

## Actualización sobre

# La anorexia nerviosa. Estudio de un caso

Assumpta Rigol<sup>a</sup> y Anna Bastidas<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Profesora titular. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona. Barcelona.

<sup>b</sup>Profesora asociada. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

**En las 2 últimas décadas, los trastornos de la alimentación se han convertido casi en una epidemia en la población joven de las sociedades occidentales.**

### Introducción

La alimentación, que en los humanos trasciende del gesto puramente biológico para convertirse en un acto marcadamente sociocultural y psicológico, en las sociedades complejas, está mediatizado por una proyección de ideales respecto a los modelos de belleza, que no resultan inertes respecto a la creación de una actitud hacia el propio cuerpo y hacia la comida.

Los cánones estéticos cada vez son más esclavizantes, y la sumisión a estos estereotipos han hecho de los trastornos de la alimentación una alarma en la población adolescente, lo que ha llevado a asumir el bajo peso como la situación deseable, especialmente en las mujeres, y esta tolerancia mayor al infrapeso ha generado situaciones de peligro en los adolescentes, a los que el trastorno anoréxico o bulímico se les ha detectado cuando ya estaba avanzado.

El descontento con la propia imagen corporal queda patente en la población adulta a través de medios de comunicación y publicaciones no científicas. En edades inferiores, se

calcula que entre el 40 y el 65% de los jóvenes menores de 20 años quieren perder peso. La insatisfacción con el propio cuerpo está llegando ya a la población infantil entre 6 y 9 años. Se calcula que más de un 15% de las chicas adolescentes y un 2,6% de los chicos de la misma edad están en riesgo de contraer un trastorno alimentario.

A todo lo anterior hay que añadirle la implantación imparable de modelos de vida y hábitos procedentes de Estados Unidos: fast-food, TV, snacking, fitness, etc. A la vista de todo ello, las intervenciones técnico-sanitarias tienen una efectividad bastante limitada, con lo que se requiere una intervención multifactorial que abarque nutrición, salud, hábitos alimentarios, presión sociocultural, así como programas escolares de educación, prevención, detección y control de estos factores y sus consecuencias.

Las intervenciones de enfermería en los trastornos de la alimentación deben ir dirigidas a todos los puntos que confluyen en la aparición, evolución y perpetuación de estos trastornos, tanto si es en el contexto familiar, como de salud, de los

modelos culturales, de la educación sanitaria y del crecimiento madurativo y la salud mental de los que los padecen.

### CONCEPTO Y CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno que afecta principalmente a mujeres prepúberes y adolescentes, aunque también se da en la edad adulta y en varones –pocos, uno de cada 10.

Se caracteriza por conductas destinadas a la pérdida de peso (restricción de la cantidad de alimentos ingeridos, ejercicio físico compulsivo, conductas purgativas), miedo intenso al aumento ponderal y una distorsión de la imagen corporal.

### Criterios para el diagnóstico de la anorexia

El DSM IV, tiene en cuenta los siguientes síntomas para el diagnóstico de la AN:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (p. ej., pérdida de peso que origina un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en alcanzar

el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de

de factores. Dentro de este contexto multifactorial se hallan todos aquellos factores que podríamos llamar individuales (genéticos, biológicos, psicopatológicos y de desarrollo) y otros de índole externa (presión del entorno, modelos socioculturales, y entorno familiar).

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los primeros cambios que se detectan son el inicio de una dieta restrictiva, en la que se limitan y/o

evitación de situaciones donde la comida se plantee como obligación o como tentación.

Relacionado con la pérdida de peso, es frecuente la aparición de trastornos afectivos, tales como tristeza, llanto frecuente, insomnio. Esta alteración del sueño, conlleva generalmente elementos conductuales y fisiológicos: decide dormir menos porque así, al estar despierta, hace más gasto calórico.

