

Cómo citar este documento

Porro Santos, Carmen. Eficacia de un programa de relajación para mejorar el manejo del control de impulsos en pacientes con bulimia. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(2).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0592.php>

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE RELAJACIÓN PARA MEJORAR EL MANEJO DEL CONTROL DE IMPULSOS EN PACIENTES CON BULIMIA

RESUMEN

La Bulimia Nerviosa constituye un importante problema de Salud Pública, con un impacto social superior al epidemiológico, cuya incidencia se ha visto multiplicada por 3 en los últimos 10 años.

Este trastorno está asociado a numerosas patologías, como son trastorno de personalidad, depresión, pero principalmente ansiedad (71-75%)

El empleo de técnicas de relajación permitirá mejorar el abordaje a este tipo de pacientes, con actuación sobre el control de los impulsos, y por consiguiente, de este trastorno de la conducta alimentaria, incidiendo en la ansiedad, consiguiendo la reducción de la misma, y por tanto de los atracones y las conductas compensatorias.

La aplicación de un programa de relajación, y la incorporación del mismo a la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la bulimia, tendrá como objetivo, mejorar el aprendizaje de técnicas de afrontamiento, y aumentar el sentimiento de control de los pacientes ante situaciones estresantes (ante comidas de alto contenido calórico, y en aquellas situaciones que impliquen mostrar públicamente la imagen corporal. Un abordaje comprensivo e integral que contemple tanto las conductas alimentarias, purgativas y de actividades trastornadas, como la función adaptativa del trastorno aportando soluciones, ayudará a los pacientes a afrontar retos de su existencia de forma más competente.

Palabras clave: relajación, bulimia, ansiedad, control de impulsos.

INTRODUCCIÓN

La definición y diagnóstico de Bulimia Nerviosa (BN) según DSM-IV implica la presencia de tres características principales:¹

1. Presencia de episodios recurrentes de atracones. Un atracón consiste en la ingesta de grandes cantidades de alimento durante un período discreto de tiempo, durante el cual, se experimenta la sensación de pérdida de control sobre la ingesta.
2. Ejecución de conductas compensatorias recurrentes para prevenir la ganancia de peso.
3. Excesiva preocupación por el peso y la figura.

La bulimia nerviosa es un problema de Salud Pública, de origen multifactorial, con unos determinantes de salud diversos y con un impacto social superior al epidemiológico.

Su prevalencia se sitúa en torno al 2%, afectando fundamentalmente a personas entre 24-40 años de edad, predominantemente de sexo femenino. (1/3 de adolescentes refiere realización de dietas para adelgazar, y 1/10 se ha provocado el vómito para perder peso)

La bulimia nerviosa se ha asociado a numerosas patologías psiquiátricas: trastorno de personalidad, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social o agorafobia. Sin embargo, algunos estudios realizados reflejan que entre el 71-75% de los pacientes diagnosticados de BN presentan trastornos de ansiedad, pudiendo ésta ser causada de manera anticipatorio o inmediata, y asociada a ciertos tipos de alimentos. La ansiedad es una de las emociones básicas del ser humano. Es un conflicto nuclear que está en la base de muchos trastornos mentales y psicosomáticos. En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, la ansiedad está presente ante comidas de alto contenido calórico y en aquellas situaciones en las que se muestran públicamente la imagen corporal.

El tratamiento de la bulimia nerviosa plantea dificultades derivadas de la dualidad sintomática que presentan, psíquica y somática, y de la actuación de los distintos niveles asistenciales; por lo requiere un abordaje comprensivo e integral que contemple tanto las conductas alimentarias, purgativas y de actividades trastornadas, como la función adaptativa del trastorno, aportando soluciones que ayuden a los pacientes a afrontar los retos de su existencia de forma más competente.²

Se trata de un trastorno complejo tanto en morbilidad como en comorbilidad, por lo que el tratamiento se dirigirá tanto al trastorno alimentario como a los trastornos psicopatológicos concomitantes.

