

Mindfulness, una alternativa terapéutica para la anorexia nerviosa

Autora: Natalia Álvarez Barreto

Tutores: Pedro Javier Barroso China y Domingo David Afonso Oramas

Titulación: Grado de Enfermería

Convocatoria: Junio

**Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y
Fisioterapia**

Tenerife, Universidad de La Laguna



RESUMEN

Basándonos en la literatura actual, las terapias no farmacológicas, desde un punto de vista de la psicología clínica, han mostrado ser una buena alternativa en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa. Estas terapias, entre las que se encuentra la “*Mindfulness o Conciencia Plena*”, y recientemente “*mindfuleating*”, se centran en prestar atención desinteresado a los pensamientos, las emociones, las sensaciones corporales y al ambiente circundante, sin juzgar si son adecuados. Es decir, se enfoca en lo que se percibe, sin preocuparse por los problemas, por sus causas y consecuencias, sin buscar soluciones. En este trabajo, que se desarrolla a continuación, hacemos un repaso de este tipo de terapias cognitivo-conductuales y realizamos una comparativa con los tratamientos clásicos empleados para este tipo de trastornos alimentarios, tanto en pacientes que lo padecen, como en el ámbito de la enfermería. A pesar del beneficio que con lleva este tipo de terapias en pacientes con trastornos alimentarios, observamos, tras una búsqueda exhaustiva, que no se están implantando en los hospitales de la isla de Tenerife. Alternativamente, existen algunos centros sanitarios en Canarias que lo aplican.

SUMMARY

Based on the current literature, non-pharmacological therapies, from a clinical psychology point of view, have been shown to be a good alternative in the treatment of eating disorders, such as anorexia nervosa. These therapies, which include “*mindfulness*” and recently “*mindfuleating*”, focus on paying selfless attention to thoughts, emotions, body sensations, and the surrounding environment, without judging their appropriateness. In other words, it focuses on what is perceived, without concern for the problems, their causes and consequences, without seeking solutions. In this work, which is developed below, wereviewthistype of cognitive-behavioraltherapy and make a comparison with the classic treatments used for this type of eating disorder, both in patients who suffer from it and in the nursing field. In spite of the benefit that this type of therapies brings to patients with eating disorders, we observe, after an exhaustive search, that they are not being implemented in the hospitals of the island of Tenerife. Alternatively, there are some health centers in the Canary Islands that apply it.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, mindfulness, trastorno de la conducta alimentaria, ansiedad, depresión, atención plena, intervención enfermera.

Key words: anorexia nervosa, mindfulness, eating disorder, anxiety, depression, full attention, nurse intervention.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

- **TCA:** Trastorno de la conducta alimentaria
- **AN:** Anorexia Nerviosa
- **TANE:** Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
- **DSM-IV-TR:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- **EEAG:** Escala de funcionamiento global
- **Mf:** Mindfulness
- **MBSR:** Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena
- **CFM:** Centro para la Conciencia Plena en Medicina, Cuidado de la Salud y de la Sociedad
- **MBCT:** Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena
- **DBT:** Terapia Dialéctica Conductual
- **ACT:** Terapia de Aceptación y Compromiso
- **IMC:** Índice de masa corporal
- **NOC:** Clasificación de resultados de enfermería
- **NIC:** Clasificación de intervenciones de enfermería
- **SCOFF:** Cuestionario de cribado de anorexia y bulimia
- **EEICA:** Escala de evaluación de satisfacción corporal en adolescentes
- **EAT:** Test de actitudes hacia la comida

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Anorexia nerviosa.....	3
1.2. Tratamiento interdisciplinar de los TCA.....	5
1.3. Tratamiento farmacológico	7
1.3.1 Anorexia Nerviosa.....	7
1.3.2 Bulimia y Trastornos por atracón.....	7
1.3.3 Trastorno restrictivo.....	7
1.4. Mindfulness y los TCA.....	8
1.4.1 Reducción de estrés basada en la Conciencia Plena	9
1.4.2 Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena	11
1.4.3 Terapia Dialéctica Conductual.....	12
1.4.4 Terapia de Aceptación y Compromiso.....	13
1.5. Intervención de enfermería en los TCA.....	14
1.5.1 Objetivos de enfermería en los TCA.....	17
1.5.2 Intervenciones NIC asociadas a los TCA.....	19
2. Objetivos.....	21
2.1. Objetivos generales.....	21
2.2. Objetivos específicos.....	21
3. Material y método.....	22
3.1. Tipo de estudio.....	22
3.2. Estrategias de búsqueda.....	22
3.3. Criterios de inclusión.....	22
3.4. Criterios de exclusión.....	23
4. Resultado y Discusión.....	24
5. Conclusiones.....	35
6. Bibliografía.....	36
7. Anexos.....	45

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; lo anterior en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. Este grupo de enfermedades es complejo y engloba a una serie de entidades patológicas que, aunque comparten ciertos atributos, varían enormemente en cuanto a sus expresiones físicas, psicológicas y conductuales. A pesar del gran despliegue de recursos utilizados en las últimas décadas para su comprensión, el origen preciso de estas alteraciones aún no ha podido ser dilucidado. Los dos tipos principales de trastornos de la conducta alimentaria son: anorexia y bulimia nerviosas. Otra categoría la constituyen los "trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TANE)" que codifican los trastornos que no cumplen los criterios que permita el diagnóstico de un trastorno en concreto. Entre estos trastornos no especificados, se encuentra el trastorno por atracón (TA), catalogado como una nueva categoría que deberá ser sometida a cuidadosas revisiones.¹

Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en las mujeres y, generalmente, se inician durante la adolescencia o la juventud temprana, aunque existen reportes de casos donde aparecen en la infancia o en la vida adulta.²

Estas enfermedades, que están caracterizadas por su cronicidad así como por la aparición frecuente de recaídas, provocan a su vez alteraciones en el funcionamiento psicosocial de los individuos, ya que, además de poseer un efecto devastador en los pacientes y en sus familias, se asocian a un alto riesgo de conductas suicidas.^{2,3}

Además, frecuentemente se presentan en asociación con otros trastornos psiquiátricos como son: depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso de sustancias, lo que determina un marcado deterioro en el funcionamiento social. Estas enfermedades pueden poner en riesgo la vida de los que las padecen.⁴

El incremento en el número de casos de alteraciones de la conducta alimentaria ha hecho que estos padecimientos constituyan uno de los problemas psiquiátricos de mayor prevalencia actualmente, con el consecuente impacto en la salud pública, tanto por los

aspectos médicos y psicológicos, como por los altos costos que el manejo de las mismas requiere.²

Un análisis reciente determinó que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria es mayor en los países occidentales que en los orientales, pero que en ambos tipos de culturas se ha incrementado de manera constante en los últimos años.⁵

Ahora bien, a pesar de que la incidencia de estas enfermedades aparentemente ha ido en aumento en las últimas décadas, habría que considerar que no se ha podido determinar si esto constituye un fenómeno real, o se trata sólo de que algunos cambios socioculturales observados en los últimos años, facilitan el diagnóstico de estas enfermedades. Al inicio de los años 70 comenzó un proceso de divulgación sobre los trastornos de la alimentación, a través de los distintos medios de comunicación.

Esto motivó que en la actualidad un porcentaje elevado de adolescentes y sus familiares tengan conocimiento sobre la existencia de estas alteraciones. Además, se ha enfatizado que las conductas anormales de estos individuos constituyen una enfermedad, por lo que se ha recomendado brindarles todo tipo de apoyos, así como evitar actitudes de reprobación e intolerancia ante los síntomas.

Todo lo anterior, ha favorecido el desarrollo de un ambiente que permite establecer el diagnóstico con mayor facilidad. Es probable que algunos de los casos hoy diagnosticados, en el pasado hubiesen transcurrido de manera inadvertida al no ser detectados por familiares o compañeros.⁶ Además, no es posible descartar que en generaciones previas los trastornos alimentarios fueran "mejor escondidos" por los pacientes, ante la mayor vergüenza provocada por un ambiente menos tolerante y permisivo.

El origen preciso de los trastornos de la conducta alimentaria no se ha podido dilucidar hasta el momento. Se han propuesto diferentes teorías sobre la etiología de los trastornos alimentarios, siendo probable que todas las teorías resulten complementarias.

Se ha postulado que los factores culturales y ambientales desempeñan un papel importante en la génesis de las alteraciones de la conducta alimentaria, debido a que éstas son por lo general más comunes en los países industrializados que en los países en desarrollo. Sin embargo, es importante reconocer la determinante contribución genética y la influencia que la misma tiene sobre el peso, especialmente en una época en la que se

ha iniciado la identificación y comprensión de las moléculas que participan en el control tanto del apetito como de la saciedad, así como aquellas que intervienen en la homeostasis energética.⁷

Las alteraciones conductuales posiblemente están, al menos facilitadas, por alteraciones específicas en los neurotransmisores o neuromoduladores en el sistema nervioso central, los cuales ejercen sus acciones en una forma genéticamente predeterminada.^{8,9}

Aún sabemos muy poco de los mecanismos moleculares de los trastornos de la alimentación, pero cada día es más claro que el sistema nervioso central, particularmente el hipotálamo (región del sistema nervioso central encargada de las funciones del apetito y de la saciedad); desempeña un papel relevante.¹⁰

Como se ha dicho anteriormente, un tipo de TCA es la anorexia nerviosa, en la cual nos centraremos.

1.1 Anorexia nerviosa

Aunque ya existían anteriormente referencias a esta patología fue William Gull en 1874, el que, al no encontrar una alteración gastrointestinal en este proceso de auto-desnutrición, concluyó que "su origen era central y no periférico". Con el fin de implicar el papel etiológico del cerebro, llamó a esta alteración anorexia nerviosa.¹¹

La anorexia nerviosa es el trastorno de la alimentación que más se ha estudiado.

En la actualidad es considerada una grave enfermedad psiquiátrica caracterizada por la incapacidad de mantener un cuerpo saludable normal en relación con el peso, aspecto que se constituye en una obsesión, observándose insatisfacción permanente con la delgadez alcanzada, aun cuando se haya llegado a niveles de emaciación.

Los pacientes siguen insatisfechos con el peso alcanzado y con la forma de sus cuerpos; asimismo, desarrollan alteraciones en otras conductas para así perpetuar e incrementar la pérdida de peso, purgas, dietas, ejercicio excesivo o ayuno. En estos pacientes se observa que el único estímulo existente en la vida es perder cada vez más y más peso.⁷

En general, la presencia de algún trastorno de la ansiedad precede al trastorno alimentario y de existir depresión, ésta generalmente persiste aún después de la recuperación que se observa en algunos casos.¹² A su vez, todas estas conductas aberrantes producen, entre otras: alteraciones endocrinas, hidroelectrolíticas, cardiovasculares, digestivas, hepáticas y neurológicas.^{13,14}

Como en cualquier padecimiento, la facilidad vs la dificultad para establecer el diagnóstico está en relación con la experiencia del clínico que observa el caso en cuestión.

