



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO DE MEDICINA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA EL TRASTORNO POR ATRACÓN

EVALUATION OF A GROUP INTERVENTION PROGRAM FOR BINGE EATING DISORDER

AUTOR: Isabel Ríos Gómez

DIRECTOR: Andrés Gómez del Barrio

JUNIO, 2017

ÍNDICE

Resumen/Abstract	Página 2-3
1. Introducción	Páginas 4-12
1.1 Trastornos de la conducta alimentaria	Páginas 4-5
1.2 Trastorno por atracón	Páginas 5-12
a) Criterios diagnósticos	Página 5-6
b) Epidemiología	Página 6-7
c) Etiopatogenia	Página 7-8
d) Comorbilidades	Página 8
e) Curso clínico	Página 8
f) Evaluación	Página 8-9
g) Tratamiento	Páginas 9-12
2. Objetivos	Página 13-14
3. Método	Páginas 15-18
4. Resultados	Páginas 19-25
5. Discusión y conclusión	Páginas 26- 29
Agradecimientos	Página 30
Anexos	Páginas 31-45
Bibliografía	Páginas 46-49

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El trastorno por atracón (TA) es un trastorno de la conducta alimentaria con identidad propia desde el año 2013. Tiene una prevalencia mayor que la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, afectando al 3,5% población, tanto a personas con normopeso, sobrepeso y obesidad. Las opciones terapéuticas incluyen psicoterapia individual y/o grupal y la farmacoterapia. La evolución a medio y largo plazo aporta resultados controvertidos con frecuentes abandonos del tratamiento y altas tasas de morbilidad.

MÉTODO

El objetivo de este trabajo fue evaluar la implantación de un programa de tratamiento intensivo en formato grupal que disminuyera la tasa de abandonos, fuese aceptado por los pacientes y que mejorara su evolución clínica. El programa consistió en 6 sesiones, en cada una de ellas se intentó tratar los diferentes aspectos que engloba el trastorno por atracón, con un enfoque multidimensional que incluye la intervención terapéutica, psicoeducativa y fomentadora de estilos de vida saludable, en adultos afectados por un trastorno por atracón, atendidos en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Para la evaluación del programa se utilizaron variables antropométricas, un cuestionario de satisfacción y la tasa de adherencia de los pacientes al inicio y posteriormente a la terminación del programa. Posteriormente a largo plazo se evaluó el estado actual de los pacientes a través de su historial clínico.

RESULTADOS:

Tras la realización de seis sesiones de tratamiento grupal se obtuvo una alta tasa de adherencia con únicamente un 3,7 % de abandonos y un grado de satisfacción de 5,52 sobre 6. Posteriormente en la evaluación del estado clínico a los dos años se observó que el 48,1 % de los pacientes se habían recuperado, el 37 % habían abandonado el tratamiento y el 14,8 % continuaban en seguimiento sin estar recuperados.

CONCLUSIONES:

El objetivo principal del programa se ha cumplido, reduciéndose la tasa de abandono del 50% correspondiente a la media en Cantabria a un 3,4% en nuestra muestra. Respecto a la eficacia de esta intervención en cuanto a una mejoría clínica, los datos antropométricos aunque con resultados positivos no fueron significativos, a pesar de que al año un 48,1% de los pacientes aseguraban una recuperación completa.

PALABRAS CLAVE: “Trastorno por atracones”; “psicoterapia”; “terapia cognitivo-conductual”; “terapia grupal”; “adherencia”.

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Binge eating disorder (BED) is an eating disorder with its own identity since 2013. BED's prevalence is higher than anorexia nervosa or bulimia nervosa, affecting 3.5% of the population, people with BED could have normal weight, overweight or obesity. Treatment options include individual and/or group psychotherapy and pharmacotherapy. In the medium and long term evolution brings controversial results, with frequent drop-outs of treatment and high rates of morbidity.

METHODOLOGY:

The objective of this study was to assess the implementation of a programme of intensive treatment in a group format which would decrease the dropout rate, which would be accepted by patients and would improve their clinical course. The program consisted of 6 sessions, each of these attempted to treat the different aspects that encompass the binge eating disorder, with a multidimensional approach that includes therapeutic, educational and encouraged intervention of healthy lifestyles. The study was performed in adults affected by the disorder (disease/pathology) attended at the Eating Disorders Unit (UTCA) of the University Hospital Marqués de Valdecilla. The variables studied at the beginning and after the treatment for the evaluation of the program were anthropometric variables, a satisfaction questionnaire and the adherence rate. Subsequently, in the long term, the current status of the patients was evaluated through their clinical history.

RESULTS:

After six sessions of group treatment, it was obtained a high rate of adhesion with only 3.7% of dropouts. The level of satisfaction obtained was 5.52 over 6. In the following two years, in the clinical status evaluation it was observed that 48.1% of patients had recovered, 37% had dropped out the treatment and 14.8 % continued without being recovered.

CONCLUSION:

The main objective of the program has been met, by reducing the high abandonment rate of 50%, corresponding to the average in Cantabria, to 3.4% in our sample. Regarding the efficacy of this intervention, in terms of clinical improvement, the results of anthropometric data were positive but not significant. Nevertheless, a 48.1% of the patients ensured a complete recovery.

KEY WORDS: "Binge eating disorder"; "psychotherapy"; "cognitive-behaviour therapy"; "groupal therapy"; "comorbidities"; "adherence".

INTRODUCCIÓN

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la alimentación (TA) se caracterizan por una perturbación persistente de la alimentación que perjudica la salud o el funcionamiento psicosocial. Los trastornos incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, el trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta alimentaria, la pica, el trastorno por rumiación y otros trastornos no especificados de la conducta alimentaria (TCANE). Los diagnósticos se basan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de *The American Psychiatric Association* 5ª edición (DSM V), que divide los trastornos de la alimentación en categorías mutuamente exclusivas que se basan en los síntomas observados (ver *Figura 1*). Se trata por tanto de una serie de cuadros diferentes que se engloban bajo el mismo término de TCA. La base lógica que apoya esta forma de clasificación excluyente es que, pese a que todos estos trastornos comparten características comunes, también se afirma que difieren en el curso y la respuesta al tratamiento. El único trastorno que puede ser asignado en la presencia de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos es la pica (1)(2).

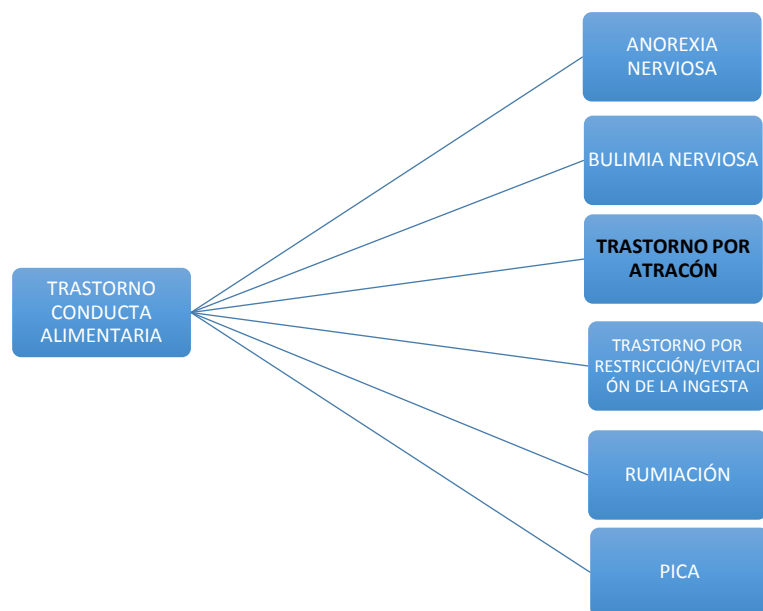


Figura 1. Clasificación de los *trastornos de la conducta alimentaria (DSM V)*.

Hay diferentes formas de entender el trastorno por atracón. Se le ha considerado como variante de la bulimia nerviosa, como un subtipo conductual de obesidad, como conducta refleja de alteraciones psicopatológicas en la obesidad o como trastorno independiente, por derecho propio. Esta última perspectiva es la que prevalece actualmente, con la inclusión de este cuadro psicopatológico en el DSM-5.

El trastorno por atracón supone uno de los nuevos trastornos del DSM-5, ya que aparece por primera vez con entidad propia en esta nueva edición del DSM (2). Se clasifica en el capítulo de Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Comparte este capítulo con la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Este capítulo se conforma con algunos trastornos que en el DSM-IV (APA, 1994) se encontraban en el capítulo de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia (pica, trastorno por rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez), y por algunos trastornos del capítulo de trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa).

TRASTORNO POR ATRACÓN DE COMIDA

La primera alusión al trastorno por atracón de comida la realizó hace más de cinco décadas, en 1959, *Stunkard* quien identificó tres patrones de alimentación en la obesidad: el comer de noche, los atracones y la dificultad para saciarse. Sin embargo, no fue hasta varios años después que se definieron los primeros criterios diagnósticos para el trastorno por atracón. Años más tarde en 1970, *Korhaber* definió el “*Stuffing syndrome*” como una entidad en obesos caracterizada por 3 síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión (3).

El trastorno por atracón de comida se clasifica desde el 2013 como trastorno de la conducta alimentaria definido, según el DSM V. Se define por episodios recurrentes de atracón de comida con una frecuencia de repetición de al menos una vez a la semana durante 3 o más meses. *The American Psychiatric Association* define el episodio como un periodo de tiempo relativamente corto, en el que la persona ingiere una cantidad de comida mucho más abundante que la cantidad que la mayoría de las personas comerían en ese periodo de tiempo bajo las mismas circunstancias. La definición incluye la sensación de falta de control durante el mismo. Por otro lado se deben que cumplir al menos 3 características de las siguientes: sensación de culpa o gran disgusto tras el atracón, comer mucho más rápido de lo habitual, comer a pesar de no tener hambre y/o comer a solas por sentir vergüenza de comer tanto. La diferencia con la anorexia nerviosa o bulimia, es la ausencia de comportamientos compensatorios tras el atracón (como es el vómito, uso de diuréticos o laxantes o el ejercicio excesivo). La ingesta de comida es mayor tanto en la alimentación diaria como en los atracones, fundamentalmente de grasa, dulces y comida rápida (a diferencia de la bulimia nerviosa que aumenta el consumo de todo tipo de comida y principalmente ocurre en los atracones) (1)(2)(4).

El DSM V también define diferentes niveles de severidad según el número de episodios semanales:

- Leve: 1-3 atracones a la semana.
- Moderado: 4-7 atracones a la semana.
- Severo: 8-13 atracones a la semana.
- Extremo: > o =14 atracones semana

Criterios diagnósticos(2)

A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej. sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
C. Malestar intenso respecto a los atracones.
D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TA según el DSM-V.

