

Susana Bravo Ferrón

EFICACIA DE UN MANUAL DE AUTOAYUDA GUIADA POR LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL COMO COMPLEMENTO A LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE BULIMIA NERVIOSA

EFFECTIVENESS OF THE INTRODUCTION OF A SELF-HELP MANUAL, GUIDED BY THE MENTAL HEALTH SPECIALIST NURSE, AS A COMPLEMENT TO THE "COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY" IN THE TREATMENT OF BULIMIA NERVOSA DIAGNOSED PATIENTS

Susana Bravo Ferrón

RESUMEN

La Bulimia Nerviosa (BN) constituye, hoy en día, un importante problema de salud pública en la Comunidad de Madrid, con una prevalencia del 3,7% en la población femenina adolescente. En los últimos 10 años se ha multiplicado por tres la incidencia de la BN, alcanzando una tasa de 50/1000.000 entre los 10 y los 30 años de edad. Se ha asociado a numerosas patologías como trastorno de la personalidad, depresión y ansiedad, (entre un 71 y un 75% presentan un trastorno de la ansiedad). La incorporación de un manual de autoayuda en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha sido efectiva en otro estudio realizado en un contexto diferente al nuestro. La incorporación del manual podría ser beneficiosa para los pacientes diagnosticados de BN.

Objetivo: analizar la eficacia a corto y medio plazo de la incorporación de un manual de autoayuda guiado por la enfermera especialista en salud mental a la TCC en la mejoría de la BN.

Metodología: Estudio experimental con un grupo control aleatorizado.

Población: pacientes diagnosticados de BN a partir del último año, en TCC, con o sin tratamiento farmacológico.

Variabes: edad, sexo, tiempo de evolución, apoyo familiar, IMC.

Intervención: inclusión de un manual de autoayuda junto con TCC en el grupo experimental y 18 sesiones de entrevista de 20 minutos de duración.

Análisis de los datos: comparación de medias al inicio, al mes y a los 6 meses de la finalización de la investigación en ambos grupos (control y experimental) mediante el test BITE (test de bulimia de Edimburgo) y cuestionario STAI (ansiedad).

Palabras clave: bulimia nerviosa, ansiedad, manual de autoayuda, enfermera especialista en salud mental, terapia cognitivo conductual.

Susana Bravo Ferrón

ABSTRACT:

Bulimia nervosa is currently an important public health problem in the Comunidad de Madrid, with a prevalence of 3,7% of the teenage female population. During the last 10 years, the BN incidence has multiplied by three, reaching a rate of 50/1000000 women between 10 and 30 years old.

It has been associated with several pathologies, such as depression, anxiety and personality disorders (between 71 and 75% of patients present an anxiety disorders).

Including self-help manuals in Cognitive Behavioural Therapy (CBT) has been effective in other studies in a different context. Including the manual here could be beneficial for patients diagnosed as suffering BN.

Objective: Analyze the short- and midterm BN treatment effectiveness of including a self-help manual in the CBT, guided by a specialist mental health nurse.

Method: Experimental study of a randomized control group.

Population: Patients diagnosed as having BN in the last year (in CBT), with or without pharmacological treatment.

Variables: Age, sex, evolution time, family support, IMC.

Intervention: inclusion of a self-help manual, together with CBT treatment in the experimental group, plus 1820 minute interview sessions.

Data analysis: comparison of averages at the beginning of the treatment and one and six months after finishing the treatment in both groups (control and experimental), using BITE (Bulimia Investigatory Test Edinburgh) and STAI (anxiety) questionnaires.

Key words: Bulimia nervosa, anxiety, self-help manual, specialist mental health nurse, Cognitive Behavioural Therapy

Susana Bravo Ferrón

INTRODUCCION

El término bulimia nerviosa (BN) define a una enfermedad mental incluida en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que se corresponde con episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio físico excesivo. Una característica importante asociada a este trastorno es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales [1]

El término bulimia procede del griego "boulimos", de bous (buey) y limos (hambre), literalmente significa "hambre de buey" o un hambre muy intensa.

