



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

'i) EU d'Infermeria

Trabajo final de grado

GRADO DE ENFERMERÍA

Escuela Universitaria de Enfermería

Universidad de Barcelona

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE
LA ANSIEDAD EN PERSONAS CON TRASTORNO DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA**

Silvia Piqueras Villanueva

Tutora: Amparo del Pino Gutiérrez

Ámbito docente: Enfermería de Salud Mental

Curso académico: 2015-16

AGRADECIMIENTOS

Un Trabajo de Final de Grado es un trabajo que no sólo es fruto del esfuerzo personal del estudiante, sino que necesita de la ayuda de muchas personas, tanto en lo profesional como en lo personal. Con estas líneas quisiera mostrar mi agradecimiento a todas ellas.

En primer lugar, agradecer a mi tutora, Amparo del Pino, por todo el apoyo brindado desde el inicio, por haberme motivado cuando yo lo veía todo negro, por sus correcciones minuciosas y por tener la puerta de su despacho abierta siempre que la he necesitado.

En segundo lugar agradecer a aquellos profesores y a mis compañeros de carrera que me han ayudado solucionando las diversas dudas que me han surgido a lo largo de la realización del trabajo.

Por último, agradecer a mi pareja y mi familia por entender el esfuerzo que este trabajo suponía y haberme animado y ayudado de la forma que nadie mejor sabe hacer.

RESUMEN

Introducción. Los pacientes que sufren algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) a menudo desarrollan altos niveles de ansiedad que les limita en su día a día. Enfermería juega un papel importante en el manejo de este problema desde la valoración del paciente hasta la evaluación de las intervenciones llevadas a cabo.

Objetivo. Identificar intervenciones de enfermería basadas en evidencias científicas para el manejo de la ansiedad en pacientes con TCA, específicamente con Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y Trastorno por Atracón (TA).

Metodología. Revisión bibliográfica en la que se han utilizado las bases de datos PubMed, CINALH, Biblioteca Cochrane, ENFISPO, Cuiden Plus y cuidatge.

Resultados. Se han incluido un total de dieciséis estudios: cuatro ensayos clínicos aleatorios, cuatro series de casos, tres ensayos cruzados, dos estudios casi-experimentales, dos casos clínicos y una revisión bibliográfica. Los resultados hallados varían desde intervenciones de exposición, de Acupuntura, de videos o videojuegos, de *mindfulness*, entre otras.

Conclusiones. Los resultados destacan una escasez de investigaciones sobre las intervenciones de enfermería para el manejo de la ansiedad. Muchas de las intervenciones halladas pese a estar dentro de la competencia enfermera, no son llevadas a cabo por ellas, cosa que afecta a la visibilidad de la profesión. Desde el punto de vista enfermero, es necesario considerar el problema de la ansiedad ya que repercute enormemente en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente.

Palabras clave. Trastorno de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón, Ansiedad y Cuidados Enfermeros.

ABSTRACT

Background. Eating Disorders (ED) patients sometimes develop high levels of anxiety that limit them in their daily lives. Nursing plays an important role in the management of this problem from the assessment task to the evaluation of the interventions carried out.

Objective. Identify nursing interventions based on scientific evidence for the management of anxiety in patients with ED, specifically with Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) and Binge Eating Disorder (BED).

Method. This literature review used the following databases: PubMed, CINALH, Biblioteca Cochrane, ENFISPO, Cuiden Plus y cuidatge.

Results. It has included a total of sixteen studies: four randomized clinical trials, four series of cases, three crossover trials, two quasi-experimental studies, two clinical cases and a literature review. The research has obtained a variety of results like interventions with exposure, Acupuncture, interventions with videos or videogames, mindfulness interventions, among others.

Conclusion. The results highlight a paucity of nursing interventions for the management of anxiety. Many of the interventions found, despite being part of the nursing competence, weren't carried out by nurses, fact that affects negatively to the visibility of the profession. From the nurse point of view, it's necessary to consider the problem of anxiety as it impacts directly to the basic needs of the patient.

Key words. Eating Disorder, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, Anxiety and Nursing Care.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Trastornos de la conducta alimentaria.....	1
1.1.1 Conceptos y definiciones.....	1
1.1.2 Epidemiología.....	2
1.1.3 Comorbilidad.....	2
1.2 Abordaje desde enfermería.....	3
1.3 Pregunta de búsqueda.....	5
2. OBJETIVOS	6
2.1 Objetivo general.....	6
2.2 Objetivos específicos.....	6
3. METODOLOGÍA	7
3.1 Palabras clave.....	7
3.2 Bases de datos.....	7
3.3 Estrategia de búsqueda.....	8
3.4 Artículos seleccionados.....	9
3.5 Gestión de la información.....	11
3.6 Dimensiones a estudiar.....	11
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSIÓN	21
5.1 Intervenciones estudiadas.....	21
5.1.1 Intervenciones de exposición.....	21
5.1.2 Intervenciones con Acupuntura.....	22
5.1.3 Intervenciones con videos.....	22
5.1.4 Intervenciones con videojuegos.....	23
5.1.5 Intervenciones con <i>mindfulness</i>	23
5.1.6 Otras intervenciones.....	24
5.2 Limitaciones del trabajo.....	25
6. CONCLUSIONES	26
6.1 Aplicabilidad en la práctica enfermera.....	26
6.2 Nuevas líneas de búsqueda.....	26

7. PLAN DE DIFUSIÓN	28
8. BIBLIOGRAFÍA	29
9. ANEXOS	35
Anexo 1.....	35
Anexo 2.....	36
Anexo 3.....	37

LISTADO DE ABREVIATURAS

AN: Anorexia Nerviosa.

BN: Bulimia Nerviosa.

DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (siglas en inglés).

IF: Factor de Impacto (siglas en inglés).

IMC: Índice de Masa Corporal.

MeSH: Descriptores de Ciencias de la Salud (siglas en inglés).

Q: Cuartil (sigla en inglés).

TA: Trastorno por Atracón.

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria.

TCANE: Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Trastornos de la conducta alimentaria

1.1.1 Conceptos y definiciones

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son síndromes clínicos que se caracterizan por desarreglos graves de la ingesta alimenticia¹. A lo largo de la historia y por la literatura religiosa, tenemos constancia de la existencia de estos trastornos a partir del s/XVI. Estas referencias, describen el caso de santa Liberata, que a causa de su ayuno voluntario sufrió caquexia y lanugo. Incluso la iconografía religiosa la representa con hirsutismo, características de lo que posteriormente se ha venido a denominar Anorexia Nerviosa (AN)¹.

Por otro lado, la Bulimia Nerviosa (BN) tardó más en ser descrita y su origen se remonta en la Antigua Roma cuando se practicaba la técnica del vómito con la intención de vaciar el estómago y poder seguir comiendo². Aunque, no es hasta la década de los 70, cuando la BN es reconocida como una entidad clínica, a raíz de un artículo publicado en 1979 por Russell²⁻³.

En cuanto a las clasificaciones diagnósticas de los TCA en el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), éstos han venido sufriendo diversas modificaciones, desde que en 1987 el DSM-III⁴ los consideró trastornos psiquiátricos, dentro del capítulo de los Trastornos de la Infancia y de la Adolescencia. Más tarde, con la publicación del DSM-IV⁵ se los incluyó como una categoría independiente bajo la designación de Trastorno de la Conducta Alimentaria y su clasificación fue en tres categorías diagnósticas reconocidas: AN, BN, y Trastorno Alimentario No Especificado, en el que se encontraba incluido el Trastorno por Atracón (TA). En la actualidad, el DSM-V⁶ denomina el capítulo como Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingesta de Alimentos, e integra además de la AN, la BN, y el Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE), la Pica y el Trastorno de Rumiación, que antes estaban en el capítulo de los Trastornos de la Infancia y la Adolescencia, e incluye como nuevos diagnósticos el Trastorno de Evitación/Restricción de la Ingesta de Alimentos y los TA. Los criterios diagnósticos para la AN, BN y el TA están definidos en los anexos 1, 2 y 3 respectivamente.

1.1.2 Epidemiología

Actualmente, los TCA son considerados síndromes crónicos que habitualmente inician en la adolescencia o al inicio de la vida adulta y que comportan un impacto personal y socio-familiar negativo⁷. Aunque se trata de enfermedades que afectan más al sexo femenino diversas investigaciones señalan el aumento en los últimos años en el sexo masculino⁸⁻⁹, siendo la relación de 1 hombre afectado por cada 9 mujeres¹⁰.

