

ANOREXIA NERVIOSA: PATRONES FUNCIONALES Y RELACIÓN DE AYUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

AMAGOIA JIMÉNEZ ZUBIZARRETA¹,
AMAIA MADARIAGA GABILONDO²,
SONIA BENAIGES BLANCH³
E IGONE ZUBIZARRETA URCELAY⁴

¹Enfermera interna residente de salud mental. Hospital Clínic de Barcelona.

²Enfermera interna residente de salud mental. Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).

³Enfermera especialista en salud mental. Hospital Clínic de Barcelona.

⁴Enfermera especialista en familia y comunitaria. Centro de salud Aranzabizkarra I. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).



RESUMEN DEL CASO

Se presenta el caso clínico de una adolescente de 14 años de edad que ingresa por primera vez en la unidad de hospitalización de psiquiatría infantojuvenil por restricción alimentaria, conductas compensatorias y autolesiones asociadas.

El objetivo es elaborar un plan de cuidados individualizado de una persona con anorexia nerviosa a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon y basándose en la relación de ayuda de Hildegard Peplau.

Se realizó una valoración de enfermería siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon, identificando de esta manera los diagnósticos enfermeros «trastorno de la imagen corporal [00118]», «desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales [00002]», «insomnio [00095]» y «ansiedad [00146]», en los que se trabaja y se elabora un plan de cuidados individualizado mediante la taxonomía NANDA, la clasificación de los resultados de enfermería (NOC) y la clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC).

Palabras clave: trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos, enfermería, atención en enfermería, modelos de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos psiquiátricos con origen multifactorial, que presentan altas tasas de morbilidad y una gran prevalencia entre jóvenes y adolescentes en los países desarrollados. Consisten en un grupo de afecciones en las cuales se dan creencias negativas sobre la comida, la distorsión corporal y el peso, y se acompañan de conductas que pueden incluir restricción de la ingesta, atracones, realización excesiva de ejercicio, provocación del vómito o el uso de laxantes¹. Según la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V), se describen diferentes tipos de TCA, de los cuales los más conocidos y prevalentes son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón². La incidencia de estos trastornos ha aumentado en los últimos años, sobre todo, tras la pandemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) debido a la disrupción de las rutinas y a un aislamiento social en la población general; las edades de presentación son cada vez más tempranas, con una población predominantemente femenina, y una prevalencia del 4 % en cuanto a la AN en mujeres, frente al 0,3 % en hombres³.

En general, este trastorno se caracteriza por alteraciones en la conducta alimentaria, pero tras de sí se esconden numerosos rasgos, conductas o trastornos de personalidad del *cluster B* —especialmente, de tipo límite—, adquiriendo una grave repercusión que afecta a la esfera personal, laboral, familiar, social y económica. Además, comportan una importante morbilidad asociada a frecuentes recaídas con tendencia a la cronicidad^{4,5}. Es por ello por lo que resulta imprescindible una detección precoz junto

con una buena valoración multidisciplinaria para ayudar a mejorar el curso de la enfermedad. Además, proporcionar cuidados de calidad de la manera más efectiva y eficiente es uno de los objetivos de la enfermería. Para ello, se trabaja para encontrar los marcos conceptuales más adecuados mediante los cuales llevar a cabo la práctica y, por tanto, ayudar al paciente a recuperar la salud. En enfermería de salud mental, el modelo de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau es el modelo que mejor ayuda a desempeñar el rol profesional en toda su amplitud, dado que permite comprender diversos aspectos de la relación enfermera-paciente y ofrecer directrices para la intervención. La enfermera debe saber reconocer las fases de la evolución del paciente, así como los cuidados que precisa cada individuo. A tal efecto, se proponen distintos puntos referentes a las necesidades humanas para poder prestar unos cuidados de calidad; lo que ocurre cuando no se satisfacen dichas necesidades y cómo demostrar que se han satisfecho⁶⁻⁸.

Debido a la necesidad de tener un registro riguroso y una valoración enfermera adecuada y adaptada al método científico, se considera que el modelo de enfermería que más se adecua a este tipo de pacientes es el basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon^{6,8}.

