

Amaya Carceller Tejedor

Influencia de un programa
psicoeducativo en la mejora del
estado de salud en
trastorno por atracón y trastorno
por déficit de atención e
hiperactividad comórbidos.

Director/es

Ruiz Lázaro, Pedro Manuel
Pelegrin Valero, Carmelo
Gimeno Marco, Fernando

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606

Tesis Doctoral

INFLUENCIA DE UN PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO EN LA MEJORA DEL ESTADO
DE SALUD EN
TRASTORNO POR ATRACÓN Y TRASTORNO POR
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD
COMÓRBIDOS.

Autor

Amaya Carceller Tejedor

Director/es

Ruiz Lázaro, Pedro Manuel
Pelegrin Valero, Carmelo
Gimeno Marco, Fernando

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Educación

2021

INFLUENCIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD EN TRASTORNO POR ATRACÓN Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD COMÓRBIDOS

Autora: Amaya Carceller Tejedor

Licenciada en Psicología por la Universidad de Salamanca

Director: Prf. Dr. Pedro Manuel Ruiz Lázaro

Co-Director: Prf. Dr. Fernando Gimeno Marco

Co- Director: Prf. Dr. Carmelo Pelegrín Valero



**Universidad
Zaragoza**

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN
TESIS DOCTORAL

**INFLUENCIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN LA MEJORA DEL
ESTADO DE SALUD EN TRASTORNO POR ATRACÓN Y TRASTORNO
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD COMÓRBIDOS**

Autora: **Amaya Carceller Tejedor**

Licenciada en Psicología por la Universidad de Salamanca

Director: **Prf. Dr. Pedro Manuel Ruiz Lázaro**

Co-Director: **Prf. Dr. Fernando Gimeno Marco**

Co- Director: **Prf. Dr. Carmelo Pelegrín Valero**

«Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar»

Antonio Machado

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de esta tesis doctoral: al Dr. Carmelo Pelegrín, por haber sido mi maestro y por haberme tratado como una hija en mi carrera clínica e investigadora. Al Dr. Pedro Ruiz, por su disposición, por brindarme la oportunidad de comenzar este proyecto y por meterme el gusanillo del mundo del TDAH y los TCA. A Fernando Gimeno, por su generosidad, rigor, disciplina y su buen hacer científico. Gracias, sin vosotros nada de esto habría sido posible.

A los participantes de este trabajo, los verdaderos protagonistas, por su implicación, su esfuerzo y su confianza depositada en mí. Gracias por haber dejado meterme en vuestro mundo, vuestro dolor y en vuestras intimidades más recónditas. Gracias por haberme enseñado tanto.

A Isabel y Rebeca, las nutricionistas que han colaborado desinteresadamente en este programa y han dado lo mejor de sí mismas para hacer de este programa un trabajo íntegro.

Al Servicio de Psiquiatría del Hospital San Jorge de Huesca, donde he aprendido todo lo que sé hasta ahora de la psicopatología, del sufrimiento humano y donde he podido desarrollar lo que ha sido desde siempre mi vocación, donde me he formado como profesional y donde además he pasado grandes momentos a nivel personal. Gracias por dejarme un espacio en donde crecer.

A mis padres, por enseñarme desde niña el valor de los estudios, que el esfuerzo es de valientes y que caer es humano. Gracias por estar siempre amortiguando mis derrumbes. A mi madre que me ha dicho de forma incesante desde pequeña que *«todo esfuerzo tiene su recompensa»* o su particular forma de transmitirme *«eres la number one»*.

A mi hermana Elena, por ser mi ejemplo en la vida. Por su serenidad, por tener el don de entenderme sin hablarnos, porque tengo la suerte de saber que ella siempre estará conmigo, pase lo que pase.

A José, por respetar los vacíos que este trabajo ha dejado forzosamente entre nosotros, por su mirada orgullosa cuando le hablo de mis proyectos, por soportar estoicamente mis momentos más irascibles cuando esta investigación se complicaba. Por elegirme para acompañarle en el camino de su vida.

A mis amigos, por transmitirme que creen en mí, por las risas, por la complicidad, por las confidencias, por los bailes, por los abrazos.

A ti, que no has llegado aún y ya me inspiras para querer ser mejor...

A todos los que han creído que esto iba a ser posible, teníais razón... lo fue.

A mi familia, que me lo ha dado todo

A José, mi alegría de vivir

ÍNDICE



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	VII
ÍNDICE.....	XIII
ÍNDICE DE TABLAS	XV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVII
ABREVIATURAS.....	XIX
1. PROPÓSITO Y CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	23
1.1. PROPÓSITO Y JUSTIFICACIÓN.....	23
1.2. MARCO CONCEPTUAL	24
1.2.1. EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	24
1.2.2. LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	24
1.2.3. COMORBILIDAD ENTRE TDAH Y TCA: FACTORES ETIOLÓGICOS.....	26
2. ESTADO DEL ARTE	29
2.1. RELACIÓN ENTRE TDAH Y OBESIDAD	31
2.2. RELACIÓN ENTRE TDAH Y TCA	32
2.3. RELACIÓN ENTRE IMPULSIVIDAD, TDAH Y TCA	35
2.4. OTROS MEDIADORES ENTRE EL TDAH Y LOS TCA	36
2.5. LA EDUCACIÓN COMO TÉCNICA TERAPÉUTICA	37
2.6. PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS PARA TCA.....	38
2.7. PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS PARA TDAH	42
3. OBJETIVOS Y FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.....	47
3.1. OBJETIVOS	49
3.1.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	49
3.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
3.2. VARIABLES	50
3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	50
3.2.2. VARIABLEs DEPENDIENTES.....	50
3.2.3. VARIABLEs CONTROLADAS	50

3.3. HIPÓTESIS	51
3.3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL	51
3.3.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS.....	51
3.4. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.....	51
3.4.1. DISEÑO	52
3.4.2. PARTICIPANTES.....	52
3.4.3. INSTRUMENTOS	54
3.4.4. ÁMBITO Y PROCEDIMIENTO	60
3.4.5. ANÁLISIS DE DATOS	65
3.4.6. CONFIDENCIALIDAD	66
4. RESULTADOS.....	67
4.1. RESULTADOS PRE-INTERVENCIÓN.....	69
4.2. RESULTADOS POST-INTERVENCIÓN.....	76
4.3. RESULTADOS ENCUESTA SATISFACCIÓN	81
4.4. RESULTADOS DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	81
4.5. ÍTEMS EN BLANCO.....	102
5. DISCUSIÓN	103
5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	105
5.2. PUNTOS FUERTES	122
5.3. LIMITACIONES	123
5.4. PERSPECTIVAS FUTURAS	124
6. CONCLUSIONES	127
7. REFERENCIAS	131
8. ANEXOS	147

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Componentes de los diferentes programas psicoeducativos para TCA/TDAH	44
Tabla 2: Distribución de la edad y el género en los grupos de participantes	54
Tabla 3: Contenido y objetivos de las sesiones del grupo psicoeducativo	63
Tabla 4: Test EDI Pre Escalas/Índice	71
Tabla 5: Escala de Impresión Clínica Global Pre.....	75
Tabla 6: Test EDI Pre Riesgo General TCA.....	75
Tabla 7: Impulsividad - Barrat Post.....	76
Tabla 8: Actitudes Alimentarias Anómalas - EAT Post.....	80
Tabla 9: Escala de Impresión Clínica Global Post.....	80
Tabla 10: Encuesta de Satisfacción.....	81
Tabla 11: Análisis BARRAT Total.....	82
Tabla 12: Medias de Puntuaciones BARRAT Total.....	82
Tabla 13: Análisis BARRAT Cognitivo.....	82
Tabla 14: Medias de Puntuaciones BARRAT Cognitivo.....	83
Tabla 15: Análisis BARRAT Impulsividad Motora.....	83
Tabla 16: Medias de Puntuaciones BARRAT Impulsividad Motora.....	83
Tabla 17: Análisis BARRAT Impulsividad No Planificada.....	83
Tabla 18: Medias de Puntuaciones BARRAT Impulsividad No Planificada.....	84
Tabla 19: BSQ.....	84
Tabla 20: Medias de BSQ.....	84
Tabla 21: Insatisfacción Corporal.....	85
Tabla 22: Medias de Puntuaciones T Insatisfacción Corporal.....	85
Tabla 23: ítem 27 Frecuencia atracones BITE.....	86
Tabla 24: Correlaciones-ítem 27 Frecuencia Atracones – BITE.....	86
Tabla 25: ítem 27 Frecuencia Atracones – BITE. Evolución.....	86
Tabla 26: Síntomas Bulímicos.....	87
Tabla 27: Medias de Puntuaciones T Síntomas Bulímicos.....	87
Tabla 28: Baja Autoestima.....	89
Tabla 29: Medias de Puntuaciones T Baja Autoestima.....	89
Tabla 30: Alienación Personal.....	89

Tabla 31: Medias de Puntuaciones T Alienación Personal.....	90
Tabla 32: Inseguridad Interpersonal.....	90
Tabla 33: Medias de Puntuaciones T Inseguridad Interpersonal.....	90
Tabla 34: Desconfianza Interpersonal.....	90
Tabla 35: Medias de Puntuaciones T Desconfianza Interpersonal.....	90
Tabla 36: Déficit Interoceptivos.....	91
Tabla 37: Medias de Puntuaciones T Déficit Interoceptivos.....	91
Tabla 38: Desajuste Emocional.....	91
Tabla 39: Medias de Puntuaciones T Desajuste Emocional.....	91
Tabla 40: Perfeccionismo.....	91
Tabla 41: Medias de Puntuaciones T Perfeccionismo.....	92
Tabla 42: Ascetismo.....	92
Tabla 43: Medias de Puntuaciones T Ascetismo.....	92
Tabla 44: Miedo a la Madurez.....	92
Tabla 45: Medias de Puntuaciones T Miedo a la Madurez.....	92
Tabla 46: Índice de Desajuste Psicológico.....	93
Tabla 47: Medias de Puntuaciones T Índice de Desajuste Psicológico.....	93
Tabla 48: Análisis de Ansiedad Estado.....	98
Tabla 49: Medias de Puntuaciones Directas-Ansiedad Estado.....	99
Tabla 50: Análisis de Ansiedad Rasgo.....	99
Tabla 51: Medias de Puntuaciones Directas-Ansiedad Rasgo.....	99
Tabla 52: Actitudes Alimentarias Anómalas – EAT.....	100
Tabla 53: Correlaciones-Actitudes Alimentarias Anómalas – EAT.....	100
Tabla 54: Análisis de Actitudes Alimentarias Anómalas – EAT.....	100
Tabla 55: Medias de Puntuaciones Directas-Actitudes Alimentarias Anómalas – EAT.....	100
Tabla 56: Riesgo General TCA.....	101
Tabla 57: Medias de Puntuaciones T Riesgo General TCA.....	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Cronograma de aplicación del programa psicoeducativo para pacientes con TA + TDAH del Hospital San Jorge de Huesca.....	62
Figura 2. Puntuaciones Directas Escala EDI.....	73
Figura 3. Puntuación T Escala EDI.....	73
Figura 4. Percentiles Escala EDI.....	74
Figura 5. Puntuaciones Directas Escala EDI.....	77
Figura 6. Puntuación T Escala EDI.....	78
Figura 7. Percentiles Escala EDI.....	78
Figura 8. Puntuaciones T - Pre/Post.....	79

ABREVIATURAS

AN	Anorexia nerviosa
ANR	Anorexia nerviosa restrictiva
ANP	Anorexia nerviosa purgativa
ASRS.V1.1	Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en adultos
BDDE	Body Dysmorphic Disorder Examination
BIAQ	Body Image Avoidance Questionnaire
BIAS	Body Image Anxiety Scale
BIATQ	Body Image Automatic Thoughts
BIS-11	Escala de Impulsividad de Barrat
BITE	Test de Bulimia de Edimburgo
BN	Bulimia Nerviosa
BSQ	Body Shape Questionnaire
CGI	Escala de Impresión Clínica Global
CIE-10	Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la Organización Mundial de la Salud
CIE-11	Undécima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental realizada por la Organización Mundial de la Salud
DE	Desviación estándar
DSM (DSM-IV-TR, DSM-5)	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría)
EAT-40	Eating Attitudes Test
EDI-3	Eating Disorder Inventory
GPMC	Escala de desajuste psicológico general
MOPED	Evaluation of a Motivation and Psycho-Educational Guided Self-Help Intervention for People with Eating Disorders

PEGASUS	Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others
PNL	Programación Neurolingüística
RIQ	Rango Intercuartílico
STAI	Cuestionario de Ansiedad Rasgo/Estado
TA	Trastorno por atracón
TCA	Trastorno de conducta alimentaria
TCANE	Trastorno de conducta alimentaria no especificado
TDAH	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
WURS	Wender-UTAH Rating Scale

1. PROPÓSITO Y CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN



1. PROPÓSITO Y CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PROPÓSITO Y JUSTIFICACIÓN

La decisión de realizar esta tesis doctoral viene de mi gran interés en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (en adelante TCA y TDAH respectivamente). Este interés nació ya desde los inicios del grado en psicología, y fue creciendo conforme iba estudiando sobre ellos.

Así, he decidido aumentar los conocimientos sobre el tema a través de la realización de una tesis doctoral, para conocer con mayor profundidad este campo dentro de mi ciudad de origen, Huesca, y poder ofrecer mi pequeña aportación a una problemática que hace sufrir a tantas personas. Creo que es muy necesario aumentar el conocimiento sobre estos grupos de patologías, ya que el número de casos va cada año en aumento y los recursos del sistema de salud son limitados. Si se dan pasos hacia adelante a través de la investigación, se podrá reducir la incidencia de estos trastornos.

Dentro de la ciudad de Huesca, en las últimas décadas, lejos de disminuir la prevalencia de los TCA, cada día son más los casos de personas afectadas por esta dolencia en cualquiera de sus variantes. El problema puede radicar en que hay pocos recursos para tratar esta problemática en edades tempranas infantiles, hay poco conocimiento sobre la idiosincrasia y manejo por parte de los propios afectados de estas patologías y además, hay población que tiene un riesgo más elevado de llegar a padecer este tipo de problema, concretamente, personas que padecen algún trastorno comórbido con el TCA, lo que empeora el curso y la evolución de ambos.

Según la literatura existente, el TDAH es un trastorno que se da conjuntamente de forma frecuente con los TCA, especialmente con el trastorno por atracón (TA en adelante), por eso se han seleccionado ambas patologías como objeto de estudio dentro de una muestra del Hospital San Jorge de Huesca, y se realizará una intervención de índole educativa para personas que padezcan ambos trastornos. Este será uno de los caracteres novedosos de este trabajo, ya que hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio de estas características dentro de la ciudad de Huesca.

La educación es un proceso fundamental para el conocimiento de las personas sobre qué es lo que les está ocurriendo. La psicoeducación concretamente, consiste en un abordaje que enseña al afectado y su familia en qué consiste el trastorno, qué características tiene, y qué puede hacer para mejorarlo.

En este proyecto de tesis se pretende implementar un programa educativo para personas afectadas tanto por TDAH como TA, para aumentar en este colectivo el conocimiento de su problema y, desde la teoría del aprendizaje y a través de métodos didácticos, aumentar su

motivación al cambio, mejorar su automanejo en el ámbito social (familia y grupo de amigos), así como en el académico y profesional, en los casos que se esté realizando un proceso de formación académica o de desempeño profesional. El automanejo lo entendemos como el proceso por el que es la propia persona quien vela directamente por la evolución de su enfermedad y tiene un mayor control sobre ella) disminuyendo por lo tanto las conductas disfuncionales y aumentando las saludables y disminuir su malestar al quedar reducida la angustia ante lo desconocido.

Esta investigación, por consiguiente, será un estudio inicial y preliminar para evaluar este programa psicoeducativo que va a ser aplicado por primera vez, siendo éste otro de los caracteres novedosos de este trabajo.

1.2. MARCO CONCEPTUAL

1.2.1. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

El TDAH es un trastorno de conducta complejo y heterogéneo de carácter crónico. Es conocido que se origina en la infancia y sigue un patrón persistente de conductas marcadas por la falta de atención y/o por la hiperactividad o impulsividad, interfiriendo en la vida académica, familiar y relacional del sujeto.

Hay que recalcar que se trata de un espectro sintomático ya que no todos los pacientes presentan los síntomas en igual frecuencia e intensidad. Es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia y adolescencia y una de las principales causas de fracaso escolar y de incapacidad para desarrollar o mantener relaciones sociales. Presenta tres síntomas fundamentales: 1. Disminución de la atención. 2. Impulsividad. 3. Hiperactividad, pudiendo darse de forma aislada o conjunta (American Psychiatric Association, 2018).

El TDAH afecta a aproximadamente entre el 2 y el 12% de la población pediátrica mundial. En Europa, afecta a uno de cada 20 niños o adolescentes en edad escolar (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman y Rohde, 2007).

Las causas del TDAH pueden ser múltiples, obedeciendo en su mayoría a factores biológicos, aunque el entorno psico-social puede jugar un importante papel en su desarrollo y mantenimiento.

1.2.2. Los trastornos de conducta alimentaria (TCA)

Los TCA se caracterizan por una alteración persistente en el comportamiento relacionado con la alimentación que llevan a una alteración en el consumo de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association, 2018).

Son alteraciones cuya incidencia ha aumentado dramáticamente en las sociedades occidentales, afectan principalmente a las mujeres, en especial a aquellas que están muy preocupadas por su peso; y todas las personas que las padecen sufren de alteraciones en su imagen corporal (Belloch, Ferrero y Ramos, 2012). Jones, Fox, Babigian y Hutton (1980) comprobaron que en la década de los setenta la incidencia de la anorexia se había duplicado. En un período de 10 años se pasó de un 0.35 por 100.000 en el período 1960-1969, a 0.64 casos por 100.000 durante 1970-1979.

Los TCA, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), se dividen en anorexia nerviosa (en adelante AN), bulimia nerviosa (BN en adelante) y trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCANE en adelante). Posteriormente, la nueva versión DSM-5, dedica un apartado específico para el TA, que deja de estar dentro de la categoría residual TCANE (American Psychiatric Association, 2018).

Por su parte, la clasificación internacional de enfermedades (CIE-11), divide los TCA en AN, BN, TA, trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta alimentaria, síndrome de pica, trastorno por rumiación o regurgitación y las categorías residuales «otros trastornos especificados del comportamiento alimentario» y «trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación» (World Health Organization, 2018).

Varios estudios coinciden en situar la prevalencia-vida de la AN en un 0,5-2%, la de la BN entre un 0,9-3% y la del TCANE en un 4,8% (Campbell y Peebles, 2014; Calvo, 2012; Ruiz, Comet, Calvo, Zapata, Cebolleda y Trebol, 2010; Ruiz, 2003).

En el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) aparece el TA, protagonista de esta tesis doctoral, dejando de estar en la categoría residual de DSM-IV-TR (TCANE) para convertirse en una entidad independiente, con los siguientes criterios diagnósticos (López, 2014; American Psychiatric Association, 2018; Botero, Palacio, Arroyave y Piñeros, 2016):

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

El DSM-5 estima la prevalencia del TA en un 1,6% en mujeres y un 0,8% en hombres (López, 2014).

Las causas del desarrollo de un TCA, al igual que el TDAH, tienen un origen multifactorial.

1.2.3. Comorbilidad entre TDAH y TCA: factores etiológicos

Se han hipotetizado varios mecanismos que podrían explicar la aparición conjunta de ambos trastornos pese a que es muy poca la literatura sistemática y exhaustiva de la que disponemos, limitándose a unos pocos estudios preliminares que dan cuenta de este ámbito. En una reciente revisión sistemática realizada por Levin y Rawana (2016), se enumeran unas posibles teorías que darían cuenta de la co-ocurrencia de los trastornos que nos ocupan y que se mencionan a continuación:

A) Neurobiología: Estudios de imagen han encontrado alteraciones estructurales y funcionales en regiones frontales y estriadas tanto en TDAH como en TCA (Berner et al, 2018), y sobre todo alteración en los circuitos cerebrales relacionados con la dopamina. Tanto el TDAH como los atracones están fuertemente relacionados con la disregulación de la dopamina. Tanto el TDAH como la BN tienen disminuida la unión y liberación del receptor estriatal de dopamina 2. La dopamina está involucrada en la conducta impulsiva y el sistema de reforzamiento (Porfirio et al., 2012). Una teoría relacionada es el «*síndrome de déficit de reforzamiento*», donde los individuos con menos receptores dopamínicos reciben menos reforzadores naturales y son más propensos a participar en comportamientos de riesgo para obtener recompensas. Esta teoría está relacionada tanto con el TDAH como con la BN.

Hay otros estudios como el de Yilmaz, Kaplan, Levitan, Zai y Kennedy (2012), que encuentran que variantes del gen DRD4 de la dopamina se asocia a una historia de TDAH en pacientes diagnosticadas de BN.

Y Ptaceck et al. (2016) señalan la importancia de la dopamina tanto en la regulación motora como en la emocional, actuando sinérgicamente para proporcionar la motivación hacia una actividad motora como el comer. Por lo tanto, es lógico que se de una comorbilidad entre TDAH y TCA, que pueda resultar de alteraciones cognitivas y sustratos neurales emocionales.

B) Neuropsicología: tanto el TDAH como los TCA comparten déficits neurocognitivos, como impedimentos en funciones ejecutivas, cambios de set, memoria de trabajo y control inhibitorio. Van der Oort, Braet, Cortese y Claes (2017) encontraron que la obesidad con atracón se asocia específicamente con un mecanismo a menudo presente en el TDAH, que es la preferencia por una recompensa inmediata antes que otra mayor pero demorada en el tiempo, y que este efecto puede estar mayormente impulsado por la falta de atención.

Otros autores encuentran que los pacientes con TDAH y TCA, presentan, en comparación con los pacientes con sólo TDAH o con el grupo control, peores ejecuciones en el *Continuous Performance Test*, que mide atención selectiva, sostenida e impulsividad (con más errores por omisión) y en el *Iowa Gambling Task* (mide perseveración), además de presentar un IMC superior, más síntomas de hiperactividad-impulsividad,

y puntuaciones más altas en ingestas compulsivas (Nazar, Trindade, Leslie, Malloy-Diniz, Sergeant, Treasure y Mattos, 2018).

Otros estudios sin embargo no encuentran diferencias significativas en cuanto a grupos control en estos aspectos (Blume, Schmidt y Hilbert, 2019).

- C) Impulsividad:** es posible que el TDAH incremente el riesgo de TCA sin compartir un mecanismo causal. Según el modelo de vulnerabilidad, algunos rasgos de personalidad podrían incrementar el riesgo de desarrollar alguna patología específica. Por lo tanto, rasgos comúnmente asociados con TDAH podrían incrementar el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. Relacionado con los problemas de control inhibitorio descrito anteriormente, tanto el TDAH como los TCA están asociados con la impulsividad, siendo éste uno de los rasgos comunes más robustos (Montgny et al., 2013). Es posible que los síntomas de TDAH causen directamente desórdenes alimenticios. La inatención puede contribuir a una falta de conciencia de señales de hambre mientras el sujeto está centrado en una tarea, lo que podría conducir a un atracón de comer cuando no esté ocupado en la tarea. Además, la pobre planificación asociada con TDAH podría directamente llevar a comer en exceso. Por todo esto, el rasgo de impulsividad que comparten ambas patologías de forma tan consistente, sería uno de los puntos de mayor interés a la hora de implementar el programa psicoeducativo propuesto en esta tesis doctoral. Pero pese a que la impulsividad puede desempeñar un papel importante en la interrelación del TDAH y la alimentación compulsiva, otros factores también pueden ser críticos en el desarrollo de esta comorbilidad (Steadman y Knouse, 2014).
- D) Problemas internalizantes:** TDAH está asociado con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, que a su vez están relacionados con TCA. La relación entre TCA y TDAH podrían estar mediatizadas por problemas internalizantes. Específicamente, los desórdenes de conducta alimentaria podrían ser una manera de afrontar los problemas internalizantes causados por los síntomas del TDAH. Los problemas internalizantes y el manejo de emociones negativas es otro de los contenidos importantes a tratar en el programa psicoeducativo.
- E) Conflictos interpersonales:** el TDAH puede causar conflictos interpersonales, desencadenando trastornos alimentarios en individuos predispuestos a ello. Los niños con TDAH tienen experiencias de rechazo de sus iguales, y tanto el *bullying* como el bajo apoyo de parte del grupo de iguales podrían predisponer a los sujetos a desarrollar un TCA. Este área relacional tan influyente en ambas patologías será tratada también dentro del programa psicoeducativo de esta tesis doctoral.

Además, desde el punto de vista de la psicología del aprendizaje existen explicaciones etiológicas sobre el TDAH que dan cuenta de modos similares de funcionar en las personas con TA (Comeche y Vallejo, 2012):

- **La aversión a la demora del refuerzo:** dejar pasar el tiempo puede ser una enorme dificultad para los niños con TDAH. Mientras llega la respuesta o el refuerzo, manifiestan su insatisfacción y malestar llorando o quejándose de forma continua. La inclinación a buscar una recompensa inmediata suele acabar con la paciencia de los

padres o cuidadores, que pueden llegar a ceder ante peticiones poco razonables. Por lo tanto, se puede entrar en una dinámica de refuerzo a conductas poco adaptativas y, con el paso de los años, cada vez se puede hacer más difícil poner freno a las demandas insaciables de algunos adolescentes con TDAH.

- **La falta de previsión de las consecuencias.** Muchas veces los niños con TDAH se convierten en carne de cañón de conductas problemáticas, precisamente por no ser capaces de anticipar las consecuencias de su conducta (Seymour, Reinblatt, Benson y Carnell, 2015). Pueden ser utilizados por otros compañeros con pocos escrúpulos para involucrarles en otros problemas del tipo antisocial, como robar una moto, hacer de correo para mover droga, etc. Esta dificultad traerá consigo diversas complicaciones sociales y familiares, así como un retraso académico.
- **Déficit de autorregulación:** Este problema está relacionado con un estilo de respuesta rápido e impreciso. Los niños con TDAH manifiestan una gran dificultad para guiar sus conductas mediante la percepción adecuada de la situación y mediante el pensamiento activo para frenar sus propias conductas inapropiadas.
- **Ineficacia del castigo:** Los niños con TDAH no aprenden de los errores, aunque estos hayan sido castigados muy a menudo. Estos niños no aprenden de una experiencia negativa en la que se sientan humillados, sino que, por el contrario, ésta les desalienta y les agobia. La humillación y las situaciones negativas entorpecen el aprendizaje y socavan la autoestima.

Estas teorías basadas en la psicología del aprendizaje van a guiar de forma consistente el diseño del programa psicoeducativo propuesto en esta tesis doctoral, ya que no solo dan cuenta de los modos desadaptativos de funcionar de las personas que padecen TDAH, sino también de las personas afectadas por un TCA, y más concretamente por un TA.

También hay estudios, como el de Reinbalt et al. (2015) o el de Hilbert et al. (2018), que buscaron delinear anomalías compartidas y específicas en los componentes fisiológicos, cognitivo-motivacionales y conductuales de la impulsividad específica para la comida en niños con falta de control con la comida y TDAH. Específicamente, se examinó la reactividad y la habituación de los niños a la comida y comer ausencia de hambre. Los resultados mostraron que los niños con falta de control con la comida, los niños con TDAH y los niños con falta de control con la comida más TDAH, no difirieron de los controles en la reactividad salival y la habituación a las señales de los alimentos. Sin embargo, los niños con falta de control con la comida más TDAH mostraron una mayor reactividad del deseo de comer que los controles, aunque los grupos no difirieron en sus incrementos a largo plazo. Cuando se dio acceso libre a comida, solo los niños con falta de control con la comida más TDAH consumieron mucha más energía que el grupo control.

Como hemos mencionado anteriormente, existen pocos estudios que aborden el tema de la comorbilidad entre TDAH y TCA, habiendo sido mucho más estudiada la relación entre TDAH y obesidad o impulsividad. Por eso, uno de los propósitos de la presente tesis doctoral es ahondar mucho más en el tema de la comorbilidad entre TDAH y TCA e implementar un programa educativo para la mejora del funcionamiento de personas con ambas patologías en los ámbitos social, académico y profesional.

2. ESTADO DEL ARTE



2. ESTADO DEL ARTE

En los siguientes apartados se describe la relación entre el TDAH y los diferentes TCA así como sus potenciales mediadores. Además, se presenta la importancia de la educación y más concretamente, los programas psicoeducativos para el tratamiento de los diferentes TCA y el TDAH.

2.1. RELACIÓN ENTRE TDAH Y OBESIDAD

El TDAH se ha descrito asociado a diversas patologías. Se ha visto que hasta el 52% de los niños (incluidos los adolescentes) y el 87% de los adultos con TDAH también tienen un trastorno psiquiátrico comórbido (McGough et al., 2005).

Según Díez, Figueroa y Soutullo (2006), los trastornos que con mayor frecuencia se asocian al TDAH son:

- Trastornos disruptivos (trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta).
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos del humor (trastorno depresivo y trastorno bipolar).
- Trastorno de aprendizaje.
- Trastorno por tics / síndrome de Tourette.
- Trastornos generalizados del desarrollo y del espectro autista.
- Retraso mental.
- Trastornos del desarrollo de la coordinación.
- Trastorno obsesivo compulsivo.

Sin embargo, son pocos los estudios que han visto que está también ligado a los TCA. Los escasos estudios que han observado la relación entre TDAH y TCA se detallan en el apartado 2.2.

Hay multitud de trabajos que demuestran la relación entre TDAH y obesidad (Brunault et al., 2019; Zwaan et al., 2011; Khalife et al., 2014; Matheson y Eichen, 2018; Pagoto, Curtin, Appelhans y Alonso-Alonso, 2012; Nazar et al., 2016; Reinblatt, Leoutsakos, Mahone, Forrester, Wilcox y Riddle, 2015).

Estudios realizados por Cortese et al. (Waring y Lapane, 2008; Cortese y Angriman, 2008; Cortese y Peñalver, 2010; Cortese, Comencini, Vincenzi, Speranza y Angriman, 2013; Cortese y Vincenzi, 2011; Rojo, Ruiz, Dominguez, Calaf y Livianos, 2006) en Estados Unidos han encontrado una relación significativa entre TDAH y obesidad infantil (Barrera, 2016).

En una encuesta realizada a 2.863 padres de niños con TDAH se puso de manifiesto la relación entre obesidad y TDAH (el 7% de niños con obesidad padecía TDAH vs. el 3,5% de niños con peso normal y el 4,5% de niños con bajo peso) (Barrera, 2016; Erhart, Herpertz-Dahlmann, Wille, Sawitzky-Rose, Hölling y Ravens-Sieberer, 2011).

En otro estudio previo realizado por Kim et al. (2011) se vio que los niños y niñas con TDAH que no estaban medicados tenían mucha más probabilidad de sufrir obesidad (24,9% vs 21,6% y 21,9% vs 16% respectivamente).

Porfirio et al. (2015) hallaron en su investigación que el comportamiento alimentario desregulado en un subconjunto de pacientes con mutaciones en el gen MC4R (que conlleva al tipo de obesidad monogénica más común) podría deberse a los síntomas del TDAH comórbidos, respaldados por mecanismos de recompensa anormales. Y por tanto, especulan que se podría prevenir la obesidad incluso si estos pacientes están genéticamente programados para "engordar", a través de un tratamiento adecuado de los síntomas del TDAH.

Además, se ha encontrado que el TDAH es un factor de riesgo para el desarrollo de comportamientos alimentarios anormales (picoteo entre horas, atracones, ingestas nocturnas, comer grandes cantidades de comida o comer en secreto), los cuales pueden ser factores que contribuyen a la obesidad y al fracaso del tratamiento en los pacientes obesos (Docet, Larrañaga, Pérez-Méndez, y García-Mayor, 2012).

También se ha descubierto que los comportamientos inatentos e impulsivos propios de los niños con TDAH podrían contribuir a comportamientos alimenticios desregulados y una falta de motivación para realizar actividad física, lo cual contribuiría de forma notable en el desarrollo de obesidad en estos niños (Quesada, Ahmed, Fennie, Gollub y Ibrahimou, 2018).

Por lo tanto, parece existir una clara relación entre padecer un TDAH y conductas disfuncionales que predisponen al aumento de peso de la persona que lo padece y una posible progresión a la obesidad.

Sin embargo, son pocos los estudios que lo relacionan con AN, BN o TCANE (trastorno por atracón). A continuación, se señala algún dato encontrado en esta dirección:

2.2. RELACIÓN ENTRE TDAH Y TCA

A continuación, se detalla el apartado referente a los estudios que hablan de la correlación entre el TDAH y los TCA, apartado protagonista de esta tesis doctoral. Para ello se ha realizado una revisión de artículos científicos en las bases de datos Embase y Pubmed, utilizando los términos *ADHD* y *EATING DISORDER* y filtrando aquellos estudios de carácter más actual, los realizados en humanos y excluyendo las edades de niños muy pequeños o ancianos.

Mattos et al. (2004) publicaron el primer estudio que se centró en la prevalencia de TCA en pacientes afectados por un TDAH, y encontraron una prevalencia mayor de la esperada de TCA (10,4%), sobretodo TA.

Biederman et al. (2007) investigaron si las chicas con TDAH tenían un riesgo mayor de padecer un TCA. Durante cinco años, las investigaciones siguieron una larga muestra de niñas y adolescentes con y sin TDAH y encontraron que el 16% de las chicas con TDAH desarrollaron un TCA, comparadas con el 5% del grupo control.

Pagato et al. (2009) usaron datos de una amplia entrevista epidemiológica y encontraron que los adultos con TDAH tenían tasas mucho mayores de TA que aquellos sin historia de TDAH (10,2% vs. 1,7%, OR= 5,1; 95% CI: 2,83-10,72).

Rastam et al. (2013) publicaron el único estudio centrado en TDAH y comportamientos alimentarios restrictivos. Estudiaron un amplio número de gemelos de origen sueco, algunos con TDAH y/o trastorno del espectro autista, y encontraron que, aunque las tasas de alimentación restrictiva eran bajas en general (0,59%), los niños con TDAH y/o trastorno del espectro autista presentaban más restricción alimentaria que los chicos sin esas patologías.

En hombres, se ha visto que la prevalencia a lo largo de la vida y puntual del trastorno por atracón es mayor en los que sufren TDAH que en los que no (Brewerton, Rance, Dansky, O'Neil, y Kilpatrick, 2014; Alfnsson, Parling y Ghaderi, 2013).

En las mujeres, la prevalencia vida y puntual de AN y BN se ha visto más alta en aquellas que han padecido en algún momento de su vida TDAH que las que no (Brewerton, Rance, Dansky, O'Neil, y Kilpatrick, 2014; Ioannidis, Serfontein y Müller, 2014; Kaisari, Dourish y Higgs, 2017).

Otros resultados, como los del trabajo de Bleck y DeBate (2013), revelan que las mujeres tienen tasas más altas de co-ocurrencia de TDAH y TCA que en hombres. Al controlar la edad y la raza, el TDAH predijo trastornos de la alimentación diagnosticados en mujeres, pero no predijo los trastornos alimentarios diagnosticados en los hombres. Y al controlar la edad, el género y la raza, el TDAH predijo significativamente un TCA, especialmente comportamientos de atracón y /o purga, y no de restricción.

Además, en un estudio reciente se ha encontrado la presencia de un 6,7% de casos de TCA en adultos jóvenes con TDAH tipo combinado y un 8,3% en el tipo predominantemente inatento, y ningún caso en los controles, aunque no es estadísticamente significativo (Quintero, Correas y Quintero, 2006).

Pero, aunque hay mucha evidencia de que las personas con TDAH tienen un riesgo más alto que la población general de padecer un TCA, también hay estudios que no han encontrado esta relación, como es el caso del estudio de Cumyn, French y Hechtman (2009) que no encontraron asociación entre TDAH y TCA, o de Ghanizadeh, Mohammadi y Moini (2008) que evaluaron 81 niños con TDAH y encontraron que ninguno tenía un TCA comórbido.

En cuanto a la comparativa entre géneros, aunque la mayoría de estudios encontraron que las mujeres y niñas con TDAH tenían un riesgo mayor de desarrollar un TCA comparado con los hombres y niños con TDAH, cuatro estudios encontraron que el TDAH aumentaba el riesgo de TCA en mayor medida en chicos que en chicas (Levin y Rawana, 2016).

El hecho de que la mayor parte de estudios de TDAH en la infancia se realicen sobre muestras de niños donde éstos predominan respecto a las niñas y la conocida mayor prevalencia de los TCA en niñas pueden estar evitando que aparezcan casos (Quintero, Correas y Quintero, 2006).

Además, se puede producir un infradiagnóstico de TDAH en niñas, al presentar menos hiperactividad y menos trastornos de conducta asociados que los niños (Biederman et al, 1998).

Y en cuanto a la edad, se ha encontrado que los niños con TDAH tienen un riesgo mayor de presentar comportamientos disfuncionales con la comida, mientras que los adolescentes, adultos emergentes y adultos tienen riesgo tanto de presentar dichos comportamientos

disfuncionales como un TCA (Levin y Rawana, 2016). En este sentido, Soneville et al. (2015), encuentran que los síntomas de TDAH en edades tempranas aumentan el riesgo de desarrollar un TA en la adolescencia.

Aunque de forma poco frecuente, en lugar de estudiar la prevalencia de TCA en pacientes afectados por un TDAH, también se ha estudiado la prevalencia de TDHA en pacientes con TCA (Nazar, B.P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P. y Treasure, J., 2016). Por ejemplo, en España, Barrera (2016), cita un estudio piloto realizado en la unidad de TCA del Hospital Clínico Lozano Blesa (Ruiz, Calvo, 2012), en el que se encontró que la prevalencia puntual de TDAH en una muestra de adolescentes con TCA era del 14%, superando así la encontrada en población general (5-6%).

En otro estudio realizado por Barrera (2016), concluye que la prevalencia de TDAH es mucho más elevada en pacientes con TCA que en población general, concretamente, de un 23% (frente a un 5-6% en población general).

A nivel internacional, Wentz et al. (2005) publicaron el primer estudio que examinó las tasas de TDAH entre personas con TCA. En una pequeña muestra de mujeres adultas con AN o BN, el 16,7% cumplía criterios de haber padecido un TDAH en la infancia, y el 10% también cumplían criterios de TDAH en la adultez.

Quintero, Correas y Quintero (2006) describen un estudio en el que se seleccionó a pacientes con BN y con AN, y en el cual se encontró que el 32% del grupo de pacientes con BN cumplía criterios de TDAH en el momento de la exploración (correspondiendo el 16% al subtipo inatento y el otro 16% al subtipo combinado), y que ninguna paciente con AN cumplía criterios para TDAH adulto, lo mismo que en el grupo control.

Fernández-Aranda et al. (2013) realizaron un estudio en donde se quería conocer las diferencias en los subtipos de TCA en pacientes con TDAH, así como la severidad de los síntomas alimentarios en pacientes con TDAH. Encontraron que los subtipos de TA y BN tienen un alto nivel de síntomas de TDAH (y no tanto la AN), y también mayor psicopatología alimentaria, general y de la personalidad. Sin embargo, otros estudios como el de Sala et al. (2018) o el de Svedlund, Norring, Ginsberg y Von Hausswolff (2017) encuentran que dentro de su muestra seleccionada, la mayor prevalencia de TDAH se da entre la AN, pero el subtipo con atracones y purgas.

De forma similar, la Encuesta Nacional de Comorbilidad de Reino Unido mostró más alta prevalencia de TDAH en adultos con TCA. 34,7% de ellos con BN, 19,8% con TA, y 19,0% con algún tipo de atracón cumplían criterios de TDAH (Hudson et al., 2007).

Además, en un estudio de Svedlund, Norring, Ginsberg y von Hausswolff-Juhlin (2018), se vio que un alto grado de síntomas de TDAH en pacientes con un TCA (en forma de atracones y purgas) predecía la no recuperación del TCA al año de seguimiento, y que los síntomas de inatención predecían más la no recuperación que la hiperactividad o impulsividad.

Pero también se han encontrado estudios que no hallan esta relación entre ambas patologías o una relación muy débil (Lewinsohn, Streigel-Moore y Seely, 2000; Stulz, Hepp, Gächter, Martin-Soelch, Spindler y Milos, 2013). Por lo que parece interesante seguir estudiando este campo para hallar más datos al respecto.

Por lo tanto, la luz de los datos, se evidencia que tanto las personas con TDAH tienen más probabilidad de padecer un TCA comórbido, como las personas que padecen un TCA tienen mayor propensión a padecer un TDAH, especialmente los subtipos de TCA que muestran atracones y purgas.

2.3. RELACIÓN ENTRE IMPULSIVIDAD, TDAH Y TCA

Como se ha mencionado anteriormente, se han hallado datos referentes a la presencia del rasgo impulsividad en trastornos objeto de nuestro estudio, como el TDAH y la BN o el TA, así como alteraciones neuroanatómicas y de neurotransmisores que coexisten en ambas patologías, lo cual hace pensar que la prevalencia de TDAH será más elevada en muestras clínicas de personas con TCA que en la población general. A continuación, se describen algunos estudios que corroboran este hecho:

En primer lugar, en cuanto al rasgo impulsividad, Toplak y cols. (2005) señalan que hay fármacos como el *Topiramato* o la *Zonisamida* que tienen efectos beneficiosos tanto para la impulsividad como para la BN y el TA. Igualmente, se está utilizando *Lisdexanfetamina* con resultados positivos tanto en TDAH como el TA (Vickers, Hackett, Murray, Hutson y Heal, 2015). Este hecho deja ver que el TDAH y los TCA están relacionados.

Ong, Checkley y Russell (2013), Keshe y Helson (2017), Sinita y Coghill (2014) o Kaisari, Dourish y Higgs (2017) también encuentran que tratando a pacientes bulímicas con *Metilfenidato* intravenoso se disminuían los atracones, a diferencia del grupo control que recibió placebo y no tuvo estos efectos.

Del mismo modo, Schweickert, Strober y Moskowitz (1997) hallaron que una paciente que padecía TDAH y era tratada con fármacos estimulantes (*Metilfenidato* y *Pemolina*) desde los 7 años, al dejar el tratamiento a los 12 años comenzó con episodios de atracones seguidos de purgas. A los 25 años, reinició el tratamiento con psicoestimulantes y se produjo un descenso tanto de los atracones como de los síntomas que todavía quedaban residuales de TDAH.

Por otro lado, Dagan y Yager (2018) describen el caso de una paciente de BN que fue tratada con *Bupropion*, medicamento que es típicamente usado para TDAH.

Además, se está empezando a prestar atención a aquellos pacientes que abusan de psicoestimulantes prescritos para el TDAH por su efecto anorexígeno (Elise et al, 2016).

Pero también existen otros estudios donde prueban que fármacos indicados para el TDAH como la *guanfacina*, no son efectivos para el tratamiento de los atracones (Bello, Walters, Berpeut y Caverly, 2014).

Egbert et al. (2018) han encontrado que los síntomas de TDAH estaban asociados de manera significativa con comer de forma compulsiva y con episodios de sobrealimentación sin pérdida de control. Pero no se asociaron con atracones subjetivos. Estos resultados recalcaron la necesidad de estudios para explorar posibles mecanismos compartidos (como la impulsividad) que subyacen a las asociaciones entre los síntomas del TDAH, el comer compulsivamente y los episodios de sobrealimentación sin pérdida de control.

En el estudio de Barrera (2016), concluye que no se puede afirmar de forma significativa que las personas con conductas purgativas tengan mayor prevalencia de TDAH y de impulsividad,

aunque sí que encuentra que el TDAH subtipo combinado y el inatento presencian la mayor frecuencia de estas conductas purgativas. Por su parte, la impulsividad motora es superior en sujetos con conductas purgativas, dato que concuerda con la relación antes mencionada entre la impulsividad y la AN purgativa y BN. Por el contrario, la AN restrictiva sería la que menos niveles de impulsividad presentaría de todos los TCA.

Por lo tanto, los estudios descritos hasta ahora corroboran que la impulsividad es un constructo que tiene lugar tanto en TDAH como en la mayoría de los TCA (siendo menos frecuente que aparezca en la AN subtipo restrictiva), y por tanto parece razonable que trabajar sobre esta forma de manejo comportamental pueda ser beneficioso para la mejora de ambas patologías.

2.4. OTROS MEDIADORES ENTRE EL TDAH Y LOS TCA

Se han encontrado potenciales mediadores, entre otros el mencionado constructo de impulsividad, que favorecen que una persona con TDAH acabe desarrollando un TCA (Zibrowski, Brewerton y Duncan, 2018). Levinson (2016) o Hartmann, Rief y Hilbert (2013) encuentran que la **impulsividad** puede unir ambos trastornos. De forma similar, Levinson (2016) encuentra que la **inatención** puede causar tanto un problema de alimentación restrictiva como un trastorno por atracones. También la **depresión** se ha hallado como un potencial mediador, estando muy asociado a los síntomas de inatención y de alimentación compulsiva (Nazar, B.P., Suwwan, R., de Sousa Pinna, C.M., Duchesne, M., Freitas, S.R., Sergeant, J. & Mattos, P., 2014). Por otro lado, también se encontró que los **factores interpersonales** podrían mediar entre ambas patologías, como las **críticas parentales y la sobre protección**. En este sentido, un estudio de Munsch, Dremmel, Kurz, De Albuquerque, Meyer & Hilbert (2017), también encuentra que la emoción expresada de los padres (la crítica y la sobreimplicación emocional) estaba relacionada con la alimentación emocional de un grupo de niños entre 8 y 13 años de edad con TA y/o con TDAH (en especial la actitud crítica), y que esta relación estaba mediada por la actitud de urgencia de estos niños.

Y por último, la **genética** también se ha estudiado como un mediador importante, encontrándose un **alelo del gen COMT** sobrerrepresentado tanto en BN como en TDAH, lo que da lugar a niveles inferiores de **dopamina** en ambas patologías (Levinson, 2016). En un trabajo de Capusan et al. (2017) se halló que la asociación entre los síntomas de TDAH en adultos y la conducta de atracón en mujeres se explicaba en gran medida por factores de riesgo genéticos compartidos (91% vs. el 9% de la covarianza que sería explicada por factores de carácter ambiental).

Por su parte, Barrera (2016) señala: «Se ha encontrado una asociación entre TDAH y TCA en relación con **disfunciones en los receptores dopaminérgicos**, en el sistema dopaminérgico de recompensa, **deficiencia en el receptor de Melanocortina-4** y el rendimiento cognitivo especialmente en las funciones ejecutivas. Se sugiere que los cambios en el córtex prefrontal entre los individuos con TDAH subtipo inatento pueden incrementar el riesgo de obesidad en un ambiente obesogénico» (Yang, 2010; George, Dobler, Nicholls y Manly, 2005; Campbell y Eisenberg, 2007; Eisenberg y Schneider, 2007).

También se han estudiado varios constructos relacionados con los TCA en población con TDAH, y se ha encontrado que los sujetos con TDAH tienen mayores **actitudes anormales hacia la alimentación** (basándose en puntuaciones en el *Eat Attitudes Test* (en adelante EAT-40), mayor

preocupación por su imagen corporal, mayores puntuaciones en el Test de Bulimia y más número de factores de mal pronóstico, valorados en el cuestionario *Eating Disorders Inventory – 3* (en adelante EDI-3) (Barrera, 2016).

En otro estudio realizado por Neumark-Sztainer et al. (1995) estudiaron adolescentes con TDAH y encontraron que tenían unas **pautas dietéticas** más insanas, como comer muy frecuentemente, atracones, vómitos, uso de laxantes o diuréticos; y experimentaban más insatisfacción corporal y con el peso, poco gusto por su cuerpo y preocupación por el desarrollo corporal.

Además, Biederman et al. (2007) encontraron que las chicas con TDAH y TCA comórbido tenían mayores niveles que sus compañeras con solo TDAH de **depresión mayor** (95% vs. 53%), **trastornos de ansiedad** (80% vs. 53%), y **trastorno del comportamiento perturbador** (85% vs. 53%) ($p < .05$).

Otros estudios como el de Kaisari, Dourish, Rotshtein y Higgs (2018) estudiaron potenciales mediadores entre TCA y TDAH y encontraron que el **estado de ánimo negativo** era uno de ellos, y que los síntomas de inatención propios del TDAH correlacionaban con el déficit en la conciencia de las señales de hambre/saciedad, sobre todo en el caso del TA.

Todos estos datos hasta ahora citados, demuestran que el TDAH y los TCA son patologías que presuntamente van muy unidas, y que ambas dan lugar a un sufrimiento mayor de aquel que lo padece. Este hecho, unido al hecho de que haya resultados contradictorios en los estudios hasta ahora realizados sobre el tema y la necesidad de crear nuevas vías de intervención para ambas patologías, como es el programa psicoeducativo que se propone en este estudio, justifica la necesidad de este trabajo.