Así, numerosos textos médicos enfatizan lo elusivo del diagnóstico, en tanto que otros autores subrayan que la mayoría de los pacientes que acuden ante ellos, ya se han auto diagnosticado. Al no existir ningún marcador bioquímico de la anorexia, se han propuesto una serie de criterios de diagnósticos, siendo los más utilizados en la actualidad los incluidos en Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR).¹⁵

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de cinco «ejes», con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social, fobias específicas, hipocondrías, etcétera.

Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado).

Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.

Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo).

Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).¹⁶

Aparte de la Anorexia Nerviosa, existen otros TCA, como la Bulimia Nerviosa, el Trastorno por Atracón y el trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado.

Este tipo de TCA, forman parte de trastornos biopsicosociales que pueden llegar a provocar complicaciones físicas graves y supone la enfermedad psiquiátrica con la más alta tasa de mortalidad, estimada en el 5%.⁸² Algunos trabajos estiman una tasa de mortalidad del 0,56 % al año, lo que supone respecto a la población general, 12 veces más que la tasa anual de muertes debidas a todas las demás causas en mujeres de entre 15 y 24 años.⁸³ Los datos epidemiológicos indican que existe una prevalencia de la anorexia nerviosa, de aproximadamente del 0,4%, en mujeres jóvenes, encontrándose un aumento significativo en su diagnóstico en los últimos 5 años.⁸¹ Estos estudios ponen en énfasis la autoimagen (más que en la distorsión del peso) y en la conducta restrictiva manifiesta, quitando importancia al componente cognitivo de ésta, que no tiene porqué ser verbalizado. Respecto a la etiología de la anorexia nerviosa, se piensa que tiene un origen multifactorial.^{84,85}

Entre los factores más influyentes, estarían los genéticos, la edad, asociado a los cambios que se producen durante la pubertad, el sexo femenino, tener algún trastorno afectivo, la introversión, la inestabilidad, obesidad y factores familiares (antecedentes familiares de salud mental, adicciones, obesidad materna, entre otras). También influirían factores de tipo social, como por ejemplo los valores estéticos dominantes.

1.2 Tratamiento interdisciplinario de los trastornos de la conducta alimentaria

Los grupos interdisciplinarios para el tratamiento de enfermedades crónicas surgen de la ausencia de tratamientos específicos que puedan ser aplicados por un solo médico tratante.

En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, además de lo anterior, se agrega la gran dificultad de que no existen tratamientos farmacológicos o nutricionales de eficacia demostrada.

El tratamiento se basa en programas más o menos estructurados que incluyen:

La psicoterapia (ya sea cognitivo conductual, psicoanalítica, familiar) pretende cambiar las conductas alimentarias y los pensamientos irracionales, explorar qué función tiene el síntoma, para así favorecer la construcción de estrategias emocionales adecuadas. La psicoterapia familiar pretende modificar las relaciones entre los miembros.

Las estrategias de apoyo durante el proceso psicoterapéutico que incluyen: a) vigilancia y tratamiento de las comorbilidades endocrinas, metabólicas, gastrointestinales, etc.; b) vigilancia y tratamiento de las co-morbilidades psiquiátricas: depresión, trastornos obsesivos compulsivos, alteraciones del sueño, etc.

Un programa psicoeducativo que permita una mejor comprensión del padecimiento tanto al paciente como a sus familiares. Sostiene que el tratamiento eficaz debe tener en cuenta la interdependencia entre la mente y los factores biológicos que sufra la persona. En estos programas se da una noción más clara de que el tratamiento no es una intervención puntual sino un proceso gradual que lleva meses o años.

Los grupos interdisciplinarios encargados del estudio y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria incluyen entre otros profesionales: psicólogos, psiquiatras, médicos internistas o endocrinólogos y nutriólogos.

Existen claras diferencias en las propuestas de tratamiento y en las respuestas alcanzadas en cada uno de los trastornos de la conducta alimentaria.

A parte, cabe destacar que la bulimia es un tipo de TCA que se caracteriza por períodos de comer de manera compulsiva con provocación del vómito seguidamente.

Mientras que el trastorno por atracón es cuando la persona come generalmente una cantidad de comida mucho mayor de lo normal, todo al mismo tiempo.

Algunos datos y consideraciones sobre el tratamiento en el caso de la anorexia se muestran a continuación.¹⁷

Para su tratamiento es indispensable un equipo interdisciplinario. Algunos pacientes o sus familias se resisten a esta aproximación. Es recomendable iniciar el tratamiento por parte de cualquier profesional de la salud que, luego de establecer en unas cuantas citas un vínculo con la paciente, debe encausar a ésta al tratamiento interdisciplinario. La psicoterapia (cognitiva conductual o psicoanalítica) es el elemento central del tratamiento de estas pacientes.

El uso de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, concretamente la fluoxetina, ha tenido buenos resultados como coadyuvante en el control de la depresión. Este fármaco se ha utilizado en pacientes con anorexia purgativa

principalmente. Su prescripción debe ser individualizada y requiere de una evaluación psiquiátrica.

Los parámetros clínicos y de laboratorio a seguir por el internista o endocrinólogo, a fin de evitar mortalidad en pacientes con anorexia nerviosa se muestran en los cuadros 5 y 6.

El tratamiento nutricional debe ser preciso y flexible. No se ha establecido un consenso sobre el cálculo calórico. Se recomienda, en líneas generales, trabajar inicialmente para detener la pérdida de peso y a continuación promover la recuperación gradual del mismo hasta alcanzar un peso ideal.

El proceso terapéutico suele prolongarse por años. El pronóstico es bueno, siempre y cuando se mantenga la adherencia al proceso terapéutico.¹⁸

Cuadro 5. Parámetros clínicos y de laboratorio

Diagnóstico	Seguimiento
<ul style="list-style-type: none">• BH, glucosa, creatinina• Na, K, Ca, P, Mg• Triglicéridos• LH, FSH, estradiol• TSH, T3 y T4• Prolactina y cortisol*• Hormona de crecimiento*• Imagen de hipófisis*• Densitometría*• Ultrasonido pélvico*	<ul style="list-style-type: none">• Peso y velocidad de crecimiento• Menstruación• TSH, T3 y T4• Otros

* Nota: No necesario, salvo en casos excepcionales

Cuadro 6. Indicaciones de hospitalización

- Hipoglucemia: <45 mg/100 mL
- Baja de potasio grave: <2.5 mEq/L
- Bradicardia: <40 latidos por minuto
- Problemas psiquiátricos graves
- Indicaciones "psicoterapéuticas"

1.3 Tratamiento farmacológico

El uso de la medicación en los TCA no se recomienda como tratamiento único ni de primera línea, sino que se ha de realizar en el contexto de un tratamiento integral.²⁸

1.3.1 Anorexia Nerviosa. En la Anorexia Nerviosa la recuperación nutricional es prioritaria, y la medicación no está indicada como primera opción de tratamiento. El tratamiento farmacológico en la Anorexia Nerviosa puede ser útil para tratar diferentes síntomas que aparecen junto con el TCA como son los síntomas depresivos, síntomas

ansiosos o síntomas obsesivos entre otros. También puede ser útil la medicación en algunos casos en los que aparecen síntomas que dificultan el tratamiento y la recuperación (incremento de la actividad física, episodios de agresividad etc.). Entre los fármacos más utilizados en la Anorexia Nerviosa destaca la fluoxetina (antidepresivo), pero también se usan otros fármacos, como las benzodiazepinas (orfidal, alprazolam,...), otros antidepresivos como son: el brintelix, la paroxetina, el escitalopram, el anafranil,...

1.3.2 Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracones. La medicación en la Bulimia Nerviosa y el Trastorno por Atracones parece tener una indicación más clara que en la Anorexia Nerviosa, pero siempre asociada a un tratamiento integral. En la Bulimia Nerviosa está indicado el uso de la fluoxetina (antidepresivo) asociada al tratamiento psicológico (terapia cognitivo-conductual). La fluoxetina a dosis altas parece reducir la frecuencia de los atracones y los vómitos y mejorar los síntomas depresivos y ansiosos en estas pacientes. También hay otras medicaciones que han mostrado su eficacia en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa como el topiramato. En cuanto al Trastorno por Atracones, parece que los antidepresivos y la lisdexanfetamina podrían ser útiles en la reducción de atracones, asociado también a un tratamiento psicológico y nutricional.

1.3.3 Trastorno Evitativo/Restrictivo de la Ingesta de Alimentos. Al ser un trastorno de diagnóstico tan reciente, no hay ensayos clínicos sobre la eficacia de la medicación. Puede ser útil tratar con medicación la presencia de otros síntomas como la ansiedad o la depresión, como son las benzodiazepinas, que son medicamentos que disminuyen la excitación neuronal y que tienen un efecto antiepiléptico, ansiolítico, hipnótico y relajante muscular.

1.4 Mindfulness y los TCA

El Mindfulness es un tipo de psicoterapia basada en el budismo y que tiene un uso creciente en trastornos de ansiedad, afectivos y por dolor. Una de sus principales técnicas es la focalización de la atención en el momento presente.

El Mindfulness (Mf) tiene un uso terapéutico creciente en salud mental¹⁹, especialmente en el tratamiento de los trastornos depresivos^{19,21} y de ansiedad^{19,21}, así como en el incremento del umbral de tolerancia al dolor.^{19,21,22} A pesar de la evidencia creciente sobre su eficacia terapéutica que lo han convertido en uno de los tratamientos recomendados para el Trastorno Depresivo Mayor en las guías de tratamiento Canadiense

y del Reino Unido^{23,24}, la fundamentación teórica de los mecanismos a través de los cuales actúa encuentra aún difícil encaje en los modelos terapéuticos en psiquiatría.

El núcleo de la práctica de la atención plena consiste en entrenar, tanto dentro de la sesión de meditación - referida usualmente en los grupos de meditación como “la sentada” - como fuera de ella, la habilidad consistente en observar cuidadosa y claramente los fenómenos que entran en el campo de atención de la persona - percepciones, sensaciones, pensamientos, emociones, etc. - sin juzgarlos como bueno-malo, positivo-negativo, sano-enfermo, deseable o indeseable.²⁵

De acuerdo al principal difusor de este tipo de entrenamiento atencional en contextos clínicos, el Dr. Jon Kabat-Zinn de la Universidad de Massachusetts, esta manera ecuánime y atenta de observar y estar presentes con nuestra experiencia, primero durante las prácticas meditativas y luego de manera extendida en la vida cotidiana, desactivaría gradualmente los patrones mentales habituales que se encuentran a la base del mal-estar humano: el “apego” hacia lo que consideramos agradable, la “aversión” a lo que consideramos desagradable, y la “ignorancia” de las verdaderas causas de la felicidad, conocidos como los “tres venenos” en la tradición budista.²⁶

Las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la atención plena o mindfulness más extendidas, que han sido descritas en forma de manual y que cuentan con apoyo empírico son las siguientes: La reducción de estrés basada en la atención plena²², la terapia cognitiva basada en la atención plena⁸⁶, la terapia conductual dialéctica^{89,90} y la terapia de aceptación y compromiso.⁸⁷ A continuación se explicará en qué consiste cada enfoque psicoterapéutico nombrado anteriormente.

