

Instituto Universitario Fundación H. A. Barceló
FACULTAD DE MEDICINA. CARRERA DE NUTRICION



TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Abordaje bibliográfico sobre Mindfulness como herramienta
para el tratamiento de los trastornos alimentarios.

Autoras:

Almaraz, Daniela;

Rodríguez, María Florencia;

Directora de Trabajo de Investigación: Lic. Nancy Saks

Asesora Metodológica: Lic. Cristina Venini

Año de cursada TFE: 2017

Contenido

Resumen	2
Resumo	3
Abstract	4
Introducción	5
Planteamiento del problema	7
Marco teórico	8
Aspectos psicológicos involucrados en trastornos alimentarios	9
Trastornos de la conducta alimentaria	10
Factores que promueven la aparición de TCA	11
Anorexia nerviosa	13
Características diagnósticas	13
Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa	18
Bulimia nerviosa	18
Características diagnósticas	18
Criterios para el diagnóstico de Bulimia nerviosa	23
Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	24
Trastorno alimentario compulsivo	25
Sobrepeso y Obesidad	25
Objetivos de la investigación	27
Objetivo general	27
Objetivos específicos	27
Tipo de estudio y diseño general	27
Material y métodos	28
Criterios de inclusión y exclusión	28
Cuadro 1. Resumen de las publicaciones científicas seleccionadas	29
Conclusión	43
Bibliografía	45

Resumen

Introducción: Desde hace ya algunas décadas existe un creciente interés y preocupación por la búsqueda de un tratamiento efectivo para abordar los trastornos de la conducta alimentaria.

Mindfulness se plantea como una herramienta que manifiesta la toma de conciencia en el momento presente. La premisa principal consiste en tomar conciencia del cuerpo en el que se habita, de las dolencias, de los pensamientos negativos, para visualizarlos y desafectarlos de la mente para enfrentarlos. De ese modo, se busca crear un ambiente afectivo, de autocompromiso que mejora la percepción de uno mismo con su imagen corporal y de la relación con la ingesta alimentaria.

Objetivos: El objetivo del presente consiste en el analizar la bibliografía disponible respecto a la relación entre Mindfulness y su implicancia en el tratamiento de trastornos de la alimentación.

Metodología: Para la búsqueda de los artículos científicos se realizó una selección aleatoria simple, mediante una revisión sistemática de documentos de sociedades científicas, tesis doctorales, bases de datos bibliográficas sobre Mindfulness y la relación con Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA).

Conclusión: De la evidencia científica analizada, Mindfulness ha demostrado ser una herramienta fiable y de práctica segura. Si bien sea necesario efectuar investigaciones en este campo, el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria a través de la práctica Mindfulness presenta horizontes prometedores.

Palabras clave: Mindfulness, trastornos, anorexia, atracones, bulimia.

Resumo

Introdução: durante algumas décadas, tem havido crescente interesse e preocupação com a busca de um tratamento eficaz para enfrentar distúrbios alimentares. A atenção plena é considerada como uma ferramenta que manifesta a consciência no momento presente. A principal premissa é conscientizar o corpo em que se vive, as doenças, os pensamentos negativos, visualizá-los e desentendê-los da mente para enfrentá-los.

Desta forma, procuramos criar um ambiente afetivo, auto-compromisso que melhore a percepção de si mesmo com sua imagem corporal e a relação com a ingestão de alimentos.

Objetivos: o objetivo do presente é analisar a literatura disponível sobre a relação entre Mindfulness e sua implicação no tratamento de distúrbios alimentares.

Metodologia: Para a busca dos artigos científicos, foi realizada uma seleção aleatória simples, através de uma revisão sistemática de documentos de sociedades científicas, teses de doutorado, bases de dados bibliográficas sobre Mindfulness e a relação com Distúrbios Alimentares (TCA).

Conclusão: a partir da evidência científica analisada, Mindfulness provou ser uma ferramenta confiável e uma prática segura. Embora seja necessário realizar pesquisas neste campo, o tratamento de distúrbios alimentares através da prática Mindfulness tem horizontes promissores.

Palavras-chave: Mindfulness, distúrbios, anorexia, compulsão alimentar, bulimia.

Abstract

Introduction: For some decades now there has been growing interest and concern for the search for an effective treatment to address eating disorders.

Mindfulness is considered as a tool that manifests awareness in the present moment. The main premise is to become aware of the body in which one lives, of the ailments, of the negative thoughts, to visualize them and to disengage them from the mind in order to face them. In this way, we seek to create an affective environment, self-commitment that improves the perception of oneself with their body image and the relationship with food intake.

Objectives: The objective of the present is to analyze the available literature regarding the relationship between Mindfulness and its implication in the treatment of eating disorders.

Methodology: For the search of the scientific articles, a simple random selection was made, through a systematic review of documents of scientific societies, doctoral theses, bibliographic databases on Mindfulness and the relationship with Eating Disorders (TCA).

Conclusion: From the scientific evidence analyzed, Mindfulness has proven to be a reliable tool and a safe practice. Although it is necessary to conduct research in this field, the treatment of eating disorders through Mindfulness practice has promising horizons.

Key words: Mindfulness, disorders, anorexia, binge eating, bulimia.

Introducción

Los trastornos en la alimentación se constituyen una problemática desde hace algunas décadas y que continúan en la actualidad con mayor énfasis con la aparición de Internet. El acceso a información carente de sustento científico sobre planes alimentarios y actividad física, con el desprestigio de ciertos alimentos que son el pilar de una alimentación adecuada, han ido inmiscuyéndose cada vez más en la vida social y diaria de las personas, instaurándose aún más los desórdenes alimentarios en la sociedad actual.

Según el DSM V¹, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría que contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales, los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se definen como un trastorno mental. En él subyace una alteración psicológica entre la ingesta alimentaria y una marcada obsesión por la pérdida de peso.

Su origen respeta un orden multifactorial, relacionado con determinados aspectos biológicos, familiares, sociales y culturales.

Un rasgo común entre las personas que padecen este tipo de trastornos es la negación de la enfermedad con la falta de toma de conciencia de la enfermedad actual.