2.5. LA EDUCACIÓN COMO TÉCNICA TERAPÉUTICA

El estudio de esta tesis doctoral se centra en personas que padezcan específicamente un TA y un TDAH. Se implementa un programa de intervención consistente en un programa psicoeducativo para personas que padezcan ambos trastornos. Se ha elegido este tipo de intervención ya que es mucha la literatura científica que avala su eficacia, y que se expone a continuación.

«La psicoeducación es el proceso de dar información sobre la naturaleza de un trastorno con el fin de fomentar la actitud y cambio de comportamiento. Su principal objetivo es educar a los pacientes sobre la naturaleza del trastorno y ofrecer una oportunidad de discusión grupal sobre cómo la familia puede ayudar a implementar el cambio» (Geist et al., 2000).

La mayoría de los tratamientos de psicoterapia contienen importantes elementos psicoeducativos. La psicoeducación es de hecho un elemento clave para una buena práctica terapéutica y cubre un derecho fundamental de nuestros pacientes: el derecho a estar informado sobre su patología. Además, ayuda a las personas a convertirse en participantes activos en el manejo de su enfermedad, promoviendo una relación de colaboración entre pacientes y sus cuidadores (Balestieri, Isola y Baiano, 2013).

Villas (2013), afirma que la psicoeducación para la salud no aborda sólo la información en sí, sino que también fomenta la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

Dentro del tema que nos ocupa, Nikana (2007), refiere que la literatura proporciona poco apoyo sobre las opciones de tratamiento psicoeducativo en el TDAH y acentúa la necesidad de estudios rigurosos bien diseñados.

Se ha encontrado en numerosos estudios que la psicoeducación es eficaz en el tratamiento de diversos trastornos mentales. Hayes y Gant (1992), encuentran en su estudio que la psicoeducación tiene un impacto muy positivo en el funcionamiento y las actitudes de los pacientes con respecto a su patología mental.

Carlsson et al. (2017) apunta que rara vez se ha estudiado de forma rigurosa la psicoeducación en adultos con TDAH, siendo que esta intervención se considera bien establecida y suficientemente basada en la evidencia para varios trastornos psiquiátricos en la edad adulta.

Vidal et al. (2013) también señala que se ha abordado la psicoeducación en investigaciones sobre padres de niños con TDAH pero no directamente en niños y adolescentes, y aún menos en adultos. Y refiere que la psicoeducación en los padres está relacionada con mejoras en el comportamiento de los pacientes, los síntomas del TDAH, la adherencia a los fármacos y la satisfacción tanto de padres como de hijos.

Por otro lado, en cuanto a la psicoeducación en los trastornos de la conducta alimentaria, Vandereycken, Aerts y Dierckx (2013) realizaron una búsqueda a través de PubMed y encontraron 39 documentos, pero excepto en dos artículos que trataban la osteoporosis, no encontraron ninguna publicación que tratase específicamente la educación sobre consecuencias físicas en los trastornos de la alimentación.

Estos hechos justifican la necesidad de estudiar más a fondo los componentes educativos implicados en el manejo de estas patologías, y llevar a cabo un proyecto preliminar que aporte nuevas vías de manejo para estos problemas.

A continuación, se pasarán a describir varios de los programas psicoeducativos que se encuentran en la literatura científica, comenzando por los referentes a los TCA y finalizando por los TDAH. Asimismo, se argumentará qué programas, y sus contenidos específicos, constituyen la referencia y fundamentación para el programa psicoeducativo implementada en esta tesis doctoral dirigido a personas afectadas de TCA y TDAH.

2.6. PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS PARA TCA

Balestieri, Isola y Baiano (2013), crearon un programa psicoeducativo exclusivo para TA y TCANE, que incluye intervención nutricional, análisis de pensamientos y conductas relacionadas con el trastorno alimentario y entrenamiento en asertividad. El entrenamiento en asertividad se hizo con el objetivo de mejorar las habilidades de comunicación, ya que este tipo de trastornos son muy sensibles a estresores sociales, contribuyendo de forma directa a episodios de atracones. El análisis de hábitos alimentarios disfuncionales se hizo a través de un «diario de alimentos», pidiendo a los pacientes que registraran todas las comidas y los episodios de pérdida de control, junto con los sentimientos, emociones y pensamientos asociados. Estos diarios se leían en las sesiones y se discutían en grupo, para activar estrategias de afrontamiento ante los episodios de pérdida de control. Este programa incluye la exploración de las creencias sobre salud y conciencia de enfermedad e información sobre

características de los alimentos, protocolos dietéticos, mejora del cumplimiento, estilo de vida regular, manejo de estrés, factores de riesgo en la recurrencia de los atracones, medicamentos y sus posibles efectos secundarios, detección temprana de síntomas prodrómicos, gestión de síntomas y problemas sociales relacionados con la enfermedad. Los resultados mostraron que al final del tratamiento, 30 pacientes (30.6%) ya no sufrían un TCA. Todos los pacientes mostraron mejoras significativas en varias medidas (frecuencia de atracones, IMC, conocimiento acerca del TA, rasgos bulímicos, insatisfacción corporal, ansiedad, depresión y alexitimia).

Este programa constituye un modelo y referencia en el diseño del programa psicoeducativo de esta tesis doctoral; concretamente nos basamos en él para el diseño de la primera y tercera sesión.

Brewin et al. (2016) creó un programa llamado *Evaluation of a Motivation and Psycho-Educational Guided Self-Help Intervention for People with Eating Disorders (MOPED)* basado en la entrevista motivacional, cuyo objetivo es ayudar al paciente a decidir si quiere cambiar, y al hacerlo, motivar al paciente a aceptar ayuda. Este programa se ofrecía posteriormente a la evaluación del paciente, y antes de recibir el tratamiento. El estudio encontró que los pacientes que recibieron el programa tuvieron una tasa de participación en el tratamiento más alta que aquellos dentro del grupo control con tratamiento habitual (es decir, sin recibir el programa *MOPED* antes de recibir terapia). Específicamente, se encontró que los pacientes en el espectro anoréxico tenían mayores tasas de compromiso y finalización de la terapia cuando se tratan con *MOPED* en comparación con los pacientes tratados de forma habitual.

Al igual que en el anterior trabajo mencionado, en el programa psicoeducativo se han utilizado también técnicas propias de la entrevista motivacional, ya que se ha estudiado y comprobado ampliamente la eficacia de este tipo de técnica en pacientes que padecen un TCA. Tal y como describen Fernández y Rodríguez Cano (2003), diversas investigaciones realizadas por el grupo de la Unidad de Trastornos Alimentarios del 'Maudsley Hospital' de Londres y replicadas en un trabajo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Toronto, el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983), en el que se basa la entrevista motivacional, es un enfoque útil en el abordaje psicoterapéutico de pacientes con TCA.

El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente es un modelo de etapas de cambio que pretende explicar el proceso que el paciente hace para tener la voluntad de tratarse, elemento central para introducir cambios, lo que lo convierte en un enfoque útil en el abordaje psicoterapéutico de estos pacientes (Besser y Moncada, 2015).

Las etapas que proponen Prochaska y DiClemente en su modelo transteórico son: (a) Precontemplación: antes de que el individuo reconozca que tiene un problema; (b) Contemplación: el individuo sabe que tiene un problema, pero no siente la necesidad de resolverlo; (c) Decisión: el individuo ha decidido cambiar, pero aún no ha iniciado el cambio; (d) Acción: el individuo comienza a trabajar en su conducta y necesita ayuda para alcanzar el cambio deseado y (e) Mantenimiento: se alcanza el cambio; la recaída es también una fase dentro de este proceso de cambio (Besser y Moncada, 2015).

Los pacientes con TCA se caracterizan por presentar una baja conciencia de enfermedad. Durante las fases iniciales los pacientes aquejados de un TCA se encuentran, generalmente, en un nivel de pre-contemplación; no se han propuesto cambiar porque sus síntomas son

egosintónicos, no son conscientes aún de que constituyen un problema y más aún, un riesgo (Cruzat, Aspillaga, Torres, Rodríguez, Díaz y Haemmerli, 2010).

Dentro de este programa psicoeducativo, se ha tenido en cuenta tanto la fase en la que se encuentran estos pacientes, como varios aspectos propios del modelo transteórico, a los que se ha hecho alusión a lo largo del mismo: el cambio no es una decisión dicotómica, es un proceso circular; el paso de una etapa a otra no es lineal, es bidireccional; las recaídas no significan volver a tener el problema, sino que son parte natural del proceso de cambio (Díaz, Solano Pinto y Solbes, 2013).

Glasofer y Devlin (2013), analizan la eficacia de los programas psicoeducativos para BN incluyendo temas que dan información sobre los efectos nocivos de las purgas y su ineficacia como método para perder peso, fluctuaciones normales de peso, rangos saludables de peso desde una perspectiva médica, regulación energética y cambio de peso y alimentación regular. De esta forma se logra aumentar el conocimiento sobre esta materia entre los participantes. Los puntos principales que trata este programa psicoeducativo son: (1) un exceso de 3.500 kcal es lo que se necesita para ganar una libra de peso, (2) el peso generalmente fluctúa en un rango de cinco libras y por lo tanto la tendencia de peso es más importante que las fluctuaciones, (3) el vómito auto-inducido elimina el 50% de lo que se ha ingerido, (4) los laxantes causan deshidratación, no pérdida de peso; y (5) un lapso en el comportamiento es normal y no indica fracaso.

Estos autores, concluyen que proporcionar educación sobre los temas antes mencionados es fundamental para empoderar al paciente en otro elemento esencial de la terapia, como un patrón de alimentación regular y una mayor variabilidad en la elección de alimentos y la mejora de la capacidad de desafiar las distorsiones cognitivas. También se han seleccionado ciertos conceptos de esta terapia para la elaboración del programa psicoeducativo de este trabajo (como la importancia de la regularidad en la alimentación o la supresión de las dietas).

Andrewes et al. (1996) crean el programa *DIET*, consistente en sesiones psicoeducativas computerizadas para pacientes con TCA, dando como resultado un aumento del conocimiento y actitudes con respecto a su enfermedad. Este programa comienza con la historia de una chica que sufre de AN y describe sus sentimientos y frustraciones en su búsqueda de una figura más delgada. El objetivo del programa es educar sobre AN y BN y desacreditar algunos de los mitos sobre el control de peso. Este programa trata varias áreas: (1) el peso es un indicador insuficiente de la pérdida de grasa, (2) los laxantes no son eficaces para perder grasa, (3) efectos adversos del vómito autoinducido, (4) efecto rebote de los diuréticos, (5) efectos de la inanición en el daño cerebral, (6) la influencia de los medios de comunicación en el ideal del cuerpo, (7) influencias familiares en la autoestima y la alimentación, (8) el punto de ajuste (*set point*), (9) mitos sobre el ejercicio en la pérdida de peso. De este programa se extrae la idea de hablar de la importancia de los medios de comunicación en la influencia de la imagen corporal.

Herpertz-dahlmann y Salbach-andrae (2008), en su programa psicoeducativo para familias con AN, incluyen los siguientes puntos: recomendaciones nutricionales estándar, necesidad de la ingesta de grasas para la absorción de vitaminas liposolubles, y consecuencias de la inanición para el metabolismo óseo. Los resultados de este estudio muestran que la mayoría (77%) de los participantes calificó la psicoeducación grupal como una forma útil de lidiar con el trastorno de su hijo y el 85% recomendaría a otros padres que participen en el programa. Así, concluyen

que la psicoeducación grupal para padres de adolescentes con trastornos alimentarios puede representar un método útil y económico en el tratamiento multimodal de los trastornos alimentarios.

Eisleret *al.* (2016) dividen su programa psicoeducativo para familiares con AN en varios apartados: psicoeducación en el tratamiento de la AN, psicoeducación sobre los efectos de la inanición en el funcionamiento físico y cognitivo, psicoeducación sobre las desventajas de la hospitalización y psicoeducación en los rasgos predisponentes de personalidad para el desarrollo de AN y comorbilidades. Concluyen que la psicoeducación no se trata solo de dar información, sino que también forma una parte clave del proceso de compromiso en el tratamiento, proporcionando una sensación de seguridad. Este trabajo se basa en este programa a la hora de hablar de las características de personalidad asociadas al TA.

Tilman et al. (2015) estudiaron la efectividad de un programa educativo de concienciación sobre los TCA dentro de un programa llamado «*NEDAwareness week*», con la participación de 136 estudiantes, y cuyos resultados indicaron que después de este programa educativo, la población informó de un mayor conocimiento de los recursos en el campus y mayor intención de búsqueda de ayuda para sí mismos o para un amigo. Este programa trató varios temas relacionados con los TCA, titulados: «*celebra nuestras tallas naturales*», «*hambriento por ser escuchado*», «*TCA y las secuelas de los abusos sexuales en la infancia*», «*TCA: vidas reales, historias reales*», «*viernes sin miedo: un día sin dietas*», «*poeta Slam*» y «*vigilia con velas*».

Por último, se presenta el programa *impulsE* de Preuss, Pinnow, Schnicker y Legenbauer (2017), para contrarrestar las conductas impulsivas relacionadas con el TA. Este programa constituye una referencia en nuestra investigación ya que es un programa psicoeducativo específico para el TA que ha avalado su eficacia. Por tanto, se ha seleccionado algún componente de éste como inspiración especialmente para la sesión relacionada con el control de la impulsividad (psicoeducación sobre la multicausalidad de los atracones, habilidades de regulación emocional y tolerancia a emociones negativas, indicadores de alerta temprana de alimentación desinhibida, pros y contras de la conducta impulsiva...). Los módulos de este programa incluyen los siguientes tópicos: «*psicoeducación y tratamiento*», «*modelo biopsicosocial de alimentación desinhibida*», «*habilidades de regulación de emociones*», «*inhibición de la interrupción*», «*inhibición de interferencia*», «*inhibición de la toma de decisiones impulsiva*», «*cómo interrumpir el impulso de comer*» y «*prevención de recaídas*».

No se debe pasar por alto que a lo largo de este trabajo y de forma intrínseca en todas las sesiones de este grupo psicoeducativo, se han utilizado técnicas de índole cognitivo-conductual, ya que han demostrado ser, además de una de las más estudiadas en toda la bibliografía existente sobre los TCA, una de las técnicas más eficaces en el manejo de estas patologías alimentarias, y en especial del TA (Cuadro y Baile, 2015; García, Antón y Martínez, 2016; Baile, 2014; Celis y Roca, 2011; Rutzstein, 2009). Así, por ejemplo, se han usado técnicas como el análisis de pensamientos disfuncionales relacionados con la alimentación, el uso de autorregistros, las autoinstrucciones o el análisis funcional del comportamiento impulsivo.

Sin embargo, hay otros autores que no encuentran los efectos beneficiosos de la psicoeducación en el tratamiento de los TCA, incluso se ha temido por sus efectos iatrogénicos, como muestran los estudios de O'Dea y Abraham (2000), quienes concluyen que la psicoeducación puede animar a la normalización de estos trastornos, o Mann et al. (1997), quienes creen que dar

información sobre los TCA puede dar lugar a reducir el estigma que hay contra ellos. A raíz de esto, surge un metaanálisis de Fingeret, Warren, Cepeda-Benito (2006), que demuestra que la psicoeducación no tiene efectos iatrogénicos en el tratamiento de estas patologías, y que no obstante, la psicoeducación tiene los mismos efectos que otro tipo de técnicas, como las cognitivo conductuales, en el aumento del conocimiento, la disminución de patología alimentaria y la insatisfacción corporal.

2.7. PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS PARA TDAH

En cuanto a los programas educativos para las personas con TDAH y/o sus familias, Montoya, Colom y Ferrin (2011) realizan una revisión sistemática de estudios comparativos de psicoeducación en TDAH. Encuentra siete estudios, diferenciándose si los programas psicoeducativos van dirigidos a los padres, a los niños-adolescentes o a los profesores. Se obtienen resultados positivos en los programas, como una mejora en el comportamiento de los padres, satisfacción tanto parental como de los niños, conocimiento del TDAH de los niños, opinión de los niños sobre el uso de la medicación y adherencia al tratamiento médico. Los autores concluyen que aunque la evidencia es limitada, el papel positivo de la psicoeducación y otras intervenciones educativas en niños y adolescentes con TDAH con respecto a varias medidas es respaldado por la mayoría de la literatura a la que se hace referencia en la revisión.

Carlsson *et al.* (2017) refiere que la psicoeducación no tiene el objetivo principal de reducir los síntomas centrales, sino que busca mejorar la funcionalidad del individuo afectado y aliviar la carga de los miembros de la familia. Su programa, llamado *Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS)*, es una intervención psicoeducativa de 8 sesiones que incluye a adultos con TDAH y sus parejas. El programa se basa en los principios generales de la terapia cognitivo conductual, la neuropsicología y la práctica clínica interdisciplinaria relacionada con el TDAH. El objetivo principal de la intervención es aumentar el conocimiento de los participantes sobre el TDAH, incluido el apoyo y las estrategias de tratamiento para facilitar el autocontrol óptimo del TDAH en la vida diaria. Las fases fueron las siguientes: (1) introducción en el TDAH en la edad adulta, (2) tratamiento farmacológico y psicológico, (3) factores relacionados con el estilo de vida: sueño, estrés, dieta y ejercicio, (3) estructura y estrategias para la vida diaria, (4) viviendo con TDAH, aceptación y cambio, (5) el TDAH y las relaciones, (6) el TDAH y el trabajo, y (7) servicios y apoyo proporcionados por la sociedad.

Los autores concluyeron que el programa de psicoeducación *PEGASUS* es una opción de tratamiento factible, eficaz y efectivo para aumentar el conocimiento sobre el TDAH y la satisfacción general con la vida. El programa psicoeducativo de esta tesis doctoral también basa parte de su primera y segunda sesión, correspondiente a la parte de aumento de conocimiento de los diferentes trastornos, en este programa específico para TDAH y desarrollado exclusivamente para la población que nos interesa, que es la población adulta.

Por su parte, Vidal *et al.* (2013) crea el primer estudio para evaluar la eficacia de la psicoeducación en adultos con TDAH con respuesta parcial al tratamiento farmacológico. Los contenidos del programa de psicoeducación fueron básicamente informativos: reconocimiento de síntomas (diagnóstico y características), síntomas positivos y negativos, comprensión del

trastorno (mitos y realidades en TDAH), factores causales y desencadenantes, información sobre el tratamiento farmacológico y psicológico, relajación, información sobre aspectos cognitivos y conductuales del TDAH y también una sesión con un miembro de la familia.

Los resultados indicaron que la psicoeducación es efectiva para reducir los síntomas centrales del TDAH (reduciendo los síntomas de hiperactividad e impulsividad y aumentando la atención) y los síntomas comórbidos de depresión y ansiedad. También nos hemos basado en ciertos componentes de este programa para la parte referente al TDAH de nuestro programa psicoeducativo.

Ferrin y Taylor (2013), llevan a cabo un programa psicoeducativo para familias de personas con TDAH, las cuales eran educadas en el trastorno en las primeras nueve sesiones, y al final, también se les daban unas breves estrategias de comportamiento para manejar el TDAH y reducir los comportamientos desafiantes. El autor concluye que la psicoeducación se tiene que ver, no como un sustituto, sino como un tratamiento complementario a la medicación.

Hill (2015), también crea un programa de educación para personas con TDAH, centrándose en varios puntos: (1) el TDAH es el extremo de un espectro de dificultades de atención, actividad y control de impulsos, (2) el TDAH rara vez se da solo (comorbilidades y problemas de conducta y aprendizaje), (3) el TDAH se basa en una disfunción neurológica, (4) el cerebro de los niños con TDAH muestra un retraso de 2 años en el crecimiento y desarrollo de la corteza fronto-parietal, (5) la investigación muestra que un niño con TDAH tiene problemas de motivación y de aprendizaje de la experiencia, (6) la medicación puede compensar parcialmente estas deficiencias en el desarrollo cerebral y el aprendizaje motivacional y (7) es útil ver el TDAH como algo que se interpone en el camino del éxito. Este programa ha servido de inspiración para el programa psicoeducativo de esta tesis doctoral, especialmente para las sesiones primera y segunda.

Hogue, Bobek y Evans (2014) también utilizan la psicoeducación para familiares de adolescentes con TDAH, dando información sobre los síntomas, curso del desorden, efectos en múltiples dominios (familia, escuela, compañeros) y diferencias individuales dentro del TDAH. El autor justifica el uso de la psicoeducación aludiendo al hecho de que este tipo de intervención mejora los efectos del tratamiento conductual y la adherencia al tratamiento tanto psicológico como farmacológico en muchos trastornos mentales como la depresión, el trastorno bipolar o los TCA.

Fields y Hale (2011) realizaron un estudio comparativo con jóvenes que participaron con sus padres en un programa psicoeducativo de cinco sesiones y los que recibieron el tratamiento habitual y estaban en lista de espera para la intervención. El programa constaba de los siguientes puntos: (1) ¿Qué es el TDAH?, (2) Habilidades de comunicación, (3) Gestión del comportamiento, (4) Resolución de problemas y (5) Manejo y revisión de la ira en la familia. Los resultados revelaron que los jóvenes de ambas condiciones mejoraron en los síntomas del TDAH y del funcionamiento escolar desde la perspectiva de los padres, aunque no hubo mejoras en el comportamiento de los niños desde la perspectiva del profesor. Los resultados sugieren que los padres de jóvenes con TDAH deberían participar en el proceso de tratamiento para maximizar la probabilidad de mejora, y además, que los grupos psicoeducativos son beneficiosos para ayudar a educar a los padres y jóvenes a gestionar el TDAH.

Thernlund y Poole (2009), hicieron un estudio comparando el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes con *atomoxetina* o mediante el tratamiento combinado de *atomoxetina* más psicoeducación. El programa psicoeducativo tenía como objetivo mejorar el conocimiento de los cuidadores sobre el TDAH para aumentar la conciencia de cómo ajustar el entorno al nivel funcional del niño, orientar sobre cómo promover la interacción entre padres e hijos mediante comportamientos positivos, introducir principios de modificación de conducta que se pueden aplicar en el manejo del comportamiento problemático del niño y orientar sobre el apoyo social y educativo disponible. Los resultados indicaron que el tratamiento con *atomoxetina* combinado con un programa educativo fue superior al placebo y psicoeducación en la mejora de los síntomas nucleares del TDAH.

En el ámbito académico los problemas de adaptación y, en particular, las dificultades en las relaciones sociales con los compañeros son extremadamente comunes en estudiantes con TDAH. Por ello, los componentes de los programas psicoeducativos relacionados con la mejora de las habilidades sociales y el autocontrol tienen en el escenario académico un objetivo de aplicación de primer orden.

A continuación se expone una tabla a modo resumen de los principales componentes de los programas psicoeducativos revisados tanto para los TCA como para el TDAH, y la relación de los componentes de alguno de estos programas con el creado para esta tesis doctoral:

Tabla 1. Componentes de los diferentes programas psicoeducativos para TCA/TDAH

PROGRAMA TCA / TDAH	COMPONENTES	PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Balestieri, Isola y Baiano (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • intervención nutricional • análisis de pensamientos y conductas relacionadas • entrenamiento en asertividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación nutricional. • Análisis de pensamientos y conductas relacionados con el trastorno alimentario.
Brewin et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • entrevista motivacional 	(consideración etapa del grupo)
Glasofer y Devlin (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • efectos nocivos de las purgas e ineficacia para perder peso • fluctuaciones normales de peso, rangos saludables de peso • regulación energética y cambio de peso • alimentación regular 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación nutricional. • Disminuir las conductas impulsivas y la frecuencia de los atracones.
Andrewes et al. (1996)	<ul style="list-style-type: none"> • peso como indicador insuficiente de la pérdida de grasa • laxantes ineficaces para perder grasa • efectos adversos del vómito autoinducido • efecto rebote de los diuréticos • efectos de la inanición en el daño cerebral • influencia de los medios de comunicación en el ideal del cuerpo • influencias familiares en la autoestima y la alimentación • <i>set point</i> • mitos sobre el ejercicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas físicos asociados a los atracones frecuentes. • Influencia de la moda y el entorno en nuestro propio concepto corporal. • Error compensatorio ejercicio.
Herpertz-dahlmann y Salbach-andrae (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • recomendaciones nutricionales • necesidad de grasas • consecuencias de la inanición 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación nutricional.

PROGRAMA TCA / TDAH	COMPONENTES	PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Eisler <i>et al.</i> (2016)	<ul style="list-style-type: none"> • psicoeducación sobre la inanición en el funcionamiento físico y cognitivo • psicoeducación sobre las desventajas de la hospitalización • psicoeducación en los rasgos predisponentes de personalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Los trastornos de conducta alimentaria (características de personalidad asociadas al trastorno por atracón)
Tilman <i>et al.</i> (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • «celebra nuestras tallas naturales» • «hambriento por ser escuchado» • «TCA y las secuelas de los abusos sexuales en la infancia» • «TCA: vidas reales, historias reales» • «viernes sin miedo: un día sin dietas» • «poeta Slam» • «vigilia con velas». 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencia de la moda y el entorno en nuestro propio concepto corporal. • Análisis de pensamientos y conductas relacionados con el trastorno alimentario. • Causas de los atracones. Multicausalidad (bio-psico-social). • Educación nutricional.
Preuss, Pinnow, Schnicker y Legenbauer (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • psicoeducación • modelo biopsicosocial de alimentación desinhibida • habilidades de regulación de emociones • inhibición de la interrupción • inhibición de interferencia • inhibición de la toma de decisiones impulsiva • cómo interrumpir el impulso de comer • prevención de recaídas 	<ul style="list-style-type: none"> • Los trastornos de conducta alimentaria • Causas de los atracones. Multicausalidad (bio-psico-social). • Aceptar las emociones negativas desde una perspectiva subjetiva. • Relación entre impulsividad y alimentación desinhibida. • Disminuir las conductas impulsivas y la frecuencia de los atracones. • Análisis de comportamiento e indicadores de alerta temprana de episodios de atracón.
Carlsson <i>et al.</i> (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • introducción TDAH en la edad adulta • tratamiento farmacológico y psicológico • estilo de vida • estructura y estrategias para la vida diaria • aceptación y cambio • TDAH y relaciones • TDAH y trabajo • servicios y apoyo disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al TDAH • Tratamiento farmacológico y psicológico. • Estilo de vida. • Estrategias en la vida cotidiana. • Aceptación y cambio. • TDAH en las relaciones. • TDAH en el trabajo.
Vidal <i>et al.</i> (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • reconocimiento de síntomas • síntomas positivos y negativos • comprensión del trastorno • factores causales y desencadenantes • tratamiento farmacológico y psicológico • relajación • aspectos cognitivos y conductuales • sesión con miembro de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al TDAH • Etiopatogenia TDAH • Tratamiento farmacológico y psicológico. • Mindfulness
Ferrin y Taylor (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • psicoeducación extensa • estrategias de manejo conductual 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al TDAH • Estructura y estrategias en la vida cotidiana para el TDAH.

PROGRAMA TCA	COMPONENTES	PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
Hill (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • TDAH como extremo de un espectro de dificultades • comorbilidades y problemas de conducta y aprendizaje • disfunción neurológica • problemas de motivación y de aprendizaje de la experiencia • fármacos • interposición del TDAH 	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidad entre TA y TDAH. Estudios recientes. Implicaciones clínicas. • Etiopatogenia • Tratamiento farmacológico y psicológico.
Hogue, Bobek y Evans (2014)	<ul style="list-style-type: none"> • síntomas • curso • efectos en familia, escuela y compañeros • diferencias individuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al TDAH • TDAH en las relaciones. • TDAH en el trabajo.
Fields y Hale (2011)	<ul style="list-style-type: none"> • concepto TDAH • Habilidades de comunicación • Gestión del comportamiento • Solución de problemas • Manejo familiar de la ira 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al TDAH • Estructura y estrategias en la vida cotidiana para el TDAH.
Thernlund y Poole (2009)	<ul style="list-style-type: none"> • ajuste de entorno • interacción entre padres e hijos • modificación de conducta • orientación sobre apoyo social y educativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura y estrategias en la vida cotidiana para el TDAH.

En la revisión bibliográfica precedente hemos podido comprobar que existen multitud de estudios que avalan la eficacia de la psicoeducación, y en particular de programas psicoeducativos, en la mejora del estado de salud de personas afectadas por TCA y por TDAH, de forma independiente, pero ninguno implementado para la mejora del estado de salud en la co-morbilidad de ambos trastornos.

Considerando la necesidad de mejorar el conocimiento acerca del TDAH y TA comórbidos, y en particular de la psicoeducación para la mejora de salud en personas afectadas por ambos trastornos, se decide realizar esta tesis doctoral con el objetivo de estudiar la influencia de un programa psicoeducativo en el estado de salud de personas afectadas por este doble trastorno. Para ello se han formado dos grupos: un grupo experimental que recibe el programa psicoeducativo, y otro grupo que no recibe dicho tratamiento, y actúa como grupo control.

Asimismo, se estudian también los factores que influyen en la adquisición, el mantenimiento y la mejora de conductas disfuncionales, sobre todo de tipo impulsivo, bajo la premisa de que si aumenta el conocimiento de los pacientes sobre estas patologías, aumenta la motivación al cambio y esto da lugar a modificar conductas desadaptativas de tipo impulsivo, como los atracones o las conductas impulsivas propias del TDAH como las intromisiones, mejorando la calidad de vida de estas personas.

3. OBJETIVOS Y FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA Y METODOLÓGICA



3. OBJETIVOS Y FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA Y METODOLÓGICA

3.1. OBJETIVOS:

El objetivo fundamental de este trabajo será llevar a cabo un programa psicoeducativo para mejorar el estado de salud de las personas que participen en él. Especificando los objetivos, con nuestro trabajo se intentará:

3.1.1. Objetivo principal:

Mejorar la sintomatología alimentaria global de los pacientes con TA + TDAH que participen en un programa psicoeducativo.

3.1.2. Objetivos Específicos:

- 3.1.2.1. Aumentar el conocimiento acerca del TDAH en las personas con TA + TDAH tras la realización de un programa psicoeducativo.
- 3.1.2.2. Aumentar el conocimiento acerca del TA en las personas con TA + TDAH tras la realización de un programa psicoeducativo.
- 3.1.2.3. Aumentar la motivación al cambio en personas con TA + TDAH tras la realización de un programa psicoeducativo.
- 3.1.2.4. Disminuir la impulsividad cognitiva, motora, no planificada y total en personas con TA + TDAH tras la realización de un programa psicoeducativo.
- 3.1.2.5. Aumentar la satisfacción corporal en personas con TA + TDAH tras la realización de un programa psicoeducativo.
- 3.1.2.6. Mejorar la conducta alimentaria y la gravedad sintomática, disminuyendo el número de atracones, en personas con TA + TDAH tras la realización de un programa psicoeducativo.
- 3.1.2.7. Disminuir el desajuste psicológico general de las personas con TA + TDAH tras la realización de un programa psicoeducativo.
- 3.1.2.8. Disminuir la ansiedad de las personas con TA + TDAH tras la realización de un programa psicoeducativo.

3.2. VARIABLES

3.2.1. Variable independiente:

- Participación en un programa psicoeducativo

3.2.2. Variables dependientes:

- 3.2.2.1. Conocimiento TDAH
- 3.2.2.2. Conocimiento TA
- 3.2.2.3. Motivación al cambio.
- 3.2.2.4. Impulsividad
- 3.2.2.5. Satisfacción corporal
- 3.2.2.6. Número de atracones
- 3.2.2.7. Ansiedad
- 3.2.2.8. Desajuste psicológico
- 3.2.2.9. Mejoría global sintomática

3.2.3. Variables controladas:

- 3.2.3.1. Edad
- 3.2.3.2. Género
- 3.2.3.3. Diagnóstico de TCA
 - Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR)
 - Anorexia Nerviosa Purgativa (ANP)
 - Bulimia Nerviosa (BN)
 - Trastorno de atracones (TA)
- 3.2.3.4. Tratamiento farmacológico
 - Tomando fármacos para el TDAH en la actualidad
 - No tomando fármacos para el TDAH en la actualidad
 - Tomando fármacos para el TA en la actualidad
 - No tomando fármacos para el TA en la actualidad
- 3.2.3.5. Tratamiento psicoterapéutico
 - Recibiendo tratamiento psicoterapéutico para el TA en la actualidad
 - No recibiendo tratamiento psicoterapéutico para el TA en la actualidad
 - Recibiendo tratamiento psicoterapéutico para el TDAH en la actualidad
 - No recibiendo tratamiento psicoterapéutico para el TDAH en la actualidad

3.3. HIPÓTESIS:

3.3.1. Hipótesis Principal:

Los pacientes con TA + TDAH mostrarán mejoría en la sintomatología alimentaria global tras participar en un programa psicoeducativo respecto a los que no hayan participado en este programa.

3.3.2. Hipótesis Secundarias:

- 3.3.2.1. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) mostrarán un mayor conocimiento sobre las características del TDAH.
- 3.3.2.2. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) mostrarán un mayor conocimiento sobre las características del TA.
- 3.3.2.3. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) mostrarán una mayor motivación al cambio.
- 3.3.2.4. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) presentará menos impulsividad cognitiva, motora, no planificada y total en comparación con los participantes del grupo control.
- 3.3.2.5. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) verá aumentada su satisfacción corporal en comparación con los participantes del grupo control.
- 3.3.2.6. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) mejorarán su conducta alimentaria, reduciendo el número de atracones en comparación con los participantes del grupo control.
- 3.3.2.7. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) presentará menor desajuste psicológico general en comparación con los participantes del grupo control.
- 3.3.2.8. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) presentará menos ansiedad en comparación con los participantes del grupo control.

3.4. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA:

Teniendo en cuenta los antecedentes científicos de esta investigación, consideramos apropiada la aproximación cuantitativa.

Utilizamos una metodología cuasi experimental, en la que analizamos los resultados de los grupos experimentales y los comparamos con el grupo control, a través de dos mediciones, una medida pre test y una medida pos test al finalizar el programa.

Las medidas postest son tomadas a todos los participantes (tanto del grupo experimental como del grupo control) a las 6 semanas de haber tomado las medidas pretest (coincidiendo con la duración del programa psicoeducativo) para evitar mejorías o empeoramientos debido al paso del tiempo.

3.4.1. Diseño

Se realiza un ensayo controlado aleatorizado unicéntrico. Se trata de un diseño experimental con grupo control, pre- y post-intervención. Para ello, y considerando el número limitado de personas que deben de formar parte en un grupo con el que se aplique el programa psicoeducativo, se formarán tres grupos de personas que padezcan un TA + TDAH. Dos de los grupos (grupos experimentales) participarán en el programa psicoeducativo en dos momentos diferentes y sin que ambos tengan ningún contacto entre ellos, persiguiendo de esta manera mejorar la validez interna en la investigación. El tercer grupo no recibirá dicho tratamiento y actuará como control.

3.4.2. Participantes

La población objeto de estudio la constituirán todos los pacientes mayores de 18 años que padezcan un TA y que estén en la actualidad siendo tratados en la unidad de adultos de trastornos de conducta alimentaria (UTCA) del hospital San Jorge de Huesca, ya que sólo existe una unidad especializada en estos trastornos para población mayor de edad, no existiendo en Huesca una de población infanto-junvenil.

Serán los psiquiatras de la unidad los que hayan diagnosticado previamente a cada sujeto (según los criterios de la International Classification of Diseases, 10ª revisión (CIE-10) y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) y los hayan incluido en el servicio de atención a personas con trastornos alimentarios.

El modo de selección de la muestra correspondería a un muestreo no probabilístico de tipo discrecional, donde el investigador selecciona a los participantes según su criterio profesional, en este caso, sólo selecciona a aquellas personas que padecen un TA.

Como se va a seleccionar solo a población adulta, se excluyen todas aquellas personas que tengan menos de 18 años.

A las personas que acuden a la primera entrevista con psiquiatría y allí son diagnosticados de TA, se solicita que cumplimenten los cuestionarios escala de auto-reporte de síntomas de TDAH en adultos (WURS en adelante) y la Wender-UTAH Rating Scale (ASRS.V1.1 en adelante) para seleccionar (además de mediante entrevista) los participantes que además de TA, padecen o han padecido un TDAH.

Al haber seleccionado la muestra en la primera entrevista con psiquiatría, nos aseguramos de que las personas no están recibiendo ningún tratamiento farmacológico ni psicológico, haciendo así los grupos equivalentes con respecto a estas variables.

Dentro de esta primera visita con psiquiatría, a las personas diagnosticadas tanto de TA como de TDAH, se les ofrece la posibilidad de participar en un programa psicoeducativo para estas patologías. En esa primera visita, se explica el objetivo del programa, su duración y el encuadre, y se resuelve cualquier duda que los candidatos pudieran tener.

Si aceptan participar en el programa, se les facilita la cumplimentación del resto de test (que se describen en el apartado «instrumentos» de este trabajo) para obtener la línea base y se informa de que se les avisará telefónicamente para concretar la fecha de inicio. Igualmente, se les ofrece un contacto para resolver cualquier duda que pudieran tener.

Previamente a la intervención psicoeducativa, se forman tres grupos mediante asignación aleatoria: dos grupos experimentales formados por 10 personas cada grupo que participan en el programa y un grupo de 20 personas que no participa y actúa como control, padeciendo ambos tanto un TA como un TDAH.

En cuanto a la mortandad experimental, un participante de cada grupo experimental abandona el grupo antes de su finalización. El participante del grupo experimental 1 abandona el grupo en la tercera sesión por motivos laborales y el participante del grupo experimental 2 abandona el grupo en la cuarta sesión sin justificación. Por lo tanto, finalmente ambos grupos experimentales cuentan con 9 participantes cada uno.

A las seis semanas de cumplimentar los cuestionarios, tanto los grupos experimentales como el grupo control, cumplimentan los mismos test para obtener una medida posterior.

3.4.2.1. Criterios de inclusión

- Ser mayor de 18 años
- Pertener a la UTCA del Hospital San Jorge de Huesca
- Padecer un TA + TDAH
- Lectoescritura
- Si extranjero, nivel alto de castellano hablado y escrito
- Aceptar recibir tratamiento grupal durante 6 semanas
- Capacidad para dar su consentimiento de participación en el programa.

3.4.2.2. Criterios de no inclusión

- Ser menor de 18 años
- No padecer o TA o TDAH
- Problemas de comprensión del lenguaje español
- Presencia de un trastorno mental grave
- Haber sufrido abuso sexual en la infancia.

3.4.2.3. Criterios de exclusión

- Intoxicación por alcohol u otras drogas
- Problemas graves de conducta

3.4.2.4. Análisis descriptivo

Tabla 2. Distribución de la edad y el género en los grupos de participantes.

	n/%	GÉNERO		EDAD			
		Hombre	Mujer	media	Desv. típ	Mediana	Q3-Q1
Grupo Control	20 (52,63%)	1 (20%)	19 (57,57%)	47,85	12,99	49	44,75-54
Grupo Experimental-1	9 (23,68%)	2 (40%)	7 (21,21)	49,33	7,23	50	44-52
Grupo Experimental-2	9 (23,68%)	2 (40%)	7 (21,21)	49,55	11,08	50	57-53
Total	38 (100%)	5 (100%)	33 (100%)	48,61	11,19	49,50	44,25-53

El 100% de los pacientes están diagnosticados de TA.

El 100% de los pacientes no toma fármacos para el TA ni para el TDAH.

El 100% de los pacientes no recibe tratamiento psicológico para el TA ni para el TDAH.

3.4.3. Instrumentos

Para la evaluación pretest-postest en el estudio de implementación del programa psicoeducativo, se utilizarán los siguientes instrumentos:

- **Versión Española del EatingAttitudes Test (EAT-40) de Garner y Garfinkel (1979)**

El EAT-40 es un test diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos (Barrera 2016).

Es una herramienta autoaplicada de 40 ítems que se agrupan en 7 factores diferentes:

- Preocupación por la comida
- Imagen corporal con tendencia a la delgadez
- Uso y/o abuso de laxantes y presencia de vómitos
- Restricción alimentaria
- Comer lentamente
- Comer clandestinamente
- Presión social percibida para aumentar peso

Este test ha sido uno de los utilizados en este trabajo para verificar o refutar la hipótesis principal concerniente a la mejora de la sintomatología alimentaria global de las personas que participaron en el programa (junto con la escala de impresión clínica global y el «índice de riesgo de TCA» del test EDI-3).

- **Eating Disorder Inventory (EDI-3) de Garner (2010)**

El EDI-3 es el inventario más utilizado para la evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria (Barrera, 2016).

En el EDI-3, los ítems se encuentran organizados en 12 escalas entre las que pueden distinguirse tres escalas específicas de trastornos alimentarios, denominados «de riesgo»:

- Insatisfacción corporal
- Bulimia
- Búsqueda de Delgadez

Y además, nueve escalas de características psicopatológicas asociadas a los trastornos alimentarios:

- Baja Autoestima. Evalúa la interpretación negativa que el sujeto realiza de sí mismo.
- Alienación Personal. Evalúa un dominio de conceptos en relación con la sensación de vacío emocional, soledad y sensación de no comprenderse a sí mismo.
- Inseguridad Interpersonal. Valora la incomodidad y la reticencia que siente el sujeto ante las relaciones sociales. Se centra específicamente en evaluar las dificultades para expresar los sentimientos, en relacionarse o aislarse de los otros.
- Desconfianza Interpersonal. Evalúan la falta de confianza ante las relaciones sociales.
- Déficit Interoceptivos. Evalúa la incapacidad para reconocer con precisión los sentimientos y estados emocionales y para responder ante ellos. Alude también a la dificultad de algunas personas para conectar con las señales del cuerpo que indican que está teniendo lugar una emoción (por ejemplo, sentir que tenemos los músculos tensos o que nos late rápido el corazón, es un indicativo de que podemos estar sintiendo ansiedad), y al no ser conscientes de esas sensaciones corporales, se dificulta el poder identificar el estado emocional con precisión.
- Desregulación Emocional. Evalúa la tendencia del sujeto hacia la inestabilidad emocional, la impulsividad, la temeridad y la autodestrucción. Puntuaciones altas se han visto relacionadas con problemas de abuso de alcohol, de drogas o ambos. Puntuaciones elevadas en esta escala hablan de una alta impulsividad y baja tolerancia a la frustración (Barrera, 2016).
- Ascetismo. Mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la autosuperación y el control de las necesidades corporales.
- Perfeccionismo. Alude a la tendencia de querer mejorar indefinidamente uno o varios aspectos de la vida.
- Miedo a Madurar. Evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia.

En este test existe un índice de segundo orden, fruto de la combinación de todas las escalas psicológicas del cuestionario. El objetivo de este índice es mostrar el «Desajuste psicológico general» (GPMC) de las personas evaluadas, considerándose que este índice podría tener un valor predictivo respecto de los tratamientos o/e indicar niveles elevados de psicopatología (Garner, 2010).

ESCALAS	ÍNDICES	
Obsesión por la delgadez (DT)		
Bulimia (B)		Riesgo de TCA (EDRC)
Insatisfacción corporal (BD)		
Baja autoestima (LSE)	Ineficacia (IC)	
Alienación personal (PA)		
Inseguridad interpersonal (II)	Problemas Interpersonales (IPC)	
Desconfianza interpersonal (IA)		
Déficit interoceptivos (ID)	Problemas Afectivos (APC)	Desajuste Psicológico General (GPMC)
Desajuste emocional (ED)		
Perfeccionismo (P)		
Ascetismo (A)	Exceso de Control (OC)	
Miedo a la madurez (MF)		

El test EDI-3 ha sido utilizado para verificar o refutar varias hipótesis de este trabajo: la hipótesis referente al aumento de la satisfacción corporal (junto con el test Body Shape Questionnaire), la hipótesis que alude a la disminución del número de atracones (junto con el ítem 27 del Test de Bulimia de Edimburgo), la hipótesis sobre la disminución del desajuste psicológico general de los pacientes y por último, la hipótesis principal de este trabajo, concerniente a la mejora de la sintomatología alimentaria global de los participantes del programa (junto con el test EAT-40 y la escala de impresión clínica global).

• Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) de Henderson y Freeman (1987)

El BITE es un cuestionario autoadministrado diseñado para identificar a sujetos con síntomas bulímicos (BN o Conductas Purgativas) que se realiza en 10 minutos o menos (Barrera, 2016).

Consta de 36 ítems, agrupados en 2 subescalas:

- Escala de síntomas
- Escala de gravedad

Este test ha sido utilizado para verificar o refutar la hipótesis que alude a la disminución del número de atracones (junto con la escala «síntomas bulímicos» del test EDI-3).

• Cuestionario Sobre la forma corporal (Body Shape Questionnaire) (BSQ) de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987)

El Body Shape Questionnaire o cuestionario de la forma corporal de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn de 1987, es un cuestionario autoadministrado que evalúa la insatisfacción corporal,

miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia física, deseo de perder peso y evitar situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los otros (Barrera, 2016).

El cuestionario consta de 34 ítems que se contestan a través de una escala Likert de 6 niveles de respuesta (1:«nunca»- 6:«siempre»). A partir de la puntuación total obtenida es posible establecer cuatro grados de preocupación con la imagen corporal (Barrera, 2016):

- No preocupado (puntuación < 81)
- Leve preocupación (puntuación entre 81 y 110)
- Preocupación moderada (puntuación entre 111 y 140)
- Preocupación extrema (puntuación > 140)

Este test ha sido utilizado para verificar o refutar la hipótesis que alude al aumento de la satisfacción corporal (junto con la escala «insatisfacción corporal» del test EDI-3).

• **11ª Versión de la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)**

La 11ª versión de la Escala de Barratt es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de impulsividad. Fue diseñada por Barratt y ha sido validada por Oquendo y cols. (Barrera, 2016):

Su aplicación es autoadministrada. Consta de 30 cuestiones, agrupadas en tres subescalas:

- Impulsividad cognitiva
- Impulsividad motora
- Impulsividad no planificada

Este test ha sido utilizado para verificar o refutar la hipótesis sobre disminución de impulsividad cognitiva, motora, no planificada y total de los participantes del programa.

• **Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en adultos (ASRS-V1.1)**

Es un instrumento autoaplicado de screening para detectar adultos con TDAH. Consta de 18 ítems que miden síntomas actuales de TDAH, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este instrumento se ha utilizado exclusivamente para el cribado y de participantes del trabajo, ya que un requisito fundamental es que los participantes padezcan o hayan padecido un TDAH.

• **Validación Española de la Wender-UTAH Rating Scale (WURS)**

Desarrollado para el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 61 ítems, los cuales recogen:

- Información sobre conductas, estado de ánimo, problemas de relación con familiares, compañeros y figuras de autoridad.
- Información sobre problemas médicos
- Información sobre problemas escolares y académicos

De la misma manera que sucede con el test anterior, este test sólo se ha utilizado para seleccionar pacientes candidatos al programa de este trabajo, por ser condición indispensable padecer o haber padecido un TDAH.

- **Cuestionario de Ansiedad Rasgo/Estado (STAI) de Spielberg y Cols. (1973, 1982)**

El STAI es un autoinforme compuesto por 40 ítems diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad:

- Ansiedad como estado (condición emocional transitoria)
- Ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

Este test ha sido utilizado para verificar o refutar la hipótesis concerniente a la disminución de la ansiedad de los participantes del programa.

- **Escala de Impresión Clínica Global (CGI) de Guy (1976)**

El CGI fue desarrollado para proporcionar una breve evaluación del clínico sobre el funcionamiento global del paciente antes y después de iniciar un tratamiento. Proporciona una medida general determinada por el clínico que tiene en cuenta toda la información disponible, incluyendo el conocimiento de la historia del paciente, circunstancias psicosociales, síntomas, comportamiento y el impacto de los síntomas sobre el funcionamiento del paciente (Busner y Targum, 2007).

El CGI consta de dos subescalas que evalúan gravedad de la enfermedad y mejoría global en una escala de 7 puntos:

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI):

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI):

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento).

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

Esta escala ha sido utilizada para verificar o refutar la hipótesis sobre la mejora de la sintomatología alimentaria global, junto con el test EAT-40 y el «índice de riesgo de TCA» del test EDI-3.

• **Encuesta de satisfacción**

SATISFACCION CON EL RESULTADO DEL GRUPO		SI	NO
1.	¿La información previa sobre el grupo fue la adecuada?		
2.	¿Las salas y los equipos utilizados le parecieron correctos?		
3.	¿El número de sesiones le parecieron adecuados?		
4.	¿El día y la hora de la sesión le parecieron adecuados?		
5.	¿Los medios utilizados le parecieron correctos?		
6.	¿El ritmo de las sesiones le parecieron adecuados?		
7.	¿El contenido de estas sesiones le parecieron adecuados?		
8.	¿Las tareas para casa le parecieron adecuadas?		
9.	¿La labor de los terapeutas le pareció adecuada?		
10.	¿La conducción de los grupos le parece que ha sido la correcta?		
11.	¿Se ha sentido a gusto con el resto de pacientes?		