Otras circunstancias que encontramos son la falta de conciencia de enfermedad, la frecuente aparición de la misma en las etapas adolescentes, así como las dificultades para la detección y el tratamiento precoz de esta patología.³

Actualmente el tratamiento de la bulimia se basa en psicoterapia individual y terapia cognitivo conductual (TCC), junto soporte farmacológico, principalmente antidepressivos inhibidores de serotonina. Este tipo de tratamiento permite disminuir la frecuencia de atracones y vómitos autoinducidos, con mejoría de otros síntomas asociados como ansiedad, depresión y deterioro en el funcionamiento global.⁴

La terapia cognitiva no sólo consiste en identificar y manejar los pensamientos automáticos. A veces, la persona también requiere de determinadas habilidades para manejar una situación como el caso de la ansiedad, mediante técnicas como el entrenamiento en Relajación Progresiva. Esta técnica, creada en 1929 por Edmon Jacobson, se basa en el principio de que cuando la persona aprende una relajación muscular profunda, disminuye la tensión corporal y la ansiedad que experimenta. También tiene un efecto distractor sobre los pensamientos automáticos que producen malestar emocional, al obligarse la persona a apartar su pensamiento sobre ellos, y dirigirla hacia sensaciones agradables de su cuerpo.⁵

Recientes investigaciones han demostrado que la técnica de Relajación de Jacobson ejerce una acción beneficiosa en aquellos procesos generados por estados de ansiedad, por lo que consideramos que esta técnica podría aplicarse como profilaxis de este tipo de trastornos.⁶

Numerosas investigaciones demuestran la mejoría que aparece tras relacionar estados donde el paciente genera ansiedad y la aplicación de técnicas de relajación.

Se han desarrollado manuales que utilizan un modelo cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno bipolar y para el abordaje específico del subgrupo de bipolares comórbido de abuso y dependencia de drogas, cuya finalidad es prevenir las recaídas a través de las estrategias de autocontrol.⁷

Con la relajación lo que se pretende es hacer un manejo efectivo del estrés. Los principales síntomas que acompañan a la experiencia del dolor son: entumecimiento, ansiedad, mareos, desgana e irritabilidad, lo que justifica la necesidad y el beneficio que los pacientes que padecen fibromialgia, encuentran en las técnicas de relajación.⁸

Los datos obtenidos sugieren que la relajación es un método efectivo pues reduce el estrés, los niveles de ansiedad y de depresión, con lo cual se mejora la integridad del sistema inmunológico y aumentan los aspectos positivos respecto de la calidad de vida del paciente.⁹

El ser humano no sólo debe ser tratado en su esfera física, la persona debe ser considerada como un todo, abarcando cuerpo-mente y espíritu. Sin embargo, normalmente en las áreas críticas se desplaza a un lado el campo mente-espíritu y sólo se trata la parte biológica de la enfermedad. Esta situación, junto con otras (separación de la familia, soledad durante la estancia, el hecho mismo del ingreso), genera mucha ansiedad en los pacientes ingresados en este servicio. La incorporación de técnicas de relajación, como por ejemplo musicoterapia o aromaterapia, pueden ser una alternativa eficaz para disminuir esta ansiedad.¹⁰

Después de lo anteriormente citado podríamos concluir que la aplicación de métodos de relajación en centros de salud, con metodología de educación grupal, podría ser una herramienta bastante útil para enfrentarse a la ansiedad presente en los pacientes con bulimia.¹¹

El entrenamiento en relajación se utiliza como tratamiento para reducir la activación simpática del sistema neurovegetativo, la tensión muscular o el estado de alerta del organismo.

La relajación grupal es una opción terapéutica más en el campo de la ansiedad, accesible a los equipos Atención Primaria, que requiere escasos recursos materiales y profesionales con experiencia.

El grupo y la relajación, a través de la implementación de programas sencillos, económicos y factibles, ha demostrado su eficacia, evitando o disminuyendo las repercusiones sobre la calidad de vida de estos pacientes.¹²

El entrenamiento autógeno es una técnica de relajación basada en la autosugestión. Esta técnica fue desarrollada por el psiquiatra Johannes H. Schultz. Consta de seis ejercicios de meditación psicofisiológica o concentración pasiva en la sensación pasiva de peso en brazos y piernas, en la sensación de calor en brazos y piernas, en el movimiento del corazón, en la autonomía del proceso respiratorio, en el calor abdominal interno (plexo solar) y a la diferencia de temperatura entre la frente y el aire circundante.