1.4.1 Reducción de Estrés basada en la Conciencia Plena (MBSR)

Es el enfoque pionero en la integración de técnicas de meditación en la medicina y psicología occidentales. Fue desarrollado en 1982 por Jon Kabat-Zinn. Este autor es miembro del consejo de dirección del Mind & Life Institute de Washington, que tiene como objetivo investigar las aplicaciones clínicas de la meditación. Procedía de la biología molecular cuando, después de practicar durante varios años ejercicios de Yoga y meditación zen, fundó en 1979 la Clínica de Reducción de Estrés dentro de la División de Medicina Preventiva y Conductual de la Universidad de Massachusetts. El actual Centro

para la Conciencia Plena en Medicina, Cuidado de la Salud y de la Sociedad (CFM) es la continuación de aquella clínica.

En el MBSR se considera que el sufrimiento humano es ubicuo y es consecuencia de los apegos (deseos y aversiones) que impiden aceptar la impermanencia y crean la ilusión de que se posee una identidad estática y separada del entorno. Mientras la mente persigue la consecución de sus metas se sitúa fuera del momento presente y la persona actúa con una especie de piloto automático identificándose con sus pensamientos y sentimientos.

Para poder afrontar el sufrimiento y el estrés, el MBSR propone adoptar unas actitudes concretas durante la práctica de los ejercicios integrados en el programa. Todas ellas provienen del Zen y son las siguientes: no juzgar, tener paciencia, adoptar una “mente de principiante”, tener confianza en la propia bondad y sabiduría básicas, no esforzarse por conseguir ningún propósito, aceptar y dejar pasar (no apegarse).

La instrucción básica al principio del programa es observar la respiración y cuando involuntariamente se dirige la atención hacia otro objeto, simplemente volver a la respiración. A medida que se avanza, se pasa a observar el cuerpo, los sonidos, los pensamientos y sentimientos, etc.

Se trata de invertir la tendencia natural a “hacer” y permitirse simplemente “ser”. La atención en la vida cotidiana proviene también del Zen y consiste en poner toda la atención en el momento presente, en cualquier lugar y haciendo cualquier cosa: poner la mesa, comer, lavar los platos, hacer la colada, limpiar la casa, etc. Se entiende que, al poner toda la atención en la experiencia inmediata, ésta se convierte en más vívida, más brillante y más real.

El objetivo es convertir la calma, el equilibrio y la visión clara en parte de la vida cotidiana. Esta práctica incrementa la habilidad para encontrarse con la totalidad de la vida prestando atención al aquí y ahora. Si se pierde el presente porque la mente está en otro lugar cualquiera, de alguna manera se acorta la propia vida.

El último ejercicio proveniente del Zen es la meditación caminando. Consiste en prestar atención a la experiencia de caminar. Su práctica desarrolla la capacidad de concentrar la atención, pero también la flexibilidad para enfocarla.

En esta técnica la persona ha de concentrarse secuencialmente en diversas partes del cuerpo mientras permanece echada con los ojos cerrados.

Empieza por los dedos de los pies y acaba en la parte superior de la cabeza. Se trata de observar cuidadosamente las sensaciones, de “sintonizar” con cada zona. No hay sensaciones buenas ni malas. Simplemente hay que observar la propia experiencia en cada momento, incluyendo, no sólo las sensaciones, sino también los pensamientos y sentimientos que emergen, aceptándolos y siguiendo adelante. En el MBSR “Yoga es Meditación.”²²

El Hatha Yoga consciente se considera la tercera técnica formal de meditación del MBSR, junto con la meditación estática y la revisión atenta del cuerpo. La técnica incluye diversas posturas sencillas, al alcance de todo el mundo, con objeto de obtener mayor conciencia de las sensaciones corporales. En ningún caso se trata de forzar los límites del propio cuerpo. Se instruye a los pacientes para que avancen lentamente en los estiramientos respirando justo en el límite de sus posibilidades, pero sin enfatizar la idea de “progreso”.

Cuando se consigue realizar los estiramientos “siendo” más que “haciendo”, es cuando el ejercicio se transforma en meditación. Es entonces cuando la persona puede disfrutar de la actividad física.

1.4.2 Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena (MBCT)

Las técnicas y las actitudes del MBSR han sido incorporadas también al MBCT, que ha sido desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2002) para prevenir las recaídas en la depresión crónica.

En el modelo teórico propuesto por estos autores, las recaídas se deben a la reactivación de los patrones de pensamiento negativos cuando surgen estados de ánimo disfóricos. Además de las técnicas provenientes del MBSR, el MBCT incluye técnicas

cognitivo-conductuales (colocarse “detrás de la cascada” de los pensamientos, escribirlos, ponerles una etiqueta, no huir de los pensamientos negativos, etc.).

A diferencia de las terapias cognitivas clásicas que se centraban en cambiar el contenido de los pensamientos de los clientes, esta terapia enfatiza la importancia de la relación de los pacientes con sus pensamientos. La recomendación fundamental es que dejen de considerarlos como necesariamente verdaderos. Han denominado a esta actitud “descentramiento”.

1.4.3 Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

Fue desarrollada por Linehan (1993) y, en opinión de esta autora, lo que distingue a la DBT de las terapias cognitivo-conductuales clásicas es que busca el equilibrio entre la aceptación y el cambio. Por ello, el objetivo central de la DBT es que los individuos se acepten a sí mismos tal como son, mientras se trabaja en cambiar sus conductas y entornos de acuerdo con sus objetivos.

Se entrenan los cuatro tipos de habilidades siguientes: interpersonales, de regulación de emociones, de tolerancia al malestar y de conciencia plena. Ésta última, junto con la validación, el análisis de objetivos y la dialéctica entre aceptación y cambio, constituye uno de los mecanismos de acción del tratamiento.

Es de destacar que, en la DBT, la meditación se enseña a los pacientes dentro del módulo de entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar.

Los ejercicios de conciencia de este módulo son adaptaciones de propuestas de conciencia de las posiciones del cuerpo mientras se camina con o sin un propósito, conciencia mientras se prepara un té o un café, haciendo cada movimiento despacio, conciencia mientras se realiza cualquier actividad como lavar los platos, lavar la ropa, limpiar la casa, ducharse o bañarse y conciencia durante la meditación.

A diferencia del MBSR, la DBT no prescribe ni la frecuencia ni la duración de la práctica meditativa porque se acepta que algunas personas no pueden o no quieren meditar de forma intensiva.

Otro ejercicio propuesto por la DBT es la conciencia de la conexión con el universo, que consiste en concentrar la atención en aquella parte del cuerpo que está en contacto con un objeto (el suelo, el aire, una silla, las sábanas, la ropa, etc.), pensando con amabilidad en ese objeto hasta que aparezca una sensación de estar en conexión, ser amado o querido.

1.4.4 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Ha sido desarrollada por Steven C. Hayes y colaboradores.⁸⁸ La ACT es un enfoque conductual que se apoya en el funcionalismo contextual y que comparte raíces filosóficas con el constructivismo y el constructivismo social (Hayes et al., 2006). Postula un criterio de verdad basado en la utilidad y considera la psicopatología como una consecuencia de los procesos relacionados con el lenguaje.

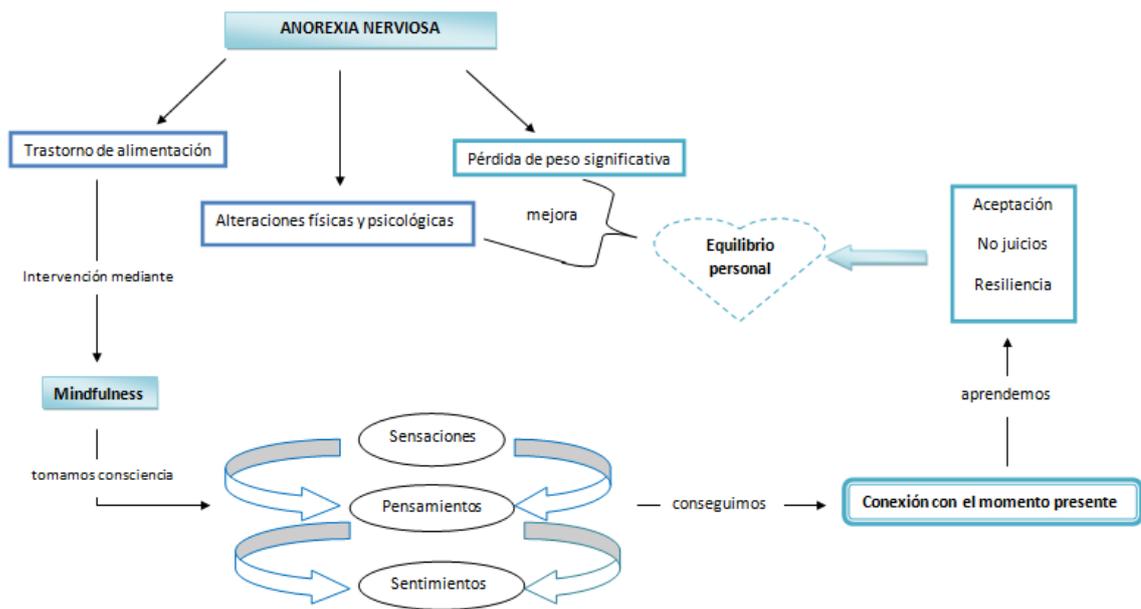
Según la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), en la que se basa la ACT, la conducta verbal de los seres humanos está determinada por la habilidad aprendida de relacionar eventos de forma arbitraria y de transformar las funciones de un estímulo en base a su relación con otros. De acuerdo con la RFT, es imprescindible tener en cuenta los procesos cognitivos para entender la conducta.

Existen cuatro conceptos clave de la ACT: fusión, evaluación, evitación y razonamiento.

La **fusión cognitiva** se refiere a la tendencia a que el conocimiento verbal domine otras fuentes de regulación conductual. Muy frecuentemente los símbolos verbales asumen las funciones de los eventos con los que se relacionan y las personas parecen vivir exclusivamente en sus mentes, siendo insensibles a los sucesos que experimentan. A partir de la fusión cognitiva, la conducta humana es más guiada por redes verbales inflexibles que por el contacto con las contingencias ambientales. Esta rigidez afecta, no sólo a la conceptualización del pasado o del futuro, sino también a las ideas que las personas tienen acerca de sí mismas.