Existe también la posibilidad de que incremente sus actividades físicas a partir de 2 mecanismos, uno cognitivo-conductual, en el que sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimiento y otro psicofisiológico en que la disminución de la ingesta comportaría más actividad física. Es por esto, que en el tratamiento de la AN los mecanismos cognitivo-conductuales adquieren una gran importancia.

Resultado de la inanición y la desnutrición es la aparición de distintos síntomas físicos y psicológicos.

Los síntomas físicos pueden incluir:

- **Alteraciones cardiovasculares:** bradicardia; hipotensión; hipotermia, y alteraciones en el electrocardiograma (ECG).
- **Alteraciones digestivas:** estreñimiento, fecalomas, diarrea; dolor posprandial, disfagia, náuseas, vómitos; dolor abdominal, distensión; lesiones en el esmalte dental, erosiones (por vómitos); hipertrofia de las glándulas salivales; disminución de la motilidad gástrica, enlentecimiento del vaciado gástrico y duodenal.
- **Alteraciones hematológicas/bioquímicas:** anemia; leucopenia; desequilibrio electrolítico; hipercolesterolemia; hipotrigliceridemia; incremento de las enzimas hepáticas; hipercarotinemia.
- **Alteraciones neuroendocrinas:** amenorrea; disminución del metabolismo basal; alteraciones tiroideas (clínica similar al hipotiroidismo); alteración del metabolismo de los hidratos de carbono (hipoglucemias); disminución de las concentraciones

**El descontento con la propia imagen corporal queda patente en la población adulta a través de medios de comunicación y publicaciones no científicas. En edades inferiores, se calcula que entre el 40 y el 65% de los jóvenes menores de 20 años quiere perder peso.**

un mínimo de 3 ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos).

### Tipos de anorexia

Existen 2 subgrupos de comportamiento, cuyo objetivo es reducir la absorción calórica:

- **Restrictivo.** Limita severamente la ingesta de alimentos, especialmente aquellos que contienen carbohidratos y grasas.
- **Compulsivo/purgativo.** Se caracteriza por comer y luego provocar el vómito o tomar laxantes u otros purgantes, así como practicar ejercicio de forma compulsiva para incrementar el gasto calórico.

Aunque los anteriores criterios son definidores para el diagnóstico de AN, los individuos que no los cumplan todos pueden ser verdaderos enfermos, esclavos de la dieta, temerosos de la ganancia ponderal, y manifestar un verdadero rechazo a una alimentación correcta y a un peso saludable.

En cuanto a la etiopatogenia, podemos hablar de una confluencia

suprimen los hidratos de carbono mediante la reducción o supresión de las grasas, y al final se limita la ingesta proteínica. Suele ir seguida de conductas relacionadas con la alimentación, como el interés exagerado por las dietas, por el peso y la realización de rituales relacionados con la comida, como desmenuzarla, repartirla en el plato y/o esconderla.

El primer lugar, es en el entorno familiar donde suelen aparecer conflictos, dado que la alimentación tiene un importante componente emocional, por lo que la disminución de la ingesta alimenticia en la adolescente desencadena la ansiedad familiar.

Este mecanismo ansioso, produce un repertorio importante de intervenciones familiares con finalidad de modificar la conducta de la adolescente, incrementando y codeterminando los comportamientos desadaptados y desadaptadores de la persona anoréxica.

También se produce una inestabilidad en los intercambios sociales, debido a los sentimientos de ser diferente, de sentirse incomprendida, a la ocultación de su problema y también debido a la

basales de gonadotropinas (LH, FSH).

Las manifestaciones psicológicas incluyen:

- Ansiedad.
- Sintomatología depresiva: irritabilidad, tristeza, pérdida de interés, aislamiento social, ideas de muerte.
- Conflictos intrapersonales, interpersonales y familiares.
- Disforia.
- Obsesividad, perfeccionismo.
- Distorsión de la imagen corporal.
- Irracionalidad de creencias sobre el cuerpo y los alimentos.
- Conductas evitativas.
- Baja autoestima.
- Conductas extravagantes durante las comidas.
- Alteración en el sueño.

#### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Medidas antropométricas.** Peso, talla, índice de masa corporal, cálculo del peso ideal según tablas estandarizadas.
- **Análisis.** Hematológico, bioquímico y hormonal.
- **ECG.**
- **Densitometría ósea.**
- **Exploración psicológica.** Evaluación de la imagen corporal (test de distorsión), test de actitudes alimentarias (EAT: eating attitudes test), entrevista (exploración de actitudes negativas hacia la alimentación y valoración de la insatisfacción corporal, valoración de sentimientos, autoconcepto, etc.).

#### TRATAMIENTO

El abordaje de la AN debe tener en consideración todo lo que se ha explicado hasta aquí, es decir, que el trastorno no tiene una causa concreta, hay muchos factores que influyen en su aparición, evolución y perpetuación. Las intervenciones deben abarcar todos aquellos factores necesarios, con el fin de no dejar cabos sueltos que puedan retrasar la recuperación. Se basa en una evaluación integral del adolescente y la familia y se combina la terapia individual, familiar, modificación de conducta y rehabilitación nutricional.

Debe garantizarse una adecuada alimentación para el paciente afectado de AN, que permita la recuperación ponderal hasta un punto saludable, hay que favorecer el mantenimiento de ese peso, debe procurarse un cambio de actitud, de hábitos y de estilo de alimentación, fomentar la crítica de la obsesión por el adelgazamiento, e intervenir farmacológicamente si es necesario en casos de resistencia al tratamiento o de comorbilidad, por otro lado frecuentes en estos trastornos.

y sociales. La combinación de los abordajes cognitivos y conductuales no es sinónimo de éxito del tratamiento, pero sí se ha revelado con el tiempo como el método más eficaz para combatir el trastorno, pues abarca muchos de los factores que lo condicionan. Esta terapia implica los siguientes pasos:

- Intensificar el conocimiento de la paciente, de sus propios patrones de pensamiento.
- Enseñarle a reconocer la conexión entre ciertos

**La insatisfacción con el propio cuerpo está llegando ya a la población infantil entre 6 y 9 años. Se calcula que más de un 15% de las chicas adolescentes y un 2,6% de los chicos de la misma edad están en riesgo de contraer un trastorno alimentario.**

El tratamiento debe ser largo y constante, pues el trastorno lo requiere, puede durar años.

Podríamos separar algunos ámbitos del tratamiento, aunque deben llevarse a cabo simultáneamente:

- **Recuperación nutricional:** régimen alimenticio adecuado para la edad y requerimientos del paciente. Hay que establecer el peso que debe alcanzarse y la franja de mantenimiento, de acuerdo con las tablas estandarizadas para la edad y talla del individuo.

- **Modificación de conducta:** dado que este trastorno se manifiesta básicamente por conductas encaminadas a la disminución del peso y todo lo que conlleva, es necesario establecer un plan de modificación de conductas que se llevan a cabo de forma obsesiva y se retroalimentan al ser liberadoras de ansiedad (por el temor de aumentar el peso).

- **Terapia cognitivo-conductual:** además de la modificación de la conducta y la renutrición, es necesario tener en cuenta todo aquello que perpetúa el trastorno: la insatisfacción corporal, la baja autoestima, la autoexigencia y la presión de los modelos culturales

sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.

- Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas.
- Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

- **Terapia familiar:** el acto de comer suele realizarse frecuentemente en el domicilio familiar, y los conflictos que se producen en él deben ser tratados con el fin de lograr que la familia del paciente se involucre en el tratamiento. Es necesario dotar a la familia de estrategias para afrontar los conflictos y para establecer un adecuado control de la alimentación del paciente sin generar más estresores para los miembros del domicilio. De igual forma hay que dar suficiente información a la familia para rebajar la ansiedad y la culpabilidad que suelen darse en los padres ante el trastorno de su hijo/a.