El objetivo de las técnicas de relajación sería aumentar el sentimiento de control de los pacientes sobre situaciones estresantes, y mejorar el aprendizaje de técnicas de afrontamiento:¹³

1. El paciente sería capaz de identificar factores o fuentes (ambientales, fisiológicas, psicológicas) que le ocasionan ansiedad.
2. Informaría de los principales síntomas secundarios a dichas situaciones de ansiedad.
3. Reconocería sus propios síntomas o manifestaciones de ansiedad y las posibles causas.
4. Aumentaría el sentimiento de control sobre los problemas o situaciones estresantes.
5. Aprendería estrategias para resolver situaciones que le causan ansiedad (técnicas de relajación)
6. Demostraría habilidades para tratar de forma eficaz situaciones críticas, como es la falta del control de impulsos en estos pacientes.

En definitiva, numerosos estudios muestran la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con Bulimia Nerviosa, por lo que propongo la incorporación de otras técnicas, como podría ser el caso de la aplicación de un programa de relajación para mejorar el control de impulsos.

Del mismo modo, planteo posibles vías de continuación de la investigación puesto que los problemas que existen en relación a la bulimia nerviosa, requieren un tipo de atención que no se circunscribe exclusivamente al sector sanitario, por lo que es necesario trabajar en un modelo de atención multidisciplinar y multisectorial que integre:

- Grupo de adolescentes, principalmente.
- Grupo de profesionales del sector educativo, juvenil, instituciones y representantes de madres y padres de alumnos.
- Grupo de profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial.

Bibliografía

1. Trastornos de la conducta alimentaria DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4^o ed. Barcelona: Masson S.A; 1995.
2. Proceso asistencial integrado. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2004.
3. Perea Baena JM, Espina Eizaguirre A, Ortego Sáenz de Cabezón A. La valoración enfermera en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Rev

- Presencia. 2007, ene-jun;3(5). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n5/61articulo.php>>
4. Bravo Ferrón S. Eficacia de un manual de autoayuda guiada por la enfermera especialista en Salud Mental como complemento a la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de pacientes diagnosticados de bulimia nerviosa. Nure Investigación. 2006, jul-agos; 3 (23)
 5. Ruiz Sánchez JJ, Imbernon González JJ. Sentirse mejor. Cómo afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva. Úbeda. Julio.1996. Disponible en: http://www.psicologiaonline.com/ESMÚbeda/Libros/Sentirse_Mejor/index.htm
 6. Gómez Camuñas MJ, Fernández Sanz L. Caso clínico: Alteraciones hemodinámicas por trastornos de ansiedad en pacientes coronarios. Enfermería en cardiología. 2008; Año XV (44): 44-45
 7. González alegre P. Psicoeducación grupal en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar asociado a dependencia de tóxicos en abstinencia. Nure Investigación. 2009, ene-feb; 6 (38)
 8. Tirado Pedregosa G. ¿Qué intervenciones de enfermería son efectivas para el manejo del paciente con fibromialgia? Evidentia. 2009 abr-jun;6(26). Disponible en<<http://www.index-f.com/evidentia/n26/ev6954.php>>
 9. Leiva Díaz V, Alfaro Castro J, Soto Soto NH. Análisis del entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo del estrés, impartido por Enfermería, en una población con VIH-SIDA: estudio de caso único. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].2008,No.14. Disponible en: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/analisis%20del%20entrenamiento.pdf>>
 10. Sánchez Madueño O. ¿Son beneficiosas las terapias de relajación en áreas de cuidados críticos? Evidentia. 2007,ene-feb;4(13). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/297articulo.php>
 11. Maestro González MB, García Andiano P. Educación grupal: Técnicas de Relajación en Atención Primaria. Revsita Paraninfo Digital. 2007; 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/140.php>
 12. Marqués Andrés S, Villaverde Estébanez M. La relajación grupal es una terapia eficaz para el tratamiento de la ansiedad generalizada en mujeres. Evidentia. 2006, nov-dic; 3(12). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/281articulo.php>
 13. Gómez Borrero A, Zafra Jiménez R, Salas Robles P. Programa de Manejo de Ansiedad y Relajación. Biblioteca Lascasas. 2009; 5(1) Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0407.php>

Hipótesis

Hipótesis General:

La aplicación de un programa de relajación llevado a cabo por la enfermera especialista de Salud Mental, permitirá la mejoría del control de impulsos en pacientes con bulimia.