Dígame algunas de las conclusiones que ha sacado de la esta terapia, y como le puede ayudar en su vida.

Otros aspectos no reseñados en los apartados anteriores.

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) los conocimientos adquiridos acerca del TDAH tras haber participado en este programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) los conocimientos adquiridos acerca del TA tras haber participado en este programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) el grado de motivación para cambiar conductas disfuncionales que usted siente tras haber participado en este programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) la satisfacción global con los resultados de la terapia.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) la satisfacción global con el resto de los participantes en la terapia.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) la satisfacción global con la labor de los terapeutas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ayúdenos a mejorar cara al futuro. ¿Qué aspectos modificaría cara a posteriores grupos?

Esta encuesta ha sido utilizada en este trabajo para examinar las hipótesis concernientes al aumento de conocimiento sobre el TA y el TDAH y el aumento de motivación al cambio de los participantes del programa (además de tener el propósito de servir como guía para mejorar el programa de cara a futuras aplicaciones).

3.4.4. Ámbito y procedimiento

El lugar donde se contextualiza esta tesis doctoral es en el Hospital San Jorge de Huesca, dentro de su unidad de trastornos de conducta alimentaria.

El hospital San Jorge de Huesca, crea su unidad de TCA en el año 2000, atendiendo desde entonces a una cifra de alrededor de 400 casos de adultos con este tipo de patologías.

El protocolo de admisión en el hospital es el siguiente:

En primer lugar, el médico de atención primaria detecta un caso de posible TCA y lo deriva a la unidad de salud mental. Ahí, el equipo de enfermería especialista en salud mental valora inicialmente el caso, y si sospecha de la presencia de esta patología, lo deriva a psiquiatría para su diagnóstico mediante entrevista semi-estructurada.

En caso de diagnosticarse un TCA, se procede a la aplicación de test psicodiagnósticos para explorar otros procesos psicopatológicos comórbidos (personalidad, sintomatología ansiosa o depresiva, etc.).

Una vez dentro de la unidad, se realiza un seguimiento por parte de psiquiatría y psicología del caso.

El reclutamiento de los pacientes ha tenido lugar durante la primera visita con psiquiatría de la unidad de trastornos de conducta alimentaria del Hospital San Jorge de Huesca, seleccionando a los pacientes a los que se les diagnostique un TA, y además cumplan criterios de TDAH según la puntuación obtenida en los test WURS o ASRS.V1.1.

En cuanto al procedimiento de aplicación del programa psicoeducativo, se detalla el contenido de las sesiones en el ANEXO 8.4.

Las sesiones tienen lugar a razón de una sesión por semana, de 90 minutos de duración, y son dirigidas por dos residentes de psicología clínica del hospital San Jorge de Huesca, que ejercen de terapeuta y co-terapeuta. Además, también participan en una de las sesiones dedicada a educación nutricional, dos alumnas de 4º curso del grado de nutrición humana y dietética de Huesca. Estas sesiones son llevadas a cabo en la sala de juntas del Hospital San Jorge de Huesca.

A continuación, se expone de forma esquemática el cronograma de aplicación del programa psicoeducativo que se ha seguido en este trabajo:

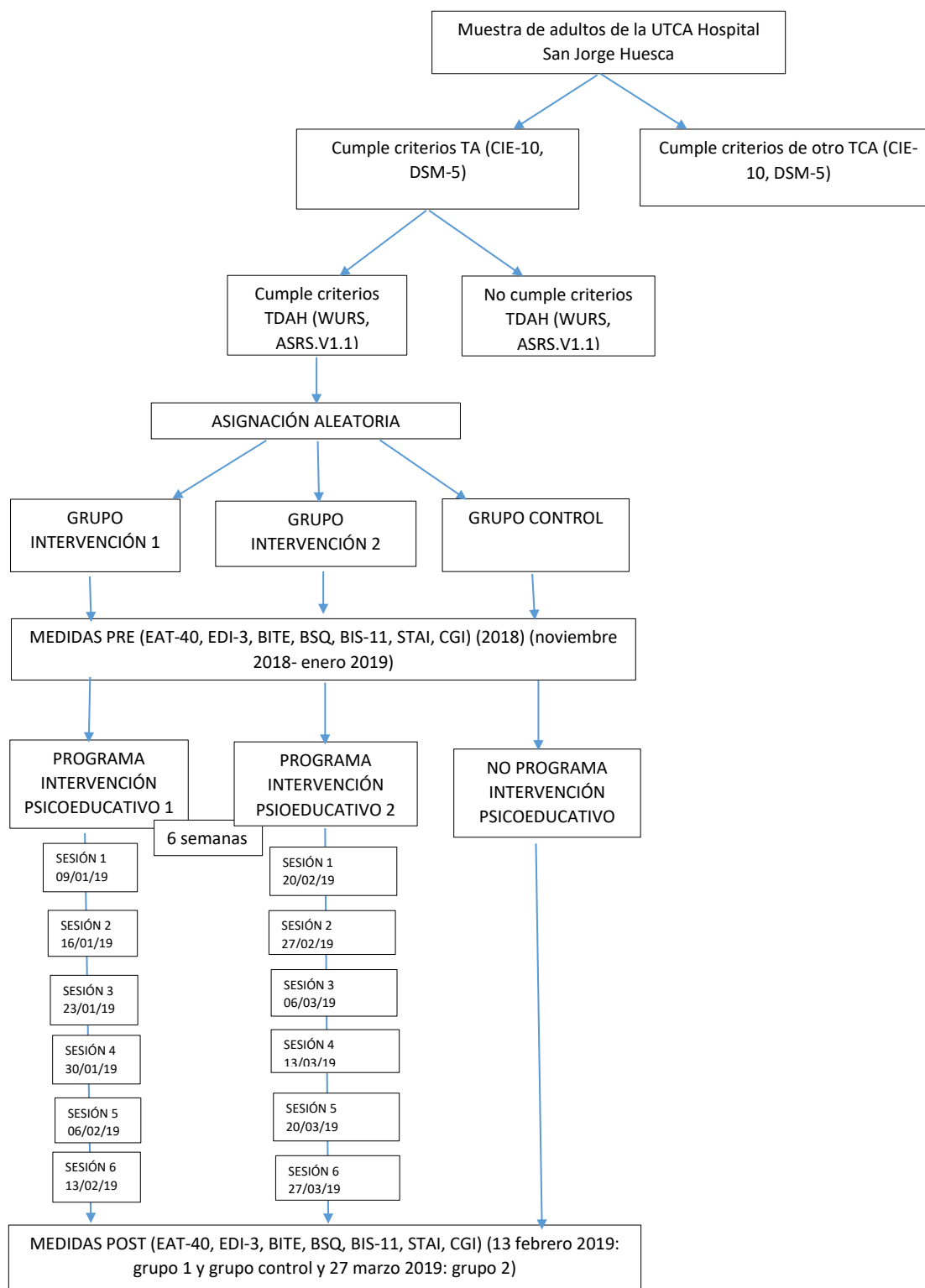


Figura 1. Cronograma de aplicación del programa psicoeducativo para pacientes con TA + TDAH del Hospital San Jorge de Huesca.

Una vez obtenida la muestra, se informa a todos los pacientes sobre el estudio, sus objetivos, la importancia de la investigación en el campo que tratamos, y se les pasa un escrito de

consentimiento informado para que firmen si están de acuerdo en participar en él. Este documento de información para el paciente está aceptado por el comité ético de investigación clínica de Aragón con resolución favorable de fecha 4 de julio de 2018 (CEICA).

A continuación, se procede a la cumplimentación de los test psicodiagnósticos que hemos detallado en el apartado «instrumentos» dentro de la fundamentación metodológica. Esta cumplimentación tiene una duración aproximada de 1,5 horas, realizándose la totalidad de los cuestionarios en una sola sesión, y tiene lugar en una sala anexa a la consulta de psiquiatría de trastornos de conducta alimentaria del hospital San Jorge de Huesca, donde los participantes pueden llevar a cabo esta labor de forma individual y anónima.

A continuación, se procede a la implementación de este programa con las personas que hayan resultado padecer tanto un TCA como un TDAH, formando dos grupos (control y experimental) mediante un ensayo controlado aleatorizado.

El formato elegido para hacer la intervención es el formato grupal. La psicoterapia de grupo es un tratamiento eficaz –al menos tan eficaz como la psicoterapia individual- a la hora de tratar diversos trastornos psicológicos (Vinogradov y Yalom, 1996).

Tabla 3. Contenido y objetivos de las sesiones del grupo psicoeducativo.

SESIONES	CONTENIDO	OBJETIVOS
SESIÓN 1: LOS TCA, EL TDAH Y SU COMORBILIDAD (Parte 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del programa psicoeducativo a los asistentes. Objetivos del programa tanto a nivel psicoeducativo como investigador. • Lectura por parte de los asistentes de las normas de participación así como de la confidencialidad. • Breve presentación de cada miembro. • Los trastornos de conducta alimentaria. • El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. • Comorbilidad entre TA y TDAH. Estudios recientes. Implicaciones clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el programa psicoeducativo, así como sus normas de participación. • Presentación de los integrantes del grupo y del equipo terapéutico. • Aumentar el conocimiento sobre los diversos TCA, especialmente del TA. • Aumentar el conocimiento sobre el TDAH. • Aumentar el conocimiento sobre la comorbilidad entre los TCA y el TDAH y sus implicaciones clínicas.
SESIÓN 2: LOS TCA, EL TDAH Y SU COMORBILIDAD (Parte 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento farmacológico y psicológico del TDAH. • Factores del estilo de vida y TDAH. • Estructura y estrategias en la vida cotidiana para el TDAH. • Vivir con TDAH: aceptación y cambio. • TDAH en las relaciones. • TDAH en el trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los tipos de tratamiento eficaces para el TDAH • Promover un estilo de vida saludable conociendo la influencia de los buenos hábitos en la sintomatología del TDAH • Aprender estrategias cognitivas de manejo de síntomas del TDAH • Compartir con el grupo cómo es vivir con TDAH y las implicaciones de ello en las distintas esferas vitales

SESIONES	CONTENIDO	OBJETIVOS
SESIÓN 3: LOS TCA, EL TDAH Y SU COMORBILIDAD (Parte 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Educación nutricional. • Análisis de pensamientos y conductas relacionados con el trastorno alimentario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover unos hábitos alimentarios saludables. • Aumentar el conocimiento de la nueva pirámide de alimentación y conocer el «Plato Harvard». • Aprender a detectar pensamientos disfuncionales relacionados con el TCA, así como sus antecedentes y sus consecuencias. • Aprender a manejar el uso de autorregistros para aumentar el control.
SESIÓN 4: LA IMPULSIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Relación entre impulsividad y alimentación desinhibida. • Disminuir las conductas impulsivas y la frecuencia de los atracones. • Fortalecer la percepción de reacciones impulsivas mediante análisis de comportamiento e indicadores de alerta temprana de episodios de atracón. • Aceptar las emociones negativas desde una perspectiva subjetiva. • Aprender una respuesta contraria que compita con un episodio de ingesta compulsiva. • Asumir la responsabilidad de las propias acciones, sopesar los pros y contras cuando se decida comer. • Las autoinstrucciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la relación existente entre el rasgo impulsividad y los trastornos de TDAH y TA. • Disminuir las conductas impulsivas y la frecuencia de los atracones • Reforzar la percepción de reacciones impulsivas mediante el análisis de comportamiento. • Aprender a tolerar las emociones negativas. • Aprender una respuesta contraria que compita con un episodio de atracón.
SESIÓN 5: LA AUTOESTIMA	<ul style="list-style-type: none"> • Árbol de mi autoestima. • Dibujo de las tortugas. • Anuncio publicitario. • Espejo mágico. • «Caricias» interpersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el concepto de autoestima así como elementos importantes en su formación. • Mejorar el autoconcepto y la autovaloración de los participantes. • Aprender a reconocer las propias cualidades a través de la reflexión y los mensajes de los demás. • Tomar conciencia de las cualidades y logros de los que poder sentirse orgulloso.

SESIONES	CONTENIDO	OBJETIVOS
SESIÓN 6: SATISFACCIÓN CORPORAL	<ul style="list-style-type: none">• Información de la psicología de la apariencia. Historia de la apariencia personal. Influencia de la moda y el entorno en nuestro propio concepto corporal.• ¿Cómo saber si sufro del trastorno de la imagen corporal? Evaluación perceptiva, subjetiva y comportamental.• Mejorar la manera de pensar acerca del cuerpo.• Mejorar los sentimientos que nos produce la percepción y los pensamientos que tenemos acerca del cuerpo.• Recapitulación, despedida y cierre.	<ul style="list-style-type: none">• Conocer la evolución histórica que explica los trastornos relacionados con la imagen corporal.• Saber si padezco un problema relacionado con mi imagen corporal.• Aumentar la satisfacción corporal.

3.4.5. Análisis de datos

Se realiza en primer lugar un análisis descriptivo de las variables a estudio, incluyendo los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Para variables cualitativas se aportan frecuencias relativas (%) y absolutas (n). Para variables cuantitativas, el cálculo de tendencia central y dispersión considerando el tipo de escala de medida de intervalo/razón u ordinal de las variables: media o mediana, y desviación típica o rango intercuartílico, respectivamente. Para el estudio de la distribución normal de las variables, fue utilizado el Test de Shapiro Wilks, considerando el tamaño reducido de la muestra.

La relación entre variables cualitativas se evaluó con el test Chi-Cuadrado o con el test de Fisher si no se cumplían las condiciones para aplicar Chi Cuadrado. Para valorar el tamaño del efecto se aporta el estadístico V de Crammer.

Para comparar los valores de tendencia central entre más de dos grupos independientes (control vs. grupo 1 vs. grupo 2) se utilizó el test Anova o el test de Kruskal Wallis si no se cumplían criterios de normalidad y en el caso de variables medidas en escala ordinal. Para valorar el tamaño del efecto se aporta el coeficiente épsilon para el estadístico Kruskal Wallis.

En el caso de comparación de dos grupos independientes (control vs. intervención) se utilizó el test de la T de Student, o en el caso de variables medidas en escala ordinal, el test de Mann-Withney. En este caso para valorar el tamaño del efecto se aporta coeficiente D de Cohen como medida de tamaño del efecto.

Para analizar la relación entre variables ordinales y/o dicotómicas antes y después de la intervención se utiliza el coeficiente de correlación policóricas rho y su significación estadística mediante el test chi-cuadrado.

Para analizar la relación entre variables cuantitativas antes y después de la intervención dependiendo del grupo control o intervención, se utilizaron modelos de regresión lineal con interacción tiempo-grupo con efecto aleatorio del sujeto. Para valorar el tamaño del efecto en este análisis se utiliza el coeficiente de Cohen diseñado para estudios con grupo control e intervención con test pre-post.

Se establece el nivel de significación estadística para un p valor menor a 0,05.

Para la realización de los análisis estadísticos se ha utilizado el programa estadístico R.

3.4.6. Confidencialidad

Este estudio respeta las normas éticas recogidas en el la Declaración de Helsinki (Malagón-Londoño, Morera y Laverde, 2014) y el informe Belmont (Cabo Salvador y Bellmont Lema, 2014).

Se tiene en cuenta en todo momento, y se informa a todos los pacientes, de la confidencialidad de los datos que sean tratados. Para ello se solicita a todos los participantes un consentimiento informado que deben firmar, adaptado al tipo de investigación con la que se tratará en este estudio y avalado por el comité ético de investigación clínica de Aragón (CEICA). (Ver ANEXO 8.2).

4. RESULTADOS



4. RESULTADOS

Los resultados descriptivos pre-intervención y post-intervención se hará teniendo en cuenta los dos grupos en los que se hizo la intervención.

4.1. RESULTADOS PRE-INTERVENCIÓN

DEMOGRÁFICOS

En cuanto al sexo y edad de los participantes, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Sí que el porcentaje de mujeres en el grupo control es ligeramente superior (19 mujeres, 95% del total) frente al 77,78% del grupo intervención, 14 mujeres de 18. En cuanto a la edad, la mediana del grupo control es 49 años (RIC = 9,25) y la mediana del grupo intervención es de 50 años (RIC = 8).

TDAH EN EDAD INFANTIL

WURS

Con respecto al test utilizado para valorar los TDAH en edad infantil de los participantes del programa (este test se ha utilizado en la fase «pre» (antes de iniciarse el grupo psicoeducativo) para seleccionar candidatos que padezcan o hayan padecido un TDAH, condición imprescindible para admitir a los participantes en el estudio) se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos, ni en puntuación directa ni categorizados por riesgo (Kruskal-Wallis chi-squared = 0,099982, $p = 0,951$ y p valor asociado al test de Fisher 0,416 respectivamente).

TDAH EN EDAD ADULTA

ASRS.V1.1

En cuanto al test utilizado para evaluar los TDAH en edad adulta de los participantes del programa (al igual que el test anterior, este test también se ha utilizado en la fase «pre» (antes de iniciarse el grupo psicoeducativo) para seleccionar candidatos que padezcan o hayan padecido un TDAH), se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos, ni en puntuación directa ni categorizados por riesgo (Kruskal-Wallis chi-squared = 3,82, $p = 0,148$; p valor asociado al test de Fisher 0,792 respectivamente).

IMPULSIVIDAD COGNITIVA, MOTORA, NO PLANIFICADA Y TOTAL

BARRAT pre

En cuanto al test BARRAT, no se observan diferencias entre grupos en ninguna de los ítems analizados ($p > 0,05$). Todos los sujetos tienen un BARRAT total superior a 33. En impulsividad motora un 97,37% de los 38 participante tenían valor igual o mayor que 10. El 100% de los participantes tienen un valor mayor o igual que 10 en impulsividad motora y mayor o igual que 14 en impulsividad no planificada.

SATISFACCIÓN CORPORAL

BSQ pre

En el test BSQ que mide la insatisfacción corporal de los participantes del programa, no se observan diferencias significativas entre grupos (Kruskal-Wallis chi-squared = 1,13, $p = 0,567$).

EDI-3 pre

Con respecto a la escala específica «insatisfacción corporal» del test EDI-3 que cumplimentaron los participantes, en el ítem «insatisfacción corporal» hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos (Kruskal Wallis Chi Cuadrado = 8,17, $p < 0,05$). Las diferencias se observan entre el grupo control y los grupos de intervención.

NÚMERO DE ATRACONES

BITE pre

En el ítem 27 (frecuencia de atracones) del test Edimburgo de Investigación de Bulimia de los participantes del programa, no se observan diferencias entre grupos.

EDI-3 pre

En el ítem «síntomas bulímicos» del test EDI que cumplimentaron los participantes, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p valor asociado al test de kruskal-wallis $< 0,05$).

DESAJUSTE PSICOLÓGICO GENERAL

EDI-3 PRE

En la tabla 12 se muestran los resultados obtenidos en las diferentes escalas e índices del test EDI que cumplimentaron los participantes. Se muestran los resultados de la puntuación directa, las puntuaciones T y del Percentil. Se observa que en las siguientes escalas hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p valor asociado al test de kruskal-wallis $< 0,05$). En todos los casos las diferencias se observan entre el grupo control y los grupos de intervención:

- Baja Autoestima
- Alienación Personal
- Inseguridad Interpersonal

- Desconfianza Interpersonal
- Déficit Interoceptivos
- Ascetismo
- Miedo a la Madurez
- Índice de Desajuste Psicológico

Tabla. 4. Test EDI Pre Escalas/Índice

	[ALL]	control	grupo1	grupo2	¹ p.overall	² p.control vs grupo1	² p.control vs grupo2	² p.grupo1 vs grupo2	Effect size Epsilon
	N=38	N=20	N=9	N=9					
Baja Autoestima PD Pre	12,00 [7,25;16,75]	11,00 [6,75;13,00]	11,00 [7,00;16,00]	17,00 [14,00;20,00]	0,047	0,671	0,040	0,165	0.1649
Baja Autoestima - Puntuación T Pre	52,00 [44,50;59,50]	50,00 [43,75;53,00]	50,00 [44,00;58,00]	60,00 [55,00;64,00]	0,047	0,671	0,040	0,165	0.1649
Baja Autoestima - Percentil Pre	58,00 [29,25;80,25]	52,00 [27,00;64,00]	52,00 [28,00;78,00]	81,00 [70,00;90,00]	0,047	0,671	0,040	0,165	0.1649
Alienación Personal PD Pre	12,00 [11,00;18,00]	11,50 [9,00;13,00]	12,00 [11,00;18,00]	18,00 [17,00;24,00]	0,014	0,273	0,009	0,267	0.2319
Alienación Personal - Puntuación T Pre	51,00 [50,00;60,00]	50,50 [47,00;52,00]	51,00 [50,00;60,00]	60,00 [58,00;69,00]	0,014	0,273	0,009	0,267	0.2319
Alienación Personal - Percentil Pre	59,00 [49,00;80,00]	52,50 [39,00;63,00]	56,00 [49,00;80,00]	80,00 [77,00;96,00]	0,014	0,285	0,009	0,267	0.2305
Inseguridad Interpersonal PD Pre	11,50 [9,00;17,00]	10,00 [7,75;12,25]	13,00 [11,00;20,00]	14,00 [13,00;23,00]	0,014	0,103	0,020	0,399	0.2317
Inseguridad Interpersonal - Puntuación T Pre	52,50 [49,00;61,00]	50,00 [46,75;53,50]	55,00 [50,00;66,00]	56,00 [55,00;70,00]	0,021	0,132	0,027	0,425	0.2098
Inseguridad Interpersonal - Percentil Pre	62,50 [49,00;83,00]	54,00 [42,25;66,00]	69,00 [49,00;92,00]	73,00 [69,00;97,00]	0,035	0,186	0,044	0,424	0.1809
Desconfianza Interpersonal PD Pre	8,50 [6,00;15,75]	6,00 [3,75;10,25]	11,00 [8,00;16,00]	15,00 [11,00;16,00]	0,045	0,096	0,096	0,562	0.1675
Desconfianza Interpersonal - Puntuación T Pre	48,00 [44,00;59,75]	44,00 [39,50;50,50]	52,00 [47,00;60,00]	59,00 [52,00;60,00]	0,045	0,096	0,096	0,562	0.1675
Desconfianza Interpersonal - Percentil Pre	43,00 [30,00;83,00]	30,00 [17,00;53,25]	57,00 [40,00;84,00]	80,00 [57,00;84,00]	0,042	0,096	0,092	0,562	0.1720
Déficit Interoceptivos PD Pre	15,50 [12,00;25,00]	13,50 [10,75;16,25]	17,00 [12,00;25,00]	25,00 [18,00;27,00]	0,041	0,321	0,039	0,253	0.1733
Déficit Interoceptivos - Puntuación T Pre	51,50 [47,00;62,00]	49,50 [45,75;52,25]	54,00 [47,00;62,00]	62,00 [54,00;65,00]	0,045	0,298	0,039	0,298	0.1681
Déficit Interoceptivos - Percentil Pre	57,50 [43,00;87,00]	48,50 [38,00;60,75]	67,00 [43,00;87,00]	87,00 [67,00;91,00]	0,045	0,298	0,039	0,298	0.1681

Resultados

	[ALL]	control	grupo1	grupo2	¹ p.overall	² p.control vs grupo1	² p.control vs grupo2	² p.grupo1 vs grupo2	Effect size Epsilon
Desajuste Emocional PD Pre	10,50 [6,00;15,00]	8,50 [5,75;14,00]	14,00 [6,00;17,00]	15,00 [14,00;17,00]	0,063	0,399	0,054	0,399	0.1498
Desajuste Emocional - Puntuación T Pre	53,00 [46,00;60,00]	50,00 [45,75;58,00]	58,00 [46,00;63,00]	60,00 [58,00;63,00]	0,063	0,399	0,054	0,399	0.1498
Desajuste Emocional - Percentil Pre	65,50 [42,00;82,00]	55,50 [40,50;78,00]	78,00 [42,00;88,00]	82,00 [78,00;88,00]	0,059	0,399	0,051	0,399	0.1532
Perfeccionismo PD Pre	9,00 [6,00;13,00]	8,00 [6,00;9,50]	9,00 [6,00;13,00]	12,00 [10,00;14,00]	0,086	0,447	0,077	0,373	0.1328
Perfeccionismo - Puntuación T Pre	47,00 [42,25;54,00]	46,00 [42,00;48,00]	47,00 [42,00;54,00]	52,00 [49,00;56,00]	0,107	0,569	0,093	0,373	0.1208
Perfeccionismo - Percentil Pre	41,00 [25,50;66,00]	38,50 [24,00;44,00]	41,00 [24,00;66,00]	60,00 [46,00;72,00]	0,107	0,569	0,093	0,373	0.1208
Ascetismo PD Pre	10,00 [8,00;17,75]	9,00 [5,75;10,50]	11,00 [9,00;17,00]	19,00 [13,00;20,00]	0,008	0,190	0,008	0,137	0.2613
Ascetismo - Puntuación T Pre	50,50 [48,00;62,75]	49,00 [43,75;51,50]	52,00 [49,00;62,00]	65,00 [55,00;66,00]	0,008	0,190	0,008	0,137	0.2613
Ascetismo - Percentil Pre	56,00 [44,00;87,50]	50,00 [32,00;57,50]	62,00 [50,00;86,00]	91,00 [71,00;93,00]	0,008	0,190	0,008	0,137	0.2613
Miedo a la Madurez PD Pre	18,00 [10,00;21,75]	14,00 [9,00;18,00]	21,00 [12,00;24,00]	24,00 [18,00;25,00]	0,009	0,103	0,010	0,400	0.2567
Miedo a la Madurez - Puntuación T Pre	58,00 [46,00;62,75]	52,00 [45,00;58,00]	62,00 [49,00;66,00]	66,00 [58,00;67,00]	0,009	0,103	0,010	0,400	0.2567
Miedo a la Madurez - Percentil Pre	80,00 [40,00;88,50]	61,00 [35,00;80,00]	87,00 [51,00;91,00]	91,00 [80,00;92,00]	0,009	0,103	0,010	0,400	0.2567
Índice de Desajusto Psicológico - Puntuación T Pre	51,00 [46,25;61,75]	47,00 [43,75;51,25]	56,00 [51,00;63,00]	62,00 [57,00;67,00]	0,001	0,035	0,002	0,156	0.3788
Índice de Desajusto Psicológico - Percentil Pre	56,50 [39,00;86,00]	40,00 [28,75;57,75]	72,00 [56,00;88,00]	86,00 [74,00;94,00]	0,001	0,040	0,002	0,156	0.3708

¹ Test de Kruskal-Wallis

² Mann-Withney

En las siguientes figuras mostramos la distribución de las diferentes medidas del test EDI en los sujetos participantes en el estudio.

Figura 2. Puntuaciones Directas Escala EDI

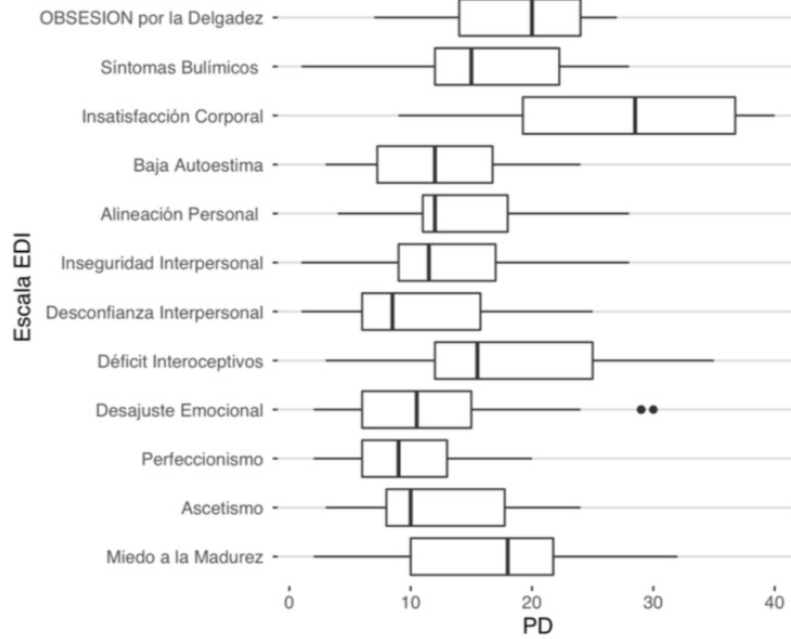


Figura 3. Puntuación T Escala EDI

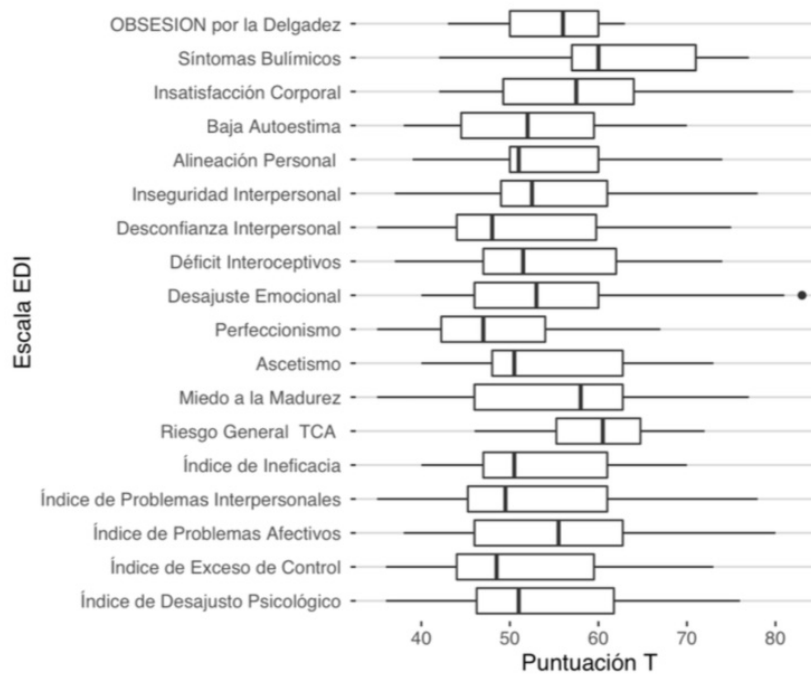
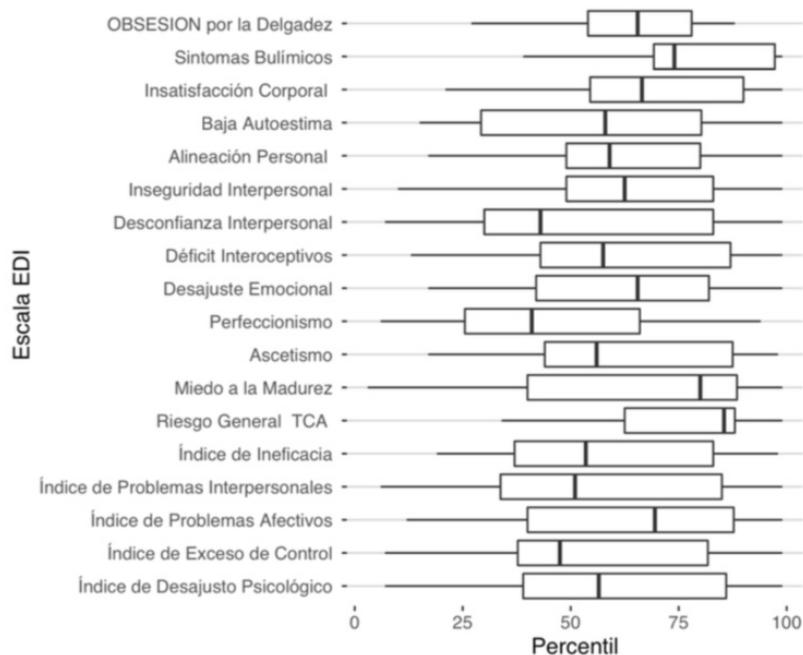


Figura 4. Percentiles Escala EDI

ANSIEDAD

STAI pre

En cuanto a la evaluación de la ansiedad estado, no se observan diferencias estadísticas significativas entre los tres grupos (p valor 0,215 y 0,642), pero sí que se observan diferencias en relación a las puntuaciones de ansiedad rasgo. La mediana en los sujetos del grupo control es de 37 (Q3-Q1 26,75-42,25) mientras que las medianas del grupo 1 fue de 45 (Q3-Q1 38,00-46,00) y del grupo 2 fue de 46 (Q3-Q1 46,00-48,00) (Kruskal Wallis Chi Cuadrado = 11,74, $p = 0,003$).

SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA GLOBAL

EAT-40 pre

En el test EAT-40 respecto a las actitudes alimentarias anómalas de los participantes del programa, no se observan diferencias entre grupos, ni en puntuación directa ni categorizados por riesgo (Kruskal Wallis Chi Cuadrado = 0,34 $p = 0,841$; p valor asociado al test de Fisher 0,714).

CGI pre

En la siguiente tabla mostramos la escala de Impresión Clínica Global de los sujetos participantes en el programa. Como podemos ver el grupo 2 da la impresión de estar más grave que el grupo 1, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Tabla 5. Escala de Impresión Clínica Global Pre

	[ALL]	grupo1	grupo2	p.overall
	N=18	N=9	N=9	
CGI-SI:				0,203
Moderadamente Enfermo	5 (27,78%)	4 (44,44%)	1 (11,11%)	
Marcadamente Enfermo	3 (16,67%)	2 (22,22%)	1 (11,11%)	
Gravemente Enfermo	6 (33,33%)	1 (11,11%)	5 (55,56%)	
Entre los pacientes más extremadamente enfermos	4 (22,22%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)	

EDI-3 pre

En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos en el ítem «riesgo general de TCA» del test EDI que cumplimentaron los participantes. Se muestran los resultados de la puntuación directa, las puntuaciones T y del Percentil. Se observa que en el ítem «riesgo general de TCA» hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p valor asociado al test de kruskal-wallis <0,05). Las diferencias se ven entre el grupo control y el grupo de intervención 2.

Tabla 6. Test EDI Pre Riesgo General TCA

	[ALL]	control	grupo1	grupo2	p.overall	p.control vs grupo1	p.control vs grupo2	p.grupo1 vs grupo2	Effect size Epsilon
	N=38	N=20	N=9	N=9					
Riesgo General TCA - Puntuación T Pre	60,50 [55,25;64,75]	56,50 [52,00;60,00]	63,00 [57,00;67,00]	67,00 [63,00;70,00]	0,002	0,084	0,001	0,214	0.3501
Riesgo General TCA - Percentil Pre	85,50 [62,50;88,00]	70,00 [54,25;83,50]	87,00 [73,00;97,00]	97,00 [87,00;97,00]	0,001	0,060	0,001	0,162	0.4007

¹ Test de Kruskal-Wallis

² Mann-Withney

4.2. RESULTADOS POST-INTERVENCIÓN

IMPULSIVIDAD COGNITIVA, MOTORA, NO PLANIFICADA Y TOTAL

BARRAT post

En la tabla 7 vemos que se observan diferencias significativas entre el control y el grupo 1 en las puntuaciones totales del test BARRAT. Los controles tienen una mediana de 86 puntos (Q3-Q1 78,00-95,50) frente a los 63 puntos de mediana que tienen los sujetos del grupo 1 (Q3-Q1 60,00-75,00) ($W = 147$, $p_{\text{ajustado}} = 0,021$).

Tabla 7. Impulsividad - Barrat Post

	[ALL]	control	grupo1	grupo2	¹ p.overall	² p.control vs grupo1	² p.control vs grupo2	² p.grupo1 vs grupo2	Effect size
	N=38	N=20	N=9	N=9					
BARRAT total Post	78,00 [65,75;93,75]	86,00 [78,00;95,50]	63,00 [60,00;76,00]	76,00 [68,00;90,00]	0,028	0,021	0,306	0,306	0,193 ³
BARRAT Post: >=33	38 (100,00%)	20 (100,00%)	9 (100,00%)	9 (100,00%)	.	.	.	.	.
Impulsividad Cognitiva Post	22,00 [19,25;26,00]	24,00 [20,75;26,25]	19,00 [17,00;21,00]	22,00 [20,00;24,00]	0,090	0,088	0,369	0,369	0,130 ³
Impulsividad Cognitiva Post: >=10	38 (100,00%)	20 (100,00%)	9 (100,00%)	9 (100,00%)	.	.	.	.	.
Impulsividad Motora Post	26,00 [23,25;33,75]	29,50 [25,00;35,25]	20,00 [19,00;26,00]	26,00 [21,00;33,00]	0,089	0,070	0,449	0,449	0,131 ³
Impulsividad Motora Post: >=10	38 (100,00%)	20 (100,00%)	9 (100,00%)	9 (100,00%)	.	.	.	.	.
Impulsividad No Planificada Post	26,50 [23,00;36,75]	34,50 [25,00;39,00]	24,00 [22,00;26,00]	25,00 [22,00;35,00]	0,114	0,127	0,369	0,591	0,117 ³
Impulsividad No Planificada Post: >=14	38 (100,00%)	20 (100,00%)	9 (100,00%)	9 (100,00%)	.	.	.	.	.

¹ Test de Kruskal-Wallis

² Test Chi-Cuadrado/Test de Fisher

³ Epsilon

SATISFACCIÓN CORPORAL

BSQ post

Con respecto al test BSQ sobre insatisfacción corporal de los sujetos participantes después de haber realizado la intervención programa, no se observan diferencias entre grupos (Kruskal-Wallis chi-squared = 3,54, $p = 0,170$).

EDI-3 post

En el ítem «insatisfacción corporal» del test EDI después de la intervención, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p > 0,05$).

NÚMERO DE ATRACONES

BITE post

En los resultados obtenidos en el ítem 27 (frecuencia de atracones) del test Edimburgo de Investigación de Bulimia de los participantes después de haberse hecho la intervención, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p > 0,05$).

EDI-3 post

En cuanto a los resultados obtenidos en el ítem «síntomas bulímicos» del test EDI-3 después de la intervención, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p > 0,05$).

DESAJUSTE PSICOLÓGICO GENERAL

EDI-3 post

En cuanto a los resultados obtenidos en las diferentes escalas e índice del test EDI-3 después de la intervención, se observa que sólo hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el ítem «alienación personal» (Kruskal-Wallis chi-squared = 9,44, $p=0,008$).

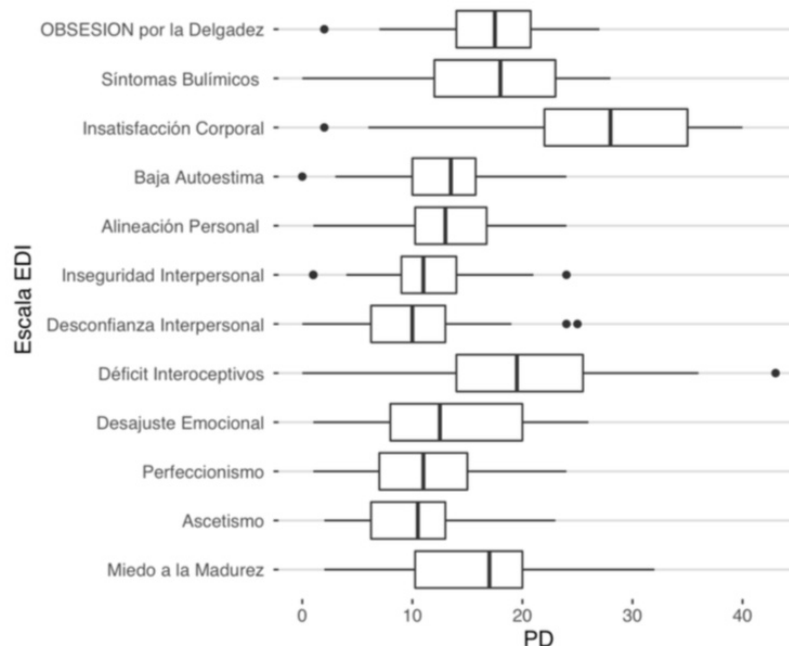


Figura 5. Puntuaciones Directas Escala EDI

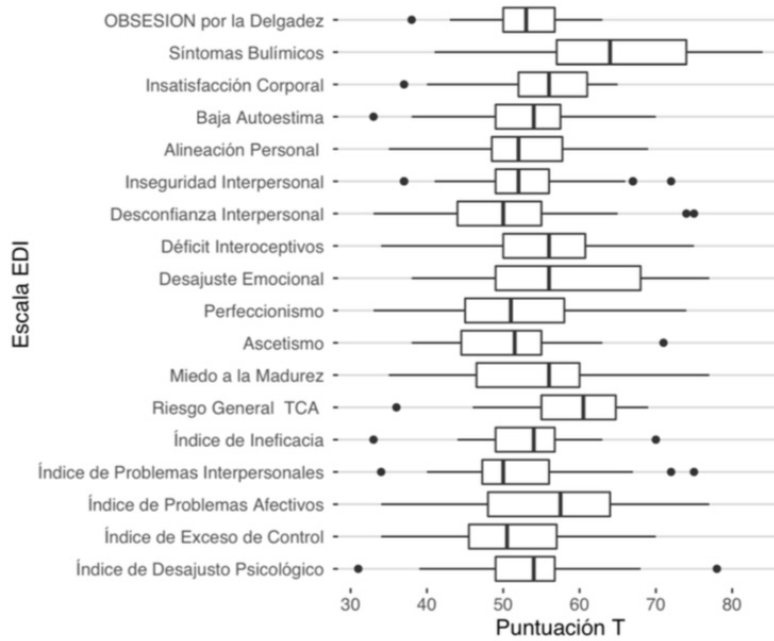


Figura 6. Puntuación T Escala EDI

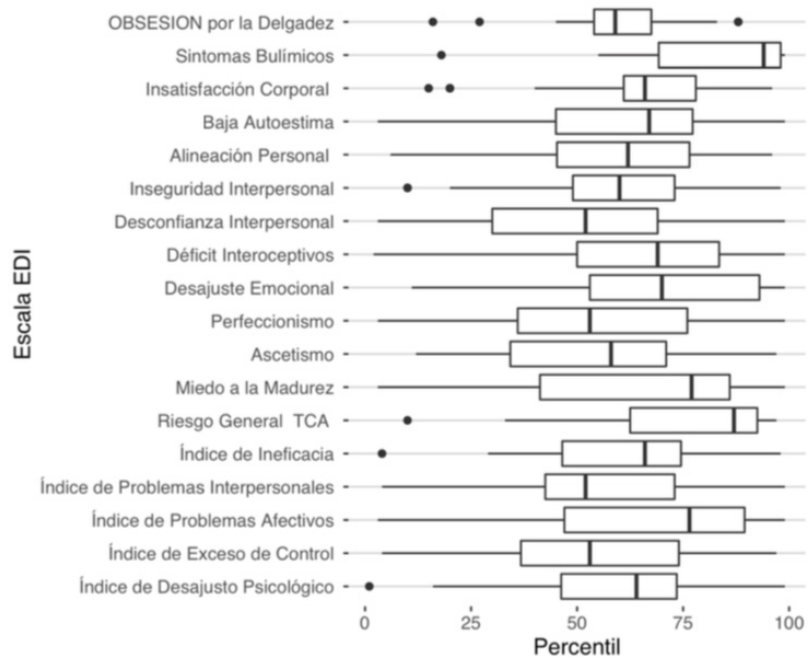
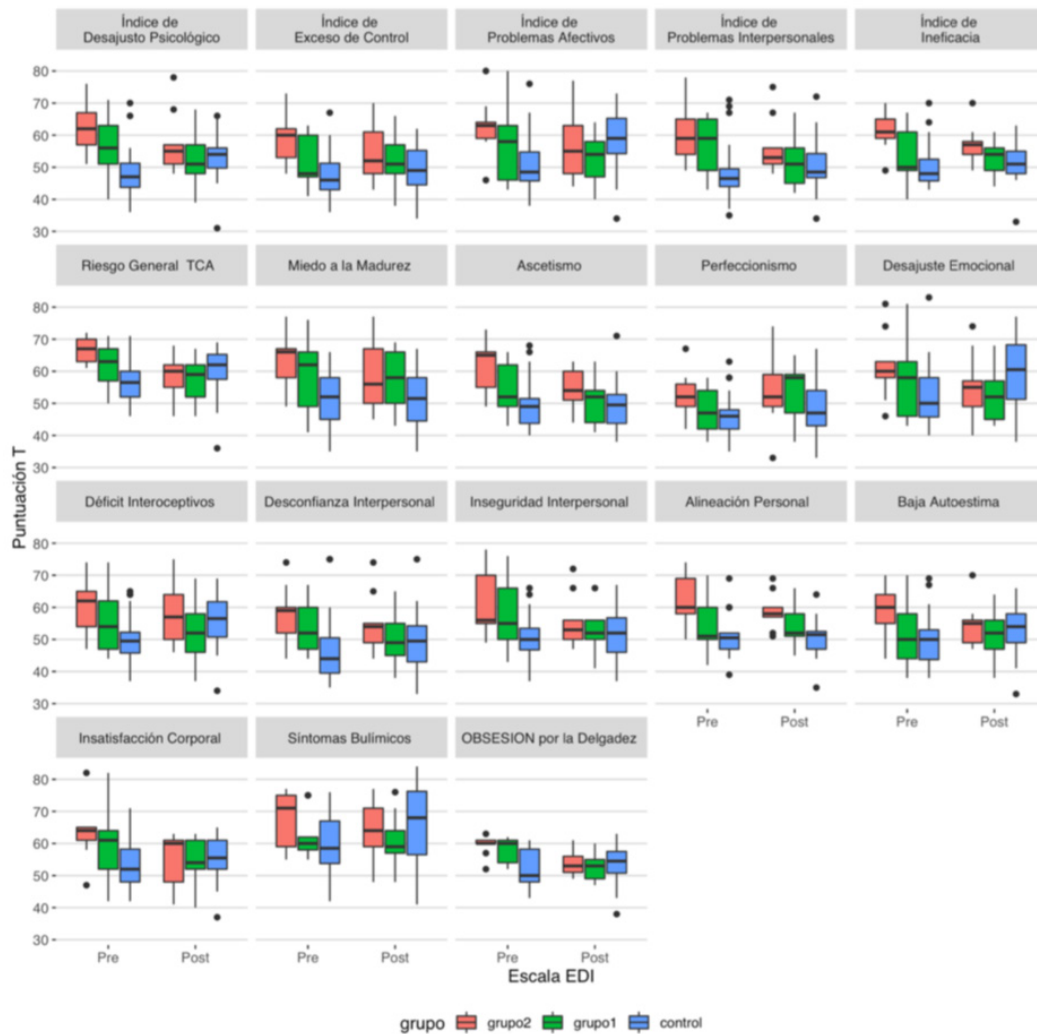


Figura 7. Percentiles Escala EDI

En la figura 8 veremos la distribución de las puntuaciones T antes de la intervención después así como los tres grupos de trabajo.

Figura 8. Puntuaciones T - Pre/Post



ANSIEDAD

STAI post

En cuanto a la ansiedad como estado, no se observan diferencias estadísticas significativas (Kruskal-Wallis chi-squared = 1,07, $p = 0,585$, p valor asociado al test de Fisher 0,428), y tampoco se observan diferencias en el estudio de la ansiedad como rasgo (Kruskal-Wallis chi-squared = 0,968, $p = 0,616$; p valor test asociado 0,118).

SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA GLOBAL

EAT-40 post

En la tabla 8 se muestran los resultados obtenidos en el test EAT-40 respecto a las actitudes alimentarias anómalas una vez realizada la intervención. Se observa que hay diferencias estadísticas significativas entre grupos. Los sujetos control tienen una mediana en las puntuaciones directas de 45,50 (Q3-Q1 27,50-51,00), frente a los del grupo 1 que tienen una mediana de 29 (RIC 23,00-35,00) ($W = 142,5$, $p_{\text{adjusted}} = 0,040$). En cuanto al riesgo se ve una clara tendencia ya que en el grupo control el porcentaje de sujetos en riesgo es del 85% (17 sujetos de 20), frente al 44,44% (4 sujetos de 9) en los grupos 1 y 2 que tuvieron la intervención.

Tabla 8. Actitudes Alimentarias Anómalas - EAT Post

	[ALL]	control	grupo1	grupo2	¹ p.overall	² p.control vs grupo1	² p.control vs grupo2	² p.grupo1 vs grupo2	Effect size
	N=38	N=20	N=9	N=9					
EAT 40 PD Post	39,50 [27,50;51,00]	45,50 [37,25;59,25]	29,00 [23,00;35,00]	30,00 [27,00;51,00]	0,038	0,040	0,268	0,268	0,1774 ³
EAT 40 Riesgo Riesgo Post:					0,034	0,100	0,100	1,000	0,426 ⁴
No riesgo	13 (34,21%)	3 (15,00%)	5 (55,56%)	5 (55,56%)					
Riesgo	25 (65,79%)	17 (85,00%)	4 (44,44%)	4 (44,44%)					

¹ Test de Kruskal-Wallis² Test Chi-Cuadrado/Test de Fisher³ Epsilon⁴ V de Crammer

CGI post

En la siguiente tabla mostramos la escala de Impresión Clínica Global de los sujetos participantes después de participar en el programa. Como podemos ver en los dos grupos hay una mejoría a ojos del evaluador.

