

Trabajo Fin de Grado

Programa PIPTA:

Propuesta de Programa de Intervención en Pacientes con Trastorno por
Atracón

PIPTA program:

*Proposal for an Intervention Programme for Patients with Binge Eating
Disorder*

Autora:

Marta Domeque Arbonés

Directora:

Elena Espeitx Bernat

Grado en Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel

Curso 2021-2022



Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción	4
3. Marco teórico	5
4. Objetivos	8
5. Beneficiarios	8
6. Metodología	9
<i>Participantes:</i>	9
<i>Instrumentos:</i>	9
<i>Procedimiento:</i>	10
<i>Sesiones:</i>	10
7. Recursos	16
8. Evaluación:	17
9. Resultados esperados	17
10. Conclusiones	18
11. Referencias.....	20
12. Anexos	22

Resumen

El Trastorno por Atracón constituye uno de los trastornos de la conducta alimentaria más prevalentes entre la población. Además, la presencia de este trastorno se asocia a diversas patologías, haciendo que sea imprescindible la implementación de programas que aborden dicha problemática. La propuesta de intervención desarrollada en este trabajo tiene como objetivo principal la reducción de los episodios de atracón y, para ello, se seleccionará a veinticuatro personas de Aragón, de entre 18 y 65 años, que presenten el trastorno. Éstos, serán divididos en dos grupos: un grupo experimental al que se le aplicará el programa y un grupo control. Todos ellos completarán una batería de cuestionarios antes y después de la aplicación del programa, para observar la eficacia del mismo. La intervención consistirá en nueve sesiones grupales de dos horas, en las que se trabajarán aspectos relacionados con el trastorno y dos individuales de una hora, de seguimiento. Se espera que tras la aplicación del programa los participantes del grupo experimental hayan reducido el número de atracones, así como presenten mejoras en las variables evaluadas, en comparación con el grupo control.

Palabras clave: Trastorno por atracón, intervención, alimentación.

Abstract

Binge Eating Disorder is one of the most prevalent eating disorders among the population. In addition, the presence of this disorder is associated with different pathologies, making it essential to implement programs to address this problem. The main objective of the intervention proposal developed in this work is to reduce episodes of binge eating and for this purpose twenty-four people from Aragón, aged between 18 and 65 years, who present the disorder will be selected. These will be divided into two groups: an experimental group to which the program will be applied and a control group. All of them will complete a battery of questionnaires before and after the application of the program, in order to observe its effectiveness. The intervention will consist of nine two-hour group sessions to work on aspects related to the disorder and two one-hour individual follow-up sessions. It is expected that after the application of the program, the participants of the experimental group will have reduced the number of binge eating episodes, as well as presenting improvements in the variables evaluated, compared to the control group.

Key words: Binge Eating Disorder, intervention, eating.

Introducción

El trastorno por atracón (en adelante TA) constituye una problemática clínica y social debido a su prevalencia, así como a las patologías comórbidas que aparecen junto a él. La frecuencia de aparición de este trastorno entre la población supera a la de la anorexia y bulimia nerviosa, siendo el trastorno de la conducta alimentaria (TCA) más frecuente de los tres (Treasure, Hübel y Himmerich, 2022). No obstante, a pesar de su alta tasa de aparición, no fue hasta la publicación del DSM-5, en 2013, cuando fue considerado como un trastorno independiente dentro de la categoría “Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos”, dejando de ser considerado un trastorno del comportamiento alimentario no especificado (TCANE) (APA, 2013).

En segundo lugar, las personas que presentan este trastorno tienen asociadas otras patologías y problemas, tanto sociales como clínicas. Por un lado, las personas con TA experimentan problemas interpersonales relacionados con el afecto negativo, característico en la sintomatología del trastorno (Linardon, 2018) y problemas sociales asociados a la ansiedad que genera la preocupación por la silueta y el peso (Sawaoka, Barnes, Blomquist, Masheb y Grilo, 2012). Por otro lado, con respecto a las patologías clínicas con las que se vincula el TA, pueden presentarse diferentes trastornos (TDAH, de personalidad, ansiedad o del estado de ánimo) (Hilbert, 2019), así como la obesidad (Saldaña, 2013).

Por todo ello, se hace relevante el estudio del TA, para poder comprender su aparición, desarrollo y curso, que proporcione una base de conocimiento que dé lugar a la creación e implementación de programas que intervengan en esta problemática. Con ello, si resultan eficaces, estos programas reducirían la sintomatología que engloba dicho trastorno, así como, mejoraría la calidad de vida de las personas que lo padecen y que sufren un malestar significativo, además de la reducción del estigma existente en la sociedad, al darse a conocer las características del trastorno.

Marco teórico

El TA es un trastorno que se engloba dentro de los “Trastornos de conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos” y se caracteriza por la presencia de episodios de atracones producidos no menos de una vez a la semana, en un período de tres meses. Para considerar que se ha dado un episodio de atracón, tiene que existir una conducta de ingesta superior a la mayoría de personas, para el mismo período determinado de tiempo (de promedio, inferior a 2 horas) y bajo unas condiciones similares (APA, 2013). Además, esta ingesta se produce con una falta subjetiva de control sobre esa alimentación (Udo y Grilo, 2018). Otra característica de dicho trastorno es que estas conductas de atracón no van seguidas de conductas compensatorias (Saldaña, 2013).

Por otra parte, los atracones deben producir un malestar significativo en la persona y, en muchas ocasiones, lo hacen solos por el sentimiento de vergüenza. A todo ello, se suma un desagrado hacia la propia persona y sentimientos de depresión (APA, 2013).

Dentro del TA se hace una división en subgrupos, en función de la gravedad del mismo, que son: leve (de 1 a 3 atracones/semana), moderado (de 4 a 7 atracones/semana), severo (de 8 a 13 atracones/semana) y extremo (14 o más atracones/semana) (APA, 2013).

En cuanto a prevalencia del trastorno, lo experimentan un 1% de los hombres y un 2,8% de mujeres, siendo el trastorno de la conducta alimentaria con más incidencia (Treasure et al., 2022) y presenta una Tasa Estandarizada de Mortalidad de 1.50, ligeramente superior que para la Bulimia Nerviosa (1.49) (Gómez-Candela et al., 2018). Además, estos individuos suelen padecer una alta comorbilidad con otras patologías, tales como TDAH, trastornos de personalidad, de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y por uso de sustancias (Hilbert, 2019).

Siguiendo la línea de la comorbilidad, es frecuente que aparezca junto a la obesidad. El índice de prevalencia en estos sujetos es mucho más alto que entre aquellos con normopeso, conformando un 20-30% de los pacientes obesos que participan en programas de pérdida de peso, los que presentan dicho trastorno. (Saldaña, 2013). No obstante, no es tan sencillo asociarlo a la presencia del TA y, en la mayor parte de los casos, socialmente se achaca a que la persona no tiene motivación, por una búsqueda desproporcionada de placer en los alimentos o por “exceso de glotonería”. Por esta razón, se convierte en necesaria la información general acerca del trastorno y sus consecuencias, con el fin de ayudar a eliminar los prejuicios existentes y tomar conciencia de cómo puede aparecer (Pérez, 2020).