La **evaluación** implica comparar los eventos verbales y sus presuntas consecuencias para determinar si son deseables o producen temor. La combinación de la fusión cognitiva y la evaluación da lugar a la **evitación** experiencial que se manifiesta con estrategias de afrontamiento como la negación, la represión o la supresión.

El **razonamiento** tiene aquí una connotación negativa asociada a la rumiación, al intento de crear explicaciones literales para las conductas problemáticas, de forma que se les otorga un sentido, pero no se resuelven. Estas estrategias afectan a la salud porque, en lugar de aliviar el malestar, lo acrecientan. Además, la búsqueda del placer y la evitación del sufrimiento dificultan el reconocimiento de los propios valores y la realización de conductas acordes con estos.



Esquema general de la anorexia combinada con el mindfulness

La ACT se plantea reducir la tendencia a la evitación experiencial y a fusionar los símbolos verbales con los eventos, enseñar que la aceptación es la respuesta a los eventos privados que no es posible cambiar, ayudar al cliente a mantenerse en contacto con sus eventos internos y ambientales, con el sentido trascendental del sí mismo y a clarificar sus valores vitales, así como a actuar de acuerdo con ellos.

1.5 Intervención de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria

El tratamiento que se desarrolla en la actualidad para los TCA puede realizarse en diversos marcos asistenciales establecido desde dos vertientes, tanto la ambulatoria como la hospitalaria. En cuanto a esta última, podemos encontrar dos modalidades: el ingreso

parcial y el ingreso total. Cuando existe una importante agudeza en la psicopatología del paciente se requiere de un internamiento de los nombrados anteriormente.²⁹

Dicha intervención persigue la recuperación de un funcionamiento equilibrado biopsicosocial. Además, diferentes estudios establecen que los TCA precisan de una permanencia hospitalaria de mayor duración que el resto.

Ante una situación de hospitalización, la enfermera de salud mental debe mostrar actitudes que ayuden a la mejoría del paciente con TCA: minimizar cualquier interpretación sobre la alimentación; mantener conductas coherentes; establecer unos objetivos en los que el paciente se vea implicado; ser disciplinado ante diversas conductas del paciente, reforzando positivamente aquellas que lo merezcan y confrontar al individuo cuando haya un comportamiento negativo; favorecer el reconocimiento de las sensaciones corporales que el individuo llegue a tener; hacerle entender la necesidad que tiene la supervisión por parte del enfermero.

En conclusión, la finalidad es tratar de reforzar la autoestima y de que se establezca una recuperación del IMC acorde con las características físicas del paciente. Por lo tanto, busca la recuperación desde diferentes puntos de vista: física, conductual, cognitiva, emocional y familiar-social.

Por otro lado, cuando se hospitaliza al paciente con TCA debe de ser sometido a *la valoración de enfermería*. Existen varios ejemplos de hoja de valoración, referenciadas por las necesidades de Virginia Henderson. Esta hoja debe ayudar a identificar los problemas reales o potenciales, obteniendo así los diagnósticos de enfermería y consigo los NOC y NIC, que son las clasificaciones de resultados e intervenciones enfermeras.²⁹

Junto a esta herramienta de valoración, se puede proceder a administrar una serie de cuestionarios que ayudan en la criba y en la evaluación del estado del individuo con TCA. Nos encontramos **el cuestionario de cribado de anorexia y bulimia (SCOFF)** (imagen 1), el cual tiene como población diana la femenina. Otra escala útil es la **escala de evaluación de satisfacción corporal en adolescentes (EEICA)** (imagen 2), orientado hacia la población pubescente y por último, el **test de actitudes hacia la comida (EAT)** (imagen 3), que evalúa un rango de comportamientos y actitudes relacionados con los TCA.

Para finalizar hay que tener en cuenta unos datos que son significativos en la valoración de enfermería y son:

- Hábitos alimentarios: control de la dieta, actitud ante la comida y su peso.
- Actitudes hacia el peso
- Autoimagen y distorsión
- Nivel de autoestima, ansiedad y actividad
- Interacciones familiares y con el entorno

El enfermero tiene un rol fundamental en la detección de signos y síntomas clínicos en los pacientes con TCA, como pueden ser: la amenorrea, la osteoporosis, alteraciones en las analíticas o el retraso del crecimiento.³⁰

Estos signos pueden ser la primera señal de alarma, por lo que seguido se le deberá de dar una explicación al paciente y a su familia para empezar a trabajar en la comprensión de la enfermedad y a la toma de conciencia. Así, observamos cómo la formación de los diversos profesionales es básico para su identificación precoz y para el inicio de un tratamiento especializado, que tendrá mayor eficacia que los tratamientos que comiencen de forma tardía.³⁰

Es más, la enfermería tiene especial importancia en el ámbito comunitario, donde desarrolla una función preventiva respecto a los TCA. De esta forma, la enfermería será la encargada de conocer y reconocer:

- Las características de los TCA y las graves consecuencias que éstas tienen.
- Los factores predisponentes y precipitantes de los TCA.
- Los signos de alarma que pueden tener la existencia de un TCA y favorecer la solicitud de valoración sanitaria.

1.5.1 Objetivos de enfermería en los TCA

La enfermería, como miembro del equipo multidisciplinar, se encarga de proporcionar cuidados que difieren considerablemente de los cuidados , dejando de lado el componente más técnico de la enfermería para darle mayor hincapié a las esferas psicosocial y emocional del ser humano.

Debido a que esta enfermedad afecta a todas las esferas del ser humano, es necesaria una formación específica que junto con la experiencia clínica asegure la capacitación para anticiparse a los problemas y garantizar unos cuidados de calidad.³¹

La atención e intervención de enfermería debe estar orientada hacia.³¹

- **Recuperación física:** conseguir un IMC acorde a su constitución; un recuperación hidroelectrolítica; solucionar las complicaciones físicas; ayuda en la modificación de la dieta.
- **Recuperación conductual:** explicar diferentes opciones a las conductas de ingesta/eliminación; el controlar los comportamientos compulsivos; enseñar hábitos nutricionales sanos, facilitar normas sobre actividad física y evitar el consumo de tóxicos.
- **Recuperación cognitiva:** ayudar a disminuir el pensamiento erróneo de la imagen corporal; incrementar la autoestima y la confianza acentuando sus valores, creencias y sentimientos frente a los estereotipos sociales.
- **Recuperación emocional:** prevenir la asociación entre estados emocionales alterados y las conductas alimentarias, control de otras psicopatologías asociadas; dar seguridad y ánimo en todo momento
- **Recuperación familiar y social:** el manejo de conflictos presentes en su entorno buscando una solución, la mejora de las habilidades sociales y la superación del aislamiento social.

La enfermera debe mostrar actitudes que favorezcan la evolución del paciente con TCA.³²

- ✓ Evitar cualquier comentario relacionado con la alimentación.
- ✓ Tener conductas coherentes para evitar la presencia de comportamientos o actitudes manipuladoras.
- ✓ Establecer metas u objetivos reales, implicando al individuo en el tratamiento y así intentar reforzar su sentimiento de autocontrol y el aumento de la confianza en el profesional
- ✓ Ser disciplinados frente a determinadas conductas que tenga el paciente, siempre reforzando positivamente todas aquellas que manifiesten cooperación por su parte.
- ✓ Confrontar al individuo cuando muestre algún tipo de comportamiento que se pueda considerar negativo.
- ✓ Hacer hincapié en el reconocimiento de las sensaciones corporales que el paciente pueda presentar.
- ✓ Hacerle entender por qué supervisar en todo momento sus conductas.

1.5.2 Intervenciones NIC asociadas a los TCA

Dentro de las intervenciones NIC de enfermería destaca el manejo de los trastornos de la alimentación, la cual se define como la prevención y el tratamiento de restricciones severas en la dieta, el ejercicio excesivo y los atracones y purgas de alimentos y líquidos.

Dentro de las actividades que engloba esta intervención, podemos destacar:^{31,33}

- Enseñar y reforzar los conceptos de alimentación equilibrada y cantidad de actividad física tanto al paciente como a las personas con las que convive.

- Animar al paciente a que realice anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos, así como las circunstancias del entorno relacionadas con los síntomas que presenta y con las comidas.
- Mediante el trabajo con los registros o diarios de alimentación, la enfermera puede tratar con el paciente varios aspectos:
 - Las dudas y/o distorsión en cuanto a cantidad, variedad y forma de preparación; se pueden clarificar mediante ayudas visuales como imágenes, vajillas de control o, simplemente, comparando las raciones de alimentos con la palma de la mano, una cajetilla de tabaco, etc.
 - Las fotografías realizadas por el paciente que muestran qué cantidades toma, cómo las prepara y qué plato utiliza, son útiles para valorar el cumplimiento en su domicilio y hacerle una devolución de los aspectos que debe mejorar.
 - Detectar si el paciente se cocina a él mismo y ayudar muchas veces a organizar las compras y a elegir recetas.
- Darse cuenta de posibles déficits de conocimientos del paciente con su cuerpo e interpretaciones erróneas de sensaciones corporales como el hambre, la saciedad y plenitud. Un manejo eficaz de dichas situaciones sería la educación sanitaria por parte de los enfermos.
- Otros aspectos que quedan plasmados en los registros son el emocional y el cognitivo. El estilo de pensamiento rígido y negativo, la dificultad para reconocer las propias emociones, ese “*sentirse tan mal consigo mismo*” característicos de los trastornos de alimentación; hacen que la persona lleve a cabo conductas que le hacen sentir segura pero que a su vez repercuten negativamente en su salud.
- La labor enfermera consiste en ayudar a los pacientes a darse cuenta de lo que les pasa, así como a buscar nuevos métodos más adaptativos y saludables.

Por último, cabe mencionar otro de los principales problemas que tienen las personas afectadas por un TCA: el deterioro de la interacción social. Esta se manifiesta por la observación de conductas de interacción familiar o social ineficaces o disfuncionales,

informes familiares de cambio en el estilo o patrón de interacción, manifestación de malestar en situaciones sociales o de incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño o interés.