Los datos de prevalencia en España son similares a los de Estados Unidos y se sitúan entre el 4,1% y el 6,41%. Entre un 2-4% corresponde a la AN, entre un 0,41%-2,9% a la BN y un 2,3% al TA, siendo éstos los tres trastornos más prevalentes dentro de los TCA¹¹⁻¹².

En cuanto a la incidencia, diversos autores concluyen que en la actualidad hay un promedio de 12/100.000 en BN y de 8/100.000 en la AN¹³. En el caso del TA se sitúa en 35/100.000¹⁴. Cabe destacar, que la franja de edad en la que la incidencia de TCA es mayor es entre los 15-35 años¹⁵.

Un dato fundamental en los TCA, y que indica el grado de gravedad, es la mortalidad¹⁶. La tasa de mortalidad observada sería casi 6 veces mayor que la esperada por edad en la población estándar para la AN¹⁷. El riesgo de muerte es mayor para las personas con AN, con una tasa de mortalidad anual ponderada de 5 por 1.000 persona/año y para la BN el 1,7 por 1000^{17,18}, siendo en el 23% de los casos, muertes por suicidio¹¹.

Por último, en cuanto al resultado del tratamiento, cabe señalar que la recuperación se produce en el 40-50% de los casos, mientras que el 25% tienden a la cronicidad y el 25-30% alternan mejorías y empeoramientos¹⁹.

1.1.3 Comorbilidad

Los TCA tienen consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la salud. Desde el punto de vista orgánico todas las alteraciones derivadas de la malnutrición, como son las alteraciones hormonales, amenorrea, osteoporosis, fracturas, anemia, deshidratación, alteraciones electrolíticas, entre otras²⁰. Y desde el punto de vista psicológico las comorbilidades más frecuentes según las

conclusiones de varias investigaciones son la depresión, la ansiedad, la obsesividad, el aislamiento social, el abuso de drogas, el suicidio y los problemas familiares)²⁰⁻²¹.

Asimismo, dentro de las alteraciones psicológicas, la ansiedad está tan presente en los TCA que es difícil discernir si forma parte de la clínica específica de estos trastornos o si es una patología comórbida²². En este sentido, estudios actuales marcan prevalencias de ansiedad muy variadas, que pueden oscilar entre el 10% y el 40%, dependiendo de los instrumentos de medida y los criterios de inclusión²²⁻²³. Dentro de los Trastornos de Ansiedad, el subtipo de Fobia Social aparece como el diagnóstico comórbido más frecuente en los TCA²³.

1.2 Abordaje desde enfermería

La práctica asistencial de enfermería se basa en el proceso enfermero que permite crear un plan de cuidados individualizado para cada paciente²⁴. Este plan de cuidados ha de incluir una valoración, una planificación de los cuidados, una ejecución y una evaluación²⁴. El primer paso, es por lo tanto, realizar una valoración holística de la persona y de su entorno. En el caso de los pacientes diagnosticados de TCA la afectación de las necesidades básicas varía en función del tipo de TCA, de la edad del paciente, del sexo, entre otras²⁵. Siguiendo el modelo de Virginia Henderson, diversas autoras consideran que las necesidades básicas más alteradas para estos tipos de pacientes son la necesidad de nutrición e hidratación, de eliminación, de moverse y mantener una postura adecuada, de higiene, de evitar peligros, de comunicarse y de trabajar y realizarse¹.

En cuanto a la necesidad de nutrición e hidratación, el DSM-V⁶ considera el bajo peso como un criterio diagnóstico para la AN, el sobrepeso para el TA y generalmente la BN se acompaña de un normopeso. Algunas conductas a destacar serían la falta de pulcritud delante de la comida en la AN y los episodios de atracón en la BN y el TA, diferenciando que en la BN después del atracón se produce una purga mientras que en el TA no²⁶.

En relación a la necesidad de eliminación, habitualmente se ve alterada por un consumo de diuréticos, laxantes y eméticos sin prescripción médica, con el

único objetivo de favorecer la eliminación, hecho que provoca pérdidas importantes de líquidos y electrolitos²⁷.

Asimismo, la necesidad de moverse y mantener una postura adecuada se ve alterada debido a la conducta compensatoria con ejercicio excesivo. En la AN y en ocasiones en la BN la inactividad es vivida de una forma insoportable y ansiosa por lo que constantemente se realizan actividades. En estadios avanzados de la AN, cuando el bajo peso es extremo, aparece debilidad, cansancio y calambres²⁸.

Por lo que a la necesidad de mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel se refiere, en la AN suelen presentarse con aspecto cuidado y ordenado para sus cosas personales, pero con falta de higiene personal y suciedad en la conducta alimentaria²⁶.

La necesidad básica de evitar los peligros, suele hallarse significativamente alterada primordialmente debido al riesgo de suicidio²⁹⁻³⁰, tal y como se mencionó anteriormente.

En relación a la necesidad de comunicarse con otras personas, destaca en general la escasa comunicación y la falta de habilidades sociales que se traduce en engaños y mentiras referentes a la alimentación, incomprensibles cambios de humor o irritabilidad, pérdida de relaciones significativas y conflictos en las relaciones familiares³¹.

Las necesidades básicas de trabajar y realizarse, participar en actividades recreativas y aprender también se ven alteradas al predominar la incapacidad para sentir placer, el miedo a relacionarse con personas del otro sexo y en general una pérdida de interés por las actividades lúdicas³²⁻³³.

La literatura actual, coincide en destacar que uno de los principales problemas en todos los subtipos de TCA es la gran comorbilidad con los trastornos de ansiedad²². Sin embargo, es importante diferenciar entre la ansiedad como un diagnóstico médico y la ansiedad como un problema abordable desde enfermería. La ansiedad es definida desde enfermería como una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma, el origen de la cual con frecuencia es inespecífica o desconocido para la enfermedad³⁴. El diagnóstico médico fija su atención en la

patología, tratamiento y curación de la enfermedad³⁵. En cambio, enfermería fija su atención en las respuestas y conductas que adopta el paciente y que le pueden afectar al mantenimiento de su estado óptimo de salud³⁵. Esto significa que la enfermera ha de emprender actividades desde su rol de independencia para poder prevenir, resolver o reducir la ansiedad como manifestación clínica común en los pacientes con TCA³⁶.

1.3 Pregunta de búsqueda

Desde el modelo participativo biopsicosocial, la enfermera realiza un abordaje holístico del problema, en comunicación con los demás niveles asistenciales, y manteniendo una relación de cercanía con el paciente y su familia, siempre a través de un abordaje multidisciplinar²⁵.

En este sentido, se considera sustancial que los profesionales enfermeros que abordan los cuidados de estos pacientes dispongan de recursos suficientes para prevenir y/o reducir la ansiedad mejorando la autopercepción del trastorno y las posibilidades de su total recuperación³⁶.

Como se ha indicado en apartados anteriores, los subtipos de TCA que presentan mayor prevalencia son la AN, la BN y el TA¹¹⁻¹², en consecuencia, este trabajo se centrará en estos tres subgrupos de TCA.

Por lo tanto, la pregunta que formulo para realizar la búsqueda bibliográfica sobre este tema es: ¿Qué intervenciones enfermeras existen para el manejo de la ansiedad en los TCA, más concretamente en la AN, la BN y el TA? Y otra pregunta que se enmarcaría dentro de la primera sería ¿Cómo de eficaces son estas intervenciones?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Identificar intervenciones de enfermería basadas en evidencias científicas para el manejo de la ansiedad en pacientes con TCA, específicamente con AN, BN y TA.

2.2 Objetivos específicos

- Determinar la situación actual de las intervenciones para el manejo de la ansiedad en pacientes con TCA.
- Comprobar la eficacia de las diferentes intervenciones halladas.
- Describir las limitaciones de las diferentes intervenciones encontradas.
- Justificar su aplicabilidad a través de la práctica enfermera.

3. METODOLOGÍA

El trabajo que se presenta corresponde a una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica sobre el tema presentado.