Con respecto a la etiología del TA, estudios anteriores han observado una relación entre la pérdida de control en la infancia con el desarrollo posterior de dicho trastorno en la adolescencia. Por otro lado, existen factores de riesgo tales como la sobrealimentación, insatisfacción corporal junto con la preocupación por el peso y la forma (que lleva a la realización de dietas), el afecto negativo y deterioro de la salud mental. Además, el ideal de delgadez existente en el contexto sociocultural alienta hacia una internalización del mismo, lo cual fomenta la aparición de dicho trastorno (Hilbert, 2019).

Por otra parte, diversos artículos toman como referencia a Toro y Vilardell y su modelo integrador de 1987, generalizando su propuesta de explicación de la aparición de anorexia nerviosa, al resto de TCA (Pérez, 2020). En este modelo, se plantean tres factores que ocasionan y mantienen dicho trastorno al interactuar entre ellos (Baile y González, 2016, cit. en Pérez, 2020): En primer lugar están los factores predisponentes, que son aquellos que favorecen el surgimiento del trastorno. Dentro de estos se incluirían factores personales y psicológicos (tener baja autoestima), características familiares (cómo es el apego que ha recibido esa persona) y sociales (normas y cánones que establece la sociedad, que ejerce presión si no se consiguen); En segundo lugar, los factores desencadenantes, implicados en el comienzo del trastorno. Concretamente, en el TA, tanto los sentimientos negativos como iniciar una dieta restrictiva, son dos de los factores desencadenantes principales; Finalmente, los factores mantenedores, que refuerzan (positiva o negativamente) las consecuencias del trastorno, sosteniéndolo en el tiempo (Pérez, 2020).

Tal y como se ha comentado, la realización de una dieta restrictiva está relacionada con este trastorno. Concretamente, Heatherton y Baumeister, en su teoría del escape, encuentran una mayor incidencia a comer más en aquellas personas que realizan dieta o que controlan lo que ingieren (Alexander, Goldschmidt y Le Grange, 2013, cit. en Boluda y Pérez, 2014). Desde esta perspectiva, se propone que dicho trastorno aparece como una vía de escape ante la percepción de no lograr las expectativas y estándares sociales, que produce en la persona un alto afecto negativo (Heatherton y Baumeister, 1991). Además, en aquellas personas que siguen una dieta y que en un momento dado la rompen, aparecen sentimientos de fracaso, por lo que suprimen cualquier otra restricción, dando paso al atracón (Boluda y Pérez, 2014). Es decir, cuando se realizan esfuerzos para restringir la ingesta, es más probable que se den atracones si surge un descuido en dicha restricción (House et al., 2021).

No obstante, en estudios se ha observado que tanto la actividad física como realizar una dieta (no restrictiva, pautada por un profesional), ayuda a reducir el número de atracones, el IMC, además de aumentar el bienestar de las personas que lo padecen y su deterioro psicosocial (Mathisen, et al., 2020). Adicionalmente, sirve de gran ayuda que se delegue la tarea de adquirir alimentos y su preparación a otra persona distinta a la que presenta dicho trastorno. Todo esto, sumado con adquirir motivación para adherirse al programa de tratamiento, ha obtenido mayor probabilidad de remisión de los episodios de atracón y, por ende, del TA y sus comórbidos (Gómez-Candela et al., 2018).

Diversos estudios científicos demuestran que existe una relación entre las emociones negativas y una mala regulación emocional con el inicio y mantenimiento del trastorno (Dingemans, Danner y Parks, 2017). Además, siguiendo el modelo de regulación del afecto, dichos episodios suelen producirse con el objetivo de atenuar el afecto negativo (Hilbert, 2019), por lo que, no experimentar un buen estado de ánimo y tratar de reducir dicho malestar emocional, parece estar directamente relacionado con los episodios de atracón (Dingemans et al., 2017).

Asimismo, se ha observado que los individuos que padecen TA no cuentan con estrategias adaptativas y eficaces de regulación emocional, además de presentar una menor predisposición a suprimir emociones no deseadas, capacidad de reflexión y menor utilización de estrategias adaptativas (Dingemans et al., 2017). Para ello, se ha observado que la autocompasión sirve de gran ayuda para regular el afecto negativo, los pensamientos de fracaso y angustia y por consiguiente, a lograr control sobre lo que se ingiere, en aquellas personas con mayores posibilidades de perder el control (Serpell, Amey y Kamboj, 2020).

Con respecto al tratamiento, la Terapia Cognitivo-Conductual es la más utilizada y junto con el tratamiento de autoayuda y la terapia farmacológica, son aquellas que cuentan con apoyo empírico para este trastorno (Hilbert, 2019).

Finalmente, tal y como se menciona en el libro “Trastorno por atracón. Diagnóstico, evaluación y tratamiento”, es importante tener en cuenta que pueden aparecer recaídas, por lo que su prevención se convierte en uno de los objetivos del tratamiento de este trastorno (Baile y González, 2016).

Objetivos

En base a la literatura previa, el objetivo principal de este programa es reducir la cantidad de los episodios de atracón, así como su intensidad y frecuencia, en personas de 18 a 65 años que lo presentan, siguiendo una base de tratamiento cognitivo-conductual, ya que es la que cuenta con mayor apoyo empírico (Hilbert, 2019), tal y como se ha comentado anteriormente. Además, se establecen seis objetivos específicos a trabajar, que ayudarán a la consecución del objetivo principal:

- Adquirir conciencia del problema y lo que conlleva.
- Conseguir motivación hacia el cambio e incrementar la adherencia al programa.
- Detectar los antecedentes a los atracones.
- Proveer de herramientas para el manejo de los antecedentes.
- Disminuir la preocupación por la imagen corporal.
- Prevenir recaídas.

Beneficiarios

Este programa va dirigido a personas de edades comprendidas entre los 18 y 65 años, de ambos sexos, que hayan sido diagnosticadas y que presenten actualmente TA en cualquiera de los niveles que establece el DSM-5, abarcando el nivel leve (de 1 a 3 atracones/semana), moderado (de 4 a 7 atracones/semana), severo (de 8 a 13 atracones/semana) y el extremo (14 o más atracones/semana) (APA, 2013). El objetivo es que estas personas consigan reducir el número de atracones que llevan a cabo en la actualidad, mejorando así su salud e incrementando su calidad de vida.

Por otro lado, se trabajarán distintos aspectos con los participantes que proporcionarán una mejora en sus relaciones interpersonales, por lo que, el entorno social de estos sujetos se verá beneficiado de manera indirecta, así como la sociedad en general, al aportar información sobre el tema, que permitirá tomar consciencia de esta problemática, además de poder identificar posibles casos y pedir la ayuda correspondiente. Finalmente, otros expertos en la materia (presentes y futuros) podrán verse beneficiados de este programa debido a que, a partir del estudio realizado y los resultados que se obtengan en dicha intervención, servirá como aporte a la investigación y a la mejora y propuesta de futuras intervenciones.