Los TCA más conocidos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pero también existen otros, como ser:^{2 3}

- *Trastorno por atracón.* Se caracteriza por una ingesta compulsiva de manera frecuente. Se asemeja a la bulimia nerviosa, pero la principal diferencia es la ausencia de conductas purgativas.
- *Ortorexia.* Es la obsesión por la comida sana. En este punto se pone más en juego la calidad de los alimentos que la cantidad en sí misma.
- *Vigorexia.* Es la obsesión por el ejercicio físico y el alcance de una imagen corporal en la que predomina un exceso de masa muscular.

- *Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE)*. Se desarrollan aspectos propios de un desorden alimentario, pero no son suficientes para diagnosticar bulimia o anorexia nerviosa.
- *Pica*. Consiste en la ingesta de sustancias no nutritivas como yeso, papel, pelos, etc.
- *Trastorno por rumiación*. Se caracteriza por regurgitaciones de alimentos a repetición, desde el estómago a la boca, para volver a masticar.
- *Trastorno de restricción de alimentos*. Consiste en un rechazo a la alimentación y alteraciones en la conducta alimentaria normal.
- *Sobrepeso y Obesidad*. Se caracteriza por un aumento anormal del tejido graso, secundario a un aumento de la energía absorbida con respecto a la gastada, que conlleva riesgos para la salud.

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se han posicionado como un problema sanitario que requieren especial atención y estudio con mayor urgencia, a medida que la prevalencia afecta a población cada vez más joven.

Dentro de los TCA, los que reciben el mayor número de nuevos diagnósticos son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, cuya suma supera en más de la mitad a los trastornos relacionados con la alimentación.

Mindfulness se plantea como una técnica relativamente nueva para el tratamiento de distintos trastornos médicos y psicológicos, partiendo de la premisa de tomar conciencia de la dolencia actual con aceptación, a través de una atención y conciencia plena.

Actualmente, el tratamiento de los trastornos alimentarios se aborda desde una perspectiva multidisciplinaria dado que no existe un único foco a tratar. Mindfulness se propone como una herramienta más dentro del abanico de opciones para garantizar una buena calidad de vida y completo estado de bienestar físico y mental.

Planteamiento del problema

Las personas que presentan alteraciones en su conducta alimentaria suelen caracterizarse por ser perfeccionistas, ambiciosas, con una marcada alteración en el auto control y constante autocrítica, como así también se presentan determinados perfiles con déficit en la capacidad personal para regular la atención, para calmarse y que presentan un marcado descontrol en sus comportamientos.

La angustia, la depresión y baja autoestima se convierten en nexos directos con la comida; las personas comen en exceso para sentirse seguras, sin ese vacío que las atormenta y brinda sensación de seguridad.

Sin embargo, luego de este acto sobreviene un sentimiento de culpa y depresión que conlleva a desarrollar la purga.

Este tipo de conducta a repetición puede desembocar en situaciones angustiosas, bloqueantes, con la imposibilidad de progresar en otros ámbitos de la vida.

El fin es encontrar un modo de canalizar esas dolencias o perturbaciones a través de la toma de conciencia de la problemática, para lograr que se desdibujen esas emociones negativas hacia el logro de objetivos personales; como así también lograr la aceptación de la imagen corporal.

Marco teórico

Numerosas definiciones describen el significado de Mindfulness, el cual se entiende como una habilidad psicológica de prestar atención de manera particular y en el momento presente al cuerpo y la mente.

La palabra Mindfulness es la traducción al inglés de la palabra *pali sati*⁴. El pali se constituyó como lenguaje de expresión en la psicología budista, la cual se fecha en unos dos mil quinientos años, y Mindfulness es la enseñanza básica de esta rama.

Sati implica el sentido de percatarse, prestar atención y recordar.

Es una habilidad que sirve como herramienta para tener una actitud menos reactiva frente a lo que está sucediendo. Es una manera de relacionar toda experiencia (positiva, negativa, neutra) hacia un fin de incrementar la sensación de bienestar y disminuyendo el sufrimiento.

Se han propuesto algunos mecanismos sobre los cuales actúa en el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria (TCA)⁵:

- 1) regulación atencional;
- 2) regulación emocional (que incluye reevaluación, exposición, extinción y reconsolidación);
- 3) cambios en la perspectiva de uno mismo;
- 4) conciencia corporal

Las personas que padecen TCA suelen perseguir el patrón de lo inflexible, el temor al fracaso con la agotante búsqueda constante del éxito profesional, bajo las presiones que esto conlleva. La imagen personal recobra el papel principal considerándose la mejor carta de presentación y nexos para establecer relaciones con los demás, y como puente hacia el logro de los objetivos personales. De este modo se establece el éxito personal y la consiguiente aceptación social.

Aspectos psicológicos involucrados en trastornos alimentarios

Cuando Mindfulness denota el proceso psicológico de ser consciente podríamos estar aludiendo a un estado o momento consciente asociado, según recoge Germer⁶, a las siguientes características:

- No conceptual: Mindfulness es conciencia sin absorción en nuestros procesos de pensamiento.
- Centrado en el presente: Mindfulness ocurre siempre en el momento presente.
- Intencional: Mindfulness incluye siempre la intención de dirigir la atención hacia algún lugar.
- Liberador: cada momento de conciencia mindful nos provee de libertad sobre el sufrimiento condicionado.

Según Luís Carlos Delgado Pastor, Mindfulness puede conllevar la característica de la intencionalidad, de que siempre incluye la intención de dirigir la atención a algún lugar.

Según Germer, las cualidades arriba enumeradas ocurren simultáneamente en cada momento de Mindfulness. Precisamente, la práctica Mindfulness supondría un intento consciente de retornar la consciencia al presente con más frecuencia. Sin embargo, la continuidad de Mindfulness parece un logro, debido a la dificultad de su consecución.

Según Brown & Ryan⁷, la ausencia de Mindfulness puede a veces estar motivada defensivamente, como por ejemplo cuando un individuo rehúsa reconocer o atender a un pensamiento, emoción, motivo u objeto de percepción. En contraposición, Mindfulness focaliza nuestra atención en la tarea que estamos llevando a cabo. Cuando estamos en un estado mindful nuestra atención no se enreda en el pasado o el futuro de una forma inútil, estamos plenamente

presentes.

