



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

**PROPUESTA DE UN PLAN DE CUIDADOS
ENFERMERO DE ACTUACIÓN ANTE LA
BULIMIA NERVIOSA.**

Irene Bragado Díez.

Tutor/a: Pedro Martín Villamor.

RESUMEN

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios de atracones seguidos de un método compensatorio. Afecta principalmente a mujeres y su etiología es de origen multifactorial. Su importancia radica en el creciente aumento de su prevalencia y en la dificultad diagnóstica debida a la falta de afrontamiento por parte de los pacientes. El hecho de ser casi una enfermedad invisible se traduce en la ausencia de programas específicos en el sistema sanitario y con escaso contenido en el currículum básico de Enfermería.

En este Trabajo de Fin de Grado, llevado a cabo a través de una revisión bibliográfica, se abordan las complicaciones médicas que conlleva esta enfermedad, profundizando en signos y síntomas de alarma para una detección precoz, y se plantean intervenciones enfermeras para reducir las consecuencias más graves, a partir de la propuesta de un plan de cuidados integral, adaptado y de calidad fundamentado en la relación metodológica NANDA – NOC – NIC.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
• Justificación.....	4
2. Objetivos.....	5
3. Metodología.....	5
• Diseño metodológico.....	5
• Búsquedas bibliográficas y otras fuentes de información oficial consultadas	6
4. Marco teórico.....	6
• Historia	6
• Marco teórico.....	7
• Complicaciones físicas	11
- Análisis crítico y estructurado que aporta los fundamentos teóricos actuales relevantes en los que se basa el plan de cuidados.	
5. Desarrollo del plan de cuidados.....	14
• Valoración	16
• Diagnósticos de enfermería relacionados con la bulimia nerviosa y planificación de los cuidados.....	18
- Priorización de los problemas para su tratamiento.	
- Definición de objetivos/resultados esperados.	
- Establecimiento de acciones (intervenciones) de enfermería.	
• Evaluación	23
6. Discusión, limitaciones e implicaciones para la práctica	24
7. Conclusiones.....	25
8. Bibliografía.....	26
9. Anexos.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

- Gráfico 1. Distribución de la bulimia nerviosa según la gravedad de la morbilidad y el riesgo de mortalidad.
- Gráfico 2. Tendencia de la bulimia nerviosa por grupos de edad.
- Tabla 1. Signos indicativos de bulimia nerviosa en la exploración física.
- Tabla 2. Hallazgos anormales en las pruebas de laboratorio.
- Tabla 3. Diagnósticos de enfermería relacionados con la bulimia nerviosa.

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo A: Etapa de valoración. Anamnesis según los 11 patrones de Marjory Gordon.
- Anexo B: Diagnósticos de enfermería relacionados con la bulimia nerviosa.
- Anexo C: Ampliación del Plan de cuidados.
- Anexo D: Instrumentos de evaluación útiles.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria
BN	Bulimia Nerviosa
NANDA	Nort American Nursing Diagnosis Asociation
NOC	Nursing Outcomes Clasification
NIC	Nursing Interventions Clasification

1. INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad marcada por la apariencia, la necesidad de tener un cuerpo perfecto, canones de belleza basados en patrones físicos muy rígidos, íntimamente relacionados con la delgadez. Asimismo, nos encontramos rodeados de comida rápida, ultraprocesada y multicalórica, de mitos relacionados con la alimentación, el cuerpo, el peso y el deporte, dando pie a unos objetivos de imagen corporal irreales.

Esto puede generar una relación perjudicial con la comida dando lugar a trastornos de la conducta alimentaria. Estas enfermedades, son muy comunes hoy en día a la vez que infravaloradas e infradiagnosticadas.

En las últimas décadas, los TCA han adquirido una gran relevancia sociosanitaria por su gravedad, complejidad y dificultad para establecer un diagnóstico en todas sus dimensiones, así como un tratamiento específico.

Se trata de patologías de etiología multifactorial donde intervienen gran cantidad de factores del área biopsicosocial, que afectan mayoritariamente a niñas, adolescentes y jóvenes. No obstante, diferentes estudios realizados en países de la Unión Europea indican que los costes directos (diagnóstico, tratamiento y supervisión o control) y aún más los indirectos (pérdidas económicas causadas por la enfermedad al paciente y a su entorno social) suponen un alto coste económico y una importante pérdida de calidad de vida para las personas afectadas (1).

Para empatizar y comprender este trastorno, debemos tener en cuenta que la imagen corporal es la idea que tenemos en nuestra mente sobre cómo es nuestro cuerpo, donde no solo influye el carácter perceptivo, sino también el cognitivo, afectivo y conductual. Lo que ocurre es que cuando la persona percibe su propio cuerpo añade una carga emocional que hace valorar su imagen de forma negativa.

Existe mucha discrepancia entre la forma que la persona percibe su propio cuerpo y el cuerpo ideal que quisiera tener, lo que genera una autoestima y un autoconcepto debilitados. Estar satisfecho o insatisfecho con la imagen corporal, no tiene que ver con cómo es en realidad, sino con creencias, valores y pensamientos sobre el físico (2).

Por lo tanto, cualquier persona, independientemente de su aspecto, puede desarrollar estos trastornos.

En este trabajo nos vamos a centrar precisamente en la **bulimia nerviosa**.

La importancia de la bulimia radica por:

- El marcado aumento, durante las últimas 2 décadas de la incidencia de esta patología (nuevo número de pacientes por año por cada 100.000 habitantes). En la década de los 80 ya aumentó de 6 a 9.9 nuevos casos por año.
- La complicada etiología y patogenia de este trastorno, que posee tasa de mortalidad del orden del 8.2% al 18% de los pacientes afectados, hace que no se haya obtenido un tratamiento adecuado que presente alta efectividad a largo plazo (3).

Los datos de **prevalencia** de los TCA indican un porcentaje de 1-3% de bulimia nerviosa según el Instituto Nacional de la Salud, la Asociación Americana de Psiquiatría y otras revisiones epidemiológicas. Sin embargo, la prevalencia de estos trastornos ha ido aumentando hasta tal punto que algunos autores como Peláez (4) han utilizado el término de epidemia. Los TCA se erigen como la tercera enfermedad crónica entre la población adolescente (5).

Este trastorno suele iniciarse al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. La edad media de las pacientes bulímicas está alrededor de los 24 años, con una edad de inicio promedio de 11 a 18 años.

El curso natural de la BN a los 5 años es una remisión por parte del 33% y una recaída por parte de otro 33%. Esto nos indica un pronóstico relativamente malo para personas no tratadas (6).

La bulimia nerviosa es una enfermedad que se caracteriza por episodios de atracones, seguidos siempre de un método compensatorio, siendo el vómito el más común y en el que nos vamos a centrar. Vomitar es una solución de corto alcance, ya que el alimento que la persona rechaza es eliminado de forma inmediata. Lo cierto es que, con el transcurso del tiempo, existe un descontrol del impulso, es decir, la incapacidad de parar una vez se ha iniciado el atracón, sintiendo la necesidad de vomitar cada vez que se ingiere.

En la medida en que todo esto transcurre en forma secreta y es una práctica de la cual la paciente se siente avergonzada, se va generalizando un estado de malestar, inquietud y sentimiento de culpa. Esta enfermedad está íntimamente relacionada con trastornos psicológicos: depresión, ansiedad, obsesividad, aislamiento social, abuso de drogas,

suicidio, problemas familiares... (7) Estos pacientes destacan por sus dificultades temperamentales y gran inestabilidad afectiva, por su dificultad para controlar y conocer sus propias emociones (8). Con el tiempo, el atracón y los métodos de purga son la respuesta al desasosiego (2).

Se trata de un trastorno difícil de detectar debido al ocultamiento de los síntomas por parte de la paciente, según autores como Belloch, Sandín y Ramos (9).

El inicio de las conductas purgativas no supone consecuencias inmediatas ni a corto plazo. Sin embargo, tratamos con un tipo de paciente que no es consciente de que padece una enfermedad, por lo que estas conductas se perpetúan en el tiempo, dando lugar a problemas físicos graves. Es entonces cuando existe un descontrol por manejar la obsesión por la comida, por los atracones, así como por los vómitos, cuando los pacientes suelen pedir ayuda.

Este trabajo va a consistir en la elaboración de un plan de cuidados enfermero a estos pacientes, en el cual trataremos métodos de identificación, así como definición de intervenciones de enfermería tendentes a disminuir las complicaciones derivadas de los vómitos que, a menudo condicionan la morbimortalidad de la enfermedad.

El motivo de consulta no siempre es directo y muchas veces sólo un índice de sospecha elevado lleva al diagnóstico correcto. La paciente bulímica puede acudir a la consulta traída por un familiar al ser descubierta en un episodio de atracón o de purga, espontáneamente tras haber tomado conciencia de su enfermedad o bien refiriendo una sintomatología que en un principio nada parece tener que ver con su enfermedad.

Debido a la variedad de presentaciones que la paciente bulímica puede referir, el primer contacto puede ser con el médico de familia, la enfermera, el pediatra, el ginecólogo, el psiquiatra, el odontólogo... razón por la cual todos deben estar atentos a su presentación y sintomatología (10).