3.1 Palabras clave

Las diferentes palabras clave para realizar la búsqueda están descritas y ordenadas según el idioma en la Tabla 1.

Tabla 1. Palabras clave usadas.

Castellano	Catalán	Inglés
Trastornos Conducta Alimentaria	Trastorns Conducta Alimentària	Eating Disorders
Anorexia Nerviosa	Anorèxia Nerviosa	Anorexia Nervosa
Bulimia Nerviosa	Bulímia Nerviosa	Bulimia Nervosa
Trastorno por Atracón	Trastorn per Afartament	Binge Eating
Ansiedad	Ansietat	Anxiety
Intervenciones	Intervencions	Interventions
Cuidados enfermeros	Cures infermeres	Nursing care
Enfermería	Infermeria	Nursing

Estas palabras clave han sido escogidas en función de la base de datos en la que se busca y según los booleanos AND (y), OR (o) y NOT (no).

3.2 Bases de datos

Las bases de datos seleccionadas para la búsqueda fueron las siguientes:

- **PubMed.** Es una base de datos de información biomédica producida por el *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) de Estados Unidos que contiene más de 24 millones de referencias bibliográficas. La parte principal de sus contenidos se corresponde a MEDLINE, base de datos biomédica producida por la *National Library of Medicine* (NLM). Los contenidos de MEDLINE se indexan con un tesoro, que llama *Medical Subject Headings* (MeSH)³⁷.

- **CINALH.** (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), es una base de datos que contiene más de 3000 publicaciones que ofrece la cobertura completa de revistas de enfermería y publicaciones especializadas en inglés de la *National League for Nursing* y la *American Nurses Association*³⁸.
- **Cochrane Library.** Recoge siete bases de datos con el objetivo de orientar en la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas, de gestión y de tecnologías sanitarias, mediante la revisión sistemática de bibliografía y de la evaluación crítica de literatura científica³⁹.
- **ENFISPO.** Es una base de datos de revistas en español, que se reciben en la Biblioteca de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Contiene artículos de revistas de publicaciones especializadas, principalmente, en Enfermería, Podología y Fisioterapia, desde 1972 hasta la actualidad⁴⁰.
- **CUIDEN Plus.** Base de datos de la Fundación Index. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana sobre cuidados de salud⁴¹.
- **CUIDATGE.** Es una base de datos bibliográfica producida por el Campus de la Universidad Rovira i Virgili. Nació en 1993 con el propósito de dar a conocer la producción científica producida en el ámbito de la enfermería. La base de datos contiene referencias de las revistas publicadas en catalán y castellano desde 1993 hasta hoy en día⁴².

3.3 Estrategia de búsqueda

Antes de empezar a realizar la búsqueda describí los criterios de inclusión y exclusión, para seguidamente aplicarlos a todas las bases de datos utilizadas con la finalidad de delimitar objetivamente los resultados de la búsqueda.

Como **criterios de inclusión** fijé:

- Artículos científicos donde se reflejan estudios sobre intervenciones destinadas a controlar la ansiedad, llevados a cabo con pacientes diagnosticados de AN, BN o TA.

- Artículos actuales de revistas científicas (máximo 5 años desde su publicación). La búsqueda se realizó en 2015.
- Artículos escritos en castellano, catalán e inglés.
- Artículos publicados como resultado de investigaciones empíricas.

Por otra parte, como **criterios de exclusión**:

- Artículos que tratan de la ansiedad en la familia de una persona diagnosticada de TCA.
- Artículos sobre el control de la ansiedad mediante la utilización de la terapia farmacológica.
- Artículos que hablan de la disminución de la ansiedad en mujeres gestantes diagnosticadas de TCA.

Una vez claros los criterios de inclusión y de exclusión, se extrajeron las palabras clave mediante los tesauros MeSH (*Medical Subject Headings*) y DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) para así unificar los conceptos. De esta manera la búsqueda en bases de datos fue más concisa y eficiente.

Por otro lado, los operadores booleanos usados en las bases de datos analizadas han sido AND y con menos frecuencia OR. También se usó las comillas (") para recuperar cadenas de palabras.

3.4 Artículos seleccionados

Después de haber realizado una búsqueda exhaustiva en las diferentes bases de datos, he seleccionado los artículos que cumplen los criterios de inclusión. En la tabla 2 se pueden ver los resultados en función de la estrategia de búsqueda.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda.

PubMed			
Palabras clave	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados	Observaciones
"eating disorder" AND anxiety AND	30	3	Se ha delimitado la búsqueda para las fechas de publicación

intervention			entre los años 2010-2015. De los resultados obtenidos se han excluido los artículos cuya temática principal era el TCA y el embarazo o intervenciones dirigidas a las familias de personas diagnosticadas de TCA.
“eating disorder” AND anxiety	263	6	
“nursing care” AND anxiety	138	1	
CINALH			
Palabras clave	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados	Observaciones
“eating disorder” AND anxiety AND nursing	11	1	Se ha delimitado la búsqueda para las fechas de publicación entre los años 2010-2015. De los resultados obtenidos algunos eran repetidos de PubMed o trataban de intervenciones dirigidas a las familias de los pacientes con diagnóstico TCA.
“eating disorder” AND anxiety AND intervention	41	3	
Cochrane Library			
Palabras clave	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados	Observaciones
“eating disorder” AND anxiety AND intervention	33	0	Se ha delimitado la búsqueda para las fechas de publicación entre los años 2010-2015.
“eating disorder” AND anxiety	76	2	
“eating disorder” AND nursing	12	0	
ENFISPO			
Palabras clave	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados	Observaciones
“anorexia nervosa”	7	0	No se han obtenido artículos en esta base de datos.
“bulimia nervosa”	1	0	
“binge eating”	0	0	
Cuiden Plus			
Palabras clave	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados	Observaciones

"anorexia nerviosa" OR "bulimia nerviosa" OR "trastorno atracón"	22	0	No se han obtenido artículos en esta base de datos.
Cuidatge			
Palabras clave	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados	Observaciones
"anorèxia nerviosa"	0	0	No se han obtenido artículos en esta base de datos.
"bulimia nerviosa"	0	0	
"trastorn afartament"	0	0	

3.5 Gestión de la información

Desde el inicio de la revisión bibliográfica como gestor de la información se ha usado Mendeley®. Los documentos encontrados se han ido clasificando en carpetas según su procedencia en cuanto a la base de datos y más tarde se han clasificado en diferentes carpetas identificadas según la temática.

Mencionar también, que para poder acceder a todos los documentos de las diferentes bases de datos, se ha utilizado el SIRE (Servicio Intermediario de Acceso a los Recursos Electrónicos), este servicio permite acceder a los recursos de información electrónicos contratados por el CRAI (Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación) de la UB (Universidad de Barcelona), desde un dispositivo situado dentro o fuera de la red de la UB⁴³.

3.6 Dimensiones a estudiar

Teniendo en cuenta los objetivos establecidos, se analizaron los artículos seleccionados considerando las siguientes dimensiones:

- Intervenciones enfermeras actuales para el control de la ansiedad en individuos que padecen un TCA.
- Diferencias de las intervenciones en función de los diferentes TCA.
- Evidencia científica existente sobre la eficacia de estas intervenciones.

4. RESULTADOS

Para esta revisión bibliográfica se han seleccionado un total de 16 artículos: 4 ensayos clínicos aleatorios, 3 ensayos cruzados, 2 estudios casi-experimentales, 4 series de casos, 2 casos clínicos y 1 revisión bibliográfica, todos ellos escritos en lengua inglesa. En la tabla 3 se muestran los principales resultados obtenidos de los artículos incluidos.

Tabla 3. Síntesis de los resultados de la revisión bibliográfica.