Tabla 9: Escala de Impresión Clínica Global Post

	[ALL]	grupo1	grupo2	p.overall
	N=18	N=9	N=9	
CGI-GI:				1,000
Mucho mejor	9 (50,00%)	4 (44,44%)	5 (55,56%)	
Marcadamente Mejor	4 (22,22%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)	
Levemente mejor	1 (5,56%)	1 (11,11%)	0 (0,00%)	
Sin Cambios	4 (22,22%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)	

EDI-3 post

En los resultados obtenidos en el ítem «riesgo general de TCA» del test EDI después de la intervención, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p valor asociado al test de kruskal-wallis <0,05).

4.3. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

CONOCIMIENTO TDAH, CONOCIMIENTO TA Y MOTIVACIÓN AL CAMBIO

A continuación, se muestran los resultados de la encuesta de satisfacción, en donde se puede ver si hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos en los constructos referentes a las tres primeras hipótesis de este trabajo: «aumento de conocimiento del TDAH», «aumento del conocimiento del TA» y «aumento de motivación al cambio», así como observar si se produce mejoría en estos constructos según la valoración de los propios integrantes del grupo psicoeducativo.

En cuanto a la motivación al cambio, aunque se observa que no hay significación estadística ($p=0,963$), se puede constatar que el tamaño del efecto es grande (1,28254), por lo que se puede concluir que hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos experimentales 1 y 2.

El 100% de los participantes del programa psicoeducativo valoran con la máxima nota posible (10) su aumento en conocimientos del TDAH tras haber participado en este programa. De forma similar, los participantes del programa valoran con una media de 9,6 sus conocimientos acerca del TA. Por último, en cuanto a la motivación al cambio, ambos grupos dan una media de puntuación de 9, donde 1 es la menor motivación al cambio y 10 la mayor motivación al cambio.

Tabla 10. Encuesta de Satisfacción

	[ALL]	grupo1	grupo2	p.overall	Effect size D Cohen
	N=18	N=9	N=9		
Conocimiento TDAH	10,00 [10,00;10,00]	10,00 [10,00;10,00]	10,00 [10,00;10,00]	0,146	0.12457
Conocimiento TA	10,00 [9,00;10,00]	9,00 [9,00;10,00]	10,00 [10,00;10,00]	0,004	0.48214
Motivación Cambio	9,00 [8,00;10,00]	9,00 [8,00;10,00]	9,00 [8,00;10,00]	0,963	1.28254
Satisfacción Global	10,00 [9,00;10,00]	10,00 [9,00;10,00]	10,00 [9,00;10,00]	0,833	0.00262
Satisfacción Terapeutas	10,00 [10,00;10,00]	10,00 [10,00;10,00]	10,00 [10,00;10,00]	0,586	0.01743
Satisfacción Compañeros	8,50 [8,00;10,00]	8,00 [8,00;10,00]	9,00 [8,00;10,00]	0,549	0.02115

4.4. RESULTADOS DE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de los objetivos se decidieron hacer unificando los dos grupos de intervención ya que en los resultados precedentes se observa que eran homogéneos y similares. Tuvieron la misma formación y la intervención fue igual en ambos grupos.

IMPULSIVIDAD COGNITIVA, MOTORA, NO PLANIFICADA Y TOTAL

BARRAT

En cuanto a los diferentes ítems estudiados con el test BARRAT relativos a la impulsividad, vemos que los sujetos control tuvieron un aumento de 11,70 puntos de media en el total del

test cuando cumplieron el cuestionario después de haberse realizado la intervención. Sin embargo los pacientes que recibieron dicha formación bajaron la puntuación en 0,94 (p valor asociado al tiempo <0,001 y p valor asociado a la interacción <0,001). En la parte del BARRAT cognitivo vemos la misma tendencia y mientras los sujetos control aumentan en 2,40 puntos de media su resultado en el test, los sujetos del grupo denominado intervención bajaron en 1,22 su puntuación (p valor asociado al tiempo 0,007 y p valor asociado a la interacción 0,005). En la parte del BARRAT de impulsividad motora vemos que los sujetos control aumentan en 5,20 puntos de media su resultado en el test, los sujetos del grupo denominado intervención se quedan con la misma media (p valor asociado al tiempo <0,001 y p valor asociado a la interacción 0,002). En la parte del BARRAT de impulsividad no planificada vemos que los sujetos control aumentan en 4,10 puntos de media su resultado en el test, mientras que los sujetos que reciben la formación aumentan únicamente en 0,44 su puntuación (p valor asociado al tiempo <0,001 y p valor asociado a la interacción 0,009). Es decir, aunque en los dos grupos aumenta la puntuación, en el grupo intervención sube mucho menos que en el grupo control.

Tabla 11. Análisis BARRAT Total

Dependiente: BARRAT		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	74,29 (13,46)	•
•	Post	80,00 (16,93)	11,70 (7,16-16,24, p<0,001)
Grupo	control	79,95 (14,01)	•
•	intervención	74,03 (16,56)	0,40 (-9,06-9,86, p=0,467)
Tiempo: Grupo			-12,64 (-19,24-6,04, p<0,001)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 12. Medias de Puntuaciones BARRAT Total

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
74,1(12,45)	74,5(14,86)	85,8(13,26)	73,56(18,54)	0,425

Se aportan media (Desviación Típica)

Tabla 13. Análisis BARRAT Cognitivo

Dependiente: BARRAT		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	21,63 (3,96)	•
•	Post	22,32 (4,53)	2,40 (0,50-4,30, p=0,007)
Grupo	control	22,35 (4,37)	•
•	intervención	21,56 (4,12)	1,02 (-1,65-3,69, p=0,228)
Tiempo: Grupo			-3,62 (-6,39-0,86, p=0,005)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 14. Medias de Puntuaciones BARRAT Cognitivo

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
21,15(4,11)	22,17(3,84)	23,55(4,39)	20,94(4,4)	0,432

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 15. Análisis BARRAT Impulsividad Motora

Dependiente: BARRAT		Media (de)	Coefficiente ¹
Tiempo	Pre	25,53 (5,44)	•
•	Post	28,26 (7,35)	5,20 (2,77-7,63, p<0,001)
Grupo	control	27,70 (5,92)	•
•	intervención	26,00 (7,20)	0,90 (-3,15-4,95, p=0,331)
Tiempo:Grupo			-5,20 (-8,73 - 1,67, p=0,002)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 16. Medias de Puntuaciones BARRAT Impulsividad Motora

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
25,1(4,77)	26(6,2)	30,3(5,91)	26(8,25)	0,408

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 17. Análisis BARRAT Impulsividad No Planificada

Dependiente: BARRAT		Media (de)	Coefficiente ¹
Tiempo	Pre	27,08 (6,56)	•
•	Post	29,45 (7,49)	4,10 (2,02-6,18, p<0,001)
Grupo	control	29,90 (7,30)	•
•	intervención	26,44 (6,48)	-1,63 (-5,99-2,73, p=0,232)
Tiempo:Grupo			-3,66 (-6,68 - 0,63, p=0,009)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 18. Medias de Puntuaciones BARRAT Impulsividad No Planificada

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
27,85(6,63)	26,22(6,57)	31,95(7,53)	26,67(6,57)	0,266

Se aporta Media (Desviación Típica)

SATISFACCIÓN CORPORAL

BSQ

Se observa que hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo. En los pacientes de grupo control se observa un aumento de 13.55 puntos de media en la escala BSQ después de realizar la intervención (116,75 vs 130,3). Mientras que en el grupo intervención no se observa ninguna variación (126,89 vs 127,28). Es decir, no se comportan de la misma manera ambos grupos ($p=0.05$).

Análisis pre-post control intervención

Tabla 19. BSQ

Dependent: BSQ		Mean (sd)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	121.55 (31.97)	•
•	Post	128.87 (28.59)	13.55 (2.75-24.35, p=0.007)
Grupo	control	123.53 (34.76)	•
•	intervención	127.08 (24.91)	10.14 (-9.29-29.56, p=0.153)
Tiempo:Grupo			-13.16 (-28.86-2.54, p=0.050)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 20. Medias de BSQ

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
116,75(34,09)	126,89(29,48)	130,3(34,95)	127,28(20,22)	0,215

Se aporta Media (Desviación Típica)

EDI-3

En la tablas 21 y 22 vemos si ha habido cambios significativos en las puntuaciones en relación a la intervención hecha y si esos cambios tienen la misma tendencia o no en el grupo que acudió a la formación y en los que no lo hicieron.

- Insatisfacción Corporal. Se observa que se partían de unas diferencias significativas en las puntuaciones antes de realizar la formación, de hecho, en media los sujetos intervención tenían 7,78 puntos más que el grupo control, sin embargo, una vez hecha dicha formación esa diferencia se redujo de manera significativa (p valor asociado a la interacción 0,010) teniendo el grupo intervención 0,08 puntos menos después de la formación.

Tabla 21. Insatisfacción Corporal

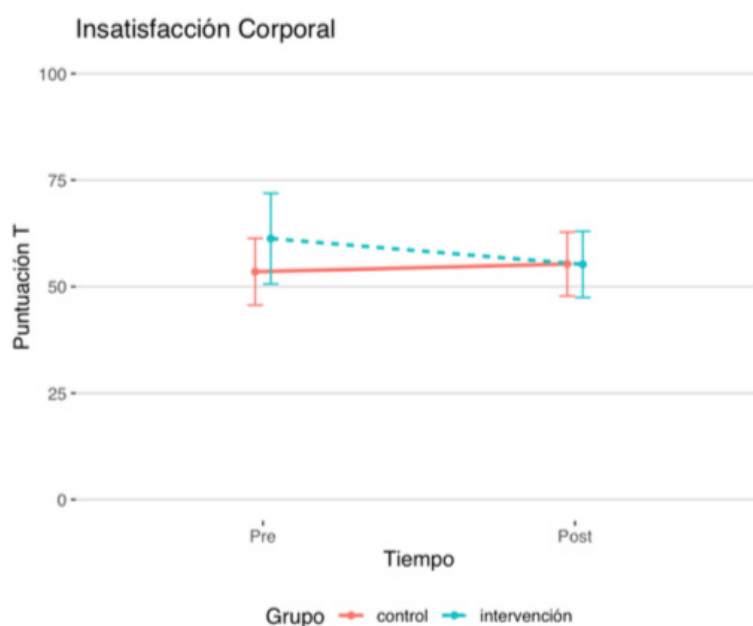
Dependiente: EDI		Media (de)	Coefficiente ¹
Tiempo	Pre	57,18 (9,95)	•
	Post	55,26 (7,52)	1,80 (-2,75-6,35, p=0,219)
Grupo	control	54,40 (7,62)	•
	intervención	58,25 (9,68)	7,78 (2,37-13,18, p=0,002)
Tiempo:Grupo			-7,86 (-14,46-1,25, p=0,010)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 22. Medias de Puntuaciones T Insatisfacción Corporal

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
53,5(7,84)	61,28(10,64)	55,3(7,49)	55,22(7,77)	0,462

Se aporta Media (Desviación Típica)



NÚMERO DE ATRACONES

BITE ÍTEM 27

Cuando evaluamos el ítem 27 del test BITE que mide la frecuencia de atracones, se observa que tanto en los pacientes del grupo control como en los pacientes del grupo intervención, el coeficiente de correlación no se puede decir que sea diferente de 0, es decir que no existe correlación significativa antes y después de la intervención.

Tabla 23. ítem 27 Frecuencia atracones BITE

Grupo	ITEM 27 - TEST BITE		raramente	1/mes	1.semana	2.3.semana	diariamente	2.3.día
	Pre	Post						
control	Pre	raramente	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
control		1/mes	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (66.67)	1 (33.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
control		1/semana	0 (0.00)	1 (20.00)	1 (20.00)	2 (40.00)	1 (20.00)	0 (0.00)
control		2-3/semana	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (42.86)	3 (42.86)	1 (14.29)
control		diariamente	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (50.00)
control		2-3/día	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
intervención	Pre	raramente	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
intervención		1/mes	2 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
intervención		1/semana	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
intervención		2-3/semana	0 (0.00)	1 (20.00)	3 (60.00)	1 (20.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
intervención		diariamente	1 (11.11)	1 (11.11)	2 (22.22)	2 (22.22)	3 (33.33)	0 (0.00)
Intervención		2-3/día	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

Tabla 24. Correlaciones-ítem 27 Frec Atracones – BITE

	Rho ¹	chisq	p
	0,388	25,318	0,389
	0,564	13,960	0,529

¹Test de Correlaciones Policóricas

Tabla 25. ítem 27 Frec Atracones – BITE. Evolución

	Empeora	igual	mejora	p.overall ¹
	N=12	N=9	N=17	
GRUPO:				0,001
Intervención	1 (5,56%)	4 (22,22%)	13 (72,22%)	
Control	11 (55,00%)	5 (25,00%)	4 (20,00%)	

¹ Test Chi-Cuadrado

Como se puede ver en la tabla 25, se observa asociación estadística entre la variable grupo y la mejora en los comportamientos relativos a los atracones.

En el grupo intervención se observó una mejora en el 72% de los casos mientras que en el grupo control solo hubo mejora en el 20% de los casos (test de asociación estadística 0,001).

EDI-3

En la tabla 26 y 27 vemos si ha habido cambios significativos en las puntuaciones en relación a la intervención hecha y si esos cambios tienen la misma tendencia o no en el grupo que acudió a la formación y en los que no lo hicieron.

- Síntomas Bulímicos. Se observa un aumento de 5,65 puntos de media en los sujetos que no tuvieron la intervención mientras que los que sí que la hicieron tuvieron

una disminución de 2,22 (p valor interacción significativa <0,001). La interacción es significativa (p <0,001) lo cual hace indicar que hubo un efecto de la formación recibida en el grupo que la recibió.

Tabla 26. Síntomas Bulímicos

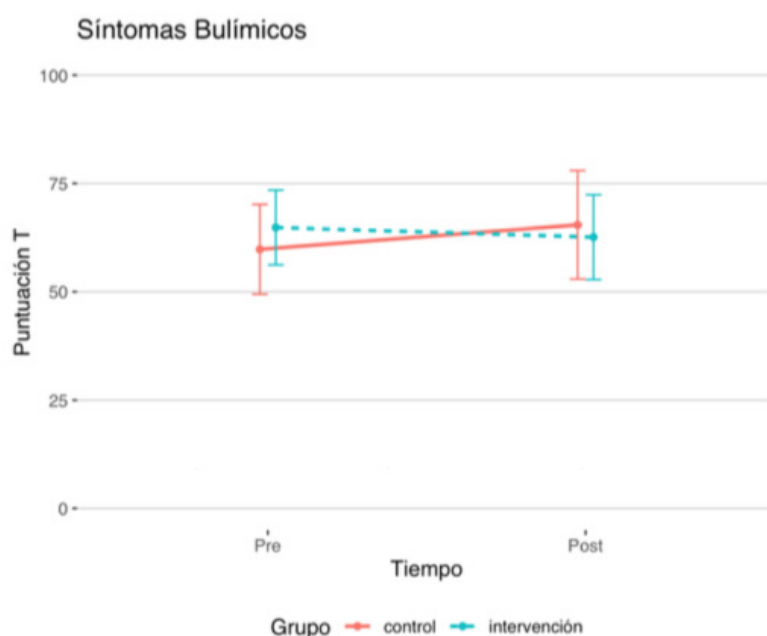
Dependiente: EDI		Media (de)	Coefficiente ¹
Tiempo	Pre	62,18 (9,79)	•
	Post	64,11 (11,26)	5,65 (2,70-8,60, p<0,001)
Grupo	control	62,62 (11,70)	•
	intervención	63,72 (9,16)	5,03 (-1,64-11,71, p=0,070)
Tiempo:Grupo			-7,87 (-12,16 – 3,58, p<0,001)

¹Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 27. Medias de Puntuaciones T Síntomas Bulímicos

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
59,8(10,36)	64,83 (8,62)	65,45(12,53)	62,61(9,79)	0,375

Se aporta Media (Desviación Típica)



DESAJUSTE PSICOLÓGICO GENERAL

EDI-3

En las tablas 28 a 47 vemos si ha habido cambios significativos en las puntuaciones en los diferentes ítems que se miden en el test de EDI-3 en relación a la intervención hecha y si esos cambios tienen la misma tendencia o no en el grupo que acudió a la formación y en los que no lo hicieron.

- **Baja Autoestima.** En este ítem lo que observamos es que se partían también de diferencias significativas en las puntuaciones antes de realizar la formación, en media los sujetos intervención tenían 5,72 puntos más que el grupo control, sin embargo, una vez hecha dicha formación esa diferencia se redujo de manera significativa (p valor asociado a la interacción 0,019) teniendo únicamente el grupo intervención 0,21 puntos más después de la formación. Esas diferencias se han reducido posiblemente como resultado de la formación recibida.
- **Alienación Personal.** En este ítem se observa que no hay cambios significativos tras la formación. Hay diferencias estadísticamente significativas entre grupo control e intervención que no se reducen una vez hecha dicha formación.
- **Inseguridad Interpersonal.** Se observa que en el grupo control aumenta de manera significativa la puntuación en 2,70 puntos de media, sin embargo, en el grupo intervención disminuye en 5,56 puntos. Es decir, la formación parece influir positivamente en el grupo de trabajo (p valor de la interacción $<0,001$).
- **Desconfianza Interpersonal.** Antes de hacer la formación se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control e intervención, teniendo este último 7,58 puntos más de media. Una vez hecha la formación estas diferencias disminuyen de manera significativa (p valor asociado a la interacción 0,015), reduciéndose únicamente a 3,44 puntos.
- **Déficit Interoceptivos.** Se observa que hay un cambio significativo después de hacer la formación (p valor asociado al tiempo $<0,001$), los sujetos control aumentan en 5,85 puntos de media, mientras que en los participantes del grupo intervención se da una reducción de 3,5 puntos (p valor interacción $<0,001$).
- **Desajuste Emocional.** Se observa que hay un cambio significativo después de hacer la formación (p valor asociado al tiempo $<0,001$), los sujetos control aumentan en 7,55 puntos de media, mientras que en los participantes del grupo intervención se da una reducción de 5,94 puntos (p valor interacción $<0,001$). Ambos grupos se diferencian entre ellos de manera significativa, antes de la intervención los participantes del grupo intervención tienen 7,72 puntos más en media que los controles, mientras que después de la intervención los participantes del grupo intervención tienen 5,77 puntos menos que los controles.
- **Perfeccionismo.** No se observa que haya un cambio significativo a lo largo del tiempo ni que haya diferencias entre grupos, así como no hay un comportamiento diferente entre grupos, ambos aumentan su puntuación en media una vez hecha la intervención, sin ser este cambio significativo.

- **Ascetismo.** Partimos de que los grupos tienen diferentes medias significativamente, en concreto los participantes del grupo intervención tienen 7,91 puntos de media más que los controles. Después de la formación, en el grupo intervención se reduce esa diferencia a 2,64 puntos (interacción significativa 0,015).
- **Miedo a la Madurez.** Se observan diferencias entre grupos antes y después de la intervención, siendo estas diferencias independientes de la formación (p valor interacción 0,084). El grupo intervención antes de la formación tenía 10,07 puntos de media más que los controles, y después de la formación la diferencia fue de 6,18 puntos.
- **Índice de Desajuste Psicológico.** Se observa que hay un cambio significativo después de hacer la formación (p valor asociado al tiempo <0,003). Los sujetos control aumentan en 4,30 puntos de media, mientras que en los participantes del grupo intervención se hace una reducción de 4,78 puntos (p valor interacción <0,001). Además, ambos grupos muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí, el grupo intervención antes de la formación tiene 11,24 puntos de media más que el grupo control, reduciéndose a únicamente 2,16 después de la formación.

Tabla 28. Baja Autoestima

Dependiente: EDI		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	52,66 (9,40)	•
•	Post	52,95 (7,33)	2,90 (-0,68-6,48, p=0,056)
Grupo	control	51,40 (8,02)	•
•	intervención	54,36 (8,59)	5,72 (0,44-10,99, p=0,017)
Tiempo:Grupo			-5,51 (-10,72-0,30, p=0,019)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 29. Medias de Puntuaciones T Baja Autoestima

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
49,95(8,52)	55,67(9,64)	52,85(7,42)	53,06(7,44)	0,332

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 30. Alienación Personal

Dependiente: EDI		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	54,71 (8,72)	•
•	Post	53,16 (6,88)	-0,75 (-3,09-1,59, p=0,265)
Grupo	control	50,67 (6,35)	•
•	intervención	57,56 (7,82)	7,73 (3,19-12,27, p<0,001)
Tiempo:Grupo			-1,69 (-5,09-1,70, p=0,164)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 31. Medias de Puntuaciones T Alienación Personal

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
51,05(6,82)	58,78(8,96)	50,3(5,99)	56,33(6,53)	0,118

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 32. Inseguridad Interpersonal

Dependiente: EDI		Media (de)	Coefficiente ¹
Tiempo	Pre	54,50 (10,53)	•
•	Post	53,29 (8,31)	2,70 (-0,41-5,81, p=0,044)
Grupo	control	51,35 (8,65)	•
•	intervención	56,72 (9,60)	9,50 (3,79-15,21, p=0,001)
Tiempo:Grupo			-8,26 (-12,77-3,74, p<0,001)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 33. Medias de Puntuaciones T Inseguridad Interpersonal

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
50(8,11)	59,5(10,83)	52,7(9,15)	53,94(7,48)	0,460

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 34. Desconfianza Interpersonal

Dependiente: EDI		Media (de)	Coefficiente ¹
Tiempo	Pre	51,29 (10,95)	•
•	Post	51,03 (9,71)	1,70 (-0,88-4,28, p=0,098)
Grupo	control	48,55 (10,72)	•
•	intervención	54,06 (9,05)	7,58 (1,18-13,97, p=0,010)
Tiempo:Grupo			-4,14 (-7,89-0,40, p=0,015)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 35. Medias de Puntuaciones T Desconfianza Interpersonal

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
47,7(11,51)	55,28(8,99)	49,4(10,09)	52,83(9,2)	0,206

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 36. Déficit Interoceptivos

Dependiente: EDI		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	54,08 (10,14)	•
•	Post	55,50 (9,35)	5,85 (2,46-9,24, p<0,001)
Grupo	control	53,08 (9,24)	•
•	intervención	56,69 (9,99)	8,29 (2,30-14,29, p=0,003)
Tiempo:Grupo			-9,35 (-14,27-4,43, p<0,001)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 37. Medias de Puntuaciones T Déficit Interoceptivos

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
50,15(8,55)	58,44(10,19)	56(9,18)	54,94(9,76)	0,496

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 38. Desajuste Emocional

Dependiente: EDI		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	55,66 (11,54)	•
•	Post	56,82 (10,67)	7,55 (3,10-12,00, p<0,001)
Grupo	control	55,77 (11,29)	•
•	intervención	56,75 (10,92)	7,72 (0,90-14,54, p=0,013)
Tiempo:Grupo			-13,49 (-19,96-7,02, p<0,001)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 39. Medias de Puntuaciones T Desajuste Emocional

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
52(10,24)	59,72(11,8)	59,55(11,26)	53,78(9,36)	0,630

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 40. Perfeccionismo

Dependiente: EDI		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	48,32 (7,67)	•
•	Post	51,05 (9,77)	2,40 (-0,55-5,35, p=0,055)
Grupo	control	47,50 (8,36)	•
•	intervención	52,11 (8,81)	4,26 (-1,21-9,72, p=0,063)
Tiempo:Grupo			0,71 (-3,58-5,00, p=0,373)

¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 41. Medias de Puntuaciones T Perfeccionismo

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
46,3(7,6)	50,56(7,29)	48,7(9,09)	53,67(10,08)	0,04

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 42. Ascetismo

Dependiente: EDI		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	53,95 (9,48)	•
•	Post	51,05 (7,48)	-0,40 (-3,66-2,86, p=0,405)
Grupo	control	50,00 (7,96)	•
•	intervención	55,28 (8,54)	7,91 (2,75-13,07, p=0,001)
Tiempo:Grupo			-5,27 (-10,01 -0,52, p=0,015)

¹Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 43. Medias de Puntuaciones T Ascetismo

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
50,2(8,35)	58,11(9,09)	49,8(7,76)	52,44(7,11)	0,324

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 44. Miedo a la Madurez

Dependiente: EDI		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	55,87 (10,73)	•
•	Post	54,53 (9,55)	0,50 (-3,31-4,31, p=0,398)
Grupo	control	51,35 (8,53)	•
•	intervención	59,47 (10,11)	10,07 (4,11-16,03, p<0,001)
Tiempo:Grupo			-3,89 (-9,42-1,64, p=0,084)

¹Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 45: Medias de Puntuaciones T Miedo a la Madurez

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
51,1(8,63)	61,17(10,52)	51,6(8,64)	57,78(9,68)	0,207

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 46. Índice de Desajuste Psicológico

Dependiente: EDI		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	53,53 (10,47)	•
•	Post	53,53 (8,48)	4,30 (1,24-7,36, p=0,003)
Grupo	control	50,35 (8,40)	•
•	intervención	57,06 (9,42)	11,24 (5,69-16,80, p<0,001)
Tiempo:Grupo			-9,08 (-13,53-4,63, p<0,001)

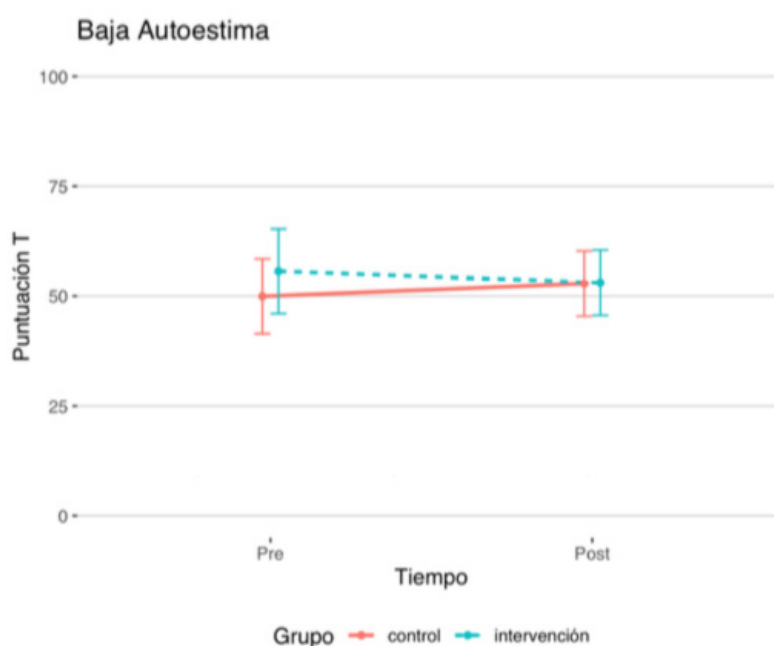
¹Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

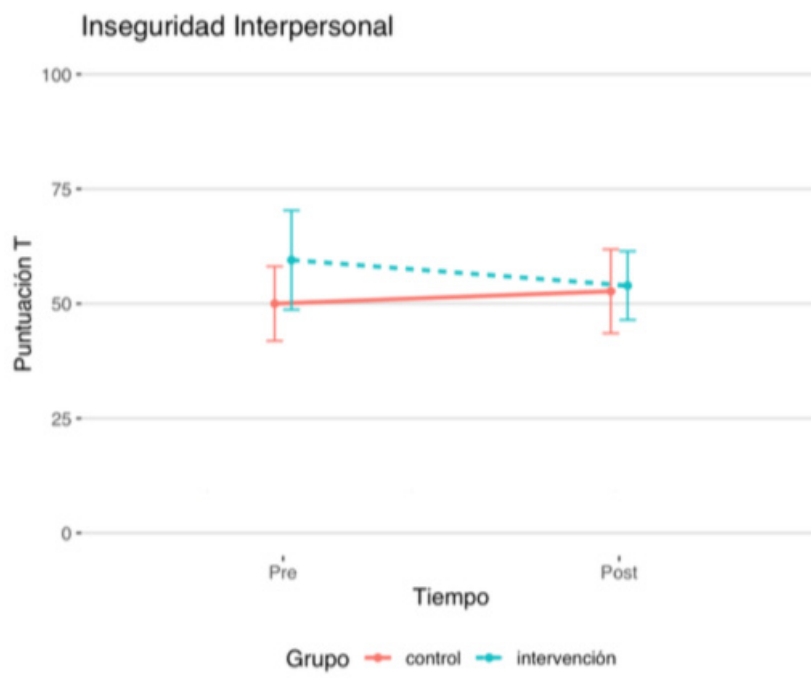
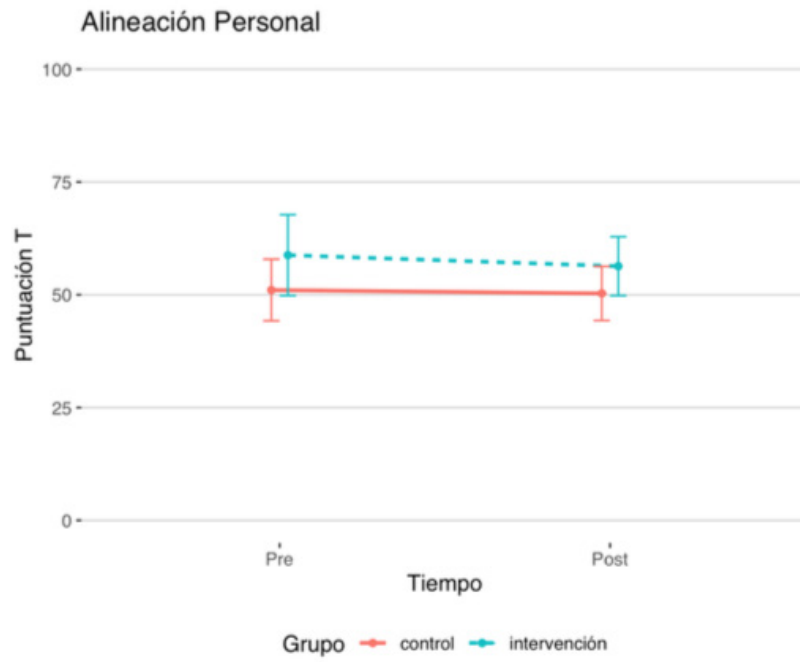
Tabla 47. Medias de Puntuaciones T Índice de Desajuste Psicológico

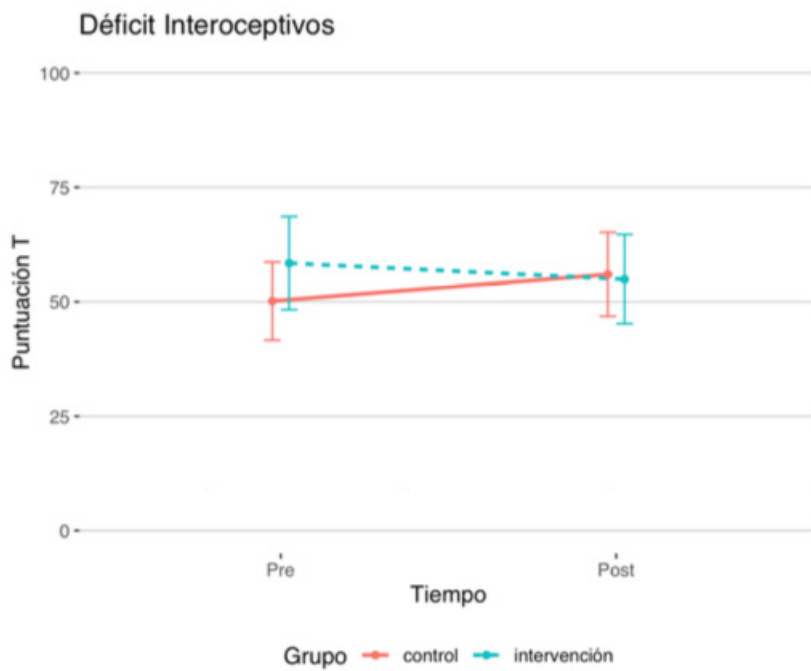
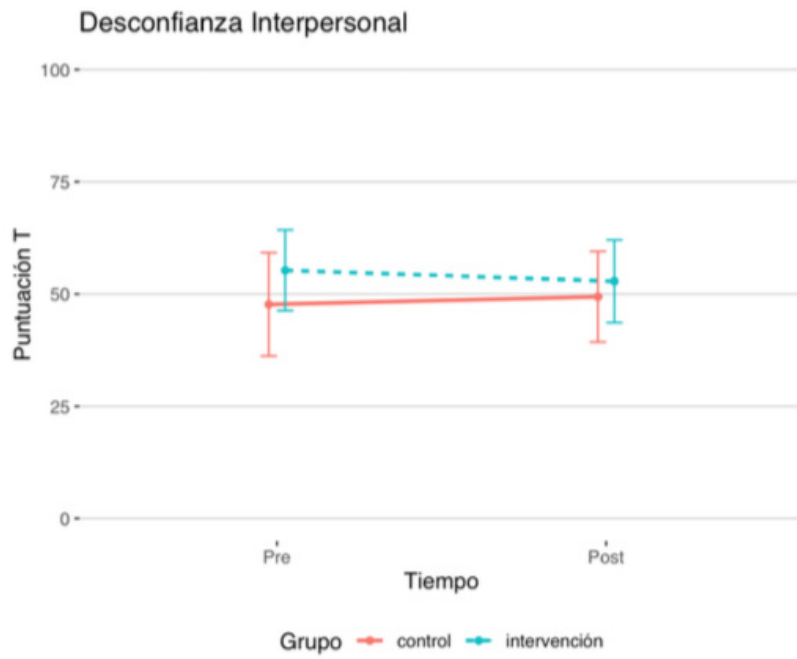
control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
48,2(8,73)	59,44(9,1)	52,5(7,67)	54,67(9,38)	0,520

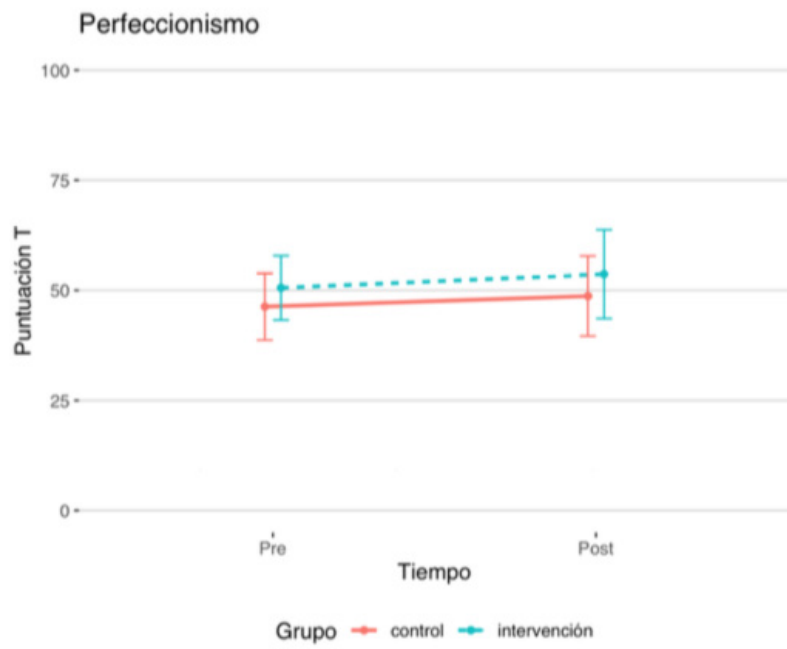
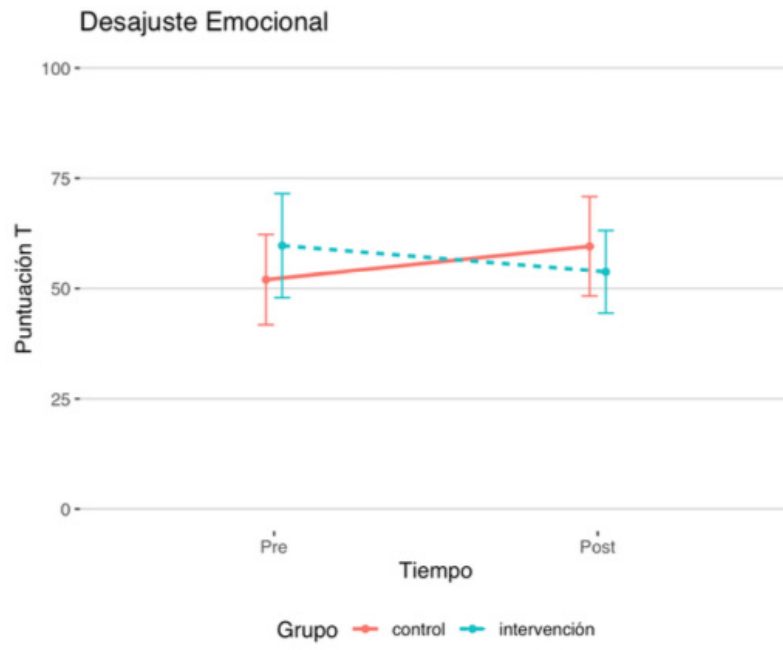
Se aporta Media (Desviación Típica)

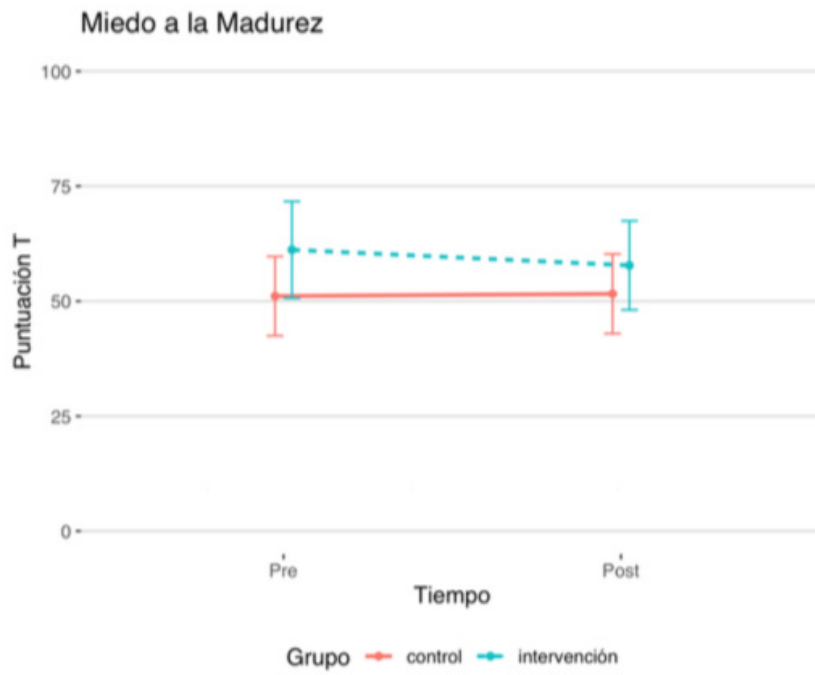
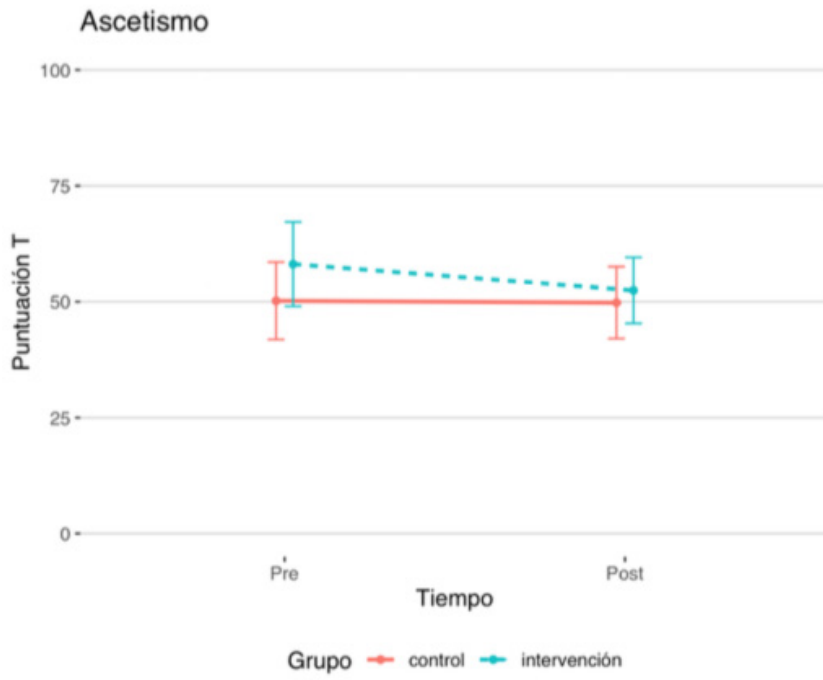
En las siguientes gráficas representamos las medias y desviaciones de las puntuaciones antes y después de la formación en ambos grupos analizados.

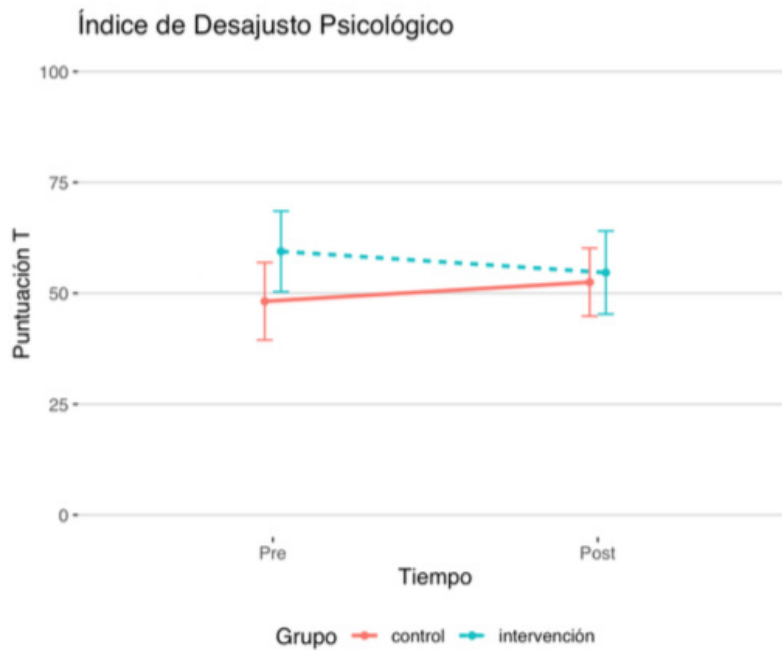












ANSIEDAD

STAI

Tanto en el estudio de la ansiedad como estado como en la ansiedad como rasgo, centraremos la atención en el análisis de las puntuaciones directas. En el caso del estudio de la ansiedad como estado observamos que hay un cambio de las puntuaciones antes y después de la intervención (p valor al tiempo 0,026) y que además el comportamiento no es igual en el grupo control e intervención (p valor asociado a la interacción 0,031). El grupo control tiene un aumento de 5,20 puntos en media mientras que en el grupo intervención se da una disminución de 2,06. En cuanto al análisis de las puntuaciones que miden la ansiedad como rasgo, observamos que no se puede determinar un cambio significativo en cuanto al hecho de la formación recibida (p valor asociado al tiempo 0,194), pero sí que vemos que antes de la intervención el grupo intervención tenía en media 8,21 más que el grupo control, sin embargo hay una interacción significativa entre grupo y tiempo (p valor interacción 0,008) que hace que se reduzca esa diferencia y que una vez hecha la formación esa diferencia sea de 1,29 puntos de media, lo cual indica que la intervención ha sido efectiva en el grupo que la recibió.

Tabla 48. Análisis de Ansiedad Estado

Dependiente: STAI		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	37,58 (12,90)	•
	Post	39,34 (14,36)	5,20 (-0,06-10,46, p=0,026)
Grupo	control	38,30 (15,63)	•
	intervención	38,64 (11,11)	3,97 (-4,76-12,70, p=0,187)
Tiempo:Grupo			-7,26 (-14,90-0,39, p=0,031)

¹Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 49. Medias de Puntuaciones Directas-Ansiedad Estado

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
35,7(14,9)	39,67(10,27)	40,9(16,29)	37,61(12,09)	0,264

Se aporta Media (Desviación Típica)

Tabla 50. Análisis de Ansiedad Rasgo

Dependiente: STAI		Media (de)	Coficiente ¹
Tiempo	Pre	39,74 (9,87)	•
•	Post	38,16 (10,89)	1,70 (-2,15-5,55, p=0,194)
Grupo	control	36,70 (11,39)	•
•	intervención	41,44 (8,53)	8,21 (1,78-14,63, p=0,006)
Tiempo:Grupo			-6,92 (-12,52 – 1,33, p=0,008)

¹Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 51. Medias de Puntuaciones Directas-Ansiedad Rasgo

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
35,85(10,56)	44,06(7,05)	37,55(12,38)	38,83(9,26)	0,344

Se aporta Media (Desviación Típica)

SINTOMATOLOGÍA ALIMENTARIA GLOBAL

EAT-40

Respecto a las actitudes alimentarias anómalas, se observa que en el grupo control los que fueron clasificados como sujetos de no riesgo antes de la intervención, el 85,71% cambiaron de sentido su respuesta y pasaron a ser sujetos de riesgo. En el caso de los que recibieron la formación hubo 6 sujetos de 14 (42,86%) que antes de la intervención obtuvieron una puntuación que indicaba riesgo y después de la intervención cambiaron el sentido de su clasificación. En cuanto a las puntuaciones directas en el EAT, vemos que los sujetos control tuvieron en media 7,40 puntos más después de haberse hecho la intervención, sin embargo, los sujetos que recibieron dicha intervención obtuvieron en media 6,22 puntos menos, lo cual indica que el hecho de haber recibido la formación cambia la percepción del grupo que la recibió de manera significativa (p valor asociado a tiempo 0,015 y p valor asociado a la interacción 0,003).

Tabla 52. Actitudes Alimentarias Anómalas - EAT

Grupo	EAT 40 Riesgo	Riesgo Post	No.riesgo	Riesgo
control	EATriesgo.Pre	No riesgo	1 (14,29)	6 (85,71)
control		Riesgo	2 (15,38)	11 (84,62)
intervención	EATriesgo.Pre	No riesgo	4 (100,00)	0 (0,00)
intervención		Riesgo	6 (42,86)	8 (57,14)

Tabla 53. Correlaciones-Actitudes Alimentarias Anómalas – EAT

Rho ¹	chisq	P
-0,029	0	<0,001
0,981	0	<0,001

¹ Test de Correlaciones Policóricas

Tabla 54. Análisis de Actitudes Alimentarias Anómalas - EAT

Dependiente: EAT		Media (de)	Coefficiente ¹
Tiempo	Pre	39,11 (17,59)	•
•	Post	40,05 (17,14)	7,40 (0,68-14,12, p=0,015)
Grupo	control	42,65 (18,88)	•
•	intervención	36,17 (14,78)	0,33 (-10,46-11,11, p=0,476)
Tiempo:Grupo			-13,62 (-23,39 – 3,86, p=0,003)

¹Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 55. Medias de Puntuaciones Directas-Actitudes Alimentarias Anómalas - EAT

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
38,95(20,33)	39,28(14,54)	46,35(17,01)	33,06(14,76)	0,4021

Se aporta Media (Desviación Típica)

EDI-3

En la tabla 56 y 57 vemos si ha habido cambios significativos en las puntuaciones en relación a la intervención hecha y si esos cambios tienen la misma tendencia o no en el grupo que acudió a la formación y en los que no lo hicieron.

- Riesgo General TCA. Se observa que hay diferencias significativas entre grupos de estudio (p valor asociado a grupo <0,001). El grupo intervención antes de la formación tenía 7,92 puntos más de media que el grupo control. Una vez hecha la formación esa

diferencia se redujo, y el grupo intervención tuvo 2,22 puntos menos de media que el grupo control la segunda vez que cumplimentaron el cuestionario. Además, el grupo control en el segundo cuestionario tuvo de media 3,75 puntos más que la primera vez que se rellenó, mientras que el grupo intervención redujo la puntuación en 6,39 puntos.