Dado que la intervención temprana en estos trastornos preconiza mejores resultados en su evolución y pronóstico, el papel fundamental de los profesionales de Atención Primaria. es hacer una detección precoz. Para ello es necesario que los miembros del equipo, especialmente la enfermera, por su cercanía con el paciente, focalicen la atención en la población de riesgo y en la detección de síntomas y signos de alerta (11).

El diagnóstico de bulimia nerviosa es más difícil de realizar comparado con otros trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, debido a que los

pacientes pueden presentar un peso normal o aun estar con sobrepeso. El interrogatorio, incluyendo una prolija revisión de sistemas, puede ser la clave para su identificación.

➤ **Justificación**

La bulimia nerviosa es una enfermedad psicológica asociada a una elevada mortalidad y morbilidad. El elevado porcentaje de mortalidad está atribuido principalmente a las complicaciones médicas que conlleva.

En la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Castilla y León (SACYL) no existe un servicio específico de atención a la persona con trastorno de la conducta alimentaria, por lo que la intención de este trabajo es tomar conciencia de su gravedad, sus consecuencias y dar pie a la creación de un modelo de intervención futura.

Los TCA, aunque son trastornos psicológicos, muchas veces conllevan gran deterioro físico, por eso tiene importancia la detección precoz y la prevención, la búsqueda activa de casos de TCA, así como el cuidado de sus complicaciones, todo lo cual precisa de un abordaje holístico por parte de la enfermera y el conveniente estudio que abordaremos en este TFG.

La enfermera es una pieza fundamental en el sistema sanitario, ya que es la que está en contacto permanente con el paciente, valorando tanto su estado emocional como físico, su tolerancia al tratamiento, su bienestar, sus reacciones adversas...

Los planes de cuidado de enfermería son una herramienta imprescindible a la hora de actuar ante los pacientes, de tal manera que a todos se les ofrezcan unos cuidados óptimos con el fin de conseguir la recuperación. Son un punto de partida para asegurar la calidad asistencial, determinan las intervenciones de enfermería y permiten una forma de trabajo ordenada y priorizada.

Por todo ello, constituyen uno de los pilares básicos que de alguna manera determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados.

Los trastornos alimentarios son afecciones potencialmente mortales que son difíciles de abordar; sin embargo, el entorno de Atención Primaria brinda una oportunidad importante para la intervención enfermera, médica y psicosocial crítica.

Nuestro trabajo, elaborado a partir de la búsqueda bibliográfica de artículos relacionados con las complicaciones de la bulimia nerviosa, pretende servir de herramienta a las enfermeras que abordan el problema de la bulimia nerviosa.

2. OBJETIVOS

GENERAL

- Proponer un plan de cuidados enfermero para las personas bulímicas encaminado a reducir la morbimortalidad.

ESPECÍFICOS

- Definir las complicaciones físicas derivadas de la bulimia nerviosa.
- Facilitar el diagnóstico temprano de las personas con bulimia nerviosa a partir de signos y síntomas característicos.
- Identificar de forma temprana los problemas a nivel neurofísico derivados de los métodos compensatorios de la bulimia nerviosa.
- Establecer cuidados enfermeros en las complicaciones de la bulimia nerviosa una vez establecido el diagnóstico.

3. METODOLOGÍA

Hemos partido de información en diversas bases de datos electrónicas como Pubmed, Google Académico, Dialnet, Elsevier y la Biblioteca de la Universidad de Valladolid a las que se accedió a través de internet.

Los términos DeCS/ MeSH utilizados fueron:

Bulimia nerviosa / Bulimia nervosa

Síndromes de Descontrol Alimentario

Con los calificadores: Complicaciones y Cuidados de Enfermería / Nursing Care

La revisión se realizó entre los meses de diciembre, enero y febrero y de todos los resultados obtenidos se seleccionaron los artículos que cumplieron los criterios de inclusión:

- Tema del estudio: Cuidados de Enfermería para la bulimia nerviosa.
- Idioma: inglés y español.
- Tipos de artículos: publicaciones en revistas, guías de práctica clínica, revisiones, tesis doctorales, trabajos de fin de grado previos y libros.
- Fechas de publicación: Se limitó la búsqueda a los resultados encontrados en los últimos diez años, para asegurar un grado óptimo de evidencia científica en los datos recogidos en el protocolo de actuación. Se eligió alguno un poco más

antiguo por la relevancia sobre el tema de estudio.

Tras la búsqueda de dichos artículos se realizó una lectura y análisis de cada uno de ellos.

El resto de las publicaciones se descartaron por no cumplir los criterios de inclusión.

Para el Plan de Cuidados hemos empleado la base de datos NNNConsult. Es una herramienta electrónica que te permite consultar ágilmente los lenguajes estandarizados de los diagnósticos desarrollados por Nanda International (NANDA), los resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC) y los vínculos entre ellas (12).

4. MARCO TEÓRICO

➤ HISTORIA

El término bulimia, deriva del griego *boulimos*, que a su vez deriva de la fusión de *bous* (buey) y *limos* (hambre), literalmente “hambre de buey”. La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir comiendo se remonta a la época de la antigua Roma.

En el siglo XVIII, James describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos y otra variante *caninus appetitus* en donde tras la ingesta se presentaba el vómito. En el siglo XIX, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario Médico y Quirúrgico publicado en París en 1830 pero luego fue olvidada.

Fue en 1979 cuando Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad.

En su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento “bulimia nerviosa, una variante ominosa de la anorexia nerviosa”(10).

➤ MARCO TEÓRICO

Los individuos con bulimia nerviosa experimentan episodios de comer en exceso (es decir, atracones) acompañados de una sensación de pérdida de control, en los que consumen cantidades inusualmente grandes de alimentos en un período corto de tiempo.

Seguido de este atracón, siempre participan en conductas compensatorias recurrentes (p. Ej., Vómitos autoinducidos, abuso de laxantes o diuréticos, ayuno o ejercicio excesivo) para contrarrestar dichos efectos, según American Psychiatric Association (13).

Del 80% al 90% de las personas afectadas se provoca el vómito después del atracón. El efecto inmediato es el alivio del malestar físico y la evitación de ganar peso. La forma más frecuente es mediante la introducción de los dedos de la mano para provocar el reflejo nauseoso. Con el tiempo, esta práctica va resultando más fácil, llegando incluso a realizarlos únicamente comprimiendo el abdomen (7).

Además, estos pacientes presentan una preocupación persistente por el peso y la figura: se trata de un miedo morboso a engordar.

La mayoría de los síntomas de bulimia nerviosa parecen ser secundarios a estas actitudes y su modificación es probablemente esencial para la completa resolución del trastorno (1).

El 90% de los pacientes son mujeres dando una relación hombre-mujer en BN de 1:5. En un estudio realizado por Joiner, Katz y Heatherton (14) en el cual, evaluaron síntomas bulímicos en adolescentes de ambos sexos, las mujeres presentaban mayor preocupación por la delgadez y por lograr un descenso de peso rápido, característica que no se observó en los hombres. En estos últimos, los síntomas son confusos, centrándose más en el perfeccionismo, por lo que su diagnóstico es más difícil de realizar.

En un estudio retrospectivo de cohorte con una muestra de pacientes hospitalizados (3319 ingresos hospitalarios entre 2010 y 2014) utilizando la Nationwide Inpatient Sample (NIS), en la cual la bulimia nerviosa fue el diagnóstico principal, se obtuvieron los siguientes datos:

- Más del 70% de los pacientes ingresados tenían una morbilidad moderada.
- La omnipresencia de las comorbilidades psiquiátricas y médicas en pacientes ingresados con un diagnóstico de bulimia nerviosa.
- Las comorbilidades psiquiátricas y médicas más prevalentes fueron psicosis y alteraciones de líquidos y electrolitos, respectivamente.
- Las complicaciones médicas de la bulimia nerviosa dependen del método y frecuencia de las purgas. Se concluyó que los vómitos autoinducidos causan la mayoría de las complicaciones médicas.

- Las complicaciones médicas más frecuentes de la bulimia nerviosa relacionadas con alteraciones electrolíticas incluyen deshidratación, hipopotasemia, hiponatremia y alcalosis metabólica

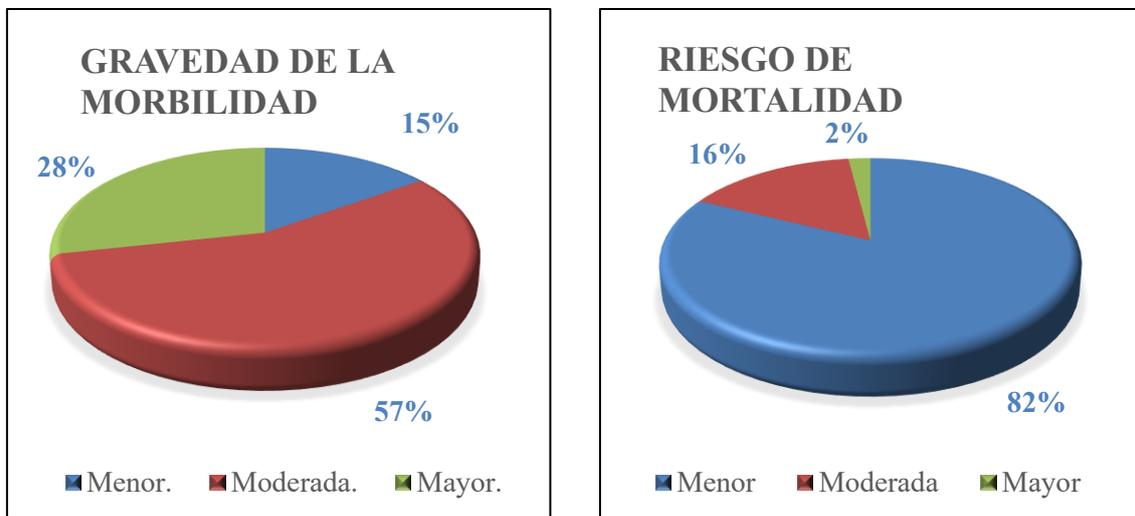


Gráfico 1: Distribución de la bulimia nerviosa según la gravedad de la morbilidad y el riesgo de mortalidad.