En el DSM-5 se ha mantenido la misma caracterización del trastorno por atracón que aparecía en los criterios de investigación del DSM-IV. Solo se ha producido un cambio significativo respecto a los criterios de investigación del DSMIV-TR al DSM-5: el criterio temporal (criterio D). En el DSM-IV-TR la frecuencia de atracones es de al menos 2 veces por semana en los últimos 6 meses, y en el DSM-5 tanto la frecuencia como la temporalidad exigida para cumplir el criterio es menor (una vez a la semana durante tres meses) (5).

Epidemiología(6)(7)(8)(9)

El trastorno por atracón es el trastorno de conducta alimentaria más frecuente, con una prevalencia mayor a la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa. La prevalencia a los 12 meses es en mujeres del 1,6% y 0,8 % en hombres (siendo la diferencia entre género menor que en la bulimia y en la anorexia). Las tasas de prevalencia son similares en distintos países industrializados. Respecto a la prevalencia en Estados Unidos, la revisión llevada a cabo por Portella de Santana, M. L., et al., en 2012 coincide con *The American Psychiatric Association* y concluyen que es comparable entre la población caucásica, latina, afro-americana y asiática. El trastorno por atracón puede manifestarse en

personas con normopeso, sobrepeso u obesidad, sin embargo, suele asociarse a individuos con malnutrición por exceso que buscan tratamiento para perder peso. Aunque hay una relación de este trastorno con la obesidad no es correcto equipararlas, ya que la mayoría de las personas obesas no realizan atracones de forma recurrente y no cumplen los criterios de TA (ver *Tabla 2*) (8)(10).

Autores	Año	Descripción general	Conclusión
Leehr et al.	2015	Revisión de estudios experimentales con personas de cualquier edad, género y etnia sobre la regulación emocional en personas obesas con y sin TA (n=18 estudios).	<i>Diferencias:</i> las emociones negativas en personas con TA desencadenan atracones, a diferencia del grupo sin TA. <i>Similitudes:</i> en ambos casos la ingesta de alimentos produce una mejor del estado de ánimo.
Herbozo et al.	2015	Se compara a mujeres con sobrepeso/obesidad con TA (n=56) y sin TA (n=134) en psicopatología de la conducta alimentaria, satisfacción con la apariencia y autoestima.	<i>Diferencias:</i> el grupo con TA mostró mayor preocupación por el peso, la ingesta y la silueta y menos autoestima y satisfacción por la apariencia. <i>Similitudes:</i> no diferencias en restricción alimentaria ni en IMC.
Calderone et al.	2015	Se analiza el descontrol en la comida en pacientes obesos de ambos sexos candidatos a cirugía bariátrica, comparando personas con atracones (n=48) y sin atracones (n=446).	<i>Diferencias:</i> el grupo con atracón tuvo mayor descontrol con la comida. <i>Similitudes:</i> sin diferencias en satisfacción corporal ni en la dificultad para mantener un peso constante, cumplir con la dieta y comer antes de ir a dormir o durante la noche.
Klatskin et al.	2015	Se analizan distintos factores psicológicos relacionados con la alimentación. Se comparan tres grupos de mujeres obesas con TA (n=9), obesas sin TA (n=15) y normopeso (n=15).	<i>Diferencias:</i> las mujeres con obesidad y TA presentan mayor depresión, estrés percibido, afecto negativo, ansiedad, restricción en la dieta y preocupación por el peso, la figura y la ingesta. Por otro lado, las mujeres obesas sin TA, tuvieron mayor preocupación por el peso que el grupo con peso normal.

Tabla 2. Estudios comparativos de personas obesas con y sin TA.

Es una enfermedad infradiagnosticada en atención primaria; en ocasiones los pacientes no son conscientes de que tienen algún tipo de trastorno conducta alimentaria, otras veces los propios médicos son los que no exploran los hábitos alimenticios; para evitarlo es importante detectar los factores de riesgo y síntomas que definen la enfermedad. A partir de mayo del 2013, cuando *The American Psychiatric Association* (APA) reconoció oficialmente al trastorno por atracones como un trastorno alimentario independiente, se espera que el número de personas que se presenten para la evaluación, que reciban un diagnóstico de TA y que requieran tratamiento, aumente (11).

Etiopatogenia(10)

La causa es todavía desconocida, el trastorno por atracón parece que resulta de una combinación de factores psicológicos, biológicos y medioambientales.

Respecto a los factores etiológicos, la mayoría de los investigadores hablan de la importancia de la restricción dietética como potenciador de los atracones en presencia

de desinhibidores específicos (disforia, ingesta de alcohol, comidas apetitosas para el paciente, violación de una dieta). Otros autores como *Guisado, J. A., & Vaz, F. J., 2001*, describen a estos pacientes como impulsivos con poca capacidad para controlarse siendo en este caso los atracones un síntoma de un descontrol de impulsos.

Se han descrito factores asociados a estos pacientes que pueden ser: experiencias adversas en la infancia, historia de trastornos afectivos en los padres, exposición a comentarios negativos sobre su figura/peso y comida, personalidad perfeccionista y una autovaloración negativa.

Comorbilidad(6)

El trastorno de atracón implica un deterioro en la calidad y la satisfacción con la vida, así como problemas de adaptación social, mayor mortalidad y morbilidad, mayor riesgo de desarrollo de obesidad y mayor utilización de recursos sanitarios.

Son frecuentes las comorbilidades físicas como la obesidad y otros fenómenos que derivan de la mala alimentación (diabetes mellitus tipo2, síndrome metabólico, hipertensión arterial, ictus, síndrome coronario agudo). También existe una fuerte asociación con trastornos psiquiátricos concurrentes. Los más comunes son: depresión unipolar, trastorno de déficit de atención y trastorno de ansiedad generalizada o crisis de pánico. También es alta la frecuencia de fobias específicas o el abuso de sustancias tóxicas. En estos pacientes la prevalencia de trastornos psiquiátricos es mayor a la de la población general y está relacionado con la gravedad del trastorno y no con el grado de obesidad.

Curso clínico(7)(10)

El curso de la enfermedad es crónico. La edad de inicio típicamente surge en la adolescencia o al inicio de la edad adulta y persiste más allá de la edad media, cuando se diagnostica. Los individuos que sufren trastorno por atracón suelen tener una edad mayor que los afectados por anorexia y bulimia nerviosas.

La migración de este trastorno a otros trastornos no es común.

Evaluación(12)

Para el manejo de este trastorno es fundamental la aproximación inicial. La evaluación debe incluir: la evaluación médica y psiquiátrica. Además se tiene que valorar la severidad del trastorno.

La evaluación médica, es decir, la anamnesis y exploración física deben centrarse en los parámetros y comorbilidades asociados al sobrepeso u obesidad: el índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de la cintura, niveles de glucosa, la presión arterial, el colesterol total y el HDL-colesterol, antecedentes de enfermedad coronaria, enfermedad hepatobiliar, reflujo gastroesofágico, incontinencia urinaria o síndrome de apnea obstructivo del sueño (SAOS).

La evaluación psicopatológica busca la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos, el nivel de autoestima del paciente y la percepción sobre su cuerpo.

Es importante en la clasificación del paciente tener en cuenta además la frecuencia e intensidad de los episodios, el estilo de vida (patrón de alimentación, ejercicio físico), el tipo de atracón (durante las comidas, a la noche, snacking/grazing) o si existen conductas de compensación (diagnóstico diferencial con la anorexia o bulimia nerviosa).

Para la evaluación de estos pacientes existen diferentes cuestionarios e instrumentos especiales de evaluación psicopatológica como: *The binge eating scale*, *the questionnaire of eating and weight patterns (EDE-Q)*, *the eating disorder inventory-2 (EDI-2)*, *the three factor eating questionnaire* (13)(10).

- *The eating disorder inventory-2* es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.
- *The “Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)*, constituye una de las medidas de restricción alimentaria más utilizadas en la actualidad. Evalúa 3 dimensiones diferentes: la restricción, la desinhibición y sensación de hambre.
- *The binge eating disorder scale*, divide a los pacientes según la existencia de atracones (moderados o severos) o la no existencia de los mismos, basándose en la puntuación de la escala.
- *The Questionnaire of Eating and Weight Patterns*, se utiliza para clasificar en BED y bulimia nerviosa purgativa/no purgativa.

Tratamiento

El trastorno por atracón no empezó a tratarse como tal hasta aproximadamente la década de los 90, fecha en la cual se incluye en el DSM-IV (APA 1994), dentro del apéndice “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”. En sus inicios se emplearon las técnicas conductuales utilizadas en los individuos con obesidad, o bien estrategias cognitivo-conductuales similares a las que ya se utilizaban en el ámbito de la bulimia nerviosa (14). Sin embargo, posteriormente la investigación demostró diferencias psicopatológicas sustanciales entre ambos trastornos, por lo cual comenzaron a desarrollarse y a emplearse tratamientos específicos para cada una de las dos patologías: la bulimia y el trastorno por atracón.

A día de hoy los tratamientos para el trastorno por atracón han evolucionado, incorporándose nuevas terapias psicológicas, tratamientos farmacológicos complementarios, así como el apoyo adicional de diversas técnicas (el mindfulness, por ejemplo), como parte de intervenciones más completas.

El tratamiento del trastorno por atracón tiene como objetivo:

- Reducir el número de episodios.
- Bajar de peso (en el caso de que haya sobrepeso u obesidad).
- Disminuir la excesiva preocupación por su imagen corporal.

- Tratar las comorbilidades asociadas a este trastorno: ansiedad, depresión, abuso de sustancias.

La Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces argumenta que el principal criterio de eficacia de los tratamientos para el trastorno por atracones es la disminución de atracones y no la disminución de peso (15).

Existen diferentes estrategias de abordaje para el trastorno por atracón (16):

- *Psicoterapia (gold standard)*: terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia interpersonal (ITP), terapia dialéctica conductual, terapia familiar.
- *Farmacoterapia*
- *Terapia conductual para la pérdida de peso* (dieta y ejercicio).
- *Terapia de autoayuda*.

Psicoterapia

La psicoterapia es un proceso terapéutico que tiene como propósito una mejoría en la calidad de vida del paciente, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos y/o afectos.

La Terapia cognitivo-conductual asume que los patrones de pensamiento mal adaptativos o erróneos causan un comportamiento desadaptativo y emociones “negativas”. Asumiendo esto, el tratamiento está enfocado en la modificación de patrones de pensamiento, de modo que se obtenga la modificación del comportamiento y el estado emocional. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y exposición.

La terapia dialéctica conductual se basa en la enseñanza y aprendizaje de habilidades para el manejo de problemas conductuales, como el trastorno por atracón, asociados con una inteligencia emocional pobre.

La evidencia del estudio realizado por *The National Institute for Health and Care Excellence, 2014*, en cuanto al éxito de la terapia interpersonal, la terapia cognitivo-conductual y la terapia dialéctica-conductual en términos de remisión (cese del trastorno) respecto a la no-terapia, es clínicamente significativa (I) (17):

CBT: N=4; n=226; RR=0,64; 95% CI (0,49-0,84); NNT= 3; 95% CI (2-7)).