La BN constituye, hoy en día, un importante problema de salud pública en la Comunidad de Madrid, con una prevalencia en la población femenina adolescente del 3.7%.

Los últimos datos de la Comunidad de Madrid, reflejan que un tercio de las adolescentes refiere la realización de dietas para adelgazar y una de cada diez se ha provocado el vómito para perder peso. Sin embargo existe un descenso del 3.8% en la percepción de sobrepeso u obesidad en las mujeres y un ascenso de un 16% en la restricción alimentaria de 24 horas en hombres. La evolución en la conducta de "atracones" en los últimos 3 años aumentó un 8% en chicas y un 14% en chicos [2]

En los últimos 10 años se ha multiplicado por tres la incidencia de la BN, alcanzando una tasa de 50/100.000 entre los 10 y los 30 años de edad [3].

En cuanto a la prevalencia de BN en la Comunidad de Madrid se sitúa en torno al 2% en el año 2000, afectando fundamentalmente a personas entre los 24 y los 40 años de edad, predominantemente de sexo femenino. Existían datos contradictorios refiriéndose al nivel socioeconómico en relación con los TCA, pero actualmente no existen diferencias [4]

La BN se ha asociado a numerosas patologías psiquiátricas, como son trastornos de personalidad, trastorno depresivo mayor, mayor dependencia a la nicotina, ansiedad social (siendo ésta una barrera para someterse al tratamiento), trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social o agorafobia [5, 6, 7, 8, 9].

Un mismo autor, en diversos estudios, ha analizado la relación de los TCA, que además de la BN incluye la anorexia nerviosa (AN) y los trastornos alimentarios no especificados, con los trastornos de la ansiedad. Según el mismo, los pacientes con TCA tienen un riesgo aumentado de padecer trastornos de la ansiedad [10].

Por otro lado, algunos estudios tienden a considerar que los trastornos de la ansiedad desempeñan un papel etiológico en la aparición de los trastornos de la alimentación [11].

Los síntomas relacionados en la BN son en un 36-70 % trastornos afectivos, de los cuales un 20-60% son trastornos de la ansiedad y, de ésta, en torno al 24 % ansiedad generalizada [12]. Sin embargo los últimos estudios realizados reflejan que entre un 71 y un 75% (según distintas investigaciones) de las pacientes diagnosticadas de BN presentan un trastorno de la ansiedad [10, 13], pudiendo ésta ser causada de manera anticipatoria o inmediata, y asociada con ciertos tipos de alimentos [14]. La ansiedad está presente ante comidas de alto contenido calórico y en aquellas situaciones en las que se muestra públicamente la imagen corporal o se conocerá a gente [11].

Susana Bravo Ferrón

Actualmente el tratamiento de la bulimia se basa en psicoterapia individual y el tratamiento cognitivo conductual (TCC), junto con soporte farmacológico, principalmente antidepresivos tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Este tratamiento permite disminuir la frecuencia de los atracones y vómitos autoinducidos, con mejoría de otros síntomas asociados como ansiedad, depresión y deterioro en el funcionamiento global. Por lo general, el tratamiento de la BN se realiza de forma ambulatoria, desde el domicilio generalmente, donde la familia juega un papel importante, aunque en algunos casos es necesario recurrir a la hospitalización por alteraciones orgánicas importantes, depresión mayor con riesgo de muerte o suicidio, o cuando el tratamiento ambulatorio ha fracasado [15].

Se ha descrito un patrón familiar que aparece mayoritariamente en el entorno de estos pacientes, y que parece favorecer la etiología y la perpetuación en el tiempo de este problema [16, 17, 18], apoyando la hipótesis de la tendencia familiar a los trastornos de la alimentación [19].

La incorporación de la Terapia Familiar en la TCC, según los últimos estudios realizados sobre el tratamiento basado en la familia en los TCA, suele ser efectiva. Dividiéndose este tratamiento en dos tipos (estratégico y estructurado), donde se obtuvieron resultados similares [20].