La intervención que se puede llevar a cabo para manejar dicho deterioro es el entrenamiento de la asertividad, el cual va a ayudar en la expresión afectiva de sentimientos, necesidades e ideas.^{31, 33} Las actividades principales consisten en:

- Favorecer que se reconozcan y reduzcan las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación.
- Diferenciar entre conductas afirmativas, agresivas y pasivas.
- Contribuir a identificar los derechos personales, responsabilidades y normas en conflicto.
- Promover la expresión de pensamientos y sentimientos, tanto positivos como negativos.
- Ayudar al individuo a distinguir entre pensamiento y realidad.
- Instruir en la práctica de habilidades de conversación y sociales.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo generales

Realizar una revisión bibliográfica sobre el uso y beneficios del mindfulness en pacientes con TCA, en concreto, de la anorexia nerviosa teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Si hay un incremento de autoestima en los pacientes con anorexia nerviosa
- Si existen cambios en el nivel de depresión y de ansiedad
- Mostrar si hay una mayor aceptación corporal
- Si existe una disminución farmacológica
- La capacidad de disminución de factores estresantes en los enfermos

2.2 Objetivos específicos

Estudiar la implantación del mindfulness en diferentes centros sanitarios de Canarias:

- Hospital Universitario de Canarias (CHUC)
- Hospital Nuestra Señora de Candelaria (HNSC)
- Centros privados dirigidos a personas con problemas de alimentación tanto en Tenerife como en Gran Canaria.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

Este estudio se divide en dos apartados fundamentales:

- El primero se fundamenta en la búsqueda bibliográfica relacionada con la mejora de los pacientes con TCA aplicándoles una terapia alternativa a la farmacología, denominada mindfulness, cuyo objetivo es conseguir la atención plena del paciente.
- El segundo consiste en la investigación, obteniendo la información directamente en los centros estudiados, del uso del mindfulness y de la importancia de la intervención enfermera en diferentes centros sanitarios en la Comunidad Autónoma de Canarias.

3.2. Estrategias de búsqueda

Para llevar a cabo este estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el tema a tratar. Los idiomas que se han utilizado para realizar esta revisión han sido tanto el castellano como el inglés debido a la importancia que tiene esta última lengua en la literatura científica.

En este trabajo se utilizó el punto Q de la biblioteca de la Universidad de La Laguna para acceder a revistas, libros y a las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, CINAHL (Ebsco) y Dialnet usadas en esta revisión.

Por último, se completó la revisión bibliográfica mediante una búsqueda manual utilizando las referencias bibliográficas citadas en los artículos encontrados.

3.3 Criterios de inclusión

- Todos los artículos que hayan sido publicados es inglés o español.
- Aquellos artículos que hablen de pacientes diagnosticados de TCA de acuerdo a los criterios de DSM-V-TR

3.4 Criterios de exclusión

- Artículos que no se encuentren disponibles para acceder a texto completo.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Basándonos en la literatura actual sobre los TCA, observamos que cada vez poseemos más conocimientos en la comprensión, el estudio y la efectividad en las estrategias terapéuticas empleadas en los centros hospitalarios. Sin embargo, sigue siendo actualmente un campo en el que encontramos menos estudios que en otros ámbitos. Aún existen muchas incógnitas y resulta un reto tanto para los investigadores como para los sanitarios del área de ciencias de la salud.

Dentro de los TCA, la anorexia nerviosa es, en general, uno de los trastornos más difíciles de tratar: el ingreso hospitalario puede ser necesario para mejorar el peso o para tratar complicaciones, normalmente los tratamientos se prolongan mucho en el tiempo, con alto riesgo de cronificación y de recaídas, elevada comorbilidad, y en ocasiones puede ir asociado al abuso de sustancias nocivas, trastornos afectivos e intentos de suicidio y existe una elevada comorbilidad con trastornos de la personalidad.^{47,48}

El diagnóstico precoz en centros de atención primaria son esenciales, ya que el trastorno alimentario presenta mayor dificultad de tratamiento según avanza.⁴⁵ Además, algunos estudios estiman que un 40 por 100 de las mujeres anoréxicas se recuperan, mientras que una quinta parte de ellas llegan a tener crisis de forma crónica y un tercio continúa sufriendo síntomas residuales, incluida bulimia nerviosa.⁴⁶

Si tenemos en cuenta los trabajos de Saldaña y cols., podemos observar que los tratamientos denominados como “clásicos”, realizados a principio de los años 70, se basaban en dos etapas que a continuación se detalla. Por un lado, se requiere un ingreso hospitalario con el objetivo de restaurar los efectos de la desnutrición y normalizar la alimentación. En segundo lugar, gracias a este ingreso hospitalario conseguimos de forma ambulatoria, generalizar las pautas alimentarias, prevenir recaídas, controlar el mantenimiento del peso y realizar psicoterapia. Antiguamente, se recomendaba como objetivo terapéutico únicamente el incremento de la ingesta y del peso, basado en el reforzamiento operante y el condicionamiento clásico.⁴⁴

En los años 80, se publican estudios de la eficacia de la aplicación de la terapia cognitiva a la anorexia nerviosa, poniendo el foco en los pensamientos distorsionados pro-

anoréxicos y en las creencias disfuncionales que están detrás de actitudes ante la comida, el peso y la silueta.⁴⁹

En este periodo también aparecen programas de terapia familiar, que desarrollan una nueva teoría de la enfermedad psicosomática, mediante la confirmación con datos científicos y poder mostrarla en situaciones terapéuticas reales con pacientes anoréxicos. Basándose en su propia experiencia clínica e ilustrando sus puntos de vista con estudios de varios casos, en un intento de darle un nuevo enfoque que sitúa el lugar de la enfermedad, no en el individuo, sino en la familia. Su método, que ha tenido mucho éxito, requiere la participación activa del terapeuta así como un ambiente más familiar, buscando patrones conductuales más saludables.⁸⁰ Este libro tiene implicaciones revolucionarias, no sólo para los pacientes anoréxicos, sino también para aquellos que sufren otras enfermedades psicosomáticas. Mientras que tales enfermedades hasta la fecha a menudo han eludido el tratamiento, el enfoque a través de la terapia familiar ofrece la promesa de futuros éxitos.

Por otro lado, en los años 90, varios estudios^{40,50} elaboraron varios protocolos de uso terapéutico a nivel cognitivo-conductual enfocado para la anorexia nerviosa. Respecto al abordaje farmacológico, se recomienda que éste no sea el tratamiento único para la anorexia nerviosa, e incluso, antes del incremento de peso corporal. De hecho, se insta el inicio de la farmacología cuando los efectos de la desnutrición hayan desaparecido y se haya determinado otras patologías asociadas como síntomas depresivos, ansiosos, obsesivos, entre otros. Generalmente, los fármacos son usados con el objetivo de incrementar el apetito y reducir los sentimientos relacionados con el aspecto físico del individuo así como de la propia comida. Debe considerarse también como un elemento de prevención de las recaídas o como alternativa frente a la depresión u otros trastornos cognitivos. Actualmente, no existen evidencias que indique que haya una eficacia farmacológica para el tratamiento de los TCA, sobretodo en la fase de recuperación de peso⁹, siendo la “*fluoxetina*” el tratamiento que más éxito está teniendo en combinación con la terapia cognitivo-conductual, incrementando el estado de ánimo y minimizando las recaídas.

Otros trabajos apuntan en este sentido, es decir, la necesidad de instaurar este tipo de terapias psicológicas frente a la farmacología psiquiátrica, basado en comenzar lo antes posible el abordaje psicológico y un control con respecto a la recuperación nutricional.³⁴

Basándonos en esta línea de trabajo, en un intento de verificar la eficacia psicoterapéutica de la conciencia plena en los TCA, observamos varios estudios que apoyan esta idea, en pacientes con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastornos por atracón y sobre-ingesta y la insatisfacción con la imagen corporal en general. Estos estudios demuestran que la ACT, minimiza la sintomatología asociada con el TCA, así como las recaídas, reduciendo con ello los ingresos hospitalarios de pacientes con anorexia y bulimia nerviosa.⁴¹ Otros trabajos presentes en la literatura indican que la ACT encuentra resultados prometedores y meramente beneficiosos para el paciente con TCA, donde observan un incremento en el peso, alcanzando un nivel saludable, remitiendo su sintomatología.⁴²

Sin embargo, debemos comentar que desde un punto de vista de la investigación sobre la conciencia plena este tipo de terapia está todavía en sus primeras fases. Las aplicaciones clínicas son muy variadas, no solo TCA, si no también otros trastornos como la depresión y ansiedad, trastornos de personalidad, psicosis, abuso de sustancias, cáncer, dolor crónico, lesiones cerebrales traumáticas, fatiga crónica, entre otras.³⁹

A pesar de estas evidencias, podemos observar que actualmente existe un interés creciente en aplicar mindfulness para tratar los trastornos alimentarios.⁷⁸ De hecho, diversos estudios sugieren que aquellos pacientes que suelen realizar a diario o frecuentemente mindfulness se ven en menor medida, afectados a los trastornos alimentarios⁷⁷, tales como anorexia nerviosa³⁵, bulimia nerviosa⁵⁸, y trastorno por atracón⁷⁶. Por este motivo, se ha sugerido que los métodos basados en esta técnica pueden ser fundamentales para el tratamiento de TCA. Además, los datos obtenidos en investigación científica sugieren que terapias como mindfulness suelen ser efectivas para los trastornos alimentarios.^{75,56}

En los últimos años, el mindfulness se ha convertido en una nueva alternativa para modificar conductas problemáticas relacionadas con la comida, ayudando a fomentar una alimentación más sana.⁷⁴ Con respecto a estos casos, varios estudios sugieren que la aplicación de mindfulness puede influir en la selección del tamaño de las porciones de comida⁷³, así como, en la elección de alimentos más saludables como los nutrientes bajos en calorías⁷², y por tanto conseguir reducir el consumo de alimentos hiper-calórico.⁷¹

Los pacientes con trastorno alimentario, tales como la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa, muestran una constante preocupación por cuestiones como el perfeccionismo, el

control y la autocrítica con respecto a su propio apariencia corporal.⁷⁰ Estos tipos de trastornos conductuales pueden llegar a dominar las emociones y sentimientos propios del individuo que lo padece, afectando a su personalidad, creencias y pensamientos.⁶⁹ En este sentido, la práctica de mindfulness resulta efectiva en mejorar parámetros emocionales⁶⁸, lo que permite redirigir su atención hacia otros objetivos permitiendo a no quedarse bloqueados en los pensamientos negativos.⁶⁷ De hecho, durante el proceso de meditación, se puede llegar a observar una mejorara en reducir pensamientos negativos y reforzar la tolerancia hacia éstas emociones negativas, reduciendo la intensidad y duración de las sensaciones desagradables.⁶⁶ Este tipo de conductas o pensamientos negativos, presente en pacientes afectados con TCA, mejoran considerablemente con la práctica de mindfulness.⁶⁵ Este tipo de ejercicios mejoran la propiocepción corporal, ayudando a distinguir entre las sensaciones de hambre y saciedad, la excitación emocional, y la detección de señales externas; lo que permite a su vez disminuir los antojos relacionados con la comida⁶⁴, el número de atracones^{54-56,61-63} el índice de masa corporal en pacientes con sobrepeso⁶⁰ y aumentar la sensación de autoeficacia.^{55,56}