Metodología

Participantes:

Para la elección del número de participantes, se toma como base el estudio de Ricca et al., (2010), en el que se comparó el tratamiento cognitivo-conductual individual y grupal en pacientes con TA. Dicho tratamiento fue eficaz en la reducción de atracones en ambas modalidades y, el tratamiento grupal fue administrado en grupos de no más de doce participantes. Por ello, en este proyecto participarán veinticuatro participantes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, seleccionados en las unidades de salud mental de adultos de la comunidad autónoma de Aragón. Los participantes se dividirán en dos grupos:

- Grupo experimental: conformado por doce participantes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, que presenten trastorno por atracón y a los que se les aplicará el programa descrito en este trabajo.
- Grupo control: conformado por doce participantes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y 65, que presenten trastorno por atracón en cualquier nivel y que no participarán en el programa descrito en este trabajo.

Instrumentos:

Para evaluar la eficacia de este programa, los participantes rellenarán una serie de cuestionarios en dos períodos temporales (T1 y T2, antes y después de la intervención), escogidos para el estudio de las variables a analizar. Todos los instrumentos utilizados han sido comprobados en investigaciones anteriores, demostrando adecuados niveles de fiabilidad y validez. En concreto, se evaluará el trastorno por atracón y la relación entre los episodios y otros aspectos personales (cognitivos, conductuales y emocionales), a partir de la *Binge Eating Scale* (BES; Gormally, Black, Daston y Rardin, 1982), consistente en un autoinforme compuesto por dieciséis ítems de tres, cuatro o cinco opciones de respuesta (Anexo 1) y cuya puntuación varía entre 0 y 46. Además, este cuestionario presenta un alfa de Cronbach de 0.85 y ha sido validado en multitud de poblaciones (Baile y González, 2016). Por otro lado, se evaluará la ansiedad (estado y rasgo) a través del *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Anexo 2) y la autoestima y satisfacción corporal mediante la escala de autoestima de Rosenberg (1965) (Anexo 3) y la escala de satisfacción corporal (SCP) (Gismero, 1996) (Anexo 4), respectivamente. Esta última escala presenta un índice de fiabilidad de un 0,70 de alfa de Cronbach para las mujeres y de 0,73 en hombres (Carrera-Fernández, Lameiras-Fernández, Foltz ML, Núñez-Mangana y Rodríguez

Castro, 2007). Con respecto a los hábitos saludables, se evaluará a través del cuestionario internacional de actividad física (IPA-Q) la frecuencia de la misma (Ríos, 2017) (Anexo 5) y mediante el Eating Attitude Disorder (EAT-26), que además de medir conductas relacionadas con la dieta, consta de ítems acerca del autocontrol (Jorquera, 2008) (Anexo 6). Finalmente, para evaluar la capacidad de regulación emocional de los participantes, se utilizará la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS) (Anexo 7).

Procedimiento:

La selección de los participantes se llevará a cabo en las unidades de salud mental de adultos del Sistema General de Salud de la comunidad de Aragón, con las que se contactará para solicitar su colaboración. Se informará a todos los profesionales de salud mental del centro, además de a los participantes interesados, que deberán inscribirse y dar su consentimiento informado, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión del proyecto (tener entre 18 y 65 años y haber sido diagnosticados de TA). A continuación, se seleccionarán a los veinticuatro participantes que participarán y se dividirán aleatoriamente en los dos grupos de tratamiento (experimental y control), de forma que cada grupo esté conformado por doce personas. Finalmente, todos los participantes deberán rellenar la batería de cuestionarios explicados anteriormente y la volverán a cumplimentar al finalizar el programa de intervención, para observar los resultados.

Sesiones:

La estructura del programa propuesto se divide en nueve sesiones grupales de dos horas cada una, con una sesión por semana. Además, se realizarán dos sesiones individuales de una hora cada una: la primera después de la cuarta sesión del programa, para resolver dudas personales y revisión de cómo evoluciona cada participante; la segunda, será pasados 6 meses desde la finalización del programa, para evaluar los resultados a largo plazo. Por ello, el programa tendrá una duración total de 20 horas repartidas en un total de diez semanas seguidas y una última sesión a los seis meses. La estructura de las sesiones, así como los temas y contenidos que se abordan en cada una, están recogidos en la Tabla 1.

Tabla 1. Cronograma de las sesiones.

<i>Sesiones</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>
1º sesión	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de presentación de los participantes y de la psicóloga. - Exposición de información TA. - Cuaderno autorregistros. - Conclusiones.
2º sesión	Motivación	<ul style="list-style-type: none"> - Ventajas del cambio. - Revisión autorregistro. - Conclusiones y dudas.
3º sesión	Hábitos saludables	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación saludable. - Actividad física.
4º sesión	Relajación	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relajación. - Mindfulness.
5º sesión	Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del proceso. - Resolución de dudas.
6º sesión	Autocontrol y control de estímulos	<ul style="list-style-type: none"> - Detección de antecedentes. - Control de estímulos. - Autocontrol.
7º sesión	Emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de emociones. - Reestructuración cognitiva. - Regulación emocional. - Conclusiones y dudas.
8º sesión	Autoestima y preocupación corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima. - Desmitificar cánones. - Explicación actividad para casa.
9º sesión	Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> - Resumen contenidos del programa. - Dinámica role-playing.
10º sesión	Final	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución de dudas. - Conclusiones finales. - Evaluación de satisfacción. - Recogida de cuaderno de autorregistro. - Complimentación Batería Cuestionarios.
11º sesión	Seguimiento a Largo Plazo	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación mantenimiento mejoras. - Identificación de nuevas dificultades. - Propuesta de nuevas intervenciones, si se precisa.

Sesión 1. ¿Nos conocemos!

Objetivo: Conocimiento entre los participantes y con la psicóloga; crear un clima de confianza para que resulte más cómodo hablar de experiencias personales; conocer el trastorno y tomar consciencia de lo que les ocurre, así como lo que esto conlleva y aquellos factores que pueden explicar la etiología.

Actividad: Se realizarán dos dinámicas grupales de presentación, explicadas en el Anexo 8. Posteriormente se lanzarán preguntas al aire acerca del trastorno, que darán paso a la exposición de una presentación en la que se proporcionará información sobre el mismo. A continuación, se entregará a cada participante un cuaderno de autorregistro y se explicará su modo de empleo hasta el final del programa (Anexo 9).

Finalmente, los últimos treinta minutos se destinarán a facilitar un espacio en el que se sientan libres para compartir experiencias personales o responder posibles dudas que hayan surgido durante la sesión. Para cerrar la sesión se recomendará la lectura del libro *Alicia en el país de las rosquillas* (Campos, 2013).

Sesión 2. Motívate.

Objetivo: Incrementar la motivación hacia el cambio y la adherencia al tratamiento; reducir el riesgo de abandono del tratamiento.

Actividad: Se comenzará la sesión con una dinámica en la que deberán escribir una lista de ventajas del cambio (Anexo 10) y posteriormente se comentarán con el grupo. A continuación, se pegará la hoja en una cartulina para llevársela a casa y ponerla en un lugar visible, con el propósito de recordarlo y motivarse en aquellos momentos en los que puedan pensar en realizar un atracón o no seguir con el programa. Finalmente, la última media hora se destinará a revisar el cuaderno de autorregistro y comentar alguna inquietud de los participantes.