La TCC ha sido descrita como el tratamiento con mayor efectividad en la BN, pero no se puede trabajar en todos los casos, pudiendo provocar un aumento de las características restrictivas de alguno de ellos [21]. Esta terapia aborda diferentes áreas: fisiológica (aspectos relacionados con la tensión y las manifestaciones fisiológicas), cognitiva (interpretaciones irracionales y negativas sobre sí misma y sobre su entorno) y comportamental (evitación y afrontamiento incorrecto de situaciones) [11]. En definitiva, la TCC se basa en técnicas orientadas a la resolución de problemas, entrenamiento de habilidades sociales, técnicas de relajación y reestructuración cognitiva, complementadas, en algunos centros, con grupos de autoayuda [11, 22]. Su finalidad es interrumpir el ciclo "dieta restrictiva-violación de la dieta-episodio de voracidad-conducta purgativa", re-estableciendo una adecuada alimentación y un estado nutricional óptimo; reducir las restricciones alimentarias continuadas; y mantener el cambio después del tratamiento [11].

Existen una serie de inconvenientes acerca de esta terapia: es un tratamiento muy especializado; necesita un espacio de tiempo considerable (16-20 sesiones semanales, de hora u hora media), y su oferta es insuficiente para absorber la demanda generada por un problema con una incidencia creciente [23].

La revisión de la literatura acerca de la TCC en la BN, propone la incorporación de nuevos tratamientos en estudio [24, 25]. En Austria se hizo un estudio de investigación sobre la incorporación de manuales de autoayuda guiados, siendo éstos efectivos en aproximadamente un 74% de los casos, frente al 44% de la eficacia observada en el grupo que sólo recibía TCC [23].

La incorporación de manuales de autoayuda se ha llevado a cabo por dos investigaciones, en ambas el objetivo había sido evaluar la eficacia de los manuales de autoayuda a corto y a largo plazo en el tratamiento de la bulimia nerviosa. Concluyendo en ambas, que 8 sesiones de TCC individual junto con el uso de manuales de autoayuda guiada, es tan efectiva como 16 sesiones de TCC [23, 26].

Susana Bravo Ferrón

JUSTIFICACIÓN

En definitiva numerosos estudios muestran la eficacia de la TCC en pacientes con BN, aunque muchos de ellos proponen la incorporación de otras técnicas, como es la introducción de un manual de autoayuda guiada, obteniendo buenos resultados.

La reproducción de esta técnica, en nuestro contexto, podría ser beneficiosa en los pacientes con BN.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trastornos de la conducta alimentaria DSM-IV "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" 4º edición. Masson S.A. Barcelona. 1995.
2. Gandarillas A, Bru Amantegui S. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Vigilancia epidemiológica de los TCA y conductas relacionadas, 2004. Junio 2005; 6(11):1-20
3. Ministerio De Sanidad y Consumo. Instituto Nacional De La Salud. Trastornos del comportamiento alimentario. Subdirección General de Coordinación Administrativa Área de Estudios. Madrid 2000
4. Gandarillas A, Febrel C. Encuesta de prevalencia de trastorno del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados en la comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Publica nº 67. Dirección general de Salud Pública. Conserjería de Sanidad Madrid 2000
5. Truglia E, Mannucci E, Lasso S, Rotella CM, Faravelli C, Ricca V. Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. Psychopathology 2006; 39 (2): 55-68.
6. Keel PK, Klump KL, Miller KB, McGue M, Iacono WG. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. Int J Eat Disord. 2005 Sep; 38(2):99-105.
7. Goodwin RD, Titzgibbon ML. Social anxiety as a barrier to treatment for eating disorders. Int J Eat Disord 2002 Jul; 32 (1):103-6.
8. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Co morbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. Ann J Psychiatry 2004 Dec; 161 (12):2215-21.
9. Hinrichsen J, Waller G, Emanuelli F. Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: association with core beliefs. J. New Ment Dis. 2004 Nov; 192 (11): 784-7.
10. Godart NT, Perdereau F, Jaemmet P, Flament MF. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: results. Encephale 2005 Marz-Apr; 31(2): 152-61.
11. Saldaña, Tomás y Bachs (1997): Ansiedad y Estrés 3; 2-3 (pp. 319-337). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. Universidad de Barcelona
12. Graell M. Psicopatología de la bulimia nerviosa. Disponible en: <http://gonzalomorande.eresmas.net/monse.htm>