Según señalaron Engel, Fries y Singer⁸, en nuestro sistema nervioso central (SNC) la percepción de la realidad está filtrada por unas influencias del procesamiento de arriba-abajo de los estímulos que conforman las dinámicas intrínsecas de las redes tálamo-corticales y crean constantemente predicciones sobre los eventos sensoriales entrantes. Estas influencias descendentes imponen una serie de filtros automáticos que resaltan los aspectos ya conocidos de la realidad y atenúan o incluso eliminan los aspectos novedosos.

Según Siegel⁹, estas influencias están respaldadas por una conectividad neural muy potente que se impone a la incertidumbre de “vivir en el aquí y ahora”.

Simón¹⁰ expone que la atención plena de Mindfulness procura más riqueza a la información que llega a las instancias prefrontales, reduciendo el filtro derivado del procesamiento arriba-abajo.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este caso se destacan dos trastornos que registran mayores porcentajes de detección y diagnóstico: la **anorexia nerviosa** y la **bulimia nerviosa**. Además, coexisten otros tipos de alteraciones conocidas como: el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) y el trastorno alimentario compulsivo (TCA).

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

Factores que promueven la aparición de TCA

En la etiopatogenia de los TCA se enumeran una serie de factores que influyen en la aparición, que actúan como desencadenantes o bien que sostienen esta enfermedad¹¹.

Factores genéticos

En la actualidad se conocen estudios de concordancia gemelar, así como el inicio de estudios basados en la genética molecular, observándose un predominio del genotipo 1438 A/A en la región promotora del gen 5-HT 2, aproximadamente en un 41% de las anoréxicas restrictivas frente al 9% de los sujetos controles.

En la actualidad, la sociedad científica se encuentra investigando las posibles causas bioquímicas que pueden llegar a desencadenar un TCA. En algunos individuos con trastornos alimenticios, se ha encontrado una vulnerabilidad genética debido a un desbalance en diversos neurotransmisores cerebrales que controlan los centros del hambre, el apetito y la digestión.

Factores ambientales

En este punto se despliega un abanico de elementos que predisponen a su desarrollo, como ser la influencia de los medios masivos de comunicación en la imagen de cuerpo ideal, el sinfín de dietas y planes promovidos por famosos con descensos de peso prometedores en tiempos récord, los cánones de belleza impartidos por la sociedad, los comercios de ropa y sus modos de exhibir su mercadería bajo un estandarte de cuerpos irreales.

Así, importantes evidencias ponen de manifiesto el papel de los factores culturales en la etiología de los trastornos del comportamiento alimentario. La anorexia y la bulimia nerviosas se presentan fundamentalmente en los países industrializados, donde acontecen dos hechos contradictorios; por un lado, existe una amplia disponibilidad tanto en cantidad como en variedad de alimentos, y por otro, el

estereotipo social, imagen del éxito y del prestigio es la delgadez, particularmente la femenina. Esta diferencia entre el tamaño corporal deseado y la elevada disponibilidad de alimentos ha sido frecuentemente invocada para explicar la alta prevalencia de los trastornos del comportamiento alimentario en las niñas adolescentes.

La televisión introduce en sus series y anuncios héroes deportivos, artistas populares y modelos que refuerzan en los adolescentes varones el deseo de comprar y consumir alimentos que los hagan fuertes y atletas, y en las adolescentes, delgadas y esbeltas, independientemente de que las conductas de sus héroes sean adecuadas desde el punto de vista nutricional y estén o no bien nutridos.

Factor familiar

El esquema familiar es la columna vertebral del comportamiento de cada ser vivo. Su composición y comportamiento condicionará de modo directo – o no – de cada ser humano.

Existen tres dimensiones que se tienen en cuenta a la hora de evaluar el contexto familiar: las actitudes frente al peso, los padres y hermanos que demuestran constante preocupación por su peso o el de otras personas pueden influir de manera negativa en la valoración de la imagen corporal de algún miembro familiar; la dinámica familiar, se la describe como la interacción entre los miembros de la familia; y los hábitos alimenticios, son las costumbres adquiridas en el seno familiar con respecto a los alimentos que se ingieren, en su preparación, habitualidad y forma que se consumen.

Minuchin¹² describió cuatro interacciones características en las familias donde hay TCA: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y carencia de resolución de conflictos.

Las emociones negativas o los traumas como puede ser una violación, abuso o la muerte de un ser querido pueden ser factores desencadenantes. También un momento feliz como tener un bebé puede desencadenar un TCA ya que se

considera un momento estresante en donde el individuo cumplirá un nuevo rol que podría afectar su imagen corporal.

Los individuos con AN suelen encontrarse en un contexto familiar de sobreprotección en su crianza. Una vez que comienza el proceso anoréxico los conflictos familiares cobran una importancia notable.

El entorno familiar de los individuos con BN pueden presentar alguno de los siguientes escenarios. Comer de manera excesiva; dar un valor extremo a la comida y al peso; existe una mayor probabilidad en personas que tienen padres alcohólicos o que abusan de alguna sustancia; figuras paternas frías y distantes; padres con relaciones tormentosas entre sí; padres hostiles que no tienen presentes las necesidades afectivas de los hijos.

Anorexia nerviosa¹³

Características diagnósticas

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. (El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito.) La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura).

La desnutrición proteico-calórica en la AN, con la consiguiente pérdida de masa corporal magra, se asocia a la reducción de masa ventricular izquierda y disfunción sistólica. Las complicaciones cardiovasculares consisten en bradicardia, hipotensión ortostática y arritmias cardíacas. La desnutrición proteico-calórica y las carencias de tiamina, fósforo, magnesio y selenio se asocian a insuficiencia

cardíaca en la AN; no obstante, la función cardíaca puede restablecerse en gran medida merced a la corrección de las carencias nutricionales y la recuperación del peso idóneo.

Dentro de los cambios gastrointestinales asociados a la AN, se observa el estreñimiento, la sensación de plenitud y de vaciamiento gástrico incompleto, como así también la disminución de la motilidad intestinal y la presencia de meteorismo abdominal.