El objetivo del presente artículo es describir un caso clínico de una persona con AN y elaborar un plan de cuidados individualizado a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon y basándose en la relación de ayuda de Hildegard Peplau.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 14 años que es derivada desde el programa de TCA de consultas externas a la unidad de psiquiatría infantojuvenil de un hospital terciario por empeoramiento de síntomas alimentarios y

Correspondencia: Amagoia Jiménez Zubizarreta
Correo electrónico: AMJIMENEZ@clinic.cat

conductas autolesivas. Pese al seguimiento de un mes de duración en el hospital de día de TCA, presenta empeoramiento de la sintomatología en forma de restricción alimentaria y conductas compensatorias (ejercicio físico) y purgativas (vómitos), además de labilidad emocional, sentimientos de desesperanza y minusvalía. Ingresa en sala de hospitalización para la contención del riesgo autolítico y la mejoría de los síntomas alimentarios; la recuperación ponderal del peso y la estabilización del índice de masa corporal (IMC). Para ello, se trabaja en la percepción de la imagen corporal, la gestión de las emociones y la ansiedad, y la actitud ante la comida. A estos efectos, cabe destacar la importancia de una buena relación terapéutica basada en la confianza, el respeto y el apoyo emocional.

Antecedentes personales

Menor de una fratría de dos. Cursa tercero de la Educación Secundaria Obligatoria, con buen rendimiento académico. No presenta alergias medicamentosas conocidas. Niega antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Antecedentes familiares de interés

Familiar de primer grado con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y familiar de segundo grado con trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor que precisó ingreso hospitalario.

Evolución de la enfermedad

En seguimiento por psicología a nivel privado desde los 12 años de edad, con diagnóstico de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada. Inicia vinculación con el centro de salud mental infantoju-

venil, quienes derivan a la usuaria al hospital de día de TCA por agravamiento de clínica compatible con AN, donde permanece ingresada durante un mes previo al ingreso en el servicio de hospitalización de psiquiatría infantojuvenil. No ha precisado ingresos previos en sala de hospitalización.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se lleva a cabo la valoración enfermera a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon, basándose en la relación de ayuda de Hildegard Peplau^{6,8} y empleando como herramientas la observación y la entrevista tanto a la paciente como a la familia (tabla 1).

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Los diagnósticos de enfermería se formulan a través de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), estableciendo, a su vez, una clasificación de los objetivos o resultados NOC (Nursing Outcomes Classification), junto con las intervenciones de enfermería NIC (Nursing Intervention Classification), y se recogen en el plan de cuidados individualizado de la tabla 2 mediante la utilización de la plataforma *online* NNNConsult⁹. Los resultados son medidos mediante diversos indicadores acompañados de tres mediciones: puntuación al ingreso (PI), puntuación deseada (PD) y puntuación alcanzada (PA), cuantificadas mediante una escala de tipo Likert.

A continuación, se define un plan de cuidados elaborado a partir de los diagnósticos de enfermería identificados tras la valoración realizada.

Tabla 1. Valoración enfermera a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon

Percepción de la salud	• Cogniciones anorexígenas; restricción alimentaria progresiva con vómitos asociados (tres veces al día) y aumento de ejercicio físico. • Presencia de autolesiones en el contexto de aumento de ansiedad relacionado con clínica de TCA (miedo al aumento ponderal). • Pérdida de actividades e intereses, aunque capacidad hedónica mantenida (se interesa por si podrá ir de viaje). <i>Insight</i> parcial. • Sin alergias medicamentosas conocidas. • Sin hábitos tóxicos: ni alcohol, ni tabaco.
Nutricional/metabólico	• Realiza cinco comidas al día, aunque precisa suplemento nutricional ocasional por ingestas disminuidas. • IMC: 18,3 kg/m² (fluctuaciones en el peso). Talla: 173 cm. Peso: 54,7 kg. • Alteración en la integridad tisular: numerosas autolesiones realizadas con finalidad ansiolítica. Piel normocoloreada e hidratada. • Escala de Braden (riesgo de desarrollar úlcera por presión) revalorada cada cinco días: 21-22 (sin riesgo).
Eliminación	• Ritmo deposicional conservado. No presenta alteraciones en la eliminación. Continente.
Actividad/ejercicio	• Autónoma para las actividades básicas de la vida diaria.
Sueño/descanso	• Insomnio de conciliación.
Cognitivo/perceptivo	• Cursa tercero de la ESO; muy buen rendimiento académico. Problemas para mantener la concentración. No presenta alteraciones del lenguaje, no muestra alteraciones en el contenido del pensamiento ni en el curso. Sin alteraciones sensorio-perceptivas. Consciente y orientada en las tres esferas (auto- y alopsíquicamente).
Autopercepción/autoconcepto	• Labilidad emocional, sentimientos de desesperanza y minusvalía. Ánimo poco reactivo, hipotimia subjetiva y objetiva. Anestesia afectiva. • Distorsión de la imagen corporal. Síntomas de despersonalización-desrealización.
Rol/relaciones	• Reside en el domicilio familiar junto a su hermana y padres. Buena relación familiar. • Habla de proyectos al alta como apuntarse a un curso de coreano, practicar voleibol, dedicarse al diseño de edificios y de decoración.
Sexualidad/reproducción	• <i>Spotting</i> ocasional.
Adaptación/tolerancia al estrés	• Sensación habitual de estrés. Autolesiones en el contexto de aumento de ansiedad.
Valores/creencias	• Planes de futuro a corto-medio plazo; sin planes a largo plazo.

ESO: Educación Secundaria Obligatoria; IMC: índice de masa corporal; TCA: trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla 2. Plan de cuidados individualizado

NANDA	[00118] Trastorno de la imagen corporal r/c conciencia corporal y baja autoestima, m/p comparación constante de uno mismo con los demás y ansiedad social. DOMINIO: 6 Autopercepción; CLASE: 3 Imagen corporal; NECESIDAD: 12 Trabajar/realizarse; PATRÓN: 7 Autopercepción-autoconcepto.	
NOC	[1200] Imagen corporal. Indicadores: [120002] Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal. [120005] Satisfacción con el aspecto corporal.	PI: 1; PD: 5; PA: 4 PI: 1; PD: 5; PA: 4
NIC	[1030] Manejo de los trastornos de la alimentación. Actividades: - Desarrollar una relación de apoyo con la paciente. - Vigilar la ingesta diaria. - Establecer un pacto con la paciente para conseguir conductas de ganancia o mantenimiento de peso deseadas. [5270] Apoyo emocional. Actividades: - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Ayudar a la paciente a reconocer y expresar sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. - Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. [4920] Escucha activa. Actividades: - Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. - Escuchar los mensajes y sentimientos no expresados y, además, atender al contenido de la conversación. - Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.	
NANDA	[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c aporte nutricional inadecuado, m/p ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y peso corporal por debajo del rango ideal de peso según edad y sexo. DOMINIO: 2 Nutrición; CLASE: 1 Ingestión; NECESIDAD: 2 Comer y beber; PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico.	
NOC	[1411] Autocontrol del trastorno de la alimentación. Indicadores: [141103] Establece objetivos de ganancia de peso alcanzables. [141106] Mantiene el progreso hacia un peso diana. [141112] Verbaliza el deseo de disminuir las conductas de alimentación desadaptativas. [141127] Expresa determinación para recuperarse del trastorno de la alimentación.	PI: 1; PD: 5; PA: 4 PI: 1; PD: 5; PA: 4 PI: 1; PD: 5; PA: 4 PI: 1; PD: 5; PA: 4

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados individualizado (continuación)