IPT: N=1; n=38; RR=0,56; 95% (0,37-0,84); NNT=3; 95% CI (2-5)).

DBT: N=1; n=44; RR=0,30; 95% CI (0,15-0,60); NNT=2; 95% CI (1-3)).

La evidencia del impacto de la IPT y la CBT sobre la frecuencia de los atracones también es fuerte (I) (17):

CBT: N=4; n=214; SMD=-1,30; 95% CI (-2,13 to -0,48).

IPT: N=1; n=38; SMD=-1,44; 95% CI (-2,16 to -0,72).

No existe evidencia clara que diferencie, en la práctica clínica, la terapia interpersonal de la terapia cognitivo conductual (respecto a la remisión, reducción del número de atracones, la pérdida de peso o comorbilidades psiquiátricas) al final del tratamiento (17). Sin embargo, *The RTI International University of North Carolina at Chapel Hill at Evidence Practice Center* sostiene la mayor efectividad de la terapia cognitivo-conductual tanto para disminuir la frecuencia de atracones como los impactos psíquicos que el trastorno genera, teniendo poco impacto sobre el peso y altas tasas de abandono. (31, 32). La terapia interpersonal queda relegada a los pacientes resistentes, con patología más severa y menor autoestima (evidencia B) (17) (18).

Farmacoterapia

Se considera menos eficaz que la psicoterapia. Se considera como opción en aquellos pacientes que rechazan la psicoterapia. Existen diversos fármacos: antidepresivos como los IRSS (fluoxetina, sertralina, citalopram, escitalopram) o antidepresivos tricíclicos (desipramina, imipramina), antiepilépticos o fármacos específicos para el trastorno de déficit de atención (lisdexamfetamina). Los últimos fármacos que han emergido son aquellos que tienen como efecto secundario la pérdida de apetito, el topiramato o la zonisamida.

A nivel farmacológico, se ha comprobado que la desipramina e imipramina reducen la frecuencia y duración de los atracones, respectivamente y que la fluoxetina es efectiva en promover la pérdida de peso en obesos con trastornos por atracón (19)(17).

Terapia conductual

La terapia conductual orientada a la pérdida de peso ha demostrado disminuir la frecuencia de atracones y puede conducir directamente a la pérdida de peso. Se suele observar una pérdida de peso de 5 a 10%, pero el mantenimiento de esta pérdida de peso siempre ha resultado ser difícil (8)(14).

Además, parece que este grado de pérdida de peso cae muy por debajo de lo que la mayoría de las personas está buscando. Los diferentes tratamientos para el TA tienen un efecto limitado respecto a la pérdida de peso (evidencia A).

Las guías actuales, que aparecen recogidas en *The American Psychiatric Association* (APA) y *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), apoyan el uso de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), pero difieren en el contenido y el momento. La APA recomienda un enfoque de equipo (incluyendo psiquiatras, psicólogos, dietistas y trabajadores sociales) con la TCC como piedra angular y la medicación como terapia adyuvante (20)(21). Por el contrario, NICE recomienda un enfoque de autoayuda basado en la TCC, pero también apoya la monoterapia de la medicación como tratamiento suficiente para algunos pacientes (18). Sin embargo, existen ensayos clínicos que evidencian que la combinación de Terapia cognitivo-conductual (TCC) y farmacoterapia no es más eficaz que la Terapia cognitivo-conductual (TCC) como único tratamiento (19)(22).

En cuanto a la modalidad del tratamiento psicológico, éste puede llevarse a cabo de forma individual, familiar o grupal (23).

En el caso de la terapia grupal, la interacción con personas que se encuentran en una situación similar, permite abordar características como las relaciones interpersonales o la expresión emocional, que pueden ser críticas para la obtención de buenos resultados (24).

Diferente autores como *MJ González-Calderón, 2016; Mond, Hay, Rodgers y Owen, 2007; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen y Merikangas, 2011, o Kessler et al., 2013;* destacan que a pesar de las diferentes opciones terapéuticas disponibles menos de la mitad de quienes lo padecen reciben tratamiento. Entre aquellos que reciben tratamiento sigue habiendo una tasa alta de pacientes que no mejoran o lo abandonan. Las opciones terapéuticas están limitadas por varios problemas metodológicos que se han planteado de manera constante en la bibliografía de la investigación: la tasa de abandono del tratamiento y la inexistencia de datos de seguimiento a largo plazo son las más importantes (6)(25)(26)(27).

Hasta el momento la mayor parte de los estudios realizados sobre enfoques terapéuticos conductuales ha presentado una elevada tasa de abandono por parte de los participantes, por lo que aún son limitados los conocimientos acerca del efecto de la terapia cognitivo-conductual y otras terapias conductuales en el tratamiento del trastorno por atracón (28). Según la mayoría de los estudios publicados esto ocurre entre un 29% y un 73% de los pacientes que acuden a tratamiento ambulatorio (29).

En nuestro medio (UTCA del Hospital universitario Marqués de Valdecilla) el porcentaje de pacientes que abandonan supera el 50%. Además dicho abandono se produce generalmente en las primeras consultas. Entre las razones que los pacientes dan para justificar su abandono se encuentran razones logísticas que tienen que ver con las dificultades de acceso al tratamiento, desplazamiento y la falta de motivación (30)(31).

Dada la alta tasa de abandono de los pacientes diagnosticados de trastorno por atracones en nuestro medio, se propone llevar a cabo un programa terapéutico intensivo.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El planteamiento del presente trabajo es evaluar mediante un análisis descriptivo la eficacia de un programa terapéutico intensivo de intervención grupal, diseñado y realizado por el equipo de la unidad de TCA del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, cuyo objetivo sea reducir la tasa de abandonos y promover una mayor satisfacción con el tratamiento y secundariamente una mejoría clínica.

La justificación de este estudio “serie de casos” es, por tanto, responder a la pregunta que nos vamos a plantear al inicio de la investigación:

“¿Un programa intensivo de intervención grupal incidirá de forma significativa en la tasa de adherencia y satisfacción de los pacientes con trastorno por atracones de la UTCA de Valdecilla?”

OBJETIVOS



Figura 2. *Objetivos del programa de intervención grupal para el trastorno por atracón.*

HIPÓTESIS

Tras marcar los objetivos, las hipótesis que se pretenden cumplir serán cuatro, en orden de mayor a menor prioridad respecto al programa en estudio:

1. El programa intensivo de intervención grupal conseguirá un aumento de la adherencia terapéutica por encima del 70%, y por consiguiente un mejor cumplimiento del tratamiento de los pacientes con trastorno por atracón y una reducción del alto porcentaje de abandono (supera el 50% en nuestro hospital) que hasta ahora presentaban las diferentes opciones terapéuticas.
2. El formato del programa pretende que aumente la satisfacción de estos la intervención terapéutica (por encima de 4 sobre 6) tanto con la frecuencia como con el contenido de las sesiones.
3. La satisfacción también será alta con la duración del programa y organización del programa.
4. De manera secundaria se espera obtener una mejoría clínica tras la intervención medida tanto en la tasa de recuperación total como en la disminución del índice de masa corporal.

METODOLOGÍA

Con el objetivo de responder a la pregunta que nos planteamos se diseña un programa de intervención basado en la psicoeducación, el seguimiento alimentario–nutricional, la actividad física y el asesoramiento en estilos de vida saludable, con un formato intensivo de entrenamiento in situ en el hospital de día de nuestra unidad. No se incorporó tratamiento farmacológico de ningún tipo.

La intervención realizada fue conducida principalmente por el equipo de enfermería contando con la participación del resto de miembros del equipo de la UTCA (psiquiatras, psicólogos clínicos, un endocrino y auxiliares de enfermería).

La duración de las sesiones fue de una hora y media. Todas las sesiones se continuaban con una comida terapéutica precedida por 10 minutos de relajación. Durante la comida se intervenía de manera activa sobre hábitos, ritmo y estructura general de la alimentación.

Para complementar las sesiones se ha desarrollado material audiovisual (material escrito sobre pautas de alimentación así como un video tutorial con una tabla de ejercicio físico que deberían realizar en casa) que se entrega a los pacientes al término de las sesiones. La tabla de ejercicios que se entrega a los participantes para que hagan semanalmente durante la intervención consiste en una combinación de ejercicios aeróbicos (caminar/trotar) y además una serie de ejercicios de tonificación de los diferentes músculos (trabajo de glúteos, abdomen, abductores, psoas...). La intensidad y la frecuencia del ejercicio va in crescendo semanalmente. A parte del material que se les entrega, durante el programa los participantes recibieron una clase grupal práctica para la correcta realización (ver tabla de ejercicios *Anexo 1*).

Se tomaron medidas antropométricas (peso, talla e IMC) y se recogieron mediante diferentes test los rasgos psicopatológicos antes del inicio de las sesiones. Posteriormente se realizó una encuesta de satisfacción sobre el programa y se les volvió a pesar y medir.

El propósito inicial fue comprobar además, la evolución de los participantes a los dos años post-intervención mediante la revisión su situación clínica actual y la toma de medidas antropométricas.

Participantes

En el programa de intervención participan 4 grupos. Iniciaron el estudio un total de 28 mujeres, diagnosticadas de trastorno por atracón según el DSM-V y que además cumplen los criterios de inclusión del programa (ver en apartado “Criterios de inclusión”).

Criterios de inclusión

- Adultos de entre 18-65 años atendidos de forma consecutiva y sin tratamientos previos en la UTCA.
- Cumplir criterios de trastorno por atracones, según la clasificación DSM-V.
- Que no presentaran en el momento de la intervención patología física grave.

Programa

El programa consta de 6 sesiones, en cada una de ella se intentará tratar los diferentes aspectos que engloba el trastorno por atracón, con un enfoque multidimensional:

1. Sesión de psicoeducación.
2. Sesión de psicoeducación (2ª parte).
3. Sesión técnica y entrevista motivacionales.
4. Sesión sobre principios de alimentación y nutrición.
5. Sesión sobre formación y manejo de emociones. Psicóloga clínica.
6. Sesión sobre imagen corporal y exposición.

Actividades a realizar

Junto con las sesiones el programa también ofrece:

- De 2 a 4 consultas previas al inicio del grupo (detección de pacientes, seguimiento y contrato terapéutico).
- Se ofrecieron 1 o más sesiones de seguimiento individual en el transcurso de la intervención grupal para resolver situaciones de crisis que pudieran presentarse.
- Sesiones de seguimiento individual tras finalizar la intervención grupal si así lo requerían.
- 6 sesiones de intervención, mediante un encuentro grupal educativo semanal.
- 6 sesiones de comedor terapéutico en la UTCA con supervisión.
- 6 sesiones de actividad física autoguiada y/o relajación; además se incluirá una sesión grupal de actividad física presencial.