Además, trae aparejados cambios en la composición ósea con manifestación de osteopenia de manera frecuente y temprana.

En cuanto a su diagnóstico, el Criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance). Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m². (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura.)

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece, aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando, aunque el peso vaya disminuyendo. Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C). Algunas personas se

encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves. En niñas que ya hayan tenido la primera regla la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes [FSH] y luteinizante [LH]) es indicadora de una disfunción fisiológica (Criterio D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia. Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Subtipos

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

- **Tipo restrictivo:** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- **Tipo compulsivo/purgativo:** Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Diagnóstico diferencial

Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). En las enfermedades médicas (p. ej., enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida) puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. El síndrome de la arteria mesentérica superior (caracterizado por vómitos postprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico) debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquella (debido a su emaciación). En el trastorno depresivo mayor puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de los individuos con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso. En la esquizofrenia se observan patrones de alimentación bastante

raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal (necesarias para establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa).

Algunas características de la anorexia nerviosa forman parte de los criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico. Los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público (al igual que en la fobia social); pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos (al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo) o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario (como en el trastorno dismórfico). Cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social, pero, si existen fobias sociales no relacionadas con la conducta alimentaria (p. ej., miedo excesivo a hablar en público), es necesario realizar el diagnóstico adicional de fobia social. De manera similar, debe efectuarse el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionadas con el alimento (p. ej., miedo excesivo a contaminarse), y el de trastorno dismórfico sólo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporales (p. ej., preocupación por tener una nariz demasiado grande). En la bulimia nerviosa los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso (p. ej., vómitos), y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporales. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa (tipo compulsivo/purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

Criterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa

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

Bulimia nerviosa¹⁴

Características diagnósticas

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales.

Resulta un gran desafío estimar la ingesta energética total debido al gran volumen ingerido al momento del atracón.

Las personas con bulimia suponen que los vómitos son un mecanismo eficaz de eliminación de las calorías consumidas durante los episodios de atracón, pero se trata de una idea errónea.

En un estudio sobre el contenido calórico de los alimentos ingeridos y purgados efectuado en un laboratorio de alimentación, se observó que, como grupo, los pacientes con BN consumían una media de 2.131 kcal durante un atracón y solamente vomitaban 979 kcal posteriormente.

Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C). Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón —lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario—Un «período corto de tiempo» significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar. Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse

planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo. Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (Criterio A2). El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación. Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad; raras veces toman jarabe de ipecacuana. Otras conductas de purga son el uso

excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado. Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones. Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Los signos y síntomas clínicos de la BN no suelen ser de fácil detección dado que estos pacientes no exponen esta conducta frente a terceros y su imagen corporal no suele sufrir grandes modificaciones. La provocación del vómito puede traer como consecuencia las siguientes manifestaciones clínicas: 1) callosidades en el dorso de la mano, o también mencionadas signo de Russell; 2) aumento del tamaño de las glándulas parótidas, y 3) erosiones del esmalte dental con aumento de las caries debido a la presencia frecuente de ácido gástrico en la boca. Los vómitos crónicos pueden dar lugar a deshidratación, alcalosis e hipopotasemia. Las manifestaciones clínicas habituales son dolor de garganta, esofagitis, hematemesis leve (vómitos con sangre), dolor abdominal y hemorragias subconjuntivales. Complicaciones

gastrointestinales más graves son los desgarros esofágicos de Mallory-Weiss, casos raros de rotura esofágica y dilatación gástrica aguda o rotura del estómago.

Subtipos

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

- **Tipo purgativo.** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- **Tipo no purgativo.** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Diagnóstico diferencial

A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa se les diagnostica anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo, y no debe establecerse el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo (p. ej., cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares), es anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo en remisión parcial o bulimia nerviosa. En algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el síndrome de Kleine-Levin) se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero

no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psicológico característico de la bulimia nerviosa). El comer en exceso es frecuente en el trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben establecerse los dos diagnósticos. Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno límite de la personalidad, de modo que, si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos.

Criterios para el diagnóstico de Bulimia nerviosa

- Presencia de atracones recurrentes.

Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
 - Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
 - La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

- **Tipo purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso
- **Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Estas personas cumplen la mayoría, pero no todos, de los criterios de la AN o de la BN. Desde el punto de vista clínico, el paciente con TCANE debe recibir un tratamiento que concuerde con la asistencia razonable y acostumbrada de la AN o la BN. Un tratamiento inadecuado puede hacer que se desarrollen todos los criterios de una AN o una BN.

Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Trastorno alimentario compulsivo

La ingestión compulsiva, similar a la de la BN, es característica del TAC, pero no existen conductas compensatorias inadecuadas después de los atracones. Estos episodios deben tener una frecuencia de al menos dos veces a la semana durante un período de 6 meses. Los pacientes con TAC tienen un sentimiento de impotencia sobre su comida similar al de los enfermos con BN. Tras los atracones hay un sufrimiento emocional importante caracterizado por sentimientos de disgusto, culpa y depresión.

La mayoría de los pacientes con este trastorno tienen sobrepeso, y su prevalencia es del 15% al 50% entre las personas que participan en programas de control del peso. Además, la prevalencia a lo largo de la vida de la depresión mayor, el consumo de drogas y los trastornos de la personalidad puede ser mayor en los pacientes con TAC.

Sobrepeso y Obesidad¹⁵

La obesidad comienza a ser vista como un problema para la salud pública, dejando de ser una condición estética, convirtiéndose en un factor de riesgo para la salud.

Afecta a casi todos los aspectos de la vida de la persona, no solo a su salud, sino también a su autoestima y a su bienestar social.

Entre los años 2004 y 2005 el Ministerio de Salud y ambiente de la Nación llevo a

cabo la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) cuyo procesamiento dependió de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del citado Ministerio.

En los datos arrojados se observó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres fértiles aumenta con la edad, particularmente a partir de los 20 años, y es más prevalente en los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas.

Ambas situaciones clínicas están fuertemente asociadas al perímetro abdominal, presentando el 29,2% de las mujeres de entre 15 a 49 años una circunferencia de cintura superior al percentil 90.

