



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA EN
PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA, EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION “SALVADOR
ZUBIRAN”, EN MEXICO, DF.**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

PRESENTA

KARLA CECILIA PÉREZ GONZÁLEZ

CON ASESORIA DE LA

DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO



MEXICO, DF.

NOVIEMBRE DEL 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis padres: Juan Carlos Pérez Gayosso, Y Beatriz González Cejudo, por haberme inculcado los principios de la superación personal y profesional con amor, con lo que ha sido posible guiar mi camino

A mis hermanos: Brandon Ivan y Lourdes Sarahí Pérez González, por su apoyo incondicional en mi trayectoria profesional y en el cumplimiento de esta meta, como Licenciada en enfermería

A mi novio Francisco de Jesús Rivera Torres porque gracias a su amor y comprensión hasta en los momentos difíciles, he podido culminar la Licenciatura de Enfermería, con éxito.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lasty Balseiro Almario, asesora de ésta Tesina por las enseñanzas recibidas de Metodología de la investigación y corrección de estilo, que hicieron posible la culminación exitosa de este trabajo

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por todas las enseñanzas de la Licenciatura en enfermería con lo que fue posible obtener los aprendizajes significativos, de sus excelentes maestros

Al personal de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, por haberme brindado la oportunidad de realizar y brindar cuidados de enfermería con calidad a los pacientes.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
<u>1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESINA.....</u>	<u>3</u>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.....	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.....	6
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA.....	7
1.5 OBJETIVOS.....	8
1.5.1 General.....	8
1.5.2 Específicos.....	8
<u>2 .MARCO TEORICO.....</u>	<u>9</u>
2.1 ANOREXIA NERVIOSA.....	9
2.1.1 Conceptos básicos.....	9
- De anorexia nerviosa.....	9
2.1.2. Antecedentes de Anorexia Nerviosa.....	10
- En la antigüedad.....	10
• Primeros reportes.....	11
- En la modernidad.....	13
- En la actualidad.....	14
2.1.3 Etiología en la Anorexia Nerviosa.....	15
- Factores biológicas.....	16

• Hormonales y neurotransmisores	16
• Edad y género	17
- Causas psicológicas.....	19
• Personalidad	19
• Familia.....	20
- Causas sociales	21
• Presión social	21
• Medios de comunicación	22
2.1.4 Epidemiología de Anorexia Nerviosa	23
- En el mundo.....	23
- En Europa	24
- En USA	25
- En México.....	25
2.1.5 Clasificación de Anorexia Nerviosa.....	26
- Tipo restrictivo	26
- Tipo purgativo/compulsivo	26
2.1.6 Fases del desarrollo de la Anorexia Nerviosa...27	
• Prodrómica.....	27
• De inicio.....	27
• De estado.....	28
2.1.7. Sintomatología de la Anorexia Nerviosa	29
- Físicos	29
- Psicológicos.....	30
- Sociales	31

2.1.8 Complicaciones de la Anorexia Nerviosa	31
- Físicas	31
• Cardiovasculares	31
• Renales	32
• Digestivas	32
• Endocrinas	33
2.1.9. Diagnostico de Anorexia Nerviosa.....	34
- Medico	34
• Valoración	34
• Anamnesis.....	35
- De laboratorio	36
• Biometría hemática.....	36
• Pruebas de funcionamiento hepático.....	37
a) Fosfatasa alcalina	37
b) Dehidrogenasa láctica	38
• Electrolitos séricos.....	38
a) Sodio.....	38
b) Potasio	39
c) Cloro	39
d) Bicarbonato.....	40
- Gabinete	40
• Electrocardiograma	40
• Ecocardiograma.....	41
• Densitometria osea.....	41
- Diferencial.....	42

2.1.10.Tratamiento de Anorexia nerviosa	42
- Médico	42
• Dieta.....	43
- Farmacológico	44
• Antipsicóticos	45
• Ansiolíticos	47
• Antidepresivos.....	47
- Psicológico y social.....	48
•Terapia grupal	48
a) De alimentación	49
b) De nutrición.....	49
c) De cocina	50
d) De temática.....	50
e) De habilidades sociales.....	51
f) De imagen corporal.....	51
g) De expresión artística.	52
3. <u>INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA DE ENFERMERIA EN</u> <u>PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA.....</u>	52
3.1 EN LA PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA.....	52
- Vigilar los signos de alarma.....	52
- Llevar un registro del peso	53
- Vigilar cambios en la personalidad	54
- Vigilar cambios hormonales.....	55
- Valorar grado de la enfermedad	56
- Vigilar crisis depresivas y de ansiedad	57

3.2 EN LA ATENCIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA	58
- Vigilar signos vitales	58
- Vigilar el estado de nutrición	59
- Vigilar el estado hidroelectrolítico del paciente.....	61
- Controlar la ingesta farmacológica.....	61
- Controlar el peso de acuerdo a la edad y talla ..	62
- Controlar los cuadros de ansiedad	63
3.3 EN LA REHABILITACIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA.....	64
- Evitar recaídas	64
- Proporcionar educación alimenticia	65
- Programar citas posteriores	66
- Vigilar el estado de ánimo.....	67
4. <u>METODOLOGIA</u>	68
4.1 VARIABLES E INDICADORES	68
4.1.1 Dependiente: ANOREXIA NERVIOSA.....	68
- Indicadores en anorexia nerviosa	
- En la prevención.....	68
- En la atención.....	68
- En la rehabilitación	68
4.1.2 Definición Operacional.....	69
4.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.....	75

4.2 TIPO Y DISEÑO DE TESINA	76
4.2.1 Tipo	76
4.2.2 Diseño	77
4.3 TECNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADAS	78
4.3.1 Fichas de trabajo	78
4.3.2 Observación.....	78
5. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	79
5.1 CONCLUSIONES	79
5.2 RECOMENDACIONES.....	83
6. <u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	88
7. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	101
8. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	114

INDICE DE ANEXOS Y APENDICES

	Pag.
ANEXO N° 1: MECANISMOS DE ACCIÓN DE LA LEPTINA.....	90
ANEXO N°2: INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA ANOREXIA.....	91
ANEXO N°3: SINTOMAS DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA.....	92
ANEXO N°4: SINTOMATOLOGÍA DE LA ANOREXIA NERVIOSA.....	93
ANEXO N°5: GUÍA ALIMENTICIA EN LA ANOREXIA NERVIOSA.....	94
ANEXO N°6: CRITERIOS DIAGNOSTICOS EN LA ANOREXIA NERVIOSA.....	95

ANEXO N°7: CRITERIOS PARA INTERNAMIENTO HOSPITALARIO EN LA ANOREXIA NERVIOSA.....	96
ANEXO N°8: TEST PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA.....	97
ANEXO N°9: SIGNOS DE ALARMA EN ANOREXIA NERVIOSA.....	98
ANEXO N°10: CIFRAS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO.....	99
APENDICE N°1: FACHADA DEL INSTITUTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRÁN”	100

INTRODUCCIÓN

La presente tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de la Licenciada en Enfermería en pacientes con Anorexia Nerviosa, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, en México, DF.

Para realizar esta investigación documental se ha desarrollado la misma en ocho importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de la tesina, que incluye los siguientes apartados: Descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos, general y específicos.

En el segundo y tercer capítulo se ubican el Marco teórico de la variable Anorexia nerviosa y las intervenciones de la licenciada en Enfermería en pacientes con Anorexia nerviosa a partir del estudio y análisis de la información necesaria que apoyan el problema y los objetivos de ésta investigación documental

En el cuarto capítulo se muestra la Metodología empleada con la variable Intervenciones de la Licenciada en Enfermería en pacientes con Anorexia nerviosa así como también los indicadores de ésta variable, la definición operacional de la misma y el modelo de la relación de la influencia. Forma parte de este capítulo el tipo y diseño de la Tesina, así como también las técnicas e instrumentos de investigación utilizadas, entre los que están: las fichas de trabajo y la observación

Finaliza ésta Tesina con las Conclusiones y recomendaciones, los anexos apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas, que están ubicadas en los capítulos: quinto, sexto y octavo, respectivamente

Es de esperarse que al culminar ésta Tesina se puede contar de manera clara con las Intervenciones de la licenciada en enfermería para proporcionar los cuidados necesarios a los pacientes con Anorexia nerviosa.

1.FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESINA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, fue inaugurado el 12 de octubre de 1946 bajo el nombre de Hospital de enfermedades de la nutrición¹. Más tarde en 1970, el hospital se cambia a sus nuevas instalaciones en el sur de la ciudad, conservando un número similar de camas y aprovechando la situación para aumentar y formalizar los servicios médicos que otorga, constituyéndolos en departamentos de diversas especialidades, todos muy activos en enseñanza e investigación para 1980 el Dr. Salvador Zubirán pasa a ser director emérito y el Dr. Carlos Gual ocupa la dirección del hospital y se hace oficial el nombre de instituto Nacional de la Nutrición.

Años más tarde en 1987 se agrega el nombre Salvador Zubirán al nombre del Instituto, en 1992 se termina la construcción de la Unidad Habitacional para médicos residentes y profesores invitados, así como un moderno bioterio con todas las características para funcionar de manera óptima y para 1995 se termina de remodelar todo el instituto dotándolo de una nueva consulta externa y se moderniza y equipa para ponerlo a la altura de las mejores instituciones a nivel mundial²

¹ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. *Manual de Organización específico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición*. México, 2007: 10. Disponible en <http://www.Manualorgespecifico.com>. Consultado el 16 de marzo del 2015.

² Id.

Finalmente, para el año 2000, con fecha 26 de mayo se cambia el nombre de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, por el de Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, nombre que refleja las actividades de atención médica, investigación y enseñanza que se desarrollan en el Instituto en el ámbito de medicina interna, cirugía y nutrición³

Así, es un Instituto descentralizado de que la Secretaria de Salud que brinda atención médica de tercer nivel a adultos, orientado a promover asistencia médica de calidad tanto en su dimensión científico- teórica como en la interpersonal y tiene como eje primario la atención centrada en el paciente, en un marco de calidad seguridad y excelencia.⁴

Por ello, el Instituto cuenta con servicios de especialización, así como de segundo nivel, cuenta con áreas de consulta externa, quirófanos, proctología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Nutriología y Neumología. Además cuenta con 11 clínicas en donde el personal de enfermería desempeña un papel sumamente importante⁵

³ Ibid. p. 25

⁴ Id.

⁵ Id.

Desde su fundación el Instituto se concibió como una organización médica modelo en donde las actividades de asistencia, enseñanza e investigación fueron los ejes de su actividad, con el paso del tiempo, se convirtió en una institución líder de la medicina mexicana que a través de sus egresados, ha tenido un gran impacto en todo el país actualmente el instituto cuenta con 180 camas censables, 54 camas no censables, 20 camas en urgencias, 14 camas en terapia intensiva, 7 en atención de corta, con un promedio del 90% de ocupación hospitalaria.⁶

Dentro de la atención del personal de enfermería, el Instituto cuenta con 275 enfermeras con categoría de técnico, 43 con categoría de postécnico, 206 con Licenciatura, 15 enfermeras con posgrado, de las cuales 65 son enfermeras especialistas.⁷

Por lo anterior, es necesario redoblar fuerzas para la preparación y contratación de un mayor número de enfermeras con licenciatura y especialistas de pregrado en las diversas ramas de la medicina para coadyuvar en la búsqueda de la calidad profesional en la atención de los pacientes

⁶ Ibid. p.26

⁷ Id.

1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta eje de ésta investigación documental es la siguiente

¿Cuáles son las intervenciones de la Licenciada en enfermería en pacientes con Anorexia nerviosa en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” en México, DF?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones: En primer lugar se justifica porque la Anorexia nerviosa se caracteriza por la percepción, por parte del paciente, de una imagen corporal distorsionada y por patrones de alimentación anormales, haciendo que este trastorno alimenticio pueda desencadenar complicaciones, hasta llegar a la muerte del paciente.

Para Cowley D.⁸ la prevalencia global de la Anorexia nerviosa se calcula en 0.3 a 0.6% de la población general, mientras que la tasa de mortalidad es alrededor del 6% esto significa que por lo menos el 50 y el 60% vuelven a su peso normal, pero el 20% continua en estado crónico. Por esa razón es necesario que la licenciada de enfermería,

⁸ Daniel Cowley. *Trastornos de la alimentación*. Ed. El manual Moderno. México, 1996:77

pueda intervenir realizando los cuidados especializados y personalizados, a fin de disminuir la mortalidad de los pacientes, así como también realizar un seguimiento de ellos para evitar un mal pronóstico.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado en Psiquiatría, Nutrición y Enfermería

Se ubica en psiquiatría, porque la Anorexia nerviosa es un trastorno de distorsión de la imagen con sentimientos de culpabilidad por la ingestión de la comida que implica un estado psiquiátrico patológico y que requiere atención personalizada empleando diversas terapias como la conductual, cognoscitiva, para luego modificar deliberadamente los procesos del pensamiento de los pacientes.

Se ubica en nutrición porque esta disciplina puede incorporar nuevamente los alimentos del paciente en su dieta diaria, y así evitar mayores complicaciones médicas. Además ayuda a reponer los nutrientes indispensables para evitar un deterioro en los pacientes.

Se ubica en Enfermería, porque estos profesionales pueden proporcionar una serie de cuidados personalizados, que permiten la

recuperación del paciente, con terapias fundamentadas en salud mental por ello, la participación de enfermería es vital, tanto, en el aspecto preventivo, como curativo y de rehabilitación de la Anorexia Nerviosa.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones de la Licenciada en enfermería en pacientes con Anorexia nerviosa, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, en México, DF.

1.5.2 Específicos

- Identificar las principales funciones y actividades que la Licenciada en Enfermería en el cuidado preventivo, de atención y de rehabilitación, en pacientes con Anorexia nerviosa

- Proponer las intervenciones que la Licenciada en Enfermería debe realizar en pacientes con Anorexia nerviosa.

2.MARCO TEORICO

2.1 ANOREXIA NERVIOSA

2.1.1 Conceptos básicos

- De Anorexia Nerviosa

Para Morandé G.⁹ basado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) define la Anorexia Nerviosa (AN) como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo

De igual manera, para Varela G.¹⁰ puede definirse como un trastorno multifactorial, con connotaciones psíquicas, endocrinas y nutricionales que afecta fundamentalmente a mujeres adolescentes de países industrializados y de clase social media-alta.

De igual forma, para Portela de Santana M.¹¹ la Anorexia Nerviosa (AN) se caracteriza por una imagen distorsionada del cuerpo,

⁹Gonzalo Morandé. *Trastornos del comportamiento alimentario*. Ed. Trillas. ed 3ra. Madrid, 1990: 5

¹⁰Gregorio Varela. *Anorexia nerviosa y nutrición*. Ed. Ayala. Madrid, 1995: 25

¹¹Mónica L. Portela de Santana. *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios*. Nutrición Hospitalaria. San Salvador, julio, 2012; 27(2): 400. Disponible en [http://www. revista de nutrición hospitalaria. Org.mx](http://www.revista.de.nutricion.hospitalaria.Org.mx). Consultado el día 03 de marzo del 2015.

en donde el individuo rechaza mantener un peso superior al peso saludable para su altura, lo que motiva la adopción de estrategias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, por ejemplo, la actividad física vigorosa y la restricción drástica de la ingesta de alimentos. Además, la AN puede estar asociada también a atracones de comida y conductas purgativas.

2.1.2. Antecedentes de Anorexia Nerviosa

- En la antigüedad

Según Turón G.¹² es difícil encontrar datos de posibles casos de trastornos alimentarios documentados antes del siglo XIV, aunque una posible causa quizá sea que desde las sociedades primitivas hasta épocas previas a la edad media, las mujeres robustas poseían un mayor atractivo que las delgadas, cuyo aspecto representaba debilidad y esterilidad, lo que se relaciona bastante con la búsqueda de certeza de fertilidad por parte del varón, para la conservación de la especie o descendencia.

Esta concepción de belleza perduró todavía hasta el Renacimiento, como se puede apreciar en las obras de arte de la época.

¹²Gil Turón. *Trastornos alimentarios y depresión guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Ed. Masson. ed. 2da. Madrid, 1998: 393

Sin embargo, un factor que pudiera haber tenido un impacto considerable en el pensamiento, fue el rito religioso y la concepción del sacrificio como muestra admirable de fe, como a continuación se explica.

- Primeros reportes

Según Carrillo V¹³ los primeros reportes dan cuenta de que tanto el ayuno como el celibato, han sido las penitencias más practicadas por los creyentes de varias religiones. De hecho, uno de los primeros registros de ayuno extremo, que en la actualidad son considerados como Anorexia Nerviosa, es el de Santa Luidina de Shiedam, a sus veintiséis años decide entregar su vida a Dios e ingresa a la orden de las Dominicas y fue consejera del Papa Gregorio IX en Avignon. Al ver que sus intentos de unificación del papado no dan resultado, se siente fracasada y deja de alimentarse, muriendo dos años después.