Título:	Autor, país, año	Metodología	Revista
Assessment of the emotional responses produced by exposure to real food, virtual food and photographs of food in patients affected by eating disorders ⁴⁴ .	Gorini A, Griez E, Petrova A, Riva G, Italia, 2010	Ensayo cruzado	Annals of general psychiatry (IF: 1.4, Q3 Psychiatry)
Objetivo: Comprobar la eficacia de una terapia de exposición a estímulos virtuales, estímulos reales y fotografías para el manejo de la ansiedad en pacientes con TCA. Método: Se incluyeron en el estudio a 30 personas, 20 de ellas con AN o BN y 10 personas como grupo control. Se valoraron los niveles de ansiedad mediante las escalas “<i>State Anxiety Inventory</i>” y “<i>Visual Analogue Scale for Anxiety</i>” así como datos fisiológicos (frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria). Ambos grupos fueron sometidos a las 3 intervenciones. Resultados: Los investigadores detectaron valores mayores de ansiedad autopercebida en la intervención de exposición mediante una situación virtual. Conclusión: Las intervenciones con terapias de exposición en pacientes con diagnóstico de AN o BN puede ayudar al paciente a controlar la ansiedad percibida ante la comida.			
Título:	Autor, país, año	Metodología	Revista
Targeting premeal anxiety in eating disordered clients and normal controls: a preliminary investigation into the use of mindful eating vs. distraction during food exposure ⁴⁵ .	Marek RJ, Ben-Porath DD, Wisniewski L, Warren M, EEUU, 2013	Estudio casi experimental	International Journal of Eating Disorders (IF:3.126, Q2 Psychiatry)
Objetivo: Comparar la eficacia de la técnica del mindfulness y la distracción mediante una sopa de letras para el manejo de la ansiedad en pacientes con TCA. Método: Se incluyeron 17 mujeres con TCA y 23 mujeres en el grupo control. La mitad de la			

muestra recibió primero una intervención con mindfulness y una semana más tarde la de distracción. Se valoraron los niveles de ansiedad y satisfacción mediante las escalas “*Visual Analogue Scale*” y “*Participant Satisfaction Survey*” antes y después de la intervención.

Resultados: El grupo con TCA mostro valores menores de ansiedad después de la intervención de distracción frente a la intervención de mindfulness.

Conclusión: Es mejor usar la técnica de distracción mediante sopa de letras que el uso del mindfulness para el manejo de la ansiedad en el paciente con TCA.

Título:	Autor, país, año	Metodología	Revista
Acupuncture as an adjunct therapy in the treatment of eating disorders: a randomized cross-over pilot study ⁴⁶ .	Fogarty S, Harris D, Zaslowski C, McAinch AJ, Australia, 2010	Ensayo cruzado	Complementary Therapies in Medicine (IF: 1.545, Q2 Complementary Medicine)

Objetivo: Examinar el rol de la acupuntura como terapia adjunta al tratamiento del TCA.

Método: 9 mujeres participaron en el estudio (5 con AN y 4 con BN). Primero 5 pacientes recibieron la terapia de acupuntura y las otras 4 el tratamiento habitual y a las semanas cambiaron de intervención. Se valoraron las intervenciones mediante: “*Eating Disorder Inventory*”, “*Becks Depression Inventory*”, “*State Trait Anxiety Inventory*” y “*Eating Disorder Quality of Life Scale*”.

Resultados: Tras recibir las sesiones con acupuntura las pacientes mejoraron su calidad de vida tanto físicamente como psicológicamente además de presentar niveles de ansiedad menores.

Conclusión: La acupuntura como una terapia complementaria al tratamiento habitual en los TCA es beneficiosa para el manejo de la ansiedad y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de AN o BN.

Título:	Autor, país, año	Metodología	Revista
The use of a vodcast to support eating and reduce anxiety in people with eating disorder: a case series ⁴⁷ .	Treasure J, Macare C, Ortega I, Harrison A, Reino Unido , 2010	Serie de casos	European Eating Disorders Review (indexada)

Objetivo: Examinar si la visualización de videos durante las comidas reduce la ansiedad.

Método: Se incluyeron 4 personas con AN (3 mujeres y 1 hombre). Se visualizaron 3 videos mientras se les ofrecía un batido de fruta para beber. Cada video tenía un objetivo diferente, el primer video pretendía hacer ver al paciente la importancia de nutrirse. El segundo video tenía el

objetivo de aumentar el apetito en el paciente. Y por último, el tercer video hacia reflexionar al paciente sobre las consecuencias de no comer. Se valoró el nivel de ansiedad con la escala “*Visual Analogue Scale*”.

Resultados: El batido se bebía en un período de tiempo menor con los videos. Tres de los cuatro pacientes vieron reducida su ansiedad al comer con el vídeo.

Conclusión: Como soporte al tratamiento durante las comidas, usar este tipo de vídeos que motivan al paciente a comer puede ser beneficioso para el control de la ansiedad ante la comida en pacientes con AN.

Título: The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa ⁴⁸ .	Autor, país, año	Metodología	Revista
	Bibb J, Castle D, Newton R, Australia, 2015	Ensayo clínico aleatorio	Journal of Eating Disorders (indexada)

Objetivo: Determinar la eficacia de la terapia con música para reducir la ansiedad después de las comidas.

Método: Se incluyeron 18 pacientes con AN (17 mujeres y 1 hombre). Se valoraron los niveles de ansiedad con “*Subjective Units of Distress*” antes de la intervención y después, tanto en el grupo de terapia de soporte estándar (grupo control) como en la terapia con música. La terapia de soporte estándar consistía en una sesión de grupo de una hora después de las comidas y la terapia con música en una hora en la que los pacientes podían escuchar música, cantar y crear sus propias canciones.

Resultados: La participación en la terapia con música después de comer consiguió mayor reducción de la ansiedad comparada con la terapia de soporte estándar.

Conclusión: La terapia con música puede ser una intervención efectiva para reducir la ansiedad después de las comidas en los pacientes diagnosticados de AN.

Título: The use of a Nonimmersive Virtual Reality Programme in Anorexia Nervosa: a single case-report ⁴⁹ .	Autor, país, año	Metodología	Revista
	Cardi V, Krug I, Perpiñá C, Mataix-Cols D, Roncero M, et al, Reino Unido, 2011	Caso clínico	European Eating Disorders Review (indexada)

Objetivo: Describir las ventajas del uso de un programa de realidad virtual sin inmersión como soporte al tratamiento de una persona con AN.

Método: Se incluyó en el estudio una mujer de 21 años de edad con AN. Se valoró la

sintomatología mediante el “*Eating Disorders Examination Questionnaire*” y el estado psicológico mediante la “*Despression, Anxiety and Stress Scale*”, tanto antes como después de la intervención. Dicha intervención consistía en un *software* de una cocina virtual por la que la paciente se podía ir moviendo e ir interaccionando con los diferentes alimentos y platos durante una hora.

Resultados: Después de la intervención la paciente mostró niveles menores de ansiedad y de miedos relacionados con la comida, así como una disminución de la sintomatología de su trastorno alimentario.

Conclusión: El programa de realidad virtual demuestra ser una terapia de exposición efectiva para el manejo de la ansiedad en pacientes diagnosticados de AN.

Título:	Autor, país, año	Metodología	Revista
Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: a randomized controlled pilot study ⁵⁰ .	Steinglass JE, Albano AM, Simpson HB, Wang Y, Attia E, Walsh BT, USA, 2013	Ensayo clínico aleatorio	International Journal of Eating Disorders (IF: 3.126, Q2 Psychiatry)

Objetivo: Evaluar la eficacia de una terapia de exposición para la AN.

Método: Se incluyeron 30 pacientes con AN (28 mujeres y 2 hombres). Se incluyeron aleatoriamente la mitad de los pacientes en la terapia de exposición y la otra mitad en la terapia cognitiva-conductual. Se valoraron las calorías ingeridas y la ansiedad en ambos grupos antes y después de la intervención.

Resultados: La cantidad de calorías ingeridas aumentó en la terapia de exposición mientras que en la terapia cognitiva-conductual disminuyó. A su vez, aunque hay una disminución del nivel de ansiedad en los dos grupos, no se muestran cambios estadísticamente significativos entre ellos.

Conclusión: La terapia mediante exposición puede mejorar la cantidad de calorías ingeridas por los pacientes. Además, tanto la terapia de exposición como la terapia cognitiva-conductual, son eficaces para el manejo de la ansiedad en pacientes diagnosticados de AN.

Título:	Autor, país, año	Metodología	Revista
Video game therapy for emotional regulation and impulsivity control in a series of treated cases with bulimia nervosa ⁵¹ .	Fagundo AB, Santamaría JJ, Forcano L, Giner C, Jiménez S, Sánchez I, et al, España, 2013	Serie de casos	European Eating Disorders Review (indexada)

Objetivo: Describir los resultados de nueve pacientes con BN sometidos a una terapia con videojuegos.