Obesidad y riesgos para la salud

Se ha considerado la obesidad en los últimos años como un factor de riesgo de primera magnitud en relación a enfermedades crónicas prevalentes y su papel en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2. Numerosos estudios como el de Framingham, el de compañías de seguros de la Sociedad Americana del Cáncer, demuestran que a mayor grado de sobrepeso existe una mayor tasa de mortalidad.

Según Bray 1976 y el NHANES (Relevamiento Nacional de Exámenes de Salud y Nutrición) realizado por el NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de Salud), a partir de un valor de IMC superior a 27kg/m², ya se considera obesidad con riesgo de que surjan complicaciones médicas.

Sin embargo, la evaluación del riesgo no solo depende del IMC, sino también de la presencia o ausencia de otros factores de riesgo.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Realizar una revisión bibliográfica sobre las diferentes intervenciones terapéutico-nutricionales para el tratamiento de los trastornos alimentarios basadas en Mindfulness.

Objetivos específicos

- Resumir la evidencia científica disponible y realizar cuadros comparativos de las mismas.
- Comparar y detectar las diferentes concepciones científicas de los autores con respecto a la nutrición según Mindfulness.
- Analizar la viabilidad de aplicación de la herramienta como tratamiento nutricional de los trastornos de conducta alimentaria.

Tipo de estudio y diseño general

Para la elaboración del presente se realizará una revisión bibliográfica.

Es un estudio descriptivo ya que en él la información es recolectada sin cambiar el entorno y retrospectivo dado que se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado.

Material y métodos

Las fuentes de información provendrán de documentos primarios, secundarios y terciarios.

Se realizará una revisión sistemática de documentos de sociedades científicas, tesis doctorales, bases de datos bibliográficas sobre Mindfulness y la relación con Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA).

Para la localización de los distintos artículos científicos, se realizará una selección aleatoria simple.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Documentos que correspondan a literatura especializada.
- Documentos cuyo contenido se vincule explícitamente al tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria.

Exclusión:

- Artículos cuya fecha de publicación sea menor o igual a 30 años.
- Aquellos artículos repetidos en editoriales de bajo impacto.

Cuadro 1. Resumen de las publicaciones científicas seleccionadas.

Autor /objetivo del estudio¹⁶	Métodos	Resultados
<p>Jean L. Kristeller y Ruth P. Wolever.</p> <p>Revisar la base conceptual de la formación de Mindfulness.</p> <p>Proporcionar una visión general de los componentes terapéuticos-nutricionales, así como una breve revisión de la investigación de la aplicación de Mindfulness para el tratamiento del trastorno por atracón</p>	<p>Revisión de investigaciones de utilización de alimentación basada en Mindfulness desarrollada específicamente para el tratamiento del trastorno por atracón.</p>	<p>Mindfulness combina los principios de la regulación de la ingesta de alimentos y principios de la meditación consciente en proporcionar un nuevo enfoque de regulación de la conducta alimentaria.</p> <p>En primer lugar, Mindfulness sirve como herramienta para crear la capacidad de tomar conciencia en los procesos que intervienen en la elección de alimentos, la decisión de iniciar comer, y la decisión de dejar de comer.</p> <p>En segundo lugar, ayuda a las personas a reconocer sus habilidades innatas para identificar las señales de hambre y satisfacción.</p> <p>Se pone de manifiesto el placer de comer, considerando la calidad sobre la cantidad.</p> <p>Por último, Mindfulness alienta una actitud de aceptación no crítica de la vida diaria, el</p>

		<p>cuerpo y las experiencias emocionales, a partir de las experiencias relacionadas con la alimentación.</p> <p>La investigación ha demostrado la eficacia de Mindfulness en el tratamiento de los patrones alimenticios compulsivos asociados con el trastorno de atracón.</p> <p>La investigación actual sugiere además que Mindfulness puede ser adaptado para hacer frente a la pérdida de peso, sin perder su eficacia para el tratamiento de los síntomas asociados con la ingesta compulsiva.</p> <p>Se necesita más trabajo para explorar su aplicación en relación con los aspectos compulsivos y restrictivos de la ingesta de alimentos asociados con bulimia nerviosa y anorexia nerviosa.</p>
--	--	--

Autor /objetivo del estudio¹⁷	Métodos	Resultados
<p data-bbox="235 514 652 604">Lauren Cook, Donna Spruijt-Metz, y David S. Black.</p> <p data-bbox="235 735 652 1150">Revisión de la literatura para determinar la eficacia de Mindfulness para el tratamiento de conductas alimentarias relacionadas con la obesidad, tales como comer en exceso y comer emocional.</p>	<p data-bbox="673 409 1052 657">Búsqueda en base de datos en línea de Google Académico, PubMed, PsycINFO, y Ovidio Healthstar.</p> <p data-bbox="673 678 1052 825">Búsquedas bibliográficas de artículos publicados hasta el 3 de julio de 2013.</p>	<p data-bbox="1073 409 1472 1150">Los resultados de este primer examen apoyan la eficacia de las intervenciones basadas en Mindfulness para el cambio de conductas alimentarias relacionadas con la obesidad, específicamente por atracones, comer emocional, a través de programas de alimentación consciente, y combinaciones de ejercicios de conciencia.</p> <p data-bbox="1073 1171 1472 1318">Mindfulness está dirigido a tratar este tipo de conducta alimentaria.</p> <p data-bbox="1073 1339 1472 1587">La atención plena ha mejorado a través de la mayoría de los estudios que midieron la atención antes y después de la intervención.</p> <p data-bbox="1073 1608 1472 1816">Se observaron resultados positivos en la conducta alimentaria relacionados con la obesidad</p>

		<p>implementando una alimentación consciente e incluyendo combinaciones de la atención y las prácticas de comportamiento cognitivo con programas de comer consciente.</p> <p>Mindfulness se utiliza para tratar una variedad de problemas relacionados con la salud, y recientemente ha ganado popularidad gracias a los comportamientos alimentarios relacionados con la obesidad</p>
--	--	--