Tabla 56. Riesgo General TCA

Dependiente: EDI		Media (de)	Coefficiente ¹
Tiempo	Pre	60,05 (7,51)	•
•	Post	59,00 (7,62)	3,75 (0,18-7,32, p=0,020)
Grupo	control	58,17 (7,49)	•
•	intervención	61,03 (7,40)	7,92 (3,42-12,42, p<0,001)
Tiempo:Grupo			-10,14 (-15,33-4,95, p<0,001)

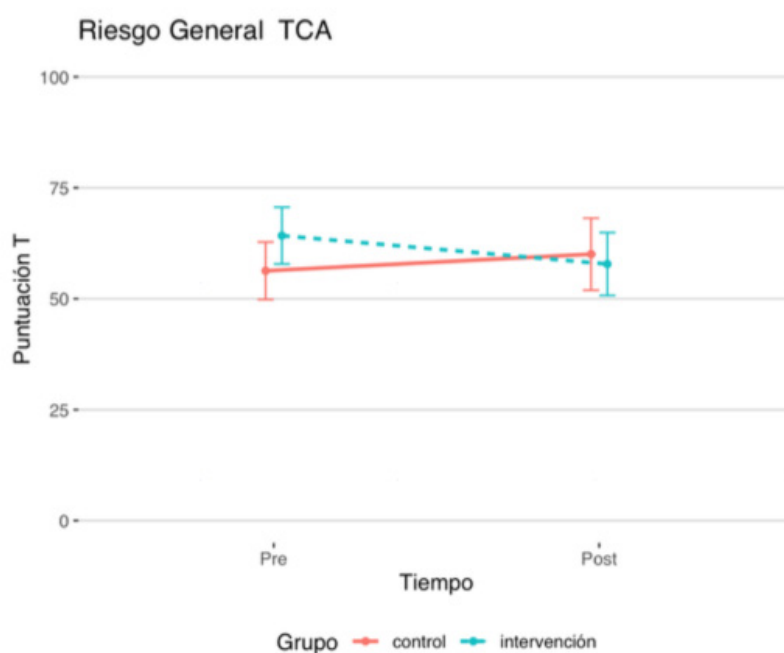
¹ Modelo de Regresión Lineal con factor aleatorio

Tabla 57. Medias de Puntuaciones T Riesgo General TCA

control-Pre	intervención-Pre	control-Post	intervención-Post	Effect size D Cohen
56,3(6,47)	64,22(6,4)	60,05(8,11)	57,83(7,07)	0,717

Se aporta Media (Desviación Típica)

En las siguientes gráficas representamos las medias y desviaciones de las puntuaciones antes y después de la formación en ambos grupos analizados.



4.5. ÍTEMS EN BLANCO:

Por otro lado, y pese a haber puesto atención a la cumplimentación de los cuestionarios por parte de los participantes de este trabajo, se han encontrado ítems que no han sido contestados, habiéndose dejado en blanco. Por eso, y para no adulterar los datos, hemos optado por hacer una imputación de los mismos (Carracedo-Martínez, Figueiras, 2006; Fairclough, 1996).

Las medidas tomadas para resolver el problema de los ítems en blanco fueron las siguientes:

- EAT-40, EDI-3, BITE, BIS-11 y CGI: Estos cuestionarios, al estar compuestos de subescalas, se decidió que los ítems sin contestar se les daría una puntuación basada en la media de las puntuaciones de los ítems con los que hubiera correlación en su subescala correspondiente.
- ASRS.V1.1. En este caso, se dio un valor de 0 a los ítems en blanco, considerándose respuestas erróneas o desconocidas por el participante.
- BSQ, WURS y STAI. Estos test, al estar compuestos por diferentes factores, se le asignó al ítem sin contestar la puntuación media de los ítems que correspondiesen al factor al que perteneciese el ítem en cuestión.

5. DISCUSIÓN



5. DISCUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se discuten los resultados evaluando, una a una, las hipótesis planteadas al inicio así como los resultados correspondientes:

1. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) mostrarán un mayor conocimiento sobre las características del TDAH.

A partir de los hallazgos encontrados en los resultados, se encuentra que los dos grupos experimentales que han participado en el grupo psicoeducativo han mejorado su conocimiento, valorado subjetivamente, acerca del TDAH. En concreto, el 100% de los participantes del programa psicoeducativo valoran con la máxima nota posible (10) su aumento en conocimientos del TDAH tras haber participado en este programa. Por tanto, se acepta la 1ª hipótesis de este trabajo «el grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo mostrarán un mayor conocimiento sobre las características del TDAH».

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Montoya, Colom y Ferrin (2011) en su revisión sistemática, quienes encuentran un mayor conocimiento del TDAH por parte de los participantes de grupos psicoeducativos. También concuerdan con el programa *PEGASUS* de Carlsson et al. (2017), o de Vidal et al. (2013) o Ferrin y Taylor (2013), quienes realizan un programa psicoeducativo y logran aumentar el conocimiento del TDAH de sus participantes.

Llama la atención que muchos pacientes asistentes al grupo psicoeducativo, tengan muy poco conocimiento sobre el TDAH y/o sus implicaciones clínicas, psicológicas o sociales. La mayoría de pacientes verbalizaba durante el transcurso del grupo psicoeducativo, que sus conocimientos vienen dados por el acceso a internet, y que no han tenido nunca una formación reglada por parte de un profesional cualificado que le haya aclarado dudas en cuanto a su problema. Al hilo de esta cuestión, se ha estimado la tasa de autodiagnóstico en Estados Unidos de un 5% en población general (Saiz Ruiz et al., 1996).

Por lo tanto, el aumento de conocimiento por parte de los participantes ha resultado para ellos uno de los apartados más valiosos del grupo psicoeducativo.

Este problema en el diagnóstico del TDAH en la edad adulta puede ser debido a que históricamente el TDAH se ha considerado un trastorno típicamente infantil, y se ha descuidado el diagnóstico y el tratamiento de esta dolencia a las personas que ya no pertenecen a ese grupo de edad. Sin embargo en los últimos tiempos esta idea ha sido desterrada y se ha demostrado la persistencia de esta patología en la edad adulta, siendo muy importante el abordaje de esta

patología en esta etapa de la vida por las graves implicaciones que conlleva hacia la persona. Por eso, numerosos autores han propuesto eliminar el criterio edad de las clasificaciones diagnósticas (Barkley y Biederman, 1997).

Como señalan Quintero, Correas y Quintero (2006), los síntomas que ha tenido un paciente adulto con TDAH son los mismos que los que tenía en edad infantil, con los matices propios de la edad, si bien los síntomas suelen disminuir en intensidad, especialmente la hiperactividad, que no es tanto motriz como conductual. Estos autores explicitan que los pacientes adultos con TDAH suelen tener un estilo de vida caótico, con importante inatención, dificultad de concentración, inquietud, dificultad para estar quietos, labilidad emocional, impulsividad y tienen dificultad para organizar sus tareas, su tiempo, su agenda, etc.

Además, en cuanto a la diferenciación por sexos (mucho más frecuente en niños que en niñas), esta desigualdad se hace mucho menos evidente en la vida adulta.

Como autocrítica, y como elementos de mejora que debería haber en el sistema de salud de nuestra comunidad, sería interesante que se dedicaran más espacios para informar al paciente sobre su trastorno o dificultad, espacios para poder aclarar dudas, inquietudes, o tratar dificultades específicas con el manejo de este tipo de trastornos.

2. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) mostrarán un mayor conocimiento sobre las características del TA.

Por otro lado, y de forma similar al apartado anterior, observamos, a la luz de los datos de la encuesta de satisfacción de este trabajo, que los participantes perciben que su conocimiento acerca del TA es mayor que antes de comenzar el grupo psicoeducativo. Concretamente, los participantes del programa valoran con una media de 9,6 (donde el 1 es haber obtenido el mínimo de aprendizajes nuevos y el 10 haber obtenido el máximo de aprendizajes nuevos) sus conocimientos acerca del TA, su génesis, los factores que influyen en conductas de atracón, etc.

Por lo tanto, en función de estos datos podemos considerar que la 2ª hipótesis del estudio «el grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) mostrarán un mayor conocimiento sobre las características del TA» queda confirmada.

Estos resultados concuerdan con Balestieri, Isola y Baiano (2013), quienes encontraron que los pacientes que pasaban por un grupo psicoeducativo específico para TA u otros TCANE, aumentaban su conocimiento sobre estas patologías, entre otras ganancias. O también con los resultados del estudio de Glasofer y Devlin (2013), quienes en su trabajo psicoeducativo se empeñan en dar información relativa al TA y a sus consecuencias, dando como resultado un aumento de conocimiento y manejo de los participantes con este problema. También Hayes y Gant (1992) encuentran que los programas psicoeducativos tienen un impacto positivo en el conocimiento de los participantes, tanto en la información, como en la creación de un foro de discusión de los participantes, como en el modelado de algunas habilidades de manejo específicas. De la misma forma, Andrewes et al. (1996) encuentran que los pacientes que reciben su programa computerizado *DIET*, basado en psicoeducación, aumentan de forma significativa su conocimiento respecto a estos trastornos, así como sus actitudes frente a ellos.

Sin embargo, estos resultados no concordarían con estudios más antiguos realizados por varios autores que encuentran que la psicoeducación no es eficaz en la mejora de estos parámetros. Específicamente, O'Dea y Abraham (2000), quienes consideran que dar información tiene el potencial de crear efectos adversos, como la *glamourización* y la normalización de los trastornos alimentarios, o introducir a los participantes en prácticas peligrosas al proporcionar información sobre métodos peligrosos de control de peso (inanición, vómitos, abuso de laxantes...), por lo tanto, se centra en identificar los aspectos positivos del yo en lugar de mensajes negativos como los peligros de las dietas y las purgas. Paralelamente, Mann et al. (1997), encuentran en su estudio, que los participantes de una intervención basada en un programa de prevención en donde se ofrecía información variada sobre los TCA de la mano de personas que han padecido el trastorno, tuvieron más síntomas alimentarios que el grupo control que no había recibido dicho programa. Estos autores infieren que el programa puede haber sido ineficaz en prevenir los TCA al estar formado por personas que han sufrido el trastorno, reduciendo el estigma de estos, y normalizando ciertas conductas.

También hay otros autores, que sin tratar específicamente los trastornos de TCA o TDAH han encontrado que los efectos de la psicoeducación para pacientes todavía no están claros, y que los efectos se ven más evidentes cuando se incluye a las familias, como es el caso del estudio de Lincoln, Wilhelm y Nestoriuc (2007), que tratan trastornos psicóticos con psicoeducación y encuentran pocos beneficios con este tipo de pacientes en cuanto a su conocimiento, concluyendo que el esfuerzo adicional de incluir a las familias en este tipo de programas merece la pena.

3. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) mostrarán una mayor motivación al cambio.

Se observa que el grado de motivación al cambio por parte de los participantes tras pasar por el programa es muy óptimo (según la encuesta de satisfacción autoadministrada tras pasar por el grupo psicoeducativo) dando ambos grupos una media de puntuación de 9, donde 1 es la menor motivación al cambio y 10 la mayor motivación al cambio.

Por tanto, se puede considerar que el programa psicoeducativo ha sido eficaz para que estos pacientes se sientan más motivados a realizar cambios en sus conductas y en su forma de pensar y de gestionar sus problemas, quedando confirmada la 3ª hipótesis de este trabajo «el grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) mostrarán una mayor motivación al cambio».

Estos resultados concuerdan con lo planteado por Brewin et al. (2016), quienes añaden, al igual que en nuestro programa, un componente motivacional a su terapia, dando como resultado un aumento de compromiso con el tratamiento y mayor grado de cambio de conducta en las personas que lo recibieron.

Además, nuestro resultado también concuerda con Villas (2013) quien afirma que la psicoeducación no sólo aborda la transmisión de la información, sino que fomenta la motivación al cambio, las habilidades personales y la autoestima, y parece claro que es lo que han sentido los participantes de este grupo, una estimulación mucho mayor a hacer cosas que mejoren su estado de salud.

Es importante señalar, tal y como indican Fernández y Rodríguez Cano (2003), que los pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario se muestran la mayoría de las veces ambivalentes con respecto al tratamiento. Con frecuencia acuden a consulta conducidos por sus familiares o como consecuencia de algún síntoma físico que les ha obligado a solicitar atención en los servicios de urgencias. La resistencia ante las indicaciones terapéuticas, así como los abandonos, son fenómenos frecuentemente observados entre los clínicos que atendemos estos pacientes. Por lo tanto, la motivación al cambio suele ser un tema escabroso en este tipo de personas y un punto de mira a considerar en todo tratamiento de un TCA.

Además, concretamente en el caso de los TA, muchas veces acuden a las consultas de salud mental con la única motivación de querer bajar de peso, con una fantasía de que se ofrecerán tácticas infalibles para lograrlo con poco esfuerzo. O incluso llegan a la red de salud mental porque están en un proceso de acceso a cirugía bariátrica y el equipo de cirugía les deriva a la unidad de psiquiatría para valorar la idoneidad de estos pacientes para realizar una intervención de esas características. Por lo tanto, muchas veces la motivación de estos pacientes dista mucho de una motivación dirigida al cambio de conducta o a la mejora de aspectos psicopatológicos.

Hay que aclarar que nuestros participantes se tratan de una población que podemos definir como patológica (ya que están todos ya diagnosticados de un TA), razón por la cual han podido tener un aumento tan importante en cuanto a su motivación para cambiar, concordando con lo hallado en el trabajo de Villas (2013), quien encuentra también que los efectos de sus programas de prevención fueron significativamente más intensos en aquellos sujetos que inicialmente estaban considerados como sujetos «de riesgo» (por tener sintomatología bulímica y distrés acerca de la imagen).

Sin embargo, hay otros autores, como Santonastaso y cols. (1999), quienes encuentran justo lo contrario: en su trabajo, los sujetos que obtuvieron una mejoría en su sintomatología alimentaria y un cambio mayor de conducta fueron aquellos considerados como «de bajo riesgo».

En este caso que nos ocupa, se podría decir que los pacientes que han participado en este grupo psicoeducativo se situarían, tras finalizar el tratamiento, dentro de la etapa «acción» del modelo de Prochaska y DiClemente: el individuo comienza a trabajar en su conducta y necesita ayuda para alcanzar el cambio deseado. Ahora los sujetos participantes del programa psicoeducativo del presente trabajo, saben que tienen un problema, quieren cambiar su estado de salud y han empezado a realizar acciones para combatir su trastorno, concienciados de que necesitan ir de la mano de un profesional para no perderse en el camino.

Son varios los factores que han podido influir en que estos pacientes hayan pasado de una etapa contemplativa a una etapa más avanzada o de *acción* (Díaz, Solano Pinto y Solbes, 2013): 1. Las ventajas y desventajas percibidas de la conducta problema (y el equilibrio entre ellas), 2. La autoeficacia, entendida como la confianza en la propia habilidad para cambiar la conducta problema, 3. La superación de las tentaciones de regresar a la conducta problema y 4. "procesos de cambio" fácilmente asimilables a estrategias de afrontamiento dirigidas a modificar el problema, promovidas por la psicoterapia.

Estos procesos de cambio, que estarían asociados a una serie de recomendaciones por parte de sus creadores Prochaska y DiClemente, serían las siguientes (Díaz, Solano Pinto y Solbes, 2013): Aumento de conocimiento (la recomendación es incrementar la información sobre uno mismo

y el problema); autoliberación (creer que uno mismo es capaz de cambiar); dramatizar (expresar los sentimientos que producen el problema y las soluciones); contracondiciones (alternativas a la conducta problema); control de estímulos (controlar los estímulos que elicitán la aparición de la conducta problema); relaciones de ayuda (compartir los problemas); reevaluación del ambiente (reevaluar cómo el problema afecta al entorno); liberación social (incrementar las alternativas de conductas no problemáticas disponibles en la sociedad); autoevaluación (evaluar lo que uno siente en relación a uno mismo con respecto al problema); reforzar el entrenamiento (reforzarse a uno mismo y empezar a animar a otras personas para que realicen el cambio).

Así, por ejemplo, los pacientes han aumentado su conocimiento sobre sus patologías, se han podido autoliberar de los pensamientos que tenían de que nunca iban a superar su problema (al ser, muchas veces por primera vez, escuchados, atendidos, informados o tratados), se les han ofrecido, como contracondición, muchas alternativas a sus conductas compulsivas en el transcurso del programa (dedicando una sesión a tratar de buscar conductas alternativas a sus ingestas compulsivas), han compartido los problemas con personas en su misma situación, y han podido autoevaluarse gracias al aprendizaje de uso de autorregistros, de hacer un análisis funcional de su conducta, pero sobre todo gracias a un espacio que les ha ofrecido tiempo y voz para trabajar sobre ello, entre otros importantes procesos de cambio.

Pero hay que recordar que hay una dificultad en este tipo de pacientes con TCA, y es que un sujeto puede estar en fase de acción para unos síntomas y en precontemplación para otros, presentando un perfil de puntuaciones altas en varias fases (Fernández y Rodríguez Cano, 2003). Es decir, un sujeto de nuestra muestra, podría estar muy motivado a hacer cambios en su alimentación para evitar los atracones, pero podría pensar que no tiene ningún problema con la gestión de su tiempo o de sus emociones y no querer hacer ninguna modificación en ese sentido. Por lo que podría ser conveniente, de cara a futuros estudios, evaluar con qué aspectos están motivados a cambiar y con cuáles no están dispuestos a modificar nada, o cuáles ni siquiera reconocen como problemáticos.

4. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) presentará menos impulsividad cognitiva, motora, no planificada y total en comparación con los participantes del grupo control.

La impulsividad no es un constructo unitario. Diferentes autores han intentado definir qué es la impulsividad y cuáles son sus componentes, sin llegar a día de hoy a un acuerdo entre ellos. Por esta razón, se dice que la impulsividad es un constructo multidimensional (Squillace, Picón, & Schmidt, 2011).

Pero pese a haber discrepancias en su definición, casi todas las descripciones le otorgan varios mecanismos subyacentes comunes: la alta sensibilidad a las recompensas, el actuar rápido sin planificación y la impulsividad como mecanismo de reducción de tensión o estrés (Squillace, Picón, & Schmidt, 2011).

En el campo de la psicopatología, son muchos los síndromes que tienen este factor como rasgo importante o principal, por ejemplo el trastorno límite de la personalidad, el consumo de sustancias, los comportamientos antisociales o los trastornos que nos ocupan en este trabajo, el TDAH o el TA.

Por este motivo, tanto el TDAH como el TA son tratados muchas veces tanto a nivel psicológico como farmacológico con los mismos métodos (Toplak y cols., 2005; Vickers, Hackett, Murray, Hutson y Heal, 2015; Ong, Checkley y Russell, 2013; Schweickert, Strober y Moskowitz, 1997; Dagan y Yager, 2018; Bello, Walters, Berpeut y Caverly, 2014).

Como indicábamos anteriormente, la impulsividad puede ser el factor que haga unirse de forma tan robusta el TDAH y el TA (Levinson, 2016; Hartmann, Rief y Hilbert, 2013). Es lógico pensar, que las personas que tengan rasgos impulsivos comerán de forma más inadecuada, sin planificación y sin pensar las consecuencias de sus actos, como ocurre con las personas que padecen un TA.

Nuestros datos apoyan estas hipótesis, ya que de nuestra muestra, tanto grupo control como grupo intervención tenían puntuaciones muy altas en impulsividad cognitiva, motora, no planificada y total.

En el apartado de resultados, vemos que el grupo intervención tiene un comportamiento menos impulsivo tras pasar por la intervención que el grupo control que no recibe el tratamiento. Por este motivo, queda confirmada la 4ª hipótesis de este trabajo: «el grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) presentará menor impulsividad cognitiva, motora, no planificada y total en comparación con los participantes del grupo control».

Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos por Preuss, Pinnow, Schnicker y Legenbauer (2017) en su programa psicoeducativo *impulse* dedicado exclusivamente para el TA, y que se centran de forma extensa en el control de la impulsividad, encontrando una disminución significativa de la ésta en forma de inhibición de la interrupción y el control inhibitorio.

También concuerdan con estudios como el de Giel, Speer, Schag, Leehr y Zipfel, 2017 o el de Stice, Yokum, Veling, Kemps y Lawrence, 2017, quienes encuentran que pacientes con TA entrenados en control inhibitorio mejoraron significativamente este dominio hacia estímulos alimentarios con alto contenido calórico.

Además, investigaciones metaanalíticas recientes también muestran que la capacitación en control inhibitorio puede reducir la ingesta compulsiva de alimentos poco saludables (Allom et al., 2015; Jones et al., 2016; Turton, Bruidegom, Cardi, Hirsch y Treasure, 2016).

Por este motivo, en este trabajo se ha considerado fundamental la inclusión de estrategias inhibitorias de comportamientos impulsivos referentes a la comida, como es el control estimular, el fortalecimiento de respuestas contrarias al comportamiento impulsivo, la planificación, las autoinstrucciones, el análisis de las consecuencias de las propias acciones o el *Mindfulness*, entre otras.

Ya que además, si los pacientes controlan esta área de su vida, es fácil que este comportamiento se generalice a otros ámbitos y tengan conductas más funcionales.

5. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) verá aumentada su satisfacción corporal en comparación con los participantes del grupo control.

En general, las personas afectadas por un TA están profundamente perturbadas y obsesionadas con su imagen corporal. La imagen corporal es un constructo multidimensional

que hace referencia a cómo una persona percibe su cuerpo y apariencia y a los pensamientos, sentimientos y conductas que se relacionan con dicha percepción (Félix, 2019).

Trabajar con personas afectadas de un TCA, hace imprescindible que se atienda al constructo de satisfacción corporal. Cuando se trabaja con personas con un TA, se observa que tienen un elevado grado de insatisfacción corporal, que hace que merme mucho su bienestar psicológico, llegando a impregnar otras áreas de su vida como son la social, la familiar o la laboral. A veces estas personas tienen un malestar tan profundo con respecto a su cuerpo, que llega a ser algo profundamente incapacitante para su vida, llegando incluso en los casos más graves al aislamiento social.

La imagen corporal es un constructo complejo que se refiere a cómo la persona se percibe, piensa, siente y actúa respecto de su propio cuerpo (Rosen, Orosan y Reiter, 1995). Son, por tanto, tres sus componentes básicos: 1) un componente perceptual, que se refiere a la precisión con la que se percibe tanto el tamaño y la forma global del cuerpo, como de zonas corporales claves. Cuando la percepción de la imagen corporal está alterada, hablamos de distorsión de la imagen corporal y puede darse en dos sentidos, sobreestimación o subestimación; 2) un componente subjetivo y 3) un componente conductual (Félix, 2019).

Varios estudios demuestran que tanto hombres como mujeres están afectados por la insatisfacción corporal, y que ya no es algo como se pensaba hace años exclusivo del sexo femenino (McCreary y Sasse, 2000). Por eso en nuestro estudio, pese a que la muestra es principalmente femenina, no se ha excluido al sexo masculino para ver también cómo se comporta esta parte de la población.

Por todo esto, y como la satisfacción corporal es algo que se debería trabajar y tener en cuenta de forma prioritaria para aumentar el bienestar de las personas que padecen un TA, se ha incluido en este trabajo esta parte concerniente al aumento de la satisfacción corporal de las personas que componen el grupo psicoeducativo.

En nuestra muestra, al inicio del estudio nos encontramos unos niveles elevados de insatisfacción corporal en ambos grupos (medidos con el test BSQ y con la escala *insatisfacción corporal* del test EDI-3).

En cuanto al test BSQ, los resultados de este trabajo indican que la formación psicoeducativa tuvo resultados satisfactorios, en comparación con el grupo control. Ya que el grupo psicoeducativo, aunque no haya tenido efectos significativos en la mejora de la satisfacción corporal para los participantes, ha servido para que no empeoren su sintomatología en este constructo, como les ha ocurrido a los participantes del grupo control. Es obvio que si las personas con un TA no reciben tratamiento, cada día estén más insatisfechos con su cuerpo, ya que es posible que cada día su peso aumente debido a las sobreingestas de comida, y que su distorsión de la imagen vaya empeorando debido a la psicopatología asociada. Esto es lo que probablemente haya podido ocurrir en el grupo control.

Por su parte, en cuanto a la escala *insatisfacción corporal* del test EDI-3, también nos encontramos con puntuaciones altas en ambos grupos antes de comenzar el programa psicoeducativo.

El grupo de tratamiento psicoeducativo es inicialmente más patológico que el grupo control, pero en los participantes del grupo psicoeducativo se observa un descenso significativo en el

tiempo en este constructo, no comportándose del mismo modo el grupo control, ya que en este grupo no hay un descenso significativo de sus puntuaciones. Esto indica que la formación tuvo resultados positivos comparando con el grupo que no recibió tratamiento psicoeducativo.

Por lo tanto, y según se observa en los datos, se puede confirmar la 5ª hipótesis de este trabajo «el grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) verá aumentada su satisfacción corporal en comparación con los participantes del grupo control».

Esta mejoría en la satisfacción corporal, comparando el grupo intervención con el grupo control, podría deberse a diversos factores, ya que como se ha indicado es un constructo que puede tener un origen multifactorial.

En primer lugar, uno de los factores que ha podido tener más peso en el cambio de actitud hacia su cuerpo en estos pacientes, ha podido ser el trabajo mediante el cambio del lenguaje negativo sobre el cuerpo hacia el lenguaje positivo que se realiza dentro de las sesiones psicoeducativas.

Según Gessen y Gessen (2002), por medio de nuestras percepciones, construimos representaciones de la realidad, a la cual agregamos nuestros valores, emociones y procesos de lenguaje. Todo lo anterior permite concluir que no existe una realidad única, sino realidades personales. La clave es que al modificar nuestros valores, emociones y formas de expresarnos a través del lenguaje también podemos cambiar «la percepción de la realidad» y la «autoimagen de las personas».

La *programación* en la Programación Neurolingüística (en adelante PNL) se refiere al modo en que el sistema neurológico y del lenguaje forman las estructuras que construyen nuestros modelos del mundo (Romo, López y López (2006). Está comprobado que el cómo nos hablamos a nosotros mismos influye en la forma de percibir el mundo, las relaciones y a nosotros mismos. Por eso es tan importante trabajar este aspecto del lenguaje interno, y a lo que se ha dado mucha importancia dentro del programa psicoeducativo de esta tesis doctoral.

Otro factor de capital importancia en la mejora de la satisfacción corporal de los participantes del grupo psicoeducativo ha sido el tratamiento mediante desensibilización sistemática (DS en adelante) en imaginación de las partes del cuerpo que provocan más malestar en los participantes. Tal y como explican Vallejo-Slocker y Vallejo (2016), la desensibilización sistemática contribuye a disminuir la ansiedad mediante la presentación gradual de un estímulo que provoca ansiedad y el aprendizaje duradero de una respuesta alternativa (relajación) bajo un contexto estimular variado que favorece la generalización. Además, afirman que la DS es mejor recibida por los pacientes, es un procedimiento flexible y con unas bases teóricas consolidadas. Por lo tanto, está claro que esta técnica tan antigua ha podido favorecer en nuestros pacientes una mejor relación con su cuerpo y una mirada más serena hacia su propia imagen corporal.

Pero además, no hay que perder de vista el hecho de que este programa psicoeducativo se ha llevado a cabo en forma de terapia de grupo y este tipo de terapia grupal tiene unos factores terapéuticos que producen mejoría de las personas que están en ellos por el simple hecho de ser un encuentro entre varias personas (infundir esperanza, transmitir información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, imitación, catarsis, cohesión...) (Vinogradov y Yalom, 1996).

6. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) mejorarán su conducta alimentaria, reduciendo el número de atracones en comparación con los participantes del grupo control.

Las personas aquejadas de un TA normalmente llevan un largo historial de dietas a sus espaldas. Estas dietas normalmente se caracterizan por restringir de forma muy agresiva tanto la variedad como la cantidad de alimentos. Estas personas, que de forma muy frecuente presentan niveles altos de sobrepeso y obesidad, intentan compensar sus sobreingestas dietéticas mediante una restricción (en muchos casos casi total, pasando horas e incluso días sin tomar a penas ningún alimento). De esta forma buscan una pérdida de peso, que nunca llegará, ya que es muy probable que ante un estado de privación energética tan grande, acaben abocados a un atracón de comida. Así, se perpetúa el círculo vicioso de forma continua, en ciclos de atracón-restricción-atracón.

En nuestro programa, se hace hincapié en la importancia de la supresión de las dietas, tal y como explica Fairburn (1998) en su manual. Esto puede resultar para la mayoría de pacientes aquejados de este trastorno (incluso para algunos profesionales) algo aberrante, si bien es cierto que los pacientes enseguida caen en la cuenta de que sus estrategias llevadas a cabo hasta la fecha para perder peso no han hecho sino empeorar el problema.

De esta forma, se incluyen varias sesiones que tratan la educación nutricional (una de ellas de mano de dos alumnas de 4º curso del grado de nutrición humana y dietética de Huesca, colaboradoras con este proyecto) y las estrategias para eliminar (o al menos disminuir) el número de atracones.

Estas estrategias para disminuir el número de atracones se centrarían en la educación nutricional, el uso de autorregistros para trabajar el análisis de pensamientos y conductas relacionadas con el trastorno alimentario, y en el control estimular (basado en el control de contingencias ambientales que lleva a los pacientes a facilitar el atracón).

En nuestra muestra, según los datos analizados con el ítem 27 del test BITE (que mide frecuencia de atracones), se observa que el grupo intervención ha disminuido la frecuencia de sus atracones de forma mucho más notable que en el grupo control.

Por otro lado, también se evaluó el descenso de los atracones a través de la escala bulimia del test EDI-3. Esta escala evalúa la tendencia del sujeto a sufrir ataques incontrolados de ingesta de comida (atracones) y pensar en ellos.

La utilidad de esta escala reside en que evalúa actitudes y sentimientos relacionados con el descontrol sobre la ingesta de comida más que sobre conductas concretas.

En la muestra de este trabajo, nos encontramos al inicio unas puntuaciones medias muy elevadas, tanto del grupo control como de los grupos experimentales 1 y 2.

Sin embargo, tras la evaluación de seguimiento post, los pacientes del grupo control tuvieron un aumento de las puntuaciones en este constructo, mientras que los participantes del programa psicoeducativo que recibieron el tratamiento disminuyeron su puntuación. Por lo tanto, se puede decir que el tratamiento tuvo un efecto beneficioso en los participantes del grupo.

Por lo tanto, en función de estos datos podemos considerar que la 6ª hipótesis del estudio «el grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa

psicoeducativo (grupo experimental) mejorarán su conducta alimentaria, reduciendo el número de atracones en comparación con los participantes del grupo control» queda confirmada.

Estos datos concuerdan con el trabajo de Balestieri, Isola y Baiano (2013), quien en su programa psicoeducativo incluyen, como ha sido en nuestro caso, intervención nutricional y análisis de pensamientos y conductas relacionadas con el trastorno alimentario además de entrenamiento en asertividad, obteniendo como resultado que todos los pacientes mostraron mejoras significativas en frecuencia de atracones y rasgos bulímicos, entre otras medidas.

También coinciden nuestros resultados con el estudio de Glasofer y Devlin (2013), quienes encuentran que incluir en los programas psicoeducativos temas concernientes a educación nutricional, regulación energética o alimentación regular tiene efectos beneficiosos en conseguir que los pacientes sean capaces de llevar una alimentación más regular y una alimentación más variada, disminuyendo así los atracones. Técnicas muy similares se han utilizado en nuestro programa, obteniendo resultados igualmente satisfactorios.

En general los resultados señalan la efectividad de la intervención en el descenso del número de atracones, apoyando los trabajos de autores como Fairburn (1998), en quien hemos basado parte importante de nuestro trabajo, quien encuentran resultados de mejora, entre otros aspectos, no solo en la disminución de la frecuencia de atracones y tasas de remisión frente al no tratamiento, sino también en aspectos como la autoestima y el ajuste social (Cuadro y Baile, 2015).

7. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) presentará menor desajuste psicológico general en comparación con los participantes del grupo control.

En nuestra muestra el índice «desajuste psicológico general» del test EDI-3 se encuentra elevado en ambos grupos de estudio antes del tratamiento, pudiéndose deducir que ambos grupos, tanto experimental como control, presentan un elevado desajuste psicológico y niveles elevados de psicopatología.

Tal como queda reflejado en el apartado de resultados, el grupo intervención disminuye sus puntuaciones en desajuste psicológico general (aumentándolas el grupo control), por lo que se puede concluir que el grupo psicoeducativo ha sido eficaz en la disminución del desajuste psicológico general de los participantes de este grupo, comparándolo con el grupo control. Como se ha descrito en el apartado «instrumentos», este índice de segundo orden agrupa los constructos de baja autoestima, alienación personal, inseguridad interpersonal, desconfianza interpersonal, déficit interoceptivos, desajuste emocional, perfeccionismo, ascetismo y miedo a la madurez. En el apartado de resultados podemos ver como los participantes del grupo psicoeducativo mejoran en la práctica totalidad de estas áreas.

Por lo tanto, podemos considerar que la 7ª hipótesis del estudio «el grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) presentará menor desajuste psicológico general en comparación con los participantes del grupo control» queda confirmada.

Estos resultados concuerdan con el estudio de Balestieri, Isola y Baiano (2013), investigación fundamental en la que nos hemos centrado para este trabajo, en la que se encuentra que sus participantes muestran una mejoría significativa en varias áreas que darían lugar a un mejor ajuste psicológico (como una mejoría en la insatisfacción corporal, la ansiedad, la depresión, etc.).

Es prioritario que se entienda el TA como un problema complejo que presenta mucha comorbilidad psicológica (Hudson et al., 2007).

Las más destacadas suelen ser la ansiedad, la depresión y la baja autoestima (Ranzenhofer et al., 2012). Por eso la eficacia de este programa en cuanto a la mejora del ajuste psicológico se explica en buena parte por la inclusión de estas psicopatologías comórbidas como foco especial de atención, ya que se sabe que este tipo de problemas suele tener por norma origen en estos factores.

Parte importante del grupo psicoeducativo incluye en sus sesiones técnicas de tratamiento cognitivo conductual. Estas técnicas han demostrado a lo largo de muchos años y tras mucha investigación que la avala, que son técnicas eficaces para la reducción tanto de sintomatología alimentaria como de desajuste psicológico concomitante.

Así, Fairburn (1998), en su famosa terapia cognitivo conductual para el TA acoge técnicas de la terapia cognitiva para la depresión y estrategias conductuales que se estaban aplicando para el tratamiento de la obesidad, pretendiendo hacer frente al problema de las ingestas compulsivas de manera progresiva, planificada y estructurada mediante el empleo de técnicas cognitivo-conductuales y educacionales.

Fairburn y sus colaboradores crearon el primer tratamiento cognitivo-conductual protocolizado para los TCA en 1985. Comenzó centrándose en la BN, teniendo los objetivos de: reducir los atracones y las conductas compensatorias, modificar la tendencia a hacer dietas extremas, y cambiar las actitudes hacia el peso y la figura; además de disminuir otros síntomas asociados como: depresión, baja autoestima y deterioro en el funcionamiento social (Celis y Roca, 2011).

Este enfoque pone de manifiesto que no solo es importante trabajar la conducta alimentaria de los pacientes, sino que hay que tratar el desajuste psicológico que subyace a esta patología y que puede ser causa de origen y/o mantenimiento de este problema.

Los resultados de mejoría del desajuste psicológico de los participantes que se ha encontrado en esta tesis, concuerdan con el estudio antes mencionado de Cuadro y Baile (2015), quienes encuentran en su revisión que las técnicas cognitivo conductuales mejoran, además de la frecuencia de atracones, aspectos como la autoestima y el ajuste social en personas con TA.

También concordarían con el estudio de caso único de García, Antón y Martínez (2016), quienes encuentran una mejoría en el ajuste psicológico de su sujeto experimental (en áreas como el estado de ánimo, la autoestima, las estrategias de afrontamiento o el autocontrol) al tratarlo con técnicas cognitivo conductuales propias del modelo de Fairburn (1998).

Para un análisis más pormenorizado de este índice de segundo orden, se pasará a presentar cada una de las escalas que lo componen:

ESCALA BAJA AUTOESTIMA

La mayoría de los sujetos diagnosticados de TCA presentan puntuaciones entre los percentiles 25 y 66 (rango clínico típico) y que poseen el significado de presentar sentimientos de inseguridad, ineficacia, incapacidad de alcanzar las metas personales (Barrera, 2016).

Considerando los resultados obtenidos, la participación en el programa psicoeducativo ha podido influir en la mejora de su autoestima. Esto puede ser debido a la sesión específica destinada al aumento de la autoestima de estos pacientes, basada en el programa ZARIMA-PREVENCIÓN (1999), donde se ha trabajado la mejora del autoconcepto y el reconocimiento de cualidades propias, dos aspectos poco trabajados a nivel personal en la vida de estas personas.

ESCALA ALIENACIÓN PERSONAL

En esta escala vemos que las puntuaciones del grupo control y los dos grupos experimentales son altas antes de recibir la formación, pero estas puntuaciones no cambian significativamente tras pasar por el programa. La explicación podría deberse a que dentro de las sesiones de esta formación, no se ha trabajado de forma específica este constructo, siendo un aspecto a valorar para futuras intervenciones. Sería conveniente dedicar un espacio dentro del grupo psicoeducativo a que los pacientes aprendan a darse cuenta de sus emociones, reconocerlas y ponerles nombre. Es muy frecuente que en este tipo de trastorno se coma desafortadamente como forma de canalizar una emoción de la que el sujeto no es plenamente consciente, confundiendo su estado psicológico con una necesidad imperiosa de comer, como algo fisiológico que nada tiene que ver con la realidad, como un llenado de vacío que no se consume con comida ya que tiene más que ver con un vacío emocional o con un sentimiento de estar solo o no ser comprendido por los demás. Por lo tanto, resultaría muy útil hacer ver a estos pacientes qué es lo que realmente les está perturbando para que puedan trabajar ese aspecto doloroso de su vida, para que puedan tener un afrontamiento más activo, aumentar su locus de control interno y evitar otros modos inservibles de canalizar su desconsuelo como es a través de un atracón de comida.

ESCALA INSEGURIDAD INTERPERSONAL

Es frecuente encontrar en los pacientes con TCA dificultades a este nivel. Puntuaciones en rango elevado hablan de una grave dificultad en la comunicación, lo cual puede dificultar la terapia (Barrera, 2016).

Como se puede ver en el apartado de resultados, la formación tiene una influencia positiva en este aspecto. No es de extrañar que los participantes, una vez pasado el grupo, se sientan más cómodos con las relaciones sociales, ya que, como se ha comentado con anterioridad, el formato grupal de las terapias es un entorno propicio para la mejora de las relaciones interpersonales (Vinogradov y Yalom, 1996), así como la expresión de sentimientos y compartir preocupaciones.

ESCALA DESCONFIANZA INTERPERSONAL

En este caso también se nota un efecto de mejora de los participantes que participaron en el grupo, pudiendo concluir de forma similar a la anterior, que el contexto grupal ha tenido como mejora importante una mejor relación con lo interpersonal, tanto a nivel de expresividad como en este caso de confianza en el otro.

No es de extrañar estos resultados, teniendo en cuenta que los participantes han valorado, en la escala de satisfacción, a sus compañeros con una puntuación media de 8,50 (en una escala de 1 a 10).

DÉFICIT INTEROCEPTIVOS

Esta escala ha mostrado capacidad para predecir una mala respuesta al tratamiento a 5 y 10 años en pacientes con AN además de tener capacidad para predecir la aparición de conductas autolesivas en pacientes con BN (Barrera, 2016).

En el grupo psicoeducativo se ha dedicado un apartado a que los participantes puedan reconocer emociones, así como aceptar emociones negativas, a través de psicoeducación sobre la misma, técnicas de afrontamiento y de Mindfulness. Estas técnicas han contribuido a un mejor conocimiento de estos pacientes de sus estados emocionales, para un posterior manejo más adaptativo. Como resultado, se apreció una mejora comparativa del grupo intervención en esta área, tal y como muestran los resultados.

DESAJUSTE EMOCIONAL

Este constructo tan presente en los TCA, y en nuestro caso en los TA, está fuertemente relacionado con la evolución que tienen las personas que sufren TDAH en la edad adulta. Cantwell (1985) asumió que una de las posibles evoluciones de los TDAH en la edad adulta sería que el TDAH constituye un precursor de otros severos trastornos psiquiátricos como la personalidad antisocial o el consumo de sustancias, trastornos íntimamente relacionados con la falta de ajuste emocional.

Por su parte, Quintero, Correas y Quintero (2006) refieren que las personas con TDAH adultas suelen tener baja tolerancia a la frustración, síntomas de impulsividad que a menudo se manifiestan en accidentes de tráfico, problemas de juego patológico, parafilias o conducta sexual impulsiva e incluso se ha visto que estas personas pueden llevar a cabo de forma frecuente autoagresiones. Así, Kelly, Cornelius y Clark (2004), encuentran en un estudio sobre suicidio en adolescentes que las personas con un trastorno por consumo de sustancias, que además padecían un TDAH comórbido, tenían más probabilidades de consumar el acto que los que no tenían TDAH.

Este programa dedica una sesión entera a la mejora de la impulsividad de estos pacientes y una mayor aceptación y regulación de sus emociones, y se nota en la mejora de los pacientes que se ha trabajado sobre ello de forma específica.

PERFECCIONISMO

El perfeccionismo ha sido identificado como una importante y discriminativa característica de los TCA. Es un predictor de inicio tanto de ANR, como de ANP y de BN y un marcador de mal pronóstico (Barrera, 2016).

Tras pasar por el programa psicoeducativo, no se observan cambios significativos en el tiempo en ningún grupo. Ambos grupos aumentan su puntuación media en este constructo, aunque no de forma significativa.

Estos resultados podrían ser debidos a que el perfeccionismo es un rasgo estable de la personalidad, difícilmente modificable en un programa de estas características. Este tipo de

patologías están asociadas a personalidades muy obsesivas, con una rigidez cognitiva que les impide modificar ciertos rasgos de su personalidad. La necesidad de hacer las cosas de forma perfecta es muy poco susceptible de maleabilidad, está inscrito en su identidad y no se permiten ningún tipo de error, ya que son personas profundamente dañadas y con un profundo sentimiento de desmerecimiento a las que ante cualquier desvío de la perfección les hace sentir indignas.

Además nos encontramos con el factor tiempo, que es muy limitado para trabajar en este aspecto tan complejo.

ASCETISMO

El ascetismo puede expresarse mediante la dieta restrictiva o mediante el ayuno, todo ello como forma de purificación del cuerpo o como reflejo de la virtud. En el inicio de los TCA, estos eran motivos de inicio del trastorno, si bien en la actualidad se considera que la obsesión por la delgadez es el principal motivo para adelgazar (Barrera, 2016).

Históricamente, el ayuno constituía una manifestación central del ascetismo practicado por aquellas mujeres religiosas ortodoxas, quienes renunciaban al comer como un acto de rectitud moral y abandono de los placeres corporales. En este sentido, se hallan similitudes entre las conductas ascéticas y la fenomenología de los TCA. Las únicas variaciones se refieren a la frecuencia, al tipo de manifestaciones y a las posibles motivaciones en función de ciertos factores socioculturales (Behar y Arancibia, 2015).

También en la literatura sobre terapia familiar se describen indicadores de códigos éticos de sacrificio, lealtad y negación sexual en las familias de anoréxicas. La AN y el ascetismo se consideran conectados conceptualmente con el proceso de idealización (Behar, 2012).

El grupo psicoeducativo mejoró el constructo ascetismo en sus participantes. Esta mejora podría devenir del trabajo realizado dentro del grupo psicoeducativo, en el que se dedica un apartado a promover hábitos de vida saludable, como forma de cuidar el cuerpo de forma respetuosa. Los participantes de este programa aprenden que «no-comer» no es la solución a sus problemas, que el control estricto de la dieta (y de su vida en general) y las restricciones dietéticas no conllevan más que un peor estado anímico, un estado de inanición y una consecuencia posterior en forma de transgresión dietética, con las fatales consecuencias a nivel físico y psicológico que esto acarrea.

MIEDO A LA MADUREZ

Este aspecto representa un factor de mantenimiento en un subgrupo de pacientes adolescentes en las que la pérdida de peso está motivada por el miedo asociado a la madurez psicosexual (Barrera, 2016).

Crisp (1965, 1980) señaló que la psicopatología principal de los pacientes con AN o BN es el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la edad adulta. Según esta teoría el ayuno se convierte en un mecanismo para evitar la madurez psicobiológica, pues desemboca en una vuelta a la apariencia y estado hormonal prepuberal. El paciente entiende que esta regresión le puede suponer un alivio frente a la confusión de la adolescencia y a los conflictos familiares. Sin embargo, esta asociación es discutible ya que en otra investigación realizada sobre el tema se concluyó que no existe tal relación. Para estos

autores, este miedo a la sexualidad puede estar vinculado a la insatisfacción corporal y el temor a la exposición de su cuerpo; no obstante, este miedo a la sexualidad se ha observado más en ANR que en BN y TA. Por otra parte, el abordaje de esta conflictiva se debe realizar en principio mediante una psicoterapia individual de orientación dinámica.

En este caso, también hay una mejoría en esta área en el grupo intervención, que daría cuenta de la mejora de la madurez emocional de estas personas.

8. El grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) presentará menos ansiedad en comparación con los participantes del grupo control.

En nuestro programa también se ha evaluado si se ha disminuido la ansiedad en estos pacientes. Como decíamos anteriormente, los pacientes aquejados por un TA no sólo tienen la sintomatología alimentaria presente, sino que suele haber mucha comorbilidad asociada, en especial con trastornos de ansiedad y depresión.

Como vemos en nuestros datos, antes de realizarse el programa, la totalidad de la muestra seleccionada tenía puntuaciones altas en la medida de ansiedad estado del test STAI.

Tras pasar por la formación, en cuanto a la parte del test STAI que mide ansiedad como estado, se ve que hay un cambio en las puntuaciones antes y después de la intervención, en el grupo intervención disminuyen sus puntuaciones medias mientras que el grupo control aumentan.

Por otro lado, con respecto a la parte del test STAI que mide la ansiedad como rasgo, se observa que no se puede determinar un cambio significativo debido al tratamiento. Sin embargo, se puede ver que antes del programa psicoeducativo el grupo de intervención tenía 8,21 puntos de media más que el grupo control, y tras finalizar éste, la media se reduce a 1,29 puntos.

Es un resultado sorprendente el hecho de que la ansiedad como un rasgo estable de la personalidad mejore también en nuestra muestra de participantes. Esto se podría explicar por el hecho de que, aunque la ansiedad rasgo es algo a priori inamovible e intrínseco de la persona, cuando las personas contestan de nuevo el test STAI tras haber tenido lugar el programa psicoeducativo, pueden estar viéndose influenciadas por esa mejoría en su estado de ansiedad, que les haga sentirse más serenos en términos generales, y «contaminando» de esta manera sus respuestas a la parte del test que les pregunta por su forma de ser.

En todo caso, y a la luz de los anteriores resultados, quedaría confirmada la 8ª hipótesis de este trabajo «el grupo de participantes con TA+TDAH, con los que se haya implementado el programa psicoeducativo (grupo experimental) presentará menos ansiedad en comparación con los participantes del grupo control».

Diversas investigaciones han hallado que el TA está fuertemente asociado a otras patologías como trastornos del estado del ánimo, de control de los impulsos, trastornos de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad o el evitativo, y el trastorno obsesivo compulsivo. Y por supuesto, también está muy asociado a los trastornos de ansiedad (Guisado y Vaz, 2001; Picot y Lilienfeld, 2003). Lo mismo sucede con el TDAH, que está asociada a diversa patología comórbida, en especial los trastornos de conducta disruptiva, los trastornos de ansiedad y los trastornos del humor.

Como se ha explicado en el apartado anterior, el programa psicoeducativo del que versa este trabajo, incluye diversas técnicas cognitivo conductuales que se utilizan para tratar sintomatología ansiosa comórbida, como son la desensibilización sistemática, el *Mindfulness*, el tiempo fuera o las técnicas de autocontrol, entre otras.

Estas técnicas van dirigidas a la mejora sintomática de la ansiedad asociada a nuestros pacientes, que, como se ve en sus puntuaciones objetivas de los test realizados antes de la intervención, están muy aquejados de esta dolencia.

Como citábamos anteriormente, Fairburn et al. (2003) tiene en cuenta esta problemática asociada e incluye en su programa específico para el TA (sobre el que nos hemos apoyado para este trabajo) técnicas cognitivo conductuales que usa paralelamente en los tratamientos de otros trastornos como los ansioso-depresivos.

Esto explicaría la importancia etiológica de este factor tanto en la génesis como en el mantenimiento del problema, y la trascendencia de tratar estos síntomas asociados para la mejora de ambas patologías.

Nuestros datos también concuerdan con Gianini et al. (2013), quienes encuentran en su estudio que las personas aquejadas por un TA, muchas veces presentan una alimentación «emocional», es decir, que encuentran en el alimento una vía de escape para paliar sus emociones negativas.

La alimentación emocional se define, según Faith, Allison y Geliebter (1997) como comer en respuesta a una serie de emociones negativas como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad, para hacer frente al afecto negativo.

El comer emocional ha sido estudiado por la Teoría Psicósomática, como respuesta a las emociones negativas con el fin de aliviar el estrés, sin tener en cuenta las señales fisiológicas de hambre y saciedad (Rojas y García-Méndez, 2017).