Otro caso es el de Santa de Wilgefortis, hija del rey de Portugal, considerada como una doncella hermosa y asediada por los caballeros, pero ella había decidido mantenerse en el “camino de la rectitud”,

¹³Victoria Carrillo Durán. *Publicidad y anorexia*. Ed. Panamericana, 2002: 43

por lo que comenzó el ayuno para pedirle a Dios que le arrebatara cualquier atractivo y belleza, y de esa manera, ahuyentar la atención de los hombres que pudieran hacerle caer en tentación.¹⁴

Así como ellas, surgieron varios casos de doncellas que pretendían alcanzar el máximo nivel de espiritualidad manteniéndose fuera de los placeres; los cuales no sólo se limitaban al carácter sexual en ese entonces. En los casos con estas características, se le denominaba Anorexia Santa.¹⁵

Otro caso que refiere Garden D.¹⁶ en el siglo IX en Avicena, cuando el príncipe Hamadham se estaba muriendo al no comer, víctima de una inmensa melancolía. Esta es la primera referencia de Anorexia en el sexo masculino en un contexto médico, aunque provenga de un cuadro depresivo primario.

¹⁴ Ibíd. p.44

¹⁵ Id.

¹⁶David Garner M. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Ed. Harcourt Brace. 12 ed. Madrid, 1998: 34

- En la modernidad

Rodrigo F.¹⁷ describe que en el siglo XVI empiezan a aparecer datos de personas que presentan inanición, y que sus conductas restrictivas de la alimentación se consideran anómalas, socialmente alteradas y sin justificación religiosa.

Fué hasta 1964 cuando Richard Morton realizó la primera descripción clínica de lo que hoy sería la Anorexia Nerviosa. Trató dos casos que presentaban cuadros similares, cuyo patrón principal era el ayuno pero con una causa no orgánica, por lo que la denominó “Atrofia nerviosa” y en 1689 lo cambió a “Consunción Nerviosa”.¹⁸

Años más tarde en 1873, Lassague la llamó Inanición histérica considerando que no era falta de apetito. y un año después William Gull, estudiando las alteraciones gastrointestinales en el proceso de desnutrición, concluyó que su origen era mas bien nervioso y cambió el título a Apepsia histérica, posteriormente la llamó Anorexia, describiéndola como un “estado mental morboso” del sistema nervioso, pero de carácter hereditario.¹⁹

¹⁷Rodrigo Fernández Aranda. *Trastornos de la alimentación*. Ed. Masson. ed. Madrid, 1998: 18

¹⁸ Id.

¹⁹ Id.

- En la actualidad

En sus escritos Gail S.²⁰ describió que en 1909, Pierre Janet diferenció entre Anorexia obsesional y Anorexia histérica, según su forma de manifestar el ayuno, siendo éste una expresión de ansiedades reprimidas posteriormente a principios del siglo XX fué considerado un padecimiento de origen alimenticio acompañado de depresión, a diferencia de los años 30 que era considerado como un trastorno completamente psicológico.

Durante muchos años, la opinión de los médicos fue que era el resultado de un desequilibrio endocrino; y aunque en la actualidad todavía prevalece la posibilidad que la condición se deba a un trastorno del hipotálamo ya que, es conocido que ciertos tumores en el hipotálamo, producen disgustos por la comida. Sin embargo, la mayoría de los clínicos consideran que las presiones socioculturales y otros factores, son las causas del trastorno²¹.

Según Gerling M²² uno de los primeros que asumió los criterios para diagnosticar la Anorexia Nerviosa, fue Freighner, pero en la actualidad éstos han cambiado considerablemente.

²⁰Stuart Gail Wiscar. *Enfermería psiquiátrica principios y práctica*. Ed. Elsevier. ed. 8ta. Madrid, 2006: 35

²¹ Id.

²²Monica Gerling Hoff *Anorexia y bulimia*. Ed. Grijalbo. ed. Madrid, 2004: 43

Con los estudios posteriores de Toner J. la Anorexia nerviosa fue definida como un trastorno diferenciado de patogénesis complicada, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes.

Hoy se sabe que existen muchas variables que intervienen en el desarrollo de la anorexia, sin embargo, aún es tema de debate el considerar cuál de todos ellos es el que tiene mayor relevancia.²³

2.1.3 Etiología en la Anorexia Nerviosa

Para Hales R.²⁴ las causas de la Anorexia nerviosa no están del todo claras. Hay algunas razones que predisponen de naturaleza, que puede ser de origen biológico, social o psicológico, a los cuales se superponen los factores desencadenantes que conducen al desarrollo de la enfermedad.

²³ Ibid. p. 43

²⁴ Robert E Hales. *Incidencia en el mundo de trastornos alimenticios*. Elsevier. Madrid, Mayo, 2008; 24(9):12-13. Disponible en <http://www.elsevier.es>. Consultado el 01 de marzo del 2015.

- Factores biológicas

- Hormonales y neurotransmisores

Para Morales J.²⁵ muchas mujeres que sufren Anorexia Nerviosa presentan presumiblemente una alteración de la región cerebral, así como del ciclo menstrual. Pero, en realidad, es muy probable que la disfunción de dicha región cerebral se presente una vez que haya aparecido la Anorexia Nerviosa, a consecuencia de la pérdida de peso.

Según Guzmán G²⁶ las hormonas gastrointestinales desempeñan un rol importante en la regulación neuroendocrina de la ingesta de alimentos y en el sentido de la saciedad que estimula el apetito si no funciona correctamente puede ser una causa de la Anorexia Nerviosa.

Para Barcena L.²⁷ los últimos estudios sobre el tema señalan, fundamentalmente, que la Leptina, que es una hormona que secreta el adipocito y que circula en la sangre unida a proteínas,

²⁵ José Luis Morales Saavedra. *Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica*. Ed. Manual Moderno. ed. 4ta. México, 2010:903

²⁶ Gustavo Guzmán Figueroa. *El análisis existencial de la Anorexia nerviosa*. Mexicana de Trastornos Alimentarios. Santiago de Chile. Agosto, 2007; 3(20):13-20. Disponible en <http://www.JournalsIztacalaunam.com.mx>. Consultado el día 15 de marzo del 2015

²⁷ Joaquín Bárcena López. *Trastornos de alimentación*. Ed. Manual Moderno. ed. 4ta. México, 2011: 50

tiene receptores tanto a nivel central como periférico, y guarda mucha relación con el centro de la saciedad.(Ver Anexo N° 1 Mecanismos de acción de la Leptina.)

De igual forma para Jauregui I ²⁸ entre los neurotransmisores, el sistema serotoninérgico disminuye la cantidad y la duración de las comidas y la activación noradrenérgica aumenta la ingesta en cada comida, favoreciendo la preferencia por carbohidratos y disminuyendo la de proteínas así, la influencia dopaminérgica depende del horario: por la mañana aumenta la ingesta de carbohidratos y en la cena, la de las grasas.

- Edad y género

Para Hughes J. ²⁹ la AN se da en las clase media o media-alta y de modo característico, aparece en la adolescencia, manifestándose con mayor frecuencia durante la pubertad, por lo cual muchos de los afectados se ven superados por las exigencias típicas de esa edad, durante esta difícil fase del desarrollo,

²⁸Ignacio Jauregui. *Revisión del tratamiento dietético nutricional de la anorexia nerviosa*. Medica de Chile. Santiago de Chile, Abril 2012; 14(3): 5-9. Disponible en <http://www.redalyc.org.mx> .Consultado el día 13 de marzo 2015

²⁹Jennifer Hughes. *Manual de psiquiatría moderna*. Ed. Limusa. México , 1984: 100

la niña se convierte en mujer y debe, por tanto, encontrar una nueva identidad, lo que puede conllevar un profundo sentimiento de inseguridad.

Se han reportado casos, en niñas prepuberales y en ancianas, con una incidencia del 10% en varones, y aunque es difícil saber la prevalencia de la utilización de métodos nocivos de adelgazamiento, hasta un 12% de las mujeres americanas reconocen la autoinducción del vómito.³⁰

Esto significa que la incidencia del trastorno oscila entre el 1-4% en población femenina adolescente y el 12-15% en estudiantes de carreras superiores, de los cuales del 7 al 15% mueren y el 20% se cronifica para hombres, mujeres y adolescentes.³¹ Este trastorno para Rick C.³² se manifiesta en el género femenino entre la edad de 14 a 18 años, que etapa de mayor riesgo, aunque hay publicaciones que refieren una incidencia entre los 12 y los 25 años, edades en las que pueden aparecer cualquier trastorno de la alimentación.

Hoy, los trastornos de la alimentación han rebasado las barreras sociales e, incluso, las fronteras de la adolescencia ya que, la Anorexia, se ha universalizado, y ahora afecta a todas las clases

³⁰ David Garner M. Op. Cit. p.39

³¹ Id.

³² Rick Cheryl. *Nutrición y trastornos alimenticios*. Ed. Trillas. 3ra. ed. Washington, 1987:29

sociales empezando a presentarse casos de personas que sobrepasan la treintena, así Gonzalo Morande médico especialista en Anorexia y Bulimia reporta la existencia de treinta mujeres británicas de 60 años, diagnosticadas con Anorexia nerviosa.³³

- Causas psicológicas

• Personalidad

Los factores en la personalidad pueden variar pero se ha visto que tienden a ser personas ambiciosas, autoexigentes, trabajadoras y sobresalientes en los estudios, y emocionalmente, tienen dificultades para interpretar y expresar sus emociones. Psicológicamente presentan preocupaciones como la obsesión por la delgadez, perder el control mediante atracones, la insatisfacción corporal, el sentimiento de ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, el miedo a la madurez, la auto superación y renuncia al placer, la impulsividad y la inseguridad social.³⁴

De hecho, muchas personas hambrientas o sometidas a dietas, comparten síntomas psicológicos con los trastornos de la conducta alimentaria como son: el insomnio, la irritabilidad, las dificultades de concentración, labilidad del humor, el sentimiento de falta de adecuación social y el retraimiento. También tienen pensamientos

³³Ibid. p. 29

³⁴ David Garner M. Op. Cit. 42

obsesivos y la dificultad para tomar decisiones, así como sentimientos depresivos y de ansiedad.³⁵

Para muchas jóvenes vencer al propio cuerpo y al hambre supone una gran satisfacción y buscan esa sensación repetidamente, al igual que si se tratara de una drogadicción ya que se desarrolla una conducta adictiva.³⁶

- Familia

Para Yates A.³⁷ la familia es un factor de riesgo importante, ya que se ha visto que las familias que muestran mayor importancia a la apariencia y al éxito, desencadenan la aparición de la enfermedad comenzando con síntomas de rebeldía alimentaria para poder encajar con las expectativas familiares ya que suelen presentar antecedentes de obesidad en mayor o menor grado.

Chinchilla A³⁸ piensa que las pacientes con Anorexia tienen una identidad personal desarrollada de manera incompleta y luchan por conservar un sentido de control sobre su medio ambiente.

³⁵ Jennifer Hughes. Op. Cit. 105

³⁶ Id.

³⁷ Aubrey Yates. *Terapia del comportamiento*. Ed. Trillas. México, 1982: 48

³⁸ Alfonso Chinchilla. *Guía teórico práctica de los trastornos de conducta alimentaria*. Ed. Masson. 3ra. ed. Madrid, 1995: 23.

Así las pacientes que se desarrollan dentro de una familia que valora la apariencia externa, la conducta adecuada y el logro, más que la realización personal, ante las expectativas de sus padres, la niña preanoréxica aprende a trabajar con frecuencia a enfocarse por complacer y a estar pendiente de las necesidades familiares, lo que la lleve a la AN

- Causas sociales

- Presión social

Para Bennett C.³⁹ la sociedad occidental está muy influenciada por la noción que la obesidad es insana y poco atractiva, mientras que se percibe la delgadez como algo deseable. Por ejemplo dentro de los factores sociales William C⁴⁰. menciona que es conocido que las mujeres han sufrido décadas de presión social para adaptarse a modelos de delgadez poco realista. La aceptación general de la cultura acerca del control del peso, es tan alarmante que muchas personas ajenas al mundo sanitario no considerarían anormales los criterios médicos para diagnosticar un trastorno de la conducta alimentaria.

³⁹Claudette Bennett. *Tratado de medicina interna*. Ed. McGraw-Hill. 20 ed. Volumen I. México, 1997: 1331

⁴⁰William Carey. *Diagnóstico clínico y tratamiento*. Ed. Manual Moderno. Bogotá, 2012: 95

- Medios de comunicación

Los medios de comunicación muestran mensajes que ser delgado es hermoso, lo que hace que incentiven el uso de estrategias para alcanzar el nivel de belleza establecido, y por otro lado, bombardean a los y las adolescentes con imágenes de alimentos atractivos y deseables, pero insalubres.

Así, Mark B menciona que desde muy temprano, niños y niñas que aún están en proceso de formación de la imagen corporal, reciben informaciones opuestas de los medios de comunicación que pueden configurarse en condiciones muy desfavorables en el proceso de formación de la imagen corporal, del comportamiento alimentario y de la salud de los adolescentes⁴¹ por ello la mayoría de las campañas de moda, los ídolos televisivos, revistas, etc. abogan por un tipo de mujer esbelta y delgada.⁴² (Ver Anexo N° 2 Influencia de los medios de comunicación)

⁴¹ Mark Beers. *Manual Merck de información médica*. Ed. Medica Panamericana. 2da. ed., Madrid, 2001: 56

⁴² David Garner M. Op. Cit. 48

2.1.4 Epidemiología de Anorexia Nerviosa

Para Ojeda G⁴³ la Anorexia Nerviosa comienza habitualmente en la segunda década de la vida. Ya que antes de la menarquia ocurre en menos del 10% de los casos.

- En el mundo

Para Pérez A.⁴⁴ la incidencia de Anorexia Nerviosa a nivel mundial es de 1/100.000 sin embargo, en la pubertad y en la raza blanca de los países occidentales, la incidencia alcanza índices de 1/100. No obstante, la incidencia real es difícil de establecer ya que no hay estudios epidemiológicos fiables.

Según Ducker M.⁴⁵ se hace referencia que hace 10 años en el mundo occidental, de cada 10.000 mujeres jóvenes, 3 de ellas sufrían de Anorexia Nerviosa.

⁴³German Alfredo Ojeda. *Trastornos de la conducta alimentaria Anorexia Nerviosa*. Posgrado de la vía Catedra de Medicina. Madrid, agosto 2006; 3(15): 10 Disponible en <http://www.Redalyc.Org>. Consultado el día 03 de marzo del 2015

⁴⁴Ana María Pérez Tamayo. *Trastornos de la alimentación de origen conductual*. Ed. Mc GrawHill Interamericana. 20. ed. México, 1997: 34

⁴⁵Marilyn Ducker. *Limitaciones médicas*. Ed. Limusa. ed. México, 1995: 55

Hoy en día la realidad de la incidencia de la Anorexia Nerviosa se va incrementando no solo porque se diagnostica mejor, sino por los cambios psicosociales y los patrones culturales que están teniendo lugar en los países occidentales desarrollados.

- En Europa

Los estudios realizados en Madrid, España reportan que el 43% de las chicas de 15 años se ven gordas y un 23% señalan sobre actitudes alimentarias tendentes a la pérdida de peso.⁴⁶ La Anorexia Nerviosa es una enfermedad que afecta 1 de cada 150 chicas de entre 12 y 18 años y aproximadamente de treinta a cuarenta chicas entre 15 y 25 años padecen de la enfermedad, por cada 100.000 habitantes.⁴⁷

La franja entre los 15 y los 18 años es el momento más 'peligroso', cuando los adolescentes son más proclives a estos problemas. La sufren ocho chicas por cada chico y aparece siempre antes de los 25 años, aunque lo habitual es que los primeros síntomas se presenten entre los 14 y los 18 años.

⁴⁶ Gustavo Guzmán Figueroa. Op. Cit. p. 25.

⁴⁷ Alfonso Chinchilla. Op. Cit. p. 27.

- En USA

Según Raich R.⁴⁸ en Estados Unidos de Norteamérica la prevalencia registrada de anorexia nerviosa entre adolescentes de 15 a 19 años es un 0,48% de Anorexia. Con el pasar del tiempo, no solo las chicas en la etapa de pubertad son las que tienen mayor incidencia, ya que también se habla de un incremento en varones en los últimos diez años. Esto indica la importancia del contexto sociocultural para la presencia de la enfermedad.