Susana Bravo Ferrón

13. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Predictive factors in social adaptation disorders in anorexic and bulimic patients. *Encephale* 2003 Mar-Apr; 29(2):149-56.
14. Toro J, Cervera M, Feliu MH, Garriaga N, Jou M, Martínez E, Toro E. Cue exposure in the treatment of resistant bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2003 Sep;34(2):227-34.
15. Roca E y Roca B. La bulimia nerviosa y su tratamiento: Terapia Cognitivo- Conductual de Fairburn. Disponible en: <http://www.comportamental.com/articulos/15.htm>
16. Hodges EL, Cochrane CE, Brewerton TD. Family characteristics of binge-eating disorders patients. *Int J Eat Disord* 1998 Mar;23(2):145-51.
17. Kinzl JF, Mangweth B, Traweger CM, Biebl W. Eating-disordered behavior in males; the impact of adverse childhood experiences. *Int J Eat Disord*, 1997 Sep;22(2):131-8
18. Field AE, Camargo CA Jr, Taylor CB, Berkey CS, Roberts SB, Colditz GA. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*. 2001 Jan; 107(1):54-60.
19. Chinchilla A, *Anorexia y Bulimia Nerviosa* 1994, Cáp. V, Pág. 59-62. Ediciones Ergon S.A.
20. James Lock MD, Daniel le Grange, PhD. Family-Based Treatment of Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2005; 37:S64-S67
21. Openshaw C, Waller G, Sperlinger D. Group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: statistical versus clinical significance of changes in symptoms across treatment. *Int J Eat Disord* 2004 Dec;36(4):363-75.
22. Martín L, Rivera A, Morandé G, Salido G. Los grupos de ayuda mutua en la atención los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *Anorexia & Bulimia* 1999 Ago-Sep, 5(1):5-6.
23. Bailer U, de Zwann M, Leisch F, Strnad A, Lennkh-wolfsberg C, El-Giamal N, Hornik K, Kasper S. Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2004 May;35(4):522-37
24. Cooper MJ. Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress, development and future directions. *Clinical Psychol Rev*. 2005 Jun;25(4):511-31.
25. Lundgren JD, Danoff-Burg S, Anderson DA. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: an empirical análisis of clinical significance. *Int J Eat Disord*. 2004 Apr;35(3):262-74.
26. Carter JC, Olmsted MP, Kaplan AS, McCabe RE, Mill JS, Aime A. Self-help for bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2003 May;160(5):973-8.

Susana Bravo Ferrón

OBJETIVOS:

Principal:

Analizar la eficacia a corto y medio plazo de la incorporación de un manual de autoayuda, guiado por la enfermera especialista de salud mental, a la TCC en la mejoría de la BN.

Secundario:

Evaluar el efecto de la intervención anterior en la mejora de los trastornos de ansiedad asociados a la BN

HIPOTESIS:

El grupo experimental, con la introducción de un manual de autoayuda guiado por la enfermera especialista en salud mental, junto con TCC, mejorará al menos un 20% los síntomas bulímicos respecto al grupo control.

METODOLOGIA

Tipo de diseño: Experimental con grupo control aleatorizado de intervención individual.

Periodo de estudio: 3 años

Ámbito de estudio: Centros de Salud Mental de un Área determinada de la Comunidad de Madrid.

Población: Pacientes diagnosticados de BN según criterios del DSM-IV en el último año y los de nuevo diagnóstico, en tratamiento ambulatorio con TCC, con o sin tratamiento farmacológico complementario, residentes en la Comunidad de Madrid, con conocimientos de lectura y escritura en castellano.