Hipótesis específicas:

- La aplicación de un programa de relajación permitirá el control de la ingesta (reducción de atracones)

- La llevada a cabo de dicho programa haría posible la disminución de las técnicas purgativas compensatorias.
- Del mismo modo, conseguirá disminuir el grado de ansiedad presente en estos pacientes.

Objetivos

General: Analizar la eficacia a corto y medio plazo de la incorporación de un programa de relajación por la enfermera especialista en salud mental, a la terapia cognitivo conductual en la mejoría de la bulimia nerviosa.

Específicos: Evaluar el efecto de la intervención anterior en la mejora de:

- Trastornos de ansiedad asociados a la bulimia nerviosa.
- Disminución en la tasa de impulsos.
- Incremento en los conocimientos de la técnica de relajación por parte de los pacientes, para posterior mejora del afrontamiento.

ÁMBITO DE DESARROLLO DEL PROYECTO

Se pretende la aplicación del mismo en un Equipo de Salud Mental Comunitario (ESMC)

DISEÑO DEL PROYECTO. METODOLOGÍA

- Tipo de diseño: estudio experimental con un grupo control aleatorizado de intervención individual.
- Período de estudio: 2 años.
- Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticados de Bulimia Nerviosa en el último año, según criterios del DSM-IV, y los de nuevo diagnóstico, con o sin tratamiento farmacológico, que según criterio del facultativo responsable o de las enfermeras del equipo, sean susceptibles de beneficiarse de la aplicación del programa de relajación, así como que presenten una actitud colaboradora. Para valorar que un paciente tenga actitud colaboradora, aparte de mostrar interés por aprender los contenidos teóricos, y llevarlos de la mejor manera posible a la práctica, se considerará como criterio, que asista al menos a 5 de las 8 sesiones impartidas. Además, todos los pacientes que formen parte de dicho programa deberán superar la mayoría de edad.
- Criterios de exclusión: No serán incluidos en el programa aquellos pacientes con patologías psiquiátricas graves, tales como esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de la personalidad, así como pacientes con alto riesgo autolítico.
- Variables: edad, sexo, tiempo de evolución de la patología, apoyo familiar, IMC.

- Variable independiente: Programa de relajación, cuya operativización ampliará el tratamiento estándar, generalmente basado en terapia cognitivo-conductual.
- Indicadores que van a ser valorados en los pacientes susceptibles de participar en el programa:
 - Datos de filiación: Nombre y apellidos, Historia Clínica, teléfono de contacto.
 - Edad.
 - Sexo.
 - Tiempo de evolución de la patología (fecha de diagnóstico)
 - Apoyo por parte de la familia.
 - Conducta compensatoria o purgativa empleada (provocación del vómito, ayuno prolongado, uso de laxantes, realización de actividad física intensa)
 - Índice de Masa Corporal.
 - Presencia de otras patologías.

- Variables dependientes:

- Medición de los síntomas bulímicos mediante el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)

El BITE es un cuestionario para identificar a aquellos sujetos que presentan síntomas bulímicos.

Autores: M. Henderson; D.P. Freeman. Adaptado a la población española por Cervera y cols, 1995.

Consta de 33 ítems que se agrupan en 2 subescalas distintas:

- Escala de síntomas (30 ítems)
- Escala de gravedad (3 ítems)

La escala de síntomas evalúa el número y el grado de los síntomas que están presentes, y la de gravedad, el índice de gravedad del trastorno, teniendo en cuenta la frecuencia con que se presentan las conductas patológicas.

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg (STAI)

El STAI es un inventario diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

Año 2.

	MES											
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad 1												
Actividad 2												
Actividad 3												
Actividad 4												
Actividad 5												

- Captación de pacientes y recogida de datos:

El contacto se realizará a través de la enfermera especialista asignada en consulta. Después de valorar los criterios de inclusión en los sujetos del estudio para proceder a la captación de los mismos, la enfermera especialista en Salud Mental procederá a facilitar información oral y escrita respecto al desarrollo del programa, y a hacer entrega a los pacientes de un consentimiento informado y de los test que posteriormente deben realizar: Test de Bulimia de Edimburgo (Anexo 1), Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo de Spielberg (Anexo 2) y Cuestionario Hamilton Anxiety Rating Scale (Anexo 3).