Sesión 3. ¿Creamos unos buenos hábitos?

Objetivo: Adquisición de hábitos de vida saludables; conseguir delegar tareas de alimentación en otros convivientes. Esta sesión será realizada con ayuda de un dietista profesional y un preparador físico.

Alimentación: En primer lugar se hará una lluvia de ideas acerca de mitos relacionados con la alimentación saludable y las dietas. A continuación, se pasará a explicar dichos mitos, así

como dar pautas para implementar un estilo de alimentación saludable y equilibrada. Además, se formalizará un compromiso para la realización de cinco comidas diarias, con una duración mínima de la comida y cena de 30 minutos, junto con la entrega de un plan de alimentación semanal, preparado por el dietista. Por otro lado, se trabajará en la delegación del proceso de preparación de la comida en otra persona (variará en función de cada paciente).

Actividad física: Se preparará un calendario de ejercicios de intensidad y duración gradual. Como reforzador, se entregará un jarrón de vidrio transparente que deberán colocar en su habitación y dos cintas de crepé a cada uno, las cuales tendrán que recortar en tiras e ir metiendo una tira en el jarrón cada vez que realicen un hábito saludable.

Sesión 4. ¡Adiós tensiones!

Objetivo: Proporcionar técnicas de relajación para aquellos momentos en el que sientan más nerviosismo o estrés; evitar la realización de un atracón. Para la consecución de dicho objetivo, se realizarán dos técnicas de relajación y una dinámica de mindfulness, explicadas en el Anexo 11, para que las aprendan y realicen en los momentos en los que presenten mayor nerviosismo o estrés, como conducta alternativa a los atracones.

Sesión 5. Seguimiento

Objetivo: Evaluar cómo evoluciona el paciente; resolución de dudas. Para ello, se realizará una sesión individual con la psicóloga del programa. En primer lugar, se realizará una revisión del cuaderno de autorregistro para ver cómo evoluciona el número de atracones del paciente. Además, se proporcionará un espacio en el que el participante pueda plantear las dudas que le han surgido durante las sesiones anteriores, cómo se ha encontrado en ellas y cómo se está sintiendo en el programa.

Sesión 6. Controlando el atracón.

Objetivo: Identificación de antecedentes a los atracones; Proporcionar herramientas para el control de estímulos; trabajar el autocontrol en situaciones que pueden desencadenar en la realización de un atracón posterior.

Detección de antecedentes y autocontrol: En primer lugar, se realizará un análisis conductual, en el que se pedirá a alguno de los participantes que relaten la secuencia de uno de sus atracones. Se identificarán aquellas situaciones de riesgo y se elaborarán conjuntamente

diferentes estrategias para contrarrestarlas. Además, se les proporcionará alguna estrategia para prorrogar el atracón y reducir el impulso (como por ejemplo, contar de 0 a 30).

Control de estímulos: Se trabajarán de forma grupal estrategias de control de aquellos estímulos que eliciten los atracones, como por ejemplo, evitar entrar en la cocina o no comprar comida no saludable. Se recalcará la importancia de que sea otra persona la que cocine o compre los alimentos, para no exponerse a esas situaciones. Finalmente, se realizará por parejas una dinámica de role-playing para poner en práctica lo aprendido, proporcionando feedback a sus conductas.

Sesión 7. Trabajando la emoción.

Objetivo: Identificar las diferentes emociones; trabajar la reestructuración cognitiva de emociones negativas; trabajar la regulación emocional.

Identificación de emociones: En primer lugar se trabajará en la identificación de emociones. Para ello, se propone una dinámica con música, explicada en el Anexo 12, que facilitará el reconocimiento de cada emoción y la identificación de una situación que les recuerde dicha emoción, compartiéndola posteriormente con el grupo.

Reestructuración cognitiva: Se realizará una actividad en la que tendrán que pensar y escribir en una hoja tres situaciones desagradables y los correspondientes pensamientos y emociones que les han generado, así como la conducta que han llevado a cabo. Posteriormente, se comentará en grupo posibles estrategias y conductas adaptativas ante esas situaciones, así como otros pensamientos y formas de interpretarlas.

Regulación emocional: Se pedirá que realicen una lista con las cosas, conductas o situaciones que les generen emociones positivas. Posteriormente se compartirá con el resto de participantes. A continuación, se les entregará una ficha (Anexo 13) que tendrán que rellenar cuando identifiquen situaciones que les generan malestar. El objetivo es que, al reconocer dichas situaciones, utilicen la lista que han elaborado de emociones positivas y escojan alguna de esas conductas adaptativas, para regular el malestar.

Finalmente, se destinará un tiempo para que los participantes puedan expresar alguna duda o inquietud así como cualquier otra cuestión que deseen compartir.

Sesión 8. Aceptándonos.

Objetivo: Aumentar la autoestima y autoconcepto; mejorar la relación con el propio cuerpo; disminuir la preocupación por la imagen corporal.

Actividad: En esta sesión se propondrán dos dinámicas para trabajar la autoestima y desmitificar los cánones de belleza impuestos por la sociedad, explicadas en el Anexo 14. Para finalizar, se recomendará una tarea para casa en la que los participantes trabajarán la relación con el propio cuerpo y las sensaciones agradables que les produce (Anexo 15).

Sesión 9. Prevenimos recaídas.

Objetivo: Prevenir posibles situaciones que den lugar a recaídas; resumir y concluir todo lo aprendido. Para ello, se hará un resumen de todas las habilidades, técnicas y conceptos aprendidos. Con todo esto, se realizará una dinámica de role-playing en la que se representarán diferentes situaciones de riesgo, para saber identificarlas y aplicar las diferentes estrategias que se han visto durante el programa. La psicóloga en este caso, así como los compañeros, darán feedback a la actuación de los demás y proporcionarán ayuda en las situaciones que resulte más complicado extraer las conductas adecuadas a realizar.

Sesión 10. Final.

En esta sesión se resolverán las últimas dudas que puedan tener sobre los contenidos del programa y se comentarán las conclusiones que ha sacado cada uno. Además, se pasará una encuesta de satisfacción del programa en la que los participantes podrán valorar los contenidos abordados, así como la metodología y el grado de cumplimiento de sus expectativas previas. Además, se dejará un espacio para posibles sugerencias de mejora del programa (Anexo 16). Finalmente, se recogerán los cuadernos de autorregistro y se pasará la batería de cuestionarios que cumplimentaron antes de comenzar el programa, para evaluar la efectividad del mismo.

Sesión 11: Seguimiento a Largo plazo

Objetivo: Observar si los cambios y mejoras adquiridas durante el programa se mantienen; identificar dificultades; establecer nuevas intervenciones si se requiere. Para ello, se realizará una sesión individual con la psicóloga, pasados los seis meses desde la última sesión del programa. En esta sesión se realizará un resumen del caso y los resultados que obtuvo el paciente con el programa. Se entrevistará al participante para que comente cómo ha estado durante este período de tiempo, además de la presencia de los atracones que ha experimentado. Con todo ello,

se identificará si el paciente presenta nuevas necesidades o se pautará una nueva intervención, en función de las mismas, en los casos que sea necesario.

