction of educational material in therapies can be of great help for both the professional and the patient.*
- *The nursing staff maintains a situation of close contact with the patient, which allows them to establish an adequate therapeutic relationship with him. Thanks to skills such as empathy and active listening, the nurse will establish an alliance that serves as support for good communication and subsequent adherence to treatment and monitoring of evolution.*
- *The family must be present in the course of the disease. Getting a good education of family members is possible to detect certain disorders early, avoiding the onset is key in the recovery process of the disease. On the other hand, the contribution of the family.*
- *Although there is currently much scientific evidence about eating disorders and their interventions, there is little information about the effectiveness of programs taught by nursing in these disorders. It would be necessary to increase research for the rise of the nursing profession.*

Declaración de transparencia

El autor principal (defensor del manuscrito) declara que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de financiación

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gobierno de Cantabria [Internet]. Guía de Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. 2008 [citado 16 mayo 2022]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
2. Fernández Hernández M. Historia de la anorexia nerviosa. Sevilla. [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/moleqla/documentos/Numero20/Destacado-2.pdf>
3. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5º ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
4. Calvo, M., & Argente, M. T. Trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. Madrid: Servicio de Pediatría Hospital Universitario Niño Jesús. 2019. 295-306. [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/protocolos/>
5. Vázquez Arévalo, R., Aguilar, X. L., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. Revista Mexicana de trastornos alimentarios [Mexican journal of eating disorders], 2015, 108–120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
6. Cuadro, E., & Baile, J. I. Binge eating disorder: analysis and treatment. Revista Mexicana de trastornos alimentarios [Mexican journal of eating disorders], 2015. 97–107. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
7. Molero López-Barajas, D., Castro-López, R., & Zagalaz-Sánchez, M. L. Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. Cuadernos de psicología del deporte, 2012. 12(2), 91–100. <https://doi.org/10.4321/s1578-84232012000200010>
8. Padilla, V., Miján De La Torre, A., & Miján, A. (s/f). La pica: retrato de una entidad clínica poco conocida. 2006. [Citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n5/revision.pdf>
9. Sánchez, R. M., & Moreno, A. M. Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? Trastornos de la conducta alimentaria, 2007, 457–482. [Citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2379929>
10. María Verónica, G. P., Carolina, L. C., & Marcela, M. B. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Revista médica Clínica Las Condes, 2012, 566–578. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70351-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70351-6)
11. Peterson, K., & Fuller, R. Anorexia nervosa in adolescents: An overview: An overview. Nursing, 2019, 24–30. [Citado el 25 de abril de 2022]. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000580640.43071.15>
12. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP (s/f). Seghnp.org. Citado el 29 de abril de 2022, de <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/Protocolos%20SEGHNPAEP.pdf>
13. Behar A, R. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. Revista Médica de Chile. 2008, 136(12), 1589–1598. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872008001200013>
14. María Verónica, G. P., Carolina, L. C., & Marcela, M. B. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. Revista médica Clínica Las Condes. 2012. 23(5), 579–591. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70352-8](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70352-8)
15. Organización mundial de la salud. Promoción de la salud glosario. Ginebra: OMS (1998) (citado 16 de mayo de 2022). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prePromocion/docs/glosario.pdf>

16. Gavidia Catalán, V., Rodés Sala, M. J., & Carratala Beguer, A. La educación para la salud: una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. *Enseñanza de las Ciencias Revista de investigación y experiencias didácticas*. 1993. 11(3), 289–296. <https://doi.org/10.5565/rev/ensciencias.4507>
17. Arana Álvarez, IR et al. Planes de cuidados estandarizados. Junta de Andalucía- 2007. [Citado el 28 de abril de 2022] Disponible en: http://www.ephpo.es/Procesos/Planes_Cuidados_Estandarizados_Procesos/Plan%20de%20Cuidados%20Trastorno%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria.pdf
18. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorehead S, et al, editores. *Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
19. Trastornos de la conducta alimentaria: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2003. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2708/5/PAI_TrastornosConductaAlimentaria_2003.pdf
20. Perea-Baena JM, Sánchez Gil, ML. Estudio preliminar de un cuestionario de valoración de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). 2007. [Citado el 12 de abril de 2022]
21. Meades, S. Suggested community psychiatric nursing interventions with clients suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*. 1993. 18(3), 364–370. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18030364.x>
22. Sat ter, E. Feeding dynamics: helping children to eat well. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 1995. 9(4), 178–184. [https://doi.org/10.1016/s0891-5245\(05\)80033-1](https://doi.org/10.1016/s0891-5245(05)80033-1)
23. Burgos Varo, M. L., Ortiz Fernández, M. D., Muñoz Cobos, F., Vega Gutiérrez, P., & Bordallo Aragón, R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *Semergen*. 2006. 32(5), 205– 210. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(06\)73258-0](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(06)73258-0)
24. Gómez del Río, Nazaret; Castro Molina, Francisco Javier; Monzón Díaz, Josué; García Parra, Elisa; Monzón Díaz, Gustavo; Quintero Febles, Jesús Manuel. Atención enfermera en el cuidado de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Presencia* 2013 ene-dic, 9(17-18). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n17-18/p9156.php>
25. Porro Santos, Carmen. Eficacia de un programa de relajación para mejorar el manejo del control de impulsos en pacientes con bulimia. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0592.php>
26. Perea Baena, J. M., Eizaguirre, E., Sáenz De Cabezón, O., Luengo, C., Villanueva Calvero, J., Gil L ; Calzado Luengo, S., Villanueva Calvero, J., & Gil, S.(s/f).(2007) Taller de alimentación para pacientes con Anorexia NerviosaPerea Baena JM, Espina Eizaguirre A, Ortego Sáenz de Cabezón A.
27. Bravo Ferrón, S. (s/f). Eficacia de un manual de autoayuda guiada por la enfermera especialista en salud mental como complemento a la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de pacientes diagnosticados de bulimia nerviosa. *Nure investigación*, 2006 (citado 16 mayo 2019)- Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/302>
28. Torralbas-Ortega, J., Puntí-Vidal, J., Arias-Núñez, E., Naranjo-Díaz, M. C., Palomino-Escrivá, J., & Lorenzo-Capilla, A. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enfermería clínica*. 2011. 21(6), 359–363. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.013>
29. Bakker, R., Meijel, B., Beukers, L., Ommen, J., Meerwijk, E., & Elburg, A. Recovery of normal body weigh in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective of effective interventions. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2011. 24(1), 16–22.
30. Kong, S. Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2005. 51(1), 5–14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03454.x>
31. Gísladóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders: Educational and support intervention. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011. 18(2), 122–130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x>
32. Paredes Sierra, MA. La enfermera psiquiátrica comunitaria como recurso para la formación del profesorado de educación secundaria en la prevención escolar de la anorexia nerviosa. (s/f). *Nureinvestigacion.es*. 2005. Recuperado el 10 de mayo de 2022, de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/258>
33. Aguza, Q., Fernández, C., Verónica Martínez Cabello, M. E., García, J., Rivera, P., & Moreno, S. (s/f). Programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. En Biblioteca Las Casas. 2015. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0839.php>