Fuente: Elaboración propia basado en Patel R.S et al (15).

Aproximadamente, el 71,5% de los pacientes con bulimia nerviosa tenían una morbilidad de gravedad menor a moderada y el 98% de los pacientes se subclasificaron como riesgo de mortalidad menor a moderado.



Gráfico 2: Tendencia de la bulimia nerviosa distribuida por grupos de edad.

Eje X: años; Eje Y: proporción en porcentaje (%).

Fuente: Elaboración propia basado en Patel R.S et al (15).

En general, el 46,5% de los pacientes tenían entre 21 y 40 años y el 41,5% tenían menos de 20 años; por tanto, aproximadamente el 88% de los pacientes con bulimia nerviosa eran menores de 40 años. La bulimia nerviosa se observó en una mayor proporción de mujeres en comparación con los hombres (92,5% frente a 7,5%, respectivamente).

La **etiología** de los trastornos alimentarios se desconoce y probablemente sea de origen multifactorial, donde influyen factores biológico-genéticos, psicológicos, socioculturales, estresores y de vulnerabilidad.

Las influencias ambientales incluyen idealizaciones sociales sobre el peso y la forma del cuerpo. La educación, el hogar y el estrés pueden contribuir a la ansiedad y a los rasgos de la personalidad que son factores de riesgo para un trastorno de la conducta alimentaria (16). Los estudios realizados muestran mayor predisposición de padecer esta patología si existen antecedentes familiares de TCA (17).

Se ha asociado con la bulimia nerviosa factores psicológicos como trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastorno de control de impulsos, historia personal de dificultades alimentarias, excesiva rigidez, perfeccionismo, retraimiento social y baja autoestima (18).

Es difícil imaginar un cuadro bulímico que curse sin ansiedad debido a la valoración crítica de su cuerpo y a la pérdida de autoestima, al igual que es difícil concebir una paciente bulímica severa con un estado de ánimo eutímico: la tristeza, el aislamiento, el llanto, la anhedonia, los sentimientos de minusvaloración, el insomnio, los sentimientos de culpa y desesperanza son un cortejo de síntomas que estas pacientes suelen presentar. Chinchilla (3) ya afirma que los síntomas depresivos se presentan en la mayoría de los pacientes a lo largo de la enfermedad y en algunas ya se aprecian al inicio del trastorno.

Existen numerosos modelos explicativos sobre la bulimia nerviosa. Uno de los más destacados es el modelo de Stice (2010) (19) el cual propone una doble vía desde la normalidad a la adquisición de síntomas bulímicos. Considera como factores relevantes a la hora de explicar el trastorno; la insatisfacción corporal, el mantenimiento de una dieta restrictiva y la regulación de emociones negativas. La presencia de un IMC elevado, junto con la internalización de la idealización de la delgadez y la presión social favorece la aparición de sentimientos de insatisfacción corporal y es entonces cuando aparece la doble vía: por una parte, la insatisfacción lleva al inicio de una dieta lo que aumenta el riesgo de la aparición de los atracones y, por otra parte, llevaría a presentar síntomas

depresivos que también conducirían a síntomas bulímicos como estrategia de regular las emociones.

El DSM-5, es decir, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (20), es una guía para orientar a los profesionales a catalogar los trastornos alimentarios. Consiste en descripciones, síntomas, y otros principios que ayuden a clínicos a diagnosticar y a clasificar desordenes psicológicos, constituyendo un lenguaje unificado.

Los ítems descritos a tener en cuenta en la bulimia nerviosa son:

1. Episodios recurrentes de atracones.

Un episodio de atracones se caracteriza por lo siguiente:

- a. Comer, en un período de tiempo discreto (p. Ej., Dentro de un período de 2 horas), una cantidad de comida que sea definitivamente mayor que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar en circunstancias similares.
- b. Una sensación de falta de control sobre la alimentación durante el episodio.

2. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para prevenir el aumento de peso, como los vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, o ejercicio excesivo.

3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses.

4. La forma y el peso del cuerpo influyen indebidamente en la autoevaluación.

5. La alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia.

El nivel mínimo de gravedad se basa en la frecuencia de conductas compensatorias inapropiadas:

- Leve: un promedio de 1-3 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.
- Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.
- Grave: un promedio de 8 a 13 episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana.
- Extrema: un promedio de 14 o más episodios de conductas compensatorias inapropiadas por semana (20).

Encontramos mucha heterogeneidad dentro del diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, con algunos criterios que reflejan características mensurables y hereditarias y otras que son inobservables, difíciles de medir y más influenciado por factores ambientales. La interacción gen-ambiente es esencial (21).

➤ **COMPLICACIONES FISICAS**

PROBLEMAS DEL APARATO DIGESTIVO

La provocación del vomito, se logra insertando los dedos de la mano en la boca y de forma menos común, presionando con fuerza la parte anterior del cuello por encima del hueso hioides. Esto causa moratones e irritación, así como heridas en las manos debido a la fricción con los dientes.

Un signo muy característico de esta enfermedad es el signo de Russel, lesiones en el dorso de las manos resultantes del vomito autoinducido, debido al contacto de la piel con los incisivos. El vómito crónico puede no mostrar esta evidencia, porque se produce mediante reflejo, pero, aun así, puede haber dolor oral y alteración de la mucosa esofágica. (22)

Se produce una erosión dental, que se caracteriza por la pérdida de esmalte, con márgenes redondeados y pérdida de los contornos dentales. Esto se debe al paso de los jugos gástricos que le confieren al vomito un pH entre 2-3.8 (la desmineralización se produce con un pH de 5.5). (23) Como consecuencia de la pérdida de esmalte, aparece hipersensibilidad y existe mayor riesgo de placa dental. Además, los alimentos que se consumen durante los atracones son altos en carbohidratos, dando lugar a numerosas caries.

Existen alteraciones en las membranas de la mucosa bucal y faríngea y lesiones de los tejidos blandos.

Se produce un aumento de amilasa a costa de la fracción salival (10). La amilasa es secretada tanto por el páncreas, como por las glándulas salivares, sin embargo, en caso de la bulimia nerviosa, la amilasa salival es la que se encuentra elevada. El dosaje de amilasa tiene alta especificidad, según un estudio realizado por Robertson y Millar (24).

Peterson y Bakmeier (1983) (25) reflejan que los problemas dentales pueden ser la clave para un diagnóstico temprano.

Pueden aparecer mucosistis oral y queilitis, ambas enfermedades inflamatorias a causa de las conductas purgativas (26). Los ácidos gástricos también dañan a la faringe con

cambios inflamatorios en las cuerdas vocales y voz ronca.

Se genera una hinchazón indolora en las mejillas y un agrandamiento de la glándula parótida de forma bilateral. Podemos encontrar casos de sialoadenitis, la infección dolora de una o de las seis glándulas salivales.

La sialoadenitis de parótidas y ocasionalmente submaxilar, a menudo se acompaña de xerostomía, debido a que el flujo salival se reduce y la saliva se vuelve más espesa y viscosa. Esto da lugar a deshidratación de los tejidos blandos como consecuencia de la disminución en la producción de saliva. Entre las funciones de la saliva se encuentran la digestión, protección de los dientes, boca y labios, por lo que una exposición prolongada a la reducción de saliva puede disminuir esa protección y generar alteraciones como las anteriormente mencionadas (caries, dolor oral, inflamaciones...) (27).

La provocación del vomito puede provocar problemas a nivel del cardias, con disminución del tono del esfínter esofágico inferior y alterando, por tanto, los mecanismos naturales anti-reflujo, generándose reflujo gastroesofágico, definido como la salida de contenido gástrico hacia el esófago pudiendo llegar hasta la boca.

Puede originarse dispepsia y existe riesgo de aparición de esófago de Barret (26) una lesión premaligna en esófago distal, en la cual se produce un cambio en la mucosa. Se trata de una complicación tardía que habría que vigilar.

Existe una relación muy estrecha en el vómito y el cáncer de esófago. El paso frecuente de los jugos gástricos por el esófago provoca que esté se irrite y aparezcan úlceras, por lo que, cuando este proceso se cronifica, puede desarrollar esta patología (23).