- En México

En México no hay datos sobre la incidencia y prevalencia de los Trastornos de carácter Alimenticio (TCA) en adolescentes pero se ha detectado que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres en edad estudiantil de entre 12 a 19 años presentan alto riesgo de padecer un TCA La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, en población mayor de 18 años, destacó una prevalencia de Anorexia de 0.6% en hombres y 1.8% en mujeres.⁴⁹

⁴⁸ Rosa M Raich. Op. Cit. p. 48

⁴⁹ Alfonso Chinchilla. Op. Cit. p.29

2.1.5. Clasificación de Anorexia Nerviosa

- Tipo restrictivo

Según Rivero O.⁵⁰ el tipo restrictivo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de Anorexia Nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

- Tipo purgativo/compulsivo

Trejo B. refiere que el tipo purgativo compulsivo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones ó purgas ambos, La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren, a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva⁵¹ existen algunos casos incluidos que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso, después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos una vez a la semana.⁵²

⁵⁰Octavio Rivero Serrano y Cols. *Tratado de medicina* .Ed. El Manual Moderno. ed. México DF, 1993: 90

⁵¹Bertha Trejo Delarbre. *Nutriología médica*. Ed. Panamericana. 2da ed. Madrid , 2001: 124

⁵² Id.

Estos sujetos tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional. Así el curso y el desenlace del trastorno son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaídas y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años.⁵³

2.1.6 Fases del desarrollo de la Anorexia Nerviosa

- Prodrómica

Según Gómez I⁵⁴ en la fase prodrómica, suele haber un malestar psicológico por las dificultades del adolescente para afrontar situaciones personales o de relación con el entorno.

- De inicio

En la fase de inicio, se produce la restricción alimentaria con la pérdida de peso que va evolucionando de forma insidiosa. A veces, la

⁵³ Joaquín Bárcena López. Op. Cit. p. 60

⁵⁴ Isabel Gómez Benett. Trastornos del comportamiento alimentario. Rev medicina pediátrica. Lima Perú. Abril, 2003; 1(3): 10. Disponible en <http://www.codajic.org>. consultado el día 12 de marzo 2015

adolescente, con o sin ayuda médica, se da cuenta del problema y vuelve a alimentarse de manera frustrada⁵⁵

- De estado

En la fase de estado, la restricción alimentaria y pérdida de peso se acompañan de una conducta alimentaria anormal ya que esconden y desmenuzan alimentos, presentan rechazos selectivos, aumentan o disminuyen la ingesta de líquidos y hay un aumento del ejercicio físico que llega a hacerse compulsivo⁵⁶

En esta fase hay una insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, el cuerpo en general y determinadas partes del mismo (muslos, caderas, abdomen) son consideradas voluminosas y generan ansiedad. A pesar de esto, perciben bien a los demás también hay obsesión por la silueta, el peso y la comida, el miedo a incrementar su peso se hace fóbico y tiende a aumentar a medida que desciende el peso real, es común la sintomatología ansiosa y depresiva.⁵⁷

⁵⁵ Ibid. p. 10

⁵⁶ Id.

⁵⁷ Id.

2.1.6.Sintomatología de la Anorexia Nerviosa

- Físicos

Según León G⁵⁸ los pacientes con Anorexia Nerviosa tienden a minimizar los síntomas, Por lo general, sufren de amenorrea, trastornos del sueño, intolerancia al frío, generalmente acompañado de cianosis, y entumecimiento de las extremidades. Además de cambios en la piel como descamación, lanugo, atrofia mamaria, dilatación intestinal, disminución de la motilidad intestinal, letargia, vitalidad excesiva, petequias, en general en las extremidades, que son indicadores de diátesis hemorrágica.

Algunas personas presentan con AN color de la piel amarillento (asociado a hiper胡萝卜素emia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. Las personas que se provocan el vómito muestran a veces erosiones dentales, y algunas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito ⁵⁹ además presentan bradicardia, edema en miembros inferiores por el abuso de diuréticos, hipertensión,

⁵⁸Gloria R. León, Fhelan Fhyllis. *Anorexia nerviosa*. Ed. Plenum press. ed. New york USA, 1985: 19

⁵⁹ Rosa M Raich. Op. Cit. p. 48

secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de Cortisol.⁶⁰ (Ver Anexo N°3 Síntomas de pacientes con Anorexia Nerviosa)

- Psicológicos

Los síntomas de la Anorexia Nerviosa incluyen preocupación excesiva por la necesidad de perder peso, el principal indicador del trastorno es la renuencia a mantener un peso corporal normal mínimo. Las niñas y mujeres con anorexia nerviosa sienten un temor intenso a aumentar de peso y a la grasa corporal⁶¹ de hecho las pacientes casi siempre niegan tener un problema y continúan insistiendo que están demasiado gordas. A menudo llega a proporciones alucinatorias.⁶²

Es probable que la paciente establezca rituales alrededor de la ingesta de alimentos, incluyendo atesoramiento de la comida y compulsión por pesarse, medirse y controlar la comida, el nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo.⁶³ (Ver Anexo N°4 Porcentaje de Sintomatología en Anorexia Nerviosa)

⁶⁰ Ibid. p. 48

⁶¹ Gil Turón Op. Cit. p. 396

⁶² Gustavo Guzman Figueroa. Op. Cit. p.29

⁶³ Ignacio Jauregui. Op. Cit. p.63

- Sociales

La mayoría de las pacientes están preocupadas por la comida, a pesar de que Anorexia significa ausencia de alimento, estas pacientes están hambrientas la mayor parte del tiempo, tienen preocupación por comer en público, tienen intensa necesidad por controlar el ambiente personal, con pensamientos rígidos de perfeccionismo, así como, falta de espontaneidad y de expresividad emocional.⁶⁴

De hecho muchas pacientes presentan síntomas de depresión, aislamiento social, irritabilidad, es posible que tengan un trastorno obsesivo compulsivo.⁶⁵ (Ver Anexo N°5 Guía alimenticia Anorexia Nerviosa)

2.1.8 Complicaciones de la Anorexia Nerviosa

- Físicas

- Cardiovasculares

Las pacientes con AN presentan depresión de la función cardiovascular caracterizada por la reducción del consumo de oxígeno cardíaco esto significa que las cámaras cardíacas en especial el ventrículo izquierdo, disminuyen su tamaño y espesor.

⁶⁴Gloria R. León, y Fhelan Fhyllis. Op. Cit. p.22

⁶⁵David Garner. Op. Cit. p.51

Dichos cambios anatómicos se asocian a la frecuencia cardíaca baja, tensión arterial baja y con hipotensión ortostática. Estas representan respuestas adaptativas a un estado de desnutrición y a una disminución de los niveles séricos de las catecolaminas.⁶⁶

- Renales

El riñón sufre efectos similares a los que se observan en la deshidratación, ya que se reduce la filtración glomerular, predisponiendo a la formación de litiasis de vías urinarias. También la disminución de la filtración glomerular y el aumento en la catabolia proteínica contribuye al aumento de azoados, ahora el uso de diuréticos y catárticos puede producir hipopotasemia, que en muchas ocasiones, produce la muerte⁶⁷

- Digestivas

El aparato digestivo de la paciente con AN puede presentar disminución en la motilidad intestinal, y en el vaciamiento gástrico, puede haber dolor abdominal además de estreñimiento el uso de medicamentos para el estreñimiento puede producir diarrea

⁶⁶William Carey. Op. Cit. p. 99

⁶⁷ Mónica L. Portela de Santana. Op. Cit. p. 392

con aumento en el desequilibrio hidroelectrolítico, la malnutrición produce hepatomegalia, hígado graso, y en raras ocasiones cirrosis.⁶⁸

También hay elevación de los niveles de transaminasas séricas, el cual puede estar en relación con el abuso del alcohol o con el uso de medicamentos hepatotóxicos. La fosfatasa alcalina puede estar moderadamente alta debido a la provocación del vómito ya que es producida por las glándulas salivales⁶⁹

- Endocrinas

Hay alteraciones endocrinas que provocan amenorrea, que se asocia con un cambio en la secreción de gonadotropinas y se pierden los impulsos de gonadotropinas que existen durante el sueño. Por eso en estos pacientes se ha descrito infertilidad además de la pérdida o disminución de la libido.⁷⁰

Un factor que influye de manera importante en la aparición de la amenorrea es la pérdida de depósitos grasos corporales ya que, si la baja de peso ocurre a un inicio de la pubertad, la menarca se retrasa

⁶⁸ Alfonso Chinchilla. Op. Cit. p. 32

⁶⁹ Id.

⁷⁰ Jennifer Hughes. Op. Cit. p 109

a esto se le llama amenorrea primaria. Ahora si ocurre después de la menarca se altera la secreción de gonadotropinas y aparece amenorrea secundaria.⁷¹

A nivel de los centros de termorregulación se encuentran alteraciones que pueden deberse a defectos hipotalámicos o a la pérdida de grasa corporal y de la regulación vasomotora. En cuanto a la osteoporosis, ésta está en relación con la deficiencia de estrógenos, en el cortisol está elevado. En relación a lo hematológico presentan Leucopenia, disminución de las células blancas, así como anemia y trombocitopenia con o sin hipofunción de la medula ósea,⁷²

2.1.8. Diagnóstico de Anorexia Nerviosa

-Medico

•Valoración

Para Behar R.⁷³ los criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa son el rechazo a mantener el peso corporal igual o por

⁷¹ Ibid. p. 109

⁷² Mark Beers. Op. Cit. p.60

⁷³ Roberto Behar y Cols. *Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad*. Médica de Chile. Santiago de Chile, Febrero 2006; 12(134): 3. Disponible en <http://www.redalyc.org> Consultado el día 14 de marzo del 2015

encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla dando como resultado un peso inferior al 85%. Esto es gracias a que no dejan que exista un aumento del mismo.

Para Townsend M.⁷⁴ las pacientes presentan un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas, incluso estando por debajo del peso normal se observa una alteración de la percepción del peso o silueta corporal, (Ver Anexo N° 6 Criterios diagnósticos en la Anorexia Nerviosa)

Así las pacientes presentan una exageración en la autoevaluación, además de tener una fuerte negación del peligro que conlleva el bajo peso corporal, las pacientes ven de forma normal la presencia de Amenorrea que es la ausencia de tres ciclos menstruales consecutivo⁷⁵ (Ver Anexo N° 7 Criterios para internamiento hospitalario)

- Anamnesis

Para Feldman M. y sleisenger M.⁷⁶ el diagnostico depende de la identificación del intenso temor por engordar, por lo que se sugiere realizar una serie de preguntas en la ayuda de determinar

⁷⁴Mary C Townsend. *Fundamentos de enfermería en psiquiatría*. Ed. Mac Graw Hill. 4ta ed. México, 2008: 654

⁷⁵Rosa M Raich. Op. Cit. p.49

⁷⁶Mark Feldman. Y Marvin Sleisenger. *Enfermedades gastrointestinales y hepáticas*. Ed. Panamericana. 6ta. ed. Tomo I Buenos Aires, 2000: 315

el diagnóstico (Ver Anexo N° 8 Test para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa)

- De laboratorio

En algunas personas con Anorexia Nerviosa no hay hallazgos de laboratorio anormales, sin embargo, las características de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones. De igual forma, la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas, pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales.⁷⁷

- Biometría hemática

Para Russell C. y Goldman L.⁷⁸ las alteraciones de la biometría hemática, si existen, se deben a la malnutrición y uso de laxantes/diuréticos la glucosa se encuentra normal o baja (debido a déficit de precursores o reservas escasas). Y el colesterol se encuentra aumentado o en el límite alto de la normalidad.

⁷⁷ Rosa M Raich. Op. Cit. p.50

⁷⁸ Cecil Russell y Lee Goldman. *Tratado De Medicina Interna*. Ed. Panamericana. Madrid, 2013: 209

- Pruebas de funcionamiento hepático

Para Wader J.⁷⁹ las pruebas de función hepática pueden dividirse las que son valores reales de la función hepática, como albúmina o tiempo de protrombina y aquellas que son simplemente marcadores de la enfermedad hepática o del sistema biliar. Entre ellos están: BUN: Variable entre alto (debido a deshidratación) y bajo (por disminución en la ingesta proteica). Y la Albúmina Normal que generalmente, debido a la ingesta de los pacientes suele tener proteínas escasas pero de alta calidad.

- a) Fosfatasa alcalina

Según Feldman M.⁸⁰ cuando hay niveles superiores pueden indicarnos anemia, raquitismo, enfermedad ósea, leucemia, aunque en niveles inferiores se puede descartar desnutrición y deficiencia de proteína. Estos hallazgos ayudan en el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa.

⁷⁹Junior Wader. *Química orgánica*. Ed. Pearson Prentice. 5ta. ed. Madrid, 2004: 23

⁸⁰Mark Feldman y Marvin Sleisenger. Op. Cit. p.319

b) Deshidrogenasa láctica

Cuando hay niveles bajos de deshidrogenasa láctica se puede descartar Anemia por deficiencia de B12, anemia megaloblástica y anemia perniciosa. Esto sirve para descartar diagnósticos que no entren en anorexia nerviosa.⁸¹

•Electrolitos séricos.

Según Philip J.⁸² en un análisis de sangre básico se analizan las concentraciones de electrolitos como el sodio, el potasio, el cloro y el bicarbonato. Puede haber hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e hipopotasemia, así como una alcalosis metabólica, debido todo ello al uso de laxantes/diuréticos o vómitos

a) Sodio

El sodio desempeña un papel importante en la regulación de la cantidad de agua presente en el cuerpo por lo que es necesario para muchas funciones corporales, como la transmisión de señales

⁸¹ Junior Wader Op. Cit. p.29

⁸² Jaramillo Philip. *Química: Contenidos hemáticos*. Ciencias de Colombia, Bogotá, Febrero, 2012; 12(4): 9. Disponible en <http://www.objetivos.univalle.com>. Consultado el día 14 de marzo 2015

eléctricas en el cerebro y en los músculos así la concentración de sodio se mide a fin de detectar si existe un equilibrio adecuado entre sodio y líquido en la sangre. Para que se puedan desempeñar correctamente esas funciones, al haber un desequilibrio, puede que la paciente se sienta confusa, adormilada y/o débil e incluso que tenga convulsiones⁸³

b) Potasio

Para Carey F.⁸⁴ el potasio es fundamental para regular el latido cardíaco. Cuando la concentración de potasio es demasiado alta o demasiado baja, aumenta el riesgo de anomalías en el latido cardíaco. Las concentraciones de potasio bajas también se asocian a debilidad muscular.

c) Cloro

Para Dueñas V.⁸⁵ el cloro, al igual que el sodio, ayuda a mantener el equilibrio entre los fluidos corporales. Si se pierden grandes cantidades de cloro, la sangre puede volverse más ácida e impedir que ocurran determinadas reacciones químicas que son necesarias para que el cuerpo funcione adecuadamente.

⁸³ Jaramillo Philip. Op. Cit. p. 9

⁸⁴Francisco Carey. *Química Orgánica*. Ed. Mc Graw Hill. 6ta. ed. México, 2006: 871

⁸⁵Victor Hugo Dueñas. *El banco de sangre*. Ed. Universidad del Valle. 2da. ed. Bogotá, 2003: 57

d) Bicarbonato

El bicarbonato impide que los tejidos corporales absorban demasiado ácido o muy poco. Los riñones y los pulmones equilibran la concentración de bicarbonato en el cuerpo. Por lo tanto, una concentración demasiado alta o demasiado baja de esta sustancia podría indicar que hay algún problema en alguno de esos órganos.⁸⁶

- De gabinete

- Electrocardiograma

Según Vázquez M.⁸⁷ las complicaciones cardiovasculares son frecuentes y se han descrito, hasta un 80% de los casos, presentando bradicardia, hipotensión y arritmias, por ello existen alteraciones de la repolarización, y muerte súbita, hasta en un 10 % de los casos.

⁸⁶Ibid. p. 57

⁸⁷Margarita Velazquez y Cols. *Alteraciones cardiológicas en mujeres con anorexia nerviosa*. Española de cardiología. Madrid, Julio, 2003; 73 (56): 4. Disponible en [http://: www.revescardiol.org](http://www.revescardiol.org). Consultado el día 4 de marzo del año 2015

- Ecocardiograma

Por lo anterior es impórtate realizar los estudios tales como el electrocardiograma que ayuda a conocer la actividad eléctrica del corazón y el ecocardiograma que muestra las modificaciones de la masa miocárdica y la función cardiaca.⁸⁸

- Densitometría ósea

Los estudios de prevalencia existentes indican que entre el 38 y el 50% de las pacientes con AN presentan ya osteoporosis en el momento del diagnóstico.⁸⁹

De hecho en un estudio efectuado por un grupo en 57 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de AN típica, el 35% de éstas presentaban osteoporosis y el 58% presentaban osteopenia, esto está suficientemente constatado que los factores nutricionales desempeñan un papel relevante en el proceso de mineralización ósea, ya que aportan nutrientes esenciales para la realización de este proceso, sobre todo en la adolescencia.⁹⁰

⁸⁸ Ibid. p.4

⁸⁹ Rosa M Raich. Op. Cit. p. 53

⁹⁰ Id.