La realización de estas estrategias de tratamiento puede realizarse en el ámbito ambulatorio, pero muchas veces se tiene en cuenta la posibilidad de ingreso hospitalario, sobre todo cuando hay un deterioro físico grave o un riesgo para la vida.



# Estudio de un caso

## Datos de identificación

Marta P. tiene 15 años y estudia cuarto de ESO. Hasta el verano pasado en que fue a estudiar a Londres era una chica responsable, estudiosa y con un buen rendimiento académico. Siempre había sido un poco "redondita", pero durante su estancia en Londres empezó a restringir la comida para quitarse los kilogramos de más, que le preocupaban y le hacían sentirse poco atractiva. Cuando volvió, sus padres la encontraron más delgada, pero no le dieron demasiada importancia.

## Datos clínicos

Al empezar el curso, Marta se apuntó a un gimnasio para hacer aeróbic 5 h a la semana, evitaba utilizar el ascensor para subir a su casa, no cogía el autobús para ir al colegio aunque tuviera que levantarse una hora antes para ir caminando y seguía restringiendo la ingesta, contenta de seguir adelgazando. Paralelamente, su rendimiento mejoró aún más y se volcó en los estudios hasta el punto de no salir los fines de semana con las amigas de siempre. Pero paulatinamente, con esta mejora de su rendimiento escolar y el incremento de la actividad, también se empezaron a notar cambios en su estado de ánimo: estaba más irritable, lloraba con facilidad y se producían enfrentamientos con sus padres durante las comidas.

Actualmente mide 1,65 m y pesa 43 kg. Su madre ha detectado que hace 4 meses que no menstrua, le ha visto más pelo en el cuerpo, viste con ropa más amplia, 4 o 5 tallas más grandes de las que necesita "para disimular lo gorda que está" y ha encontrado restos de comida y un laxante escondidos en su habitación.

Marta ha empezado tratamiento ambulatorio en una unidad de psiquiatría infantil, pero sigue perdiendo peso y la conflictividad familiar ha aumentado. Aunque en la escuela sigue con un buen rendimiento, se queja de que le

cuesta concentrarse, estudia muchas horas y sus padres la han visto estudiar de pie por la noche caminando por el piso. El equipo terapéutico ha decidido ingresarla a pesar de que ella niega que le pase algo.

## Valoración de enfermería

Para la recogida de datos se ha tenido en cuenta el enfoque conceptual de Virginia Henderson, destacando aquellos datos que permiten determinar el grado de dependencia/independencia en la satisfacción de las 14 necesidades y también aquellos a tener en cuenta por aportar elementos relevantes a los problemas que presenta la paciente.

### Respiración

*Manifestaciones de dependencia:* no se observan.

### Alimentación e hidratación

*Manifestaciones de dependencia:* talla: 1,65 m; peso: 43 kg; hay una ingesta de alimentos insuficiente; sigue perdiendo peso.

Datos a considerar: su madre ha encontrado restos de comida escondidos en su habitación.

### Eliminación

*Manifestaciones de dependencia:* no menstrúa desde hace 4 meses; presenta estreñimiento, producido por un entrecimiento del tránsito intestinal y el déficit de la ingesta de alimentos y también debido al abuso de laxantes.

### Moverse y mantener posturas adecuadas

*Manifestaciones de dependencia:* exceso de ejercicio para favorecer la pérdida de peso (se ha apuntado a un gimnasio para hacer aeróbic 5 h a la semana, sube las escaleras de su casa a pie, no coge el autobús para ir al colegio); estudia de pie por la noche caminando por el piso.

### Reposo y sueño

*Manifestaciones de dependencia:* pocas horas de sueño.

### Vestirse y desnudarse

*Manifestaciones de dependencia:* utiliza ropa amplia, varias tallas mayores, para disimular la forma del cuerpo.