Autor /objetivo del estudio¹⁸	Métodos	Resultados
<p>Melissa J. Atkinson y Tracey D. Wade.</p> <p>El éxito de la prevención de trastornos de la alimentación representa un objetivo importante debido a</p>	<p>Este estudio utilizó una muestra aleatorizada controlada de niñas de escuelas secundarias de Adelaide, Australia del Sur.</p> <p>Las medidas de informe evaluaron los resultados al inicio del estudio, después</p>	<p>El objetivo del presente estudio fue evaluar la eficacia y aceptabilidad de una intervención Mindfulness, en comparación con una intervención y control basado en la disonancia,</p>

<p>los impactos perjudiciales a largo plazo sobre la salud y el bienestar.</p> <p>Enfoques basados en Mindfulness han recibido el apoyo en el tratamiento de trastornos de la alimentación, pero no han sido evaluadas como estrategia de prevención.</p> <p>Este estudio tuvo como objetivo evaluar la viabilidad, la aceptabilidad y la eficacia de una nueva intervención basada Mindfulness para reducir el riesgo de trastornos alimentarios.</p>	<p>de la intervención, contando con un seguimiento de entre 1 y 6 meses a través de cuestionario electrónico.</p>	<p>para reducir el riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes. También fue de interés la evaluación de si las intervenciones requieren la aplicación de un facilitador con experiencia en el enfoque de intervención con el fin de producir beneficios. Los resultados proporcionan apoyo preliminar para la utilidad de Mindfulness en un contexto de prevención. Sin embargo, también indican algunas consideraciones importantes para futuras implementaciones.</p> <p>En general, los efectos de intervención no mostraron ningún impacto significativo de cualquiera de la disonancia o intervención basada en Mindfulness.</p> <p>Este estudio proporciona importantes datos preliminares sobre la viabilidad de una intervención basada en la</p>
--	---	---

		<p>conciencia del cuerpo para reducir la alteración de la imagen y el riesgo de trastornos de la alimentación. Se sugiere que Mindfulness puede ser eficaz con respecto a los factores de riesgo de los trastornos alimentarios, los síntomas y el deterioro asociado, aunque estos efectos no son inmediatamente evidentes y parecen depender de un cierto nivel de conocimiento y la experiencia facilitador. Sin embargo, se requiere un trabajo considerable para mejorar el contenido del programa y mejorar la aceptabilidad entre los participantes.</p>
--	--	---

Autor/objetivo del estudio¹⁹	Métodos	Resultados
<p>David Marchiori y Esther K. Papies</p> <p>El objetivo de este estudio se basó en examinar el efecto de mindfulness como estrategia de intervención para prevenir la tendencia a comer alimentos en porciones más grandes en lugar de porciones pequeñas.</p> <p>Fecha de publicación: 20 de diciembre de 2013.</p>	<p>Se seleccionaron 110 participantes de la Universidad de Tilburg, Países Bajos, los cuales se servían galletitas de chocolate luego de escuchar un audio o de realizar un ejercicio de Mindfulness.</p> <p>El nivel de hambre se evaluó discretamente en una escala analógica visual mientras los participantes se alimentaban.</p>	<p>Los participantes aumentaron su ingesta al ofrecerles alimentos en recipientes de gran tamaño, incluso cuando éstos perdieran alguna de sus propiedades organolépticas.</p> <p>Luego de haber realizado la exploración del cuerpo a través de la conciencia plena, se vio incrementada la tendencia de los participantes a ingerir alimentos más saludables a modo de compensación por haber ingerido alimentos poco saludables.</p>

Autor/objetivo del estudio²⁰	Métodos	Resultados
<p>Christian H. Jordan, Wang Wan, Linda Donatoni, Brian P. Meier.</p> <p>El objeto del presente consistió en analizar 4</p>	<p>Se seleccionaron estudiantes de distintas universidades (EE. UU., Canadá) a quienes se les asignaron distintas tareas (encuestas, ejercicios de</p>	<p>De la evidencia disponible se infiere que Mindfulness ayuda a controlar el tamaño de las porciones como así también a seleccionar menos alimentos ricos en calorías.</p>

<p>estudios en los cuales se encontró una asociación positiva entre Mindfulness y una alimentación saludable.</p>	<p>autoexploración) para evaluar el grado de atención plena y posteriormente se los invitaba a seleccionar alimentos ricos en calorías y menos calóricos.</p> <p>Además, los estudiantes participaron en la realización de una escala referida a los atracones.</p>	
---	---	--

Autor/objetivo del estudio²¹	Métodos	Resultados
<p>Sheila Pintado-Cucarella, Paulina Rodriguez Salgado.</p> <p>El objeto del presente se basó en evaluar a un grupo de participantes divididos según grado de realización de actividad física, a los efectos de analizar las variables ansiedad, afecto negativo, control de hábitos alimenticios y atracón, y la capacidad predictiva de</p>	<p>Se seleccionaron 216 participantes, divididos según la práctica realizada dentro del objeto de estudio: practicantes de yoga, estudiantes que practican deporte de manera regular, atletas universitarios y personas con obesidad. Se los sometió a evaluación mediante una entrevista semiestructurada y</p>	<p>Mindfulness resulta una herramienta capaz de predecir en un elevado porcentaje, el momento en que se precipita un episodio de atracón alimentario, a través de Mindful eating, el IMC, la ansiedad y el afecto negativo.</p>

estas variables en el síndrome de atracón.	cuestionarios MEQ, BES, PANAS y BAI.	
--	--------------------------------------	--

Autor/objetivo del estudio²²	Métodos	Resultados
<p>Alexis Ruffault et Al.</p> <p>El objetivo de estudio consiste en probar la eficacia de una intervención basada en Mindfulness para reducir el comer compulsivamente y la mejora de la motivación para la realización de actividad física en individuos obesos.</p>	<p>Se seleccionaron 120 participantes, de entre 18 a 65 años, diagnosticados con trastornos por atracón, asignados al azar a uno de los siguientes grupos: práctica de conciencia plena, simulacro de meditación, tratamiento de control habitual. La intervención consistió en hacer escuchar 10 minutos de audios referidos a Mindfulness, todos los días durante un año de registro.</p>	<p>Los resultados muestran una reducción de los atracones y todo aquello relacionado con el momento de comer (hambre, moderación, falta de inhibición, ansiedad). Además, aumenta la motivación interna para la realización de ejercicio con la consecuente pérdida de peso a largo plazo.</p>