Bekker, Mollerus y Van de Meerendonk (2003) consideran que el comer en exceso se encuentra vinculado al estado de ánimo negativo, que puede reflejar la falta de medidas para facilitar la distinción entre el tipo de emoción que le precede.

Todos estos aspectos del comer emocional están muy enraizados desde el inicio de la etapa vital, pudiéndose observar en muchas ocasiones como los padres intentan consolar a sus hijos pequeños ofreciéndoles golosinas u otros dulces para que así se calmen.

De igual forma, en la edad adulta, los comedores emocionales utilizan la comida como forma de evitación de una emoción insoportable. Mientras están comiendo no piensan en aquello que les atormenta, al menos durante unos minutos. Si bien las consecuencias a medio plazo de esta forma de afrontamiento son evidentemente más perniciosas.

También una revisión metaanalítica demuestra que aumentos en el afecto negativo precede episodios de sobreingestas, tanto en el TA como en la BN y que más concretamente, el acceso limitado a estrategias de regulación de la emoción y falta de claridad emocional fueron las dificultades más asociadas a los atracones (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Queda claro que el conocimiento, la aceptación y el comportamiento dirigido a la meta de regular las emociones de una forma adaptativa es una prioridad en el tratamiento de estas patologías, y en la que hemos hecho hincapié en nuestros grupos, dando lugar a una mejora de los síntomas asociados a lo alimentario, y por ende a estos últimos.

Para finalizar, hay que tener en cuenta que este grupo de pacientes con el que se ha trabajado, en su mayoría es la primera vez que se sienten escuchados, ya que han estado años en los peores casos viviendo su problema en silencio. Sentir que alguien les ayuda, que están dando pasos en su recuperación, que mejoran en ciertos aspectos de su vida y que puede haber salida para algo tan doloroso, les hace sentirse más sosegados, por lo que es de esperar que puntúen menos en los test de ansiedad que se les proporciona tras recibir el tratamiento.

9. Los pacientes con TA + TDAH mostrarán mejoría en la sintomatología alimentaria global tras participar en un programa psicoeducativo respecto a los que no hayan participado en este programa.

La hipótesis principal de este trabajo que nos ocupa consistía en predecir que los participantes que recibieron el programa psicoeducativo para personas con TA y TDAH mostrarían una mejoría clínica global en su sintomatología. A lo largo del trabajo hemos ido haciendo balance de las mejoras que estos pacientes han alcanzado en cuestiones tan importantes como la satisfacción corporal, la frecuencia de atracones, la ansiedad o la impulsividad, entre otras.

Pero en esta ocasión, se va a hacer especial mención a la mejoría global en la sintomatología alimentaria de los pacientes que hayan participado en este programa.

Esta cuestión se va a resolver centrándonos en tres medidas objetivas que hemos obtenido a través de tres test diferentes, que son el EAT-40, el CGI y el Índice de riesgo de conducta alimentaria del test EDI-3.

En primer lugar, se analizará los datos obtenidos del test EAT-40. El test EAT-40 es un instrumento diseñado para medir las actitudes disfuncionales hacia la alimentación.

En nuestra muestra se observa que tanto el grupo control como el grupo intervención tenían puntuaciones elevadas en este test. Tras finalizar el programa psicoeducativo, los miembros del grupo control, que no recibieron el tratamiento, aumentaron sus puntuaciones, mientras que el grupo que pasó por este programa disminuyó sus puntuaciones, datos que denotan que la intervención dio lugar a un cambio significativo. Además, atendiendo a la clasificación de los pacientes como de «riesgo» o de «no riesgo», se ve que del grupo control, los sujetos que fueron clasificados como de «no riesgo» antes de la intervención, el 85,71% pasaron a ser clasificados como de «riesgo». Y al contrario, de los sujetos del grupo intervención que antes del programa se clasificaron como de «riesgo», el 42,86% cambiaron su clasificación al grupo de «no riesgo». Por lo tanto, se puede concluir que la formación tuvo efectos beneficiosos en la mejora de las actitudes alimentarias de estos pacientes.

En segundo lugar, se pasará a analizar los resultados obtenidos en el índice de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria del test EDI-3. Este índice reúne los ítems de las tres escalas de riesgo obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal y da un indicio del riesgo que la persona en cuestión tiene de padecer un TCA (Rutzstein, Leonardelli, Scappatura, Murawski, Elizathe y Maglio, 2013).

Nuestra muestra se caracteriza por tener en su totalidad un TA, pero este índice nos permitirá ver la variación que hay en este constructo.

Como se puede observar en el apartado de resultados, el grupo intervención es más patológico que el grupo control antes de empezar el programa, pero tras recibir el programa, se reducen las diferencias en las puntuaciones medias. Además, el grupo intervención tuvo una disminución de la media en el índice de riesgo de TCA, mientras que el grupo control aumentó su puntuación media al no haber recibido tratamiento.

Por último, se valora también el cambio o la mejoría de los pacientes desde el punto de vista del terapeuta que los trata a lo largo de toda la intervención. Se hace a través de la escala CGI, en su parte dedicada a la percepción por parte del terapeuta de la mejoría debida a la intervención terapéutica. En este caso, tras recibir el tratamiento, el evaluador considera que todos los pacientes tienen una mejoría en su sintomatología global. De los 18 pacientes que conformaron el grupo de intervención unificando el primer y el segundo grupo, 9 de ellos fueron clasificados como encontrarse «mucho mejor», 4 de ellos «marcadamente mejor», 1 de ellos «levemente mejor» y 4 de ellos «sin cambios». No hubo ningún paciente que a ojos del evaluador haya tenido un empeoramiento (levemente, moderadamente o mucho peor).

Con estos resultados derivados de los tres test anteriormente descritos, podemos confirmar la hipótesis principal de este trabajo: «los pacientes con TA + TDAH mostrarán mejoría en la sintomatología alimentaria global tras participar en un programa psicoeducativo respecto a los que no hayan participado en este programa».

No hay que pasar por alto además, que todas las hipótesis antes comentadas han sido confirmadas. Por ello, pese a las limitaciones metodológicas de este proyecto piloto, podemos concluir que este programa es beneficioso para la mejora de salud de este colectivo de personas aquejadas por un TA y un TDAH.

5.2. PUNTOS FUERTES

- El programa psicoeducativo que se ha presentado en este trabajo ha sido el primer programa específico para tratar de forma grupal a personas que padezcan tanto un TA como un TDAH de forma comórbida.
- El trabajo está basado en una metodología experimental con dos grupos experimentales y un grupo control, en el que se ha aleatorizado a los sujetos a las condiciones experimentales. Este tipo de estudios son los únicos estudios que pueden demostrar efectos causales, tratándose de los diseños más robustos.
- Para este trabajo se han utilizado instrumentos estandarizados y validados que han reducido el sesgo de la información.
- A la hora de seleccionar la muestra, se ha elegido sólo a pacientes que no estén recibiendo ni tratamiento psicológico ni psiquiátrico previo, por lo que se ha evitado que los datos hayan podido estar contaminados por el efecto de un fármaco o un tipo de psicoterapia determinada.
- El trabajo se ha realizado con grupos homogéneos en la variable sexo, edad y diagnóstico clínico.

- En este trabajo se ha evaluado la frecuencia de los atracones tanto al principio como al final de la intervención, siendo esta una medida muy precisa para observar el cambio en esta conducta tan importante para este trabajo.
- Se ha utilizado material audiovisual (diapositivas, transparencias) que ha ayudado a que los pacientes puedan mantener la atención, debido sobre todo al TDAH que todos padecen de forma subyacente.
- Se puede considerar que el trabajo ha resultado de bajo coste económico, ya que sólo se ha necesitado contar con un aula del Hospital San Jorge de Huesca.
- Al constar de sesiones protocolarizadas y en forma de manual, resulta ser un instrumento utilizable y replicable en futuros trabajos.
- Muchos de los temas tratados en el grupo terapéutico, como son la impulsividad, la autoestima, el control estimular, etc. no solo sirven a los pacientes para trabajar sus dificultades alimentarias o relacionadas con su TDAH, sino que son generalizables a otros ámbitos de su vida, con los beneficios que ello conlleva.
- Se trata de un programa con buena aceptación por parte de los pacientes (como lo reflejan las encuestas de satisfacción) por ser un espacio amable, ameno, interactivo y que ofrece a los participantes una oportunidad de expresión emocional.

5.3. LIMITACIONES

A continuación se presentarán algunas limitaciones que tiene el trabajo presentado, teniendo en cuenta en todo momento que se trata de un programa piloto, con las derivaciones que esto supone a nivel metodológico.

- La muestra con la que hemos contado para realizar este trabajo es una muestra pequeña de 38 pacientes (20 pertenecientes al grupo control y 18 al grupo experimental, de los cuales 9 pertenecían al grupo uno y 9 al grupo dos).
- Se podría considerar poco ético mantener al grupo control sin tratamiento hasta que tengan fin los grupos psicoeducativos, si bien este período de tiempo ha sido muy breve (en total la duración se ha prolongado desde noviembre de 2018, donde se empezó a reclutar a la muestra y obtener los resultados pre, hasta febrero de 2019, donde ya finalizó el segundo grupo psicoeducativo y se pudieron tomar las últimas pruebas post).
- Los resultados pueden no ser extrapolables a otras nacionalidades dadas las diferencias transculturales en alimentación, en la percepción de la imagen corporal, el ideal de belleza, etc.
- El diagnóstico en doble fase puede generar controversia. Entre los contras de esta estrategia algunos autores han señalado: dificultad para asegurar el anonimato, posible pérdida de sujetos durante el transcurso temporal entre la primera y la segunda fase, sesgos debidos al instrumento de barrido utilizado, gasto y esfuerzo personal y económico, poder de observación limitado y deseabilidad social (Félix, 2019).

- Como explica Félix (2019) en su trabajo, las medidas auto-cumplimentadas son vulnerables a la distorsión por falseo, fingimiento (bueno o malo), inexacto recuerdo de acontecimientos, y/o respuestas fijas. Además, en una patología como el TCA, los sujetos pueden minimizar de forma consciente o inconsciente sus dificultades.
- Debido a las limitaciones temporales, no se han realizado sesiones con familiares de los pacientes, siendo que ha demostrado que este tipo de intervención con la familia es beneficiosa tanto para ellos como para el paciente identificado.
- Los grupos de intervención y el grupo control no resultaron ser homogéneos tras la aleatorización (habiendo grupos más patológicos que otros en alguna variable antes de empezar la intervención), si bien las variables sexo y edad quedaron equiparadas de forma automática.
- Debido a cuestiones temporales y a la dificultad de compromiso para cumplimentar los post test de determinados pacientes participantes, no se ha llevado a cabo un seguimiento a los 6 meses y al año de realizarse la primera intervención, aspecto que sin duda sería interesante aplicar en futuras investigaciones.
- Podría haber resultado más fiable contar con unos test validados y estandarizados que midiesen de forma objetiva el aumento de conocimiento del TDAH, del TA y la motivación al cambio, por ejemplo, el *cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de conducta alimentaria (ACTA)*, desarrollado por Fernández y Rodríguez Cano (2003) , en lugar de utilizar una escala de satisfacción construida ad hoc para este trabajo.
- La existencia de valores perdidos especialmente en las pruebas autoadministradas disminuye la precisión de los datos, si bien para tratar de controlarlo se utilizaron técnicas de imputación respetando las normas establecidas para el tratamiento de los valores perdidos.
- Hubiera sido interesante poder evaluar de forma objetiva el grado de aplicación de los aprendizajes adquiridos por los participantes en el contexto real de su día a día.

5.4. PERSPECTIVAS FUTURAS

A partir de los resultados, y de los puntos fuertes y las limitaciones, se pueden establecer unas líneas de actuación futuras:

- Sería conveniente para futuros trabajos, que se evalúe la eficacia del programa de forma longitudinal, a los 6 meses y al año de la primera recogida de los resultados post, para verificar que los resultados del programa se mantienen con el paso del tiempo.
- Sería adecuado replicar este programa en otros países, donde los ideales de belleza, la presión por la delgadez y la cultura gastronómica sean diferentes a los que tenemos en España.
- Se podrían incluir otros contenidos que han demostrado ser eficaces para complementar ciertas técnicas, como entrenamiento en respiración o relajación para momentos de crisis.

- Sería aconsejable incluir a las familias en alguna sesión del programa, ya que se ha visto en numerosas investigaciones que este hecho aumenta la eficacia de este tipo de programas.
- Un punto importante para futuros trabajos sería el crear grupos homogéneos en todas las variables a estudiar, si bien este punto requeriría contar con una muestra muy amplia de participantes.
- Convendría utilizar test validados para medir el aumento de conocimiento del TDAH, del TA y la motivación al cambio de los participantes tras recibir el programa psicoeducativo.

Al igual que manifiesta Felix (2019) en su tesis doctoral, se ha dado la dificultad en la discusión de los resultados de comparar la eficacia de este trabajo con otros programas llevados a cabo por otros investigadores, ya que utilizan una metodología o una instrumentación diferente. Por lo tanto, sería interesante de cara al futuro, poder coordinarse con otros profesionales para aunar la metodología y hacer programas más grandes multicéntricos.

6. CONCLUSIONES



6. CONCLUSIONES

Tras la presentación de los resultados y su discusión, y con las limitaciones expuestas, es posible establecer las siguientes conclusiones:

- Tanto los profesionales de la salud como los profesionales de la educación tienen que tener en cuenta la posibilidad de existir un TDAH subyacente en un TA, que hace que el problema se agrave y se mantenga de forma más continua en el tiempo.
- El abordaje psicoeducativo asociado a otras técnicas psicoterapéuticas para el manejo de aspectos propios del TDAH como la impulsividad resulta eficaz para las dificultades concernientes a la alimentación.
- El programa psicoeducativo ha resultado eficaz para mejorar la sintomatología alimentaria global de las personas con TA + TDAH que han participado en el programa.
- El programa psicoeducativo ha resultado útil para mejorar el conocimiento entre los participantes acerca del TDAH y el TA tras finalizar el programa psicoeducativo.
- El programa psicoeducativo ha resultado beneficioso para aumentar la motivación al cambio en personas con TA + TDAH tras la realización del programa psicoeducativo.
- El programa psicoeducativo ha resultado eficaz para disminuir la impulsividad cognitiva, motora, no planificada y total en personas con TA + TDAH que han participado en él.
- El programa psicoeducativo ha demostrado ser eficaz en la mejora de la satisfacción corporal de los participantes con TA y TDAH que han recibido esta formación.
- El programa psicoeducativo de este trabajo ha probado ser eficaz en la disminución del número de atracones, en personas con TA + TDAH que han participado en dicho programa.
- El programa psicoeducativo ha demostrado ser eficaz en la disminución del desajuste psicológico general de las personas con TA + TDAH que han recibido la formación.
- El programa psicoeducativo ha demostrado ser eficaz en disminuir la ansiedad de las personas con TA + TDAH, tras pasar por el programa.
- Por último, señalar que los formatos grupales pueden ser eficaces y abaratar costes en el tratamiento de estas psicopatologías.

7. REFERENCIAS



7. REFERENCIAS

- Alda, J. A., Bobles, J., Bonet, T., Cardo, E., Casas, M., Fernández, A... & Urcelay, A. (2013). *Informe PANDAH. El TDAH en España*. Madrid: Adelphi.
- Alfonsson, S. Parling, T. & Ghaderi, A. (2013). Self-reported symptoms of adult attention deficit hyperactivity disorder among obese patients seeking bariatric surgery and its relation to alcohol consumption, disordered eating and gender. *Clinical obesity*, 3, 124-131.
- Allom, V., Mullan, B., & Hagger, M. (2015). Does inhibitory control training improve health behaviour? A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 1–19.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ªed.)*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2018). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Panamericana.
- Andrewes, D.G., O'Connor, P., Mulder, C., McLennan, J., Derham, H., Weigall, S. & Stephen Say (1996). Computerised psychoeducation for patients with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 492-497.
- Aragonés, E., Casas, M, Quintero, J. Ramos-Quiroga, J.A., Szerman, N. y Vidal, R. (2015). *TDAH en el paciente adulto. Pautas de actuación y seguimiento*. Madrid: IMC.
- Baile, J.I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista médica de Chile*, 142, 128-129.
- Balestieri, M., Isola, M., Baiano, M. and Ciano, C. (2013). Psychoeducation in binge eating disorder and EDNOS: a pilot study on the efficacy of a 10-week and a 1 year continuation treatment. *Eat weight disord*, 18, 45-51.
- Barkley, R.A. & Biederman, J. (1997). Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1204-1210.
- Barlow, D., Farchione, T., & Fairholme, C. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid: Difusora Larousse - Alianza Editorial.
- Barragán, A. B., Cardila, F., Gázquez, J.J., Martos, M, Molero, M.M. y Pérez, M.C. (2015) *.Salud, alimentación y sexualidad en el envejecimiento*. Almería: ASUNIVEP.
- Barrera, A. (2016). *Impulsividad y TDAH en pacientes adolescentes con trastornos de conducta alimentaria*. (Tesis doctoral). Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología. Universidad de Zaragoza.

- Behar R. (2012). Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nerviosa. *Revista Chiena de Neuro-Psiquiatría*, 50 (2), 106-118.
- Behar, R. y Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en anorexia nerviosa: un análisis psicosocial histórico. *Salud mental*, 38 (3), 225-232.
- Bekker, M., Mollerus, J., & Van de Meerendonk, C. (2003). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 461-469.
- Bello, N., Walters, A., Verpeut, J. & Caverly, J. (2014). Dietary-induced binge eating increases prefrontal cortex neural activation to restraint stress and increases binge food consumption following chronic guanfacine. *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour*, 125, 21-28.
- Belloch, A., Ferrero, B.S., & Ramos, F. (2012). *Manual de psicopatología: Volumen II*: Madrid: McGraw-Hill.
- Berner, L., Stefan, M., Lee, S., Wang, Z., Terranova, K., Attia, E. & Marsh, R. (2018). Altered cortical thickness and attentional deficits in adolescent girls and women with bulimia nervosa. *Journal of psychiatry and neuroscience*, 43 (3).
- Besser, M.C. y Moncada, L. (2015). Proceso Psicoterapéutico Desde la Perspectiva de Terapeutas que Tratan Trastornos Alimentarios: Un Estudio Cualitativo. *Psykhé*, 22 (1), 69-82.
- Betancourt, Y., Jiménez, J. y Jiménez, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos del sueño. *Revista de neurología*, 42 (2), 37-51.
- Biederman, J. (1998). Attention-Deficit/Hyperactivity disorder: A life-span perspective. *The journal of clinical psychiatry*, 7, 4-16.
- Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Surman, C. B., Johnson, J. L., & Zeitlin, S. (2007). Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five-year prospective study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 302-307.
- Bleck, J. & DeBate, R. (2013). Exploring the co-morbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with eating disorders and disordered eating behaviors in a nationally representative community-based sample. *Eating behaviors*, 14, 390-393.
- Blume, M., Schmidt, R. & Hilbert, A. (2019). Executive Functioning in Obesity, Food Addiction, and Binge-Eating Disorder. *Nutrients*, 11 (1), 54.
- Bosch, R., Casas, M., Nogueira, M., Ramos-Quiroga, J.A. y Vidal, R. (2012). Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el adulto: revisión sistemática. *Actas españolas de psiquiatría*, 40 (3), 147-54.
- Botero, D., Palacio, J.D., Arroyave, P. y Piñeros, S. (2016). Implicaciones clínicas de los cambios del DSM-5 en psiquiatría infantil. Fortalezas y debilidades de los cambios. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45 (3), 201-2013.

- Brewerton, T., Rance, S., Dansky, B., O'Neil, P., & Kilpatrick, D. (2014). A comparison of women with child-adolescent versus adult onset binge eating: Results from the National Women's Study. *International Journal Of Eating Disorders, 47*(7), 836-843.
- Brewin, N., Wales, J., Cashmore, R., Plateau, C. R., Dean, B., Cousins, T., & Arcelus, J. (2016). Evaluation of a Motivation and Psycho-Educational Guided Self-Help Intervention for People with Eating Disorders (MOPED). *Revue québécoise de psychologie, 24*, 241–246.
- Brunault P., Frammery J., Montaudon P., De Luca A., Hankard Ré., Ducluzeau pierre-henri P-H., Cortese S. & Ballon nicolas N. (2019). Adulthood and childhood ADHD in patients consulting for obesity is associated with food addiction and binge eating, but not sleep apnea syndrome. *Appetite, 136*, 25-32.
- Busner, J. & Targum, S.D. (2007). The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont), 4* (7), 28-37.
- Cabo Salvador, J., & Bellmont Lema, M. (2014). *Normativa ética y de calidad de la investigación biomédica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Capusan, A.J., Yao, S., Kuja-Halkola, R., Bulik, C.M., Thornton, L.M., Bendtsen, P.,... & Larsson, H. (2017). Genetic and environmental aspects in the association between attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and binge-eating behavior in adults: a twin study. *Psychological medicine, 47* (16), 2866-2878.
- Calderón, C. (2001). Resultados de un programa de tratamiento cognitivo conductual para niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de psicología, 32* (4), 79-98.
- Calvo, D. (2012). *Epidemiología de los trastornos de conducta alimentaria en el norte de España: Estudio en dos fases en población adolescente temprana escolarizada* (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza.
- Campbell, B.C. & Eisenberg, D. (2007). Obesity, attention deficit-hyperactivity disorder and the dopaminergic reward system. *Collegium antropologicum, 31*(1), 33-8.
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. *Pediatrics, 134*(3), 582-592.
- Cantwell, D. (1985). Hyperactive children have grown up. What have we learned about what happens to them?. *Archives of general psychiatry, 42*, 1026-1028.
- Carlsson, J., Waaler, E., Jokinen, J., & Bo, S. (2017). Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial, *European Psychiatry, 44*, 141–152.
- Carracedo-Martinez E, Figueiras A. (2006). Tratamiento estadístico de la falta de respuesta en estudios epidemiológicos transversales. *Salud pública de México, 48* (4), 341-347.
- Carriedo, A. (2014). Beneficios de la Educación Física en alumnos diagnosticados con Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH). *Journal of Sport and Health Research, 6*(1), 47-60.

- Casado, M.I. (2013). *Obesidad y trastorno por atracón*. Madrid: Grupo 5.
- Celis, A. y Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción psicológica*, 8 (1), 21-33.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: MeditorT
- Comeche, M.I. y Vallejo, M.A. (2012). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.
- Cortese, S., Angriman, M., Maffei, C., Isnard, P., Konofal, E., & Lecendreux, M. et al. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Obesity: A Systematic Review of the Literature. *Critical Reviews In Food Science And Nutrition*, 48(6), 524-53
- Cortese, S., & Angriman, M. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and obesity: moving to the next research generation. *Pediatrics*, 122(5), 1155.
- Cortese, S., Comencini, E., Vincenzi, B., Speranza, M., & Angriman, M. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and impairment in executive functions: a barrier to weight loss in individuals with obesity?. *BMC Psychiatry*, 13(1).
- Cortese, S., & Peñalver, C. (2010). Comorbidity between ADHD and Obesity: Exploring Shared Mechanisms and Clinical Implications. *Postgraduate Medicine*, 122(5), 88-96.
- Cortese, S., & Vincenzi, B. (2011). Obesity and ADHD: Clinical and Neurobiological Implications. *Behavioral Neuroscience of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Its Treatment. Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 199-218.
- Cruzat, C., Aspillaga, C., Torres, M., Rodríguez, M., Díaz, M. y Haemmerli, C. (2010). Significados y Vivencias Subjetivas Asociados a la Presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, desde la Perspectiva de Mujeres que lo Padecen. *Psykhé*, 19 (1), 3-17.
- Cuadro, E. y Baile, J.I. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 97-107.
- Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 637-683.
- Dagan, Y. y Yager, J. (2018). Severe bupropion XR abuse in a patient with long-standing bulimia nervosa and complex PTSD. *International Journal of eating disorders*, 1-3.
- De la Vega-Rodríguez, I., & Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56.
- De Zwaan, M., Grub, B., Müller, A., Philipsen, A., Graap, H., Martin, A.... Hilbert A. (2011). Association between Obesity and Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a German Community-Based Sample. *Obesity facts* (4), 204-211.
- Díaz, F., Solano Pinto, N. y Solbes, I. (2013). Autobiografía y anorexia: una alternativa cualitativa al modelo de estados del cambio de Prochaska y DiClemente. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 14 (1).

- Díez, A., Figueroa, A. y Soutullo Esperón, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista pediatria de atención primaria*, 8, 35-55.
- Docet, M.F., Larrrañaga, A., Pérez-Méndez, L.F., & García-Mayor, R.V. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder increases the risk of having abnormal eating behaviours in obese adults. *Eating and weight disorders*, 17 (2), 132-136.
- Duda, B. (2011). El coaching para el TDAH: aspectos teóricos y prácticos. Lince: APDA.
- Egbert, A., Wilfley, D., Eddy, K., Boutelle, K., Zucker, N., Petterson, C....Goldschmidt, A. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms Are Associated with Overeating with and without Loss of Control in Youth with Overweight/Obesity. *Childhood obesity*, 14 (1), 50-57.
- Eisenberg, D., & Schneider, H. (2007). Perceptions of Academic Skills of Children Diagnosed With ADHD. *Journal Of Attention Disorders*, 10(4), 390-397.
- Eisler, I., Simic, M., Blessitt, E., & Dodge, L. (2016). A pragmatic randomise multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 16, 422.
- Elise, L., Gibbs, M., Andrea E., Kass P., Dawn M., Eichen P., Ellen E. Fitzsimmons-Craft PhD, Mickey Trockel MD, Denise E., Wilfley P. & Barr Taylor M. (2016). ADHD-specific stimulant misuse, mood, anxiety, and stress in college-age women at high risk for or with eating disorders. *Journal of American College Health*, 64 (4), 300-308.
- Erhart, M., Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Sawitzky-Rose, B., Hölling, H., & Ravens-Sieberer, U. (2011). Examining the relationship between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and overweight in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(1), 39-49.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*, Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairclough, D.L. (1996). Functional assessment of cancer therapy (FACT-G): non-response to individual questions. *Quaity of Life Research*, 5, 321-329.
- Faith, M. S., Allison, D. B., & Geliebter, A. (1997). Emotional eating and obesity: Theoretical considerations and practical recommendations. In S. Dalton, *Overweight and weight management: The health professional's guide to understanding and practice* (p. 439–465). Aspen Publishers.
- Félix Alcántara, M.P. (2019). *Beneficios de la terapia psicológica grupal frente al tratamiento estándar en el abordaje de la obesidad en el área de Vallecas*. Departamento de psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández-Aranda, F., Agüera, Z., Castro, R., Jiménez-Murcia, S., Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R....Menchon J.M. (2013). ADHD symptomatology in eating disorders: a secondary psychopathological measure of severity?. *BMC Psychiatry*, 13, 166.

- Fernández, B. y Rodríguez Cano, T. (2003). Entrevista motivacional y actitudes ante el cambio en pacientes con un trastorno de conducta alimentaria. *Adicciones*, 15, 51-56.
- Fernández, B. y Rodríguez Cano, T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA): desarrollo y propiedades psicosométricas. *Acta pediátrica española*, 31 (3), 111-119.
- Ferrin, M., & Taylor, E. (2013). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD : immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *European child and adolescent psychiatry*, 23(8).
- Fields, S.A., & Hale, L.R. (2011). Psychoeducational groups for youth attention-deficit hyperactivity disorder : a family medicine pilot project. *Mental health in family medicine*, 8(3), 157-166.
- Fingeret C., Warren, C.S, Cepeda-Benito, A. y Gleaves, D.H. (2006). Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eating disorders*, 14 (3), 191-213.
- Garay, C., Keegan, E. (2016). Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25 (2), 125-134.
- García, P. V., Antón, V. & Martínez, R. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 67-74.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1979). The eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(02), 273.
- Garner, D.M. (2010). Eating Disorders Inventory: EDI 3. Madrid: TEA.
- Geist, R., Heinmaa, F. M., Stephens, M. D., Davis, R., & Katzman, D. K. (2000). Comparison of Family Therapy and Family Group Psychoeducation in Adolescents With Anorexia Nervosa. *Canadian journal of psychiatry*, 45(2) 173-178.
- George, M., Dobler, V., Nicholls, E., & Manly, T. (2005). Spatial awareness, alertness, and ADHD: The re-emergence of unilateral neglect with time-on-task. *Brain And Cognition*, 57(3), 264-275.
- Gessen, V. & Gessen, M.M. (2002). Programación neurolingüística . *Educere*, 6(19), 341-343.
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M.R., & Moini, R. (2008). Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12, 149-155.
- Gianini, L. M., White, M. A. & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with Binge Eating Disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309-313.
- Giel, K. E., Speer, E., Schag, K., Leehr, E. J., & Zipfel, S. (2017). Effects of a food-specific inhibition training in individuals with binge eating disorder-findings from a randomized controlled proof-of-concept study. *Eating and Weight Disorders*, 22, 345-351.

- Glaser, D. R., & Devlin, M. J. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychotherapy (Chicago)*, 50(4), 537–542.
- Grupo Colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (2016). Guías alimentarias para la población española; la nueva pirámide de alimentación saludable. *Nutrición hospitalaria*, 33 (8), 1-48.
- Grupo ZARIMA-PREVENCIÓN (1999). *Prevención de trastornos de conducta alimentaria. Guía práctica, Aragón*. Consejo de la juventud de Aragón y Gobierno de Aragón.
- Guisado, J.A. y Vaz, F.J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón «binge eating disorder». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 77, 27-32.
- Hartmann, A.S., Rief, W. y Hilbert, A. (2013). Impulsivity and negative mood in adolescents with loss of control eating and ADHD symptoms: an experimental study. *Eating and weight disorder*, 18, 53-60.
- Haedt-Matt, A., & Keel, P. (2011). Revisiting the affectmodel of regulation of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137, 660–681.
- Harvard University (2019). Healthy eating plate. Harvard T.H. Chan school of public health. Recuperado de <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/>.
- Hayes, R. & Gantt, A. (1992). Patient Psychoeducation: The Therapeutic Use of Knowledge for the Mentally Ill. *Social Work in Health Care*, 17 (1), 53-67
- Henderson, M. & Freeman, C. (1987). A self-rating scale for bulimia. The «BITE». *The British Journal Of Psychiatry*, 150(1), 18-24.
- Herpertz-dahlmann, B., & Salbach-andrae, H. (2008). Over view of Treatment Modalities in Adolescent Anorexia Nervosa. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18, 131–145.
- Hilbert, A., Kurz, S., Dremmel, D., Weihrauch, S., Munsch, S. & Schmidt, R. (2018). Cue reactivity, habituation, and eating in the absence of hunger in children with loss of control eating and attention-deficit/ hyperactivity disorder. *International journal of eating disorders*, 00, 1-10.
- Hill, P. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: assessment and treatment. *The British Journal of Psychiatry*, 21, 23–30.
- Hogue, A., Bobek, M., & Evans, S. W. (2014). Changing Academic Support in the Home for Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Family-Based Clinical Protocol for Improving School Performance. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 14-30.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Jr., & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Ioannidis, K., Serfontein, J. y Müller, U. (2014). Bulimia nervosa patient diagnosed with previously unsuspected ADHD in adulthood: clinical case report, literature review, and diagnostic challenges. *The international journal of eating disorders*, 47 (4), 431-436.

- Jones, D., Fox, M., Babigian, H. & Hutton, H. (1980). Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe Country, New York: 1960-1976. *Psychosomatic Medicine*, 42, 551-558.
- Kaisari, P., Dourish, C.T. & Higgs, S., (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Disordered Eating Behaviour: A systematic review and a framework for future research. *Clinical psychology review*, 53, 109-121.
- Kaisari, P., Dourish, C.T., Rotshtein, P. y Higgs, S. (2018). Associations between core symptoms of attention déficit hyperactivity disorder and both binge and restrictive eating. *Frontiers in psychiatry*, 9, 103.
- Kelly, T., Cornelius, J., Clark, K. (2004). Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 73 (1), 87-97.
- Keshen & Helson (2017). Preliminary Evidence for the Off-Label Treatment of Bulimia Nervosa With Psychostimulants: Six Case Reports. *The journal of clinical pharmacology*, 00 (0), 1-5.
- Khalife, N., Kantomaa, M., Glover, V., Tammelin, T., Laitinen, J., Ebeling, H.... Rodriguez, A. (2014). Childhood attention-deficit/Hyperactivity disorder symptoms are risk factors for obesity and physical inactivity in adolescence. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 54 (4), 425-436.
- Kim, J., Mutyala, B., Agiovlasitis, S., & Fernhall, B. (2011). Health behaviors and obesity among US children with attention deficit hyperactivity disorder by gender and medication use. *Preventive Medicine*, 38, 348-362.
- Levin, R.L. & Rawana, S. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorders across the lifespan: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 50, 22-36.
- Lewinsohn, P.M., Striegel-Moore, R., & Seeley, J.H. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1284-1292.
- Lincoln, T.M., Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 96, 232–245.
- Lomas, A. y Clemente, A.L. (2017). Beneficios de la actividad físico-deportiva en niños y niñas con TDAH. *Revista digital de educación física*, 44, 63-78.
- López, X., Mancilla, J.M., Álvarez, G. y Vázquez, R. (2003). Determinación de algunas características psicológicas en comedoras compulsivas: un estudio exploratorio. *Psicología y Ciencia Social*, 5 (2), 34-40.
- Malagón-Londoño, G., Morera, R.G., & Laverde, G.P. (2014). *Garantía de calidad en salud*. Bogotá: Médica Panamericana.
- Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Burgard, D., Wright, A., Hanson, K. (1997). Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health psychology: official journal of the Division of health psychology: american psychological association*, 16 (3), 215-225.

- Matheson, B & Eichen, D. (2018). A Review of Childhood Behavioral Problems and Disorders in the Development of Obesity: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Current obesity reports*, 7 (1), 19-26.
- Mattos, P., Saboya, E., Ayrao, V., Segenreich, D., Duchesne, M., & Coutinho, G. (2004). Comorbid eating disorders in a Brazilian attention-deficit/hyperactivity disorder adult clinical sample. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26, 248-250.
- McCreary, D.R., Sasse, D.K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48(6), 297-304.
- McGough, J., Smalley, S., McCracken, J., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D., Loo, S. (2005). Psychiatric Comorbidity in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings From Multiplex Families. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (9), 1621-1627.
- Montero, A., Úbeda, N. y García, A. (2006). Evaluación de los hábitos hospitalarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición hospitalaria*, 21 (4), 466:473.
- Montero Lorenzo, J. (2007). Estadística descriptiva. Madrid, España: Paraninfo.
- Montgny, C., Castellanos-Ryan, N., Banaschewsky, T., Barkaer, G.J., Büchel, C., Gallinat, J....Conrod, P. (2013). A Phenotypic Structure and Neural Correlates of Compulsive Behaviors in Adolescents. *PLOS ONE*, 14 (8), 11.
- Montoya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious ? A systematic literature review. *European Psychiatry*, 26(3), 166–175.
- Nazar, B.P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P. y Treasure, J., (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *The international journal of eating disorders*, 49 (12), 1045-1057.
- Nazar, B.P., de Sousa Pinna, C.M., Suwwan, R., Duchesne, M., Freitas, S.R., Sergeant, J. & Mattos, P. (2016). ADHD Rate in Obese Women With Binge Eating and Bulimic Behaviors From a Weight-Loss Clinic. *Journal of attention disorders*, 20 (7), 210-216.
- Nazar, B.P., Suwwan, R., de Sousa Pinna, C.M., Duchesne, M., Freitas, S.R., Sergeant, J. & Mattos, P. (2014). Influence of attention-deficit/hyperactivity disorder on binge eating behaviors and psychiatric comorbidity profile of obese women. *Comprehensive psychiatry*, 55 (3), 572-578.
- Nazar, B.P., Trindade, A.P., Leslie, M., Malloy-Diniz, L.F., Sergeant, J., Treasure, J. & Mattos, P. (2018). Eating Disorders Impact on Vigilance and Decision Making of a Community Sample of Treatment Naive Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Young Adults. *Frontiers in psychiatry*, 6 (9), 531.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Resinck, M.D., Garwick, A., and Blum, R.W. (1995). Body dissatisfaction and unhealthy weight-control practices among adolescents with and without chronic illness: A population-based study. *JAMA Pediatrics*, 149, 1330-1335.

- Nikaina, I. (2007). Effects of psycho-educational training and stimulant medication on visual perceptual skills in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychiatry disease and treatment*, 3(6), 949-954.
- O'Dea, J.A. & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (1), 43-57.
- Ong, Y., Checkley, S., Russell, G. (1983). Suppression of bulimic symptoms with methylamphetamine. *The British journal of psychiatry*, 143, 288-293.
- Ortega, M.A., Zurita, F., Cepero, M., Torres, B., Ortega, M.A. y Torres, J. (2013). La percepción e insatisfacción corporal en el alumnado de Educación Secundaria de la ciudad de Jaén. *Revista de Investigación en Educación*, 11 (2), 123-139.
- Pagato, S.L., Curtin, C., Lemon, S.C., Bandini, L.G., Schneider, K.L., Bodenlos, J.S., & Ma, Y. (2009). Association between adult attention deficit/hyperactivity disorder and obesity in the US population. *Obesity*, 17, 539-544.
- Pagato, S., Curtin, C., Appelhans, B. & Alonso-Alonso, M. (2012). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and the Clinical Management of Obesity. *Current obesity reports*, 1, 80-86.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M.A. y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (2), 229-247.
- Picot, A. K. y Lilenfeld, L. R. (2003). The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 98-107.
- Polanczyk, G., de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *American Journal Of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Porfirio, M.C., Giovinazzo, S., Cortese, S., Giana, G. Lo-Castro A., Mouren, M.C., Curatolo, P. & Purper-Ouakil, D. (2015). Role of ADHD symptoms as a contributing factor to obesity in patients with MC4R mutations. *Medical Hypotheses*, 84, 4-7.
- Porfirio, M.C., Lo-Castro, A., Giana, G., Giovinazzo, S., Purper, D., Galasso, C. & Curatolo, P. (2012). Attention-deficit hyperactivity disorder and binge eating disorder in a patient with 2q21.1-q22.2 deletion. *Psychiatric genetics*, 22 (4), 202, 205.
- Preuss, H., Pinnow, M., Schnicker, K. y Legenbauer, T. (2017). Improving inhibitory control abilities (Impulse): A promising approach to treat impulsive eating?. *European eating disorders review*, 25 (6), 533-543.
- Ptacek, R., Stefano, G.B, Weissenberger, S., Akotia, D., Raboch, J., Papezova, H., Domkarova, L., Stepankova, T. & Goetz, M. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder and disordered eating behaviors: links, risks, and challenges faced. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 3 (12), 571-579.

- Quesada, D., Ahmed, N.U., Fennie, K.P, Gollub, E.L. & Ibrahimou, B. (2018). A Review: Associations Between Attention-deficit/hyperactivity Disorder, Physical Activity, Medication Use, Eating Behaviors and Obesity in Children and Adolescents. *Archives of psychiatric nursing*, 32 (3), 495-504.
- Quintero, F.J., Correas, J. y Quintero, F.J. (2006). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida*. Madrid: ERGON.
- Raich, R.M. (2001). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Ramos-Quiroga, J.A. (2009). *TDHA en adultos: factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico* (tesis doctoral). Universidad Autónoma, Barcelona.
- Ranzenhofer, L. M., Columbo, K. M., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Cassidy, O., Matheson, B. E., ... Yanovski, J. A. (2012). Binge eating and weight-related quality of life in obese adolescents. *Nutrients*, 4(3), 167-180.
- Rastam, M., Taljemark, J., Armin, T., Lundstrom, S., Gustafsson, P., Linchtenstein, P.,...Kerekes, P. (2013). Eating problems and overlap with ADHD and autism spectrum disorders in a nationwide twin study of 9- and 12-year-old children. *The Scientific World Journal*, 2013, 1-7.
- Reinbalt, S.P., Mahone, E.M., Tanofsky-Kraff, M., Lee-Winn, A., Yenokyan, G., Leoutsakos, J.M., Moran, T., Guarda, A. & Riddle, M.A. (2015). Pediatric loss of control eating syndrome: Association with attention-deficit/hyperactivity disorder and impulsivity. *International Journal Of Eating Disorders*, 48, 580-588.
- Reinblatt, S.P., Leoutsakos, J.M., Mahone, E.M., Forrester, S., Wilcox, H.C. y Riddle, M. A. (2015). Association between binge eating and attention-deficit/hyperactivity disorder in two pediatric community mental health clinics. *The international journal of eating disorders*, 48 (5), 505-511.
- Rojas, A.T. y García-Méndez, M. (2017). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 3(45), 85-95.
- Rojo, L., Ruiz, E., Dominguez, J., Calaf, M., & Livianos, L. (2006). Comorbidity between obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: Population study with 13-15 year-olds. *International Journal Of Eating Disorders*, 39(6), 519-522.
- Romo, M. E., López, D. y López, I. (2006). ¿Eres visual, auditivo o kinestésico? Estilos de aprendizaje desde el modelo de la Programación Neurolingüística (PNL). *Revista iberoamericana de educación*, 38 (2), 1-10.
- Rosen, J.C., Orosan, P. & Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior therapy*. 26(1), 25-42.
- Ruiz, P.M., Comet, M.P., Calvo, A.I., Zapata, M., Cebollada, M. & Trebol, L. (2010). Prevalence of eating disorders in early adolescent students. *Actas españolas de psiquiatría*, 38(4), 204-11.
- Ruiz, P.M. (2003). Epidemiology of eating behavior disorders in Spain. *Actas españolas de psiquiatría*, 31(2), 85-94.

- Rutzstein, G. (2009). Teoría y terapia cognitivo-conductual de los trastornos alimentarios. *Revista Diagnósis*, 6, 11-26.
- Rutzstein, G., Leonardelli, E., Scappatura, M.L., Murawski, Elizathe, L. y Maglio, A.L. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios - 3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 1-14.
- Saiz, R., Ibáñez, A. y Diaz, M. (1996). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto. *Actas luso españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 24 (3), 135-140.
- Sala, L., Martinotti, G., Carenti, M.L., Romo, L., Oumaya, M., Pham-Scottez A, Rouillon, F., Gorwood, P. & Janiri, L. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and psychological comorbidity in eating disorder patients. *Eating and weight disorder*, 23 (4), 513-519.
- Santonastaso, P., Zanetti, T., Ferrara, S., Olivotto, M.C., Magnavita, N., Favaro, A. (1999). A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 68, 46-50.
- Schweickert, L., Strober, M. y Moskowitz, A. (1997). Efficacy of methylphenidate in bulimia nervosa comorbid with attention-deficit hyperactivity disorder: a case report. *International journal of eating disorders*, 21, 299-301.
- Segal, Z. V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.
- Serra, L. y Aranceta, J. (2004). *Nutrición infantil y juvenil: Estudio enkid*. Madrid: Masson.
- Seymour, K., Reinblatt, S., Benson, L. & Carnell, S. (2015). Overlapping neurobehavioral circuits in ADHD, obesity, and binge eating: evidence from neuroimaging research. *CNR spectrums*, 20 (4), 401-411.
- Sinita, E. & Coghill, D. (2014). The use of stimulant medications for none-core aspects of ADHD and in other disorders. *Neuropharmacology*, 87, 161-172.
- Sonneville, K.R., Calzo, J.P., Horton, N.J., Field, A.E., Crosby, R.D., Solmi, F. & Micali, N. (2015). Childhood hyperactivity/inattention and eating disturbances predict binge eating in adolescence. *Psychological medicine*, 45 (12), 2511-2520.
- Spielberg, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (2015). *STAI, cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
- Squillace, M., Picón, J., & Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 8-18.
- Steadman, K. & Knouse, L. (2014). Is the relationship between ADHD symptoms and binge eating mediated by impulsivity?. *Journal of attention disorders*, 20 (11), 907-912.
- Stice, E., Yokum, S., Veling, H., Kemps, E., & Lawrence, N. S. (2017). Pilot test of a novel food response and attention training treatment for obesity: Brain imaging data suggest actions shape valuation. *Behaviour Research and Therapy*, 94, 60-70.

- Storch, M., Keller, F., Weber, J., Spindler, A. & Millos, G. (2011). Psychoeducation in affect regulation for patients with eating disorders : A randomized controlled feasibility study. *American journal of psychotherapy*, 65(1).
- Stulz, N., Hepp, U., Gächter, C., Martin-Soelch, C., Spindler, A. y Milos G. (2013). The severity of ADHD and eating disorder symptoms: a correlational study. *BMC psychiatry*, 1 (13), 44.
- Svedlund, N.E, Norring, C., Ginsberg, Y & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2017). Hyperactivity Disorder (ADHD) among adult eating disorder patients. *BMC psychiatry*, 17, 19.
- Svedlund, N.E, Norring, C., Ginsberg, Y & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2018). Are treatment results for eating disorders affected by ADHD symptoms? A one-year follow-up of adult females. *European eating disorders review: the journal of eating disorders association*, 26 (4), 337-345.
- Therlund, G., & Poole, L. (2009). Efficacy and safety of atomoxetine as add-on to psychoeducation in the treatment of attention deficit / hyperactivity disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 18(4) 240–249.
- Tillman, K. S., Sell, D. M., Yates, L. A., & Mueller, N. (2015). Eating Behaviors Effectiveness of one-time psychoeducational programming for students with high levels of eating concerns. *Eating Behaviors*, 19, 133–138.
- Toplak, H., Hamann, A., Moore, R., Masson, E., Gorska, M., & Vercruyse, F. et al. (2006). Efficacy and safety of topiramate in combination with metformin in the treatment of obese subjects with type 2 diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *International Journal Of Obesity*, 31(1), 138-146.
- Turton, R., Bruidegom, K., Cardi, V., Hirsch, C. R., & Treasure, J. (2016). Novel methods to help develop healthier eating habits for eating and weight disorders: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 61, 132–155.
- Vallejo-Slocker, Laura, & Vallejo, Miguel A.. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157-168.
- Vandereycken, W., Aerts, L., & Dierckx, E. (2013). What knowledge do patients have about the physical consequences of their eating disorder ?, *Eating and weight disorders*, 18(1), 79–82.
- Van der Oort, S., Braet, C., Cortese, S. & Claes, L. (2017). Testing the dual pathway model of ADHD in obesity: a pilot study. *Eating and weight disorders*, 23 (4), 507-512.
- Vickers, S.P., Hackett, D., Murray, F., Hutson, P.H. y Heal, D.J. (2015). Effects of lisdexamfetamine in a rat model of binge-eating. *Journal of psychopharmacology*, 29 (12), 1290-1307.
- Vidal, R., Bosch, P. R., Nogueira, P. M., Valero, P. S., Palomar, P. G., Corrales, M. & Ramos-quirola, J. A. (2013). Psychoeducation for Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder vs. Cognitive Behavioral Group Therapy A Randomized Controlled Pilot Study. *The journal of nervous and mental disease*, 201(10), 894–900.
- Villas, E. (2013). *Prevención de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes tempranos del norte de España*. (Tesis doctoral). Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología. Universidad de Zaragoza.

-
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Waring, M. E., & Lapane, K.L. (2008). Overweight in Children and Adolescents in Relation to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results From a National Sample. *Pediatrics*, 122(1).
- Wentz, E., Lacey, J.H., Waller, G., Rastam, M., Turk, J., & Gillberg, C. (2005). Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients: A pilot study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 14, 431-437.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision).
- Yang, R. (2010). ADHD and obesity. *Canadian medical association journal*, 182(5), 485.
- Yilmaz, Z., Kaplan, A., Levitan, R., Zai, C. y Kennedy, J. (2012). Possible Association of the DRD4 Gene with a History of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Women with Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45 (5), 622-625.
- Ziobrowski, H., Brewerton, T.D. & Duncan, A.E. (2018). Associations between ADHD and eating disorders in relation to comorbid psychiatric disorders in a nationally representative sample. *Psychiatry research*, 260, 53-59.

8. ANEXOS



8.1. ANEXO I- HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación: *INFLUENCIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD EN TRASTORNO POR ATRACÓN Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD COMÓRBIDOS*

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en el hospital San Jorge de Huesca. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Consultar con su médico-persona de confianza
- Tomar una decisión meditada
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque queremos estudiar si usted padece un trastorno por atracón, y si es así, si tiene síntomas que denoten un posible trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Para ello, se le va a someter a una evaluación psicológica mediante varios cuestionarios que deberá cumplimentar.

En total en el estudio participarán personas en un rango de edad de entre los 18 y los 80 años, ya que va dirigido a población adulta.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objetivo de este estudio es analizar la eficacia de un programa psicoeducativo en la mejora del estado de salud en personas afectadas por un trastorno por atracón en los que además se da o se ha dado previamente un trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

Las personas que decidan voluntariamente participar en este trabajo, serán asignadas o bien a un grupo experimental, que es aquél que recibirá el tratamiento mediante el programa psicoeducativo, o bien a un grupo control, que es aquél que no recibirá dicho tratamiento.