ALTERACIONES DEL SISTEMA INTEGUMENTARIO

Existen también problemas dermatológicos, principalmente por la desnutrición y se manifiestan como pelo frágil y quebradizo, uñas débiles y piel seca (10).

PROBLEMAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO

Como consecuencia de la pérdida de volumen y electrolitos como el calcio o el potasio, derivado de los vómitos, se genera hipotensión arterial, arritmias cardiacas y alteraciones electrocardiográficas (11).

Edema

La base fisiopatológica del edema parece estar relacionada con la depleción de volumen

y electrolitos, que da como resultado un aumento de la secreción de aldosterona para mantener la presión arterial (hiperaldosteronismo secundario) (22).

***Alteraciones electrolíticas**

Las complicaciones más peligrosas de los vómitos se relacionan con los desequilibrios ácido-base. En un estudio de Mitchell (28) de 168 bulímicas, las anomalías electrolíticas más comunes fueron la alcalosis metabólica e hipopotasemia. Esto se debe a la pérdida de ambos en el vómito.

La alcalosis no solo ocurre porque el jugo gástrico contiene una alta concentración de cloruro de hidrógeno, sino también porque el bicarbonato (HCO_3) permanece elevado en el líquido extracelular en lugar de secretarse en el duodeno en respuesta a la entrada de ácido gástrico (22).

Lo que contribuye al desarrollo de la alcalosis metabólica es la pérdida de líquido, potasio y cloruro a través de los vómitos. Cuando el cloro (Cl^-) se pierde a través del vómito, hay menos de este anión disponible para acompañar la reabsorción de sodio, por lo que los riñones deben retener otro anión, el bicarbonato (HCO_3^-), perpetuándose así el estado alcalino.

Como consecuencia se produce:

- Hipocloremia, cuya gravedad varía según la frecuencia de los vómitos.
- Hipopotasemia: la pérdida de potasio (K^+) se produce por la eliminación de KCl con el vómito. Hay una variedad de alteraciones relacionadas con la hipopotasemia debido a sus efectos sobre la transmisión neuromuscular, como por ejemplo anomalías en la repolarización (alargamiento del intervalo Q-T y disminución de la onda T).
- Hiponatremia: el vómito genera pérdidas de pequeñas cantidades de sodio, sin embargo, este acto por sí solo no genera hiponatremia. Debido a la pérdida de líquido, se activa el mecanismo de la sed, por lo que se ingiere bastante agua, lo que provoca hiponatremia por dilución.
- Hipocalcemia: las principales fuentes de calcio son la dieta y el esqueleto. Una inadecuada absorción por parte del tracto gastrointestinal da lugar a este proceso. Un paciente que tiene historial de vómitos y espasmos musculares revela este déficit.

Signos de tetania muscular, espasmos laríngeos, o problemas cardíacos (alteraciones repolarización-despolarización y disminución de la contractilidad cardíaca) indican valores de calcio bajos.

- Hiperuricemia: debido a la pequeña reabsorción de sodio por el túbulo proximal renal, por la depleción de volumen, se produce una reabsorción pasiva de urea, que se refleja en un aumento del nitrógeno ureico. (22)

Las convulsiones pueden ocurrir en personas con antecedentes de trastornos convulsivos porque la alcalosis metabólica puede disminuir dicho umbral (26).

Según Mehler (29) las complicaciones médicas más comunes de la bulimia nerviosa relacionadas con alteraciones electrolíticas incluyen deshidratación, hipopotasemia, hiponatremia y alcalosis metabólica.

La hipopotasemia en adultos jóvenes por lo demás sanos es muy específica de bulimia nerviosa y las arritmias cardíacas relacionadas con la hipopotasemia pueden explicar el aumento de la tasa de mortalidad observada en pacientes con bulimia nerviosa (26).

ALTERACIONES DEL SISTEMA EXCRETOR

El riñón puede estar afectado como consecuencia de la deshidratación y de la pérdida de potasio. Por eso podemos hallar un aumento de la urea y descenso de la densidad urinaria y una mayor incidencia de infecciones urinarias (10).

ALTERACIONES DEL SISTEMA ENDOCRINO

Se producen alteraciones hormonales, debido a la alteración del metabolismo. En consecuencia, hay irregularidad menstrual (10).

ALTERACIONES DEL SISTEMA ESQUELÉTICO

Como resultado de las dietas restrictivas, la desnutrición y los bajos niveles de estrógenos, así como una pobre ingesta tanto de nutrientes como de calcio, existe riesgo alto para el desarrollo de osteoporosis (10).

5. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

La bulimia es un problema biopsicosocial que debe tratarse de forma integral y pertinente, se debe realizar un diagnóstico y tratamiento precoz ya que es la base para un buen pronóstico de la patología.

Los Planes de cuidados son líneas establecidas para la actuación del personal de enfermería. Según *Llyer* (31), el objetivo principal es construir una estructura teórica que, mediante acciones organizadas, favorezca el cubrir de forma individualizada, las necesidades del paciente, familia y comunidad. En definitiva, conseguir la mayor calidad en los cuidados a través de una práctica reflexiva, estructurada y científica, y como consecuencia, una mayor calidad de vida.

El manejo de esta patología hace necesario contar con un equipo MULTIDISCIPLINAR coordinado. ‘la cohesión del equipo terapéutico es la clave de un programa de tratamiento eficiente’ Vandereycken (30).

La etapas del proceso de atención enfermera son:

- 1. Valoración**
- 2. Diagnósticos de enfermería**
- 3. Planificación de los cuidados de enfermería.**
 - Priorización de los problemas para su tratamiento.
 - Definición de objetivos/resultados esperados.
 - Establecimiento de acciones (intervenciones) de enfermería.
- 4. Ejecución.**
- 5. Evaluación.**

Desde el proceso de atención de enfermería nos basamos en la teoría de Marjory Gordon que permite al personal de enfermería una valoración sistémica gracias a la utilización de los once patrones funcionales. Estos son comportamientos similares en todas las personas que favorecen a la salud y calidad de vida y además se obtienen datos relevantes del paciente de manera ordenada.

La valoración por Patrones Funcionales de Margory Gordon es en la actualidad el método de valoración más usado por la Enfermera Comunitaria en Atención Primaria. En él se han basado numerosos estudios de investigación, así como protocolos y guías de actuación (32).

Dependiendo de la gravedad física de la paciente cuando se detecta el problema, el tratamiento puede ser llevado por Atención Primaria o deberá ser derivado a Atención Especializada, de forma ambulatoria en centros de día y/o especialidades o mediante ingreso hospitalario preferentemente en unidades TCA o en su defecto de Salud Mental. (32).

VALORACIÓN

Una característica de pacientes quejados de un trastorno alimentario es la negación del trastorno y la escasa motivación de cambio. Cuanto menos es la evolución del trastorno, menor suele ser también el deseo por cambiar.

Esto se debe a la baja conciencia que estos poseen sobre las consecuencias negativas que su trastorno puede acerrar. A causa de esta ‘resistencia al cambio’; la valoración se lleva cabo a través de la anamnesis y la exploración física.

ANAMNESIS.

Consiste en recoger un conjunto de datos de la historia del paciente, a partir de una serie de preguntas, centrándonos en los patrones de Margory Gordon, para completar un diagnóstico. Ver **ANEXO 1**.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Tabla 1. Signos indicativos de BN en la exploración física.

Fuente: Elaboración propia.

CONSTANTES VITALES	<ul style="list-style-type: none">• Cambios ortostáticos en la presión arterial y la frecuencia cardíaca.• Bradipnea → alcalosis metabólica.• Antecedentes de síncope o mareos al ponerse en pie (hipotensión ortostática a causa de la deshidratación).
CARA Y CUELLO	<ul style="list-style-type: none">• Signos de <i>facies abotagada</i> (hinchazón) o agrandamiento de la glándula parotídea de forma bilateral e indolora.• Caries y erosiones dentales. Pérdida de esmalte de la cara lingual de los dientes.• Ulceras o infecciones orales.• Eritemas en la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival.• Quejas de aumento de la sensibilidad al calor/frío/las sustancias ácidas.• Petequias (limitadas en la cara y parte superior del tórax a causa del aumento de la presión intratorácica →vómito).• Cambios inflamatorios en las cuerdas vocales y voz ronca.• Sialodentitis, mucositis oral o queilitis.
PIEL	<ul style="list-style-type: none">• Pelo frágil y quebradizo, uñas frágiles y piel seca.• Signo de Russel o heridas/irritación en manos.• Presencia de hematomas.

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión arterial, arritmias cardíacas y alteraciones electrocardiográficas. • Edema. • Hipovolemia.
SISTEMA GASTROINTESTINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Malestar o dolor abdominal, náuseas, distensión y dolor abdominal de tipo cólico. • Reflujo gastroesofágico • Dispepsia.
MEDIO INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad, confusión, náuseas, palpitaciones, dolor abdominal y constipación → ↓Na, ↓K • Signos positivos Chovostek y Trousseau, tetania muscular o espasmos laríngeos → ↓Na, ↓K
FUNCIÓN RENAL	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la urea y descenso de la densidad urinaria. • Mayor incidencia de infecciones urinarias.
FUNCIÓN ENDOCRINA	<ul style="list-style-type: none"> • Irregularidad menstrual.
SISTEMA ÓSEO	<ul style="list-style-type: none"> • Osteoporosis.