Recursos

Recursos humanos:

- Psicólogos clínicos y psiquiatras de las unidades de salud mental de Aragón, que faciliten el acceso a la muestra.
- Una psicóloga para el desarrollo del programa.
- Un dietista especializado para el desarrollo del plan de nutrición equilibrado y apoyo en la tercera sesión.
- Un preparador físico especializado para el desarrollo del calendario de ejercicio físico que se les proporciona a los participantes en la sesión número tres.

Recursos Materiales:

Infraestructura

- Aula (prestada por el Ayuntamiento de Zaragoza).
- Sillas.
- Mesas.
- Pizarra.

Material informático

- Ordenador.
- Proyector.
- Pantalla para el proyector.
- USB.
- Impresora/fotocopiadora.

Material Fungible

- 1 ovillo de lana.
- 1 pelota.
- 20 cuadernos de autorregistro.
- 20 cartulinas.
- Pegamento.
- Folios A4.
- Batería de cuestionarios.
- Dinámicas y fichas impresas.
- Bolígrafos.
- 20 jarrones de vidrio.
- 40 cintas de crepé.
- 20 esterillas.
- 20 velas.
- Mechero.
- Encuesta de satisfacción.

Evaluación:

Se desea llevar a cabo diferentes tipos de evaluación, que permitan consolidar el programa desde distintos ámbitos. En primer lugar, con respecto a la procedencia de los evaluadores, se realizará una evaluación mixta, llevada a cabo por el personal del programa (psicóloga y participantes) así como por evaluadores externos, ya que es considerada una evaluación mucho más objetiva. Además, dependiendo del momento en el que se llevará a cabo dicha evaluación, se puede dividir en tres fases:

Antes de la implementación: Se realizará una evaluación del estudio, del diseño del programa, así como de su planificación y metodología. Para llevar a cabo esta evaluación se consultará con el personal especializado de las unidades de salud mental de Aragón, así como con otros profesionales reconocidos de este ámbito.

Durante el programa: Evaluación acerca del ambiente y rendimiento de los participantes y de la psicóloga, así como el desarrollo de cada sesión. Dicha evaluación la realizará la psicóloga de forma autónoma una vez haya terminado cada sesión, mediante la cumplimentación de una ficha (Anexo 17).

Después: Se realizará en la décima sesión del programa y se evaluará tanto la eficacia como la satisfacción del mismo. Para evaluar la eficacia del programa se utilizará el estudio pre-post, explicado en el apartado de metodología del presente trabajo. Se establece que, si los resultados obtenidos en la evaluación T2, en comparación con la primera cumplimentación de los cuestionarios (T1) y con los resultados del grupo de control, son mejores, entonces el programa es eficaz. Por otro lado, para evaluar la satisfacción con el programa, se pasará en la última sesión un cuestionario de satisfacción, que deberán cumplimentar los participantes y que recoge tanto la opinión de cada uno como propuestas de mejora (Anexo 16).

Resultados esperados

En base a la literatura existente del tema se espera que los resultados de la primera evaluación (T1) sean similares para cada uno de los participantes de ambos grupos que participan en el programa, en las variables evaluadas relacionadas con el TA, así como de la diversa sintomatología asociada. Esto es: presencia de atracones y puntuaciones elevadas en la escala de este trastorno; mayor ansiedad; carencia de control de estímulos relacionados con la comida, al igual que incapacidad para identificarlos y para realizar un autocontrol ante los mismos;

incapacidad o dificultad para reconocer las emociones producidas por diferentes situaciones cotidianas, así como baja regulación emocional y predominio de emociones negativas (afecto negativo); baja autoestima pero elevada insatisfacción corporal; hábitos nutricionales no saludables y realización de poca o ninguna actividad física.

Si este programa de intervención resulta eficaz, tal y como se espera, se encontrarían mejoras en estos resultados al realizar la segunda evaluación (T2) en el grupo experimental, cuando finalice el programa, además de poder mantenerlos en el tiempo. Se espera principalmente un descenso en el número de atracones de los participantes, del mismo modo que una reducción en las puntuaciones de la escala del TA. Además, con respecto a las demás variables que producen malestar en estos pacientes y que se trabajan en el programa, se espera un aumento de control de estímulos y autocontrol, así como de la autoestima y una percepción de satisfacción con el propio cuerpo. Por otra parte, se espera que mejoren sus hábitos nutricionales y aumente su nivel de actividad física. Finalmente, se pretende que los usuarios adquieran estrategias de regulación emocional y reaccionen ante situaciones cotidianas difíciles con conductas y cogniciones adaptativas, en lugar de experimentar afecto negativo y rechazo, que conlleva a la conducta del atracón. Además, relacionado con esto, las puntuaciones de ansiedad deberían ser menores en comparación con el grupo control, al que no se le ha aplicado el programa.

Por último, se espera que en la sesión de seguimiento, realizada a los seis meses desde la finalización del programa de intervención, se mantengan las mejoras obtenidas durante el mismo y que las recaídas hayan sido mínimas.

Finalmente, con respecto a la interacción en grupo, se pretende que durante las sesiones se establezca un buen clima, donde exista buena confianza y comunicación entre todos los miembros, para que sientan libertad de poder contar sus experiencias y avances o preocupaciones sin ningún tipo de cohibición, que facilitará el cumplimiento de los objetivos del programa.

Conclusiones

En primer lugar, la prevalencia de este trastorno entre la población, que conlleva a que sea el trastorno de la conducta alimentaria con más incidencia (Treasure et al., 2022), así como la gran cantidad de comorbilidades con otras patologías, hace muy necesario el estudio y la implementación de programas de intervención como el presentado en el presente trabajo, con el

fin de reducir todas aquellas consecuencias asociadas al mismo. Además, la presencia del trastorno conlleva dificultades para estas personas, referentes al ámbito social, debido a la estigmatización existente, afectando a su relación con los demás e impidiendo realizar algunas actividades, como por ejemplo evitar comer con otros por vergüenza.

Del mismo modo, se destaca la importancia de realizar programas de prevención, implementados desde edades tempranas, con el fin de reducir el riesgo de que se llegue a desarrollar el trastorno. No obstante, hay que tener especial cuidado en su abordaje para no desencadenar otros trastornos de la conducta alimentaria, tales como anorexia o bulimia, cada vez más presentes. Por otro lado, teniendo en cuenta el papel importante que tiene la regulación emocional en las personas con TA, sería conveniente un trabajo desde la escuela en educación emocional, algo que no se trata en comparación a la relevancia que presenta, no solo por el papel en el trastorno aquí abordado, sino por la importancia que tiene en todos los ámbitos personales.