Medidas

Las variables empleadas para la evaluación del programa fueron:

- Cuestionarios de sintomatología alimentaria (EDE-Q, BITE) y psicopatológica (STAI, Rosenberg), realizados pre intervención.
- Antropometría (IMC como variable cuantitativa).
- Actividad física: cuestionario IPAQ (ver *Anexo 3*).
- El cuestionario de satisfacción diseñado “ad hoc” para este estudio. (Expresado como puntuación de 1 a 5). (ver *Anexo 4*).

Las variables utilizadas para la evaluación la evolución de los participantes a los dos años post-intervención se realiza mediante la revisión de la situación clínica actual y de

medidas antropométricas. En referencia a la situación clínica actual, los pacientes se clasifican en:

- Recuperados
- Continua enfermo
- Abandono

Además se recogieron los datos referentes al IMC que se vieron reflejados en la historia médica.

Cuestionarios

- *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q): Cuestionario que evalúa los comportamientos, actitudes y sentimientos relacionados con la alimentación y la imagen corporal durante los últimos 28 días. Se divide en cuatro subapartados: restricción, preocupación por la alimentación, preocupación por la forma y preocupación por el peso. El formato de respuesta es una escala tipo Like de 0 a 6. El puntaje global es el promedio de los resultados obtenidos en los cuatro subapartados. Cuanto más alto es el puntaje, mayor es la severidad del trastorno (ver Anexo 2).
- *Test de Bulimia de Edimburgo* (BITE; Henderson y Freeman, 1987): Test diseñado para identificar a sujetos con síntomas bulímicos (BN o TA) (ver Anexo 5).
- *State Trait Anxiety Inventory* (STAI): Evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 cuestiones (ver Anexo 6):

Ansiedad como estado (A/E): Evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Ansiedad como rasgo (A/R): Señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

- *Escala de autoestima Rosenberg*: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo (ver Anexo 7).
- *Cuestionario internacional de actividad física* (IPA-Q): Es un instrumento diseñado principalmente para la “vigilancia” de la actividad física que realiza la población adulta y la percepción de la salud de los mismos.
- *Cuestionario de satisfacción*: El cuestionario evalúa diferentes ítems: utilidad del programa, grado de ayuda, aprovechamiento, contenido, lugar, duración,

material, organización y por último también se les pregunto a qué nivel lo recomendarían.

Todos los pacientes firmaron su consentimiento al entrar en el programa y el estudio se enmarca dentro del programa de Detección Temprana en Cantabria de los Trastornos Alimentarios (DETECTA). Programa que cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de Cantabria (CEIC).

Análisis estadístico

La recogida de datos se realizó mediante una hoja de Excel, y posteriormente los datos fueron exportados al programa estadístico SPSS versión 15.0.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra hallándose las medias con su desviación estándar y los porcentajes cuando fue pertinente. Tras explorar la normalidad de las variables mediante la prueba de Shapiro-Wilk se realizó la prueba de t de Student para la comparación de medias tras la intervención (t de Student para muestras apareadas).

RESULTADOS

ANÁLISIS DE DATOS

Perfil del paciente

Con respecto al perfil de los pacientes intervenidos, la edad media de los pacientes fue de 40 años, siendo la edad mínima de 21 y máxima de 56 años. Como se describe en páginas anteriores, el Trastorno por Atracones puede manifestarse en personas con normopeso, sobrepeso u obesidad, sin embargo, suele asociarse a individuos con malnutrición por exceso. Concretamente en la muestra el valor del índice de masa corporal (IMC) mínimo fue de 26,72, es decir, la paciente que presentó al inicio del estudio el valor más bajo estaba dentro de la categoría sobrepeso. Por otra lado, la media de la muestra se corresponde a un $IMC > 38$, esto es, tiene obesidad moderada (ver *Tabla 3*).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Edad	27	21	56	40,00	10,061
Peso-pre	27	72	141	101,04	20,013
Peso-pos	21	70,0	138,0	98,576	20,6910
IMC	27	26,72	52,26	38,0822	7,50507
Circunferencia abdominal	27	79,0	147,0	113,559	15,1718
Circunferencia brazo	27	26,0	47,0	35,874	4,7727
Días actividad intensa	23	0	7	1,78	2,315
Horas/día actividad intensa	22	0	2	0,45	0,671
Minutos/día activ inten	22	0	30	4,09	10,538
Días activ moderada	23	0	7	0,91	1,998
Horas activ moderada	23	0	2	0,13	0,458
Minutos activ moderada	23	0	30	2,17	7,359
Días/semana que ha caminado	22	0	7	3,45	2,703
Horas andadas durante los últimos días	22	0	2	0,36	0,658
Horas sentado	20	0	14	5,85	3,453

Tabla 3. Perfil del paciente intervenido.

La mayoría de los pacientes antes de la intervención llevaban una vida sedentaria. La mayoría (65% de la muestra) no dedica ni un día (48%) o sólo un día (17%) a la semana

a realizar actividad física (ver *Tabla 3*). Solo un 4,3% de la muestra realiza ejercicio los 7 días de la semana.

Sin embargo entre aquellos que hacen algo de ejercicio, la media de horas que permanecen sentados (roza las 6 horas diarias) supera al tiempo dedicado a realizar actividad física que no llega a la hora a la semana (ver *Tabla 4*).

Días de actividad física		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	11	47,8
	1	4	17,4
	2	1	4,3
	4	3	13,0
	5	2	8,7
	6	1	4,3
	7	1	4,3
	Total	23	100,0

Tabla 4. *Días que dedican a realizar actividad intensa la muestra.*

Continuando con el análisis del perfil de las participantes, existen cuestionarios específicos (expuestos en el apartado “Medidas”) empleados para el diagnóstico y la evaluación de los pacientes con trastorno por atracón. Aquellos que se emplearon en la muestra (ver *Anexos 2, 3, 5, 6 y 7*) fueron realizados al inicio del programa (ver resultados en *Tabla 5*).

En la siguiente tabla se muestran los resultados de los test paramétricos. En el EDE-Q total la media fue de 4,19 y la Desviación típica de 1,06. Respecto a los subapartados del EDE-Q, en “restricción alimentaria” la media fue de 2,026; en relación con “preocupación por el peso” la media que se obtuvo fue de 4,17. En el apartado “preocupación por el cuerpo” la media resultó de 6,35 y en “preocupación por la alimentación” de 3,95 (ver *Tabla 5*).

En la *escala de autoestima de Rosenberg*, nuestros pacientes obtuvieron una media de 15,45 puntos, estando por debajo de los valores de normalidad (<25 puntos), que se corresponde con un autoestima baja (ver escala en *Anexo 7*).

Respecto a la media que se obtuvo en el *BITE-puntuación*, 23 puntos (punto de corte ≥ 20) y 7,73 en la escala de gravedad (punto de corte 5) apoyan el perfil bulímico de estos pacientes (ver cuestionario *Anexo 5*). Otro rasgo característico de los pacientes con TA es el estado de ansiedad transitoria y/o de forma latente que se mide con el STAI (ver *Anexo 6*). La media del STAI- AE fue de 35,27 y en el STAI-AR de 41,9. (Ver *Tabla 5*).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
STAI-AE	11	13	68	35,27	17,539
STAI-AR	10	23	53	41,90	9,960
BITE-Puntuación	23	16	27	23,78	2,954
BITE-Gravedad	22	3	17	7,73	3,930
Rosemberg	11	9	27	15,45	5,298
Restricción alimentaria	23	0	6,0	2,026	1,7460
Preocupación por alimentación	23	1,4	6,0	3,948	1,4003
Preocupación por el peso	23	2,2	6,0	4,417	1,1150
Preocupación por el cuerpo	23	2,625	9,600	6,35109	2,105411
EDEQ Total	23	2,45625	6,50000	4,1855978	1,06181033

Tabla 5. Resultados basales de los test psicométricos.

La adherencia y aceptación del programa resultaron óptimas con puntuaciones entre 4 y 5 sobre 5 (Ver *Tabla 6* y *Figura 4*).

	Utilidad	Resolver	Provecho	Contenido	Recomendable	Organiza	Material	Duración	Lugar
N	20	20	18	20	20	20	19	20	20
Perdidos	7	7	9	7	7	7	8	7	7
Media	4,50	4,25	4,56	4,35	4,75	4,60	4,47	2,75	4,20
Mediana	4,50	4,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	3,00	4,50
Desv. típ.	0,513	0,639	0,616	0,587	0,444	0,598	0,772	1,118	0,951
Varianza	0,263	0,408	0,379	0,345	0,197	0,358	0,596	1,250	0,905
Mínimo	4	3	3	3	4	3	3	1	2
Percentiles	25	4,00	4,00	4,00	4,25	4,00	4,00	2,00	3,25
	50	4,50	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	4,50
	75	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00

Tabla 6. Resultados del cuestionario de satisfacción.

La puntuación más baja corresponde a la duración del programa (M=2,75; DT=1,118), demasiado corta para los participantes. Las puntuaciones más altas las recibieron la organización (M=4,60; DT=0,598), la utilidad del programa (M=4,50; DT=0,513) junto con el material utilizado (M=4,47; DT=0,772). El material valorado incluye tanto el empleado para las sesiones como el material audiovisual que se entregó a los pacientes (ver *Tabla 6*).

Otra forma de análisis de la encuesta de satisfacción y sus respectivos ítems se puede hacer desde el punto de vista de la frecuencia. El siguiente gráfico (*Figura 3*) representa, a modo de porcentaje, las puntuaciones que obtuvieron los diferentes ítems del

cuestionario de satisfacción. La puntuación va desde 1 a 5, siendo 1 “nada” y 5 la máxima puntuación, “muy bueno”. Es otra manera de visualizar el análisis estadístico de la Tabla 4. Los ítems mejor valorados fueron la organización, el 65% de los pacientes la puntuaron como “muy buena” (5 puntos) y el material, el 63% la puntuó con un 5. El 100% de los pacientes que respondieron a la encuesta, puntuaron como “bastante buena” (4 puntos) y “muy buena” (5 puntos) la utilidad del programa. Por otro lado, la mayoría de los pacientes lo considera muy recomendable (75%).