Autor/objetivo del estudio²³	Métodos	Resultados
<p>M.A. Ouwens, A.A. Schiffer, L.I. Visser, N.J.C. Raeijmaekers, I. Nyklícek.</p>	<p>La muestra consistió en pacientes ambulatorios con obesidad mórbida</p>	<p>Tras el análisis de 3 tipos de comportamientos respecto a</p>

	<p>candidatos a cirugía bariátrica, los cuales completaron un cuestionario de atención plena y uno que refería una escala de depresión. Todos los pacientes tenían un índice de masa corporal ≥ 40, o ≥ 35 con riesgos asociados, tales como diabetes tipo 2, hipertensión o síndrome de apnea obstructiva del sueño. Los pacientes que no eran capaces de leer o escribir fueron excluidos del estudio.</p>	<p>los alimentos (interno, emocional y externo). Se detectó que la atención se asoció negativamente con los estilos de comportamiento emocional y externos.</p> <p>En contraposición, se asoció positivamente a la restricción en la alimentación</p>
--	--	---

Autor/objetivo del estudio²⁴	Métodos	Resultados
<p>Julie Dunne</p> <p>Explorar la literatura existente con relación a la atención de las personas con anorexia nerviosa</p>	<p>Búsqueda de literatura en bases de datos informatizadas, tal como: PubMed, CINAHL, PsycInfo, Scopus, Cochrane, utilizando palabras clave como</p>	<p>Se infiere en que las intervenciones de la terapia Mindfulness realizadas como parte recurrente del tratamiento, muestra resultados positivos en cuanto a la percepción de la imagen corporal y la</p>

	“anorexia nerviosa” y “Mindfulness”	ansiedad. De la evidencia científica disponible, se resume que existe un aporte escaso de información al respecto.
--	-------------------------------------	--

Autor/objetivo del estudio²⁵	Métodos	Resultados
<p>M. I. Berman, K. N. Boutelle, S. J. Crow.</p> <p>El objetivo del presente se basó en evaluar la viabilidad de aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (TAC) para el tratamiento de mujeres diagnosticadas con Anorexia Nerviosa.</p>	<p>Las participantes reclutadas se seleccionaban de acuerdo al cumplimiento de criterios de IMC $\leq 18,4$ y presencia de amenorrea. El tratamiento se llevó a cabo durante 17 sesiones, con una frecuencia de 2 veces por semana. La TAC tuvo su aplicación mediante el abordaje de la dieta como estrategia de control, la observación del cuerpo en el espejo, el entrenamiento de pensamientos y emociones ante sensaciones negativas y</p>	<p>Se observaron mejoras sustanciales respecto a la calidad de vida, búsqueda de objetivos de vida valorados y mejora de síntomas.</p> <p>Por lo tanto, se infiere en que la TAC es una herramienta segura, factible y confiable para el tratamiento de Anorexia Nerviosa.</p>

	exposición a alimentos temidos.	
--	---------------------------------	--

Autor/objetivo del estudio²⁶	Métodos	Resultados
<p>Ruth A. Baer, Sarah Fischer, Debra B. Huss</p> <p>Examinar el enfoque consciente de pensamientos y emociones y la relaciones funcionales entre estos como una reducción de la incidencia de atracones de comida.</p>	<p>Los pacientes fueron reclutados de un centro de tratamiento para Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, episodio depresivo mayor, entre otros. Se les solicitó que completaran los formularios y exámenes en los que se abordaran características de los atracones. Además, durante el tratamiento, los pacientes completaron cada día un registro de alimentos, describiendo brevemente las circunstancias y si consideraban que cada episodio en el que comían podía tratarse de un atracón. También completaron las hojas de</p>	<p>Los resultados proponen mejoras sustanciales en los síntomas, incluyendo la disminución en la frecuencia de los atracones y las preocupaciones relacionadas con estos. También se proporcionó evidencia de que la atención plena dio lugar a un aumento en la atención a experiencias internas. Durante el estudio, se registraron inesperadamente episodios de atracones. Sin embargo, a medida que avanzaba el tratamiento, el examen de registros de alimentos reveló que llegaron a ser cada vez más capaces de discriminar el hambre de otras sensaciones.</p>

	registro en la que señalaban los ejercicios de conciencia día a día.	
--	--	--

Autor/objetivo del estudio²⁷	Métodos	Resultados
<p>Kathryn Proulx</p> <p>El propósito del presente fue evaluar los programas de tratamiento de trastornos de alimentación en la prevención de la progresión de la Bulimia Nerviosa como una enfermedad crónica.</p>	<p>Se reclutaron 6 mujeres universitarias con diagnóstico de Bulimia Nerviosa las cuales fueron examinadas luego de realizar un tratamiento de 8 semanas, basado en Mindfulness, el cual consistió en poner en práctica la experiencia de la meditación, psicoeducación, discusión y la práctica en el hogar. Esta última estaba dada por el uso de un CD creado para guiar una exploración corporal de 10 a 30 minutos.</p>	<p>Las vivencias de las participantes de este estudio sugieren que la combinación de la práctica de la meditación, la psicoeducación y enfoques interpersonales, proporcionan una poderosa intervención para fomentar una autoexploración positiva, una reducción de conductas autodestructivas y pensamientos críticos. Por ende se infiere en una asociación positiva en el tratamiento de la Bulimia Nerviosa.</p>

Autor/objetivo del estudio²⁸	Métodos	Resultados
<p>Paul Lattimore et Al.</p> <p>Comprender las diferentes facetas de la regulación de las emociones a través de las habilidades de Mindfulness como un componente en la terapia para el tratamiento de trastornos de alimentación.</p>	<p>Las dificultades de regulación emocional y la conciencia interoceptiva han sido evaluadas usando escalas específicas del inventario de trastornos de la alimentación (EDI). EDI predice de manera confiable los síntomas de todos los tipos de trastornos alimentarios, discriminando entre casos y controles.</p>	<p>Se pone en evidencia que el entrenamiento en Mindfulness mejora el autocontrol al aumentar la conciencia de las perturbaciones emocionales. Mejorar la aceptación y tolerancia de las emociones se relaciona intrínsecamente con el hecho de normalizar la conducta alimentaria.</p>

Conclusión

Alimentarse es más que la ingesta de alimentos de manera extrínseca para proveer al cuerpo de energía. Desde la perspectiva de personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, el acto de ingerir alimentos está vinculado a la satisfacción de emociones, de encontrar un estado de protección en ellos en lugar de nutrir al organismo.