Una vez recogida la información, se procederá a la asignación del paciente al grupo control o al grupo experimental, mediante un listado de números aleatorios.

- Tamaño de la muestra:

Se realizará un estudio con 40 pacientes, en el que se procederá a la medición a través del Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) de los síntomas bulímicos, y a través del Inventario STAI y del Cuestionario de Hamilton, del estado ansioso, al comienzo de la aplicación del programa, y a los tres meses de la finalización del mismo.

El proceso de asignación de la intervención se realizará de manera aleatoria a cada uno de los grupos (control y experimental)

- Intervención: Este programa teórico-práctico constará de 8 sesiones de psicoeducación sobre el manejo de la ansiedad y el entrenamiento en técnicas de relajación. Tendrá lugar con una frecuencia semanal y una duración aproximada de 45 minutos.

El grupo control realizará Terapia Cognitivo Conductual, con o sin tratamiento farmacológico, bajo supervisión del servicio de Psiquiatría.

El grupo experimental llevará a la práctica el mismo tratamiento que el grupo control, pero además se procederá a la incorporación de dicho grupo a un programa de relajación guiado por la enfermera especialista en Salud Mental.

- Desarrollo del programa:

- Entrevista de acogida.

Una vez los pacientes sean derivados por el facultativo o enfermera responsable para su inclusión en el presente programa, se realizará una entrevista de acogida en la consulta de enfermería para establecer un primer contacto.

- Medición de los síntomas bulímicos mediante el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)
 - Medición de la sintomatología ansiosa actual mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), y a través del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg (STAI)
 - Educación y práctica en la consulta de la Respiración Abdominal.
- Sesiones del programa de relajación.
 - Sesión 1: Definición de la ansiedad, causas y manifestaciones.
 - Sesión 2: Mecanismos de adaptación a la ansiedad, diagnósticos y tratamientos.
 - Sesión 3: Prevención de la ansiedad. Estrategias de afrontamiento: introducción a la respiración abdominal o diafragmática.
 - Sesión 4: ¿Qué es la relajación y para qué sirve? Introducción al método de Relajación de Jacobson.
 - Sesión 5: Método de Relajación de Jacobson.
 - Sesión 6: Método de Relajación de Jacobson.
 - Sesión 7: Método de Relajación de Jacobson. Repaso y aclaración de dudas.
 - Sesión 8: Reestructuración cognitiva. Recomendaciones para vivir con menor ansiedad.
 - Entrevista de evaluación.

Transcurrido un tiempo de aproximadamente 3 meses, se irá citando paulatinamente a cada uno de los asistentes al programa que hayan completado al menos 5 de las 8 sesiones.

La finalidad de esta entrevista es realizar de nuevo la medición de la sintomatología ansiosa, para así evidenciar la remisión / contención de dichos síntomas.

Además, después de esta entrevista, se realizará una Valoración Final del paciente con el objetivo de recabar al máximo de información posible sobre la evolución del paciente tras su paso por el Programa de Relajación.

- Análisis de datos:

Serán excluidos del estudio, aquellos pacientes del grupo experimental que no hayan completado al menos 5 de las 8 sesiones del programa de relajación.

Se procederá al análisis cuantitativo de ambos grupos mediante las puntuaciones obtenidas en las mediciones de los cuestionarios, presentándose la puntuación media y el correspondiente intervalo de confianza, calculado para un nivel de confianza del 95%.

Para comprobar la homogeneidad en los dos grupos, se procederá a la comparación de las variables definitorias de la población (sexo, edad, tiempo de evolución de la patología, apoyo familiar, conducta compensatoria o purgativa empleada, IMC, comorbilidad con otras enfermedades)

Para analizar el efecto de la intervención sobre los síntomas bulímicos, se procederá a comparar las medias de las puntuaciones obtenidas en BITE, STAI y HARS, antes y tres meses después de la aplicación del programa.

- Presupuesto económico.

❖ Equipamiento inventariable:

- Ordenador portátil: 1000 €
- Impresora: 150 €
- Camilla: 700 €

❖ Material fungible:

- Consumibles informáticos: 150 €
- Gastos de reprografía del texto de formación: 200 €

❖ Material bibliográfico.

- Bibliografía referente a la evaluación de programas: 750 €

❖ Transporte y dietas.