Recientemente se emplea el término “*mindfuleating*”, para referirse a la técnica de mindfulness aplicada a las distintas etapas que comprenden el proceso de la alimentación, como la elección de alimentos de forma consciente; diferenciar entre hambre física y psicológica; identificar las señales de saciedad; y en definitiva, comer con atención plena.⁵⁹

A continuación se detalla algunas técnicas de entrenamiento para mejorar los trastornos alimentarios:

El **MBSR**—Mindfulness-Based Stress Reduction— (Reducción de estrés basada en conciencia plena, en español), se ha aplicado en pacientes que comen de forma compulsiva y se ha observado una reducción de la frecuencia de los atracones y de su severidad, así como puntuaciones más bajas en ansiedad y depresión que correlacionaban negativamente con el tiempo dedicado a meditar.⁵⁶

En cuanto a la **DBT** (Terapia Dialéctica Conductual), se ha observado una destacada reducción de sus atracones en pacientes con bulimia, así como, de sus conductas purgativas.⁵⁸ Estos resultados se repiten igualmente en otros estudios, donde se observa no solo una menor reducción en los episodios de atracón sino también en cuanto a la preocupación por el peso, la figura, la comida, la ira, la ansiedad, la depresión y los afectos negativos.⁵⁷

Kristeller y Hallet en 1999, aplicaron una versión adaptada de **MBSR**, junto con elementos de terapia cognitiva y meditaciones de imaginación guiada, que fue diseñada específicamente para el trastorno por atracón. Sus resultados demuestran que las meditaciones están más enfocadas a aspectos relacionados con la imagen corporal, el peso y las sensaciones físicas de apetito y saciedad. Con ello, han conseguido aumentar la conciencia de los comportamientos automáticos y apartarse de la reactividad y de las conductas no deseadas. Por otro lado, este tipo de entrenamiento induce a los participantes a aumentar su atención hacia aspectos más saludables relacionados con el acto de comer.

Cabe destacar que los programas basados en el Entrenamiento de Mindfulness para comer de manera consciente (**MB-EAT**)⁵⁶, lo utilizan como módulo principal de tratamiento. Basándonos en la literatura, encontrada hasta la fecha, podemos evidenciar la efectividad de *mindfuleating* en varios aspectos esenciales que puede manifestar el paciente con TCA, tales como la capacidad de regular las emociones y el autocontrol⁵⁵, reducción en los episodios de atracón⁵⁴, y finalmente ha demostrado su eficacia para combatir y reducir los síntomas depresivos⁵³. Estos resultados reflejan significativamente una mayor capacidad de atención y contención del pensamiento en relación con la comida, disminuyendo el estrés, pensamientos negativos y la impulsividad. En resumen, este método consigue reducir o atenuar el círculo patológico al que pueda llegar el paciente.

Otro trastorno alimentario es la obesidad, y existen técnicas que pueden ayudar a reducir la obesidad o mantener el peso bajo control. Por ejemplo, a partir del entrenamiento **MB-EAT**, Wolever en 2007, desarrolla una técnica que recibe el nombre de **EMPOWER** (Mindfulness para la prevención de la ganancia de peso) y que presenta resultados prometedores para su uso con el consiguiente control del peso, y por tanto, se puede llegar a aplicar en trastornos por atracón y bulimia nerviosa. El programa **EMPOWER** enseña a los individuos que han perdido al menos un 10% de su peso corporal un nuevo enfoque para mantener esta pérdida de peso.⁵²

Estas nuevas formas de tratar las enfermedades relacionadas con la alimentación, requieren un enfoque que contenga varias habilidades relacionadas con la experiencia, señales fisiológicas, sentimientos, impulsos, pensamientos y estados mentales.⁵¹ Estas habilidades podrían resumirse de la siguiente forma: 1) observación sin juzgar; 2) reconocer las emociones; 3) reconocer los pensamientos; 4) reconocer y tolerar los

impulsos; 5) clarificar las señales fisiológicas de hambre y de saciedad; 6) reconocer el sentido del gusto; 7) diferenciar las señales fisiológicas del apetito de otras experiencias internas; 8) identificar las necesidades auténticas que subyacen a las conductas desadaptativas y poder elegir formas más adaptativas para manejar las necesidades; y 9) toma de decisiones informadas y sabias para actuar sobre la necesidad y de acuerdo a los principios y valores de cada persona.

Por otro lado, existen estudios que examina la eficacia de una nueva herramienta **“Eatforlife”** para conductas alimentarias inapropiadas. Estos estudios tratan de someter a los pacientes con técnicas de alimentación durante un periodo largo de entrenamiento con mindfulness, alrededor de diez semanas. Estos pacientes manifiestan menos recaídas en comparación a pacientes que no han recibido dicho entrenamiento, manifestándose positivamente una disminución en el estrés. Sin embargo, los resultados no fueron estadísticamente significativos para la mejora de los comportamientos relacionados con el peso.³⁶⁻³⁸

En definitiva, podemos sugerir que actuando de manera adecuada y a tiempo, podemos evitar que personas lleguen a tener los primeros signos de padecer TCA, como es una distorsión corporal o contar calorías, y evitamos el porcentaje de personas afectadas por este trastorno, que como se ha recalado durante el trabajo es bastante superior.

Basándonos en lo expuesto anteriormente, podemos sugerir, como alternativa terapéutica, el uso de técnicas no farmacológicas, como el *“mindfulness o mindfuleating”* a la hora de tratar pacientes que ingresan en los hospitales, ya que luego a la hora del alta serán capaces de enfrentarse a la enfermedad en la “vida real”. Aunque no debemos obviar, que en momentos agudos, los tratamientos farmacológicos consistentes mayoritariamente a ansiolíticos y antidepresivos, ayudan a minimizan los trastornos alimentarios, al reducir la ansiedad y la depresión. A pesar de ello, si pensamos a largo plazo, no debemos crear una dependencia a ciertos fármacos, por sus efectos secundarios, sino valorar la posibilidad en su capacidad de mejorar por ellos mismos, y por tanto, controlar su propia enfermedad.

Este mismo hecho, debe aplicarse a otros lugares, como son las asociaciones para pacientes que padecen TCA. Este entorno tampoco llega a desarrollarse en un ambiente familiar, lo que puede llegar a crear inseguridad, a pesar de ser una “zona de confort”, ya

que implica realizar tareas o actividades como los descansos después de comer o ingerir comida que no te agradan, y hacerle frente. Es por ello, que los pacientes deben familiarizarse con estas técnicas alternativas, ya que pueden ser de gran ayuda tanto para los pacientes como para el personal. Con ello, facilitamos el trabajo propio del personal sanitario, y además, conseguimos una conexión entre trabajador y paciente, lo que permitirá que el paciente se sienta más tranquilo y cómodo.

Con respecto al personal sanitario, concretamente las enfermeras, como ya se explicado en la introducción, debe prepararse y abordar el TCA desde un punto de vista multidisciplinar y gestionar el proceso, así como realizar un abordaje bio-psico – social del problema, estar en comunicación con los demás niveles asistenciales, y mantener una relación de cercanía a la familia del paciente y sobre todo con los pacientes en atención primaria.

Todo esto hace que la enfermera pueda facilitar el abordaje de la enfermedad, manteniendo la mayor normalidad posible en de las diferentes facetas de la vida.

Asociaciones públicas o privadas que practican terapias no farmacológicas frente a TCA en Canarias

Actualmente existen varias asociaciones en Tenerife, que ayudan a tratar este tipo de trastornos alimentarios, mediante estas terapias no farmacológicas. Entre estas asociaciones, encontramos:

1.-Asociación Sofía, una entidad situada en Tegueste, (San Cristóbal de La Laguna) que trabaja con la promoción de la salud y hábitos de vida saludables que lleva a cabo varios talleres de prevención y con el único objetivo de inculcar una “perspectiva diferente” de los trastornos de alimentación, a través de la información, el trabajo de la autoestima, la igualdad y los estereotipos de género, fomentando una terapia alternativa al tratamiento psicológico o psiquiátrico. Estos estudios están enfocados en personas de mayor riesgo como son los chicos y chicas entre 12 y 24 años, equivale a la tercera causa de enfermedad crónica de la adolescencia. Con este tipo de terapias se consigue:

- 1.- prevenir los TCA en jóvenes del municipio

2.- promover unos hábitos saludables y una buena autoestima

3.- romper con estereotipos de género y promover la igualdad.

Estas actividades se suelen desarrollar en institutos de secundaria (entre 12-18 años). Consiste en realizar charlas para informar a los/as alumnos/as sobre un problema de salud cada vez más común entre los/as jóvenes y que no sólo afecta gravemente a su salud física y psicológica, sino que también altera de manera significativa su entorno personal, familiar y social.

2.-Asociación Alabente, se basa en una asociación enfocada en tratar la anorexia y la bulimia en Tenerife. Es una asociación situada en Santa Cruz de Tenerife, sin ánimo de lucro, y fundada en 1995, que pretende contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con TCA, incluidas sus familias, a través de la prevención y la intervención individual y grupal. Se potencia el trabajo en equipo, a nivel interno y a nivel externo, en coordinación con otros recursos públicos y privados. Asimismo, el trato con pacientes y familias propicia parte de la creación de un clima agradable y de confianza, con el que se pretende generar un avance positivo.

El tipo de terapia que se emplea, consta de tratamiento psicológico y dietético, nunca farmacológico, ya que suele tratarse de tratamiento a largo plazo. La frecuencia inicial de las terapias es de una vez a la semana y dependiendo de la evolución, las sesiones se van distanciando en el tiempo. El objetivo es conseguir que el paciente llegue a conseguir una estabilidad emocional, con una disminución de la ansiedad y de la tristeza, aumentando las ganas de vivir. Estas terapias psicológicas y dietéticas suelen realizarse de forma individual o en grupo, en un intento de trabajar en el autocontrol del pensamiento positivo, normalizar los hábitos alimentarios, imagen corporal, autoestima, así como fomentar los alimentos saludables que deben tomar durante la semana y sus pautas para llevar una alimentación equilibrada variada y suficiente. Además, se centra en potenciar las relaciones con los demás, compartiendo confidencias personales como compartir pensamientos, y también, dan o proporcionan apoyo, entre otras actividades de autoestima.

Todo ello, se consigue mediante talleres que inducen la propia autoestima, la nutrición, manualidades, imagen corporal, habilidades sociales y de relajación. Además, también se llevan a cabo salidas a lugares de ocio, tanto relacionado con la cultura como

relacionados con la naturaleza; y así intentar que se evadan de sus problemas alimentarios y no estén con pensamientos rumiativos, sino que disfruten el momento presente.

Finalmente, permiten que los familiares interactúen y apoyen a los individuos, debido a que el objetivo central radica en la capacitación de habilidades y conocimientos prácticos y eficaces para el logro de un estado más relajado y menos angustiado de la familia ante el TCA. De este modo, la familia formará parte de la prevención de los trastornos alimentarios.