### Mantener la temperatura corporal

*Manifestaciones de dependencia:* no se observan.

### Higiene y protección de la piel

*Manifestaciones de dependencia:* su madre ha observado el aumento de vello en el cuerpo (lanugo).

### Seguridad

*Manifestaciones de dependencia:* aumento de la ansiedad, la irritabilidad y la conflictividad familiar; no sigue el tratamiento prescrito al no tener conciencia de enfermedad.

### Comunicación

*Manifestaciones de dependencia:* ha dejado de salir con sus amigas, se aísla en casa; está más triste, llora con facilidad; cada vez hay más conflictos con la familia, que giran en torno a la ingesta y a pensamientos recurrentes; pensamientos recurrentes sobre el peso y la imagen.

### Actuar según sus creencias y valores

*Manifestaciones de dependencia:* tiene la creencia de que está gorda.

### Autorrealizarse

*Manifestaciones de dependencia:* insatisfacción con su propio cuerpo. Se siente gorda y poco atractiva.

### Actividades lúdicas

*Manifestaciones de dependencia:* poca participación en actividades lúdicas debido a anhedonia, a los cambios en el estado de ánimo; dificultad de distraerse debido a que su centro de interés está focalizado en la autoimagen y la ingesta y a un estado ansioso que le impide disfrutar.

### Adquirir conocimientos

*Manifestaciones de dependencia:* dificultades de concentración en el estudio, a pesar de que estudia muchas horas.

## **Análisis de los datos e identificación de problemas**

El análisis y síntesis de los datos recogidos en la valoración permite identificar los problemas de salud. De estos datos destacamos la disminución importante de la ingesta, con un peso muy inferior al adecuado para su edad y constitución (el IMC de Marta es de 15,7, cuando el mínimo tolerable sería de 17,5; está 5 kg por debajo de ese punto). También una percepción inadecuada de su propia imagen corporal y problemas relacionales, un aumento de los conflictos con su familia y un aislamiento progresivo de sus compañeros además de la negación de los problemas que presenta.

La definición de los problemas de dependencia nos va ayudar a identificar las etiquetas diagnósticas

De estos diagnósticos identificados, priorizamos la hipótesis diagnóstica de “desequilibrio nutricional por defecto”, basándonos en los datos recogidos en la valoración respecto a las manifestaciones de dependencia, que se ajustan a la definición de este diagnóstico enfermero y a las características definitorias que tiene en cuenta.

Otro elemento que nos inclina a considerarlo el problema principal es la evidencia clínica, respecto a los trastornos de la alimentación, de que la disminución de la ingesta supone un riesgo para la vida, y por las consecuencias a corto y a largo plazo que pueden derivarse, dada la etapa del ciclo vital de estas pacientes, como la amenorrea y/o la desmineralización ósea., el mayor riesgo de osteopenia (disminución

ideal; informe de ingesta inferior a las cantidades recomendadas; informe de evidencia de falta de alimentos; conceptos erróneos; aversión a comer. La causa de dificultad estaría relacionada en este caso con la falta de fuerza psicológica (motivación) para modificar sus cogniciones y conductas y con la falta de conocimientos para manejar la situación.

## **Objetivos (criterios de resultado)**

Para la formulación de los objetivos, tendremos en cuenta la clasificación de resultados del NOC y los indicadores que describe para la valoración inicial y final, lo que permite detectar el estado de la paciente después de la intervención enfermera y medir y comparar con el período inicial.

**Marta P. tiene 15 años y estudia cuarto de ESO. Al empezar el curso, Marta se apuntó a un gimnasio para hacer aeróbic durante 5 h a la semana, evitaba utilizar el ascensor, no cogía el autobús para ir al colegio, iba caminando y seguía restringiendo la ingesta. Paralelamente, su rendimiento mejoró aún más y se volcó en los estudios, hasta el punto de no salir los fines de semana con las amigas de siempre. Pero paulatinamente, con esta mejora de su rendimiento escolar y el incremento de la actividad, también se empezaron a notar cambios en su estado de ánimo: estaba más irritable, lloraba con facilidad y se producían enfrentamientos con sus padres durante las comidas.**

y las características definitorias que los confirmen a partir de los datos de dependencia.