NIC	[1240] Ayuda para ganar peso. Actividades: - Analizar con la paciente la percepción de los factores que interfieren en la capacidad o el deseo de comer. [1030] Manejo de los trastornos de la alimentación. Actividades: - Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento, implicar a los padres. [8880] Monitorización de los signos vitales. Actividades: - Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. [1260] Manejo del peso. Actividades: - Realizar pesaje según lo establecido en su pauta terapéutica.	
NANDA	[00095] Insomnio r/c ansiedad, m/p alteración del estado anímico, dificultad para conciliar y expresa insatisfacción con el sueño. DOMINIO: 4 Actividad/reposo; CLASE: 1 Sueño/reposo; NECESIDAD: 5 Reposo/sueño; PATRÓN: 5 Sueño-reposo.	
NOC	[0004] Sueño. Indicadores: [421] Dificultad para conciliar el sueño. [404] Calidad del sueño. [417] Dependencia de las ayudas para dormir.	PI: 3; PD: 5; PA: 5 PI: 3; PD: 5; PA: 4 PI: 3; PD: 5; PA: 4
NIC	[1850] Mejorar el sueño. Actividades: - Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño de la paciente. - Comprobar el patrón de sueño de la paciente y observar las circunstancias biopsicosociales que interrumpen el sueño. - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. [5880] Técnica de relajación. Actividades: - Transmitir a la paciente garantía de su seguridad personal. - Permanecer con la paciente. - Sentarse y hablar con la paciente. [2300] Administración de medicación.	
NANDA	[00146] Ansiedad r/c estresores, m/p anorexia, alteración del ciclo sueño-vigilia, autolesiones e inseguridad. DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés; CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento; NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad; PATRÓN: 7 Autopercepción-autoconcepto.	
NOC	[1211] Nivel de ansiedad. Indicadores: [121134] Exceso de preocupación. [121101] Desasosiego. [121108] Irritabilidad.	PI: 1; PD: 5; PA: 3 PI: 1; PD: 5; PA: 4 PI: 1; PD: 5; PA: 4

Continúa

Tabla 2. Plan de cuidados individualizado (continuación)

NIC	[5820] Disminución de la ansiedad. Actividades:
	• Escuchar con atención. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
	[4354] Manejo de la conducta: autolesión. Actividades:
	• Anticipar situaciones desencadenantes que puedan provocar autolesiones e intervenir para prevenirlas. • Ayudar a la paciente a identificar estrategias de afrontamiento más apropiadas y sus consecuencias. • Explicar y reforzar las conductas efectivas para afrontar la situación y expresar adecuadamente los sentimientos.
	[5230] Mejorar el afrontamiento. Actividades:
	• Valorar la comprensión de la paciente del proceso de enfermedad. • Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.

m/p: manifestado por; NANDA: diagnósticos de enfermería (North American Nursing Diagnosis Association); NIC: intervenciones de enfermería (Nursing Intervention Classification); NOC: criterios de resultados de enfermería (Nursing Outcomes Classification); PA: puntuación al alta; PD: puntuación deseada; PI: puntuación al ingreso; r/c: relacionado con.
Escala de tipo Likert: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado).

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Desde el primer día, la paciente se compromete a cumplir el plan terapéutico establecido y completar las ingestas para, así, poder mantener los privilegios de visitas y ampliar los horarios de salida. Para trabajar en ello, lo primordial ha sido desarrollar una relación de apoyo y ayuda, y crear un buen vínculo terapéutico con la paciente. Se ha analizado junto a ella la percepción de los factores que interfieren en la capacidad o el deseo de comer, trabajando multidisciplinariamente junto a ella y su familia. Asimismo, se le acompaña para poder anticipar situaciones desencadenantes que puedan provocar autolesiones e intervenir para prevenirlas, ayudando en la identificación de estrategias de afrontamiento más apropiadas y en la detección de sus consecuencias.

Además, se explican y se refuerzan las conductas efectivas para afrontar la situación y expresar adecuadamente los sentimientos.