Método: 9 mujeres con BN fueron incluidas en el estudio. Se valoraron datos clínicos, cuestionarios psicológicos y medidas fisiológicas antes y después del tratamiento. La intervención consistía en un videojuego llamado "*Island*" que a su vez tiene 3 minijuegos en los que el objetivo es que el paciente aprenda a planificarse, a mejorar la toma de decisiones, a practicar la memoria visual, a mejorar las habilidades visuoespaciales y a controlar la ansiedad mediante el registro de la respiración.

Resultados: La regulación emocional mejoró, la variabilidad de la frecuencia cardíaca aumentó, y las medidas de tasas de ansiedad e impulsividad disminuyeron después de este tratamiento.

Conclusión: Las terapias con serious games (juegos serios) pueden ser beneficiosas para el manejo de la ansiedad en los pacientes diagnosticados de BN.

Título	Autor, país, año	Metodología	Revista
Fear of food as a treatment target: exposure and response prevention for anorexia nervosa in an open series ⁵² .	Steinglass J, Albano AM, Simpson HB, Carpenter K, Schebendach J, Attia E, USA, 2013	Estudio casi experimental	International Journal of Eating Disorders (IF: 3.126, Q2 Psychiatry)

Objetivo: Evaluar cómo influye la ansiedad en la conducta alimentaria del paciente con AN y comprobar la eficacia de un tratamiento de exposición.

Método: Fueron incluidas en el estudio 9 mujeres con AN, las variables a estudiar eran la ansiedad antes de comer, durante la comida y después de comer, además de la cantidad de calorías ingeridas antes y después de la exposición. La intervención consistía en conocer que comidas son las que producían mayor ansiedad con el objetivo de ir exponiéndolas gradualmente.

Resultados: Al finalizar la terapia de exposición se registraron valores menores de ansiedad y en consecuencia valores de ingesta de comida más normalizados.

Conclusión: Estos hallazgos apoyan el modelo de tratamiento para la AN centrado en el control de la ansiedad. Y demuestran que la terapia de exposición es un buen método para el control de la ansiedad.

Título	Autor, país, año	Metodología	Revista
Acupuncture and Acupressure and Massage Health	Smith C, Fogarty S,	Ensayo	The journal of

outcomes for patients with anorexia nervosa: findings from a pilot randomized controlled trial and patient interviews ⁵³ .	Touyz S, Madden S, Buckett G, Hay P, Australia, 2014	clínico aleatorio	alternative and complementary medicine (indexada)
---	--	-------------------	---

Objetivo: Examinar si la utilización de la Acupuntura, la Acupresión y el masaje son beneficiosos para el manejo de la sintomatología, la ansiedad y el IMC en pacientes con AN.

Método: Se incluyeron en el estudio 20 mujeres con AN, 10 participaron en el grupo control en el que recibieron la terapia de Acupresión y Masaje y las otras 10 recibieron la terapia con Acupuntura. Se valoró el IMC, la ansiedad mediante “*Depression, Anxiety Stress Scale*” y la sintomatología mediante “*Eating Disorder Examination-Questionnaire*”.

Resultados: No se encontraron diferencias en los niveles de ansiedad ni en el IMC entre el grupo de la Acupuntura y el grupo control. Aunque al realizar una entrevista a los pacientes tratados mostraron tener una sensación mayor de calma y relajación en ambos grupos.

Conclusión: La Acupuntura, la Acupresión y el masaje pueden mejorar la sensación subjetiva de bienestar del paciente, aunque resultan necesarias más investigaciones sobre este tema para llegar a unas conclusiones más determinantes.

Título	Autor, país, año	Metodología	Revista
Randomized controlled clinical trial of Yoga in the treatment of eating disorders ⁵⁴ .	Carei TR, Fyfe-Johnson AL, Breuner CC, Brown MA, EEUU, 2010	Ensayo clínico aleatorio	Journal of Adolescent Health (IF: 3.612, Q1 Pediatrics)

Objetivo: Comprobar la eficacia de una intervención basada en el Yoga para el manejo de la sintomatología asociada al TCA.

Método: Fueron incluidas en el estudio 50 mujeres y 4 hombres. Los 54 participantes fueron aleatoriamente incluidos en el grupo control (recibieron los cuidados clásicos) o en el grupo de intervención (recibieron los cuidados con Yoga). Se realizaron valoraciones pre y post intervención, al mes de haber finalizado el tratamiento. Las variables controladas fueron: IMC, sintomatología de TCA, preocupación por la comida, depresión y ansiedad.

Resultados: El grupo que recibió la intervención de Yoga demostró tener menos síntomas relacionados con el TCA, menos preocupación por la comida, niveles menores de ansiedad y depresión y un mejor mantenimiento del IMC.

Conclusión: El uso del Yoga como terapia puede ser beneficioso para la recuperación y el manejo de la ansiedad en los pacientes con TCA.

Título: The impact of induced positive mood on symptomatic behaviour in eating disorders ⁵⁵ .	Autor, país, año	Metodología	Revista
	Cardi V, Esposito M, Clarke A, Schifano S, Treasure J, Reino Unido, 2015	Ensayo cruzado	Appetite (IF:2.691, Q2 Behavioral Sciences)

Objetivo: Comprobar el impacto en la sintomatología de los pacientes con TCA de visualizar un video que pretende obtener un estado de ánimo positivo.

Método: Fueron incluidas en el estudio 42 mujeres (19 con AN y 23 con BN) y 36 mujeres sanas. La mitad de la muestra visualizó el video que intenta conseguir un estado positivo, y los demás, visualizaron un documental. Para ambos grupos, mientras se visualizaban el vídeo se les animaba a consumir un batido. Las variables medidas fueron: la sintomatología del TCA, la ansiedad y la cantidad ingerida de alimento durante la intervención.

Resultados: El video que intenta conseguir un estado positivo fue asociado con una ingesta mayor de batido para las pacientes con AN y en el grupo de BN se reduce la ansiedad al consumir el batido viendo el vídeo.

Conclusión: El uso de un video que intenta conseguir un estado de ánimo positivo durante las comidas puede asociarse a beneficios en la recuperación para los pacientes con TCA.

Título: Using mindful eating to treat food restriction: a case study ⁵⁶ .	Autor, país, año	Metodología	Revista
	Albers S, EEUU, 2011	Caso clínico	Eating Disorders (IF: 1.484, Q3 Psychiatry)

Objetivo: Describir los beneficios que experimenta una paciente con AN al someterse a una intervención basada en el *mindfulness*.

Método: Caso único de una mujer de 19 años de edad con AN. Se realizaron 15 sesiones de *mindfulness* basadas en la exposición a las comidas que dan miedo a la paciente, en la sensación de hambre y en las situaciones que aumentan su ansiedad.

Resultados: Después de finalizar el tratamiento, la paciente aumentó el IMC, así como su consumo de calorías, realizó una dieta más variada e incluyó los alimentos que le daban miedo. Además se produjo una mejoría en los niveles de ansiedad al exponerse a la comida.

Conclusión: Usar el *mindfulness* como un componente más de la terapia habitual para los pacientes con AN puede ser beneficioso para su recuperación.

Título: The fear of food measure: a novel measure for use in	Autor, país, año	Metodología	Revista
---	-------------------------	--------------------	----------------

exposure therapy for eating disorders ⁵⁷ .	Levinson CA, Byrne M, EEUU, 2015	Revisión bibliográfica	International Journal of Eating Disorders (IF: 3.126, Q2 Psychiatry)
---	----------------------------------	------------------------	---

Objetivo: Evaluar la eficacia de la terapia de exposición para el tratamiento de las personas con TCA.

Método: Revisión bibliográfica de 4 artículos.

Resultados: En todos los artículos seleccionados, los pacientes mostraron una disminución de la ansiedad, una menor evitación de la comida y una disminución de la ansiedad relacionada con la comida al llevar a cabo la intervención de exposición.

Conclusión: La terapia de exposición a la comida para los pacientes con TCA tiene beneficios antes, durante y después de la exposición por lo que puede ser considerada como una terapia eficaz para el tratamiento de dichos pacientes.