De este modo, se podrá comparar el grado de mejoría entre ambos grupos para ver si el programa psicoeducativo es el causante de la reducción de la sintomatología y de la mejora del rendimiento académico.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su asistencia o a su relación con el investigador y su equipo.

La única responsabilidad que tienen como voluntarios será que cumplimenten unos cuestionarios con la mayor veracidad posible. La total cumplimentación de estos cuestionarios les llevará aproximadamente 2 horas.

5. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no obtendrá ningún beneficio por su participación, si bien usted contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

6. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su nº de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Sólo el equipo investigador tendrá acceso a los datos de su historia clínica y nadie ajeno al centro podrá consultar su historial.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador principal.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

7. ¿Quién financia el estudio?

Este proyecto no se financia con fondos procedentes ninguna empresa o entidad.

El conocimiento derivado de este estudio puede generar en un futuro beneficios comerciales que pertenecerán al equipo investigador. Los participantes no tendrán derecho a reclamar parte de ese beneficio.

8. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en su atención sanitaria (sólo para proyectos en el ámbito asistencial). Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos y las muestras biológicas no utilizadas en ese momento.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, D. Amaya Carceller Tejedor, en el teléfono 615072195, o por correo electrónico en la dirección amayacarceller_@hotmail.com.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: ***INFLUENCIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD EN TRASTORNO POR ATRACÓN Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD COMÓRBIDOS***

Yo,..... (nombre y apellidos del participante)

He leído el documento de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: Amaya Carceller Tejedor

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

8.2. ANEXO II- CEICA



**Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos**

C.P. - C.I. P117/0248

04 de julio de 2018

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 04/07/2018, Acta Nº 13/2018 ha evaluado la modificación relevante relativa al Trabajo:

Título: INFLUENCIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN LA MEJORA DEL ESTADO DE SALUD EN TRASTORNO POR ATRACÓN Y TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD COMÓRBIDOS.

Alumno: Amaya Carceller Tejedor

Directores: Pedro Manuel Ruiz Lázaro, Fernando Gimeno Marco, Carmelo Pelegrín Valero

2º. Dicha modificación propone los cambios:

Versión protocolo: marzo/2018

Documento de información y consentimiento: Versión 04, de fecha 26/06/2018

3º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la adecuada obtención del consentimiento informado, el cumplimiento de la LOPD y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

4º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización de la modificación.

Lo que firmo en Zaragoza

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

8.3. ANEXO III- ESCALAS

11.2. Escala de Cribado de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre y apellidos:	Fecha:				
<p>Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor, entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.</p>					
	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Muy frecuentemente</i>
1. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acabar con los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar sus citas u obligaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuando tiene una actividad que requiere que usted piense mucho, ¿con qué frecuencia la evita o la deja para después?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Con qué frecuencia mueve o agita sus manos o sus pies cuando tiene que permanecer sentado(a) por mucho tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Con qué frecuencia se siente usted demasiado activo(a) y como que tiene que hacer cosas, como si tuviera un motor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECCIÓN A					
7. ¿Con qué frecuencia comete errores por falta de cuidado cuando está trabajando en un proyecto aburrido o difícil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para mantener la atención cuando está haciendo trabajos aburridos o repetitivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para concentrarse en lo que la gente le dice, aún cuando estén hablando con usted directamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Con qué frecuencia pierde o tiene dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Con qué frecuencia se distrae por ruidos o actividades a su alrededor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Con qué frecuencia se levanta de su asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debe permanecer sentado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para relajarse cuando tiene tiempo para usted mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Con qué frecuencia siente que habla demasiado cuando está en reuniones sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cuando estás en una conversación, ¿con qué frecuencia se descubre a sí mismo terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para esperar su turno en situaciones en que debe hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otros cuando están ocupados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECCIÓN B					

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

	Raramente o nunca (1)	Ocasionalmente (2)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a durante largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo durante largos periodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				

9.1.3. 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>Diariamente</i>	<i>2-3 veces/día</i>
	<i>5 veces/día</i>	<i>7 veces/día</i>
Pastillas para adelgazar	0	2
Diuréticos	0	2
Laxantes	0	2
Provocar el vómito	0	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6	6
	7	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 «atracción»?	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

INSATISFACCION DE IMAGEN CORPORAL

Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ)

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el numero que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

		Nunca	Es Raro	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo	Siempre
IC1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
IC2	Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
IC3	Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
IC4	Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?						
IC5	Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?						
IC6	Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
IC7	Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?						
IC8	Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
IC9	Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?						
IC10	Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
IC11	El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
IC12	Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
IC13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)						
IC14	Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
IC15	Has evitado llevar ropa que marcase tu figura?						
IC16	Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
IC17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?						
IC18	Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
IC19	Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
IC20	Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
IC21	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
IC22	Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
IC23	Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)						
IC24	Te ha preocupado que la gente vea "llanitas" en tu cintura?						
IC25	Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tu?						
IC26	Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
IC27	Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?						
IC28	Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?						
IC29	Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
IC30	Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?						
IC31	Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?						
IC32	Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						
IC33	Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente						
IC34	La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						

9.1.2. Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT)

1

EAT-40	N	CN	AV	BV	CS	S
1. Me gusta comer con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me da mucho miedo pesar demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Procuro no comer aunque tenga hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me preocupa mucho por la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A veces me he «atracado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento lleno/a después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vomito después de haber comido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me siento muy culpable después de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me peso varias veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Disfruto comiendo carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me levanto pronto por las mañanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cada día como los mismos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tengo la menstruación regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tardo en comer más que las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Disfruto comiendo en restaurantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tomo laxantes (purgantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Procuro no comer alimentos con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Como alimentos de régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Siento que los alimentos controlan mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me controlo en las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Noto que los demás me presionan para que coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Tengo estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me comprometo a hacer régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Me gusta sentir el estómago vacío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N, nunca; CN, casi nunca; AV, algunas veces; BV, bastantes veces; CS, casi siempre; S, siempre.

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

1

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

11.1. Wender-Utah Rating Scale (WURS)

1

<i>De pequeño yo era (o tenía) (o estaba):</i>	<i>Nada en absoluto (0)</i>	<i>Un poco (1)</i>	<i>Moderadamente (2)</i>	<i>Bastante (3)</i>	<i>Mucho (4)</i>
1. Activo, no paraba nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Miedo de las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de concentración; me distraía con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ansioso, preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nervioso, inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Poco atento, «en las nubes»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mucho temperamento; saltaba con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tímido, sensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Explosiones de genio, rabietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas para terminar las cosas que empezaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Testarudo, cabezota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Triste, deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Imprudente, temerario; hacía travesuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Insatisfecho con la vida; no me gustaba hacer ninguna cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Desobediente con mis padres; rebelde, contestón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mala opinión de mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Extravertido, amigable; me gustaba la compañía de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Descuidado; me organizaba mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambios de humor frecuente: alegre, triste...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Popular; tenía amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me organizaba bien; ordenado, limpio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impulsivo; hacía las cosas sin pensar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tendencia a ser inmaduro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentimientos de culpa; remordimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Perdía el control de mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tendencia a ser o actuar irracionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Poco popular entre los demás chicos; los amigos no me duraban mucho, no me llevaba bien con los demás chicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Mala coordinación; no hacía deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Miedo a perder el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



INSTRUCCIONES

Las afirmaciones que aparecen a continuación describen actitudes, sentimientos y comportamientos. Algunas de las cuestiones están relacionadas con la comida, la forma de comer y los intentos de controlar el peso. Otras cuestiones tratan sobre los sentimientos hacia uno mismo.

En cada afirmación tienes que decidir si lo que se describe te pasa a ti:

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

Rodea, en la **hoja de respuestas**, el número de la opción que consideres más adecuada en tu caso. Por ejemplo, si en una afirmación consideras que lo que se describe es algo que te ocurre a ti **Casi siempre** deberías rodear el número 4.

Debes contestar a **todas** las cuestiones. Si te equivocas al marcar la respuesta o simplemente quieres cambiarla **NO BORRES**. Para cambiar tu respuesta dibuja una X encima de la respuesta que quieras cambiar y después rodea con un círculo la nueva respuesta.

**NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO,
ANOTA TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS.**



Autor: D. M. Garner. Copyright original © 2004 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc, USA.
Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.
Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España - *Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE* - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

- 1 Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme.
- 2 Creo que mi estómago es demasiado grande.
- 3 Me gustaría volver a ser niño para sentirme seguro.
- 4 Suelo comer cuando estoy disgustado.
- 5 Suelo hartarme de comida.
- 6 Me gustaría ser más joven.
- 7 Pienso en ponerme a dieta.
- 8 Me asusto cuando mis sentimientos son muy fuertes.
- 9 Pienso que mis muslos son demasiado gruesos.
- 10 Me considero una persona poco eficaz.
- 11 Me siento muy culpable cuando como en exceso.
- 12 Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
- 13 En mi familia sólo se consideran suficientemente buenos los resultados sobresalientes.
- 14 La infancia es la época más feliz de la vida.
- 15 Soy capaz de expresar mis sentimientos.
- 16 Me aterroriza la idea de engordar.
- 17 Confío en los demás.
- 18 Me siento solo en el mundo.
- 19 Me siento satisfecho con mi figura.
- 20 Creo que generalmente controlo las cosas que me pasan en la vida.
- 21 Suelo estar confuso sobre mis emociones.
- 22 Preferiría ser adulto a ser niño.
- 23 Me resulta fácil comunicarme con los demás.
- 24 Me gustaría ser otra persona.
- 25 Exagero o doy demasiada importancia al peso.
- 26 Puedo reconocer las emociones que siento en cada momento.
- 27 Me siento incapaz.
- 28 He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer.
- 29 Cuando era pequeño, intentaba con empeño no decepcionar a mis padres y profesores.
- 30 Tengo amigos íntimos.
- 31 Me gusta la forma de mi trasero.
- 32 Estoy preocupado porque querría ser una persona más delgada.
- 33 No sé qué es lo que ocurre en mi interior.
- 34 Me cuesta expresar mis emociones a los demás.
- 35 Las exigencias de la vida adulta son excesivas.
- 36 Me fastidia no ser el mejor en todo.
- 37 Me siento seguro de mí mismo.
- 38 Suelo pensar en darme un atracón.
- 39 Me alegra haber dejado de ser un niño.
- 40 No sé muy bien cuándo tengo hambre o no.
- 41 Tengo mala opinión de mí.
- 42 Creo que puedo conseguir mis objetivos.
- 43 Mis padres esperaban de mí resultados sobresalientes.
- 44 Temo no poder controlar mis sentimientos.
- 45 Creo que mis caderas son demasiado anchas.
- 46 Como con moderación delante de los demás, pero me doy un atracón cuando se van.
- 47 Me siento hinchado después de una comida normal.

NUNCA	POCAS VECES	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
0	1	2	3	4	5

- 48 Creo que las personas son más felices cuando son niños.
- 49 Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso.
- 50 Me considero una persona valiosa.
- 51 Cuando estoy disgustado no sé si estoy triste, asustado o enfadado.
- 52 Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.
- 53 Pienso en vomitar para perder peso.
- 54 Necesito mantener cierta distancia con la gente; me siento incómodo si alguien se acerca demasiado.
- 55 Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.
- 56 Me siento emocionalmente vacío en mi interior.
- 57 Soy capaz de hablar sobre aspectos personales y sentimientos.
- 58 Los mejores años de tu vida son cuando llegas a ser adulto.
- 59 Creo que mi trasero es demasiado grande.
- 60 Tengo sentimientos que no puedo identificar del todo.
- 61 Como o bebo a escondidas.
- 62 Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
- 63 Me fijo objetivos sumamente ambiciosos.
- 64 Cuando estoy disgustado, temo empezar a comer.
- 65 La gente que me gusta de verdad suele acabar defraudándome.
- 66 Me avergüenzo de mis debilidades humanas.
- 67 La gente dice que soy una persona emocionalmente inestable.
- 68 Me gustaría poder tener un control total sobre mis necesidades corporales.
- 69 Suelo sentirme a gusto en la mayor parte de las situaciones de grupo.
- 70 Digo impulsivamente cosas de las que después me arrepiento.
- 71 Me esfuerzo por buscar cosas que producen placer.
- 72 Debo tener cuidado con mi tendencia a consumir drogas.
- 73 Soy comunicativo con la mayoría de la gente.
- 74 Las relaciones con los demás hacen que me sienta atrapado.
- 75 La abnegación me hace sentir más fuerte espiritualmente.
- 76 La gente comprende mis verdaderos problemas.
- 77 Tengo pensamientos extraños que no puedo quitarme de la cabeza.
- 78 Comer por placer es signo de debilidad moral.
- 79 Soy propenso a tener ataques de rabia o de ira.
- 80 Creo que la gente confía en mí tanto como merezco.
- 81 Debo tener cuidado con mi tendencia a beber demasiado alcohol.
- 82 Creo que estar tranquilo y relajado es una pérdida de tiempo.
- 83 Los demás dicen que me irrito con facilidad.
- 84 Tengo la sensación de que todo me sale mal.
- 85 Tengo cambios de humor bruscos.
- 86 Me siento incómodo por las necesidades de mi cuerpo.
- 87 Prefiero pasar el tiempo solo que estar con los demás.
- 88 El sufrimiento te convierte en una persona mejor.
- 89 Sé que la gente me aprecia.
- 90 Siento la necesidad de hacer daño a los demás o a mí mismo.
- 91 Creo que realmente sé quién soy.

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES.

10.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

8.4. ANEXO IV- SESIONES PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA PERSONAS CON TDAH + TA

A continuación se detalla el contenido de las sesiones de los grupos de psicoeducación para personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastorno por atracón (TA).

Es necesario aclarar que aunque el contenido de las sesiones sigue un patrón estructurado y basado en programas de reconocida eficacia y efectividad a nivel internacional para ambas patologías, también se ha considerado importante dotar a este programa de cierta flexibilidad para poder atender a los participantes de forma más personalizada en función de las características y necesidades de cada grupo en particular.

SESIÓN 1: LOS TCA, EL TDAH Y SU COMORBILIDAD (Parte 1)

ÍNDICE:

- Presentación del programa psicoeducativo a los asistentes. Objetivos del programa tanto a nivel psicoeducativo como investigador.
- Lectura por parte de los asistentes de las normas de participación así como de la confidencialidad.
- Breve presentación de cada miembro.
- Los trastornos de conducta alimentaria (TCA).
- El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Comorbilidad entre trastorno por atracón (TA) y TDAH. Estudios recientes. Implicaciones clínicas.

OBJETIVOS:

- Conocer el programa psicoeducativo, así como sus normas de participación.
- Presentación de los integrantes del grupo y del equipo terapéutico.
- Aumentar el conocimiento sobre los diversos TCA, especialmente del TA.
- Aumentar el conocimiento sobre el TDAH.
- Aumentar el conocimiento sobre la comorbilidad entre los TCA y el TDAH y sus implicaciones clínicas.

1. Presentación del programa psicoeducativo a los asistentes. Objetivos del programa tanto a nivel psicoeducativo como investigador (15 minutos).

En primer lugar se presentan al grupo tanto el terapeuta como el coterapeuta, que son las personas que dirigirán el programa durante las 6 sesiones de duración.

Se dice su nombre y su formación, así como la actividad laboral que están desempeñando en la actualidad.

También se facilita un email de contacto a los asistentes para abrir una vía de comunicación rápida que permita tanto a participantes como a terapeutas estar al tanto de posibles cancelaciones, modificaciones de hora y día de grupo, faltas de asistencia, etc.

A continuación, se explica a los participantes los objetivos del programa tanto a nivel psicoeducativo como investigador.

En primer lugar, se da una definición de psicoeducación: «*La psicoeducación es el proceso de dar información sobre la naturaleza de un trastorno con el fin de fomentar la actitud y cambio de comportamiento. Su principal objetivo es educar a los pacientes sobre la naturaleza del trastorno y ofrecer una oportunidad de discusión grupal sobre cómo la familia puede ayudar a implementar el cambio*» (Geist et al., 2000).

Seguidamente, se explicitan los objetivos del programa psicoeducativo a nivel general, aunque luego en cada sesión hay unos objetivos de índole más específica. Estos objetivos coinciden en su mayor parte con los objetivos del trabajo de investigación.

- a) Mejorar la sintomatología alimentaria global de los participantes.
- b) Aumentar el conocimiento acerca del TDAH y del TA en los participantes.
- c) Aumentar la motivación al cambio de los participantes.
- d) Disminuir la impulsividad cognitiva, motora, no planificada y total en los participantes.
- e) Aumentar la satisfacción corporal en los participantes.
- f) Mejorar la conducta alimentaria y la gravedad sintomática, disminuyendo el número de atracones, en los participantes.
- g) Disminuir el desajuste psicológico general de los participantes.
- h) Disminuir la ansiedad de los participantes.

2. Lectura por parte de los asistentes de las normas de participación así como de la confidencialidad (5 minutos).

Uno de los asistentes del grupo psicoeducativo se encargará de leer en voz alta las normas de participación y confidencialidad del grupo. Estas normas se detallan a continuación:

- a) Confidencialidad: Todo lo que una persona diga o haga en el grupo es confidencial. Por tanto nadie compartirá con otra persona nada de lo que se haya dicho o hecho en este espacio.
- b) Libertad de expresión: Todo el mundo puede pensar, sentir, expresar y decir lo que quiera en el grupo, siempre y cuando se haga desde el respeto hacia los demás integrantes del mismo.
- c) Todo es analizable: tanto lo que ocurra en el grupo como fuera de este.
- d) Seguridad física: Nadie puede hacer daño físico a nadie, ni a sí mismo ni a otro.

- e) **Abstinencia:** No venir a las sesiones bajo efecto de ninguna sustancia no prescrita ni del alcohol. En todo caso, informar de los medicamentos que uno esté tomando por prescripción médica, así como de las modificaciones en las pautas de los mismos.
- f) **No dejar precipitadamente el grupo:** Avisar con antelación la decisión de dejar el grupo para analizarla y cerrar la relación.
- g) **Respeto al horario:** Asistencia a las sesiones acordadas y a la hora acordada con puntualidad.

1. Breve presentación de cada miembro (15 minutos)

Cada miembro, de forma individual, se presentará delante de sus compañeros. Se deja libertad para que cuenten los detalles personales que consideren oportunos, ciñéndose al tiempo pre establecido para este fin.

2. Los trastornos de conducta alimentaria (20 minutos)

- a) Definición de los trastornos de conducta alimentaria.

Actualmente, hay que entender por trastorno alimentario a aquellas alteraciones en las que, efectivamente, la conducta alimentaria está alterada, pero fundamentalmente como consecuencia de los dramáticos intentos que las paciente hacen por controlar su peso y su cuerpo.

- b) Subtipos de trastornos de conducta alimentaria y criterios diagnósticos.

Según el DSM-5, los trastornos de conducta alimentaria se dividen en los siguientes:

PICA:

- A) Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
- B) La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C) El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- D) Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

TRASTORNO DE RUMIACIÓN:

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).

- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos.
- D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS:

- A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
 - 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 - 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
 - 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental.

Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

ANOREXIA NERVIOSA:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.
- Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
 - Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

BULIMIA NERVIOSA:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 1. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

TRASTORNO DE ATRACONES:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

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

3. El trastorno por atracón (TA).

Definición: (ver criterios diagnósticos arriba).

Desencadenantes:

- Estado de ánimo disfórico (irritabilidad).
- Depresión.
- Ansiedad.
- Tensión interna.
- Soledad
- Aburrimiento
- Sentirse gordo
- Aumentar de peso
- Privación calórica (dietas)
- Romper dieta
- Tensión premenstrual
- Alcohol
- Etc.

Consecuencias:

- Culpa
- Compensaciones (comer menos, deporte...)
- Sentimientos agradables (por breve tiempo)

- Vergüenza
- Depresión
- Ansiedad
- Cansancio
- Dolor estómago
- Quién tiene tendencia a los atracones:
 - Mujeres
 - 14-40 años
 - Estudio Oxfordshire: 10% mujeres 16-35 años: 1 atracón/mes; 3%: 1 atracón/semana.
 - Raza blanca
 - Países desarrollados
 - Personas obesas

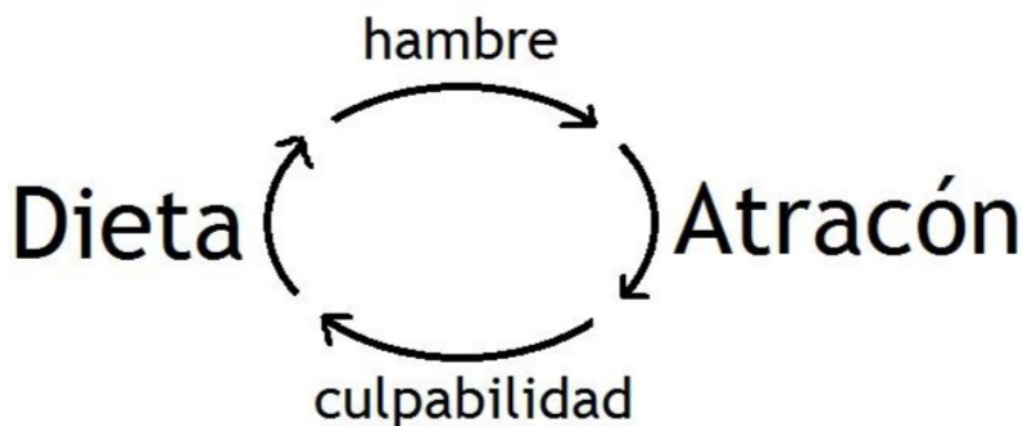
Hacer dieta: es causa y es efecto. 3 formas de hacer dieta:

Evitar comer: comer sólo en atracones, ayunar la mañana entera...

Evitar ciertas comidas: pasta, huevos, plátanos, pan, chocolate, patatas, leche entera, frutos secos, dulces, legumbres, paté, fritos...

Restringir cantidad

Otras formas: «dieta sana», «*detox*», «comida real», etc.



Qué se come durante un «atracon»:

- Alimentos «prohibidos»
- Alimentos que llenan
- Alimentos altos en hidratos de carbono (-)
- Alimentos altos en grasas (+)

Tipos de ingestas compulsivas:

- Ingesta compulsiva completa: Comer «hasta reventar»
- Ingesta compulsiva incompleta: Se puede detener

- Ingesta compulsiva lenta: Previsible, al inicio placentera, liberadora de tensión, se cocina...

Características de personalidad asociadas al trastorno por atracón:

- Baja autoestima (a causa atracones o desde infancia)
- Perfeccionismo (metas dietéticas y de imagen corporal)
- Pensamiento «todo-nada» (atracones tras transgresión dietética)
- Impulsividad, TDAH.
- Trastorno límite de la personalidad (relaciones inestables e intensas, alteraciones en el sentido de la propia identidad, alteraciones estado ánimo, comportamientos impulsivos, autolesiones).

Problemas físicos asociados a los atracones frecuentes:

- Problemas de estómago: dilatación excesiva, cuesta respirar (dilatación presiona diafragma. En casos graves puede haber desgarros estomacales).
- Variaciones peso: cambios metabólicos, enfermedades cardiovasculares
- Falta menstruación si dieta estricta
- Falta saciedad si ↓ carbohidratos, grasas y proteínas
- Dieta: ↓ 5ht (apetito, ansiedad y depresión).

Causas de los atracones. Multicausalidad (Bio-psico-social):

- Factores sociales: Norteamérica, Europa Norte, Australia y Nueva Zelanda
- Sexo: Mujeres (más presión delgadez)
- Grupo étnico: Blancos
- Clase social: media – alta
- Edad: inicio juventud (presión grupo, autoestima, emancipación...)
- Obesidad
- TCA dentro familia: genética + modelado

4. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (20 minutos)

Definición del TDAH.

Se ha descrito como un conjunto de síntomas de intranquilidad motora, de impulsividad, de reducida capacidad atencional, de dificultades específicas de aprendizaje (dislexia, en particular) y de inestabilidad emocional.

Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (p. ej., escuchar una charla, hacer un trabajo, escuchar o leer textos largos, trabajar en tareas monótonas o repetitivas).

Se da con mayor frecuencia en el sexo masculino (5:1), especialmente el hiperactivo y el mixto, siendo el subtipo con predominio inatento más prevalente en el sexo femenino.

Criterios diagnósticos TDAH.

- A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):
1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:
 - a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
 - b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
 - c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
 - d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
 - e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
 - f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
 - g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
 - h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
 - i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).
 2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:
 - a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
 - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e. Con frecuencia está «ocupado,» actuando como si «lo impulsara un motor» (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

SUBTIPOS:

Presentación combinada:

- Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención:

- Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:

- Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Factores que afectan a los síntomas:

Mejoría:

- Medio ambiente muy estructurado
- Actividades interesantes.
- Supervisión.
- Atención 1-1.
- Frecuente reforzamiento positivo

Empeoramiento:

- Bajos niveles de estructura.
- Actividades aburridas.
- Pobre supervisión.
- Pobre reforzamiento
- Altos niveles de expresividad emotiva familiar.
- Bajo nivel intelectual.
- Psicopatología en familiares de primer orden

Epidemiología.

Según estimaciones, afecta a entre un 5% y un 10% de la población infanto-juvenil, Representa entre el 20% y el 40% de las consultas en psiquiatría infanto-juvenil.

En adultos, se estima que la prevalencia de este trastorno es de un 2,5% en población general, aunque es un resultado que se considera conservador ya que suele estar infradiagnosticado por los criterios diagnósticos del manual DSM.

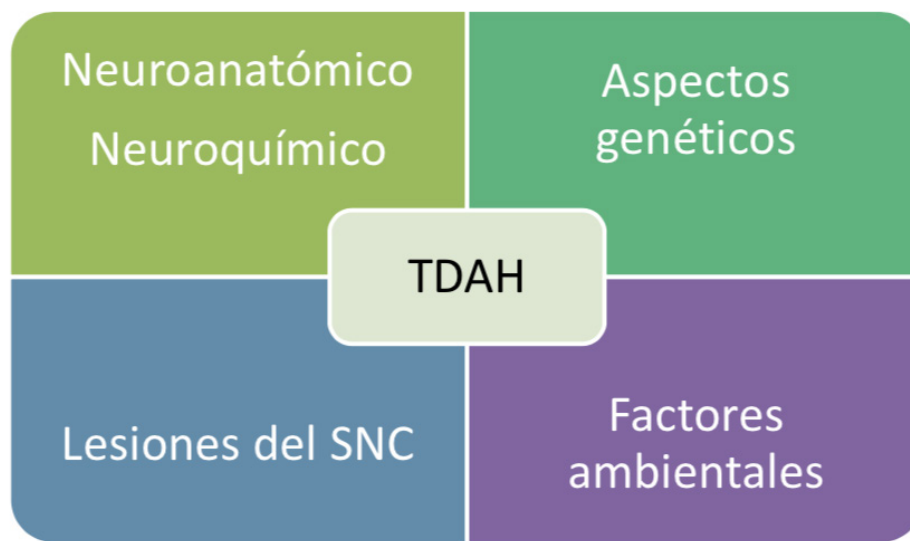
Etiopatogenia.

Se desconoce la causa exacta.

Pero...

- Suele haber agrupamiento genético claro, de casos, en familias.
- Los estudios identifican mayor influencia en la genética que en el ambiente.
- Los estudios en gemelos no muestran concordancia completa (lo que indica que hay otros factores que influyen en el TDAH).

Múltiples etiologías posibles:



Herramientas para diagnosticar TDAH.

El diagnóstico del TDAH es clínico

- Entrevista.
- Historia médica completa. (Desarrollo, antecedentes, exploración física)
- Funcionamiento social (casa, escuela).
- Antecedentes familiares y personales patológicos.
- Comorbilidades

Escalas (padres, maestros, adolescentes, adultos):

- Conners para padres y maestros.
- Escalas de seguimiento (ADHD RS, CGI, CHQ).
- Escala de Brown.
- Escala de Achenbach.
- ASRS-V1.1
- Wender Utah Rating Scale (WURS).

Impacto del TDAH en la vida de los pacientes:

En niños en edad escolar, a pesar de su capacidad académica adecuada, el 25% debe repetir al menos un año académico.

Los sujetos con TDAH no tratado tienen menos logros ocupacionales y menos satisfacción en el trabajo que otros con igual CI pero sin este trastorno.

Los adolescentes con TDAH tienen mayor riesgo de autolesionarse que los adolescentes sin TDAH.

La tasa de trastorno por uso/abuso de sustancias en sujetos con TDAH que no están medicados es 300 veces mayor que la de la población en general.

Implicaciones frecuentes en el TDAH:

- Abuso de sustancias ilegales (particularmente los TDAH+ trastorno de conducta).
- Fracaso escolar (18% expulsiones, 23% repetir año, 40% deja la escuela).
- Educación incompleta.
- Baja autoestima.
- Dificultades familiares.
- Problemas de interacciones sociales.
- Fracaso laboral (subempleo, cambio de empleos, más bajo nivel socio-económico).
- Pérdidas económicas.
- Desarrollo personal insuficiente.

Curso, evolución y pronóstico:

Por norma general, a medida que el niño con TDAH va creciendo y pasando a la vida adulta, la hiperactividad decrece, la inatención se mantiene y aumentan las conductas de impulsividad.

Esto es debido a que de forma evolutiva las personas van adquiriendo estrategias de adaptación al medio para un mejor funcionamiento.

Predictores de persistencia del TDAH:

- Historia familiar del TDAH
- Comorbilidad con otras patologías
- Situaciones de adversidad en el ambiente
- No recibir tratamiento adecuado psicológico y/o farmacológico.

5. Comorbilidad entre TA y TDAH. Estudios recientes. Implicaciones clínicas (15 minutos)

Comorbilidad entre TDAH y trastorno por atracón. Se comienza este apartado con una lectura de estudios que demuestran la comorbilidad del TDAH con el trastorno por atracón:

- Pagato et al. (2009) usaron datos de una amplia entrevista epidemiológica y encontraron que los adultos con TDAH tenían tasas mucho mayores de Trastorno por Atracón que aquellos sin historia de TDAH (10,2% vs. 1,7%, OR= 5,1; 95% CI: 2,83-10,72).
- En hombres, se ha visto que la prevalencia vida y puntual del trastorno por atracón es mayor en los que sufren TDAH que en los que no (Brewerton, Rance, Dansky, O'Neil, y Kilpatrick, 2014).
- En las mujeres, la prevalencia vida y puntual de Bulimia Nerviosa se ha visto más alta en aquellas que han padecido en algún momento de su vida TDAH que las que no (Brewerton, Rance, Dansky, O'Neil, y Kilpatrick, 2014).
- De forma similar, la Encuesta Nacional de Comorbilidad de Reino Unido mostró más alta prevalencia de TDAH en adultos con TCA. 34,7% de ellos con BN, 19,8% con TA, y 19,0% con algún tipo de atracón cumplían criterios de TDAH (Hudson et al., 2007).

A continuación, se enumeran unas posibles teorías que darían cuenta de la co-ocurrencia de ambos trastornos:

- **Neurobiología:** Se han encontrado alteraciones cerebrales tanto en el TDAH como en los TCA, sobre todo relacionados con la dopamina. Existe una teoría relacionada con este neurotransmisor «*síndrome de déficit de reforzamiento*», donde los individuos con menos receptores de dopamina reciben menos reforzadores naturales y son más propensos a participar en comportamientos de riesgo para obtener recompensas.
- La **genética** también se ha estudiado como un mediador importante, encontrándose un gen sobrerrepresentado tanto en BN como en TDAH, lo que da lugar a niveles inferiores de dopamina en ambas patologías.
- **Neuropsicología:** tanto el TDAH como los TCA comparten déficits neurocognitivos, como impedimentos en funciones ejecutivas, memoria de trabajo y control inhibitorio.
- **Impulsividad:** Relacionado con los problemas de control inhibitorio descrito anteriormente, tanto el TDAH como los TCA están asociados con la impulsividad, siendo éste uno de los rasgos comunes más robustos. Es posible que los síntomas de TDAH causen directamente desórdenes alimenticios. La inatención puede contribuir a una falta de conciencia de señales de hambre mientras el sujeto está centrado en una tarea, lo que podría conducir a un atracón de comer cuando no esté ocupado en la tarea. Además, la pobre planificación asociada con TDAH podría directamente llevar a comer en exceso.
- **Problemas internalizantes:** TDAH está asociado con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, que a su vez están relacionados con TCA. Específicamente, los desórdenes de conducta alimentaria podrían ser una manera de afrontar los problemas internalizantes causados por los síntomas del TDAH.
- **Conflictos interpersonales:** el TDAH puede causar conflictos interpersonales, desencadenando trastornos alimentarios en individuos predispuestos a ello. Los niños con TDAH tienen experiencias de rechazo de sus iguales, y tanto el *bullying* como el bajo apoyo de parte del grupo de iguales podrían predisponer a los sujetos a desarrollar un TCA.
- **Actitudes anormales hacia la alimentación:** los sujetos con TDAH tienen mayores actitudes anormales hacia la alimentación: mayor preocupación por su imagen corporal, mayores puntuaciones en el test de bulimia y más número de factores de mal pronóstico.
- **Pautas dietéticas insanas:** Se ha encontrado que los adolescentes con TDAH tienen unas pautas dietéticas más insanas, como comer muy frecuentemente, atracones, vómitos, uso de laxantes o diuréticos; y experimentan más insatisfacción corporal y con el peso, poco gusto por su cuerpo y preocupación por el desarrollo corporal.

Además, desde el punto de vista de la psicología del aprendizaje existen explicaciones etiológicas sobre el TDAH que dan cuenta de modos similares de funcionar en las personas con TA:

- **La aversión a la demora del refuerzo:** dejar pasar el tiempo puede ser una enorme dificultad para los niños con TDAH. Mientras llega la respuesta o el refuerzo, manifiestan

su insatisfacción y malestar llorando o quejándose de forma continua. La inclinación a buscar una recompensa inmediata suele acabar con la paciencia de los padres o cuidadores, que pueden llegar a ceder ante peticiones poco razonables. Por lo tanto, se puede entrar en una dinámica de refuerzo a conductas poco adaptativas y, con el paso de los años, cada vez se puede hacer más difícil poner freno a las demandas insaciables de algunos adolescentes con TDAH.

- **La falta de previsión de las consecuencias.** Muchas veces los niños con TDAH se convierten en carne de cañón de conductas problemáticas, precisamente por no ser capaces de anticipar las consecuencias de su conducta. Pueden ser utilizados por otros compañeros con pocos escrúpulos para involucrarles en otros problemas del tipo antisocial, como robar una moto, hacer de correo para mover droga, etc. Esta dificultad traerá consigo diversas complicaciones sociales y familiares, así como un retraso académico.
- **Déficit de autorregulación:** Este problema está relacionado con un estilo de respuesta rápido e impreciso. Los niños con TDAH manifiestan una gran dificultad para guiar sus conductas mediante la percepción adecuada de la situación y mediante el pensamiento activo para frenar sus propias conductas inapropiadas.
- **Ineficacia del castigo:** Los niños con TDAH no aprenden de los errores, aunque estos hayan sido castigados muy a menudo. Estos niños no aprenden de una experiencia negativa en la que se sientan humillados, sino que, por el contrario, ésta les desalienta y les agobia. La humillación y las situaciones negativas entorpecen el aprendizaje y socavan la autoestima.

Referencias:

- Barrera, A. (2016). *Impulsividad y TDAH en pacientes adolescentes con trastornos de conducta alimentaria*. (Tesis doctoral). Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología. Universidad de Zaragoza.
- Belloch, A., Ferrero, B.S., & Ramos, F. (2012). *Manual de psicopatología: Volumen II*. Madrid: McGraw-Hill.
- Brewerton, T., Rance, S., Dansky, B., O'Neil, P., & Kilpatrick, D. (2014). A comparison of women with child-adolescent versus adult onset binge eating: Results from the National Women's Study. *International Journal Of Eating Disorders*, 47(7), 836-843.
- Comeche, M.I. y Vallejo, M.A. (2016). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*, Barcelona: Paidós Ibérica.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Jr., & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Lopez, C. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Resnick, M.D., Garwick, A., and Blum, R.W. (1995). Body dissatisfaction and unhealthy weight-control practices among adolescents with and without chronic illness: A population-based study. *JAMA Pediatrics*, 149, 1330-1335.

Pagato, S.L., Curtin, C., Lemon, S.C., Bandini, L.G., Schneider, K.L., Bodenlos, J.S., & Ma, Y. (2009). Association between adult attention deficit/hyperactivity disorder and obesity in the US population. *Obesity*, 17, 539-544.

Ramos-Quiroga, J.A. (2009). *TDAH en adultos: factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico* (tesis doctoral). Universidad Autónoma, Barcelona.

SESIÓN 2: LOS TCA, EL TDAH Y SU COMORBILIDAD (Parte 2)

ÍNDICE:

- Tratamiento farmacológico y psicológico del TDAH.
- Factores del estilo de vida y TDAH.
- Estructura y estrategias en la vida cotidiana para el TDAH.
- Vivir con TDAH: aceptación y cambio.
- TDAH en las relaciones.
- TDAH en el trabajo.

OBJETIVOS:

- Conocer los tipos de tratamiento eficaces para el TDAH
- Promover un estilo de vida saludable conociendo la influencia de los buenos hábitos en la sintomatología del TDAH
- Aprender estrategias cognitivas de manejo de síntomas del TDAH
- Compartir con el grupo cómo es vivir con TDAH y las implicaciones de ello en las distintas esferas vitales

1. Tratamiento farmacológico y psicológico del TDAH (20 minutos)

Descripción de las estrategias y opciones de tratamiento posibles:

a) tratamiento farmacológico:

Se explica que el fármaco que ha mostrado mayor eficacia a nivel farmacológico es el *metilfenidato*, aunque hay personas con TDAH requieren un fármaco diferente por ineficacia o falta de tolerancia al mismo, y que es un fármaco de la familia de los estimulantes.

Los tratamientos alternativos a éste pueden ser estimulantes diferentes a los disponibles en España, ya sean otras formas de presentación de *metilfenidato* o bien anfetaminas como la *dextroanfetamina* y derivados o no estimulantes como la *atomoxetina*.

También existe la *pemolina*, pero es un uso muy limitado y desaconsejado debido a que se detectaron casos de elevación de enzimas hepáticas y fallo hepático total muy grave.

PUNTOS FUERTES

- Rapidez acción
- Eficacia
- Contrastado empíricamente
- Seguro, sin grandes riesgos
- Intervención sencilla y eficiente
- Flexibilidad

PUNTOS DÉBILES

- Precio alto de algunos fármacos, puede llevar a abandono
- Efectos secundarios
- Cumplimiento peor si se requieren varias tomas

Pero no todas las personas requieren un fármaco para tratar el TDAH, existiendo otras vías de tratamiento, como el psicológico.

b) Tratamiento psicológico:

El tratamiento psicológico para el TDAH ha mostrado ser eficaz para paliar la sintomatología nuclear del TDAH así como de sus síntomas comórbidos, particularmente la disminución de síntomas ansioso-depresivos.

- El tratamiento cognitivo-conductual es el tratamiento psicológico que ha logrado obtener más evidencia empírica en cuanto a la eficacia.

Este tipo de tratamiento combina técnicas como autoinstrucciones, técnicas de inhibición de la respuesta, tiempo fuera, etc. (Se expone un breve ejemplo de las técnicas).

Además de la terapia cognitivo-conductual, también han mostrado ser eficaces:

- La terapia metacognitiva (que se basa en el principio de que resulta crucial investigar la metacognición para comprender cómo opera la cognición y cómo genera las experiencias conscientes que tenemos de nosotros y del mundo que nos rodea).
- La terapia dialéctico-conductual (es una terapia psicológica de tercera generación desarrollada por Marsha Linehan para tratar específicamente los síntomas característicos del trastorno límite de la personalidad pero que ha mostrado también utilizada en otras patologías. Combina técnicas cognitivas conductuales con aproximaciones *zen* y budistas basadas en la aceptación de la realidad tal como se presenta. El tratamiento consiste en un entrenamiento en habilidades, psicoterapia individual y atención en crisis y es llevado a cabo por un equipo coordinado de profesionales que ejercen distintas funciones. La terapia dialéctico-conductual cuenta con estudios de eficacia y se está aplicando con éxito a otras poblaciones de pacientes con elevada impulsividad).
- El *coaching* (que aboga por un reordenamiento de la vida y de las actividades de la persona a fin de elevar su empeño de acuerdo a su capacidad).
- La rehabilitación cognitiva (centrada en entrenamiento en funciones cognitivas, estrategias de afrontamiento internas y externas (manejo de impulsividad, manejo de la rabia), organización del entorno y psicoeducación).

- La psicoeducación. Se recuerda la definición dada en primera sesión: La psicoeducación es el proceso de dar información sobre la naturaleza de un trastorno con el fin de fomentar la actitud y cambio de comportamiento. Su principal objetivo es educar a los pacientes sobre la naturaleza del trastorno y ofrecer una oportunidad de discusión grupal sobre cómo la familia puede ayudar a implementar el cambio.

2. Factores del estilo de vida y TDAH (10 minutos)

Para las personas que sufren TDAH es muy importante mantener unos hábitos de vida saludables, ya que son más susceptibles de desajustarse psicológicamente (bajo ánimo, ansiedad, irritabilidad, estrés...) si llevan una mala alimentación, no duermen lo suficiente o el sueño no es reparador, o llevan una vida muy sedentaria.

Se ha comprobado que al mejorar el sueño disminuyen los síntomas del TDAH y se evita la administración de psicoestimulantes y los efectos secundarios correspondientes.

La nutrición no crea ni evita por sí sola un déficit de atención, pero este trastorno puede mejorar o empeorar, en función de su alimentación; es decir, una dieta inadecuada puede intensificar los síntomas. Algunos autores creen que el TDAH podría ser la manifestación de un déficit nutricional. Algunos estudios sugieren que los desequilibrios de minerales, las deficiencias de aminoácidos, los trastornos de la tiroides, deficiencias de vitamina B y las dietas ricas en hidratos de carbono, son factores de riesgo en el TDAH. En la sesión 3 se explicitarán pautas para una alimentación saludable.

Además, estudios recientes sugirieron que la actividad física podría ayudar a reducir los síntomas básicos del TDAH. También indican que el ejercicio físico puede influir positivamente en la función ejecutiva, en el control inhibitorio, en el rendimiento neurocognitivo, en el comportamiento, en la motricidad, en el ámbito social, y en el rendimiento académico de personas con TDAH.

La mayoría de los estudios revisados, muestran que la práctica de actividad físico-deportiva podría producir beneficios en la función cognitiva, la función ejecutiva, la coordinación motora, el rendimiento académico, el comportamiento y las habilidades sociales de las personas con TDAH, así como que dichas mejoras podrían reducir síntomas básicos del TDAH a largo plazo.

3. Estructura y estrategias en la vida cotidiana para el TDAH (15 minutos)

Se presenta una gama de estrategias y ayudas cognitivas desarrolladas para facilitar la vida de las personas que sufren TDAH.

- Autoinstrucciones: es una técnica cognitiva de cambio de comportamiento en la que se modifican las verbalizaciones internas o pensamientos, sustituyéndolas por otras que pueden ser más útiles para conseguir los objetivos o metas. Son instrucciones u órdenes que el sujeto se da a sí mismo, dirigiendo su actuación («Iré con cuidado», «cuidado, no te precipites», «mejor esperaré mi turno de palabra», etc.).
- Técnicas de autocontrol: muchos problemas de autocontrol se relacionan con aprender a moderarse para reducir comportamientos excesivos que son inmediatamente gratificantes. Los pasos que se deberían seguir para realizar un programa de autocontrol son:

- Especificar el problema y establecer los objetivos
 - Comprometerse a cambiar
 - Registrar los datos y establecer las causas del problema
 - Diseñar y aplicar un programa de tratamiento del problema
 - Prevenir la recaída y lograr que la mejoría perdure.
- Técnicas de inhibición de la respuesta: Se explica el programa «Párate y piensa» que consiste en realizar un entrenamiento ante una señal visual de stop para inhibir una respuesta y tomar decisiones.

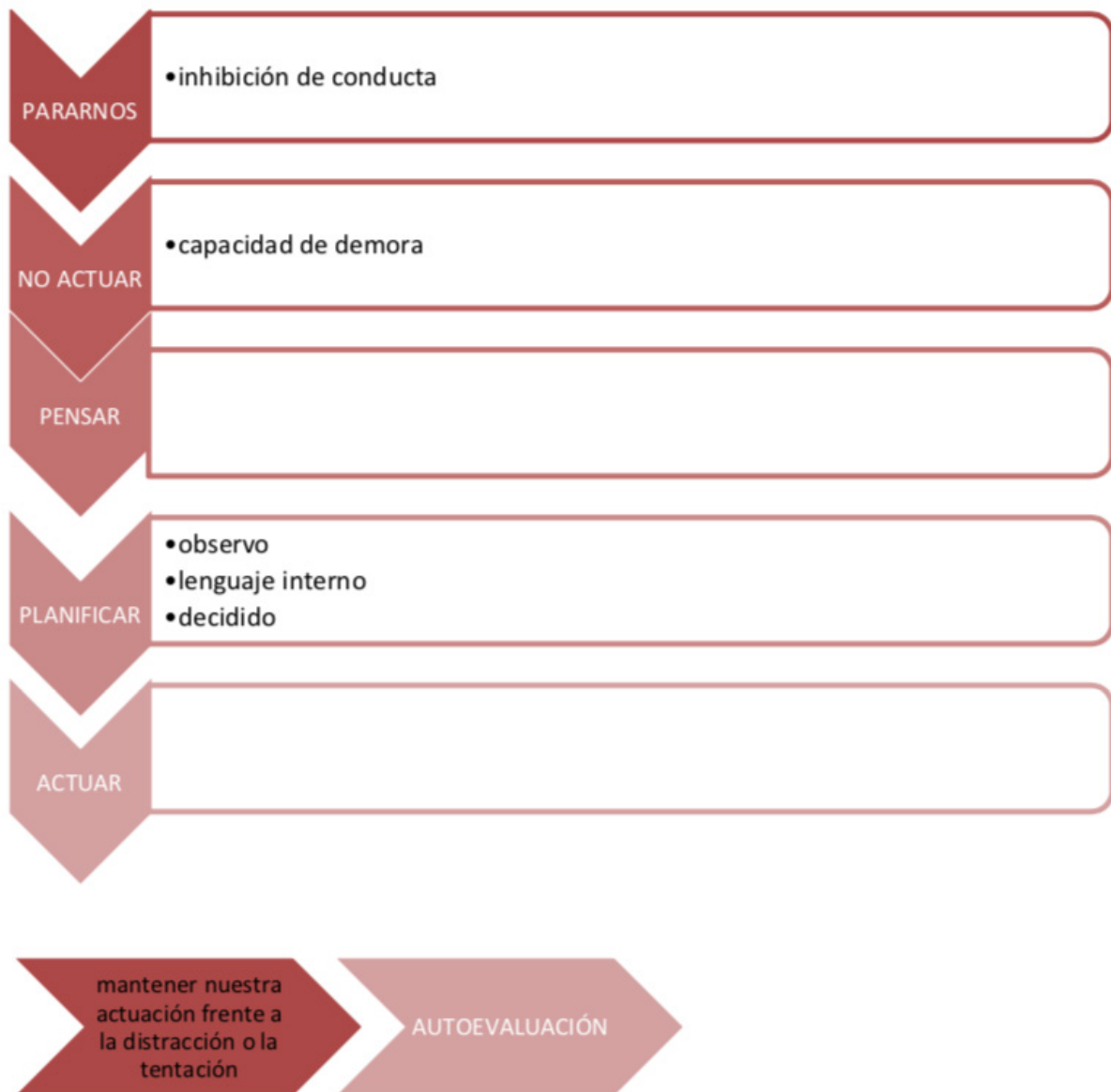


Figura 1. Procesos internos del programa «Párate y piensa».

- Técnicas de resolución de problemas: consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al paciente a resolver sus propios problemas vitales. El objetivo general de la técnica es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico.

Se basa en el supuesto de que los problemas psicológicos son consecuencia de conductas de afrontamiento inefectivas, proceso cognitivo mediante el cual se aprende a tomar decisiones para resolver de manera eficaz dificultades sociales o escolares, que va guiado por una serie de pasos.

- Imaginar el pasado y el futuro. En este punto se pide al paciente que visualice, que traiga a su mente el recuerdo de alguna situación del pasado similar a la que en ese momento tiene que enfrentarse.
- Una vez que la ha traído a su mente, el terapeuta le ayuda a fijarse en los estímulos significativos y apropiados de la situación que nos dan información sobre lo que está pasando y sobre cómo actuar. Le ayuda a analizar el significado.
- Autoevaluación reforzada. Es importante no sólo que aprendan a autoevaluarse, «volver la vista atrás», sino también que su valoración sea más objetiva y ajustada a la realidad.
- Vigilancia cognoscitiva. Es un procedimiento para aumentar la capacidad de mantener la atención en la tarea y estar concentrado.