Por ende, durante las primeras semanas, se mantuvo cumplidora, pero aislada parcialmente de los demás usuarios de la unidad, relacionándose selectivamente con ellos. Ocasionalmente, presentó episodios aislados de ansiedad que precisaron soporte emocional, con el objetivo de favorecer la ventilación y evitar conductas autolesivas como método de afrontamiento. Progresivamente y conforme pasan los días, se consigue una disminución de las cogniciones anorexígenas, junto a reducción de la ansiedad. Además, gracias al soporte familiar externo, tras dos meses y medio de ingreso, se consigue derivar a la paciente al hospital de día de TCA para consolidar los objetivos fijados y continuar con las pautas establecidas.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Debido a que los TCA comportan una importante morbilidad asociada a frecuentes recaídas, es imprescindible la detección precoz junto a una buena valoración multidisciplinaria para ayudar a mejorar el transcurso de la enfermedad. Asimismo, llevar a cabo el proceso de enfermería contando con un registro de valoración y de recogida de datos riguroso, adaptado al modelo enfermero y al método científico, ayuda a la aplicación más estructurada y adecuada de los cuidados de enfermería a las necesidades individuales de cada paciente. Además, debido a la alta complejidad y especificidad, se plantea la necesidad de una atención especializada e individualizada por parte de los profesionales sanitarios. Para ello, es fundamental trabajar de acuerdo con el modelo de enfermería de Hildegard Peplau, basándose en la relación de ayuda enfermera-paciente; ayudando a los pacientes a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento con objeto de promocionar la salud, trabajando con y para ellos y conseguir de esta manera cambios a través de cuidados integrales. A tal efecto, es imprescindible incidir en el manejo de las emociones y la gestión de estas, favorecer la ventilación emocional y trabajar en conductas y habilidades para la resolución de problemas.

Durante el ingreso, uno de los principales objetivos fue la recuperación ponderal y la estabilización del IMC. Para ello, se trabajó en la percepción de la imagen corporal, la actitud y la ansiedad ante la comida y la consciencia de enfermedad.

En este sentido y basándose en el modelo enfermero mencionado previamente, se conciben los cuidados administrados a los pacientes como un tipo de cuidados evolutivos en los que las relaciones de confianza constituyen la base para conseguir resultados satisfactorios.

Por lo tanto, la enfermería proporciona apoyo para que el paciente alcance su máximo potencial y funcione independientemente dentro de la sociedad. Además, cabe destacar que centrarse en un modelo enmarca mejor la práctica enfermera y da más seguridad y satisfacción al profesional, lo que, a su vez, revierte en el bienestar del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arija Val V, Santi Cano MJ, Novalbos Ruiz JP, Canals J, Rodríguez Martín A. Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutr Hosp.* 2022;39(Spec No2):8-15.
2. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014.
3. Minano-Garrido EJ, Catalán-Matamoros D, Gómez-Conesa A. Anorexia nerviosa tras la pandemia de COVID-19. Nuevos retos para la fisioterapia. *Fisioterapia.* 2023;45(2): 71-3.
4. Moreno Redondo FJ, Benítez Brito N, Pinto Robayna B, Ramallo Fariña Y, Díaz Flores C. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2019;23(Supl. 1): 130-1.
5. Puerta Ordóñez MD, Villaverde López Domínguez M, Herrera Alcalá AI. Práctica de ejercicio físico en los trastornos de la imagen corporal. En: Alcaraz Ibáñez M, Carrasco Poyatos M, Espinosa Villegas JG, Granero Gallegos A, Lirola Manzano MJ, Martín Fuentes I, et al. (coords.). BIAH 2018. International Congress of Body Image & Health 6, 7 y 8 de junio de 2018: Libro de actas. La Cañada: Editorial Universidad de Almería; 2019. p. 242.
6. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1992.
7. Herrera Arce A, Betolaza López de Gámiz E, Murua Navarro F, Martínez H, Jiménez-Lerma JM. Enfermería en adicciones: el modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Trastor Adict.* 2003;5(2):58-74.
8. Herrera Arce A, Betolaza López de Gámiz E, Murua Navarro F, Jiménez Zubizarreta A. La enfermería interpersonal en patología dual a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon. En: Bobes García J, Casas Brugué M, Gutiérrez Fraile M (eds.). Manual de trastornos adictivos. 3ª ed. España; 2020. p. 647-54.
9. NNNConsult. Elsevier; 2022. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>