-Diferencial

Según Cowley D.⁹¹ entre las afecciones médicas que deben detectarse para el diagnóstico de anorexia nerviosa se incluyen tumores encefálicos y otros cánceres, enfermedades gastrointestinales en la población joven el diagnóstico diferencial incluye los trastornos endocrinos primarios, trastornos digestivos, una infección crónica como la tuberculosis, trastornos neoplásicos y trastornos del sistema nervioso central por ello todos los pacientes deben someterse a valoración nutricional para conocer la gravedad de la malnutrición y establecer el tratamiento.

2.1.9.Tratamiento de Anorexia Nerviosa

-Médico

Para Bastida A.⁹² el médico lleva a cabo la valoración clínica inicial, para fomentar el sentido de autonomía en el paciente, estimulando a que asuma responsabilidad en el plan terapéutico. Así el médico debe tener el mismo objetivo congruente de ayudar al paciente

⁹¹Daniel Cowley. *Trastornos de la alimentación*. Ed. El manual Moderno. México, 1996: 77

⁹²Anna Bastida. *La anorexia nerviosa*. Nursing. Madrid, Marzo, 2003; 21(10): 15. Disponible en <http://www.revnursing2003.org>. Consultado el día 10 de marzo del 2015

con su recuperación y rehabilitación también debe ser honesto para conservar la confianza del enfermo además debe incluir a la familia como parte del programa terapéutico y servir de mediador ante diversos terapeutas. (Ver Anexo N° 9 Signos de alarma en Anorexia Nerviosa)

- Dieta

Según Connor R.⁹³ algunos autores opinan que la realimentación debe partir de contenidos calóricos normales y otros que debe reiniciar a partir de dietas bajas en calorías a pesar de ello los diferentes autores no se ponen de acuerdo incluso, reconociendo el peligro de una retención hídrica y las molestias digestivas ante una dieta normal,

Por lo anterior, es aconsejable que la paciente y su familia desde el inicio del tratamiento, consideren como una regla general la convivencia de conocer que es una dieta normal, con las ideas progresivas en calorías el riesgo de no establecer un modelo ideal de dieta frente al paciente y frente a la familia.

⁹³Richard Connor. *Tratamiento en la anorexia*. Antropología de hoy. Washington, Octubre, 2008; 24(5): 3. Disponible en <http://www.yorku.ca>. Consultado el día 16 de marzo del 2015

Segun Wilson L.⁹⁴ no ocurre lo mismo con la alimentación nasogástrica y parenteral con las que se debe ser extremadamente prudente. La alimentación parenteral presenta importantes dificultades técnicas y solo esta indicada en casos muy extremos, nunca en el área de hospitalización psiquiátrica.

- Farmacológico

Para Beumont G.⁹⁵ el tratamiento farmacológico en la Anorexia Nerviosa generalmente está indicado como coadyuvante de las técnicas de modificación de conducta, asociado al tratamiento psicológico, sobre todo en los cuadros en los que existan depresión, ansiedad intensa, conductas fóbicas o pensamientos muy distorsionados en relación a la comida y el peso.

El primer fármaco utilizado en la Anorexia Nerviosa fue la Clorpromacina, un clásico antipsicótico que tenia una acción sobre la conducta con capacidad para estimular el apetito y potenciar la ganancia de peso. De más amplia difusión han sido los antidepresivos, tanto la Amitriptilina como la Clomipramina, que se han mostrado

⁹⁴Lawrence Wilson. *Equilibrio Nutricional*. Ed. Limusa. ed. México DF, 1992: 145

⁹⁵Gloria Beumont. *Trastornos alimenticios*. Iberoamericana de educación. Madrid, abril, 2007; 25(10): 10
Disponble en <http://www.revanorexianerviosa.org>. Consultado el 09 de marzo del 2015

efectivas en la Anorexia Nerviosa, especialmente cuando está asociada a depresión.⁹⁶

Según Gismero E⁹⁷ los modernos inhibidores de la recaptación de serotonina se han utilizado también en el tratamiento de la Anorexia para combatir la depresión asociada. Con menor frecuencia se han utilizado la Clodinina o los antagonistas de los opiáceos endógenos. De hecho existen diversas publicaciones que recomiendan el uso de nuevos antipsicóticos, en aquellos casos en que las pacientes tengan graves perturbaciones cognitivas en relación al peso y a la figura.

●Antipsicóticos

Según Bellisle F⁹⁸ Su empleo en la Anorexia Nerviosa, tiene una indicación válida solamente en lo referido a la comorbilidad psiquiátrica. En la práctica se, los emplea toda vez que sea necesario

⁹⁶Octavio Rivero Serrano y Cols. Op. Cit. p.97

⁹⁷Elena Gismero González. *Evaluación de autoconcepto la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia*. Científicas de América. Madrid, febrero, 2001:12(2):4 Disponible en: <http://www.redalyc.org> Consultado el 3 de marzo del 2015

⁹⁸Frank Bellisle. M. Monneuse. *preocupaciones y patrones alimenticios*. Revista Internacional de Obesidad y trastornos metabólicos. Barcelona España, Agosto, 1995; 12(4):3. Disponible en <http://www.elsevier.org>. Consultado el día 03 de marzo del 2015

atenuar la oposición extrema a renutrirse debido a la ideación patológica fijada al cuerpo y a la distorsión de la imagen corporal.

En algún momento se consideraba un beneficio potencial que los antipsicóticos típicos, producían un aumento del peso corporal, efecto también causado por los antidepresivos tricíclicos. A pesar de ello hacer que una paciente anoréxica suba de peso sin que haya cambiado su actitud hacia el comer, es un error grave y asegura una estrepitosa recaída⁹⁹

De los mencionados antipsicóticos, la Clorpromazina ha sido utilizada en la AN prácticamente desde que se descubrió aunque no se justifica ya su empleo debido al desarrollo de antipsicóticos sedativos menos tóxicos, los riesgos del descenso del umbral convulsivante, la hipotensión arterial y la constipación. Otros inconvenientes se relacionan con el desarrollo de distonías agudas, parkinsonismo y disquinesia tardía irreversible, así como de leucopenia y disfunción hepática.¹⁰⁰

⁹⁹Ibid. p.3

¹⁰⁰Id.

Para Casper R.¹⁰¹ la Clozapina es un antipsicótico atípico, es decir “moderno”, que ejerce un efecto favorable sobre el estado de ánimo en la AN. Otros antipsicóticos ensayados en la AN son la Pimozida (típico) y la Sulpirida (atípico), pero ninguno ha arrojado resultados de nota y además comportan riesgos de producir movimientos anormales, así como de inducir convulsiones y otros efectos colaterales.

•Ansiolíticos

La intensificación de la ansiedad preprandial puede ser combatida con benzodiazepinas indicadas una hora y media ántes de comer. La sedación así obtenida puede, además de tornarle más realizable su alimentación, contener la urgencia imperiosa de la paciente de realizar ejercicios luego de haber comido.¹⁰²

•Antidepresivos

Existe cierta controversia respecto del uso de antidepresivos en AN. Los tricíclicos ya no son utilizados, por ejemplo la Amitriptilina ya que no mostró beneficios definidos con respecto al aumento de peso, ni hubo mejoría de la alteración de la imagen corporal.¹⁰³

¹⁰¹Robert Casper. *¿Qué tan útiles son el tratamiento farmacológico en los trastornos alimenticios?* Psicofarmacología. México, Abril, 2002; 36(2): 5. Disponible en <http://www.redalyc.org>. Consultado el día 03 de marzo del 2015

¹⁰²Id.

¹⁰³Id

Para Freedman A.¹⁰⁴ la Clorimipramina ha sido utilizada en pacientes hospitalizadas mostrando cierto aumento del apetito pero menor ganancia de peso que aquellas que recibieron placebo. Además, no se vio impacto de nota sobre la ganancia de peso a largo plazo.

-Psicológico y social

Según Castro J.¹⁰⁵ En el área psicológica los aspectos que se abordan son los factores mantenedores y deficitarios, así como problemas individuales e interpersonales se tratan en grupo en el área social suele abordarse aspectos como terapia ocupacional, contacto social, buscando una reintegración a la sociedad.

- Terapia grupal

Para Morande G.¹⁰⁶ las terapias grupales realizadas son principalmente de dos tipos: las centradas en la sintomatología alimentaria y la no centrada en la sintomatología alimentaria. Todos los grupos son de carácter abierto.

¹⁰⁴Anna Freedman y H. Kaplan. *Compendio de Psiquiatría*. Ed. Salvat ed. 2a. México, 1984: 34

¹⁰⁵Josefina Castro. *Salud Mental: Anorexia nerviosa*. Ed. El Manual Moderno. 3ra. ed. México, 1991: 60

¹⁰⁶Gonzalo Morandé. Op. Cit. p.10

a) De alimentación

Para Turon G.¹⁰⁷ En los grupos alimenticios se tratan, en terapias generalmente de forma semanal, aspectos como: peso, alimentación, autocorregistros diarios y alimentos prohibidos, conducta de atracones, de purga y conducta de dieta se comenta en grupo cada caso individual, y los pacientes deben comprometerse a conseguir determinadas metas y objetivos respecto a la alimentación y peso. Por ejemplo incorporar alimentos prohibidos, normalizar los desayunos y no tomar productos bajos en calorías, etc.

b) De nutrición

Para Wiscar S.¹⁰⁸ este tipo de grupos, de nutrición están dirigidos con frecuencia por un dietista o nutricionista, se informa sobre normas psicoeducativas respecto a los alimentos, calorías que poseen, necesidades nutricionales del organismo, y gasto energético. A través de la información suministrada, los pacientes pueden poner en tela de juicio toda serie de prejuicios respecto a la alimentación y los nutrientes que están influyendo en el mantenimiento del trastorno alimentario

¹⁰⁷ Gil Turón. Op. Cit. p.395

¹⁰⁸ Stuart Gail Wiscar. *Enfermería psiquiátrica principios y práctica*. Ed. Elsevier. 8ta. ed. Madrid, 2006: 4

c) De cocina

Según Varela G.¹⁰⁹ en los grupos de cocina los pacientes tienen oportunidad de aprender menús o dietas equilibradas, así como cantidades y elementos necesarios para seguir una alimentación saludable. Asimismo, tiene la posibilidad de ser asesorados por especialistas de cocina y un terapeuta y poder realizar sus propios platos generalmente de forma quincenal y confrontarse con una alimentación normal.

d) De temática

Los grupos temáticos, son dirigidos por un terapeuta y un coterapeuta y son realizados generalmente de dos a tres veces por semana. En estos grupos se aporta la posibilidad de abordar temas y problemas comunes en esta patología según el marco teórico utilizado, serán mas o menos estructurados. En el caso de los grupos estructurados que siguen un modelo cognitivo- conductual y se utilizan procedimientos como la resolución de problemas y reestructuración cognitiva para el abordaje de problemas sintomáticos intra e interpersonales¹¹⁰

¹⁰⁹Gregorio Varela. *Anorexia nerviosa y nutrición*. Ed. Ayala. Madrid, 1995: 35

¹¹⁰ Aubrey Yates. Op. Cit. p.74

e) De habilidades sociales

A causa de los déficit comunicativos y asertivos comunes en pacientes con Anorexia Nerviosa, este tipo de grupos suelen mostrar un buen resultado y adhesión entre los participantes, En ellos pueden abordarse tanto éstos déficit en habilidades sociales presentes en situaciones laborales, familiares y sociales como conductas de evitación y fobia social¹¹¹

f) De imagen corporal

En los grupos de imagen corporal se intentará favorecer que los pacientes aquejados de Anorexia Nerviosa, que presentan generalmente una actitud negativa hacia su propia imagen, adquieran una expresión corporal positiva, y acepten su imagen corporal tal y como está a través de ejercicios de confrontación de la imagen reflejada en un espejo, imagen video, etc.¹¹² (Ver Anexo N°10 Cifras en pacientes con tratamiento)

¹¹¹ Marilyn Ducker. Op. Cit. p. 57

¹¹² Gonzalo Morandé. Op. Cit. p. 11

g) De expresión artística.

A través de estos grupos, los pacientes pueden realizar actividades en grupo, mostrar sentimientos a través de distintas formas de expresión como la pintura, escultura etc. Y tratar de aumentar su capacidad de introspección.¹¹³

3. INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERIA EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA.

3.1 EN LA PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA

- Vigilar los signos de alarma

Conocer los signos de alarma es prioritario para poder ayudar a las pacientes con Anorexia Nerviosa, ya que hay conductas que ayudan a detectar cuando alguien padece la enfermedad. Por ejemplo, comer como si estuviera a dieta, a pesar de estar muy delgada, usar ropa holgada, estar preocupada siempre por el peso, conseguir la figura ideal, experimentar cambios de personalidad, experimentar desmayos, mareos, cambios en la piel, son algunos de los signos de alarma que resaltan en las pacientes preanoréxicas.¹¹⁴

¹¹³Bertha Trejo Delarbre. Op. Cit. p.125

¹¹⁴ Gonzalo Morandé. Op. Cit. p. 9

Por lo anterior, la Licenciada en enfermería debe identificar el comportamiento obsesivo del paciente así como la forma de canalizar la ansiedad por pesarse y medirse. Por ello puede utilizar técnicas de relajación, ayudando a controlar los episodios de crisis ya que aunque la paciente esté por su voluntad en el hospital y quiera una rehabilitación, es difícil pasar por alto las crisis sobre todo cuando no lleva un buen manejo del tratamiento.

- Llevar un registro del peso

Para Gerling M.¹¹⁵ los datos clínicos revelan la sobreestimación de la delgadez con, restricción anormal a los alimentos, compulsión al ejercicio, atracones y el uso de purgas, lo que constituye la base del diagnóstico y que los pacientes niegan tener hambre. Es muy fácil pasar la frontera entre un adelgazamiento inofensivo, encaminado a estar esbeltas y atractivas, a padecer anorexia.

Entonces, la Licenciada en Enfermería debe darse cuenta cuando la paciente no está llevando el régimen adecuado de alimentación, además debe llevar un control de peso, de la paciente, con tablas de peso en donde se registre mensualmente la ganancia y pérdida de

¹¹⁵ Mónica Gerling Hoff. *Anorexia y bulimia*. Ed. Grijalbo. Barcelona, 2004: 45

peso. Esto será una guía para mantener el mismo tratamiento o modificarlo

- Vigilar cambios en la personalidad

Es relativamente frecuente que la Anorexia Nerviosa presente alteraciones psíquicas y de personalidad, cuando la ansiedad bloquea a la paciente, cuando la depresión es muy severa y el riesgo de suicidio es alto y cuando la desadaptación social o las crisis familiares son intensas y frecuentes. Entonces puede estar indicada la hospitalización.¹¹⁶

La identificación de cambios en la personalidad se dan desde el momento que la paciente comienza a tener conflictos con los alimentos, se reusa a comer en público, comienza a tener comportamientos extraños con la comida como jugar con la comida pasándola de un lado a otro del plato comiendo bocados mínimos.

La paciente siempre será la última en levantarse de la mesa, pone pretextos como haber comido fuera y que está satisfecha. De igual forma cuando nadie la ve ensucia los platos para hacer creer que ya

¹¹⁶ J. Toro. *Anorexia y bulimia*. Ed. Panamericana. 3ra.ed. Madrid, 1999: 89

comió, empieza a sustituir la comida con hábitos como: masticar chicle, ingerir agua en exceso, realiza rutinas cardiovasculares intensas por varias horas.¹¹⁷

Entonces, la Licenciada en Enfermería debe contar con la habilidad de identificar los cambios en la conducta, por ejemplo cuando la paciente está internada es fácil controlar varios hábitos como quedarse en el cubículo hasta que la paciente termine sus alimentos, vigilar cuando asista al baño después de comer evitando el vómito. Además estando en un hospital se debe tener también control estricto sobre la ingesta de medicamentos ya que las pacientes saben con claridad que medicamento le ayuda para laxarse.

- Vigilar cambios hormonales

Calvo S.¹¹⁸ comenta que las pacientes con trastornos crónicos de alimentación padecen de cambios hormonales. Así uno de los signos mas frecuentes es la ausencia de la menstruación, el exceso de vello para regular el frio, problemas con la regulación de la hormona

¹¹⁷ Gonzalo Morandé op. Cit. p. 4

¹¹⁸ Sergio Calvo. *Anorexia nerviosa*. Madrid, febrero,1990; 18(57): 15 Disponible en [http://www. nutrición hospitalaria. Org.mx](http://www.nutriciónhospitalaria.Org.mx). Consultado el día 03 de marzo del 2015.

tiroidea. Las alteraciones endocrinas que se dan por la pérdida de la secreción de gonadotropina, hacen que se aumente la infertilidad.