Criterios de exclusión: Se excluirán aquellos pacientes con patologías psiquiátricas graves como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad y alto riesgo autolítico. Y todos aquellos que sean tratados bajo terapia psicoanalítica.

Muestra: Como no existe un conocimiento de la eficacia de la TCC en la BN, en el que poder basar la estimación de tamaño muestral, se plantea la necesidad de llevar a cabo un estudio piloto con 10 pacientes, en el que se realice la medición de síntomas bulímicos mediante el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) al comienzo del tratamiento, al mes y a los 6 meses de la finalización de la TCC. Con la puntuación media y la desviación estándar obtenida en el test, y para una mejoría estimada del 20% en el grupo experimental respecto al grupo control, se procederá al cálculo del tamaño muestral con la comparación de dos medias independientes, considerando un nivel de confianza del 95% y un porcentaje de pérdidas del 20%.

El proceso de asignación de la intervención se realizará de manera aleatoria a cada uno de los grupos.

Variables y definición operativa:

Variable independiente: Soporte del tratamiento estándar basado en la TCC con un manual de autoayuda.

VARIABLES DEFINITORIAS DE LA POBLACIÓN:

- Datos de filiación: nombre y apellidos, nº de historia clínica, teléfono de contacto.
- Edad.
- Sexo.
- Tiempo de evolución de la enfermedad (fecha del diagnóstico).
- Apoyo familiar.
- Tipo de conducta purgativa (vómito/laxante/ayuno prolongado/ ejercicio físico intenso).
- Índice de masa corporal (IMC).
- Presencia de otras enfermedades (Comorbilidad).

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Puntuación escala BITE (síntomas y gravedad).
- Puntuación inventario STAI (rasgo/estado).

Fase experimental

En la captación de los sujetos del estudio se incluirán aquellos pacientes diagnosticados de BN durante el último año y los nuevos diagnósticos realizados de forma accidental en la consulta de los distintos terapeutas de los Centros de Salud Mental (CSM) quienes posteriormente derivarán a la enfermera especialista en Salud Mental para proporcionar información acerca del proyecto de investigación.

La enfermera hará entrega a los pacientes del consentimiento informado y los test a realizar: el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) (Anexo I) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg (STAI) (Anexo II).

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

Intervención

El grupo control realizará TCC junto con Terapia Familiar, con o sin tratamiento farmacológico; bajo la supervisión del servicio de psiquiatría.

El grupo experimental realizará el mismo tratamiento que el grupo control, con la incorporación de un manual de autoayuda guiado por la enfermera especialista en Salud Mental.

Tras la selección de sujetos para ambos estudios, a los pacientes incluidos en el grupo experimental se hará entrega del manual de autoayuda.

En ambos grupos la enfermera especialista realizará 18 entrevistas semanales, con una duración entre 60 y 90 minutos para el grupo control y 20 minutos para el grupo experimental. En el caso del grupo experimental se responderán todo tipo de dudas y preguntas acerca del manual de autoayuda.

El manual de autoayuda consta de dos partes:

Primera parte: Esta sección contiene información sobre la BN, con la intención de crear una visión global clara de la enfermedad. Podemos destacar los siguientes aspectos:

Susana Bravo Ferrón

- Características que distinguen entre los episodios ocasionales de comer excesivamente, con problemas reales asociados a los TCA, como la BN.
- Problemas psicológicos, sociales y físicos asociados al trastorno.
- Factores que contribuyen al desarrollo y al mantenimiento de la enfermedad.

Segunda parte: donde se desarrolla el programa de autoayuda para la BN. Podemos distinguir los siguientes puntos clave del programa:

- Paso 1: "el comenzar", "el peso semanal".
- Paso 2: establecer un patrón de ingesta regular, parando los vómitos, la toma de laxantes, diuréticos, evitando las restricciones alimentarias y el ejercicio físico intenso.
- Paso 3: buscar alternativas del atracón, sustituyéndolas por otras actividades.
- Paso 4: solución de problemas.
- Paso 5: abordar otras formas de "hacer dieta", evitando las que son demasiado restrictivas.
- Paso 6: evitar las recaídas y prevención.