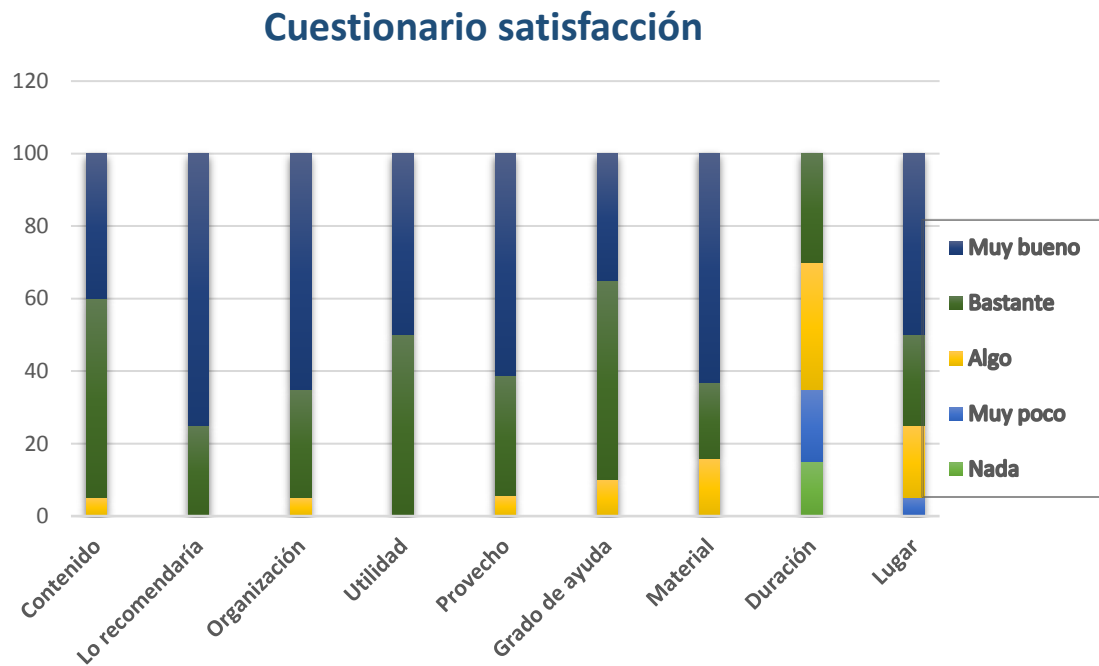


Figura 3. Resultados del cuestionario de satisfacción: valoración de los diferentes ítems.

En cuanto a la adherencia, el objetivo del programa se cumple y se consigue una media de asistencia de 5,52 sobre 6 sesiones, que son las totales. La tasa de abandono de la intervención fue baja (un 3,7%), un solo caso acudió a una única sesión y no hizo el resto. La mayoría (70,4%) hicieron todas o con una única ausencia en las sesiones (ver Figura 4).

Número de sesiones atendidas

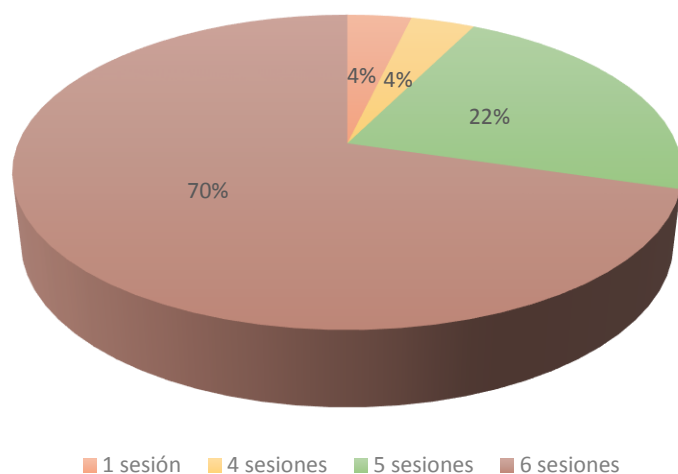


Figura 4. *Número de sesiones atendidas.*

A largo plazo, la evolución parece favorable en un 48,1% de los casos. La tasa de abandono posterior al grupo de intervención, es decir, el abandono tardío es superior al abandono temprano (falta de adherencia) y ocurre en un 37% de los casos (ver *Tabla 7* y *Figura 5*).

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Abandono	10	37,0
	Recuperado	13	48,1
	Continua enferma	4	14,8
	Total	27	100,0

Tabla 7. *Evolución a largo plazo.*

Evolución a largo plazo

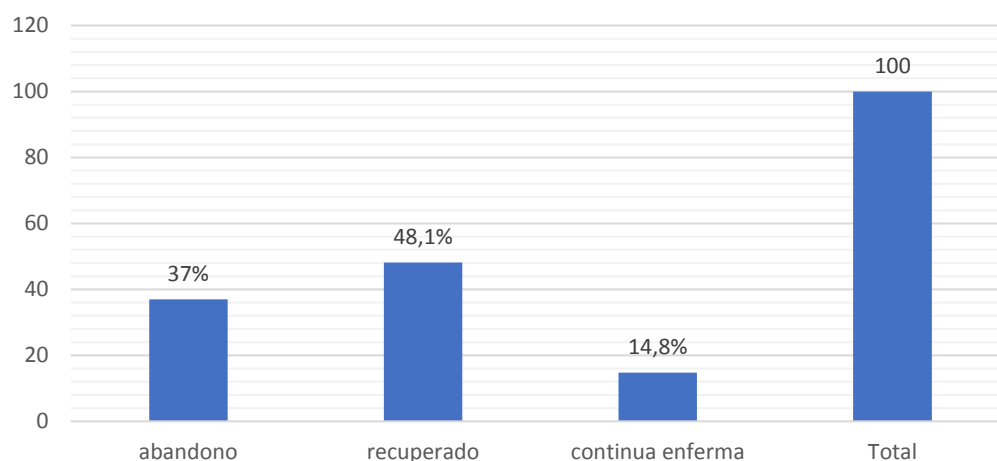


Figura 5. Evolución a largo plazo.

RELACIÓN PESO PRE Y PESO POST-INTERVENCIÓN

		Media	N	Desviación típica	Error típ. de la media
Par 1	peso-pre	101,04	21	19,621	4,282
	peso-pos	98,576	21	20,6910	4,5151

Tabla 8. Estadísticos de muestras relacionadas.

	Media	Desviación típica	t	Grados libertad	Sig. (bilateral)
Par1 peso pre y peso actual	-0,0619	2,4828	-0,114	20	0,910

Tabla 9. Prueba de muestras relacionadas.

La diferencia de peso entre los miembros de la muestra, antes y después de someterse a la intervención terapéutica, fue de - 0.0619, es decir, de media pierden algo de peso tras el programa. La t tiene un valor de -0,114, al comprobar en la tabla t Student, con 20 grados de libertad, el valor que deja por debajo una probabilidad de 0,95 (IC 95%) es de 0,910 (ver *Anexo 8*). El valor estadístico es menor que el valor crítico, por consiguiente se acepta la hipótesis nula (ver *Tabla 8 y 9*). Por lo tanto, no hay evidencias significativas entre los miembros del grupo antes y después de la intervención.

RELACIÓN PESO PRE-INTERVENCIÓN Y PESO ACTUAL

		Media	N	Desviación típica	Error típ. de la media
Par 2	peso actual	97,77	18	19,39565	4,57160
	peso-pre	101,04	18	18,653	4,396

Tabla 10. Estadísticos de muestras relacionadas.

	Media	Desviación típica	t	Grados libertad	Sig. (bilateral)
Par2 peso pre y peso actual	-2,45000	12,86501	-0,808	17	0,430

Tabla 11. Prueba de muestras relacionadas.

En cuanto el peso actual y el peso pre-intervención la diferencia media fue de 2,45 a favor del peso actual, es decir, los pacientes al año de haberse cometido a la intervención consiguieron bajar de peso. Sin embargo, el valor estadístico, $t = -0,808$, es menor que el valor crítico 0,430, por lo que se acepta la hipótesis nula. Por tanto, no hay diferencias antropométricas significativas entre los miembros del grupo pre-intervención y en la actualidad (ver *Tabla 10 y 11*).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
peso actual	18	67,50	138,70	97,77	19,39565
peso-pre	27	72	141	101,04	20,013
peso-pos	21	70,0	138,0	98,576	20,6910
N válido	15				

Tabla 12. Variación en el peso pre y post tratamiento.

Analizando la tabla anterior se objetiva una reducción media del peso después de la intervención y evolutivamente en el tiempo. El peso medio pre-intervención es de 101,04 Kg, el peso post-intervención se redujo a 98,576 Kg y tras la valoración 1 año después es de 97,77 (ver *Tabla 12*).

Sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas (ver *Tabla 8 y 10*).

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

La pregunta que inspiró más tarde la hipótesis del presente trabajo, “¿Un programa intensivo de intervención grupal incidirá de forma significativa en la tasa de adherencia y satisfacción de los pacientes con trastorno por atracones de la UTCA de Valdecilla?”, surgió a raíz de la alta tasa de pacientes con TA que no mejoran o abandonan el tratamiento a pesar de las diversas opciones terapéuticas existentes.

Tras realizar la revisión sistemática de los estudios publicados hasta la fecha, la tasa de abandono por parte de los participantes ocurre entre un 29% y un 73% entre aquellos que acuden a tratamiento (29). Como se menciona en el apartado introducción de este trabajo, en nuestro hospital el porcentaje de pacientes que abandonan supera el 50%.

El problema de este porcentaje de abandono tan elevado es que sesga los resultados obtenidos en los estudios en relación con cualquier plan terapéutico. En la actualidad no existe ningún régimen específico para el trastorno por atracones. Los resultados obtenidos hasta el día de hoy, en relación a los diferentes regímenes terapéuticos, no han sido concluyentes.

En relación a la falta de adherencia terapéutica, es de interés comentar que entre los motivos se encuentran razones que tienen que ver con las dificultades de acceso al tratamiento, el desplazamiento y la falta de motivación. Existen estudios que han comprobado la influencia positiva de la motivación en las primeras sesiones sobre el resultado terapéutico final (33)(32).

Por otro lado, según *Rodríguez Guarín, M., 2009*, el riesgo de desertar prematuramente también es el doble en aquellos con abuso de sustancias, comparados con los que no consumían sustancias (OR=2,07; IC 95%: 1,2-3,6) (34). Otra razón, según el centro de Investigación Biomédica en Red de Obesidad y Nutrición, sería la frustración que provoca la falta de pérdida de peso al no poder hacer dieta durante el seguimiento del tratamiento.

Con el objetivo de proponer nuevas estrategias que solucionen este problema, se diseñó este programa terapéutico. El formato consistió en una intervención grupal intensiva en la que se trabajará diferentes dimensiones: la psicoeducación, el seguimiento alimentario-nutricional, la actividad física y el asesoramiento en estilos de vida saludable, además se llevó a cabo con un formato intensivo de entrenamiento in situ en el hospital de día de nuestra unidad. El programa con intención de favorecer la adherencia se compuso únicamente de 6 sesiones de intervención, mediante un encuentro grupal educativo semanal.

En cuanto a la duración del programa, el número reducido de sesiones debería ser un factor positivo en relación al aumento de adherencia al tratamiento, ya que el formato intensivo del programa se pensó para facilitar el cumplimiento. Sin embargo, resulta contradictorio que en la encuesta de satisfacción, la duración del programa fue el ítem peor puntuado (ver *Tabla 6 y Figura 3*) y no precisamente por exceso. Al ser una encuesta cualitativa los participantes podían dejar comentarios y en su mayoría coincidían en justificar la baja puntuación del ítem “duración” por considerar el número de sesiones escaso.