Así, la Licenciada en Enfermería debe identificar los cambios hormonales de la paciente será con ayuda de los familiares y ganándose la confianza de la paciente, una encuesta mensual corroborando las respuestas ya que hay muchos trucos que utilizan las pacientes con Anorexia saben para pasar desapercibidas.

- Valorar grado de la enfermedad

Para Freedman A. y Kaplan H.¹¹⁹ las pacientes con Anorexia Nerviosa en un grado avanzado, resultan complicadas en el manejo del tratamiento ya que es difícil que acepten las terapias y los medicamentos. Una paciente que ha presentado 2 o 3 episodios de la enfermedad, resulta más fácil que siga el tratamiento y pueda remitirse el trastorno en un 80%, a diferencia de las pacientes que llevan años con la enfermedad.

¹¹⁹ Anna Freedman. y H.Kaplan. *Compendio de Psiquiatría*. Ed. Salvat ed. 2a. México, 1984: 34

Por lo anterior, la Licenciada en enfermería debe realizar una serie de preguntas para conocer a la paciente, Además debe ganarse su confianza para poder emplear las técnicas de reconocimiento de la imagen corporal así como el aumento del autoestima. Con esto ayudará a la paciente a disminuir la enfermedad.

- Vigilar crisis depresivas y de ansiedad

Las pacientes que sufren de Anorexia Nerviosa, experimentan crisis de ansiedad y depresión, sobre todo cuando están en tratamiento, o cuando la enfermedad está avanzada, En estos casos es necesario emplear medicamentos para aliviar los estados secundarios, aunque los fármacos no modificarán la creencia fundamental de la enferma. Si la persona, adelgaza debido a una depresión aguda, al aumentar de peso, disminuirá su decaimiento, En cambio, las pacientes con Anorexia se sienten mucho más deprimidos con cualquier aumento de peso, por pequeño que sea, ya que ello es signo de que carecen de control.¹²⁰

¹²⁰ Marilyn Duker. Op. Cit. p. 89

Así, la Licenciada en Enfermería debe tener conocimientos sobre los cuadros de depresión y ansiedad, para poder identificarlos en los pacientes con Anorexia, Posterior a esto, debe tener un plan de acción con la aplicación de medicamentos para el control de la ansiedad y depresión indicadas por el médico. Además, debe complementar el tratamiento con terapias de relajación que ayudarán a las pacientes a sobrellevar las nuevas crisis.

3.2 EN LA ATENCIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA

-Vigilar signos vitales

Los pacientes con Anorexia Nerviosa presentan una depresión de la función cardiovascular, caracterizada por la reducción del consumo de oxígeno cardíaco. Por ello las cámaras cardíacas, en especial el ventrículo izquierdo disminuyen de tamaño y espesor. Dichos cambios anatómicos se asocian a la frecuencia cardíaca baja, y tensión arterial baja con hipotensión ortostática.

Además, para Schauss A. y Cols¹²¹ la disminución de glucosa afectan tanto al sistema nervioso como al sistema circulatorio, glandular y

¹²¹Alexander Schauss, y Cols. *Dieta, Crimen y la Delincuencia* Washington, 1981 36 (2): 88.disponible en <http://www.redalyc.org>. Consultado en día 3 de marzo del 2015

digestivo y provocan al que la sufre síntomas como ansiedad, irritabilidad o nerviosismo excesivo. En el caso de los trastornos alimenticios, el consumo excesivo de alimentos, de dulces y de estimulantes como el café desequilibran excesivamente el nivel de glucosa en la sangre.

Entonces, la Licenciada en enfermería, deberá tener un control de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial, cuatro veces al día, para registrar sus frecuencias y tener un control electrocardiográfico. Además deberá tomar la glucemia cuatro veces al día vigilando si reportan parámetros de glucosa por debajo de 80 mm/dl. Todo esto ira acompañado de terapias fundamentadas en salud mental que le ayuden al paciente a disminuir cuadros de ansiedad así como facilitar un apego al tratamiento.

-Vigilar el estado de nutrición

La situación de ayuno completo o parcial condicionada por la enfermedad, implica una adaptación metabólica que suele ser escalonada y predecible, pero con una respuesta variable que depende de la raza, el sexo, la edad, la composición corporal y el grado de actividad física.

Sin embargo, para Baran S.¹²² la situación de ayuno presenta condicionantes especiales, y se asocia, en un alto porcentaje, a un mayor consumo energético por hiperactividad física en las primeras etapas de la enfermedad, y en muchas, ocurre durante la adolescencia, etapa en donde todavía no ha quedado definitiva la composición corporal y, por consiguiente, la estatura puede quedar mermada definitivamente.

Entonces, la Licenciada en enfermería debe familiarizarse con el estado de nutrición del paciente, y tomar una serie de laboratorios en donde nos indican que los niveles del estado nutricio del paciente. Esto facilitará el tratamiento médico, le será más fácil llevar un plan de intervenciones haciendo que el paciente se apegue en la mayor forma posible al tratamiento. También deberá guiar al paciente con terapias grupales en donde le explique la importancia de una alimentación balanceada.

¹²²S Baran. y Cols *Peso descarga de baja y el resultado en la anorexia nerviosa*. Psiquiatría. 1995; 152 (58): 107 Disponible en <http://www.elsevier.org>. Consultado 6 de marzo del 2015

- Vigilar el estado hidroelectrolítico del paciente

La deshidratación a menudo asociada con la Anorexia produce una orina altamente concentrada. También puede desarrollarse poliuria en los pacientes con Anorexia cuando la capacidad de los riñones de concentrar orina disminuya, pero vuelve a la normalidad siempre y cuando no se haya generado un daño renal importante.¹²³

Así, la Licenciada en Enfermería debe controlar la ingesta de líquidos, observando si hay algún dato de edema o deshidratación. Además debe conocer los factores por los cuales un paciente se deshidrata, para llevar un control estricto de los medicamentos como diuréticos y laxantes.

- Controlar la ingesta farmacológica

Hay muchos autores que entran en controversia con el tratamiento farmacológico para la Anorexia Nerviosa. Sin embargo, La estrategia

¹²³ Gloria R. León, Op. Cit. p. 18

terapéutica son un abanico de intervenciones terapéuticas, tales como: terapia psicológica cognitiva-conductual, familiar, educacional y dietética. La farmacoterapia de la Anorexia Nerviosa, por el momento, está limitada a los siguientes grupos de medicamentos: Antipsicóticos, Antidepresivos. Antimaníacos y Antiserotonérgicos.¹²⁴

Por lo anterior, la Licenciada en enfermería debe tener presente la regla de los 5 correctos, para la administración de los medicamentos, ya que se trata de introducir sustancias que alteraran la conducta del individuo, por lo que debe saber la función de los medicamentos administrados para ver cualquier reacción alérgica o efecto secundario. Además es importante realizar una secuencia de tiempo para que el paciente tenga el mayor control de su estado de ánimo.

- Controlar el peso de acuerdo a la edad y talla

Para Bellido D¹²⁵ es sabido que el paciente con AN busca el rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo adecuado para la estatura, llegando a situaciones de delgadez extrema. Esto lo hace por un miedo intenso a engordar, incluso cuando el peso es muy bajo,

¹²⁴ Octavio Rivero Serrano y Cols. Op. Cit. p.83

¹²⁵ D Bellido Martínez Olmos. *Síndrome de realimentación: Endocrinología y Nutrición*. abril 2000: 51(15): 36. Disponible en <http://www.elsevier.org>. Consultado el día 10 de marzo del 2015

la obsesión con los alimentos, la alimentación y el control del peso, son limitantes para el tratamiento ya que el paciente con anorexia nerviosa evita la ingesta de alimentos.

Entonces, la Licenciada en enfermería debe utilizar su juicio para proponer como tratamiento, la alimentación asistida en caso de que la paciente se reúse a alimentarse. Todo esto, con el fin de reestablecer los valores nutricionales, y la nutrición parenteral total se colocara en caso que la paciente este muy deprimida y no pueda alimentarse por su cuenta. Por ello se alterna la alimentación asistida para restaurar la alimentación oral, y proporcionar la información sobre una adecuada alimentación con el fin de tolerar los alimentos y reestablecer los nutrimentos así como el peso adecuado para su edad y talla.

- Controlar los cuadros de ansiedad

Para Fairburg C.¹²⁶ el equipo médico tratante, el enfermo y la familia deben ser realistas respecto al tratamiento, por lo que a menudo, es un proceso a largo plazo. Aunque los resultados pueden ser favorables, el curso del tratamiento, raras veces es sin incidencias y los clínicos deben estar preparados para vigilar con cuidado, el

¹²⁶ C Fairburg. *Tratamiento basado en la evidencia de la anorexia nervosa*. 1995; 152 (58): 107. Disponible en <http://www.elsevier.org>. Consultado 6 de marzo 2015

progreso. De hecho, en pacientes con AN la psicoterapia puede ser útil una vez corregida la malnutrición.

Así, la Licenciada en enfermería, debe recurrir al tratamiento psicológico, del paciente para facilitar el tratamiento médico, ya que con esto se ganará la confianza del paciente, y emplear un tratamiento adecuado, ya que es sabido que en pacientes con Anorexia Nerviosa, es difícil que cooperen con el tratamiento sobre todo cuando se le impone el aumento de peso.

3.3 EN LA REHABILITACIÓN DE LA ANOREXIA NERVIOSA

- Evitar recaídas

Volver a recaer en pacientes con AN es de lo más común, ya que al salir del hospital el paciente tiene nuevamente la tentación de volver a cometer los mismos errores, pero no se reprime a los pacientes, simplemente se reestructura el tratamiento. Cuando esto ocurre es importante que el paciente vuelva a ingresar al hospital para dar seguimiento al tratamiento antes de que sea tarde. Es por eso que se sugieren citas de control quincenales, o mensuales para tener un control de los pacientes ambulatorios.¹²⁷

¹²⁷ Ibid. p. 107

Entonces, la Licenciada en enfermería tendrá un papel importante en el tratamiento ambulatorio, de la paciente, ya que hay que tener un control en la evolución del paciente evitando recaídas, recordándole las citas de consulta, orientando en momentos de crisis, así como para proporcionar información y educación ambulatoria.

- Proporcionar educación alimenticia

Una de las redes de apoyo más importantes para tratar cualquier tipo de trastorno, pero esta alimentación deben tener una orientación respecto a lo que esta pasando la paciente para así lograr mayor empatía, y hacer más fácil la estancia del paciente en casa. Así para Recalcati M¹²⁸ las redes de apoyo son el 50% de tratamiento exitoso ya que al sentir apoyo, la paciente comienza a aceptar el tratamiento, sabiendo que hay personas que la quieren, la apoyan y la aceptan como es.

Por ello, la Licenciada licenciado de enfermería debe explicarle a los familiares los momentos en los que pudiera la paciente tener una crisis. Además de orientarlos con las conductas que podría llegar a tener, preparándolos para poder afrontar cualquier evento

¹²⁸M.Recalcati. *Anorexias, dependencias, psicosis*. psicoterapia agosto (2003). 30(31): 15 Disponible en <http://www.elsevier.org>. Consultado el 11 de marzo del 2015

desagradable. También es importante que se les explique los signos de alarma por los que la paciente pudiera ingresar al hospital

- Programar citas posteriores

Según García E ¹²⁹ cualquier seguimiento después que el paciente sale del hospital es complicado ya que muchas veces no se ven a los pacientes hasta que llegan a tener una nueva recaída. Por eso, es importante cerciorarse de los datos proporcionados por el paciente ya que es crucial que siga teniendo consultas de vigilancia, con el objetivo que la persona pueda integrarse en su totalidad a la vida diaria, sin sufrir por los periodos de crisis.

Así, la Licenciada de enfermería debe hacer uso de varias herramientas coordinándose con el equipo multidisciplinario, para consultas psicológicas y consultas médicas, se prefiere que el paciente tenga mayores consultas psicológicas que médicas para controlar la desnutrición y cubrir los requerimientos. Aunque Las consultas con el personal de psicología deberán ser mas recurrente para eliminar el problema de raíz.

¹²⁹ E García Camba *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa*, Ed Masson. ed. Barcelona, 2001: 34

- Vigilar el estado de ánimo

Para Duker M.¹³⁰ la teoría psicológica es importante para tratar a pacientes con Anorexia Nerviosa, casi todas las conductas se aprenden y controlan en última instancia, gracias al ambiente dentro del cual actúa un organismo. Así la conducta de una persona es una respuesta a estímulos provenientes del ambiente o una respuesta a las consecuencias que acarrea el que esta persona se haya comportado de determinada manera. En el caso de las pacientes con Anorexia tienen momentos de felicidad cuando tiene el control de sí mismas y del alimento, pero pueden llegar a molestarse con facilidad cuando están frente a los alimentos y las obligan a ingerirlos, pasando de estados de ira, y portarse agresivas, por no tener el control.

Entonces, la Licenciada en enfermería deberá conocer el tema de control de la ira, frustración y podrá ayudar a la paciente con técnicas de control de la ira, fomentando las afirmaciones de autoestima, ganando la confianza de la paciente para poder realizar las intervenciones necesarias.

¹³⁰ Marilyn Duker. Op. Cit. p. 91

4.METODOLOGIA

4.1 VARIABLES E INDICADORES

4.1.1 Dependiente: ANOREXIA NERVIOSA

- Indicadores

- En la prevención

- Vigilar signos de alarma
- Llevar un registro del peso
- Vigilar cambios en la personalidad
- Vigilar cambios hormonales
- Valorar grado de la enfermedad
- Vigilar crisis depresivas y de ansiedad

-En la atención

- Vigilar signos vitales
- Vigilar el estado de nutrición
- Vigilar el estado hidroelectrolítico
- Controlar la ingesta farmacológica
- Controlar el peso de acuerdo a la edad y talla
- Controlar los cuadros de ansiedad

- En la rehabilitación

- Evitar recaídas
- Proporcionar educación alimenticia
- Programar citas posteriores
- Vigilar estado de ánimo

4.1.2 Definición operacional: ANOREXIA NERVIOSA

- Concepto de Anorexia Nerviosa

Basado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades se define la Anorexia Nerviosa (AN) como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo, que es distinta a la Anorexia Nerviosa Atípica, concepto que debe usarse para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la Anorexia nerviosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso.

- Antecedentes de la Anorexia Nerviosa

Es difícil encontrar datos de posibles casos de trastornos alimentarios documentados antes del siglo XIV pero una posible causa quizá sea que desde las sociedades primitivas hasta épocas previas a la edad media, las mujeres robustas poseían un mayor atractivo que las delgadas, cuyo aspecto representaba debilidad y esterilidad, lo que se relaciona bastante con la búsqueda de certeza de fertilidad por parte del varón, para la conservación de la especie o descendencia.

Esta concepción de belleza robusta perduró todavía hasta el Renacimiento, como se puede apreciar en las obras de arte de la época. Sin embargo, un factor que pudiera haber tenido un impacto considerable en el pensamiento, fue el rito religioso y la concepción del sacrificio como muestra admirable de la fé.

- Epidemiología de Anorexia Nerviosa

Clásicamente se ha asumido que los casos de esta patología se distribuyen de forma no homogénea en la población y que los pacientes que presentan signos y síntomas clásicos de Anorexia y Bulimia son en un 90% de los casos del sexo femenino, en un 95% de raza blanca y en un 75% adolescentes, siendo la mayoría de nivel socioeconómico medio-alto. Actualmente la enfermedad parece afectar por igual a todos los estratos sociales, afectando a niñas cada vez más jóvenes y a mujeres de mayor edad. Además de que la tendencia de estos trastornos ha ido en aumento en prevalencia e incidencia. Se estima que entorno al 0,5-1% de las niñas adolescentes desarrollan AN y hasta un 5% de las mujeres jóvenes desarrollan bulimia. De igual forma un 15% de adolescentes tienen comportamientos de atracón/purgación en algunas ocasiones, llegando sólo un 2 % a cumplir criterios de BN. Ésta alteración se da con mayor frecuencia en pacientes con sobrepeso y tienen peor pronóstico las de inicio tardío.

- Etiología de Anorexia Nerviosa

La etiología exacta de la anorexia nerviosa (AN) se desconoce, aunque hoy en día, se sostiene una hipótesis multifactorial en la que intervienen factores socioculturales, una predisposición psicológica y determinados factores biológicos.