- Congresos nacionales: 2500 €
- Congresos internacionales: 2000 €
- Reuniones de grupo con profesionales de otras áreas (Educación, Asociaciones): 1000 €

- Pertenencia de la investigación:

La bulimia nerviosa (BN) constituye, hoy en día, un importante problema de salud pública, con una prevalencia del 3.7% en la población femenina adolescente. En los últimos 10 años se ha multiplicado por 3 la incidencia de BN, alcanzando una tasa de 50/1000000. Se ha asociado a numerosas patologías como trastornos de la personalidad, depresión y ansiedad (71-75% presentan un trastorno de ansiedad).

Actualmente el tratamiento de la bulimia se basa en psicoterapia individual y terapia cognitivo-conductual, junto soporte farmacológico, principalmente antidepresivos. Este tipo de tratamientos permite disminuir la frecuencia de atracones y vómitos autoinducidos, con mejoría de otros síntomas asociados como ansiedad, depresión y deterioro en el funcionamiento global.

Numerosos estudios muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con bulimia, aunque muchos sugieren la posibilidad de incorporación

de otras técnicas. Este puede ser el caso de la aplicación de la relajación para mejorar el control de los impulsos presentes en este tipo de pacientes.

- Consideraciones éticas:

Todos los sujetos participantes del estudio lo harán de forma voluntaria. La aplicación del programa de relajación será realizado previo consentimiento informado de los participantes, tanto de forma oral como escrita, siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente, se encontrará debidamente custodiados por el investigador. Se garantiza en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes del estudio, no revelando nombres, ni ningún otro dato que pudiera favorecer su identificación, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre)

Del mismo modo, previo a la presentación de dicho estudio, se solicitará y deberá ser obtenido la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Centro.

- Difusión de los resultados.

Los resultados serán difundidos a través de revistas científicas españolas e internacionales, por lo que se procederá a solicitar su publicación en revistas como Nure o Biblioteca Lascasas. De igual modo, se procederá a la presentación de los resultados en jornadas y congresos, y si es posible, a la exposición del proyecto en el Congreso Nacional de Residentes de Salud Mental.

Se pedirá a los participantes sobre formas y espacios que contribuyan a la máxima difusión de los resultados entre los colectivos de pacientes con Bulimia Nerviosa, realizándose también la difusión en estos medios (Ejemplos: Centros de Educación Secundaria Obligatoria, Asociaciones de pacientes con Bulimia Nerviosa, etc.)

ANEXO 1: TEST DE BULIMIA DE EDIMBURGO. CUESTIONARIO BITE.

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?

SÍ (0 punto)

NO (1 puntos)

2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

6. ¿Con qué frecuencia?

Más de una vez a la semana (1 punto)

Ninguna vez a la semana (0 puntos)

7. ¿Ha utilizado alguna vez pastillas, diuréticos o laxantes para provocarse el vómito o para perder peso?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?

SÍ (1 punto)

NO (0 puntos)

12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?

SÍ (0 punto)
NO (1 puntos)

14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

16. ¿La idea de engordar le aterroriza?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente y fuera de horas?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?

SÍ (0 punto)
NO (1 puntos)

22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?

SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene con lo que come?

SÍ (0 punto)
NO (1 puntos)

24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?
SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)
25. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?
SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)
26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?
SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»?
Los atracones son más de uno a la semana (1 punto)
Los atracones son menos de uno a la semana (0 puntos)
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atracón»?
SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)
29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?
SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)
30. ¿Come alguna vez en secreto?
SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)
31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?
SÍ (0 punto)
NO (1 puntos)
32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?
SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)
33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?
SÍ (1 punto)
NO (0 puntos)

SOLUCIONES AL TEST:

Una vez sumados el total de puntos que ha obtenido en el test, verá que su resultado se encuentra dentro de alguno de los siguientes apartados:

Puntuación total de 0-10 puntos: Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida. Su resultado en el test implica que no se observan alteraciones serias en su forma de alimentarse y no se detecta un problema de tipo bulímico. Se puede decir que su resultado se encuentra dentro de la normalidad.