Es necesario realizar un examen completo de laboratorio a estos pacientes.

Tabla 2: Hallazgos anormales en las pruebas de laboratorio.

Fuente: Elaboración propia.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	HALLAZGOS ANORMALES EN PACIENTE BULIMICA.
Hemograma	Anemia o trombocitopenia
Bioquímica	Glucosa ↓ (pobre nutrición) o glucosa ↑ (excesiva ingesta). Sodio ↓ (sobrecarga de agua) Potasio ↓ Cloro ↓ Bicarbonato sanguíneo ↑ (vómitos) Urea nitrogenada sanguínea ↑ (deshidratación) Calcio ↓ (pobre nutrición a expensas de hueso). Amilasa ↑ (vómitos) Orina alcalina con leve pseudoproteinuria.

- Electrocardiograma, donde es común encontrar:
 - Bradicardia, arritmias o indicios de miocarditis.
 - Disminución de la contractilidad, disminución del gasto cardíaco, segmento ST alargado e intervalo QT prolongado → ↓Ca.
 - Aplanamiento de la onda T, inversión de la onda T, presencia de onda U o ectopia → ↓K.

- Orina alcalina y pH plasmático superior a 7,45.

Todo paciente debe ser evaluado médicamente y realizarse los exámenes de laboratorio correspondientes. Interconsultas con los servicios de Medicina Interna, Endocrinología y Nutrición: sesiones clínicas comunes e información activa de cada paciente (11).

La primera prioridad en la valoración es identificar condiciones médicas que requieran hospitalización y estabilización. Se deben obtener diferentes tipos de muestras para valorar la gravedad específica de la deshidratación, nivel de pH, nivel de cetonas y signos de daño renal, electrocardiografía y estudios de laboratorio (13).

Una vez establecido el diagnóstico de ‘bulimia nerviosa’ posterior a la etapa de valoración, debemos elaborar un Plan de cuidados de enfermería acorde con nuestros pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades.

Las enfermeras han de ser las gestoras del proceso. Realizar un abordaje bio-psico-social del problema, estar en comunicación con los demás niveles asistenciales y mantener una relación de cercanía con el paciente.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LA BULIMIA NERVIOSA Y PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

Con una presunción diagnóstica fundada, hemos de informar al paciente sobre su diagnóstico y plan de actuación. Debemos transmitirle que la situación es grave y que precisa tratamiento. Instaurarle conciencia de enfermedad y motivación para el cambio.

Valorar criterios de gravedad para remitir urgentemente al centro hospitalario de referencia: graves desequilibrios electrolíticos, complicaciones orgánicas importantes, vómitos repetidos o intratables, comorbilidad psiquiátrica con ideas autolíticas o síntomas psicóticos, necesidad de aislamiento familiar, etc.

Los diagnósticos enfermeros según NANDA, referentes a la bulimia nerviosa, clasificados en función de dominio y clase perteneciente, se encuentran en el **ANEXO B**.

La NIC es la clasificación actualmente más utilizada, desarrollada y validada en España sobre los tratamientos de enfermería, las actividades propias que la enfermera realiza en función de un plan de cuidados enfermero o como parte de una actividad delegada o coordinada (32).

A continuación, se proponen una serie de intervenciones basándonos en los problemas

prioritarios a tratar. Ver **ANEXO C** para un plan de cuidados más ampliado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- [00195] Riesgo de desequilibrio electrolítico.

Objetivos:

- [0600] Equilibrio electrolítico y ácido-base.

Actividades:

NIC [1912] MANEJO DEL EQUILIBRIO ACIDO BÁSICO. ALCALOSIS METABÓLICA.

- Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-básico.
- Monitorizar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos en suero y orina.
- Monitorizar los desequilibrios electrolíticos asociados con la alcalosis metabólica (hipopotasemia, hipercalcemia, hipocloremia).
- Observar si hay manifestaciones cardíacas de alcalosis metabólica (arritmias, disminución de la contractilidad y disminución del gasto cardíaco).

NIC [2006] MANEJO DE ELECTROLITOS: HIPOCALCEMIA.

- Vigilar si hay manifestaciones clínicas de hipocalcemia (tetania [signo clásico], hormigueo en las puntas de los dedos, pies o boca, espasmos de los músculos de la cara o las extremidades, signo de Trousseau, signo de Chvostek, reflejos tendinosos profundos alterados, crisis comiciales [signo tardío]).
- Vigilar si hay manifestaciones psicosociales de hipocalcemia (cambios de personalidad, alteración de la memoria, confusión, ansiedad, irritabilidad, depresión, delirio, alucinaciones y psicosis).
- Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares como resultado de la hipocalcemia (hipotensión, segmento ST alargado o intervalo QT prolongado).
- Observar si aparecen manifestaciones gastrointestinales derivadas de la hipocalcemia (náuseas, vómitos, estreñimiento y dolor abdominal de tipo cólico).

NIC [2007] MANEJO DE ELECTROLITOS: HIPOPOTASEMIA.

- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de potasio.
- Monitorizar manifestaciones cardíacas de hipopotasemia (hipotensión, aplanamiento de la onda T, inversión de la onda T, presencia de onda U, ectopia, taquicardia y pulso débil).
- Vigilar las manifestaciones neurológicas de hipopotasemia (debilidad muscular,

alteración del nivel de consciencia, somnolencia, apatía, letargo, confusión y depresión).

- Detectar precozmente la hipopotasemia para prevenir secuelas potencialmente mortales en pacientes de riesgo (fatiga, anorexia, debilidad muscular, descenso de la motilidad intestinal, parestesias, arritmias).
- Administrar los suplementos de potasio prescritos.
- Monitorizar la función renal, ECG y los niveles séricos de potasio durante su reposición.

NIC [2009] MANEJO DE ELECTROLITROS: HIPONATREMIA.

- Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de sodio alterados (sodio en suero y orina, cloruro sódico en suero y orina, osmolalidad de la orina).
- Observar si se producen manifestaciones neurológicas o musculoesqueléticas como resultado de la hiponatremia (letargo, aumento de la presión intracraneal, alteración del nivel de consciencia, cefalea, aprensión, fatiga, temblores, debilidad muscular o calambres, hiperreflexia, crisis comiciales, coma [signos tardíos]).
- Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares como resultado de la hiponatremia (hipotensión, hipertensión arterial, piel fría y húmeda, poca turgencia cutánea e hipo o hipervolemia).
- Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitación, presión venosa central elevada o presión de enclavamiento capilar pulmonar, edema, distensión de venas del cuello y ascitis).
- Reponer las necesidades de sodio según pauta médica.

NIC [2020] MONITORIZACION DE ELECTROLITROS.

- Reconocer y notificar la presencia de desequilibrios de electrólitos, así como vigilar el nivel sérico de electrólitos.
- Observar el electrocardiograma para ver si hay cambios relacionados con niveles anormales de potasio, calcio y magnesio.
- Consultar con el médico, si los signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y/o electrólitos persisten o empeoran.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- [00028] Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

Objetivos:

- [0601] Equilibrio hídrico.
- [0602] Hidratación.

Actividades:

NIC [4180] MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA.

- Monitorizar los signos de deshidratación (escasa turgencia cutánea, retraso del relleno capilar, pulso débil/filiforme, sed intensa, sequedad de mucosas y oliguria).
- Monitorizar la existencia de hipotensión ortostática y la aparición de mareo al ponerse de pie.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Fomentar la ingesta de líquidos por vía oral (distribuir los líquidos durante 24 horas y administrar líquidos con las comidas).
- Administrar soluciones isotónicas i.v. prescritas para la rehidratación extracelular a un flujo apropiado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- [00247] Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral.
- [00048] Deterioro de la dentición.
- [00004] Riesgo de infección.

Objetivos:

- [1100] Salud oral.
- [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Actividades:

NIC [1730] RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL.

- Monitorizar el estado de la boca del paciente (labios, lengua, mucosas, dientes, encías y aparatos dentales y su ajuste), incluidas las características de las anomalías (tamaño, color y localización de las lesiones internas o externas o de la inflamación, así como otros signos de infección).
- Determinar la frecuencia necesaria para el cuidado oral, animando al paciente o

a su familia para participar en la programación o ayudar con el cuidado oral.

- Instruir al paciente o a su familia del paciente sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada.
- Derivar al paciente a un experto en salud oral.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- [00197] Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.
- [00013] Diarrea.
- [00015] Riesgo de estreñimiento.

Objetivos:

- [1015] Función gastrointestinal.

Actividades:

NIC [0430] CONTROL INTESTINAL.

- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.
- Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.
- Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- [00240] Riesgo de disminución del gasto cardíaco.
- [00267] Riesgo de tensión arterial inestable.

Objetivos:

- [0401] Estado circulatorio.

Actividades:

NIC [4040] CUIDADOS CARDIACOS.

- Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica.
- Monitorizar la aparición de cambios del segmento ST en el ECG.
- Monitorizar los signos vitales con frecuencia/ Monitorizar el estado cardiovascular.
- Monitorizar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas,

niveles de electrolitos).

- Monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- [00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Objetivos:

- [1101]Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Actividades:

NIC [3590] VIGILANCIA DE LA PIEL.

- Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o erupciones y abrasiones en la piel.

(12)

EVALUACIÓN

La fase de evaluación tiene como objetivo medir la repercusión de los cambios introducidos en la práctica, así como identificar si estos han sido o no efectivos.

Para ello, es fundamental la comunicación con el enfermo y la observación de la situación, para compararla con los resultados esperados, que se formularon en los objetivos del plan de cuidado. La evaluación permite la monitorización continua de los resultados de enfermería a corto plazo relacionados con los cuidados.

La capacidad de medir datos relevantes y clínicamente significativos sobre los cambios en la condición del paciente es uno de los componentes clave para usar un enfoque basado en el valor de los cuidados, en la medición de la atención de enfermería en general y la de cada enfermera individualmente. El uso de la NOC proporciona una medida adecuada y sólida de la respuesta a la atención de enfermería, así como un medio para estimar las horas de atención de enfermería requeridas para cada paciente (7).

En los últimos años se han descrito numerosos instrumentos para la evaluación de los síntomas y conductas que presentan las personas que padecen TCA. Los cuestionarios autoaplicados y las entrevistas semiestructuradas son los dos principales instrumentos

para dicha evaluación. **VER ANEXO D.**

En el caso de aplicar un cuestionario, es importante tener en cuenta sus propiedades psicométricas: validez y fiabilidad, sensibilidad y especificidad, entre otras características, con el fin de seleccionar el más conveniente de acuerdo con los propósitos de la evaluación.

6. DISCUSIÓN, LIMITACIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La bulimia nerviosa es una enfermedad muy prevalente con muchos casos infradiagnosticados, tanto por el ocultamiento del trastorno por parte de quien lo padece, como por el desconocimiento de su etiopatogenia derivada del personal sanitario.

Este trabajo intenta poner en conocimiento la gravedad de las consecuencias de la bulimia nerviosa y proponer una actuación a partir de un plan de cuidados que valore al paciente de forma integral.

Las experiencias personales vividas sugieren que cuando una persona es joven, y padece este tipo de trastornos, es muy complicado asimilar que se trata de una enfermedad, debido a la vergüenza que genera. Este extremo es confirmado por el trabajo de Pamies y Quiles (33) que constatan la falta de afrontamiento de la enfermedad en jóvenes.

Una adecuada formación del personal sanitario sobre signos y síntomas característicos puede ayudar a un diagnóstico precoz y proporcionar una disminución de la morbilidad de la bulimia nerviosa gracias a intervenir en aquellas complicaciones más graves.

Las principales limitaciones que me he encontrado han sido:

- La dificultad de acceso a determinados artículos y la presencia de reducidos estudios o información sobre la bulimia nerviosa; la mayor parte trataba únicamente de la anorexia, un tipo de trastorno de la conducta alimentaria, que difiere mucho de la bulimia.
- La escasa relación actual entre enfermería y bulimia nerviosa, ya que, al tratarse de un fenómeno esencialmente psicológico, se asocia más a profesionales como psicólogos y psiquiatras. Sin embargo, la enfermería de Salud Mental podría constituir un patrimonio humano capaz de hacerse cargo de este problema sanitario desde la Atención Primaria, incluso desde la Enfermería Escolar.

Sería interesante realizar algún estudio sobre la incidencia de la bulimia nerviosa, en población susceptible en la comunidad de Castilla y León.

7. CONCLUSIONES

- La bulimia nerviosa es una enfermedad cuya incidencia parece estar aumentando con los años. Se caracteriza por su gravedad y complejidad, tanto en la etiología como en su diagnóstico y tratamiento. Además, supone un deterioro de la calidad de vida de los pacientes, así como un aumento de los costes tanto directos como indirectos.
- En la Cartera de Servicios de Castilla y León no existe un programa de atención a estos pacientes, aun habiéndose incrementado la incidencia de los TCA en los últimos años. El sistema sanitario no debe desdeñar estos trastornos porque pueden cursar con graves complicaciones.
- La complejidad de los TCA, debido a la gran cantidad de factores que los originan, hace necesario su abordaje por parte de un equipo multidisciplinar, con especial importancia de la enfermería.
- El papel fundamental de los profesionales sanitarios consiste en realizar una detección precoz focalizándose en la población de riesgo y en síntomas y signos de alerta para disminuir la morbimortalidad de este trastorno.
- El vómito es el método compensatorio utilizado en un 90% de los casos y cuyas complicaciones son comunes y pueden afectar a muchos órganos y sistemas. Entre las complicaciones físicas más graves, podemos destacar las alteraciones electrolíticas, así como las arritmias y alteraciones en el electrocardiograma.
- La elaboración como enfermeros de un plan de cuidados para intervenir en los problemas que ocasiona este trastorno es esencial a la hora de actuar ante estos pacientes de tal forma que se ofrezcan unos cuidados óptimos que contribuyan a la recuperación y a evitar complicaciones.
- La formación básica de enfermería podría incidir en este problema de salud con el objetivo de detectar precozmente este trastorno y evitar la cronicidad.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cataluña. RMD, editor. Barcelona.: Agència d'Avaluació de Tecnologia.; 2009.
2. Oblaré M C, Martínez P E, Rodríguez M J, López P JC, Cuenca C P, Martín O I, et al. Trastorno de la conducta alimentaria; Guía para pacientes, familiares y profesionales. Granada.: Elca, unidad multidisciplinar de la conducta alimentaria.; 2020.
3. Fernández Aranda F, Turón Gil V. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: MASSON; 1998.
4. Peláez, M. A , Labrador, F.J , Raich, R.M. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). Psychosom Res. 2007; 62 (6)(681-90).
5. Romanillos V T. Trastornos de la Conducta Alimentaria y medios de comunicación.. FMC. 2014; 21(9).
6. Ibáñez SN. Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes diagnosticados de un trastorno de la conducta alimentaria que buscan ayuda y su remisión a diferentes dispositivos sanitarios. Tesis Doctoral. Facultat de ciències de la salut.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. GdE. Guía de práctica clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Online].; 2009. Acceso 19 de enero de 2021. Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf.
8. Herrera G M, Martínez B S, López N JM. Emociones y cognición social en bulimia nerviosa. Norte de Salud Mental. 2011; IX(40:34-37).
9. Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de psicopatología, vol I. 3rd ed.: Mc Graw-

Hill.; 2020.

10. Rava F, Silber TJ. Bulimia nerviosa (Parte 1).Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. Arch.argent.pediatr 2004. 2004; 102(5).
11. Pereira M J, Hernández F JL. Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria. Gobierno de Canarias. ed. Servicio Canario de la Salud , editor. Canarias.: Consejería de Sanidad.; 2012/09.
12. NNNConsult. [Online]; 2021. Acceso 28 de Febrerode 2021. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/index.php>.
13. Brian H C, Jimerson M, Haxton C, Jimerson C D. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American Family Physician. 2015; 91(1).
14. Joiner T, Katz J, Heatherton T. Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. Internatinal Eating Disorders. 2000; 27(191-192).
15. Rikinkumar S P, Baris O, Prya P, Kaushal S, Zeeshan M. Hospitalization outcomes and comorbidities of Bulimia Nervosa: A nationwide inpatient study. Cureus. 2018; 10(5).
16. González García C, Martín-Javato Romero L. Eficacia del tratamiento cognitivo conductual para un caso de Bulimia Nervosa. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental. 2015; 1(19-41).
17. Hübel C, Abdulkadir M, Herle M, Loos RJF, Breen G, Bulik M C, et al. One size does not fit all. Genomics differentiates among anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. International Journal of Eating Disorders. 2021; 10.1002/eat.23481.
18. Marañón I, Grijalvo J, Echeburúa E. Do the IPDE and the MCMI-II assess the same personality disorders in patients with eating disorders? International Journal of

Clinical and Health Psychology. 2007; 7(587-594).

19. Stice E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*. 1994; 7(633-661).
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 345th ed. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
21. Bulik CM, Hebebrand J, Keski-Rahkonen A, Klump KL, Reichborn-Kjennerud T, Mazzeo SE, et al. Genetic epidemiology, endophenotypes, and eating disorder classification. *International Journal of Eating Disorders*. 2007; 40(S52-S60).
22. Leech Hofland S, O'Brien Dardis P. Bulimia nervosa: associated physical problems. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 1992; 30(2).
23. Romero M Y, Sayago S P, Moreno F AI. Complicaciones médicas de las conductas purgativas. *Consecuencias de la alimentación*. *Dialnet*. 2015; 21(2260-2276).
24. Robertson C, Millar H. Hyperamylasemia in bulimia and hyperemesis gravidarum. *International Journal of Eating Disorders*. 1999; 26(223-227).
25. Peterson D S, Barkmeier W W. Oral sings of frequent vomiting in anorexia. *American Family Physician*. 1983; 27(199-200).
26. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*. 2015; 10(30-31).
27. Moncayo M. Complicaciones médicas de las conductas de purga: consecuencias en la alimentación. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 2016; 24(2604-2625).
28. Mitchell E J, Crow S. Medical complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006; 19 (4)(438-43).
29. Mehler S P, Walsh K. Electrolyte and acid-base abnormalities associated with purging behaviors. *Int Journal of Eating Disorders*. 2016; 49(3).