La interacción de las manifestaciones de dependencia identificadas en la valoración nos permite deducir los siguientes problemas de salud: la desadecuación en la nutrición, evidenciada por la pérdida de peso, amenorrea, etc., la negación de su problema y la distorsión de la imagen corporal y, por tanto, nos permite realizar las siguientes hipótesis diagnósticas, según la taxonomía de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association):

- Desequilibrio nutricional por defecto.
- Trastorno de la imagen corporal.
- No seguimiento del tratamiento.
- Interrupción de los procesos familiares.

del tejido óseo) u osteoporosis (pérdida ósea).

En cuanto a los otros problemas detectados, como el “trastorno de la imagen corporal” o dismorfofobia, consideramos que es un problema de colaboración a tratar conjuntamente con el equipo asistencial (psiquiatra, psicólogo y enfermero) y a tratar paralelamente pero sobre todo cuando se hubiera logrado la estabilización del peso.

## **Diagnóstico enfermero**

*Desequilibrio nutricional por defecto.*

Relacionado con factores psicológicos inherentes a los trastornos de la conducta alimentaria (cogniciones distorsionadas respecto al propio cuerpo, ansiedad ante los alimentos) y manifestado por: peso corporal inferior en un 20% o más del peso

Entre los objetivos o criterios de resultado a tener en cuenta durante el ingreso de Marta en la unidad de psiquiatría y como criterio para planificar el alta hemos elegido:

*Control de peso.* Definido en el NOC como las acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud.

Escogemos este indicador de resultado, tanto por la bibliografía referenciada en el NOC, en la que cita entre sus referencias bibliográficas, los trastornos de la alimentación como por la evidencia clínica del tratamiento de la anorexia, en que el aumento del peso, constituye el elemento prioritario para plantear el alta y por tanto para la elección del tratamiento.

El control del peso, como resultado esperado, tiene en cuenta una perspectiva más amplia que el mero



control del peso, ya que describe "actitudes, comprensión y acciones respecto a la salud y a la enfermedad".

Al ingreso de Marta, evaluamos los siguientes indicadores incluidos en el "control de peso" (NOC), dado que son los que presentan menor coherencia conductual o se hallan más comprometidos: ingesta calórica diaria óptima; equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica; patrón alimentario recomendado; preocupación por la comida; preocupación por el peso; imagen corporal realista; progreso hacia el peso objetivo.

### Intervenciones de enfermería

Entre las intervenciones sugeridas para modificar los problemas detectados, elegimos "manejo de los trastornos de la alimentación", por ser específica para el tratamiento de este trastorno, ya que contempla actividades no tan sólo encaminadas a la modificación de la ingesta, sino otros problemas de salud incluidos

- Determinar la ingesta calórica diaria necesaria para conseguir el peso marcado como objetivo.
- Vigilar los parámetros fisiológicos (signos vitales y valores de electrolitos).
- Pesarse diariamente a la misma hora.
- Observar a la paciente durante y después de las comidas para asegurarse que se consigue y se mantiene la ingesta adecuada.
- Acompañarla al baño durante los momentos de observación establecidos después de las comidas.
- Utilizar técnicas de modificación de conducta para promover la ganancia de peso y para limitar la pérdida de peso.
- Proporcionar apoyo (p. ej., terapia de relajación, ejercicios de desensibilización y oportunidades de hablar de los sentimientos) a medida que incorpore nuevas conductas de alimentación, cambie su imagen corporal y su estilo de vida.
- Animarla a que lleve anotaciones diarias, en las que registre sus sentimientos, así como las