Puntuación total de 10-20 puntos: Patrón de alimentación anormal, aunque no necesariamente implica sufrir bulimia. Su resultado en el test indica que aunque se detectan algunas alteraciones en su forma de alimentarse, ésto no significa necesariamente sufrir un problema tipo bulimia. Dado que el resultado no es concluyente, podría ser beneficioso contrastar el resultados con la opinión de un profesional.

Puntuación total de 20-33 puntos: Patrón de alimentación muy alterado, bulimia nerviosa muy posible. Su resultado en el test indica que tiene una forma de alimentarse muy alterada y es muy posible que esté iniciando o sufra ya desde hace tiempo una bulimia nerviosa. Es muy aconsejable que busque ayuda profesional con el fin de intentar delimitar éste problema ya que sin duda interfiere de forma significativa en su vida diaria.

ANEXO 2: INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO DE SPIELBERG. STAI.

A / E P D = 30 + - =

A / R P D = 21 + - =

Apellidos y Nombre

Edad Sexo

CentroCurso / Puesto

Estado civil.....

Otros datos Fecha

AUTOEVALUACION A (E / R)

A - E

INSTRUCCIONES.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

0: Nada 1: Algo 2: Bastante 3: Mucho

1. Me siento calmado.
2. Me siento seguro.
3. Estoy tenso.
4. Estoy contrariado.
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)
6. Me siento alterado.
7. Estoy preocupado al oír posibles desgracias futuras.
8. Me siento descansado.
9. Me siento angustiado.
10. Me siento confortable.
11. Tengo confianza en mí mismo.
12. Me siento nervioso.
13. Estoy desasegado.
14. Me siento muy atado (como oprimido)
15. Estoy relajado.
16. Me siento satisfecho.
17. Estoy preocupado.
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.
19. Me siento alegre.
20. En este momento me siento bien.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

A-R

INSTRUCCIONES.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

0: Casi Nunca 1: A veces 2: A menudo 3: Casi siempre.

21. Me siento bien.
22. Me canso rápidamente.
23. Siento ganas de llorar.
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.
26. Me siento descansado.
27. Soy una persona tranquila, serena, sosegada.
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.
30. Soy feliz.
31. Suelo tomarme las cosas demasiado en serio.
32. Me falta confianza en mí mismo.
33. Me siento seguro.
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.
35. Me siento triste (melancólico)
36. Estoy satisfecho.
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.
39. Soy una persona estable.
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

PERCENTILES.

MUJERES.

CENTIL	ESTADO	RASGO
99	54-60	49-60
90	41	40
75	31	32
60	24	27
50	21	24
40	18	21
25	15	17
15	12	14
1	2	7

HOMBRES.

CENTIL	ESTADO	RASGO
99	47-60	46-60
90	37	33
75	28	25
60	21	21
50	19	19
40	16	17
25	14	14
15	10	11
1	0-2	0-4

El STAI es un inventario diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

Consta de un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos)

El marco de referencia temporal es en el caso de la ansiedad como estado “ahora mismo, en este momento”, y en la ansiedad como rasgo es “en general, en la mayoría de las ocasiones”

Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de rasgo, cada uno de los cuales se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los 20 ítems correspondientes.

La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo.

ANEXO 3: CUESTIONARIO HAMILTON ANXIETY RATING SCALE (HARS)

Nombre: _____

Fecha: _____.

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Síntomas de los estados de ansiedad:

1.- Estado de ánimo ansioso: preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

2.- Tensión: sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

3.- Temores: a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

4.- Insomnio: dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

5.- Intelectual (cognitivo): dificultad para concentrarse, mala memoria.

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

6.- Estado de ánimo deprimido: pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

7.- Síntomas somáticos generales (musculares): dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales): zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

9.- Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

10.- Síntomas respiratorios: opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

11.- Síntomas gastrointestinales: dificultad para tragar, gases, dispepsia (dolor antes y después de comer), sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.
0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

12.- Síntomas genitourinarios: micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.
0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

13.- Síntomas autónomos: boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).
0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante.

14.- Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico):
Tenso, no relajado, agitación nerviosa (manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo), inquietud, pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 resp./min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.
0 Ausente 1 Leve 2 Moderado 3 Grave 4 Muy grave, incapacitante

RESULTADOS.

Ansiedad Psíquica; suma de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14

Ansiedad Somática; suma de los ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13

Puntuación total = 56

Ansiedad global = ansiedad psíquica + ansiedad somática =