Entre los factores socioculturales, está la vulnerabilidad social ligada al culto de la imagen y al asociar la delgadez con la belleza, el equilibrio y la perfección de la mujer. Esto, unido a la experimentación de los propios cambios corporales que surgen en la pubertad, hacen del adolescente, el personaje idóneo para presentar este tipo de trastornos, llevándoles en ocasiones a sentir insatisfacción con su propia imagen corporal. Se está viendo que este sentimiento de insatisfacción cada vez se da más en pacientes de menor edad

En los factores psicológicos, se ha comprobado que las personas con determinados rasgos de personalidad son más propensas a desarrollar esta patología. Por ejemplo los rasgos de timidez, perfeccionismo, rigidez, baja autoestima, rasgos depresivos, comportamiento obsesivo/compulsivo y ser dubitativo, se asocian a un aumento en el riesgo

En los factores biológicos, se sostiene la hipótesis de la existencia de una alteración en el hipotálamo, hipófisis y ciertos neurotransmisores que explican la causa biológica primaria del comportamiento anómalo, aunque probablemente la mayoría de las alteraciones sean secundarias a la desnutrición.

- Sintomatología de la Anorexia Nerviosa

Los signos y síntomas que presentan los pacientes están ligados a los hábitos y comportamientos que adoptan para controlar su peso. De hecho se presentan con clínica secundaria al inadecuado aporte energético y al abuso de diuréticos, laxantes y vómitos.

Así cuando se sospecha una alteración en el comportamiento alimentario se debe realizar una entrevista cuidadosa que establezca la presencia/ausencia de criterios de la misma, como pérdida ponderal, el miedo a engordar, la fobia a la obesidad, la preocupación con la comida, la distorsión de la imagen corporal y la irregularidad menstrual. La información adicional obtenida de familiares y amigos puede ser interesante, siendo en ocasiones de mayor valor que los ofrecidos por el paciente. Por ello no se debe categorizar ni manifestar prejuicios a lo largo de la entrevista.

Lo anterior significa que se tiene que lograr ganar la confianza del paciente, valorando su sufrimiento y considerándola como un “todo”, no solo como una “anoréxica”; ya que los pacientes son los jueces más exigentes y críticos de nuestra actividad. De igual forma a todos se les debe valorar el “posible riesgo suicida”.

- Diagnostico de Anorexia Nerviosa

El diagnóstico de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) es clínico. No existe ningún test de laboratorio que confirme el diagnóstico. Es importante realizar la analítica estrictamente necesaria, evitando pruebas e interconsultas a múltiples especialistas, que normalmente confirmarán las secuelas de la malnutrición y que pueden contribuir en la dificultad de coordinación y manejo de estos pacientes que se “diluyen” en el sistema sanitario.

- Tratamiento de Anorexia Nerviosa

El tratamiento de los TCA debe ser integral, abordando la nutrición (realimentación, educación, obtención y mantenimiento de un peso adecuado), las posibles complicaciones médicas, así como los aspectos psiquiátricos del paciente y de la familia. Es necesario tratar desde el inicio la malnutrición para poder iniciar la intervención

psicológica y psiquiátrica. Las alteraciones psicológicas pueden tardar en desaparecer tras haber conseguido la recuperación del peso.

-Intervenciones de la Licenciada en enfermería en pacientes con Anorexia Nerviosa

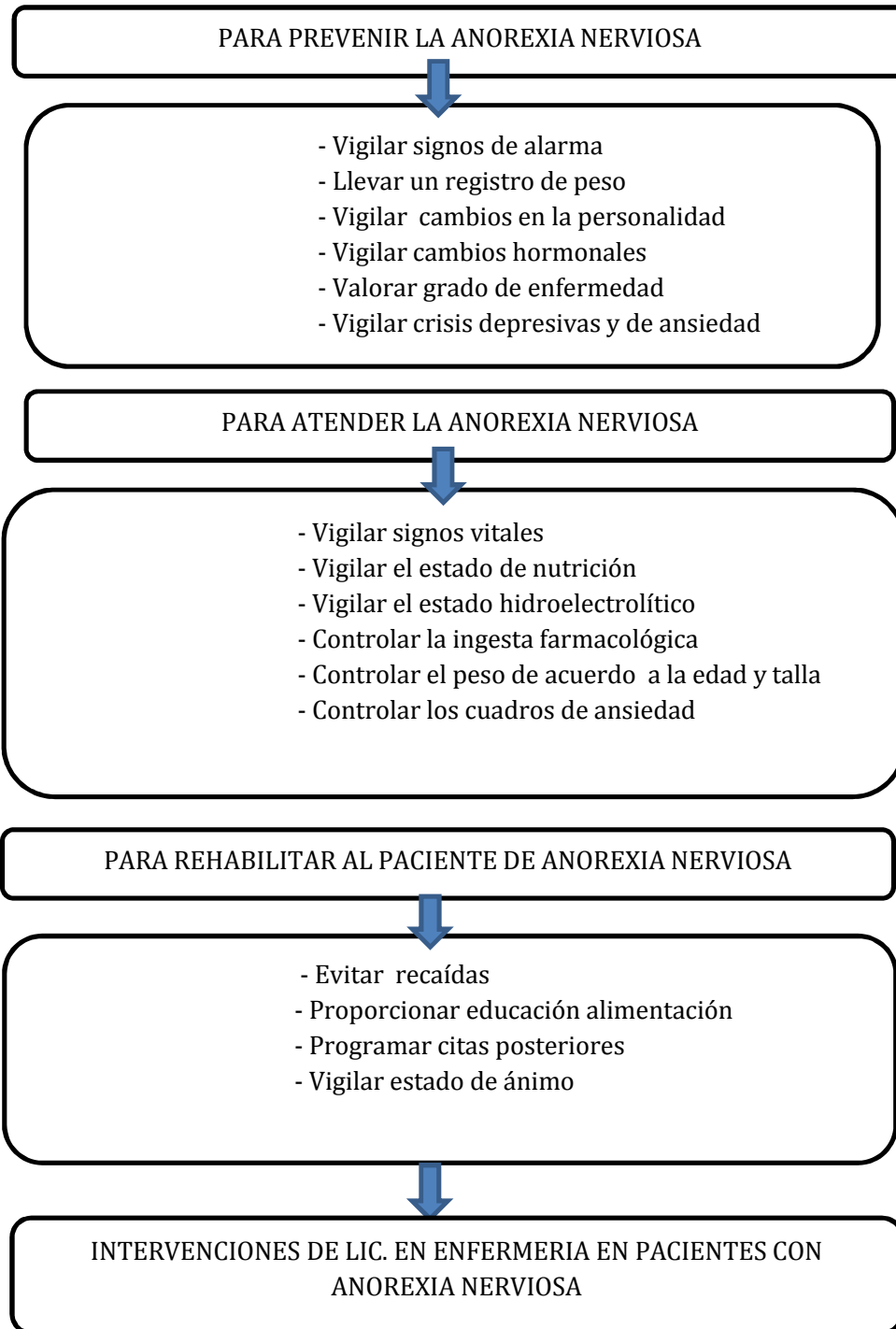
Los cuidados de enfermería en pacientes con Anorexia Nerviosa se realizan en tres momentos: en la prevención, en la atención y en la rehabilitación

En la prevención los pacientes que tienen Anorexia Nerviosa las intervenciones de la licenciada en enfermería son: Vigilar signos de alarma, llevar un registro de peso, vigilar cambios en la personalidad, vigilar cambios hormonales, valorar el grado de la enfermedad, vigilar crisis depresivas.

En la atención las intervenciones de la Lic. en enfermería son: Vigilar signos vitales, vigilar el estado de nutrición, vigilar el estado hidroelectrolítico, controlar la ingesta farmacológica, controlar el peso de acuerdo a la edad y talla, y controlar los cuadros de ansiedad

En la rehabilitación las intervenciones de la Lic. en enfermería son: Evitar recaídas, proporcionar educación, programar citas posteriores, y vigilar el estado de ánimo.

4.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



4.2 TIPO Y DISEÑO DE TESIS

4.2.1 Tipo

El tipo de investigación documental que se realiza es diagnóstica, descriptiva, analítica y transversal

Es diagnóstica por que se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable Intervenciones del licenciado en enfermería, en pacientes con Anorexia Nerviosa a fin de proponer ésta atención con todos los pacientes con esta patología en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, “Salvador Zubirán”.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable Intervenciones del licenciado de enfermería en Anorexia Nerviosa

Es analítica porque para estudiar la variable Intervenciones del licenciado en enfermería, en pacientes con Anorexia Nerviosa, ha sido necesario descomponerla en sus indicadores básicos: atención preventiva, atención durante el padecimiento y atención en la rehabilitación posterior al tratamiento.

Es transversal porque esta investigación documental se hizo en un período corto de tiempo. Es decir, en los meses de marzo, abril y mayo del 2015.

4.2.2 Diseño

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

- Asistencia a un Seminario taller de educación de tesinas en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Búsqueda de un problema de investigación de enfermería, para la atención de la licenciada en enfermería
- Seguimiento del modelo de la Dra. Lasty Balseiro A. en cada uno de los pasos para la culminación de la Tesina.
- Elaboración de los objetivos de la Tesina así como el marco conceptual y referencial de la variable Intervenciones de enfermería en pacientes con Anorexia Nerviosa
- Búsqueda de los indicadores de la variable atención de la Lic. en enfermería en pacientes con Anorexia Nerviosa

4.3 TECNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADAS

4.3.1 Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco teórico. En cada ficha se anotó el Marco teórico conceptual y el Marco teórico referencial, de tal forma que con las fichas fué posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de las intervenciones de enfermería en pacientes con Anorexia Nerviosa

4.3.2 Observación

Mediante esta técnica de observación se pudo visualizar la importante participación que tiene la Licenciada en enfermería en la atención a los pacientes con Anorexia Nerviosa en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, “Salvador Zubirán”.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos de ésta Tesina al poder analizar las intervenciones de la licenciada en enfermería en pacientes con Anorexia Nerviosa. Se pudo demostrar la importante participación que tiene la licenciada en enfermería en la prevención en la atención y en la rehabilitación de los pacientes con Anorexia Nerviosa

Por tanto a continuación se dan a conocer las 4 áreas básicas de la intervención de la licenciada en enfermería en pacientes con Anorexia Nerviosa. Es decir, en los servicios, en la administración, en la docencia y en la investigación, como a continuación se explica

- En servicios

En materia de servicios la licenciada en enfermería debe atender las áreas de prevención, atención y rehabilitación del paciente con Anorexia Nerviosa. En la prevención la licenciada en enfermería debe identificar signos de alarma de la Anorexia nerviosa, llevar un registro de peso del paciente vigilar cambios en la personalidad, vigilar

cambios hormonales, valorar grado de la enfermedad y evitar crisis depresivas.

En la atención, la licenciada en enfermería debe vigilar los signos vitales: Frecuencia cardiaca, la tensión arterial y el nivel de glucemia, controlar los pacientes de arritmias, vigilar el estado de nutrición e hidroelectrolítico, llevar un control en la ingesta farmacológica como antidepresivos y ansiolíticos según la prescripción médica, llevar el control de peso de acuerdo a la edad y talla, controlar cuadros de ansiedad.

En la rehabilitación la licenciada en enfermería debe llevar un control de las recaídas del paciente, proporcionar educación sobre la Anorexia Nerviosa, con el fin de fortalecer sus redes de apoyo, y tener un control sobre sus citas posteriores y vigilar el estado de animo.

-En docencia

El aspecto docente de las intervenciones del Licenciado en enfermería incluyen la enseñanza y el aprendizaje del paciente y a su familia. Por ello, la Licenciada en enfermería debe explicar al paciente en que consiste la anorexia nerviosa, los daños que repercuten en el y por qué debe actuarse lo antes posible, para evitar daños irreversibles.

La explicación consiste en orientar sobre el daño que puede tener en órganos y sistemas, y ofrecer al paciente las opciones de tratamiento terapéutico, también la explicación comprende al tratamiento y el apego al mismo. La parte fundamental de la capacitación que reciben los pacientes y sus familiares, tiene que ver con evitar los factores de riesgo, que conduzcan a una recaída de la enfermedad entre estos apoyos están: la medicación, el apoyo emocional, fomentar las redes de apoyo y explicarle al paciente como llevar una nutrición adecuada para que lleve un apego al tratamiento con el control de citas consecutivas en la Consulta Externa.

-En la administración

La licenciada en Enfermería a recibido en la carrera, enseñanzas en la administración de los servicios y en estas enseñanzas, la licenciada en enfermería la adquirido la capacidad para planear, organizar, dirigir y controlar los cuidados en enfermería. Por ello la licenciado debe planear las intervenciones en un paciente con Anorexia Nerviosa teniendo como meta principal la recuperación del paciente. Después de planear estas cuidados, también deberá evaluarlos para poder corregir todas las desviaciones de la actuación profesional para lograr una evaluación positiva del paciente garantizando su bienestar.

-En la investigación

El aspecto de la investigación permite a la licenciada en enfermería hacer diversos proyectos de investigación o diseños, derivados de la actividad que la licenciada en enfermería realiza. Además de realizar Proyectos de investigación es necesario también elaborar Protocolos sobre aspectos del apoyo familiar que apoyen la recuperación del paciente así como las posibles complicaciones. Esto significa entonces, que la licenciada en enfermería debe realizar diagnósticos de enfermería, elaborar planes de atención, investigar factores de riesgo que conducen a la Anorexia Nerviosa de las pacientes así como las posibles complicaciones

Las anteriores son temáticas que la licenciada de enfermería debe realizar en materia de investigación para que posteriormente, pueda publicarlas en revistas que le permita demostrar al resto del personal de enfermería la enorme contribución que tiene este profesional en beneficio de sus pacientes.

5.2 RECOMENDACIONES

- En la Prevención

- Identificar diversos signos de alarma, ya que el paciente con Anorexia nerviosa tiene muchos síntomas antes de tener una recaída. Por ello es importante conocerlos para evitar que la enfermedad avance al punto que sea irreversible y haya daño de órganos e incluso llegue a la muerte
- Llevar un registro de peso del paciente para evitar la reducción del mismo. Esto se debe evitar con la implementación del aporte nutricional e intravenoso, para suplir los nutrientes que en esos momentos no tiene la paciente, con esto se podría evitar el daño renal, cardíaco y cerebral, ya que la disminución de peso empieza a tener secuelas en los principales órganos y muchas veces son irreversibles
- Identificar los cambios en la personalidad, que tengan las pacientes ya que ellas tienden a tener altas y bajas en el estado de ánimo, muchas veces es por la inadecuada segregación de hormonas, como la Endorfina. Esto se da por el desajuste nutricional, por lo que se requiere debemos identificar el cambio de ánimo sobre todo cuando llega la hora de comer para evitar la disminución de peso y un desapego del tratamiento.

- Vigilar los cambios hormonales, un control de laboratorios. Esto significa que cada semana se tomarán laboratorios para vigilar los niveles hormonales, modificar el tratamiento a fin de llegar a una restauración hormonal, lo más rápido posible.
- Valorar el grado de la enfermedad del paciente por lo que es importante saber que tan avanzada está ya la enfermedad para reajustar el tratamiento y las intervenciones, porque no se le da el mismo tratamiento a una paciente que está en fase temprana, a uno que lleva años con la enfermedad.
- Vigilar las crisis depresivas del paciente que casi siempre vienen después de haber ingerido alimentos, o haber administrado multivitamínicos. Esto será de gran importancia para poder intervenir con ayuda psicológica empleando terapias de relajación y contención de la frustración así como de la ira

- En la atención

- Vigilar los signos vitales, tomando la presión arterial y la frecuencia cardiaca 6 veces al día para tener un control sobre las arritmias, y modificar el tratamiento, para revertirlas. Por ejemplo el electrocardiograma se hará de control y la toma de glucemia se

tomará posprandial y preprandial. Esto con el objetivo de vigilar los picos de insulina por si llegase a tener ayunos prolongados.

- Vigilar el estado de nutrición, ya sea en casa o en el hospital con la toma de laboratorios, y administración de multivitamínicos por vía intravenos. Esto es para compensar la desnutrición, ya que el aporte oral no siempre proporciona los nutrientes deseados para una pronta recuperación.
- Vigilar el estado hidroelectrolítico del paciente en el control con los laboratorios, vigilando las sales como potasio, sodio, magnesio, calcio. Si es necesario, se deben administrar soluciones para controlar el estado hidroelectrolítico y evitar la hipocalcemia y la hipopotasemia. De hecho las pacientes con Anorexia pueden llegar a tener retención hídrica cuando comienza a haber falla renal, con el aumento de la creatinina. Por lo que se debe controlar los líquidos para ayudar a la paciente a restablecer la función renal
- Controlar la ingesta farmacológica del paciente en la administración de los medicamentos para evitar las complicaciones del paciente en la estancia hospitalaria.
- Controlar el peso del paciente de acuerdo a la edad y talla, ya que el paciente con Anorexia nerviosa tiene muchos trucos respecto a la ingesta de alimentos, y puedan decir que están llevando el

tratamiento al pié de la letra, cuando en realidad están teniendo ayunos. Es por eso que el control de peso será indispensable para saber si realmente el paciente está apegado al tratamiento

- Controlar los cuadros de ansiedad del paciente antes de los alimentos, ya que las crisis casi siempre vienen después de haber ingerido alimentos, o haber administrado multivitamínicos. Por ello es de gran importancia vigilar esas crisis para poder intervenir con ayuda psicológica empleando terapias de relajación y contención de la frustración, así como de la ira.