**Marta ha empezado tratamiento ambulatorio en una unidad de psiquiatría infantil, pero sigue perdiendo peso y la conflictividad familiar ha aumentado. Aunque en la escuela sigue con un buen rendimiento, se queja de que le cuesta concentrarse, estudia muchas horas y sus padres la han visto estudiar de pie por la noche caminando por el piso. El equipo terapéutico ha decidido ingresarla a pesar de que ella niega que le pase algo.**

en este trastorno, tales como relajación, modificación de conducta, apoyo a la familia, entre otras, por lo que no consideramos necesario citarlas como intervenciones separadas (McCloskey y Bulechek 2000).

Manejo de los trastornos de la alimentación (1030), definida como: la prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, los ejercicios en exceso y purga de alimentos y líquidos.


### Actividades

- Establecer un peso señalado como objetivo y la ganancia de peso diario (unos 150 g al día).

circunstancias del entorno que le llevan a purgarse o hacer ejercicio en exceso.

- Limitar la actividad física, para promover la ganancia de peso.
- Ayudar a Marta y a su familia a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de la alimentación.
- Ayudarle a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano.
- Iniciar la fase de mantenimiento del tratamiento cuando haya conseguido el peso marcado como objetivo y haya mostrado conductas de alimentación deseadas durante el tiempo establecido.

### Evaluación

La evaluación de estos indicadores de resultado, debería continuarse a lo largo del tratamiento para ver las modificaciones que se producen hacia el objetivo deseado y así poder planificar el alta. 

### BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Berrocal Pérez B. Bulimia nerviosa. Un trastorno alimentario. *Enfermería Científica* 1996;172-73:42-7.
- Construction and validation of a body image rating scale: a preliminary study. *Journal Nursing Terminology Classification* 2002;13:117-26.
- García Grande S, Pastor Agudo R, Puche Tagores E. Modificación de hábitos alimentarios. *Metas de Enfermería* 1998;10:15-9.
- Gismero González E. Habilidades sociales y anorexia nerviosa. Barcelona: UPC, 1996.
- Gómez P. Anorexia nerviosa. La prevención en familia. Madrid: Pirámide, 1996.
- Holyoake DD, Jenkins M. Advanced nursing interventions for eating disorders; *British Journal of Nursing* 1998;7:596-600.
- Jhonson M, Maas M, Moorhead S. NOC. Clasificación de resultados de Enfermería. Barcelona: Mosby, 2000; p. 197-8.
- Kindelan Recarte C, Morande Lavin G. Anorexia nerviosa. Protocolos de enfermería. *Enfermería Científica* 1995;154-5:59-62.
- Kirtsman D, Salgueiro MC. El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario. Barcelona: TEA, 2002.
- Lucero et al (1999) *Psychology*.
- McCloskey J, Bulechek GM. NIC Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Barcelona: Ed. Mosby, 2000.
- McFarland GK, Wasly EL, Gerety EK. *Nursing diagnoses and Process in Psychiatric Mental Health Nursing*. 3.ª ed. New York: Lippincott NY, 1997.
- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002*. Barcelona: Harcourt, 2001.
- Olalla García-Camba E. *Avances en trastornos de la conducta*. Barcelona: Masson, 2001.
- Poyato Domínguez JL, Poyato Domínguez M, Sánchez Espejo MM, Cañete Estrada R. Estudio de la población de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Española de Pediatría* 2002;58:382-8.
- Raich RM. *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide, 1994.
- Sparks SM, Taylor CM. *Nursing Diagnosis Reference Manual. Psychiatric Nursing Care Plans*. 5.ª ed. Springhouse 2001.
- Tannenhaus N, Madrueno FJ. *Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica*. Barcelona: Díaz de Santos, 2003.
- Toro J. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel, 1996.
- Toro J, Vilardell E. *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- Turón Gil JV. *Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson, 1997.
- Vallejo J. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. 4.ª ed. Barcelona: Masson, 2001.