30. Calvo S R, Santo-Domingo J. Tratamiento cognitivo-conductual de la anorexia nerviosa: estudio del tratamiento y seguimiento a los 5 años de un grupo de 37 pacientes. Volumen 2. Madrid: Hospital 'La Paz', Servicio de Psiquiatría.412.
31. Lyer W P, Taptich J B, Bernocchi-Losey D. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Madrid: McGraw Hill.; 1987.
32. Nieto García E, Casado Llozano A, García Pérez C, Peláez Rodríguez L. Guía de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2nd ed. SEMAP , editor.: Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria.; 2008.
33. Pamies A L, Quiles M Y. Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en adolescentes. *Psicothema*. 2012; 24(2).
34. Losada AV, Marmo J. Herramientas de evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Editorial Académica Española; 2013.
35. Moliner Albero R. Máster en intervención multidisciplinar para trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad y trastornos emocionales.. 5th ed. Valencia: ADEIT; 2011-2012.
36. Frutos M. Fundamentos Metodológicos de la Enfermería. Apuntes Facultad de Enfermería. Uva.
37. Tith M , Paradis G, Potter J B, Low N, Healy-Porfitós J, et al. Association of Bulimia Nervosa with long-term risk of cardiovascular disease and mortality among women. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(1).

9. ANEXOS

ANEXO A: ETAPA DE VALORACIÓN: Anamnesis al paciente según los 11 patrones de Marjory Gordon

PATRÓN 1: PATRÓN DE PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- Percepción de su estado de salud: creencias sobre padecer una enfermedad.
- Últimas revisiones y analíticas médicas.
- Patologías que tiene más miedo de padecer. Opinión de los TCA como enfermedad.
- Medicamentos consumidos de forma habitual o esporádica:
 - Para controlar el apetito.
 - Para provocar el vómito.
 - Para aumentar la diuresis.
- Presencia de hábitos tóxicos: alcohol/ tabaco.

PATRÓN 2: PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO.

- Historia en relación con su peso:
 - IMC actual.
 - Peso hace un año y evolución.
 - Medidas antropométricas.
 - Forma de controlar el peso y periodicidad de control.
- Tipo de alimentación:
 - Dieta prescrita o autoimpuesta.
 - Tiempo realizando dieta o restringiendo su alimentación.
 - Alimentos prohibidos y alimentos permitidos.
 - Alimentos que provocan mayor culpabilidad.
 - Conocimientos sobre alimentación (Ej.: Calorías de los alimentos, valores nutricionales...).
- Hidratación.
 - Cantidad y tipo de líquidos ingeridos a lo largo del día.
 - Consumo de agua para saciar el hambre.

- Hábitos en la preparación de la comida.
- Hábitos de compra de los alimentos.
- Hábitos sociales alrededor de la comida.
- Sensación de hambre
 - Factores internos o externos que pueden aumentar o disminuir el hambre.
 - Horas de ayuno capaz de soportar.
- Sensación después de comer.
- Conductas purgativas.

PATRÓN 3: PATRÓN DE ELIMINACIÓN.

- Hábito de eliminación intestinal y urinaria.
- Uso de medicación para la eliminación.

PATRÓN 4: PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO.

- Ejercicio físico realizado u actividades para quemar calorías.
- Actividad laboral o escolar.

PATRÓN 5: PATRÓN DE SUEÑO-DESCANSO.

- Horas de sueño.
- Facilidad para conciliar el sueño.
- Despertares nocturnos

(La visita a la nevera es la forma que usan para recuperar el sueño, con el consiguiente atracón).

PATRÓN 6: PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO.

- Nivel de estudios y notas.
- Capacidad de concentración.
- Objetivos a nivel de estudio y trabajo y tiempo de dedicación.

(Son pacientes muy competitivos consigo mismos, por lo que se ponen metas muy altas, que desarrollan por su capacidad de sacrificio, más que por sus aptitudes neuronales).

PATRÓN 7: PATRÓN DE AUTOESTIMA-AUTOPERCEPCIÓN.

- Nivel de autoestima y autodescripción.
- Puntos fuertes y puntos débiles.
- Percepción sobre opiniones ajenas.

PATRÓN 8: PATRÓN ROL-RELACIONES

- Sensación de soledad, aislamiento social.
- Estructura familiar.
- Relaciones actuales/ cambios en las relaciones (separaciones)
- Actividades sociales.

PATRÓN 9: PATRÓN SEXUALIDAD.

- Datos ginecológicos: ciclos, irregularidades, amenorrea.
- Historia obstétrica.
- Vida sexual (satisfacción, edad de comiendo, abusos).

PATRÓN 10: PATRÓN DE TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- Qué /quién provoca el estrés
- Formas de liberar el estrés
- Situaciones de estrés vividas en su vida y cómo fueron resueltas.

PATRÓN 11: PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS.

- Opinión de mitos o ideales de belleza.

ANEXO B: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON LA BULIMIA NERVIOSA

La taxonomía de NANDA se estructura en 3 niveles:

- Dominio: “Esfera de conocimiento, estudio o interés”.
- Clase: “Subdivisión más específica de los dominios, que contienen los conceptos diagnósticos”.
- Diagnóstico enfermero: “Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia, o comunidad a problemas de salud”.

Tabla 3. Diagnósticos de enfermería relacionados con la bulimia nerviosa.

Fuente: Elaboración propia a partir de NNNConsult (12).

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD.	Clase 2: gestión de la salud	[00078] Gestión ineficaz de la salud. [00099] Mantenimiento ineficaz de la salud. [00188] Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.
DOMINIO 2: NUTRICIÓN	Clase 1: Ingestión.	[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.
	Clase 4: Metabolismo.	[00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable. [00263] Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico
	Clase 5: hidratación.	[00025] Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos [00028] Riesgo de déficit de volumen de líquidos [00195] Riesgo de desequilibrio electrolítico.
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO.	Clase 2: Función gastrointestinal.	[00013] Diarrea. [00015] Riesgo de estreñimiento [00197] Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO.	Clase 1: sueño/reposo.	[00095] Insomnio. [00198] Trastorno del patrón del sueño.
	Clase 3: Equilibrio de la energía.	[00093] Fatiga. [00273] Desequilibrio del campo energético.
	Clase 4: respuesta cardiovasculares-pulmonares	[00240] Riesgo de disminución del gasto cardiaco. [00267] Riesgo de tensión arterial inestable.
	Clase 5: autocuidado.	[00193] Descuido personal.
DOMINIO 5: PERCEPCION/COGNICIÓN.	Clase 4: cognición.	[00222] Control de impulsos ineficaz. [00251] Control emocional inestable
DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN	Clase 1: Autoconcepto.	[00225] Riesgo de trastorno de la identidad personal

	Clase 2: Autoestima	[00153] Riesgo de baja autoestima situacional.
	Clase 3: imagen corporal.	[00118] Trastorno de la imagen corporal.
DOMINIO 7: ROL/RELACIONES	Clase 2: relaciones familiares.	[00058] Riesgo de deterioro de la vinculación. [00060] Interrupción de los procesos familiares. [00063] Procesos familiares disfuncionales.
	Clase 3: desempeño del rol.	[00052] Deterioro de la interacción social.
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS	Clase 2: respuestas de afrontamiento.	[00146] Ansiedad. [00210] Deterioro de la resiliencia [00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCION.	Clase 1: Infección	[00004] Riesgo de infección.
	Clase 2: Lesión física	[00035] Riesgo de lesión [00247] Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral. [00048] Deterioro de la dentición. [00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
	Clase 6: termorregulación	[00006] Hipotermia.
DOMINIO 12: CONFORT	Clase 1: confort físico.	[00214] Disconfort.
	Clase 3: confort social.	[00053] Aislamiento social

ANEXO C: PLAN DE CUIDADOS AMPLIADO.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.
- [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable.

Objetivos:

- [1009] Estado nutricional: ingestión de nutrientes.
- [1622] Conducta de cumplimiento: dieta prescrita.

Actividades:

NIC [1100] MANEJO DE LA NUTRICIÓN.

- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables.
- Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes).
- Derivar al paciente a los servicios necesarios.

NIC [1160] MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL.

- Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (IMC, medición de la cintura y medición de los pliegues cutáneos).
- Identificar los cambios recientes del peso corporal.
- Identificar las anomalías del pelo (seco, fino, tosco, y rotura fácil).
- Monitorizar la ingesta calórica y dietética.
- Identificar las anomalías de la cavidad oral.
- Revisar otras fuentes de datos relativos al estado nutricional (diario de alimentos del paciente y registros escritos).

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- [00222] Control de impulsos ineficaz.

Objetivos:

- [1405] Autocontrol de los impulsos.

Actividades:

NIC [4370] ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR IMPULSOS.

- Utilizar un plan de modificación de la conducta para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado.
- Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente.
- Instruir al paciente a reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente.
- Elaborar un plan de acción para la resolución de problemas en el contexto de situaciones que sean significativas para el paciente.
- Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados satisfactorios.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- [00118] Trastorno de la imagen corporal.
- [00153] Riesgo de baja autoestima situacional.
- [00225] Riesgo de trastorno de la identidad personal.

Objetivos:

- [1411] Autocontrol del trastorno de la alimentación.
- [1202] Identidad personal.
- [1215] Conciencia de uno mismo.
- [1209] Motivación.