Por último, y en relación al programa presentado en este trabajo, se espera que al implementarse y demostrarse su eficacia y viabilidad, se habrá logrado cumplir el objetivo principal del trabajo, que es la reducción de los episodios de atracón, pudiendo mejorar así la calidad de vida de estas personas. Además, la realización de este tipo de programas permite otorgar la relevancia que tiene el trastorno dentro de nuestra sociedad y la comprensión de las características y causas de aquello que les ocurre a las personas que lo padecen, así como la reducción del estigma social que recae sobre las mismas por parte de la sociedad actual, que tiene arraigados valores y una alta idealización hacia la delgadez, que no solo afecta a las personas con TA, sino también promueve y favorece la presencia de otros trastornos de la conducta alimentaria.

Referencias

- Alexander, J., Goldschmidt, A. y Le Grange, D. (Eds.). (2013). *A clinician's guide to binge eating disorder*. Hove, East Sussex [England]: Routledge.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.; American Psychiatric Publishing: Arlington, VA, USA, 2013.
- Baile, J.I. & González, M.J. (2016). *Trastorno por atracón: Diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Pirámide.
- Boluda Sansón, A. y Pérez Isern, L. (2014). *Proyecto de guía clínica: Prevención del Trastorno por Atracón* (Bachelor's thesis).
- Campos, E. (2013). *Alicia en el país de las rosquillas*. Madrid: Editorial Urano.
- Carrera-Fernández, M. V., Lameiras-Fernández, M., Foltz, M. L., Núñez-Mangana, A. M. y Rodríguez-Castro, Y. (2007). Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 739-751.
- Dingemans, A., Danner, U., y Parks, M. (2017). Emotion regulation in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, 9(11), 1274.
- Gismero, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Gómez-Candela, C., Palma Milla, S., Miján de la Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V.,...y Martín Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35(SPE1), 49-97.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. y Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, 110(1), 86.
- Hilbert, A. (2019). Binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 33-43.
- House, E. T., Gow, M. L., Lister, N. B., Baur, L. A., Garnett, S. P., Paxton, S. J. y Jebeile, H. (2021). Pediatric weight management, dietary restraint, dieting, and eating disorder risk: A systematic review. *Nutrition reviews*, 79(10), 1114-1133.

- Jorquera Rodero, M. (2008). Un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana.
- Linardon, J. (2018). The relationship between dietary restraint and binge eating: Examining eating-related self-efficacy as a moderator. *Appetite*, 127, 126-129.
- Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Friborg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Pettersen, G. y Sundgot-Borgen, J. (2020). Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies. *International Journal of Eating Disorders*, 53(4), 574-585.
- Pérez López, E. (2020). Trastorno de la conducta alimentaria ¿Qué es el trastorno por atracón?
- Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Sauro, C. L., Ravaldi, C., Rotella, C. M. y Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55(3), 656-665.
- Ríos Gómez, I. (2017). Evaluación de un programa de intervención grupal para el trastorno por atracón.
- Saldaña, C. (2013). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Reino unido. [Revista en internet]. Recuperado el 20 de abril de 2022, de <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7892/7756>
- Sawaoka, T., Barnes, R. D., Blomquist, K. K., Masheb, R. M. y Grilo, C. M. (2012). Social anxiety and self-consciousness in binge eating disorder: associations with eating disorder psychopathology. *Comprehensive psychiatry*, 53(6), 740-745.
- Serpell, L., Amey, R. y Kamboj, S. K. (2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. *Appetite*, 144, 104470.
- Treasure, J., Hübel, C. y Himmerich, H. (2022). The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: implications for prevention and treatment. *World Psychiatry*, 21(1), 147.
- Udo, T. y Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biological psychiatry*, 84(5), 345-354.

ANEXO 1

Binge Eating Scale (BES)

Fuente: Gormally, Black, Daston y Rardin, 1982

Traducción y adaptación: Baile y González, 2016

Lea las siguientes frases y en cada pregunta elija una de ellas, la que mejor se ajuste a lo que ha pensado, sentido o realizado en los últimos meses.

1.

- a) Yo no pienso en mi peso o tamaño corporal cuando estoy con otras personas.
- b) Me preocupo por mi apariencia, pero eso no me hace infeliz.
- c) Pienso en mi apariencia o peso y me siento decepcionado de mí mismo.
- d) Con frecuencia pienso en mi peso y siento mucha vergüenza y asco.

2.

- a) No tengo ninguna dificultad para comer lentamente.
- b) Puedo comer rápidamente, pero nunca me siento demasiado lleno.
- c) A veces, después de comer rápido, me siento demasiado lleno.
- d) Por lo general me trago la comida casi sin masticar, y entonces siento como si hubiera comido demasiado.

3.

- a) Puedo controlar mis impulsos hacia la comida.
- b) Creo que tengo menos control sobre los alimentos que una persona promedio.
- c) Me siento totalmente incapaz de controlar mis impulsos hacia la comida.
- d) Me siento totalmente incapaz de controlar mi relación con la comida y trato desesperadamente de luchar contra mis impulsos hacia ella.

- 4.
- a) No tengo la costumbre de comer cuando estoy aburrido.
 - b) A veces como cuando estoy aburrido, pero a menudo puedo distraerme y no pensar en la comida.
 - c) A menudo como cuando estoy aburrido, pero a veces puedo distraerme y no pensar en la comida.
 - d) Tengo la costumbre de comer cuando estoy aburrido y nada me puede parar.
- 5.
- a) Por lo general, cuando como es porque tengo hambre.
 - b) A veces como impulsivamente sin realmente tener hambre.
 - c) A menudo como para satisfacer el hambre, incluso cuando sé que ya he comido suficiente. En estas ocasiones ni siquiera puedo disfrutar de lo que como.
 - d) Aunque yo no tenga hambre, siento la necesidad de poner algo en mi boca y me siento satisfecho solo cuando puedo llenarla (por ejemplo, con un pedazo de pan).
6. Después de comer en exceso:
- a) No me siento culpable o arrepentido en absoluto.
 - b) A veces me siento culpable o arrepentido.
 - c) Casi siempre siento un fuerte sentimiento de culpa o arrepentimiento.
- 7.
- a) Cuando sigo una dieta nunca pierdo por completo el control de los alimentos, incluso en momentos en los que como demasiado.
 - b) Cuando como un alimento prohibido en una dieta creo que he fallado e incluso como más.
 - c) Cuando sigo una dieta y vuelvo a comer mucho creo que he fallado y entonces como más.
 - d) Siempre estoy o dándome atracones o de ayuno.
- 8.
- a) Es raro que coma tanto que me sienta incómodamente lleno.
 - b) Aproximadamente una vez al mes como tanto que me siento incómodamente lleno.
 - c) Hay periodos regulares durante el mes en los que como grandes cantidades de alimentos en las comidas o entre las comidas.

d) Como tanto que, por lo general, después de comer me siento muy mal y tengo náuseas.

9.

a) La cantidad de calorías que consumo es bastante constante en el tiempo.

b) A veces, después de comer demasiado, trato de consumir pocas calorías para compensar la comida anterior.

c) Tengo la costumbre de comer demasiado por la noche. Por lo general, no tengo hambre por la mañana y por la noche como demasiado.

d) Tengo periodos de una semana en los que hago dietas de ayuno tras periodos en los que comí demasiado. Mi vida está compuesta de atracones y ayunos.