- En la rehabilitación

- Evitar las recaídas del paciente con un registro de todas las recaídas para hacer un reporte y reestructurar el tratamiento. Esto se hace con el objetivo de evitar nuevas recaídas. Aquí los familiares son de suma importancia para evitar las recaídas, ya que son los que ayudan a la paciente recordándole a la paciente las fortalezas y terapias aprendidas en el Hospital.
- Proporcionar educación tanto a la paciente como a los familiares, sobre la enfermedad, así como su tratamiento, al igual que técnicas para poder ayudarla en caso de crisis. Además se debe

buscar que la paciente utilice sus redes de apoyo en la familia esto para evitar recaídas y evitar que llegue a lastimarse

- Programar las citas posteriores de la paciente un control de las consultas, en donde se reportaran cuantas crisis tuvo en el mes, si pudo controlarlas, como se sintió y que realizó para sentirse mejor. Esto se hace para enseñar a las pacientes a controlar sus cambios de humor así como las crisis de ansiedad.
- Vigilar el estado de ánimo de , terapias de relajación. Aquí la rehabilitación será el punto básico, con terapias psicológicas y complementarias de salud mental que le ayudaran a la paciente a incrementar su autoestima y reforzar su confianza.

6. ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO N°1: MECANISMOS DE ACCIÓN DE LA LEPTINA

ANEXO N°2: INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN
EN LA ANOREXIA NERVIOSA

ANEXO N°3: SÍNTOMAS DE PACIENTES CON ANOREXIA
NERVIOSA

ANEXO N°4: SINTOMATOLOGÍA DE LA ANOREXIA NERVIOSA

ANEXO N°5: GUÍA ALIMENTICIA EN LA ANOREXIA NERVIOSA

ANEXO N°6: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN LA ANOREXIA
NERVIOSA

ANEXO N°7: CRITERIOS PARA INTERNAMIENTO HOSPITALARIO
EN LA ANOREXIA NERVIOSA

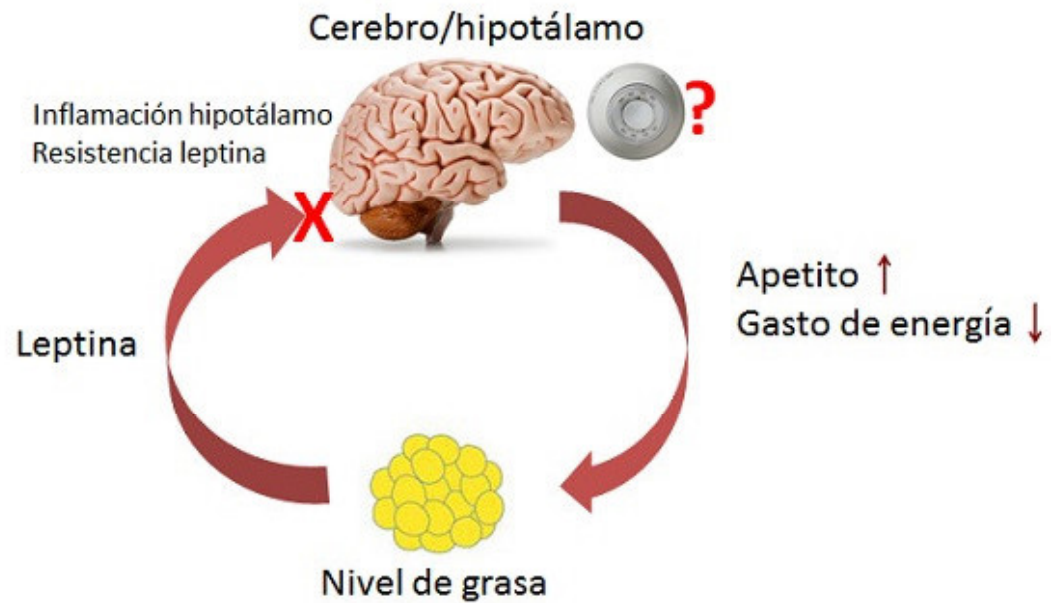
ANEXO N°8: TEST PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ANOREXIA
NERVIOSA

ANEXO N°9: SIGNOS DE ALARMA EN ANOREXIA NERVIOSA

ANEXO N°10: CARACTERISTICAS DE PACIENTES CON
TRATAMIENTO

APENDICE N°1: FACHADA DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
MÉDICAS Y NUTRICIÓN “SALVADOR ZUBIRAN”

ANEXO N° 1
MECANISMOS DE ACCIÓN DE LA LEPTINA



FUENTE: Galancho I. *El círculo vicioso del sobrepeso*. Salud. México, Febrero, 2014; 30(20): 3 Disponible en [http://: www. Practica vida.es](http://www.Practica vida.es) Consultado el día 20 de abril 2015

ANEXO N° 2

INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

EN LA ANOREXIA NERVIOSA



FUENTE: González A. *¿Porque todos los japoneses son delgados?* Lollipopkizz. México, Octubre, 2013; 23(10): 4. Disponible en <http://lollipopkizz.wordpress.com>. Consultado el día 15 abril 2015.

ANEXO N° 3

SÍNTOMAS DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVIOSA



FUENTE: Adsuara A. *Anorexia y Bulimia*. Barcelona, Julio 2011; 12(5): 4. Disponible en <http://dieteticanutricion.com>. Consultado el día 20 abril 2015.

ANEXO N°4
SINTOMATOLOGIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA



FUENTE:Hernández S. *Anorexia nerviosa*. México, abril, 2000:4.
Disponible en <http://www.sintomatologiaAN.blog>. Consultado el día 26 de abril 2015.

ANEXO N° 5

GUÍA ALIMENTICIA EN LA ANOREXIA NERVIOSA



FUENTE: Hernandez M. *Anorexia nerviosa*. México DF, abril, 2000: 6. Disponible en <http://www.trastornosalimenticios.org>. Consultado el día 26 de abril 2015.

VER ANEXO N° 6
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN LA ANOREXIA NERVIOSA

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del normal, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso normal).
- B. Miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de 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.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, como la administración de estrógenos).

FUENTE: Miranda S. *Manejo nutricional*. México, octubre, 2010; 67(1): 4. Disponible en [http://: www. Redalyc.org](http://www.Redalyc.org). Consultado en abril 2015

ANEXO N° 7
CRITERIOS PARA INTERNAMIENTO HOSPITALARIO
EN LA ANOREXIA NERVIOSA

<p>Perdida continuada de peso (peso menor al 75% del esperado peso/talla)</p> <p>Datos de desnutrición crónica grave: hipoproteïnemia (albúmina < 2,5 mg/dl), transferrina sérica < 100 mg/dl, linfopenia (< 1.000 linfocitos/μl)</p> <p>Deshidratación</p> <p>Trastornos hidroelectrolíticos graves</p> <p>Arritmias cardíacas (incluido alargamiento del QT)</p> <p>Inestabilidad fisiológica</p> <p>Bradicardia grave (< 45 lat/min)</p> <p>Hipotensión</p> <p>Hipotermia (temperatura < 36 °C)</p> <p>Cambios por ortostatismo en pulso y presión arterial</p> <p>Retraso del desarrollo o crecimiento</p> <p>Fracaso del tratamiento ambulatorio</p> <p>Rechazo agudo a la ingesta</p> <p>Purgaciones o atracones incontrolables</p> <p>Complicaciones médicas agudas de la desnutrición (síncope, convulsiones, ICC, pancreatitis)</p> <p>Complicaciones psiquiátricas graves (tentativas autolíticas, psicosis agudas)</p> <p>Otros trastornos psicológicos importantes que interfieren en el tratamiento (depresión grave, trastorno obsesivo-compulsivo)</p> <p>Problemática en relación familiar que dificulta tratamiento ambulatorio</p>
--

FUENTE:Rodriguez S. *Anorexia y la Medicina Interna*. Barcelona, agosto, 1998; 15(1): 4. Disponible en [http://: www. Elsevier.es](http://www.Elsevier.es). Consultado en abril 2015

ANEXO N° 8
TEST PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

-Sobre el peso:

¿Te parece que tu peso es adecuado?

¿ Ha aumentado o disminuido tu peso últimamente

- Sobre la alimentación

¿Comes todo tipo de alimentos?

-Sobre el ejercicio

¿Haces mucho ejercicio?

- Sobre la autoestima y autoimagen

¿Te gusta como eres físicamente

-Sobre la integración familiar y social

¿Te llevas bien con tu familia?

¿Tienes buenos amigos?

- Sobre aspectos psicológicos

¿Cómo estás de ánimo?

¿Te sientes nerviosa o irritable?

- Sobre la Historia menstrual

¿Cuándo tuviste la regla por primera vez?

¿ Cuando has tenido la última regla?

FUENTE: Misma del anexo N° 7. p.7

ANEXO N° 9

SIGNOS DE ALARMA EN LA ANOREXIA NERVIOSA

<p><i>Conducta alimentaria</i></p> <p>Atracones alimentarios a escondidas al menos dos veces a la semana durante un período no inferior a tres meses.</p> <p>Intentos manifiestos de restricción dietética en comidas normales.</p> <p>Almacenamiento de alimentos en diversos lugares de la casa.</p> <p>Ingestión de comidas dedicadas a terceros sin preocupación aparente y negando la evidencia.</p> <p>Ingestión de grandes cantidades de agua, leche, café y bebidas de cola <i>light</i>.</p> <p>Consumo intensivo de chicles sin azúcar.</p> <p>Consumo indiscriminado de tabaco para disminuir el ansia de comer.</p> <p>Consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados, de la basura o destinados a animales de compañía.</p> <p>Evitación de comidas sociales.</p> <p><i>Conducta destinada a compensar atracones y perder peso</i></p> <p>Vómitos autoprovocados.</p> <p>Escupir comidas sin tragarlas.</p> <p>Uso masivo de laxantes y a veces enemas.</p> <p>Uso de diuréticos.</p> <p>Aumento del ejercicio físico para aumentar gasto energético.</p> <p><i>Estudios y trabajo</i></p> <p>Aumento aparente de las horas de actividades útiles y estudio.</p> <p>Disminución del rendimiento escolar o laboral.</p> <p>Inasistencia a clases o al trabajo.</p> <p>Disminución de las horas de sueño y dificultad para levantarse.</p> <p><i>Vida familiar</i></p> <p>Irritabilidad y cambios bruscos de humor.</p> <p>Evitación de compartir vida familiar y salidas sin límites.</p>
--

FUENTE: Carrillo L. *Manejo del tratamiento de anorexia nerviosa*. México, octubre, 2010; 6(14): 10. Disponible en [http://: www.Redalyc.org](http://www.Redalyc.org). Consultado el 12 marzo 2015

ANEXO 10
CARACTERISTICAS DE PACIENTES CON TRATAMIENTO

Características	Anorexia nerviosa (n = 30)	Grupo control (n = 30)
Edad (años)	15,5 ± 1,6	15,1 ± 1,6
Peso (kg)	39,4 ± 6,2	53,1 ± 4,9
IMC (kg/m ²)	15,3 ± 2,1	20,3 ± 1,3
Frecuencia cardíaca (lat/min)	56,9 ± 12,0	82,9 ± 11,9

FUENTE: Misma del Anexo N° 9. p.4.

APENDICE N°1
FACHADA DEL INSTITUTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN



FUENTE. Pérez K.C. Fachada al Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, 2015 Tomada 15 abril 2015

7. GLOSARIO DE TERMINOS

ACROCIANOSIS: Es un cuadro clínico caracterizado por una coloración azul violácea persistente y simétrica de zonas ocreas, principalmente manos y pies, que no está precedida por episodios de palidez previos.

ADOLESCENTE MAYOR: Comprende a los jóvenes de entre los 15-20 años, comparten muchas de las preocupaciones del adolescente temprano, pero además tiene el problema de hacerse un lugar en la sociedad adulta, por lo que sienten la obligación de encontrar una entidad propia

ALCALOSIS METABOLICA: Es un trastorno del equilibrio ácido-base en una concentración baja de hidrogeniones circulantes y el consecuente aumento de la concentración de bicarbonato, lo que eleva el pH del plasma sanguíneo por encima del rango normal (7.35-7.45). En la alcalosis metabólica se halla un pH arterial superior a 7.45 y un bicarbonato plasmático (HCO_3^-) superior a 25 mmol/l con alteraciones primarias, y un aumento de la presión parcial de CO_2 (pCO_2) por hipoventilación compensatoria

ANHEDONIA: Es la incapacidad para experimentar placer, una pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se

considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros

ANSIEDAD: Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloban: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero y aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico,

ANTIDEPRESIVOS: Sin medicamentos psicotrópicos utilizados para tratar los trastornos depresivos mayores, que pueden aparecer en forma de uno o más episodios a lo largo de la vida, con diversos trastornos de ansiedad, ciertos desórdenes de la conducta alimentaria y alteraciones del control de los impulsos.

ANTIPSIKÓTICOS: Sin fármacos que comúnmente, aunque no exclusivamente, se usa para el tratamiento de las Psicosis. Los neurolepticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro y pueden servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones, y generalmente en dosis terapéuticas no presentan efectos hipnóticos. Se han desarrollado varias generaciones de neurolepticos, la primera la de los antipsicóticos típicos, descubiertos en la década de 1950. La segunda generación constituye un grupo de antipsicóticos atípicos, de descubrimiento más reciente y de mayor uso en la actualidad. Ambos tipos de medicamentos, los típicos y los atípicos, tienden a bloquear los receptores de la vía de la dopamina en el cerebro.

ARRITMIA: Son alteraciones en el funcionamiento de la red eléctrica del corazón que modifican el ritmo cardíaco y tienen repercusión en la función de bombeo de este órgano, disminuyendo su eficacia.

BENZODIACEPINAS: Son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central, con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorelajantes. Por ello, se usan las benzodiazepinas en medicina para la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, así como las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos musculares.

BRADICARDIA: Implica corazón lento y más concretamente supone la emisión, por parte del nódulo sinusal, de menos de 60 pulsaciones por minuto

BRECHA ANIONICA: Es la diferencia entre los cationes y aniones medidos en suero, plasma u orina. La magnitud de esta diferencia (brecha) en el suero, es frecuentemente usada en medicina para tratar de identificar la causa de acidosis metabólica

BUPROPION: Es un fármaco con propiedades psicoestimulantes indicado como antidepresivo y para el cese del tabaquismo, perteneciente a la clase de inhibidores de la recaptación de Dopamina y Noradrenalina

CAMBIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS: Los cambios en el electrocardiograma se pueden producir por varias razones Si se tiene alguna evidencia de enfermedad de la arteria coronaria. Por ejemplo, la Caquexia que es un estado de extrema desnutrición, como atrofia muscular, fatiga, debilidad y anorexia en personas que no están tratando de perder peso activamente.

CAROTENO SERICO: Es la determinación se ha utilizado como análisis cualitativo de la malabsorción de grasas. Debido a que apenas se almacena en el organismo, su valor en suero depende tanto de la ingesta de alimentos que lo contienen como de la absorción de sustancias liposolubles

CITALOPRAM: Pertenece a una clase de antidepresivos llamados Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (SSRI) que se cree que actúan aumentando la cantidad de Serotonina, que es una sustancia natural del cerebro, que ayuda a mantener el equilibrio mental.

COMORBIDOS: Es la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. Es decir enfermedades adicionales.

DISTIMIA: En el también llamado trastorno distímico que, es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado

EMACIACIÓN: Es el síndrome, también conocido como síndrome consuntivo que implica la pérdida involuntaria de más de 10% del peso corporal particularmente de masa muscular.

EQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO: Los electrolitos son minerales en el cuerpo que tienen una carga eléctrica y se encuentran en la sangre, la orina y los líquidos del cuerpo. Mantener el equilibrio adecuado de electrolitos ayuda a la química sanguínea, acción muscular y otros procesos del organismo. Son electrolitos: el sodio, calcio, potasio, cloro, fosfato y magnesio.