Medición del efecto:

Los sujetos de ambos grupos se someterán al Test BITE y al Inventario STAI al comienzo de la investigación, donde se recogerán los siguientes datos: B1C, S1C y B1E, B2E. Se realizará una segunda medición al mes de la finalización de ambas intervenciones, obteniéndose los siguientes parámetros B2C, S2C y B2E, S2E. Finalmente se realizará una última medición a los 6 meses del final del estudio (B3C, S3C y B3E, B3E).

Todos los datos de filiación se irán recogiendo en hojas de recogida de datos de cada paciente (Anexo III), donde se anotarán, además, las puntuaciones correspondientes a las distintas mediciones.

Análisis de datos:

Será excluidos aquellos pacientes que no acudan a menos del 50% de las 18 entrevistas guiadas por la enfermera especialista en salud mental (9 en total), tanto en el grupo control como en el grupo experimental.

Se procederá al análisis cuantitativo de ambos grupos mediante las puntuaciones obtenidas en las mediciones B1C, B1E, B2C, B2E, B3C, B3E y S1C, S1E, S2C, S2E, S3C, S3E. Presentándose la puntuación media y el correspondiente intervalo de confianza calculado para un nivel de confianza del 95%.

Con el fin de comprobar la homogeneidad en ambos grupos se procederá a la comparación de las variables definitorias de la población y la comparación de medias para los valores B1 y S1 en ambos grupos.

Para analizar el efecto de la intervención sobre los síntomas de BN, se procederá a la comparación de medias de las puntuaciones obtenidas en el Test BITE y el inventario STAI en los 3 momentos de medición.

Finalmente se analizará el porcentaje de sujetos excluidos en el estudio por falta de asistencia a más del 50% de las entrevistas

Susana Bravo Ferrón

PLAN DE TRABAJO

- Duración: 3 años
- Realización del estudio piloto: 1 año.
- Reclutamiento e intervención: 1 año
- Análisis de datos: 10 meses
- Redacción de informe: 2 meses

DIFICULTADES Y LIMITACIONES

No asistencia a más del 50% de las entrevistas durante el tratamiento, en ambos grupos de estudio.

Interpretaciones erróneas del manual de autoayuda en el grupo experimental.

Intercambio de información entre los sujetos de ambos tratamientos.

No seguimiento a nivel ambulatorio del manual de autoayuda en el grupo experimental.

UTILIDAD PRÁCTICA

Si se demuestra la hipótesis de nuestro estudio, observando la eficacia de la intervención se podría reducir la duración de las sesiones en el tratamiento de la BN.

RECURSOS

Disponibles:

- Espacios físicos: despacho y consultas.
- Materiales: báscula de peso y medidor de estatura.

Solicitados:

Ordenador y software informático.	2000 €
Fotocopias de cuestionarios BITE y STAI, 7 folios de cuestionarios x 3 mediciones = 21 copia/persona, á 0,03 € copia x 100 copias	63 €
Hoja de recogida de datos (una por persona).	3 €
Manual de autoayuda, en su idioma original inglés	700 €
Proceso de traducción. Permisos de la editorial, traducción y copias en idioma español	3.000 €
TOTAL	5.766 €

Equipo investigador:

- Dos enfermeras especialistas en Salud Mental, donde una realizará las entrevistas y otra recogerá y analizará los distintos parámetros junto con un equipo estadístico.
- Distintos terapeutas de los CSM en donde se realizará el estudio.

ANEXOS

Susana Bravo Ferrón

ANEXO I

CUESTIONARIO BITE (TEST DEBULIMIA DE EDIMBURGO)

1.- ¿Tiene usted costumbres regulares de 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?

Sí

No

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

Sí

No

6.- ¿Si la respuesta es Sí, ¿con qué frecuencia?

Días alternos

2-3 veces por semana

Un día a la semana

Alguna vez

Una vez

7.- ¿Con que frecuencia utiliza algún método para perder peso?