10.

a) Normalmente puedo dejar de comer cuando decido que he tenido suficiente.

b) A veces siento unas ganas de comer que no puedo controlar.

c) A menudo siento impulsos tan fuertes de comer que no puedo parar, aunque a veces puedo controlarme.

d) Me siento totalmente incapaz de controlar mis impulsos de comer.

11.

a) No tengo problemas para dejar de comer cuando estoy lleno.

b) Normalmente puedo dejar de comer cuando me siento lleno, pero a veces como mucho aun sintiendo desagrado.

c) Me es difícil dejar de comer una vez que empiezo, por lo general, acabo por sentirme demasiado lleno.

d) Es un problema real parar de comer y a veces vomito porque me siento muy lleno.

12.

a) Yo como lo mismo si estoy con amigos y familia que cuando estoy solo.

b) A veces no como lo que quiero cuando estoy con gente porque soy consciente de mis problemas con la comida.

c) A menudo como poco con gente porque me siento avergonzado.

d) Estoy tan avergonzado de comer en exceso que a veces solo como cuando nadie me ve. Como en secreto.

13.

- a) Realizo tres comidas al día y a veces un tentempié.
- b) Realizo tres comidas al día y a menudo un tentempié.
- c) Realizo muchas comidas al día, o me salto las comidas con regularidad.
- d) En ocasiones parece que estoy constantemente comiendo, no ajustándome a las comidas habituales.

14.

- a) Yo no pienso impulsivamente en comer mucho.
- b) A veces mi mente está ocupada con pensamientos sobre cómo controlar las ganas de comer.
- c) A menudo me paso mucho tiempo pensando sobre qué comer o no comer.
- d) Mi mente está ocupada la mayor parte del tiempo con pensamientos sobre la comida.
- e) Me parece que estoy constantemente luchando por no comer.

15.

- a) No pienso en la comida más que la mayoría de la gente.
- b) Tengo fuertes deseos por la comida, pero solo durante periodos cortos de tiempo.
- c) Hay días en los que no pienso en nada más que la comida.
- d) La mayor parte de los días tengo pensamientos continuos sobre los alimentos. Siento que vivo para comer.

16.

- a) Por lo general sé si tengo hambre o si no. Sé que proporciones de comida son adecuadas.
- b) A veces no sé si tengo hambre o no. En esos momentos no sé decidir bien cuál es la cantidad de comida que es la adecuada.
- c) Aunque supiera cuántas calorías debo comer, no tendría una idea clara de lo que es, para mí, una cantidad normal de alimentos.

ANEXO 2

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY, STAI)

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

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

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

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

ANEXO 3

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

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

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

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

Interpretación:

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

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

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

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

ANEXO 4

ESCALA DE SATISFACCIÓN CORPORAL (SCP)

ESCALA SATISFACCION

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. Siento que mi cuerpo a veces me limita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me gustaría poder cambiar algunas partes de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Creo que soy bastante feo/a.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento más seguro vestido que en bañador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nadie podría enamorarse de mí por mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gusta mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me gusta que me miren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me gusta mirarme en el espejo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Corrección: Los ítems 6, 7 y 8 son inversos, por lo que su puntuación es inversa, otorgando un punto a “muy en desacuerdo” hasta cuatro puntos que se le otorgaría a “Muy de acuerdo”. La mayor puntuación significa que la persona ha obtenido un mayor nivel de satisfacción corporal (Carrera-Fernández et al., 2007).

ANEXO 5

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA

IPAQ: FORMATO CORTO AUTOADMINISTRADO DE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS PARA ADULTOS DE 15 A 69 AÑOS

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

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

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

_____ días por semana

☐ Ninguna actividad física intensa



Vaya a la pregunta 3

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

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

☐

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

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

_____ días por semana

☐ Ninguna actividad física moderada



Vaya a la pregunta 5

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

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

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

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

_____ días por semana

☐ Ninguna caminata



Vaya a la pregunta 7

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

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

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

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

_____ horas por día

_____ minutos por día

☐ No sabe/No está seguro

ANEXO 6

EATING ACTITUDE DISORDER (EAT-26)

[illegible]

ANEXO 7

ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

INSTRUCCIONES: Por favor, indique con una “X” con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones:

1	2	3	4	5
Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Percibo con claridad mis sentimientos.				1 2 3 4 5
2. Presto atención a cómo me siento.				1 2 3 4 5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.				1 2 3 4 5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.				1 2 3 4 5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.				1 2 3 4 5
6. Estoy atento a mis sentimientos				1 2 3 4 5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.				1 2 3 4 5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.				1 2 3 4 5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.				1 2 3 4 5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.				1 2 3 4 5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.				1 2 3 4 5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.				1 2 3 4 5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.				1 2 3 4 5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.				1 2 3 4 5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.				1 2 3 4 5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.				1 2 3 4 5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.				1 2 3 4 5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera				1 2 3 4 5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.				1 2 3 4 5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así				1 2 3 4 5

21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.	1	2	3	4	5
24. Cuando me siento mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse	1	2	3	4	5

ANEXO 8:

Dinámica: “El ovillo de lana”

Esta dinámica consistirá en colocarse de pie formando un círculo amplio e ir pasándose un ovillo, el cual se va desenroscando y tejiendo una red entre todos los participantes. Cuando el ovillo llega a un participante, éste deberá presentarse (p.ej. nombre, edad, profesión y una cualidad suya) y pasárselo al siguiente. Una vez todos se hayan presentado, se deberá desenroscar la red pasando por debajo de los hilos hasta llegar a la persona que había comenzado pasando el ovillo, la cual tendrá que recordar y repetir su presentación.

Dinámica: “Nos pasamos la pelota”

Se pide a los participantes que formen un círculo, y dirán uno por uno su nombre. A continuación, se cogerá una pelota que deberán ir pasándose unos a otros. El participante al que le llega pelota tendrá que decir cómo se llama la persona que se la ha lanzado y pasársela a otro participante, que deberá decir su nombre. El orden de los pases puede ser azaroso, sin seguir ningún orden, pasándosela cada uno a quién prefiera, siempre y cuando se integre a todos los participantes y no quede nadie con la percepción de ser excluido.

ANEXO 9

TABLAS DEL CUADERNO DE AUTORREGISTRO

El cuaderno de autorregistro se compondrá de una serie suficiente de hojas, cada una correspondiente a una semana, compuestas por la siguiente estructura:

Nombre: _____

Semana: _____

Peso al inicio de la semana: _____

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO							
MEDIA MAÑANA							
COMIDA							
MEDIA TARDE							
CENA							
OTROS							

ANEXO 10

Dinámica: “Mi cambio es posible”

Nombre: _____

Responda a las siguientes cuestiones:

1. ¿Cuándo comencé a comer compulsivamente? ¿Cuánto tiempo ha pasado?

2. ¿Cuánto tiempo de mi vida me ha ocupado?

3. ¿Cuánto dinero he gastado innecesariamente?

4. ¿He adaptado mi vida a mis atracones? ¿De qué manera?

5. ¿Cómo me siento después de realizar un atracón?