3.-La Asociación Gull-Lasègue, situada en Gran Canaria, se crea con el propósito de combatir varios trastornos alimentarios, centrándose principalmente en el estudio y tratamiento de la anorexia y bulimia en Canarias. Esta asociación fue fundada en el año 1.999 por un grupo de padres de afectadas/os de que, frente al problema suscitado en sus hijos/as, no encontraron respuesta médica ni ayuda de ningún tipo.

Este centro practica la terapia de mindfulness a diario. Por lo que tienen una buena referencia para que pacientes con TCA acudan y participen en dicho taller, los cuales obtienen unos buenos resultados y así disminuye su nivel de ansiedad y aumenta la capacidad de resiliencia de cada uno de ellos, para afrontar cada comida.

Hospitales públicos en Tenerife

Ambos hospitales públicos en la isla de Tenerife (Hospital Universitario de Canarias y el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria), tienen el mismo método de intervención ante los trastornos de la conducta alimentaria. Se basan en establecer el grado de deterioro nutricional junto a posibles complicaciones, para determinar eficazmente donde se debe realizar el seguimiento nutricional.

Es más, el eje central de la hospitalización es la recuperación de un individuo que ha perdido el funcionamiento en esferas como la física, la psíquica o la socio-familiar.

En estos hospitales, el soporte nutricional se realiza, antes de cualquier tratamiento farmacológico, una nutrición artificial estrictamente monitorizada, buscando evitar el síndrome de realimentación, que es un cuadro clínico complejo que ocurre como consecuencia de la reintroducción de la nutrición (oral, enteral o parenteral) en pacientes

malnutridos. Por lo tanto si existe la aparición de las diferentes complicaciones y en el contexto terapéutico, se establecerá el tratamiento más apropiado, que en este caso, se puede recurrir al tratamiento farmacológico.

Cabe destacar que el único sitio para el tratamiento de los TCA está ubicada en los servicios de psiquiatría, y en ninguna otra planta. Además, se pueden emplear otros tipos de dispositivos, cuando existe una cierta cronicidad asociada a trastornos mentales graves, como el deterioro cognitivo, autolesiones, entre otras patologías. En la mayoría de las ocasiones, este tipo de “estrategia terapéutica” necesita de una autorización judicial correspondiente.

Existen unos modelos de actuación que se dividen en tres prevenciones:

- La prevención primaria: centra sus intenciones en el abordaje y la actuación sobre el motivo de los problemas, ayudando a la adquisición de comportamientos saludables, a la vez que se facilita una disminución de aquellos factores de riesgo que puedan actuar de manera negativa en el paciente.
- La prevención secundaria: son todas aquellas acciones orientadas a detener la evolución de la enfermedad en la fase preclínica, es decir, donde los síntomas y signos no son aparentes.
- La prevención terciaria: facilita el aprendizaje de conductas que eviten las recaídas que pueden surgir posteriormente a las intervenciones terapéuticas, y esta principalmente orientada a informar sobre los signos o síntomas que puedan aparecer.

La finalidad de la intervención terapéutica en el TCA en centros hospitalarios se centran en el reforzamiento de la autoestima y la recuperación del índice de masa corporal, acorde con las características físicas del individuo, a través, en la mayoría de los casos, con el uso de medicamentos, y en menor medida con terapias alternativas psico-conductuales.

A nivel hospitalario, asociado a una estrategia terapéutica cognitivo-conductual, requiere de aspectos muy particulares, tales como:

- Debe existir un acuerdo en lo referente al peso mínimo al alta y las normas a cumplir durante el ingreso, recomendándose el empleo del “*contrato terapéutico*.”
- Debe establecerse una dieta individualizada y equilibrada.
- Debe existir un control del peso periódicamente.
- Debe informarse de la evolución ponderal, excepto en aquellos casos que no se considere oportuno o la paciente no desee la información.
- Debe establecerse un régimen individualizado de visitas familiares, permisos fin de semana, salidas hospitalarias y otros privilegios en razón a la evolución y el cumplimiento del plan terapéutico.
- Debe existir unas pautas o instrucciones en las posibles situaciones de estrés a las que puede enfrentarse la paciente, a modo de preparación para el alta hospitalarias

5. CONCLUSIONES

1.- Técnicas de *mindfulness* o *mindfuleating* han demostrado ser efectivo para el tratamiento de los TCA, mediante el uso de diversos programas, como la propia meditación en combinación con estrategias de psicología positiva.

2.- La consciencia plena permite vivir el presente sin juzgar, por lo que ayuda a disminuir la rumiación, permitiendo que el individuo sea consciente de sus pensamientos, sensaciones y emociones.

3.- La meditación, sobre todo compasiva, se configura como una herramienta muy útil en favorecer la resiliencia en personas que presentan TCA.

4.- Existen limitaciones en las terapias no farmacológicas para tratar TCA, ya que implica o exige que la persona practique las actividades propuestas, cuyos resultados dependen de factores, tales como, la asistencia a las sesiones, disposición para ejercer un cambio en su manera de pensar, sentir y forma de comportarse.

5.- El seguimiento se considera fundamental para reforzar los aprendizajes adquiridos y garantizar que la prevención de las recaídas trascienda a la duración del programa y se prolongue en el tiempo.

6.- Actualmente existen pocos centros sanitarios en Canarias encargados de aplicar este tipo de terapias alternativas a la farmacología frente a diferentes trastornos alimentarios.

7.- La enfermería debe formarse y mostrar actitudes que permitan una atención e intervención ejemplar en los pacientes que padecen trastornos alimentarios, favoreciendo su buena evolución ante dicha enfermedad.

8.- Debido a la complejidad del concepto de *mindfulness* y a los limitados datos existentes, se requiere investigación adicional para determinar los efectos a largo plazo en los pacientes que padecen TCA.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Fassino S, Daga GA, Pieró A, Delsedime N. Psychological factors affecting eating disorders. *Adv Psychosom Med.* 2007; 28:141-68.
2. Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychol.* 2000; 39: 1284-92.
3. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychol.* 2000; 57: 659-65.
4. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59: 545-52.
5. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med Gen Med.* 2004; 6: 49
6. Brandsma L. Eating disorders across the lifespan. *J Women Aging.* 2007; 19: 155-72.
7. Bulik C, Sullivan P, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen N. Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63: 305-12.
8. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry.* 2000; 157: 393-401.
9. Klump KL, Miller KB, Keel PK, McGue M, Iacono WG. Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychol Med.* 2001; 31:737-40.

10. Johansen JE, Fetisov SO, Bergstrom U, Nilsson I, Fay C, Ranscht B, et al. Evidence for hypothalamic dysregulation in mouse models of anorexia as well as in humans. *Physiol Behav.* 2007; 92: 278-82.
11. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Trans Clin Soc Lond.* 1874; 7: 22-8.
12. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J. The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *Int J Eat Disord.* 2007; 40 :46-51.
13. Méndez JP, García E, Salinas JL, Pérez-Palacios G, Ulloa-Aguirre A. Anorexia nervosa: función endocrina durante la fase de pérdida de peso y la recuperación del mismo. *Rev Invest Clin.* 1989; 41: 337-44.
14. McKenzie JM, Joyce PR. Hospitalization for anorexia nervosa. *Int J Eat Dis.* 1992; 11: 235-41.
15. Eating disorders. En: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4a ed. Washington, DC, USA: The American Psychiatric Association; 1994. p. 539-50
16. American Psychiatric Association . *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Editorial Médica Panamericana. 2014
17. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the trouble some "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther.* 2005; 43: 691-701.
18. Ricca V, Mannucci E, Mezzani B, Di Bernardo M, Zucchi T, Paionni A, et al. Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eat Weight Disord.* 2001; 6: 157-65.
19. Marchand, WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr Pract.* 2013;18(4):233-52.
20. Paul NA, Stanton SJ, Greeson JM, Smoski MJ, Wang L. Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2013;8(1):56-64

21. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(2):169-83.
22. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry.* 1982;4(1):33-47.
23. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain.* 2008;134(3):310-9.
24. Depression: The treatment and management of depression in adults. NICE. A clinical guideline . 2009.
25. Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord.* 2009;117(1):15-25.
26. Baer, R. *Mindfulness* training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2006; 10(2), 125-144.
27. Kabat-Zinn J. *Mindfulness*-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2006; 10(2), 144-156.
28. Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. Clínic Barcelona. 2020.
29. Castro Molina FJ, García Parra E. Guía de cuidados enfermeros en trastornos de la conducta alimentaria: hospitalización completa [Internet]. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2013.
30. Loran Meler ME, Sánchez Planell L. Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. Barcelona: Amat; 2013. 112.
31. Bustamante Cruz E. Enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Jornadas de Trastornos de la Conducta Alimentaria: una perspectiva multidisciplinar. Toledo; Universidad de Castilla-La Mancha. 2010.; P. 193-204.

32. Castro Molina FJ, García Parra E. Guía de cuidados enfermeros en trastornos de la conducta alimentaria. Hospitalización completa. Madrid: ANESM; 2013. P.71
33. Bulechek GM, Butcher H, Dochterman J, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
34. Cabetas Hernández, I. Desnutrición en anorexia nerviosa: enfoque psicosomático y tratamiento multidisciplinar. Nutr. Hosp. 2004; Col.19 nº.4 Madrid.
35. Dunne JP, Shindul-Rothschild.J, White.L, Lee.CS, Wolfe .BE. Mindfulness in person swith anorexia nervosa and the relationships between eating disorder symptomology, anxiety and pain. . Eat Disord. 2019; 3:1-12.
36. Lyzwinski LN, Caffery L, Bambling M, Edirippulige S. A Systematic Review of Electronic Mindfulness-BasedT herapeutic Interventions for Weight, Weight-Related Behaviors, and Psychological Stress. Telemed J E Health. 2018 ; 24 (3):173-184
37. Bush HE, Rossy L, Mintz LB, Schopp L. Eatforlife: a work site feasibility study of a novel mindfulness-based intuitive eating intervention. Am J Health Promot. 2014; 28(6):380-8.
38. Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literatura review on the role of mindfulness, mindfuleating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. Nutr Res Rev. 2017; 30(02):1-12
39. Kabbat- Zinn, J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. Clinical Psychology Science and practice. 2016; 10:2, 144-156.
40. Kleifield, E. I., Wagner, S., & Halmi, K. A. Cognitive-behavior altreatment o fanorexia nervosa. Psychiatric Clinics of North America. 1996; 19 (4), 715-737.
41. Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M.L, Lowe, M. Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: Aninitial test of efficacy and mediation. Behavior Modification. 2013; 37(4), 459-489.
42. Merwin, R.M., Zucker, N.L., Timko, C.A. A Pilot Study of an Acceptance-Based Separated Family Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. CognBehavPract. 2013;20(4): 485–500.
43. Peterson, C.B. y Mitchell, J.R. Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders. A review of research findings. Journal of clinical psychology. 1999; 55(6) 685-697.