Título: Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series ⁵⁸ .	Autor, país, año	Metodología	Revista
	Wildes JE, Marcus ED, EEUU, 2011	Serie de casos	International Journal of Eating Disorders (IF: 3.126, Q2 Psychiatry)

Objetivo: Comprobar los beneficios de la “*Emotion acceptance behavior therapy*” (EABT) en el manejo de la sintomatología de los paciente con TCA.

Método: Fueron incluidos en el estudio 4 mujeres con diagnóstico de AN. Se realizaron 24 sesiones en las que se evaluaban el IMC, la ansiedad, la depresión, la sintomatología del TCA, la autoaceptación y la calidad de vida, tanto al inicio como al finalizar las sesiones de EABT. En una primera fase el objetivo de la terapia fue orientar a las pacientes en su tratamiento y construir una relación terapéutica. En la segunda fase se buscó que las pacientes aumentasen su la aceptación mediante técnicas como el *mindfulness*. Y por último, la tercera fase se centró en la consolidación de los logros, la continuación de la práctica y la planificación de la continuación del tratamiento.

Resultados: 3 de las 4 mujeres aumentaron su IMC, disminuyeron los síntomas depresivos y de ansiedad, y la calidad de vida mejoró tras la terapia de EABT.

Conclusión: La EABT puede ser una terapia complementaria eficaz para tratar a los pacientes con AN.

Título:	Autor, país, año	Metodología	Revista
Eating disorders and equine therapy: a nurse's perspective on connecting through the recovery process ⁵⁹ .	Dezutti JE, EEU, 2013	Serie de casos	Journal of Psychosocial nursing (indexada)

Objetivo: Describir una sesión de terapia con caballos para el manejo de la sintomatología de pacientes con TCA.

Método: Se incluyeron en el estudio 7 mujeres con diagnóstico de TCA. La terapia con caballos consistían en sesiones de 6 horas diarias, 2 veces a la semana, en las que se realizaban varias sesiones como son aprender el lenguaje corporal del caballo, mover a los animales entre los obstáculos y realizar un escrito sobre cómo había ido la jornada. Las variables registradas fueron la opinión y el grado de satisfacción de las pacientes con las sesiones.

Resultados: La terapia con caballos produjo en las pacientes un estado de calma, les ayudó a estar conscientes en el “ahora” y ser conscientes de su entorno, además, sus preocupaciones por la comida disminuyeron.

Conclusión: Usar la terapia con caballos como terapia complementaria en pacientes con TCA puede ser beneficioso para el manejo de la ansiedad y la sintomatología presente.

5. DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica tenía como objetivo principal conocer las intervenciones de enfermería para el manejo de la ansiedad en pacientes con TCA. Todos los estudios analizados coinciden en la importancia de reducir la ansiedad para facilitar el proceso de recuperación en los pacientes diagnosticados de TCA⁴⁴⁻⁵⁹. Cabe destacar que ha habido estudios que se han centrado en la ansiedad ante la comida^{44-45,47-50,52,54-57,59}, mientras que otros se han centrado en la ansiedad en general^{46,51,53,58}. Para facilitar la discusión de las similitudes y diferencias entre los artículos, se ha dividido el apartado en seis subapartados según la temática, para su mejor comprensión.

5.1 Intervenciones estudiadas

5.1.1 Intervenciones de exposición

Las técnicas de exposición para el manejo de la ansiedad están basadas en el aprendizaje que lentamente el paciente va desarrollando. Exponer gradualmente a los pacientes a aquellas situaciones que provocan miedo (en el caso de los TCA sería la comida) produce un aprendizaje basado en la experiencia que se da al observar en primera persona que los resultados a los que se les teme no se producen^{44,49,50,52,57}.

Las formas de exponer a los pacientes a las comidas pueden variar. En el estudio de Cardí V et al⁴⁹, los investigadores utilizan la realidad virtual no inmersiva, considerada así porque las pacientes no llevan el casco que les hace ver la pantalla en 3 Dimensiones (3D). El software para el estudio consistió en una cocina a que el paciente podía ir explorando con el ratón del ordenador⁴⁹. Otro estudio similar al anterior es el de Gorini A et al⁴⁴, que a diferencia del anterior, sí disponía de un casco encargado del 3D, y se simulaba un restaurante por el que el paciente iba interactuando. En ambos estudios los resultados fueron positivos y se logró reducir los niveles de ansiedad que los pacientes sentían al exponerse a la comida^{44,49}.

Asimismo, otra forma de llevar a cabo la intervención de exposición es mediante la exposición progresiva, es decir, exponiendo a los pacientes progresivamente a las comidas que les causa ansiedad^{50,52}. En el caso del

estudio Steinglass JE et al⁵⁰, además se prohibió a los pacientes hacer rituales que les hiciese disminuir la ansiedad subjetiva ante la comida, como es por ejemplo partir la comida en trozos muy pequeños. Ambos estudios^{50,52} al igual que una revisión bibliográfica⁵⁷ mostraron resultados muy similares en la reducción de la ansiedad, el aumento del consumo de los alimentos que daban miedo, y en consecuencia, el aumento de las calorías totales ingeridas.

5.1.2 Intervenciones con Acupuntura

Dos artículos que investigaban las técnicas de la Acupuntura^{46,53}, llegaron a resultados diferentes. En el estudio realizado por Fogarty S et al⁴⁶, participaron un total de 9 pacientes diagnosticados de AN o BN que al finalizar el estudio mostraron tener valores inferiores de ansiedad. Además, tuvieron una mejoría en la calidad de vida al disminuir también la sintomatología habitual en estos trastornos⁴⁶. Por otra parte, en el artículo de Smith C et al⁵³ dónde participaron 20 pacientes con AN, no se demostraron cambios significativos en los niveles de ansiedad después de la intervención. Cabe señalar que en ambos estudios las muestras fueron^{46,53}.

5.1.3 Intervenciones con videos

En cuanto a las intervenciones que consisten en la visualización de videos durante las comidas, dos artículos diferentes, Treasure J et al⁴⁷ y Cardi V et al⁵⁵, estudiaron su eficacia, obteniendo resultados similares. Estos autores parten de la base que al intentar crear en el paciente un estado de ánimo positivo (en este caso mediante los videos), la conducta hacia la comida mejora, cosa que se ve reflejado en los resultados ya que los pacientes con BN y AN que han participado en ambos estudios ven reducida su ansiedad ante la comida^{47,55}. Ambos son estudios con metodologías diferentes, pero con un diseño similar. En los dos se les ofreció un batido de frutas a los pacientes para que fueran bebiendo durante las visualizaciones y en ambos la cantidad de batido ingerido al final de la intervención aumentó con referencia al grupo control^{47,55}.

5.1.4 Intervenciones con videojuegos

Otra forma de manejar la ansiedad en este tipo de pacientes, según los artículos estudiados, es mediante los videojuegos. El estudio llevado a cabo por Fagundo AB et al⁵¹, en el Hospital de Bellvitge, es un ejemplo de ésta intervención. El juego utilizado fue diseñado con el objetivo de aumentar las habilidades de autocontrol emocional y reducir los comportamientos impulsivos para así reducir la ansiedad y mejorar la toma de decisiones. Otro aspecto a destacar es que Fagundo AB et al⁵¹, demuestran en su estudio que los pacientes muestran un interés y una disposición a seguir realizando más sesiones, detalle que en estudios similares de realidad virtual ^{44,49} no se menciona.

5.1.5 Intervenciones con *mindfulness*

Por otro lado, se han encontrado dos artículos que estudian la técnica del *mindfulness*. Ésta es una práctica que enseña a prestar atención al momento presente y a observar los contenidos de la mente, tratando de desarrollar la capacidad de posicionarse como observador de la propia mente^{45, 56}.