FLUOXETINA: Es un antidepresivo de la clase Inhibidor Selectivo de la recaptación de Serotonina y está indicada para tratar, tanto en adultos como en niños, los trastornos depresivos, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la bulimia nerviosa y el trastorno disfórico premenstrual.

HIPERCAROTINEMIA: Es un Trastorno alimentario debido al consumo excesivo de alimentos ricos en caroteno, que se manifiesta por el exceso de ese pigmento en la sangre.

HIPERCORTISOLEMIA: Es la elevación de los niveles de cortisol en la sangre que puede deberse a estrés, síndrome depresivo, etilismo, obesidad o a síndrome de Cushing. Raramente se observa en el síndrome de resistencia a los glucocorticoides, en cuyo caso, carece de una traducción clínica.

HIPERPOPOTASEMIA: Es un trastorno hidroelectrolítico que se define como un nivel elevado de potasio plasmático, por encima de 5.5 mol/L. Sus causas pueden ser debido a un aumento del aporte, redistribución o disminución de la excreción renal. Niveles muy altos de potasio, constituyen una urgencia médica debido al riesgo de arritmias cardíacas.

HIPOFISIS: Es una glándula endocrina que segrega hormonas encargadas de regular la homeostasis incluyendo las hormonas tróficas que regulan la función de otras glándulas del sistema endocrino,

HIPOPITUITARISMO: Es el término usado para una disminución anormal de las hormonas secretadas por la glándula hipófisis. El hipopituitarismo puede ser primario (por ausencia o destrucción de

las células hipofisarias) o secundario (por déficit de estimulación por alteración del hipotálamo o por sección del tallo hipofisario)

HIPOPOTASEMIA: Es también conocida como hipokaliemia o hipocaliemia, es un trastorno en el equilibrio hidroelectrolítico del cuerpo, el cual se caracteriza por un descenso en los niveles del ion potasio (K) en el plasma, con niveles por debajo de 3.5 mmol/L o 3,5 mEq/l.

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA: Es una caída de la presión arterial sanguínea que viene como resultado después de que una persona haya estado de pie, durante un tiempo prolongado, o cuando se pone de pie después de haber estado sentada o acostada.

HIPOTENSIÓN: Hace referencia a una condición anormal en la que la presión sanguínea de una persona es mucho más baja de lo usual, lo que puede provocar síntomas como vértigo o mareo.

HOMEOSTASIS Es una propiedad de los organismos vivos que consiste en la capacidad de mantener una condición interna estable compensando los cambios en su entorno mediante el intercambio regulado de materia y energía con el exterior, llamado metabolismo. Se trata de una forma de equilibrio dinámico que se hace posible gracias a una red de sistemas de control

realimentados que constituyen los mecanismos de autorregulación de los seres vivos

HORMONA FOLICULOESTIMULANTE: Es una hormona del tipo gonadotropina que se encuentra en los seres humanos y otras hembras primates. Es sintetizada y secretada por gonadotropos de la glándula pituitaria anterior. Esta hormona regula el desarrollo, el crecimiento, la maduración puberal, y los procesos reproductivos del cuerpo produciendo la maduración de ovocitos en la mujer, y en los hombres, la producción de espermatozoides.

HORMONA LUTEINIZANTE: Es la hormona que regula la secreción de testosterona, actuando sobre las células de Leydig en los testículos; y en la mujer, controla la maduración de los folículos, la ovulación, la iniciación del cuerpo lúteo y la secreción de progesterona

IMIPRAMINA: Es un fármaco antidepresivo perteneciente al grupo químico farmacológico de las dibenzazepinas, cuyo uso se hace en casos clínicos de depresión mayor, y su uso se evalúa en los casos de desórdenes o crisis de pánico.

INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA: Es una afección en la cual el corazón no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo.

IPECACUANA: Es una planta floral familia de las rubiáceas, cuya raíz se utiliza para hacer jarabe de ipecacuana, que es un emético muy efectivo.

LANUGO: Es una forma de pelo o vello corporal muy fino, que crece como aislante de la piel, por razón de ausencia de grasa.

LEPTINA: Es también conocida como proteína OB, y es una hormona producida en su mayoría por los adipocitos (células grasas) aunque también se expresa en el hipotálamo, el ovario y la placenta.

LEUCOPENIA: Implica la disminución del número de leucocitos totales por debajo de $3.000 - 3.500 /\text{mm}^3$

NORTRIPTILINA: Es un fármaco usado para tratar la depresión. Pertenece a una clase de medicamentos llamados antidepresivos tetracíclicos y funciona al aumentar la cantidad de ciertas sustancias naturales en el cerebro que son necesarias para mantener el equilibrio mental.

OBSESIÓN: Se trata de una perturbación anímica producida por una idea fija, que con tenaz persistencia, asalta la mente. Este pensamiento, sentimiento o tendencia aparece en desacuerdo con el pensamiento consciente de la persona, pero persiste más allá de los esfuerzos por librarse de él

OLANZAPINA: Es un antipsicótico atípico, aprobado por la FDA para el tratamiento de la esquizofrenia con episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar

PANCITOPENIA: Es una enfermedad en la que hay una reducción en el número de glóbulos rojos, glóbulos blancos, así como, de plaquetas en la sangre.

PSICOTRÓPICOS: Son agentes químicos que actúan sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

SEROTONINA: En el sistema nervioso central, se cree que la serotonina representa un papel importante como neurotransmisor, en la inhibición de: la ira, la agresión, la temperatura corporal, el humor, el sueño, el vómito, la sexualidad, y el apetito. Estas inhibiciones están relacionadas directamente con síntomas de depresión.

SERTRALINA: Es un antidepresivo perteneciente al grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina. Se utiliza en desequilibrios químicos o electrolíticos en el cuerpo (por ejemplo, niveles altos o bajos de potasio en sangre) también si hay disminución del flujo sanguíneo a ciertas áreas del cuerpo, si los latidos del corazón son regulares. Los ritmos irregulares pueden indicar un problema o trastorno subyacente.

SIBUTRAMINA: Es un medicamento utilizado para tratar la obesidad. La FDA ha ordenado suspender la comercialización de este medicamento en Estados Unidos debido a sus efectos perjudiciales sobre el aparato cardiovascular. También se ha retirado del mercado por los mismos motivos en la mayor parte de los países de Europa y el resto del mundo.

SIGNO DE GODETE: Es una maniobra que permite poner en evidencia la existencia de un edema. Para realizarlo el médico ejerce una presión con su dedo sobre el tejido o la mucosa sospechosa. El signo es positivo si, al retirar el dedo, el médico observa una impronta que tarda unos segundos en desaparecer.

TAQUICARDIA VENTRICULAR: Se produce la Taquicardia Ventricular cuando los impulsos eléctricos del corazón no se originan en la red eléctrica de manera ordenada, sino que surgen en cualquier punto de las paredes de los ventrículos y se transmiten

al resto del corazón por vías alternativas, que son más lentas, por lo que el latido no es homogéneo, se acelera y bombea con menos eficacia.

TAQUICARDIA: Es el incremento (aceleración) de la frecuencia cardíaca. Es la contracción demasiado rápida de los ventrículos. Se considera cuando la frecuencia cardíaca es superior a cien latidos por minuto en reposo

TIROXINA: Es la Tetrayodotironina (usualmente abreviada T_4), y es el principal tipo de hormona tiroidea secretada por las células foliculares de la glándula tiroides.

TRANILCIPROMINA: Se usa para tratar la depresión en personas que no ha recibido ayuda de otros medicamentos. La Tranilcipromina pertenece a una clase de medicamentos llamados inhibidores de monoamino oxidasa (MAOIs, por su sigla en inglés). Funciona al incrementar la cantidad de ciertas sustancias naturales que son necesarias para mantener el balance mental.

TRİYODOTIRONINA: Es También conocida como T_3 , y es una hormona tiroidea. Afecta a casi todos los procesos fisiológicos en el cuerpo, incluyendo crecimiento y desarrollo, metabolismo, temperatura corporal y ritmo cardíaco. Su función es estimular el metabolismo de los hidratos de carbono y grasas, activando el consumo de oxígeno, así como la degradación de proteínas dentro de las células.

TROMBOCITOPENIA: Es cualquier trastorno en el cual hay una cantidad anormalmente baja de plaquetas, que son partes de la sangre que ayudan a coagularla. Esta afección algunas veces se asocia con sangrado anormal.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARAN S. y Cols *baja de peso y el resultado en la anorexia nerviosa*. Psiquiatría. Madrid, 1995; 152 (58): 107 Disponible en <http://www.elsevier.org>. Consultado 6 de marzo del 2015.

BÁRCENA J. *Trastornos de alimentación*. Ed. Manual Moderno. 4ta. ed. México, 2011: 50-92

BASTIDA A. *La anorexia nerviosa*. Nursing. Barcelona, Marzo, 2003; 21(10): 1-17. Disponible en <http://www.rev nursing2003.org>. Consultado el día 10 de marzo del 2015.

BEERS M. *Manual Merck de información médica*. Ed. Médica Panamericana. 2da, ed. Madrid, 2001: 56-70

BEHAR R. y Cols. *Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad*. Médica de Chile. Santiago de Chile, Febrero 2006; 12(134): 1-19. Disponible en <http://www.redalyc.org>. Consultado el día 14 de marzo del 2015.

MARTINEZ B. *Síndrome de realimentación* *Endocrinología y Nutrición*. Madrid, Abril, 2000: 51(15): 36-42. Disponible en <http://www.elsevier.org>. Consultado 10 de marzo del 2015.

BELLISLE F. *Preocupaciones y patrones alimenticios*. Internacional de Obesidad y trastornos metabólicos. Barcelona, Agosto, 1995; 12(4): 1-15 Disponible en <http://www.elsevier.org>. Consultado el día 03 de marzo del 2015

BENNETT C. *Tratado de medicina interna*. Ed. Mc Graw Hill. ed. 20. Vol I. México, 1997: 1331-1355

BEUMONT G. *Trastornos alimenticios*. Iberoamericana de educación. Madrid, abril, 2007; 25(10): 2-22. Disponible en <http://www.revanorexianerviosa.org>. Consultado el 09 de marzo del 2015

CALVO S. *Anorexia nerviosa*. Madrid España, febrero, 1990; 18(57): 15 Disponible en [http://www.nutrición hospitalaria.Org.mx](http://www.nutriciónhospitalaria.Org.mx). Consultado el día 03 de marzo del 2015.

CAREY F. *Química Orgánica*. Ed. Mc Graw Hill. ed. 6ta. México, 2006: 871-877

CAREY W. *Diagnóstico clínico y tratamiento*. Ed. el Manual Moderno. Bogotá, 2012: 95-103

CARRILLO V. *Publicidad y anorexia*. Ed. Panamericana. ed. Madrid, 2002: 35-58

CASPER R. *¿Qué tan útiles son el tratamiento farmacológico en los trastornos alimenticios?* *Psicofarmacología*. México, Abril, 2002; 36(2): 1-30. Disponible en <http://www.redalyc.org>. Consultado el día 03 de marzo del 2015

CHERYL R. *Nutrición y trastornos alimenticios*. Ed. Trillas. ed.3ra. Washington, 1987: 29-50

CHINCHILLA Alfonso. *Guía teórico práctico de los trastornos de conducta alimentaria*. Ed. Masson. ed. 3ra. Barcelona, 1995: 23-83

CONNOR R. *Tratamiento en la anorexia*. *Antropología de hoy*. Washington, Octubre, 2008; 24(5): 1-5. Disponible en <http://www.yorku.ca>. Consultado el día 16 de marzo del 2015

COWLEY D. *Trastornos de la alimentación*. Ed. El Manual Moderno. México, 1996: 76-84

DUCKER M. *Limitaciones médicas*. Ed. Limusa. ed. México, 1995; 55-68

DUEÑAS V. *El banco de sangre*. Ed. Universidad del valle. ed. 2da. Bogotá, 2003: 55-78

FAIRBURG C. *Tratamiento basado en la evidencia de la anorexia nervosa*. *Psiquiatría*. Madrid, 1995; 152 (58): 107 Disponible en <http://www.elsevier.org>. Consultado 6 de marzo del 2015

FELDMAN M. *Enfermedades gastrointestinales y hepáticas*. Ed. Panamericana. ed. 6ta. Tomo I. Buenos Aires, 2000: 317-322

FERNÁNDEZ R. *Trastornos de la alimentación*. Ed. Masson.ed. Barcelona, 1998: 8-22

FREEDMAN A. *Compendio de Psiquiatría*. Ed. Salvat ed. 2a. México, 1984: 34-67

GAIL S. *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. Ed. Elsevier. ed. 8ta. Madrid, 2006: 25-43

GARCIA E. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa*, Ed Masson. ed. Barcelona, 2001. 34- 40

GARNER D.M. *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Ed. TEA. ed.4ta. Madrid, 1998: 33-68

GERLING M. *Anorexia y bulimia*. Ed. Grijalbo. ed. Barcelona, 2004: 45-62

GISMERO E. *Evaluación de autoconcepto la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia*. Científica de América. Madrid, febrero, 2001:12(2):1-19.Disponible en: <http://www.redalyc.org> Consultado el 3 de marzo del 2015

GUZMAN G. *El análisis existencial de la anorexia nerviosa*. Mexicana de trastornos alimentarios. Santiago de Chile, Agosto, 2007; 3(20): 1-30 Disponible en [http:// www. Journals. Iztacalaunam.mx](http://www.Journals.Iztacalaunam.mx) Consultado el día 15 de marzo del 2015

HALES R. *Incidencia en el mundo de trastornos alimenticios*. Revista Elsevier. Barcelona, mayo, 2008; 24(9):1-17.Disponible en <http://www.elsevier.es>. Consultado el 01 de marzo del 2015.

HUGHES J. *Manual de psiquiatría moderna*. Ed. Limusa. ed. México, 1984: 95-120

JAUREGUI I. *Revisión del tratamiento dietético nutricional de la anorexia nerviosa*. Médica de Chile. Santiago de Chile, Abril 2012; 14(3): 1-19. Disponible en <http://www.redalyc.org.mx> consultado el día 13 de marzo del 2015

LEÓN G. R. y Fhelan F. *Anorexia nerviosa*. Ed. Plenum Press. ed. Washington, 1985: 18-34.

MORALES J.L. *Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica*. Ed. Manual moderno. ed. 4ta. Mexico, 2010: 900-915

MORANDÉ G. *Trastornos del comportamiento alimentario*. Ed. Trillas. ed 3ra. Madrid, 1990: 1-10

OJEDA A. *Transtornos de la conducta alimentaria anorexia nerviosa*. Posgrado de la Vía Catedra de Medicina. Barcelona, agosto 2006; 3(15): 2-16. Disponible en <http://www.Redalyc.Org>. Consultado el día 03 de marzo del 2015

PÉREZ A. M. *Trastornos de la alimentación de origen conductual*. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. ed. 20. México, 1997: 34-47

PHILIP J. *Química y contenidos hemáticos*. Ciencias de Colombia, Bogotá, Febrero, 2012; 12(4):1-9 Disponible en <http://www.objetivos.univalle.com>. Consultado el día 14 de marzo del 2015

PORTELA M. L. *La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios*. Nutrición Hospitalaria. San Salvador, julio, 2012; 27(2): 391-401 Disponible en <http://www.revistadenutricionhospitalaria.Org.mx> consultado el día 03 de marzo del 2015.

RAICH R. M. *Trastornos alimentarios y sus síntomas*. Ed. Trillas. ed. México, 1990: 45-69

RECALCATI M. *Clínica del vacío: anorexias, dependencias, Psicosis*. psicoterapia Agosto (2003). 30(31).Disponible en <http://www.elsevier.org>. Consultado 11 de marzo del 2015

RIVERO O y Cols. *Tratado de medicina* .Ed. El Manual moderno. ed. México, 1993: 83-98

RUSSELL C. y Goldman L. *Tratado de Medicina Interna*. Ed. Panamericana. ed. Barcelona, 2013: 204-220

SCHAUSS A. y Cols. *Nutrición: Dieta, Crimen y Delincuencia*. Washington, 1981 36 (2): 88-10. Disponible en <http://www.redalyc.org>. Consultado en día 3 de marzo del 2015.

TORO J. *Anorexia y bulimia*. Ed. Panamericana. ed. 3ra. Madrid, 1999: 89-100

TOWNSEND M. C. *Fundamentos de enfermería en Psiquiatría*. Ed. Mac Graw Hill. ed. 4ta. México, 2008: 654-679

TREJO B. *Nutriología médica*. Ed. Panamericana. ed. 2da. Madrid, 2001: 120-143.

TURÓN G. *Trastornos alimentarios y depresión guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Ed. Masson. ed. 2da. Barcelona, 1998: 385-400