Respecto a los resultados que hemos obtenido, podemos concluir que la adherencia de los participantes en nuestro programa fue alta y se consiguió una media de asistencia de 5,52 sesiones sobre las 6 sesiones totales (ver *Figura 4*) y que la tasa de abandono de la intervención fue baja (un 3,7%), un solo caso acudió a una única sesión y no hizo el resto. La mayoría (70,4%) hicieron todas o con una única ausencia en las sesiones (ver *Figura 4*). Por lo tanto, se confirma el cumplimiento de la hipótesis que nos planteamos al inicio del trabajo.

Debido a las limitaciones del estudio, para poder sacar conclusiones más fiables, en un primer momento se planteó comparar los resultados obtenidos con otros estudios que hubieran analizado este problema. Llamativamente, a pesar de ser un aspecto preocupante por el alto porcentaje que presenta y por ser un aspecto fundamental para poder evaluar correctamente la eficacia de cualquier plan terapéutico, es un tema en el que poco se ha profundizado (35).

Con respecto al tercer objetivo del programa, lograr una mejoría clínica en aquellos pacientes que completaron el programa, los resultados del estudio mostraron la eficacia a largo plazo del programa ya que el 48,1% de los pacientes se recuperaron por completo frente un 14, % que continuaban con la enfermedad (ver *Tabla 8 y Figura 5*). En cuanto al peso se objetiva una reducción media del peso después de la intervención y evolutivamente en el tiempo. El peso medio pre-intervención es de 101,04 Kg, el peso post-intervención se redujo a 98,576 Kg y tras la valoración 1 año después es de 97,77 (ver *Tabla 12*).

Sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas (ver *Tabla 8 y 10*).

En referencia a la búsqueda en bases de datos, podemos afirmar que existe un gran número de trabajos en los que se analiza la eficacia de diferentes tratamientos psicológicos para el trastorno por atracón, sin embargo hay pocos estudios que consideren la intervención grupal como objeto de investigación. Ni siquiera en las guías actuales, recogidas en *The American Psychiatric Association* (APA) y *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), se hace mención a la intervención grupal. Entre los pocos estudios que la consideran, ninguno lo hace desde la perspectiva de la adherencia, variable que afecta y modifica los resultados.

Entre los pocos estudios encontrados se encuentra el de *Hilbert et al., 2012*, en su estudio la evolución de los pacientes resulta similar. Los participantes mostraron una sustancial recuperación, significativa mejoría clínica y reducción de su psicopatología, si

bien presentaron limitaciones respecto a su efecto en la reducción y el mantenimiento del peso (36).

Como conclusión final, el objetivo principal del programa se ha cumplido, reduciéndose la tasa de abandono del 50% correspondiente a la media de en Cantabria a un 3,4% en nuestra muestra. La pretensión de aumentar la satisfacción de estos con el tratamiento también resulto satisfactoria, lo que podría explicar el éxito de la adherencia en esta muestra.

Respecto a la eficacia de esta intervención en cuanto a una mejoría en la sintomatología se emplearon como variables las medidas antropométricas y situación clínica actual que se recogieron de las respectivas historias clínicas. Los datos antropométricos aunque los resultados no fueron significativos sí que fueron positivos. Sin embargo, en cuanto a la otra variable empleada en la evaluación a largo plazo (la situación clínica actual) el porcentaje fue significativo, un 48,1% de los pacientes aseguraban una recuperación completa.

LIMITACIONES

Sin embargo, hay que tener presente que nuestro estudio se ha visto limitado por diferentes variables, entre ellas destacan la ausencia de grupo control, la dificultad para realizar una evaluación estandarizada en la evolución a largo plazo y el tamaño de la muestra. De los 4 grupos que se sometieron al programa de tratamiento, solo con los 2 primeros se pudo realizar un seguimiento antropométrico y sintomático post-intervención.

La justificación de este estudio fue responder a la hipótesis que planteamos “Un programa intensivo de intervención grupal incidirá de forma significativa en la tasa de adherencia y satisfacción de los pacientes con trastorno por atracones”. Se trata de un estudio descriptivo, al no contar con un grupo control, y las primeras limitaciones del estudio derivan de él mismo. Los estudios “serie de casos” no sirven por tanto para testar/comprobar una asociación estadística, la presencia de una asociación puede ser un hecho fortuito.

La principal limitación de este estudio fue por tanto la ausencia de grupo control. El grupo control, según *Kahl Martin Colimon*, es la parte más importante del experimento, ya que prácticamente es imposible eliminar todas las variables que pueden influir en los resultados. Otras limitaciones que nos encontramos son la dificultad para realizar una evaluación estandarizada en la evolución a largo plazo y el tamaño de la muestra (37).

En cuanto al tamaño muestral, para poder garantizar la precisión de las estimaciones, la muestra ha de constar de un número suficiente de elementos, elegidos al azar, tal que proporcionen una seguridad estadística de que los resultados que se obtengan de ella puedan, dentro de los límites estimados, representar realmente al universo (38). Esto quiere decir que nuestra muestra, al ser pequeña y solo proceder de la UTCA, de Cantabria, no sería representativa de la población.

Por último, otra limitación que finalmente nos hizo modificar la hipótesis del presente trabajo fue el seguimiento a largo plazo. Al inicio del estudio nos planteamos la evaluación a largo plazo del programa de intervención, pero debido a las limitaciones del control del grupo una vez que finalizó el programa, tales como la imposibilidad de contacto (cambio de residencia, de número de teléfono) la no colaboración o la información sesgada, nos vimos obligados a plantear un nuevo objetivo basado en la revisión de la historia de la historia clínica.

No obstante creemos que se cumple con el doble objetivo de conseguir una alta adherencia al tratamiento propuesto y una reducción evidente de la tasa de abandonos respecto a los datos previos.

FUTUROS ESTUDIOS

Aunque en los últimos años se ha avanzado de forma muy importante en el abordaje de los trastornos del comportamiento alimentario, son muchas las respuestas que todavía deben encontrar clínicos e investigadores para ayudar a aliviar el malestar y sufrimiento de las personas que los sufren. Los tratamientos disponibles están produciendo reducciones significativas en los síntomas clínicos y psicopatológicos de los sujetos que padecen AN, BN y TA. Sin embargo, un número importante de estos pacientes se beneficia poco o nada de los tratamientos y otros muchos recaen durante el período de seguimiento. Sería interesante que futuros estudios se centraran en la identificación de las características de los pacientes que respondan mejor a una u otra intervención, lo cual podría facilitar un incremento en la eficacia. Otro aspecto interesante en el que profundizar serían los motivos que llevan al abandono terapéutico y poder así mejorar las opciones de tratamiento.

En cuanto al presente trabajo, sería interesante incluir un grupo de control para poder comparar los resultados con los del grupo que se ha sometido a la intervención. También considero necesario reclutar más individuos para aumentar la muestra con el objetivo de conseguir mayor precisión en los resultados e incluir hombres para asegurar mayor similitud con la población de referencia y tener menos dificultad a la hora de trasladar los resultados del laboratorio al mundo real.

AGRADECIMIENTOS

Después de un intenso período de siete meses, hoy es el día: escribo este apartado de agradecimientos para finalizar mi trabajo de fin de grado. Ha sido un período de aprendizaje intenso, no solo en el campo científico, sino también a nivel personal. Escribir este trabajo supone cerrar una etapa y es por eso que me gustaría agradecer a todas aquellas personas que me han ayudado y apoyado durante este proceso. Citando a Woody Allen “Me interesa el futuro porque es el sitio donde voy a pasar el resto de mi vida”, ansío lo que a partir de ahora me espera, sin olvidar lo que dejo atrás.

En especial me gustaría dedicárselo al director, Dr. Andrés Gómez del Barrio, que no solo ha ejercido como tal, sino que se ha convertido en un tutor, un excelente oyente, un orientador que me ha dejado equivocarme y enseñado a levantarme. No son suficientes unas palabras para mostrar lo tan agradecida que estoy a un gran profesional y maravillosa persona. Gracias por tener siempre un hueco para mí.

Así mismo, me gustaría darles las gracias a mis profesores, que me han ido acompañando a lo largo de esta carrera y los que sobretodo me han enseñado el valor del trabajo duro, la constancia, y como decía José Luis Fernández Torre en sus clases, de la motivación que es el motor de todo y que con ella cualquier esfuerzo deja de serlo.

Con esto no quiero decir que esta carrera de fondo no haya sido fácil, durante estos 6 años he aprendido a conocerme a misma con las alegrías y frustraciones que ello conlleva. He aprendido que a vivir y no solo a ser estudiante de medicina.

También me gustaría agradecer a mi familia haber confiado siempre en mi criterio y apoyado mis decisiones y sobre todo por estar ahí cuando esas decisiones eran erróneas. Gracias a mis padres por estar siempre a mi lado.

ANEXO 1

PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIOS AERÓBICOS

Ejercicio	Duración	Intensidad	F/card.aprox.	Frecuencia	Periodo
CAMINAR	30	60% DEL VO ₂	MINIMO 103 L/MIN.	3 DIAS A LA	1ªy 2ª
	MINUTOS	MAX.	60% F/C	SEMANA	SEMANA
CAMINAR	40	65% DEL VO ₂	MINIMO 112L/MIN.	4 DIAS A LA	3ª SEMANA
	MINUTOS	MAX.	65% F/C	SEMANA	
CAMINAR / TROTAR	40	65% DEL VO ₂	MAXIMO 112 L/MIN.	4 DIAS A LA	4ª SEMANA
	MINUTOS	MAX.	65% F/C	SEMANA	
TROTAR / CAMINAR	40	70% DEL VO ₂	MAXIMO 120 L/MIN.	5 DIAS A LA	5ª SEMANA
	MINUTOS	MAX.	70% F/C	SEMANA	
TROTE MUY SUAVE	30	75% DEL VO ₂	MAXIMO 130 L/MIN.	5 DIAS A LA	6ª SEMANA
	MINUTOS.	MAX.	75% F/C	SEMANA	

***NOTA:** En todas las sesiones hay un calentamiento, un ejercicio aeróbico y un periodo de enfriamiento.

PLANING SEMANAL EJERCICIO DE TONIFICACIÓN

Semanas	Minutos	Ejercicios	Repeticiones	Frecuencia
	30	Sentadilla	x10 repeticiones 30 seg. Descanso(D) x10 repeticiones mas	3 días x semana
		Abductores y aductores	X8 cada pierna 30' descanso(D) X8 cada pierna	
		Piramidal	x10 cada pierna 30 seg. Descanso(D) x10 cada pierna	
		Hombro con barra	x10 cada pierna 30 seg. Descanso(D) x10 cada pierna	
		Bíceps	x12 cada pierna 30 seg. Descanso(D) x12 cada pierna	
		Glúteo tumbados	x12 cada pierna 30 seg. Descanso(D) x12 cada pierna	
		Abdominales tumbado	x10 cada pierna 30 seg. Descanso(D) x10 cada pierna	
		Abdominales oblicuos tumbado	X 10 veces a cada lado 30 seg. Descanso(D) repetir x10 a cada lado.	
2	30	Curl femoral	x10 30'D x10	3 días x semana
		Gemelo	x10 30'D x10	
		Tríceps	x12 30'D x12	
		Trapezio	x10 30'D x10	
		Abdominales oblicuos de pie con carga	X12 cada brazo 30 'descanso(D) x12 cada brazo	
		Aductores aperturas tumbado	x10 cada pierna 30' descanso(D) x10 cada pierna	
		Glúteos cuadrupedia	x10 30'x10	
		Paravertebrales en cuadrupedia	X10 cada brazo 30 'descanso(D) x10 cada brazo	
3	30	Sentadilla	x10 30' x10	3 días x semana
		Abductores y aductores	X8 cada pierna 30'(D) X8 cada pierna	
		Psoas y abdominales inferiores	X12 cada pierna 30 '(D) x12 cada pierna	
		Hombro con barra	x10 30'(D) x10	
		Bíceps	x12 30' (D)x12	
		Glúteos tumbados	x12 30'(D) x12	
		Abdominales tumbado	x10 30'(D)x10	
		Abdominales oblicuos tumbado cada lado.	x10 veces a cada lado 30'(D)y repetir x10	