Marek RJ et al⁴⁵, en su estudio compara la eficacia de la técnica de *mindfulness* con la técnica de distracción. En él, se demuestra que para los pacientes con AN o BN es más efectiva la intervención de distracción mediante la realización de una sopa de letras que el *mindfulness*⁴⁵. Cabe destacar, que pese a haber una comparativa entre estas dos intervenciones, si se miran exclusivamente los niveles de ansiedad pre y post en los pacientes que fueron sometidos a la intervención de *mindfulness*, éstos valores también disminuyeron. En el trabajo de Marrek RJ et al⁴⁵ el *mindfulness* se aplicó imaginando una situación ficticia como podía ser encontrarse solo en mitad de un prado verde (técnica de visualización). En el caso clínico llevado a cabo anteriormente por Albers S⁵⁶, la paciente que participó en el estudio trabajó el *mindfulness* mediante la comida que le daba miedo. Por lo tanto, si a la paciente le daba miedo un alimento en particular como podría ser el chocolate, para realizar la sesión tuvo que coger una onza y desarrollar la sesión a partir de esa onza de chocolate, oliéndola, determinando su textura, su sabor, manteniendo la concentración en la sensación de hambre del propio cuerpo y en las situaciones

que generaban ansiedad a la paciente⁵⁶. En este caso, el estudio de Albers S⁵⁶ describe una intervención más individualizada ya que requirió un trabajo previo de conocimiento de la paciente para asegurar el éxito de las sesiones, éxito que finalmente obtuvo al reducirse los niveles de ansiedad.

Otro estudio similar a los dos anteriores es el de Carei TR et al⁵⁴ que se basó en técnicas de Yoga. La conclusión que se desprendió de la intervención fue que la preocupación por la comida se vio reducida al prestar la atención en las posturas corporales que brindó el Yoga. Pese a ello, Carei TR et al⁵⁴ mencionan la falta de evidencia científica para poder confirmar su hipótesis inicial.

5.1.6 Otras intervenciones

Otro estudio totalmente diferente a los mencionados anteriormente se basó en la equinoterapia. La equinoterapia o hipoterapia ayuda al paciente a desarrollar la autoconfianza, la autoeficacia, a mejorar la comunicación, la habilidad de socializarse y el control de los impulsos⁵⁹. Es por ello que la enfermera DeZutti JE⁵⁹ decidió estudiar sus efectos en pacientes diagnosticados de TCA, obteniendo niveles menores de ansiedad al finalizar la terapia.

Así mismo, la musicoterapia puede ofrecer a los pacientes diagnosticados de AN la motivación para la recuperación, la distracción de los pensamientos y sentimientos negativos, y aporta un sentido de la autonomía y la expresión creativa⁴⁸. En este sentido, Bibb J et al⁴⁸, concluyen con su estudio que al aplicar una intervención basada en la musicoterapia justo después de comer los pacientes ven reducida la ansiedad postprandial.

5.2 Limitaciones del trabajo

Una de las limitaciones que presenta este trabajo es el idioma, ya que únicamente eran incluidos los artículos que estaban escritos en castellano, catalán e inglés.

Otra limitación ha sido asociar los diferentes subtipos de TCA con la eficacia de las intervenciones estudiadas, dado que en muchas ocasiones los artículos no especifican qué subtipo de trastorno padecen los sujetos del estudio. En esa línea, es necesario destacar que ningún estudio se centra exclusivamente en el TA, esto podría ser debido a que hasta la publicación del DSM-V⁶ en 2013, el TA no se considera una categoría diagnóstica independiente.

6. CONCLUSIONES

Después de realizar la discusión del trabajo y sin perder de vista los objetivos iniciales, podemos afirmar que hay una gran variedad de intervenciones para el manejo de la ansiedad en pacientes con TCA. Dentro de estas intervenciones las más estudiadas son las terapias de exposición, seguidas de las terapias que usan videos o videojuegos.

Es importante remarcar que todos los estudios incluidos en este trabajo han obtenido resultados positivos en la mejora del control de la ansiedad, por lo que se puede considerar que las intervenciones fueron eficaces.

6.1 Aplicabilidad en la práctica enfermera

En los resultados se destaca una escasez de investigaciones sobre las intervenciones estandarizadas de enfermería para el manejo de la ansiedad. Muchas de las intervenciones halladas, pese a que están dentro de la competencia enfermera, no son llevadas a cabo por estos profesionales, cosa que afecta enormemente a la visibilidad de la profesión.

Como se comenta a lo largo de esta revisión bibliográfica, la afectación de la ansiedad en todas las esferas de la vida imposibilita la recuperación del paciente diagnosticado de TCA. Desde el punto de vista enfermero se ha de considerar el problema de la ansiedad por repercutir enormemente en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente. Asimismo, todas las intervenciones analizadas podrían ser adoptadas y reproducidas en el plan de cuidados enfermero en forma de actividades según el objetivo y la intervención fijada. Es necesario remarcar que para poder aplicar estas intervenciones y ver la repercusión que tiene en los pacientes con TCA, hacen falta más estudios llevados a cabo por profesionales de la enfermería.

6.2 Nuevas líneas de búsqueda

Son necesarios más estudios empíricos que evalúen la eficacia de diferentes intervenciones enfermeras en pacientes con TCA. Además de ser útiles para clarificar cual es el rol de enfermería en este tipo de intervenciones y

cuáles de ellas es capaz de desarrollar de forma autónoma. A partir de aquí, sería conveniente analizar aspectos relacionados con cómo vive la persona el proceso de la enfermedad y cómo reacciona a las diferentes intervenciones, así como, evaluar a largo plazo su efectividad.

7. PLAN DE DIFUSIÓN

El plan de difusión a continuación detallado pretende definir la estrategia para la divulgación y la visibilidad de este Trabajo de Final de Grado en el colectivo enfermero.

En primer lugar, la revisión será expuesta ante un tribunal de profesores universitarios especializados en el ámbito de la Salud Mental a través de una exposición oral.

Posteriormente, podrán ser publicados los resultados de la revisión en revistas científicas de enfermería que dan la oportunidad a los estudiantes de enfermería de publicar sus trabajos para que el colectivo enfermero pueda ampliar o reforzar sus conocimientos. Algunas de estas revistas son: *Ágora de Enfermería* y *Nure Investigación*. Además, también existe la posibilidad de publicar el trabajo en el Depósito Digital de la Universidad de Barcelona, siendo una forma digital de difundir el trabajo.

Otra vía para difundir el trabajo será mediante los congresos o jornadas. En este sentido, este trabajo será expuesto en las II Jornada de estudiantes de Enfermería de la ADEIC (*Associació de Directores d'Escoles d'Infermeria de Catalunya*), que se celebrará el día 18 de mayo de 2016, en el Campus Mar (Barcelona). Otro congreso que puedo considerar y a partir del cual se podría hacer difusión sería el III Congreso Catalán de Enfermería de Salud Mental, organizado por la ASCISAM (*Associació Catalana d'Infermeria de Salut Mental*) que tendrá lugar en la ciudad de Gerona los próximos 11,12 y 13 de mayo de 2016.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ¹Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. 2nd ed. Barcelona: Masson; 2001.
- ²Stein D, Laakso W. Bulimia: a historical perspective. *Int J Eat Disord*. 1988; 7(2):201–10.
- ³Rava MF, Silber TJ. Bulimia nerviosa (Parte 1): historia, definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Arch Argent Pediatr*. 2004; 102(5): 353–63.
- ⁴American Psychiatric Association. DSM-III-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. Washington; 1989.
- ⁵American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington; 2000.
- ⁶American Psychiatric Association. DSM-V-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington; 2013.
- ⁷Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8th ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
- ⁸Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJV. Assessing quality of life in eating disorder patients. *Qual Life Res*. 2005;14(1):171–8.
- ⁹Fernández F, Krug I, Jiménez S, Granero R, Núñez A, Penelo E, et al. Male eating disorders and therapy: a controlled pilot study with one year follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009 Sep;40(3):479–86.
- ¹⁰Nicholls D, Viner R. Eating disorders and weight problems. *Br Med J*. 2005;330:950-3.
- ¹¹Smink FRE, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord*. 2014;47(6):610–9.
- ¹²Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406–14.
- ¹³Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating

disorders. *Int J Eat Disord*. 2003;34(4):383–96.

¹⁴Mustelin L, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *Int J Eat Disord*. 2015;48:1106–12.

¹⁵Larrañaga A, Docet MF, García RV. High prevalence of eating disorders not otherwise specified in northwestern Spain: Population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(10):1669–73.

¹⁶Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724–31.

¹⁷Roux H, Chapelon E, Godart N. Epidemiology of anorexia nervosa: a review. *Encephale*. 2013;39(2):85-93.

¹⁸Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1331–41.

¹⁹Ruiz P. Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Grupo Zarima. Zaragoza; 1998.

²⁰Peláez MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Rev Int Psicol Ter Psicol*. 2005;5(2):131-44.