En la actualidad, existe un creciente interés por Mindfulness como herramienta para el tratamiento interdisciplinario de patologías que se encuentran asociadas a un denominador común: el desequilibrio de la regulación de la ingesta.

Comer con atención plena implica tomar consciencia del momento presente; observar el entorno, los deseos, interpretar las señales de apetito en presencia de alimentos y de esta manera aprender a percibir nuestras necesidades. Si esto no ocurre, es decir que, si no se tiene plena conciencia, se es incapaz de distinguir el hambre de la ansiedad, y es aquí donde se destacan la anorexia y la bulimia nerviosa como característica común.

La práctica Mindfulness ha demostrado ser un componente eficaz en la percepción respecto a la calidad de vida, búsqueda de objetivos de vida valorados y mejora de síntomas en la anorexia y bulimia nerviosa; en la disminución en la frecuencia de los atracones y las preocupaciones relacionadas con estos; la mejora de la percepción de la imagen corporal y el restablecimiento del peso corporal. Una forma en que los enfoques de atención plena crean resultados positivos es mediante la mejora de las habilidades de regulación de las emociones.

Por lo tanto, focalizar la atención a las sensaciones corporales permite ganancias posteriores en los aspectos emocionales y cognitivos.

Su aplicación en la remisión de los trastornos de la conducta alimentaria, sin dudas promete resultar ser un tratamiento que, en conjunto con un equipo interdisciplinario, podría contribuir a disminuir la incidencia y prevalencia de este tipo de dolencias.

Las terapias basadas en Mindfulness para este tipo de trastornos denotan un beneficio potencial para los resultados, aunque la evidencia científica aún es escasa con respecto a los mecanismos por los cuales influyen en la remisión de los síntomas.

Partiendo de esta premisa, es menester poner total foco en la práctica controlada en pacientes de todos los rangos etarios y de todos los sectores sociales para que su implicancia resulte mucho mayor, y, por lo tanto, su aplicación pueda extenderse a un mayor número de pacientes.

Bibliografía

¹Psiquiatría, A. E. (s.f.). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Panamericana.

² Attia, E. (s.f.). *Manual MSD*. Obtenido de <http://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>

³ Sanchez, R. M., & Moreno, A. M. (s.f.). *Dialnet*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2379929>

⁴ Kabat-Zinn, J. (23 de Agosto de 2017). *Sociedad Mindfulness y Salud*. Obtenido de <http://www.mindfulness-salud.org/mindfulness/que-es-mindfulness/>

⁵ Guimil, D. R. (12 de julio de 2017). Intervenciones basadas en mindfulness aplicadas a trastornos de la conducta alimentaria. . *Trabajo Final de Máster*.

⁶ Marta Parra Delgado, J. M. (2012). *Revista de la Facultad de Educación de Albacete Nº 27*, 36-37.

⁷ Kirk Warren Brown, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 822-848.

⁸ Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain*. Quebecor World.

⁹ Pastor, L. C. (2009). Tesis doctoral. *Correlatos psicofisiológicos de Mindfulness y la Preocupación. Eficiencia de un entrenamiento en habilidades Mindfulness*. Granada, España.

¹⁰ Pastor, L. C. (2009). Tesis doctoral. *Correlatos psicofisiológicos de Mindfulness y la Preocupación. Eficiencia de un entrenamiento en habilidades Mindfulness*. Granada, España.

¹¹ Lambruschini, N., & Leis, R. (s.f.). Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos de la AEP. 362-363.

¹² Jesús M. del Bosque-Garza, A. C.-R. (s.f.). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000500002

¹³ Allen Frances, M. B. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.

¹⁴ Allen Frances, M. B. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 559-564.

¹⁵ NIH, N. (s.f.). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. Obtenido de https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/ob_gdlns.pdf

¹⁶ Jean L. Kristeller, R. Q. (20 de Diciembre de 2010). *Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation*.

¹⁷ Lauren Cook, D. S.-M. (junio de 2014). *Mindfulness-Based Interventions for Obesity-Related Eating Behaviors: A Literature Review*.

¹⁸ Wade, M. J. (27 de marzo de 2015). *Mindfulness based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study*.

¹⁹ David Marchiori, E. K. (20 de diciembre de 2013). *A brief mindfulness intervention reduces unhealthy eating when.*

²⁰ Christian H. Jordan, W. W. (15 de abril de 2014). *Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating.*

²¹ Sheila Pintado Cucarella, P. R. (9 de noviembre de 2016). *Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative effect.*

²² Ruffault, A. (2 de septiembre de 2016). *The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis.*

²³ Ouwens. (30 de noviembre de 2014). *Mindfulness and eating behaviour styles in morbidly obese males and females.*

²⁴ Dunne, J. (2007). *Mindfulness in Anorexia Nervosa: An Integrated Review Of Literature.*

²⁵ M. I. Berman, K. N. (16 de septiembre de 2009). *A case series investigating acceptance and commitment therapy as a Treatment por previously treated, unremitted patients with Anorexia Nervosa.*

²⁶ Ruth A. Baer, S. F. (16 de marzo de 2006). *Mindfulness and acceptance in the treatment of disorder eating.*

²⁷ Proulx, K. (3 de enero de 2008). *Experiences of Women with Bulimia Nervosa in a Mindfulness-Based Eating Disorder Treatment Group.*

²⁸ Lattimore, P. (16 de noviembre de 2016). *Relationships between interoceptive awareness, mindfulness and eating disorder symptoms in females with, and at-risk of an eating disorder.*