Actividades:

NIC [1030] MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

- Fomentar la autovigilancia por parte del paciente de la ingesta diaria de alimentos y la ganancia/mantenimiento del peso.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento; implicar al paciente y/o allegados.
- Proporcionar apoyo (terapia de relajación, ejercicios de desensibilización y oportunidades de hablar de los sentimientos) a medida que el paciente incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida.
- Animar al paciente a que lleve anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos, así como las circunstancias del entorno que le llevan a purgarse/vomitarse.

- Ayudar al paciente a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de alimentación.

NIC [4470] AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SI MISMO.

- Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.
- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
- Explicar al paciente la importancia de la automonitorización en el intento de cambiar la conducta.
- Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.

NIC [5400] POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA.

- Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.
- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

NIC [5220] MEJORAR LA IMAGEN CORPORAL.

- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica.
- Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.
- Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.
- Ayudar al paciente a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.

NIC [4700] REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.

- Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de afirmaciones personales irracionales.
- Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.
- Ayudar al paciente a identificar el sistema de creencias que afectan a su estado

de salud.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- [00073] Afrontamiento familiar incapacitante
- [00060] Interrupción de los procesos familiares
- [00063] Procesos familiares disfuncionales
- [00052] Deterioro de la interacción social.

Objetivos:

- [2600] Afrontamiento de los problemas de la familia
- [2601] Clima social de la familia
- [1502] Habilidades de interacción social
- [2608] Resiliencia familiar.

Actividades:

NIC [5230] MEJORAR EL AFRONTAMIENTO.

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.

NIC [4362] MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES.

- Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.
- Identificar habilidades sociales específicas usando discusión guiada y ejemplos que serán el foco del entrenamiento.
- Proporcionar retroalimentación (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social deseada.
- Animar al paciente y allegados a que autoevalúen los resultados esperados de sus interacciones sociales, autorrecompensen los resultados positivos y solucionen los problemas con resultados menos deseables.

NIC [7100] ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR.

- Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irrales de culpa o responsabilidad, si está justificado.

- Asesorar a los miembros de la familia sobre habilidades de afrontamiento adicionales eficaces para su propio uso.
- Facilitar la armonía dentro de/entre la familia.
- Establecer los cuidados del paciente por parte de los miembros de la familia, si resulta adecuado.

ANEXO D. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ÚTILES

La exploración física, los cuestionarios autoaplicados y las entrevistas semiestructuradas son los tres principales instrumentos para dicha evaluación (7).

ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS.

EXAMEN DE DESORDENES DEL COMER (EDE)

- Es una entrevista semi estructurada compuesta por 62 ítems donde se evalúan las cuatro últimas semanas del paciente.
- La toma se desarrolla en aproximadamente una hora.
- Este instrumento evalúa la presencia de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa, aunque se observa que pregunta con mayor atención sobre la sintomatología bulímica.
- Se conforma de cinco subescalas:
 - Restricción alimentaria.
 - Síntomas relacionados a las conductas compensatorias inadecuadas.
 - Preocupación por la alimentación.
 - Preocupación por el peso.
 - Preocupación por la silueta.

Su consistencia interna es satisfactoria y su fiabilidad se sitúa entre 0,69 y 1 (34).

CUESTIONARIOS AUTOAPLICADOS.

CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA COMIDA (EAT)

- Su nombre original es Eating Attitudes Test (EAT) y ha sido diseñado por Garner & Garfinkel (1979).
- Tiene como objetivo identificar síntomas e inquietudes características de los trastornos alimentarios.

- Contiene 40 reactivos (EAT40), congregados en siete componentes: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social distinguida al aumentar de peso.
- Los reactivos del EAT se completan a través de una serie de seis puntos tipo Likert.
- Garner y Garfinkel sugirieron recurrir a los sucesivos puntos de corte para identificar a las personas con cierto Trastorno de la Conducta Alimentaria, es decir superior de 30 puntos para el EAT-40.
- Los ítems del Cuestionario de Actitudes hacia la Comida pueden agruparse en tres subescalas: Dieta y preocupación por la comida, Presión social percibida y malestar con la alimentación y por último trastornos psicobiológicos (34).

THE EATING DISORDERS INVENTORY -EDI- (INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS) (GARNER, OLMSTED Y POLIVY, 1983)

- Es un cuestionario diseñado para evaluar las características psicológicas y los síntomas comunes de la Anorexia y Bulimia nerviosa.
- Presenta una alta sensibilidad a los cambios clínicos en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa.
- Evalúa las características cognitivo-conductuales tanto de la anorexia como de la bulimia nerviosa y fue realizado desde una perspectiva multidimensional.
- En la última versión, EDI-2 (Garner, 1991), cuenta con 91 ítems. Las subescalas evalúan las actitudes y los comportamientos hacia la figura, el peso o la comida, se centran en características psicopatológicas muy representativas de los trastornos alimentarios. Son las **siguientes**: impulso a la delgadez, bulimia, insatisfacción con el cuerpo, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, asceticismo. Impulsividad e inseguridad social.
- Cuando se comparan las puntuaciones entre anoréxicas y bulímicas con peso normal, este último grupo suele tener puntuaciones más elevadas.
- en las escalas de ‘bulimia’, ‘motivación para adelgazar’ e ‘insatisfacción corporal’.

- Como ventaja cabe destacar su sensibilidad a los cambios a lo largo del tratamiento (35).

BULIMIA TEST-BULIT- (TEST DE BULIMIA) (SMITH Y THELEN, 1984) Y EL TEST DE BULIMIA REVISADO (BULIT-R, THELEN, FARMER, WONDERLICH Y SMITH, 1991).

- Este instrumento se elaboró para evaluar los síntomas-criterio para la bulimia del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980).
- Consta de 36 ítems de elección múltiple.
- Contiene seis factores que son: vómitos, episodios de sobreingesta, sentimientos negativos acerca de estos, problemas de menstruación, preferencia por alimentarios altamente calóricos y de rápida ingestión y fluctuaciones de peso.
- Dado que el objetivo de este cuestionario es la evaluación de los síntomas de bulimia, las puntuaciones altas indicarían la presencia de características del cuadro bulímico, si bien nunca un diagnóstico.

La puntuación de corte planteada por los autores es de 102, obteniendo una sensibilidad de 90.

- Es un cuestionario fácil de entender y de llevar a cabo por el usuario. Suele cumplimentarse en unos 5-10 minutos.

Contamos con la traducción y adaptación para población española realizada por Mora y Raich (1993) (35).

BULIMIC INVESTIGATORY TEST EDINBURGH- BITE (TEST DE INVESTIGACIÓN EN BULIMIA DE EDIMBURGO) (HENDERSON Y FREEMAN, 1987).

- El BITE es una medida para evaluar las características cognitivas y conductuales del trastorno por atracón y la bulimia nerviosa.
- Este instrumento está concebido para la evaluación de síntomas bulímicos (tanto a nivel clínico como a nivel subclínico).
- Consta de 33 ítems y divididos en dos tipos de preguntas:
 - 30 ítems cuya respuesta es dicotómica (si/no)
 - 3 ítems con las respuestas tipo Likert (1-7).

- Cuenta además con 2 subescalas: subescala de síntomas y subescala de gravedad.
- La puntuación máxima es de 30. Entre 10 y 19 indican la existencia de un patrón alimentario alterado. Una puntuación de 20 o superior indica la presencia recurrente de episodios de atracones y por lo tanto hay que sospechar de Bulimia nerviosa.
- La subescala de gravedad consta de 3 items, de respuesta tipo Likert (1-7), donde se mide la intensidad de las conductas de ayuno, de las conductas purgativas y de los atracones.

La puntuación máxima es 39; una puntuación de 5 o más ya es clínicamente significativo y valores superiores a 10 indican una gravedad importante.

Respecto a la validez concurrente, correlaciona significativamente con casi todas las subescalas del EDI y con el EAT. En cuanto a la validez discriminante: diferencia entre población general, pacientes con AN (con o sin síntomas bulímicos) y pacientes con BN (con o sin historia de anorexia) (35).

AUTORREGISTROS: AUTORREGISTRO DE INGESTA

Los autorregistros son herramienta útiles en el diagnóstico, el análisis funcional y en la evaluación de la eficacia del tratamiento.

Permiten recabar información sobre los antecedentes y consecuencias de las conductas problemáticas, si se realiza adecuadamente. La información que la persona ha de registrar suele ser la cantidad y el tipo de comida que ingiere, sus pensamientos y estado de ánimo antes y después de la ingesta, la cantidad de hambre y, en general, las circunstancias ambientales que están rodeando a su conducta alimentaria.

También se le pide a la paciente que nos indique, aunque no lo haya llevado a cabo, su deseo de restringir, atracarse o vomitar.

A pesar de su utilidad clínica, los autorregistros presentan también algunas dificultades. La fiabilidad de este instrumento depende de la exactitud y veracidad con que el individuo lo cumplimenta. En el caso de pacientes con bulimia, algunas de ellas, en la medida que experimentan vergüenza ante los episodios de ingesta voraz, pueden omitir determinada información, que por otra parte resulta difícil de contrastar (conductas que se realizan en silencio) (35).