²¹Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria Madrid: Gobierno de España; 2009 [Cited: 2015 Dec 11]. Available from:

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/gpc_trastor_cond_alim_aatrm-09.pdf

²²Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int J Eat Disord*. 2002;32(3):253-70.

²³Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15(4):253-74.

²⁴Amaro MC. El método científico de enfermería, el proceso de atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Rev Cubana Enfermer*. 2004; 20(1):[about 1p].

Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es.

²⁵Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de cuidados de enfermería familiar y comunitaria en los trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Gobierno de España; 2008 [Cited: 2015 Dec 11]. Available from: http://www.semap.org/boletinSEMAP/8/guia_cuidados_trastornos_conducta_alim_aliment.pdf

²⁶Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev chil Nutr*. 2002;29(2):86-91.

²⁷Agüera Z, Riesco N, Jiménez-Murcia S, Islam MA, Granero R, Vicente E, et al. Cognitive behaviour therapy response and dropout rate across purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder: DSM-5 implications. *BMC Psychiatry*. 2013;13:285.

²⁸Sauchelli S, Arcelus J, Sánchez I, Riesco N, Jiménez S, Granero R, et al. Physical activity in anorexia nervosa: How relevant is it to therapy response? *Eur Psychiatry*. 2015;30(8):924-31.

²⁹Crow SJ, Swanson SA, Grange D, Feig EH, Merikangas KR. Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 2014;55(7):1534-9.

³⁰Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, Thornton LM, Mortensen PB, Bulik CM. The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *J Psychiatr Res*. 2015;65:16-22

³¹Mandy W, Tchanturia K. Do women with eating disorders who have social and flexibility difficulties really have autism? A case series. *Molr Autism*. 201;6:6.

³²Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983;2(2):15-34.

³³Bydlowski S, Corcos M, Consoli SM, Paterniti S, Laurier C, Chambry J, et al. Anhedonia and emotional awareness: facts and perspectives in eating disorders. *Ann Med Interne*. 2002;153(7):252-6.

³⁴NNNConsult: NANDA, NIC, NOC [Internet]. Elsevier. 2012 [Cited: 2015 Dec 12]. Available from: <http://www.nnnconsult.com.sire.ub.edu/nanda/146>

³⁵Chiffi D, Zanotti R. Medical and nursing diagnoses: a critical comparison. J Eval Clin Pract. 2015;21(1):1–6.

³⁶Zabalegui A. El rol del profesional en enfermería. Aquichan. 2003;3(3):16-20.

³⁷Universitat de Barcelona. CRAI. PubMed Medline: guia ràpida. Aprenentatge en l'ús de serveis i recursos d'informació: tutorials i guies (CRAI-UB) [Internet]. 2014 [cited: 2015 Dec 13]. Available from:

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/58243/1/pubmed_guia_102014.pdf

³⁸Biblioteca de la Universidad de Málaga. Guía de uso de la base de datos Cinahl. BUMA – Materiales formativos [Internet]. 2013 [cited: 2015 Dec 13]. Available from:

<http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/6154/Guia%20Cinahl.pdf>

³⁹Universitat de Barcelona. CRAI. Cochrane Library: guia ràpida. Aprenentatge en l'ús de serveis i recursos d'informació: tutorials i guies (CRAI-UB) [Internet]. 23 Set 2010 [cited: 2015 Dec 13]. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/13783/1/triptic_cochrane.pdf

⁴⁰Universitat de Barcelona. CRAI. ENFISPO: guia ràpida. Aprenentatge en l'ús de serveis i recursos d'informació: tutorials i guies (CRAI-UB) [Internet]. 2010 [cited: 2015 Dec 13]. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18346/1/ENFISPO_guia%20%C3%A0pida.pdf

⁴¹Fundación Index [Internet]. CUIDEN. [cited: 2015 Dec 13]. Fundación Index. Available from: <http://www.index-f.com/new/cuiden/>

⁴²Universitat de Barcelona. CRAI. CUIDATGE: guia ràpida. Aprenentatge en l'ús de serveis i recursos d'informació: tutorials i guies (CRAI-UB) [Internet]. 2010 [cited: 2015 Dec 13]. Available from:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/13847/7/Cuidatge.pdf>

⁴³Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació [Internet]. Com accedir als recursos electrònics de la UB (Proxy). [cited: 2015 Dec 13].

Universidad de Barcelona. Available from: <http://crai.ub.edu/ca/que-ofereix-el-crai/acces-recursos/acces-recursos-proxy>

⁴⁴Gorini A, Griez E, Petrova A, Riva G. Assessment of the emotional responses produced by exposure to real food, virtual food and photographs of food in patients affected by eating disorders. *Ann Gen Psychiatry*. 2010;9:30.

⁴⁵Marek RJ, Ben-Porath DD, Federici A, Wisniewski L, Warren M. Targeting premeal anxiety in eating disordered clients and normal controls: A preliminary investigation into the use of mindful eating vs. distraction during food exposure. *Int J Eat Disord*. 2013;46(6):582–5.

⁴⁶Fogarty S, Harris D, Zaslowski C, McAinch AJ, Stojanovska L. Acupuncture as an adjunct therapy in the treatment of eating disorders: A randomised cross-over pilot study. *Complement Ther Med*. 2010;18(6):233–40.

⁴⁷Treasure J, MacAre C, Mentxaka IO, Harrison A. The use of a vodcast to support eating and reduce anxiety in people with eating disorder: A case series. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18(6):515–21.

⁴⁸Bibb J, Castle D, Newton R. The role of music therapy in reducing post meal related anxiety for patients with anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2015;3(1):50.

⁴⁹Cardi V, Krug I, Perpiñá C, Mataix-Cols D, Roncero M, Treasure J. The use of a nonimmersive virtual reality programme in Anorexia nervosa: A single case-report. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(3):240–5.

⁵⁰Steinglass JE, Albano AM, Simpson HB, Wang Y, Zou J, Attia E, et al. Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study. *Int J Eat Disord*. 2014;47(2):174–80.

⁵¹Fagundo AB, Santamaría JJ, Forcano L, Giner-Bartolomé C, Jiménez-Murcia S, Sánchez I, et al. Video Game Therapy for Emotional Regulation and Impulsivity Control in a Series of Treated Cases with Bulimia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2013;21(6):493–9.

⁵²Steinglass J, Albano AM, Simpson HB, Carpenter K, Schebendach J, Attia E. Fear of food as a treatment target: Exposure and response prevention for anorexia nervosa in an open series. *Int J Eat Disord*. 2012;45(4):615–21.

- ⁵³Smith C, Fogarty S, Touyz S, Madden S, Buckett G, Hay P. Acupuncture and acupressure and massage health outcomes for patients with anorexia nervosa: findings from a pilot randomized controlled trial and patient interviews. *J Altern Complement Med.* 2014;20(2):103–12.
- ⁵⁴Carei TR, Fyfe-Johnson AL, Breuner CC, Brown MA. Randomized Controlled Clinical Trial of Yoga in the Treatment of Eating Disorders. *J Adolesc Heal.* 2010;46(4):346–51.
- ⁵⁵Cardi V, Esposito M, Clarke A, Schifano S, Treasure J. The impact of induced positive mood on symptomatic behaviour in eating disorders. An experimental, AB/BA crossover design testing a multimodal presentation during a test-meal. *Appetite.* 2015;87:192–8.
- ⁵⁶Albers S. Using mindful eating to treat food restriction: a case study. *Eat Disord.* 2011;19(1):97-107.
- ⁵⁷Levinson CA, Byrne M. The fear of food measure: a novel measure for use in exposure therapy for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2015;48(3):271-83.
- ⁵⁸Wildes JE, Marcus MD. Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *Int J Eat Disord.* 2011;44(5):421-7.
- ⁵⁹Dezutti JE. Eating disorders and equine therapy: a nurse's perspective on connecting through the recovery process. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2013;51(9):24-31.

9. ANEXOS

Anexo 1. Criterios diagnósticos para Anorexia Nerviosa (DSM-5)

ANOREXIA NERVIOSA

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC.

Leve: IMC ≥ 17 kg/m²

Moderado: IMC 16–16,99 kg/m²

Grave: IMC 15–15,99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

BULIMIA NERVIOSA

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios a la semana.

TRASTORNO DE ATRACONES

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones:

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.