4	30	Sentadilla	x10 30' x10	3 días x semana
		Psoas y abdominales inferiores	X12 cada pierna 30 '(D) x12 cada pierna	
		Piramidal	x10 cada pierna 30'(D) x10 cada pierna	
		Tríceps	x12 30'(D) x12	
		Trapezio	x10 30'(D) x10	
		Abdominales oblicuos de pie con carga	X12 cada brazo 30 '(D) x12 cada brazo	
		Glúteos cuadrupedia	x10 30'(D)x10	
		Paravertebrales en cuadrupedia	X10 cada brazo 30 '(D)x10 cada brazo	
5	30	Curl femoral	x10 30'(D) x10	3 días x semana
		Abductores y aductores. Aperturas tumbado	x10 cada pierna 30'(D) x10 cada pierna	
		Gemelo	x10 30'(D) x10	
		Hombro con barra	x10 30'(D) x10	
		Bíceps	x12 30'(D) x12	
		Glúteos tumbados	x12 30'(D) x12	
		Abdominales tumbado	x10 30'(D)x10	
		Abdominales oblicuos tumbado	x10 veces a cada lado 30' (D)y repetir x10 a cada lado.	
6	30	Sentadilla	x10 30'(D) x10	3 días x semana
		Curl femoral	x10 30'(D) x10	
		Abductores y aductores	X8 cada pierna 30'(D) X8 cada pierna	
		Abdominales oblicuos de pie con carga	X12 cada brazo 30 '(D) x12 cada brazo	
		Tríceps	x12 30'(D) x12	
		Trapezio	x10 30'(D) x10	
		Glúteos cuadrupedia	x10 30'(D)x10	
		Paravertebrales en cuadrupedia	X10 cada brazo 30 ' x10 cada brazo	

ANEXO 2

EATING QUESTIONNAIRE

Instructions: The following questions are concerned with the past four weeks (28 days) only. Please read each question carefully. Please answer all the questions. Thank you.

Questions 1 to 12: Please circle the appropriate number on the right. Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days) only.

On how many of the past 28 days	No days	1-5 days	6-12 days	13-15 days	16-22 days	23-27 days	Every day
1 Have you been deliberately <u>trying</u> to limit the amount of food you eat to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?	0	1	2	3	4	5	6
2 Have you gone for long periods of time (8 waking hours or more) without eating anything at all in order to influence your shape or weight?	0	1	2	3	4	5	6
3 Have you <u>tried</u> to exclude from your diet any foods that you like in order to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?	0	1	2	3	4	5	6
4 Have you <u>tried</u> to follow definite rules regarding your eating (for example, a calorie limit) in order to influence your shape or weight (whether or not you have succeeded)?	0	1	2	3	4	5	6
5 Have you had a definite desire to have an <u>empty</u> stomach with the aim of influencing your shape or weight?	0	1	2	3	4	5	6
6 Have you had a definite desire to have a <u>totally flat</u> stomach?	0	1	2	3	4	5	6
7 Has thinking about <u>food, eating or calories</u> made it very difficult to concentrate on things you are interested in (for example, working, following a conversation, or reading)?	0	1	2	3	4	5	6
8 Has thinking about <u>shape or weight</u> made it very difficult to concentrate on things you are interested in (for example, working, following a conversation, or reading)?	0	1	2	3	4	5	6
9 Have you had a definite fear of losing control over eating?	0	1	2	3	4	5	6
10 Have you had a definite fear that you might gain weight?	0	1	2	3	4	5	6
11 Have you felt fat?	0	1	2	3	4	5	6
12 Have you had a strong desire to lose weight?	0	1	2	3	4	5	6

Questions 13-18: Please fill in the appropriate number in the boxes on the right. Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days).

Over the past four weeks (28 days)

13	Over the past 28 days, how many <u>times</u> have you eaten what other people would regard as an <u>unusually large amount of food</u> (given the circumstances)?	
14	 On how many of these times did you have a sense of having lost control over your eating (at the time that you were eating)?	
15	Over the past 28 days, on how many <u>DAYS</u> have such episodes of overeating occurred (i.e., you have eaten an unusually large amount of food <u>and</u> have had a sense of loss of control at the time)?	
16	Over the past 28 days, how many <u>times</u> have you made yourself sick (vomit) as a means of controlling your shape or weight?	
17	Over the past 28 days, how many <u>times</u> have you taken laxatives as a means of controlling your shape or weight?	
18	Over the past 28 days, how many <u>times</u> have you exercised in a "driven" or "compulsive" way as a means of controlling your weight, shape or amount of fat, or to burn off calories?	

Questions 19 to 21: Please circle the appropriate number. Please note that for these questions the term "binge eating" means eating what others would regard as an unusually large amount of food for the circumstances, accompanied by a sense of having lost control over eating.

19	Over the past 28 days, on how many days have you eaten in secret (ie, furtively)? Do not count episodes of binge eating	No days	1-5 days	6-12 days	13-15 days	16-22 days	23-27 days	Every day
		0	1	2	3	4	5	6
20	On what proportion of the times that you have eaten have you felt guilty (felt that you've done wrong) because of its effect on your shape or weight? Do not count episodes of binge eating	None of the times	A few of the times	Less than half	Half of the times	More than half	Most of the time	Every time
		0	1	2	3	4	5	6
21	Over the past 28 days, how concerned have you been about other people seeing you eat? Do not count episodes of binge eating	Not at all		Slightly		Moderately		Markedly
		0	1	2	3	4	5	6

Questions 22 to 28: Please circle the appropriate number on the right. Remember that the questions only refer to the past four weeks (28 days).

Over the past 28 days	Not at all		Slightly		Moderate -ly		Markedly
22 Has your <u>weight</u> influenced how you think about (judge) yourself as a person?	0	1	2	3	4	5	6
23 Has your <u>shape</u> influenced how you think about (judge) yourself as a person?	0	1	2	3	4	5	6
24 How much would it have upset you if you had been asked to weigh yourself once a week (no more, or less, often) for the next four weeks?	0	1	2	3	4	5	6
25 How dissatisfied have you been with your <u>weight</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
26 How dissatisfied have you been with your <u>shape</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
27 How uncomfortable have you felt seeing your body (for example, seeing your shape in the mirror, in a shop window reflection, while undressing or taking a bath or shower)?	0	1	2	3	4	5	6
28 How uncomfortable have you felt about <u>others</u> seeing your shape or figure (for example, in communal changing rooms, when swimming, or wearing tight clothes)?	0	1	2	3	4	5	6

What is your weight at present? (Please give your best estimate.)

What is your height? (Please give your best estimate.)

If female: Over the past three-to-four months have you missed any menstrual periods?

If so, how many?

Have you been taking the "pill"?

THANK YOU

ANEXO 3

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA

IPAQ: FORMATO CORTO AUTOADMINISTRADO DE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS

PARA SER UTILIZADO CON ADULTOS (15- 69 años)

Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los **últimos 7 días**. Por favor responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Por favor, piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.

*Piense en todas las actividades **intensas** que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas **intensas** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.*

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos realizó actividades físicas **intensas** tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

_____ días por semana

☐ Ninguna actividad física intensa



Vaya a la pregunta 3

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

☐

*Piense en todas las actividades **moderadas** que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.*

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? **No** incluya caminar.

_____ días por semana

☐ Ninguna actividad física moderada



Vaya a la pregunta 5

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

*Piense en el tiempo que usted dedicó a **caminar** en los **últimos 7 días**. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.*

5. Durante los **últimos 7 días**, ¿En cuántos **caminó** por lo menos **10 minutos** seguidos?

_____ días por semana

☐ Ninguna caminata



Vaya a la pregunta 7

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

*La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **sentado** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.*

7. Durante los **últimos 7 días** ¿cuánto tiempo pasó **sentado** durante un día hábil?

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL GRUPO DE TRASTORNO POR ATRACONES

Este es un cuestionario anónimo para saber qué le han parecido las reuniones que hemos tenido. Su sinceridad nos ayudará a mejorar. Gracias.

VALORACIÓN DEL GRUPO EN SU CONJUNTO:

1. ¿Qué grado de utilidad han tenido las reuniones para usted?				
1	2	3	4	5
Ninguno	Muy escaso	Escaso	Bastante útil	Muy útil
2. ¿Cree que estas reuniones le ayudarán a resolver mejor las dificultades derivadas de su problema?				
1	2	3	4	5
No	Escasamente	Algo mejor	Bastante mejor	Mucho mejor
3. ¿Se han ajustado los contenidos del curso a lo que esperaba de él?				
1	2	3	4	5
Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
4. ¿Recomendaría la asistencia a este grupo a otras personas con el mismo problema?				
1	2	3	4	5
Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
5. ¿Le pareció provechoso oír hablar de la enfermedad a otros pacientes?				
1	2	3	4	5
No	Muy poco	Algo	Bastante	Muy provechoso
6. ¿Ha estado el grupo bien organizado en general?				
1	2	3	4	5
Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
7. ¿Le han entregado material informativo / de apoyo adecuado?				
1	2	3	4	5
Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
8. ¿Considera adecuada la duración del grupo?				
1	2	3	4	5
Nada	Muy poco	Algo	Bastante	Mucho
9. ¿El lugar de las reuniones tiene las condiciones adecuadas de luz, espacio, temperatura, ventilación y ruido?				
1	2	3	4	5
Inadecuado	Poco adecuado	Adecuado	Bueno	Muy bueno

ANEXO 5

Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE)

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria? SÍ NO
2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta? SÍ NO
3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez? SÍ NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen? SÍ NO
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo? SÍ NO
6. Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?

Días alternos (5)
 2-3 veces por semana (4)
 Un día a la semana (3)
 Alguna vez (2)
 Una vez (1)
7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?