6. ¿Cómo creo que me sentiré conmigo mismo si **no** realizo atracones?

7. ¿Han cambiado mis relaciones con los demás desde que realizo atracones? Explica de qué manera o qué aspectos han cambiado.

8. ¿Cómo creo que cambiará mi vida si **no** realizo atracones?

9. Los aspectos de mi salud que cambiarán serán...

10. Cuando consiga el cambio me veo...

ANEXO 11

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Dinámica: “Jacobson”

En primer lugar se colocarán todas las esterillas a lo largo de toda el aula y tumbándose cada participante en una. Dividiremos esta técnica en dos partes. La primera de ellas consistirá en la tensión y relajación de cada parte del cuerpo, conforme la psicóloga vaya indicando. En esta fase el objetivo principal será contraer y relajar los músculos empezando por el rostro, siguiendo por el cuello y hombros, continuando con el abdomen y finalizando con las piernas.

Por otro lado, en la segunda fase se pedirá que se concentren en repasar mentalmente cada parte que se ha tratado en la fase anterior, atendiendo a la relajación de cada una de ellas intentando relajarlas más si es posible.

Dinámica: “Nos transportamos a la playa o a la montaña”

Los participantes deberán continuar tumbados en la esterilla, como en la dinámica anterior. En este caso, se les pedirá que piensen en una escena agradable (por ejemplo, imaginarse tumbado en la playa o en la montaña), lo que les producirá diferentes sensaciones. Poco a poco, y de forma gradual, se irá terminando esta dinámica y pidiendo que se incorporen.

Dinámica: “La llama de la concentración”

Esta técnica está basada en el mindfulness, centrado en la focalización de estímulos visuales. Todo se trabajará con una vela que se repartirá a cada participante y se encenderá para que comience a prender. Se pedirá que focalicen toda su atención en ella, observando los cambios de los colores y movimientos de la llama, evadiéndose y alejándose de cualquier otro estímulo ajeno, incluyendo sus preocupaciones y pensamientos negativos.

Finalmente, aparte de estas técnicas, se proporcionará alguna actividad alternativa para realizar en momentos en los que no se realizan otras tareas (como por ejemplo, después de cenar) y que facilitan la aparición de los atracones, con el objetivo de que realicen otra ocupación. Un ejemplo es una rutina de auto cuidado facial antes de ir a dormir.

ANEXO 12

Dinámica: “Emociones musicales”

En primer lugar se pedirá que mantengan los ojos cerrados. A continuación se reproducirá un trozo de una música (sin letra), que deberán escuchar y sentir. Cuando la parte de la canción haya terminado se realizarán las siguientes preguntas para que identifiquen la emoción que les ha transmitido la canción y piensen una situación a la que les lleva esta emoción o canción:

1. ¿Qué emoción os ha transmitido este fragmento?
2. Si este fragmento describiese una situación que hayáis vivido, ¿cuál sería?
3. ¿Habéis pensado en alguna persona en concreto al escuchar la canción?

Se repetirá la dinámica con un total de 5 fragmentos de canción.

ANEXO 13

FICHA IDENTIFICACIÓN SITUACIONES

Situación	¿Qué pienso?	La emoción que me genera es...	La conducta que realizaría	Las consecuencias de esta conducta serían...	Conducta alternativa de mi lista de emociones positivas

ANEXO 14

Dinámica: “La lista de los elogios”

Se repartirá a cada participante una hoja con un bolígrafo. A continuación, se pedirá que elaboren una lista de diez elogios que les hayan dicho a lo largo de su vida, indicándoles que si son más recientes, mejor. Después, se solicitará que los puntúen del 1 al 10, siendo 1 que no lo han creído y 10 que lo ha creído totalmente.

Una vez lo hayan realizado de manera individual, se pasará a compartirlos con el grupo, preguntándoles al final de la lectura de su lista qué creen que sería diferente en su vida si considerasen que cada elogio fuese un punto más de lo puntuado. Al compartirlo de manera grupal, los demás participantes podrán interactuar.

Dinámica: “Anuncios... ¿reales?”

Con un proyector se visualizarán dos anuncios publicitarios que pongan de manifiesto los cánones de belleza de nuestra sociedad y se dará paso a un debate crítico por parte de los participantes, para ver qué les incita dicho contenido. Como preguntas para abrir el debate, se comenzará con: ¿Cuántas mujeres de vuestro entorno tienen esos cuerpos? O ¿Cuántos hombres así de musculados conocéis? Esto dará paso a un debate abierto entre los participantes, mediante el cual, pueden surgir diversas cuestiones relacionadas con el tema y que les inciten a reflexionar acerca de la imposición de estándares de belleza y dejen de lado su percepción corporal negativa.

ANEXO 15

Dinámica: “Un masaje, por favor”

Esta dinámica será explicada para que la realicen en su casa.

Se propone a los participantes que después de ducharse tomen entre 5 y 10 minutos masajeando muy despacio todo su cuerpo con una crema hidratante, fijándose en todas las sensaciones positivas que eso les produce. Además, se les avisará que al principio pueden producirse tanto emociones como pensamientos negativos, tales como “Estoy gorda/o” o “tengo mucha grasa”, pero lo importante deberá ser la atención única a todas aquellas sensaciones que les resultan agradables.

ANEXO 16

Encuesta de valoración del programa:

Sexo: _____

Edad: _____

Conteste a las siguientes preguntas acerca de su satisfacción con el programa:

1. ¿Cómo valorarías los contenidos abordados en el programa?

Nada adecuados Algo adecuados Bastante adecuados Muy adecuados

Justifica la respuesta: _____

2. ¿Qué contenidos son los que te han parecido más interesantes?

3. ¿Qué otros contenidos te hubiese gustado que se trataran en el programa?

4. ¿Qué te ha parecido la dinámica y recursos del programa?

Nada adecuada Algo adecuada Bastante adecuada Muy adecuada

Justifica tu respuesta: _____

5. ¿Cómo valorarías actuación de la psicóloga durante el programa?

Nada adecuada Algo adecuada Bastante adecuada Muy adecuada

Justifica tu respuesta: _____

6. ¿Crees que las herramientas aportadas por el programa son útiles? SI NO

Justifica tu respuesta: _____

7. ¿Consideras que el programa ha cumplido tus expectativas?

Nada Algo Bastante Mucho

Justifica tu respuesta: _____

8. Valora el programa del 1 al 10: _____

9. Valora tu satisfacción con el programa del 1 al 10: _____

10. Escribe aquellos comentarios que te parezcan oportunos:

ANEXO 17

Evaluación de la sesión

Cumplimentar las siguientes preguntas al finalizar cada sesión del programa:

Número de sesión: _____

Fecha de realización: _____

Nombre del evaluador: _____

¿Han asistido todos los participantes a la sesión de hoy? Apuntar a los asistentes.

¿Ha surgido algún inconveniente de cualquier tipo durante la sesión?

¿Ha habido un buen ajuste al tiempo de la sesión?

¿Ha habido una buena respuesta de los participantes ante la sesión? Indicar si les ha gustado y se han sentido cómodos.

¿Ha habido una buena participación durante la sesión?