4. Vivir con TDAH: aceptación y cambio (15 minutos)

Se centra en la vida con TDAH, según lo experimentado por un individuo que recibe el diagnóstico en la edad adulta.

Esta sesión es de índole menos estructurada, para dar la oportunidad a los participantes a que cuenten sus experiencias personales de cómo han vivido y cómo viven en el presente padecer un trastorno como el TDAH.

Muchos de los participantes han recibido el diagnóstico hace relativamente poco tiempo y han podido entender muchas cosas o tomar las medidas oportunas para paliar sus síntomas.

Se les invita a hacer una ronda de experiencias personales y de comentarios hacia el resto de compañeros.

Se les guía en posibles temas como: momento del diagnóstico, problemas derivados del trastorno en la niñez, qué les ha servido para aumentar su funcionalidad y qué no les ha servido, qué pérdidas creen que han tenido en su vida derivadas de este problema, etc.

5. TDAH en las relaciones (15 minutos)

Se centra en cómo los síntomas del TDAH, tanto la falta de atención como la impulsividad, pueden afectar el comportamiento social y las relaciones sociales cercanas.

Las personas con TDAH a menudo encuentran problemas en sus relaciones sociales o de pareja y sufren un mayor índice de separación y divorcio que la población general.

También en esta ocasión, los participantes comparten sus problemas a la hora de establecer o mantener relaciones sociales o de pareja, y las dificultades que encuentran derivadas de sus síntomas.

6. TDAH en el trabajo (15 minutos)

Lectura del artículo de prensa «¿Cuáles son las profesiones que mejor se adaptan al TDAH?» del diario «Redacción médica» por parte de un participante voluntario:

«El TDAH no es una limitación per se, sino un perfil cognitivo diferente. Hay que saber escoger cuál es su mejor competencia profesional», cuenta a *Redacción Médica* el psiquiatra infantil Javier Quintero. «Las principales dificultades del trastorno en la edad adulta son mantener la atención sostenida en una única tarea y las funciones ejecutivas, es decir, la organización, planificación y ejecución».

Por ese motivo, puestos de trabajo como bibliotecarios, secretarios o funcionarios de ventanilla «son una tortura para personas diagnosticadas con TDAH, ya que son tareas monótonas y rutinarias».

En cambio, el especialista señala diversas profesiones en las que se pueden desenvolver con más facilidad. «El sector militar, por ejemplo, porque hay mucho movimiento físico, novedad y cambio. También el mundo de la publicidad o del diseño, donde realmente la atención no penaliza, sino todo lo contrario. La música puede servir como vía de escape, con lo que termina siendo una ventaja para dedicarse a ella».

Incluso el sector sanitario podría ser un buen destino, porque «aunque requiere concentración durante la universidad, una vez que se termina permite tener una carrera dinámica. Además, dentro del mundo del deporte hay gente con TDAH. El más llamativo es el caso de Michael Phelps, que lejos de ser un problema, ha sido una capacidad competitiva».

Por último, el especialista destaca el puesto de venta al público: «Conozco a un paciente que era un buen comercial. Como sus superiores estaban contentos con él, le hicieron gerente de zona. Destacó tanto que le hicieron director. Pero ahí le fue mal, porque pasó de tener una actividad muy dinámica a una posición de planificación. Todas las habilidades y competencias que le permitieron tener éxito en su carrera, incluso con responsabilidad sobre equipos, se fue al traste en cuanto su trabajo requería mucho orden». ¿Puede ser el TDAH un impedimento para tener empleados a su cargo? «En absoluto», contesta tajante el especialista. «De hecho, hay pacientes con puestos directivos que han encontrado ese apoyo organizativo en un compañero. Son creativos y con capacidad de liderazgo que delegan la capacidad de planificar en alguien de su confianza, quien le cubre esas debilidades»

A continuación se genera debate sobre el artículo y las dificultades que han podido encontrar los participantes del grupo en su desempeño laboral.

Referencias:

Alda, J. A., Bobles, J., Bonet, T., Cardo, E., Casas, M., Fernández, A... & Urcelay, A. (2013). *Informe PANDAH. El TDAH en España*. Madrid: Adelphi.

- Barragán, A. B., Cardila, F., Gázquez, J.J., Martos, M, Molero, M.M. y Pérez, M.C. (2015) .*Salud, alimentación y sexualidad en el envejecimiento*. Almería: ASUNIVEP.
- Betancourt, Y., Jiménez, J. y Jiménez, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos del sueño. *Revista de neurología*, 42 (2), 37-51.
- Bosch, R., Casas, M., Nogueira, M., Ramos-Quiroga, J.A. y Vidal, R. (2012). Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el adulto: revisión sistemática. *Actas españolas de psiquiatría*, 40 (3), 147-54.
- Carlsson, J., Waaler, E., Jokinen, J., & Bo, S. (2017). Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial, *European Psychiatry*, 44, 141–152.
- Carriedo, A. (2014). Beneficios de la Educación Física en alumnos diagnosticados con Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH). *Journal of Sport and Health Research*, 6(1):47-60.
- Díez, A., Figueroa, A. y Soutullo Esperón, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista pediatria de atención primaria*, 8, 35-55.
- Duda, B. (2011). El coaching para el TDAH: aspectos teóricos y prácticos. Lince: APDA.
- Garay, C., Keegan, E. (2016). Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25 (2), 125-134.
- Geist, R., Heinmaa, F. M., Stephens, M. D., Davis, R., & Katzman, D. K. (2000). Comparison of Family Therapy and Family Group Psychoeducation in Adolescents With Anorexia Nervosa. *Canadian journal of psychiatry*, 45(2) 173–178.
- Lomas, A. y Clemente, A.L. (2017). Beneficios de la actividad físico-deportiva en niños y niñas con TDAH. *Revista digital de educación física*, 44, 63-78.

SESIÓN 3: LOS TCA, EL TDAH Y SU COMORBILIDAD (Parte 3)

ÍNDICE:

- Educación nutricional.
- Análisis de pensamientos y conductas relacionados con el trastorno alimentario.

OBJETIVOS:

- Promover unos hábitos alimentarios saludables.
- Aumentar el conocimiento de la nueva pirámide de alimentación y conocer el «Plato Harvard».
- Aprender a detectar pensamientos disfuncionales relacionados con el TCA, así como sus antecedentes y sus consecuencias.
- Aprender a manejar el uso de autorregistros para aumentar el control.

1. Educación nutricional (60 minutos)

Para este apartado, acudieron 2 alumnas de 4º curso del grado de nutrición humana y dietética de Huesca, para hablar sobre alimentación y hábitos nutricionales saludables.

- La nueva pirámide de alimentación saludable.

Se explican los conceptos de la nueva pirámide de nutrición saludable establecidos por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC).



Figura 2. Nueva pirámide de alimentación saludable (SENC).

Las nuevas recomendaciones y su representación gráfica subrayan como consideraciones básicas practicar actividad física, equilibrio emocional, balance energético para mantener el peso corporal adecuado, procedimientos culinarios saludables e ingesta adecuada de agua. Las recomendaciones promueven una alimentación equilibrada, variada y moderada que incluye cereales de grano entero, frutas, verduras, legumbres, cantidades variables de lácteos y alterna el consumo de pescados, huevos y carnes magras, junto con el uso preferente de aceite de oliva virgen extra como grasa culinaria. Refuerzan el interés por una dieta saludable, solidaria, sostenible, con productos de temporada, de cercanía, eje de convivialidad, dedicando el tiempo suficiente y animan a valorar la información del etiquetado nutricional.

A continuación se habla también del «Plato Harvard» una forma fácil de organizar cada comida en base al tipo y cantidad de alimento que debe haber en cada comida del día:

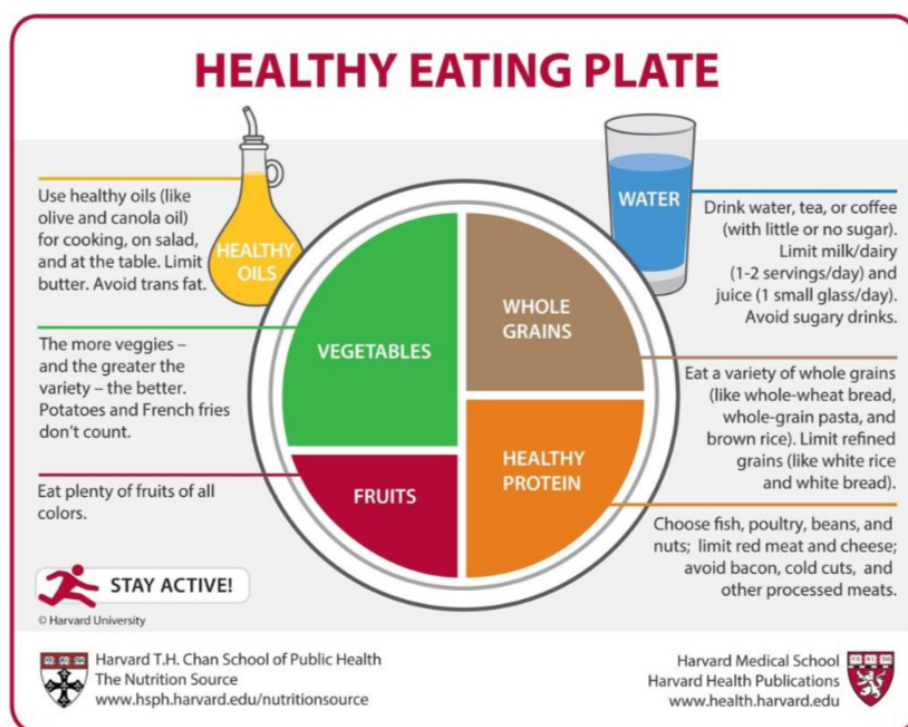


Figura 3. Plato Harvard.

Importante a la hora de alimentarse saludablemente:

- Adecuado fraccionamiento de la dieta y de una correcta selección de alimentos.
- Hacer consciente el acto de alimentarse para poder optar al registro de la ingesta.
- Erradicar mitos y creencias erróneas en torno a la alimentación (por ejemplo: la fruta engorda, beber agua en las comidas engorda, los hidratos de carbono como la pasta o las legumbres engordan...).
- Clarificar el concepto de dieta (no como restricción, sino como estilo de vida saludable en donde caben todos los grupos de alimentos)
- Optar por técnicas culinarias saludables (horneado, vapor...) y estrategias para la compra de alimentos (leer etiquetas, hacer la compra sin hambre).
- Manejo de la alimentación en situaciones especiales (eventos y celebraciones).

Pautas para reducir atracones:

- Evitar hacer dieta restrictiva, ya que podría desencadenar más episodios
- No dejes pasar muchas horas entre comida y comida. Evitar llegar a las comidas con hambre voraz evitará posibles atracones.
- Organiza tu entorno. Planifica las comidas, los horarios, cocina con antelación. Ten la despensa llena de alimentos saludables y evita los alimentos «peligrosos» que pueden desencadenar un atracón (alimentos de alta palatabilidad, llenos de grasas, azúcares y sal).
- Buscar alternativas a los atracones (deporte, lectura, vida social...).
- No aislarte
- Actividad física y «error compensatorio». Es importante hacer ejercicio, pero no por ello hay que comer «el doble» para recuperar la energía consumida.
- Selección de alimentos y raciones adecuadas. Es tan importante la calidad del alimento como su cantidad.
- Colaboración familiar. Es muy importante que la gente más cercana sea conocedora de tus circunstancias. Son los que más te pueden ayudar.
- Identificar aquellas situaciones que desencadenen el atracón (momentos de soledad, aburrimiento, tristeza, irritabilidad)
- Organizar la compra. Compra solo lo que necesites. Te puede ayudar llevarlo escrito antes en una lista y no salirte de ella.
- Evitar aplanamiento emocional. Evita estar muchas horas sin actividad o mirando sólo pantallas. Busca actividades estimulantes.
- Valorar si vale la pena los atracones → Sentimiento de culpa. Sopesa las consecuencias.

Conviene aclarar dentro del grupo que, tal y como muestran varios estudios, independientemente de los conocimientos en nutrición y dietética, a la hora de elegir una dieta influye en mayor medida otros factores como puede ser las preferencias alimentarias, las costumbres gastronómicas, la influencia social, la disponibilidad de los alimentos, etc.

Y en cuanto a la adquisición de hábitos dietéticos saludables, no parece suficiente que los conocimientos sean correctos, es necesario también que se produzca la modificación o abandono de estos hábitos alimentarios insanos y erróneos, para poder conseguir una dieta sana y equilibrada.

Además, se hace mención a conceptos relacionados con el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983) sobre el proceso de cambio, como son: el cambio no es una decisión dicotómica, sino un proceso circular; el paso de una etapa a otra no es lineal, sino bidireccional; los fallos son parte natural del proceso de cambio.

2. Análisis de pensamientos y conductas relacionados con el trastorno alimentario (30 minutos)

Análisis funcional de la conducta. El uso de autorregistros diarios de alimentación. Anotar tus comidas diarias en un registro es muy útil porque te da información sobre:

- ¿Qué es exactamente lo que comes durante tus ingestas compulsivas? ¿Se parece a lo que comes normalmente? ¿Tus ingestas compulsivas se componen de alimentos que estás intentando evitar?
- ¿Cuándo se producen exactamente tus ingestas compulsivas? ¿Siguen un patrón previsible? (Por ejemplo: ¿ocurren siempre por la tarde?) ¿Hay diferencias entre los fines de semana y el resto de los días?
- ¿Hay algunos desencadenantes de tus ingestas compulsiva? ¿Tienden a ocurrir bajo ciertas condiciones? ¿Se suelen dar cuando te sientes aburrido, deprimido, sólo o ansioso?
- ¿Parecen tener alguna función esas ingestas? ¿Te sirven, por ejemplo, para rebajar tensión? ¿Son una forma de castigarte a ti mismo?

El control, realizado de forma adecuada, te ayuda a cambiar. Te ayudará a ir viendo cómo una conducta automática e incontrolable puede ir quedando bajo tu control.

Ejemplo de autorregistro:

Día.....

Fecha.....

Hora	Comida y Bebida consumidas	Lugar	*	V/L	Contexto y comentarios

* Episodio de atracón

V/L: Episodio de vómito o toma de laxantes u otros métodos de purga

Tarea para casa: se invita a los participantes a cumplimentar este autorregistro durante la semana, y se comentará en la siguientes sesión.

Referencias:

Balestieri, M., Isola, M., Baiano, M. and Ciano, C. (2013). Psychoeducation in binge eating disorder and EDNOS: a pilot study on the efficacy of a 10-week and a 1 year continuation treatment. *Eat weight disord*, 18, 45-51.

Grupo Colaborativo de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (2016). Guías alimentarias para la población española; la nueva pirámide de alimentación saludable. *Nutrición hospitalaria*, 33 (8), 1-48.

Harvard University (2019). Healthy eating plate. Harvard T.H. Chan school of public health. Recuperado de <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/>.

Montero, A., Úbeda, N. y García, A. (2006). Evaluación de los hábitos hospitalarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. *Nutrición hospitalaria*, 21 (4), 466:473.

Serra, L. y Aranceta, J. (2004). *Nutrición infantil y juvenil: Estudio enkid*. Madrid: Masson.

SESIÓN 4: LA IMPULSIVIDAD

ÍNDICE:

- Relación entre impulsividad y alimentación desinhibida.
- Disminuir las conductas impulsivas y la frecuencia de los atracones.
- Fortalecer la percepción de reacciones impulsivas mediante análisis de comportamiento e indicadores de alerta temprana de episodios de atracón.
- Aceptar las emociones negativas desde una perspectiva subjetiva.
- Aprender una respuesta contraria que compita con un episodio de ingesta compulsiva.
- Asumir la responsabilidad de las propias acciones, sopesar los pros y contras cuando se decida comer.
- Las autoinstrucciones.

OBJETIVOS:

- Conocer la relación existente entre el rasgo impulsividad y los trastornos de TDAH y TA.
- Disminuir las conductas impulsivas y la frecuencia de los atracones
- Reforzar la percepción de reacciones impulsivas mediante el análisis de comportamiento.
- Aprender a tolerar las emociones negativas.
- Aprender una respuesta contraria que compita con un episodio de atracón.

1. Revisión de los autorregistros diarios de alimentación (tarea para casa) (15 minutos)

2. Relación entre impulsividad y alimentación desinhibida (10 minutos).

Se comienza la sesión mencionando algún estudio que pone de manifiesto la relación entre el rasgo impulsividad y los trastornos objeto del grupo psicoeducativo:

En primer lugar, en cuanto al rasgo impulsividad, se señala que hay fármacos (*Topiramato, Zonisamida...*) que tienen efectos beneficiosos tanto para la impulsividad como para el TA, hecho que deja ver que el TDAH y los TCA están relacionados.

En un estudio reciente (Barrera, 2016) se encuentra que el TDAH subtipo combinado y el inatento presencian la mayor frecuencia de conductas purgativas.

Por otra parte, la impulsividad motora es superior en sujetos con conductas purgativas (AN purgativa y BN). Por el contrario, la AN restrictiva sería la que menos niveles de impulsividad presentaría de todos los TCA.

3. Disminuir las conductas impulsivas y la frecuencia de los atracones (15 minutos).

Para ello es importante que aprendan a:

Establecer un patrón de alimentación regular.

Objetivo: hacer 3 comidas principales + 2 tentempiés (PLANIFICADOS). Por ejemplo:

08,00: desayuno

11,00: almuerzo

14,30: comida

18,00: merienda

21,00: cena

- En esta etapa, las horas de comer se dictan por las horas planificadas, no por las sensaciones de hambre.
- No dejar pasar más de 3-4 horas sin comer
- No saltarse ninguna comida ni tentempié.
- Haz todo lo posible por no comer entre las comidas planificadas.
- Si las cosas van mal y comes (o comes compulsivamente) entre las comidas planificadas, es importante que vuelvas al buen camino tan rápidamente como puedas. No eliminar siguiente comida para compensar.
- En lo posible, este patrón alimentario debe ser prioritario sobre otras actividades (pudiéndolo acomodar: si vas a cenar más tarde, merienda también más tarde).
- Al comienzo de cada día (o la noche anterior), planifica lo que vas a comer y escribe el horario en la parte superior de tu registro de monitorización.
- En esta etapa, lo principal no es qué comes sino cuándo comes.
- Intenta comer suficiente cantidad.
- Procura comer en el lugar adecuado (en la mesa, no en habitación, salón, wc...).
- Concéntrate en la comida (comer sentado, no TV...).
- Cuando comas, procura tener al alcance sólo los alimentos que vayas a consumir.
- Tirar la comida que sobre.
- Cuando comas con otros, no te dejes convencer para comer más de lo planificado.
- Evita bufets libres.
- Limita la disponibilidad de comida «peligrosa»: la que suele desencadenar atracones.
- Asegúrate de que tienes cantidades adecuadas de alimentos «seguros».

- Planifica tu compra
- Limita el dinero disponible (si prevees posible atracón)
- Cuando cocines, evita probar las comidas (prueba mascando chicle)

4. Fortalecer la percepción de reacciones impulsivas mediante análisis de comportamiento e indicadores de alerta temprana de episodios de atracón (15 minutos).

Aprender a identificar los pensamientos hace que las personas seamos más conscientes de ellos y, por lo tanto, nos resulte más fácil responder ante situaciones.

Observe y descubra dónde y cuándo le está afectando algo y podrá hacer un giro en el transcurso de la situación y no actuar de forma impulsiva.

Los pensamientos suelen ser automáticos y a menudo no los solemos detectar. Para poder detectar su forma de pensar, le proponemos el siguiente ejercicio.

Identifique la emoción más intensa en las últimas 24 horas (rabia, tristeza, miedo, alegría, vergüenza, sorpresa, culpa). Piense cuándo empezó a notarla. ¿Qué estaba haciendo? (situación), ¿qué estaba pasando por su mente?, ¿en qué supone que estaba pensando? (pensamiento), ¿qué hizo ante la situación? (conducta). Observe la relación entre pensamiento, emoción y conducta.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA

Una vez tenga identificadas las situaciones, se anima a los participantes a describir las consecuencias de las conductas realizadas:

CONDUCTA IMPULSIVA	CONSECUENCIAS

A continuación se invita a los participantes a pensar en una situación en la que no actuó impulsivamente e identificar qué diferencias hay respecto a cuando actuó impulsivamente:

Piense en una situación en la que ACTUÓ impulsivamente	Situación.....
	Pensamiento.....
	Emoción.....
	Consecuencia.....

Piense en una situación en la que NO ACTUÓ impulsivamente	Situación.....
	Pensamiento.....
	Emoción.....
	Consecuencia.....

A continuación se debate en grupo algún ejemplo de uno o dos participantes que compartan estas situaciones.

5. Aceptar las emociones negativas desde una perspectiva subjetiva (15 minutos)

Es importante entender que las emociones no son por sí mismas «malas» o «peligrosas», aunque algunas veces sentimos que sí lo son. Necesitamos todo el abanico de emociones, las «buenas» y las «malas» para poder funcionar en el mundo. No tendríamos subidas y bajadas, pero seríamos como robots, autómatas sin rumbo a lo largo del día.

Ahora imagina cómo sería si solo tuvieras las emociones «buenas». ¿Cómo sabríamos si nuestra vida está de repente en peligro si no sintiéramos miedo? O ¿cómo nos defenderíamos cuando nos ofendieran si no sintiéramos ira? La cuestión es que todas nuestras emociones nos dan información sobre lo que está pasando en nuestra vida.

Nuestras emociones nos llevan a realizar conductas específicas, las cuales son en general automáticas y adaptativas (por ejemplo, el miedo es un sistema natural de alarma, que nos predispone a huir ante el peligro).

Hay veces que intentamos paliar una emoción desagradable evitándola a toda costa. Para ello, se pueden utilizar desde conductas muy sutiles como no mirar a los ojos si tenemos ansiedad social, la distracción para evitar pensar en un tema doloroso, etc. Estas estrategias, que a corto plazo pueden resultar muy útiles, acaban convirtiéndose en desadaptativas a largo plazo, ya que no nos permiten trabajar sobre nuestras propias dificultades.

A continuación invitamos a los participantes del grupo a que reconozcan alguna situación en la que han sentido que evitaban una emoción y les ha servido a corto plazo, pero no han logrado resolver a largo plazo debido a esta evitación.

Después, dedicamos unos minutos a un ejercicio de *Mindfulness*. La capacidad de observar con objetividad las experiencias emocionales cuando se están produciendo en el momento presente permitirá al paciente identificar mejor pensamientos y comportamientos desadaptativos, así como reconocer cuándo y cómo los sentimientos/sensaciones físicas son provocados por, o son desencadenantes de, pensamientos y comportamientos desadaptativos.

Cierra los ojos y permanece en tu silla. Por un momento, dirige tu atención a ti mismo. Imagina la habitación, qué cosas hay, dónde están ubicados los muebles. Ahora imagínate sentado dentro de la habitación y en el lugar exacto donde estás. Nota cómo te sientes sentado en ella. Comienza a observar cómo se siente tu cuerpo, y cualquier sensación que tenga. Nota cualquier reacción física que tengas en este momento. Para por un momento, y solo permítete observar tus sensaciones físicas.

Lentamente, dirige tu atención a tu propia respiración. Nótate inspirado y espirando. Céntrate en tu respiración y lo que ocurre ahora, en este momento, utiliza tu respiración para ayudarte a anclarte en el momento actual. Céntrate en la sensación del aire que llena todo tu cuerpo y después sale de él. Tu respiración está siempre contigo y siempre ocurre en el aquí y el ahora. Utiliza tu respiración para recordar prestar atención y observar lo que ocurre ahora mismo. Para por un momento, y solo permítete observar tu respiración.

Tal y como estás centrado en tu respiración, lleva tu atención al interior de tus propios pensamientos. Nota cómo tus pensamientos cambian constantemente. Algunas veces piensas unas cosas, otras veces otras. Algunos pensamientos tan solo pasan, otros te distraen, y algunos de ellos cuesta más que se vayan. Solo nota qué estás pensando. Si notas que un pensamiento te atrapa o te arrastra, solo date cuenta y sin juzgar, intenta volver tu atención de nuevo a observar tus pensamientos, utiliza tu respiración para anclarte al presente. Permítete observar tus pensamientos por unos momentos y nota cómo vienen y se van.

Tal y como te has centrado en estos pensamientos, empieza a explorar cómo te estás sintiendo. Las emociones, como los pensamientos, están constantemente cambiando. Algunas veces sientes amor y otras odio, algunas veces calma y otras tensión, alegría, tristeza, felicidad. Algunas veces las emociones vienen y se van como las olas, otras veces se quedan; algunas veces se producen por ciertos pensamientos, otras veces aparecen no se sabe de dónde. Simplemente reconoce cómo te estás sintiendo ahora. Permítete observar tus emociones, sin juzgarlas. Nota cómo fluyen. Para por un momento, y permítete observar tus emociones.

Continúa utilizando tu respiración para anclarte y empieza a notar tu experiencia completa, cómo siente tu cuerpo, qué estás pensando, qué emociones estás experimentando. Si notas que estás intentando cambiar la experiencia de alguna manera, presta atención y tranquilamente guíate de nuevo a tu experiencia. Nota todo lo que estás experimentando en este mismo momento.

Usa tu respiración para anclarte en el presente, permite a tu conciencia moverse para que pueda disfrutar de lo que está sucediendo a su alrededor. Nota la temperatura de la habitación. Nota cada sonido que se produce fuera de la habitación. Nota los sonidos que se producen dentro de la habitación.

6. Aprender una respuesta contraria que compita con un episodio de ingesta compulsiva (10 minutos).

Se explica la importante de confeccionar una lista de actividades alternativas a los episodios de impulso al atracón, para tener más recursos en esos momentos. Se ofrecen algunos ejemplos:

- Hacer ejercicio
- Salir a pasear con niños
- Darte una ducha
- Visitar o llamar por teléfono a un amigo
- Tocar un instrumento
- Hacer relajación/respiración

Se explica que para manejar con éxito el impulso a comer, es importante hacer 3 cosas:

- Dejar que pase el tiempo. La urgencia de comer compulsivamente disminuye un rato después (30min.), por eso es bueno emprender una actividad.
- Ponerte trabas para que te resulte difícil comer compulsivamente.
- Realizar alguna actividad, a ser posible agradable.

Se ofrece motivación a los participantes, explicando que puede que al principio tengan la impresión de que el impulso a la ingesta compulsiva tarda mucho tiempo en ceder y desaparecer, pero notarán que disminuye más rápidamente si emprenden alguna actividad alternativa. Finalmente desaparecerá por completo o se hará tan débil que podrán ignorarlo fácilmente.

En este caso, también se hará alusión a nociones del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983) sobre el proceso de cambio (circularidad, bidireccionalidad y fallos como parte natural del proceso).

Se invita a los participantes a que den ideas de conductas que alguna vez les hayan servido a ellos mismos a la hora de evitar una ingesta compulsiva.

7. Asumir la responsabilidad de las propias acciones, sopesar los pros y contras cuando se decida comer (5 minutos)

Se anima a los participantes a que analicen en qué les está ayudando la ingesta compulsiva en el mismo momento en que ocurre y cuáles son sus consecuencias pasado ese tiempo.

8. Las autoinstrucciones (5 minutos)

Se invita a los participantes a que ofrezcan ejemplos de autoinstrucciones (ya explicadas en la sesión 2) para evitar comportamientos impulsivos. Se les puede facilitar algún ejemplo («No te precipites a contestar, espera a que acabe con su explicación», «lo estás manejando muy bien, sigue así», «he podido controlar mis impulsos más de una vez, hoy podré lograrlo igualmente»...).

Referencias:

- Aragónés, E., Casas, M., Quintero, J., Ramos-Quiroga, J.A., Szerman, N. y Vidal, R. (2015). *TDAH en el paciente adulto. Pautas de actuación y seguimiento*. Madrid: IMC.
- Barlow, D., Farchione, T., & Fairholme, C. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid: Difusora Larousse - Alianza Editorial.
- Casado, M.I. (2013). *Obesidad y trastorno por atracón*. Madrid: Grupo 5.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*, Barcelona: Paidós Ibérica.
- Preuss, H., Pinnow, M., Schnicker, K. y Legenbauer, T. (2017). Improving inhibitory control abilities (ImpulsE): A promising approach to treat impulsive eating?. *European eating disorders review*, 25 (6), 533-543.
- Segal, Z. V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.

SESIÓN 5: LA AUTOESTIMA

ÍNDICE:

- Árbol de mi autoestima.
- Dibujo de las tortugas.
- Anuncio publicitario.
- Espejo mágico.
- «Caricias» interpersonales.

OBJETIVOS:

- Conocer el concepto de autoestima así como elementos importantes en su formación.
- Mejorar el autoconcepto y la autovaloración de los participantes.
- Aprender a reconocer las propias cualidades a través de la reflexión y los mensajes de los demás.
- Tomar conciencia de las cualidades y logros de los que poder sentirse orgulloso.

1. Árbol de mi autoestima. (Duración: 20 minutos).

Se dividen en subgrupos, se entrega una hoja en blanco a cada participante y se les indica que la divide en dos columnas verticales de igual tamaño.

En una columna deben colocar los «logros» o «éxitos», metas alcanzadas, éxitos de mayor a menor importancia en la escuela, familia, amigos...

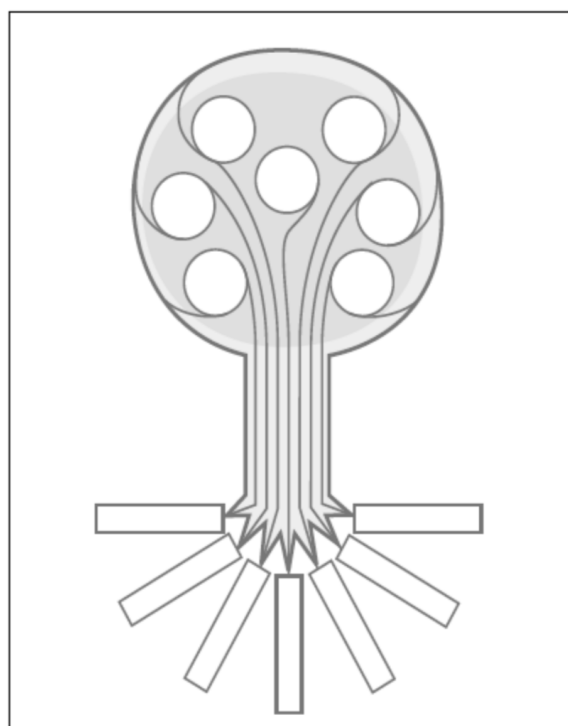
En la otra sus «cualidades» físicas o corporales, espirituales o mentales.

(No tienen por qué ser cosas espectaculares sino simplemente importantes para cada uno/a).

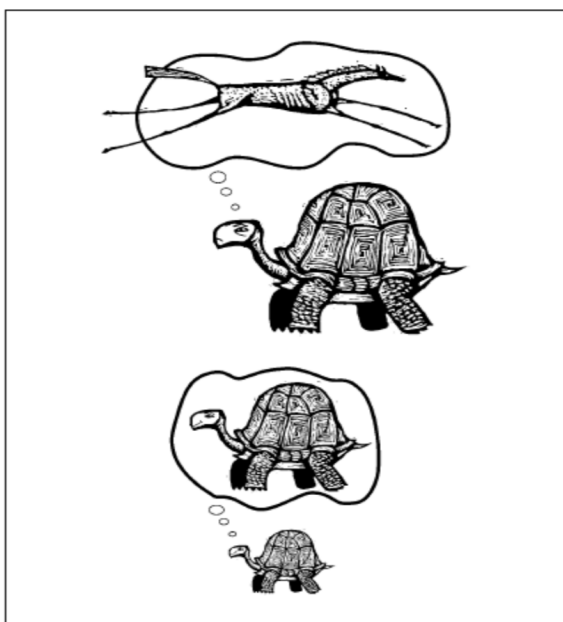
Cuando hayan terminado se les indica que dibujen un árbol como el que aparece a continuación para que los participantes pongan su nombre encima y escriban los logros como si fueran los frutos y las cualidades como si fueran las raíces.

Es importante que después contemplen al «Árbol de mi autoestima» durante unos minutos individualmente y escuchen lo que les trasmite.

Se les invita a que escriban un mensaje debajo del «Árbol de su autoestima».



2. Dibujo de las tortugas. (Duración: 15 minutos).



Se explica la teoría de la autoestima con la ayuda del dibujo con las dos tortugas:

Se comienza preguntando a los participantes su punto de vista, qué les parece, qué representa... para posteriormente explicar y analizar el concepto de autoestima.

«La autoestima es una evaluación de uno mismo. Un cociente, relación o razón entre el éxito que alcanzamos en las actividades, actuaciones vitales y las expectativas que tenemos sobre ellas». «Es una evaluación, una nota que nos ponemos a nosotros mismos. Expresa una actitud de aprobación o de rechazo». Se escribe en la pizarra la fórmula de JAMES.

William JAMES:

Autoestima = Éxito (lo que uno consigue) / Expectativas (lo que uno espera).

Se explica que en el dibujo aparece una tortuga pequeña que parece alegre, segura de sí misma. Está pensando en llegar a ser más grande y sus ambiciones son realistas, adecuadas a lo que puede llegar a ser cuando crezca. Su autoestima está bien, está contenta consigo misma.

También se ve una tortuga mucho más grande con cara triste. Es una gran tortuga pero sueña con algo inalcanzable: correr como un caballo. No puede lograr ese éxito pues sus expectativas son excesivas, lo que espera de sí misma es demasiado y por eso sufre, su autoestima es baja, no se acepta a sí misma. Y es que una tortuga debe ser una tortuga, una estupenda tortuga, una magnífica tortuga, pero no tiene por qué ser un caballo.

3. Anuncio publicitario. (Duración: 15 minutos).

Se dividen en subgrupos y se les dan cinco minutos para pensar individualmente un anuncio publicitario sobre ellos mismos y cinco minutos para compartir en pequeño grupo y que elijan uno para representar o exponer delante de todo el grupo.

Se trata de que se vendan bien y muestren sus cualidades a través del dibujo, unas palabras escritas, un lema, una cuña radiofónica o una representación. Tienen que ser directos y entusiastas.

Ejemplos:

«La modestia es la única virtud que no poseo».

«Si no te detienes a conocerme te perderás al mejor amigo que puedas tener».

«Busca, compara y si encuentras a alguien mejor seremos tres personas excelentes» (imitando un conocido y ya clásico anuncio de detergentes).

«Sinceridad es mi lema, te lo digo de verdad».

Después de representarlo hacer una puesta en común de **cómo se han sentido**.

4. Espejo mágico: (Duración: 20 minutos).

El grupo está de pie en círculo y se les pasa un espejo imaginario, explicándoles que es de Blancanieves y que sí se contemplan en él les responde a la siguiente pregunta: **Espejito mágico ¿qué es lo que más te gusta de mí?**

(Al hacerlo con un espejo real, en que se ve reflejado el rostro es más fácil bloquearse).

El participante se responde en voz alta con una cualidad física o espiritual: **«Lo que más me gusta de tí es...»** y pasa el espejo imaginario al compañero de grupo de la derecha. Si no le salen las palabras se le anima hasta que le salgan **«Es un espejo mágico y siempre responde»**.

Después hacer puesta en común de **cómo se han sentido**.

5. «Caricias» interpersonales. (Duración: 20 minutos).

Se dividen en subgrupos y dicen una cualidad física que les guste del compañero de la izquierda (p.e.: me gustan sus ojos) y una psíquica o espiritual del de la derecha (p.e.: es simpático).

Se les explica que conviene acostumbrarnos a decir a los/as demás lo que nos gusta de ellos/as, qué cosas buenas tienen, ya que todos/as tenemos cosas buenas y nos gusta que nos lo digan de vez en cuando.

Después hacer puesta en común de **cómo se han sentido**.

Referencias:

Grupo ZARIMA-PREVENCIÓN (1999). *Prevención de trastornos de conducta alimentaria. Guía práctica, Aragón*. Consejo de la juventud de Aragón y Gobierno de Aragón.

SESIÓN 6: SATISFACCIÓN CORPORAL

ÍNDICE:

- Información de la psicología de la apariencia. Historia de la apariencia personal. Influencia de la moda y el entorno en nuestro propio concepto corporal.
- ¿Cómo saber si sufro del trastorno de la imagen corporal? Evaluación perceptiva, subjetiva y comportamental.
- Mejorar la manera de pensar acerca del cuerpo.
- Mejorar los sentimientos que nos produce la percepción y los pensamientos que tenemos acerca del cuerpo.
- Recapitulación, despedida y cierre.

OBJETIVOS:

- Conocer la evolución histórica que explica los trastornos relacionados con la imagen corporal.
- Saber si padezco un problema relacionado con mi imagen corporal.
- Aumentar la satisfacción corporal.

1. Información de la psicología de la apariencia. Historia de la apariencia personal. Influencia de la moda y el entorno en nuestro propio concepto corporal (15 minutos).

Se comienza esta sesión ofreciendo información sobre la evolución de los cánones de belleza actuales, el desarrollo evolutivo del autoconcepto y la importancia de la imagen en nuestra sociedad:

Entre las causas históricas para desarrollar un trastorno alimentario es muy importante el concepto de belleza en la cultura que uno se desarrolla.

En nuestra cultura se vive con mucha presión hacia la delgadez y se tiene estigmatizada la obesidad. A los varones también se les exige un físico complicado de conseguir (altos, musculosos, rasgos faciales bien definidos...).

La socialización a cerca del significado del cuerpo va más allá de los anuncios de televisión o redes sociales, a veces es algo mucho más cercano. Desde la familia y en la niñez, se nos mandan mensajes relacionados con nuestra apariencia (se les pone varios ejemplos: *«¿no saldrás con esos pelos?»*, *«para presumir hay que sufrir»*, *«mi hija mayor es muy guapa, la pequeña es más simpática»*...). Se nos compara con miembros de la familia exitosos o por el contrario con alguien del que heredamos un rasgo que se aleja de los cánones de belleza actuales (*«tienes la nariz grande como tu tía»*).

También en la infancia, y en el seno de nuestra familia aprendemos por «modelado». Si una madre o padre muestran conductas de insatisfacción corporal, el niño va a aprender a comportarse de la misma manera. Si se da mucha importancia al aspecto físico dentro de una familia, es fácil que el niño se desarrolle con esos valores.

Lo mismo sucede con el grupo de iguales. Recibir una crítica por parte de una persona de tu círculo de amistades es mucho más potente que cualquier cuña publicitaria.

Además, si en la edad infantil has recibido burlas sobre tu apariencia física o has sufrido acoso escolar, es muy probable que te desarrolles con mucha preocupación acerca de tu apariencia física, y esto se mantenga a lo largo de tu ciclo vital.

Los factores personales también influyen de manera muy significativa en el desarrollo de un trastorno de la imagen corporal. Ser una persona con baja autoestima, sentimientos de ser poco valiosos o miedo al rechazo, predispone a sufrir problemas con la imagen corporal. Dada la importancia que se da al aspecto físico en nuestra sociedad, una persona joven, con la identidad sin formar, puede fácilmente asociar toda su valía a su apariencia física.

Durante el crecimiento, una adolescente que se desarrolla muy pronto o un chico que le cuesta madurar, tendrá más predisposición a presentar problemas con su imagen. El feedback dado por su grupo de referencia, las primeras relaciones con personas de sexo opuesto y los cánones de belleza de nuestra sociedad, harán que se le dé una importancia crucial a la belleza en esta etapa tan delicada de la vida.

Pero además de lo que ha sucedido en el pasado, el presente tiene también un gran papel a la hora de relacionarnos mal con nuestra imagen. La manera cómo pensamos e interpretamos los hechos tiene mucha influencia en nuestros sentimientos. La atención selectiva a una parte que no nos gusta de nuestro cuerpo, las conductas de evitación (como no ponerse determinada ropa) o los rituales de comprobación (como preguntar a alguien constantemente por la presencia

de un defecto o mirarse al espejo reiteradamente) mantienen esta cruel mirada negativa hacia nuestro cuerpo empeorando cada vez más el problema.

2. ¿Cómo saber si sufro del trastorno de la imagen corporal? Evaluación perceptiva, subjetiva y comportamental (15 minutos).

La estimación perceptiva pretende analizar las diferencias que existen entre lo que el sujeto considera que mide su cuerpo o una parte de su cuerpo y la medición objetiva de éste.

Se invita a los participantes a que estimen la anchura de su cuerpo. Para ello se les pide, con un cordel, que estimen la anchura de su cintura o sus caderas. A continuación se mide el perímetro de ese cordel y se compara con las medidas reales de su propio cuerpo.

Los estudios sobre alteraciones de la emoción a causa de la imagen corporal evalúan básicamente satisfacción/insatisfacción corporal.

Los procedimientos que se usan habitualmente son las medidas de autoinforme (bien a través de cuestionarios o de entrevistas). Se les recuerda a modo de ejemplo el cuestionario que ya cumplimentaron dentro de este trabajo (*Body Shape Questionnaire, BSQ*).

Pero la forma sin duda más potente y sobre la que se puede hacer un buen diagnóstico es a través de la entrevista semiestructurada realizada por un profesional cualificado. Se cita a modo de ejemplo la entrevista estructurada *Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)* de Rosen y Reiter (1995) y se mencionan algunos ejemplos de ítems:

- Descripción por parte del sujeto de los defectos en la apariencia física.
- Evaluación por parte del entrevistador de la apariencia física del sujeto.
- Frecuencia de la búsqueda de palabras tranquilizadoras sobre la apariencia proveniente de otras personas.
- Malestar cuando otras personas hacen comentarios sobre su apariencia.
- Etc.

También es importante medir las cogniciones a cerca de la imagen corporal para valorar las distorsiones. Se cita a modo de ejemplo varios ítems del *Body Image Automatic Thoughts (BIATQ)* de Cash (1990):

- Siempre pienso en mi apariencia.
- Es injusto que tenga esta apariencia.
- Con este aspecto nadie se va a enamorar de mí.
- Los demás piensan que parezco gordo/a.
- Etc.

En cuanto a las conductas, se menciona que varios ítems del BSQ y del BDDE se encargan de esta esfera, y se nombra también el *Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)* de Rosen, Salzberg, Srebnik y Went, 1990, con algunos ejemplos de sus ítems:

- Llevo ropas muy holgadas.
- No voy a citas sociales si pienso que voy a ser examinado/a.

- Me miro al espejo.
- Ayuno durante un día o más.
- Etc.

También es importante medir la ansiedad asociada a la imagen corporal. Para ello existe un instrumento llamado *Body Image Anxiety Scale (BIAS)* de Red, Thompson y Brannick, 1990:

- En general, me siento ansioso/a, tenso/a o nervioso/a a cerca de:
 - *Mis caderas*
 - *Mis nalgas*
 - *Mi sobrepeso*
 - *Mis orejas*
 - *Mis manos*
 - *Etc.*
- Ahora mismo, me siento ansioso/a, tenso/a o nervioso/a a cerca de:
 - *Mis caderas*
 - *Mis nalgas*
 - *Mi sobrepeso*
 - *Mis orejas*
 - *Mis manos*
 - *Etc.*

Y por último, es importante también, como se ha mencionado en la sesión 3 de este trabajo, el uso del autorregistro para localizar algunas circunstancias que generan un cierto malestar o una cierta atención al propio cuerpo, la interpretación que la persona hace de ésta y los sentimientos y conductas que se producen.

3. Mejorar la manera de pensar acerca del cuerpo (20 minutos).

No es bajo ningún concepto cambiar la imagen corporal sino aprender a verse con mayor objetividad, a sentir menos malestar, a pensar más favorablemente sobre sí misma y a comportarse de acuerdo a una manera más gratificante de verse.

El ejercicio que se propone es el de la afirmación positiva sobre el tamaño del propio cuerpo. Es tan frecuente que este tipo de personas tengan un lenguaje negativo hacia su propio cuerpo que es importante que lo contrarresten con un diálogo interno positivo:

Afirmación positiva sobre el tamaño de su cuerpo:

Pensar en una frase positiva y creíble sobre el tamaño corporal u otro aspecto de la apariencia física. Un pensamiento más adaptado sobre el tamaño corporal del que tenían antes de la sesión.

Ejemplos: Tengo un peso normal, peso menos que la mayoría de la gente, estoy un poco por encima del peso promedio pero estoy en el peso saludable.

Es posible que no lo crean totalmente, pero han de intentar creerlo un poco. Se ha de comenzar a alterar las autopercepciones.

Mantener los ojos cerrados. Decir los pensamientos en voz alta.

Modificar los pensamientos hasta que sean lo más positivos posibles, aunque creíbles.

¿Resulta difícil decir una cosa positiva sobre su cuerpo?

¿Cuál es el grado de credibilidad (100 por 100, 50 por 100, 10 por 100) que otorga a este pensamiento?

Este pensamiento se volverá más real a base de repetírselo con una cierta frecuencia.

4. Mejorar los sentimientos que nos produce la percepción y los pensamientos que tenemos acerca del cuerpo (20 minutos).

Se procede a realizar una pequeña desensibilización sistemática en imaginación y de forma grupal para entender una forma de sentirse ante el cuerpo más funcional y menos dolorosa:

- Cerrar los ojos. Relajación durante 5 o 10 minutos.
- Imaginar un área del cuerpo que le produzca ligera insatisfacción («área 1») durante 15 segundos, tomar conciencia de la ansiedad.
- Relajación 30 segundos: respiración lenta, imaginación de escenas agradables, colores relajantes...
- Imaginar esa misma área del cuerpo durante 30 segundos. Tomar conciencia de sentimientos. Relajación 30 segundos.
- Imaginar área 1 durante 1 minuto. Tomar conciencia de los sentimientos. Relajación 30 segundos.
- Imaginar otro área corporal que nos produzca algo más de insatisfacción («área 2»):
 - Durante 15 segundos, notar lo que siente. Relajación 30 segundos.
 - Durante 30 segundos, notar lo que siente. Relajación 30 segundos.
 - Durante 1 minuto, notar lo que siente. Relajación 30 segundos.
- Se procede de esta manera hasta completar 5 áreas corporales de insatisfacción.
- Si se incrementa el malestar y se experimenta ansiedad: relajación (respiración lenta y regular, tensión/relajación, autoinstrucciones).
- No pasar a la siguiente área de la jerarquía hasta ser capaz de no experimentar nada de ansiedad.
- No finalizar la sesión cuando se sienta ansiedad o malestar en un área, finalizar la sesión con 2 minutos o 3 minutos de relajación placentera.
- Comenzar al día siguiente con la última área que imaginaron sin ansiedad.
- Cuando ya no se experimenta ansiedad ante ningún punto de la jerarquía, se hace una sesión imaginando todas las áreas corporales durante 1 minuto, mientras se mantiene activa la relajación.

5. Recapitulación, despedida y cierre (20 minutos).

Como paso final antes de dar por finalizado el grupo psicoeducativo, se pregunta a los participantes cuáles creen que han sido las ideas principales con las que se han quedado, qué les ha ayudado y qué no les ha servido y cómo se han visto reflejados en los temas tratados.

También se deja un pequeño espacio para nuevas sugerencias en cuanto a futuros grupos de psicoeducación, y se les entrega la encuesta de satisfacción para que la cumplimenten en el mismo momento.

Finalmente, se agradece la presencia de colaboración y asistencia a todos los participantes.

Referencias:

Raich, R.M. (2001). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

8.5. ANEXO V- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

SATISFACCION CON EL RESULTADO DEL GRUPO		SI	NO
1.	¿La información previa sobre el grupo fue la adecuada?		
2.	¿Las salas y los equipos utilizados le parecieron correctos?		
3.	¿El número de sesiones le parecieron adecuados?		
4.	¿El día y la hora de la sesión le parecieron adecuados?		
5.	¿Los medios utilizados le parecieron correctos?		
6.	¿El ritmo de las sesiones le parecieron adecuados?		
7.	¿El contenido de estas sesiones le parecieron adecuados?		
8.	¿Las tareas para casa le parecieron adecuadas?		
9.	¿La labor de los terapeutas le pareció adecuada?		
10.	¿La conducción de los grupos le parece que ha sido la correcta?		
11.	¿Se ha sentido a gusto con el resto de pacientes?		

Dígame algunas de las conclusiones que ha sacado de esta terapia, y como le puede ayudar en su vida.

Otros aspectos no reseñados en los apartados anteriores.

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) los conocimientos adquiridos acerca del TDAH tras haber participado en este programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) los conocimientos adquiridos acerca del TA tras haber participado en este programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) el grado de motivación para cambiar conductas disfuncionales que usted siente tras haber participado en este programa:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) la satisfacción global con los resultados de la terapia.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) la satisfacción global con el resto de los participantes en la terapia.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Valore del 1 al 10 (donde 1 indicaría la mínima puntuación y 10 la máxima puntuación) la satisfacción global con la labor de los terapeutas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ayúdenos a mejorar cara al futuro. ¿Qué aspectos modificaría cara a posteriores grupos?



Universidad
Zaragoza