	<i>Nunca</i>	<i>Raramente</i>	<i>1 vez/semana</i>	<i>2-3 veces/semana</i>	<i>a Diariamente</i>	<i>2-3 veces/día</i>	<i>5 veces/día</i>
Pastillas para adelgazar	0	2	3	4	5	6	7
Diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
Laxantes	0	2	3	4	5	6	7
Provocar el vómito	0	2	3	4	5	6	7
8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer? SÍ NO
9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida? SÍ NO
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar? SÍ NO
11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida? SÍ NO
12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado? SÍ NO
13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone? SÍ NO
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»? SÍ NO
15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado? SÍ NO
16. ¿La idea de engordar le aterroriza? SÍ NO
17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas) SÍ NO
18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios? SÍ NO
19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come? SÍ NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien? SÍ NO
21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida? SÍ NO
22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come? SÍ NO
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene, con lo que come? SÍ NO
24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida? SÍ NO

25. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»? SÍ NO
26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a? SÍ NO
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»?
- Raramente (1)
 - Una vez al mes (2)
 - Una vez a la semana (3)
 - 2-3 veces a la semana (4)
 - Diariamente (5)
 - 2-3 veces al día (6)
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atracón»? SÍ NO
29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable? SÍ NO
30. ¿Come alguna vez en secreto? SÍ NO
31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales? SÍ NO
32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)? SÍ NO
33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana? SÍ NO

ANEXO 6

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

ANSIEDAD-ESTADO

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 usted 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.

	<u>Nada</u>	<u>Algo</u>	<u>Bastante</u>	<u>Mucho</u>
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANSIEDAD-RASGO

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 usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	<u>Casi nunca</u>	<u>A veces</u>	<u>A menudo</u>	<u>Casi siempre</u>
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

ANEXO 7

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

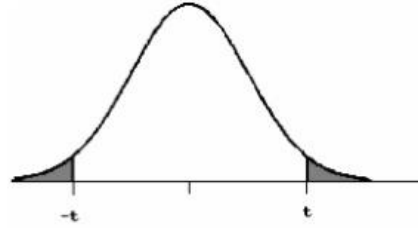
De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

ANEXO 8

Tabla de cuantiles de la distribución t de Student



(a) El área de las dos colas está sombreada en la figura.

(b) Si H_A es direccional, las cabeceras de las columnas deben ser divididas por 2 cuando se acota el P-valor.

gl	ÁREA DE DOS COLAS						
	0,20	0,10	0,05	0,02	0,01	0,001	0,0001
1	3,078	6,314	12,706	31,821	63,657	636,619	6366,198
2	1,886	2,920	4,303	6,695	9,925	31,598	99,992
3	1,638	2,353	3,182	4,541	5,841	12,924	28,000
4	1,533	2,132	2,776	3,747	4,604	8,610	15,544
5	1,476	2,015	2,571	3,365	4,032	6,869	11,178
6	1,440	1,943	2,447	3,143	3,707	5,959	9,082
7	1,415	1,895	2,365	2,998	3,499	5,408	7,885
8	1,397	1,860	2,306	2,896	3,355	5,041	7,120
9	1,383	1,833	2,262	2,821	3,250	4,781	6,594
10	1,372	1,812	2,228	2,764	3,169	4,587	6,211
11	1,363	1,796	2,201	2,718	3,106	4,437	5,921
12	1,356	1,782	2,179	2,681	3,055	4,318	5,694
13	1,350	1,771	2,160	2,650	3,012	4,221	5,513
14	1,345	1,761	2,145	2,624	2,977	4,140	5,363
15	1,341	1,753	2,131	2,602	2,947	4,073	5,239
16	1,337	1,746	2,120	2,583	2,921	4,015	5,134
17	1,333	1,740	2,110	2,567	2,898	3,965	5,044
18	1,330	1,734	2,101	2,552	2,878	3,922	4,966
19	1,328	1,729	2,093	2,539	2,861	3,883	4,897
20	1,325	1,725	2,086	2,528	2,845	3,850	4,837
21	1,323	1,721	2,080	2,518	2,831	3,819	4,784
22	1,321	1,717	2,074	2,508	2,819	3,792	4,736
23	1,319	1,714	2,069	2,500	2,807	3,767	4,693
24	1,318	1,711	2,064	2,492	2,797	3,745	4,654
25	1,316	1,708	2,060	2,485	2,787	3,725	4,619
26	1,315	1,706	2,056	2,479	2,779	3,707	4,587
27	1,314	1,703	2,052	2,473	2,771	3,690	4,558
28	1,313	1,701	2,048	2,467	2,763	3,674	4,530
29	1,311	1,699	2,045	2,462	2,756	3,659	4,506
30	1,310	1,697	2,042	2,457	2,750	3,646	4,482
40	1,303	1,684	2,021	2,423	2,704	3,551	4,321
60	1,296	1,671	2,000	2,390	2,660	3,460	4,169
100	1,290	1,660	1,984	2,364	2,626	3,390	4,053
140	1,288	1,656	1,977	2,353	2,611	3,361	4,006
∞	1,282	1,645	1,960	2,326	2,576	3,291	3,891

BIBLIOGRAFÍA

1. Sara F Forman M. Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis. 2016;20(table 1). Available from: <http://www.uptodate.com>
2. American Psychiatric Association. DSM-V. American Journal of Psychiatry. 2013. 20., 31-32.,87-88., 100-104.,155-165.,.
3. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. Vol. 33, The Psychiatric Quarterly. 1959. 284-295 p.
4. Robyn Sysko, PhD, Michael Devlin M. Binge eating disorder in adults: Overview of treatment. 2016; Available from: www.uptodate.com
5. García Palacios A. El trastorno por atracón en el DSM-5. Cuad Med psicosomática y Psiquiatr enlace. 2014;(110):70–4.
6. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 2007;61(3):348–58.
7. Portela De Santana ML, Da Costa Ribeiro J, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. Nutr Hosp. 2012;27(2):391–401.
8. Sánchez L, Marí RF. Trastorno por atracón y obesidad. 2002;5(6):314–24.
9. Gauvin L, Steiger H, Brodeur JM. Eating-disorder symptoms and syndromes in a sample of urban-dwelling Canadian women: Contributions toward a population health perspective. Int J Eat Disord. 2009;42(2):158–65.
10. Guisado Macías JA, Vaz Leal FJ. Aspectos clínicos del trastorno por atracón o “binge eating disorder.” Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría. 2001;21(77):27–32.
11. Watson HJ, Jangmo A, Munn-Chernoff MA, Thornton LM, Welch E, Wiklund C, et al. A Register-Based Case-Control Study of Prescription Medication Utilization in Binge-Eating Disorder. Prim Care Companion CNS Disord [Internet]. 2016;18(4). Available from: <http://www.psychiatrist.com/PCC/article/Pages/2016/v18n04/16m01939.aspx>
12. Morgan JF, Reid F, Lacey J. H. The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. Bmj [Internet]. 1999;319:1467–8.

13. García Díaz E, Martín Folgueras T, Morcillo Herrera L, Jiménez Sosa A. Valoración diagnóstica y psicopatológica del trastorno por atracón en obesos mórbidos intervenidos de bypass gástrico. *Nutr Hosp*. 2012;27(2):553–7.
14. Saldaña García C. Trastornos por atracón y obesidad. *Nutr Hosp*. 2002;17:55–9.
15. Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C AVI. Guía de Tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid: Pirámide 2003.
16. Crow S. Treatment of Binge Eating Disorder. *Curr Treat Options Psychiatry* [Internet]. 2014;1(4):307–14. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40501-014-0023-4>
17. Health NCC for M. Eating Disorders: Core Interventions in the treatment and management of eating disorders. NICE Guidel [Internet]. 2009;32(4):809–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23052428>
18. Wilson GT, Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. Vol. 365, *Lancet*. 2005. p. 79–81.
19. Ricca V, Mannucci E, Mezzani B, Moretti S, Di Bernardo M, Bertelli M, et al. Fluoxetine and fluvoxamine combined with individual cognitive-behaviour therapy in binge eating disorder: A one-year follow-up study. *Psychother Psychosom*. 2001;70(6):298–306.
20. Numerous Contributors NCE. American Psychiatric Association Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006 [Internet]. Vol. 296, *Jama The Journal Of The American Medical Association*. 2002. p. 2620. Available from: <http://www.loc.gov/catdir/toc/ecip069/2006006928.html>
21. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. *Am J Psychiatr*. 2006;163(June 2006):4–54.
22. Peterson CB, Mitchell JE, Engbloom S, Nugent S, Mussell MP, Miller JP. Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: A comparison of therapist-led versus self-help formats. *Int J Eat Disord*. 1998;24(2):125–36.
23. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. [Internet]. Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. 2004. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23346610>
24. Guerra-Prado D, Barjau Romero JM, Chinchilla Moreno A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Españolas Psiquiatr*. 2001;29(6):403–10.

25. González-Calderón MJ, Ormaechea-Alegre E. Tratamientos actuales del trastorno por atracón. *Pensando Psicol* [Internet]. 2016;12(19):11–22. Available from: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/1325>
26. Mond JM, Rodgers B, Hay PJ, Darby A, Owen C, Baune BT, et al. Obesity and impairment in psychosocial functioning in women: the mediating role of eating disorder features. *Obesity (Silver Spring)*. 2007;15(11):2769–79.
27. Swanson S a, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2011;68(7):714–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21383252>
28. Casado M, Camuñas N, Navlet R, Sánchez B, Vidal J. Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos : implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Rev electrónica Psicol*. 1997;1(1):1137–8492.
29. Bandini S, Antonelli G, Moretti P, Pampanelli S, Quartesan R, Perriello G. Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. *Eat Weight Disord*. 2006;11(4):179–84.
30. Fassino S, Abbate-Daga G, Pierò A, Leombruni P, Rovera GG. Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: Role of personality and anger. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2003;72(4):203–10.
31. Gómez Del Barrio A, Vellisca Gonzalez Y, González Gómez J ,Latorre Marín JI, Carral-Fernández L, Orejudo Hernandez S, Madrazo Río-Hortega I MML. Characteristics of patients in an eating disorder sample who dropped out : 2-year follow up. 2017; *Eat Weight Disord* (in press).
32. Emily M. Pisetsky. Examination of early group dynamics and treatment outcome in a randomized controlled trial of group cognitive behavior therapy for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. 2016;73:74–78.
33. Rodríguez Otero JE, Rodríguez-Arias Palomo JL. Abordaje clínico de los trastornos de la alimentación. *Cuad Psiquiatr comunitaria* [Internet]. 2008;8(2):167–83. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3038816>
34. Rodríguez Guarín M, Rodríguez Malagón N, Gempeler Rueda J, Garzón DF. Factors associated with suicide attempts and nonsuicidal self-injurious behaviors in patients with eating disorders. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 2013;43(SUPPL. 1):19–26.
35. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O’Melia AM. Current pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opin Pharmacother*. 2012;13(December):2015–26.

36. Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, et al. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry*. 2012;200(3):232–7.
37. Colimon K-M. Fundamentos de Epidemiología. Vol. 1, Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015. 2015. 365 p.
38. Restituto Sierra Bravo, Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios, Madrid, Paraninfo, 1985. 181 p.