44. Saldaña, C. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno del comportamiento alimentario. *Psicothema*. 2001; Vol.13 n°3, p.381-392.

45. Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Fear, J.L., Pickering, A. Outcome of anorexia nervosa: a case control study. *Am.J. Psychiatry* 1998; 155:939-946

46. Steinhausen, H.C., Rauss Mason, C., Seidel, R. Follow up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychol. Med.*1991; 21(2):447-54

47. Swanson, S.A., Crow, S.J., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangas, K.R. (2011) Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(7):714-23

48. Halmi, K.A., Agras W.S., Crow, S., Mitchell, J., Wilson, G.T, Bryson, S.W., Kraemer, H.C. Predictors of Treatment Acceptance and Completion in Anorexia Nervosa: Implications for future study designs. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;(62):776-78.

49. Garner D.M., Bemis K.M. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cogn Ther Res*. 1982; (6):123-150

50. Garner, D.M., Vitousek, K.M. y Pike, K.M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp.94-144). Nueva York: Guilford Press

51. Bayón-Pérez, C., y Bonan, V. Trastornos de la conducta alimentaria e intervenciones psicoterapéuticas que incorporan mindfulness. En: Miró Barrachina, M. T., & Simón Pérez, V. *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao : Desclée de Brouwer. 2012

52. Caldwell, K. L., Baime, M. J., & Wolever, R. Q. Mindfulness based approaches to obesity and weight loss maintenance. *Journal of Mental Health Counseling*. 2012; 34(3): 269.

53. Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation. *Eat Disord*. 2011; 19(1): 49-61

54. Courbasson, C., Nishikawa, Y. y Shapira, L. Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eat Disord*. 2011;19(1):17-33
55. Leahey, T., Crowther, J. y Irwin, S. A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2008; 15 (4):364–375.
56. Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology*. 1999; 4(3): 357–363.
57. Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2001; 69(6), 1061–1065
58. Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal of Eating Disorders*. 2001; 30(1):101–106.
59. Grimm, E. y Steinle, N. Genetics of Eating Behavior: Established and Emerging Concepts. *Nutr Rev*. 2011; 69(1): 52–60.
60. Tapper, K., Shaw, C., Ilesley, J., Hill, A., Bond, F. y Moore, L. (2009). Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness - based weight loss intervention for women. *Appetite*. 2009; 52(2): 396–404.
61. Smith, B., Shelley, B., Leahigh, L. y Vanleit, B. A preliminary study of the effects of a modified mindfulness intervention on binge eating. *Complementary Health Practice Review*. 2006; 11 (3): 133– 143.
62. Sojcher, R., Gould, S. y Perlman, A. Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder. *Explore (NY)*. 2012; 8(5): 271–276.
63. Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2005;12(3), 351–358.
64. Alberts, H., Mulkens, S., Smeets, M. y Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings: Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*. 2010; 55(1):160-163

65. Albers, H. J. E. M., Thewissen, R., & Raes, L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*. 2012; 58(3), 847-851.
66. Masuda, A., & Wendell, J. W. Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. *Eating Behaviors*. 2010; 11(4), 293-296.
67. Thayer, J., Friedman, B., Borkovec, T. D. Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. En: John H. Krystal, MD. *Biological Psychiatry*. Vol.39 . USA; 1996. p. 255-266.
68. Karoly, P. A goal – systems – self - regulatory perspective on personality, psychopathology, and change. *Review of General Psychology*. 1999; 3(4):264-291.
69. Hamilton, N. A., Kitzman, H. y Guyotte, S. Enhancing health and emotion: Mindfulness as a missing link between cognitive therapy and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2006; 20(2), 123-134.
70. Lewinsohn, P., Striegel - Moore, R. y Seeley, J. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39(10):1284-1292.
71. Richards, P., Hardman, R. y Berrett, M. E. *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington, DC: American Psychological Association; 2007.
72. Beshara, M., Hutchinson, A. y Wilson, C. Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*. 2013; 67: 25–29.
73. Brown, K., Ryan, R. y Creswell, J. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*. 2007; 18(4):211–237.
74. Godsey, J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complement Ther Med*. 2013; 21(4): 430–439.
75. Christian, H., Wan, W., Donatoni, L. y Meier, P. Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and Individual Differences*. 2014; 68: 107–111.

76. Wanden-Berghe, R., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. The application of mindfulness to eating disorders treatment: A systematic review. *Eat Disord.* 2011; 19 (1):34–48.
77. Safer, D. L., Lock, J. y Couturier, J. L. Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: a case report. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2007; 14(2):157–167.
78. Lavander, J. M., Jardin, B. F. y Anderson, D. A. Bulimic symptoms in under graduate men and women: Contributions of Mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors.* 2009 ; 10(4):228-31
79. Corstorphine, E. Cognitive - emotional - behavioural therapy for the Eating Disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review.* 2006; 14: 448–461.
80. Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context.* Harvard U Press. 1978
81. Lindvall, C., Wisting, L. Y Ovind, R. (2017) Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non- clinical male and female samples. *J Eat Disord.* 2017;5:56.
82. Rosling , A.M., Sparen, P., Norring, C., Von Knorring, A.L. Mortality of eatingdisorders: A follow-up study of treatment in a specialist unit 1974–2000. *Int J EatDisord.* 2011; 44: 304–310.
83. Sullivan, P.F. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1995; 152 (7): 1073-1074.
84. Toro, J. y Villardell, E. *Anorexia nerviosa.* Ed. Martinez Roca, 1987.
85. Garner, D.M. y Garfinkel, M.D. Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *The international journal of psychiatry in medicine.* 1982; Volume: 11 issue: 3, p. 263-284
86. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* Guilford Press. 2002

87. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press. 1999

88. Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L., & Grundt, A. The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*. 1999; 49(1): 33-47.

89. Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (1.st Ed.). New York: The Guilford Press.

90. Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder* (1.st Ed.). New York. The Guilford Press.

7. ANEXOS

Imagen 1

Cuestionario de cribado de anorexia y bulimia (SCOFF).

TABLA N° 1 ESCALA DE SCOFF			
Nº	ÍTEMS	SI	NO
1	¿Tiene la sensación de estar enfermo (a) porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?		
2	¿Está preocupado porque siente que tiene que controlar cuánto come?		
3	¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de tres meses?		
4	¿Cree que está gordo (a) aunque otros digan que está demasiado (a) delgado (a)?		
5	¿Diría que la comida domina su vida?		

Imagen 2

Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal en Adolescentes (EEICA)

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Bastantes veces	5. Casi siempre	6. Siempre	1	2	3	4	5	6
1.	¿Con qué frecuencia crees que tus amigos, en general, tienen un cuerpo más bonito que el tuyo?											
2.	¿Con qué frecuencia piensas que te verías mejor si pudieras ponerte una talla menos de ropa?											
3.	¿Con qué frecuencia consideras que la cirugía estética es una opción para mejorar tu aspecto físico en el futuro?											
4.	¿Con qué frecuencia te has sentido rechazada/o ridiculizada por los demás por culpa de tu apariencia?											
5.	¿Con qué frecuencia analizas la composición de calorías de los alimentos, para controlar lo que engordan?											
6.	¿Con qué frecuencia piensas que la forma de tu cuerpo es la que ahora se considera atractiva?											
7.	¿Con qué frecuencia tu imagen corporal te ha hecho estar triste?											
8.	¿Con qué frecuencia el pesoarte te genera ansiedad?											
9.	¿Con qué frecuencia llevas ropas que disminulan la forma de tu cuerpo?											
10.	¿Con qué frecuencia piensas que lo más importante para mejorar tu aspecto sería ganar peso?											
11.	¿Con qué frecuencia, después de comer, te sientes más gorda?											
12.	¿Con qué frecuencia has considerado la posibilidad de tomar algún tipo de pastilla o medicamento que te ayude a perder peso?											
13.	¿Con qué frecuencia tienes miedo de perder el control y convertirte en una gorda?											
14.	¿Con qué frecuencia inventas excusas para evitar comer delante de otras personas (familia, amigos, etc.) y así controlar lo que comes?											
15.	¿Con qué frecuencia piensas que te gustaría tener más fuerza de voluntad para controlar lo que comes?											
16.	¿Con qué frecuencia sientes rechazo hacia alguna parte de tu cuerpo que no te gusta (trazero, muslos, vientre, etc.)?											
17.	¿Con qué frecuencia dejas de hacer cosas porque te sientes gorda?											
18.	¿Con qué frecuencia piensas que las mujeres de tu edad parecen estar más gordas que tú?											
19.	¿Con qué frecuencia dedicas tiempo a pensar sobre cómo mejorar tu imagen?											
20.	¿Con qué frecuencia crees que, si tu aspecto físico no mejora, tendrás problemas en el futuro para relacionarte?											
21.	¿Con qué frecuencia te sientes muy bien al probarte ropa antes de comprarla (sobre todo pantalones)?											
22.	¿Con qué frecuencia te pesas en tu casa?											
23.	¿Con qué frecuencia piensas que la ropa de hoy día no está hecha para gente con el cuerpo como el tuyo?											
24.	¿Con qué frecuencia has llegado a sentir envidia del cuerpo de modelos o artistas famosas?											
25.	¿Con qué frecuencia evitas salir en fotos en las que se vea todo tu cuerpo?											
26.	¿Con qué frecuencia piensas que los demás ven tu cuerpo diferente de como tú lo ves?											
27.	¿Con qué frecuencia te sientes delgada?											
28.	¿Con qué frecuencia te has sentido mal porque los demás han visto tu cuerpo desnudo o en bañador (vestuarios, playa, piscina, etc.)?											
29.	¿Con qué frecuencia te sientes satisfecha con tu aspecto físico?											
30.	¿Con qué frecuencia te has sentido inferior a los demás por culpa de tu físico?											
31.	¿Con qué frecuencia, cuando te ves todo el cuerpo en el espejo, no te gusta?											
32.	¿Con qué frecuencia sientes que te gustaría estar más gorda?											

La corrección, en tanto no se hayan estudios psicométricos de los factores, se realizará obteniendo una puntuación total. El valor de los ítems es el siguiente:
 Ítems positivos: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31.
 Nunca, casi nunca y algunas veces: 0 puntos
 Bastantes veces: 1 punto
 Casi siempre: 2 puntos

Siempre: 3 puntos

Ítems negativos: 6, 10, 18, 21, 27, 29, 32

Siempre, casi siempre y bastantes veces: 0 puntos

Algunas veces: 1 punto

Casi nunca: 2 puntos

Imagen 3

Test de actitudes hacia la comida (EAT-26).

EAT – 26

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Procuro no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, patatas, etc)						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos de régimen						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer régimen						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						