Nunca

Raramente

1 vez/semana

2-3 veces semana

Diariamente

2-3 veces /diariamente

5 veces / día

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

Susana Bravo Ferrón

15.- ¿Cuando se siente ansioso 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 las horas de comida)

Sí

No

18.- ¿Se siente avergonzado 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 miserable?

Sí

No

26.- ¿Se da usted "atracones" únicamente cuando está solo?

Sí

No

27.- ¿Con qué frecuencia ocurren estos "atracones"?

Sí

No

28.- ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del "atacón"?

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

Susana Bravo Ferrón

32.- ¿Se considera a sí mismo un comedor "compulsivo" (no puede evitarlo)?

Sí

No

33.- ¿Varía su peso más de 2 Kg. a la semana?

Sí

No

DESCRIPCIÓN

AUTORES: M. Henderson, D.P. Freeman

Adaptado a la población española por Cervera y cols, 1995.

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

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

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

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

Cada ítem de la escala de síntomas cuenta con dos posibles respuestas (SI/NO). En la escala de gravedad cuenta con varias respuestas que indican frecuencia.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

La puntuación en la escala de síntomas: se obtiene sumando las puntuaciones parciales de los diferentes ítems, oscilando entre 0 y 30.

- Ítems 1, 13, 21, 23 y 31: no, 1 punto; si, 0 puntos.
- Ítems 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 30, 32 y 33: no, 0 puntos; si, 1 punto.

La puntuación escala de gravedad, se obtiene sumando los puntos obtenidos en las preguntas 6, 7 y 27.

Puntos de corte:

- Escala de síntomas:
 - < 10: ausencia de comportamiento compulsivo hacia la comida
 - 10-20: patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa)
 - 15-20: posible bulimia nerviosa subclínica
 - >20: patrón de comportamiento muy alterado (posible BN)
- Escala de gravedad:
 - 5-10: gravedad significativa
 - >10: gran gravedad

Susana Bravo Ferrón

ANEXO II

S T A I

A / E

P D	=	30	+	-	=
-----	---	----	---	---	---

A / R

P D	=	21	+	-	=
-----	---	----	---	---	---

AUTOEVALUACION A (E / R)

Apellidos y nombre Edad Sexo

Centro Curso / Puesto Estado civil.....

Otros datos Fecha

A - E

INSTRUCCIONES

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

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
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 preocupadfo ahora oir posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8 . Me siento descansado	0	1	2	3
9 . Mer siento angustiado	0	1	2	3
10 . Me siento conformatble	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 . Mesiento 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

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

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comensar a contestar a las frasses

INSTRUCCIONES

A - R

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE Vd. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. no emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
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 . Evito enfrentarme a 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

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

PERCENTILES

MUJERES

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

HOMBRES

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

Susana Bravo Ferrón

DESCRIPCIÓN

Autores: C.D. Spielberger, R.L. Forsuch, R.E. Lushene

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

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

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

Es útil en la población normal como en pacientes.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

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

La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos.

No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo.

ANEXO III

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS	
Nombre y Apellidos:	_____
Nº de Historia Clínica:	_____ Tef.: _____
Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:	_____ Edad _____
Fecha del diagnóstico:	_____
Fecha de inicio del tratamiento:	_____
Fecha fin del tratamiento:	_____
Grupo:	Control <input type="checkbox"/> Intervención <input type="checkbox"/>
Apoyo familiar	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Quien _____
Presencia de otras enfermedades (comorbilidad)	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Quien _____
Tipo de conducta purgativa	
Vómitos	<input type="checkbox"/>
Laxantes	<input type="checkbox"/>
Diureticos	<input type="checkbox"/>
Ayuno prolongado	<input type="checkbox"/>
Realización de ejercicio físico intenso	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>
Indice de Masa Corporal (IMC= Kg/m²)	
Peso (Kgrs)	_____
Talla (metros)	_____
IMC	_____
Puntuación test de Bulimia (BITE)	
Al inicio (B1)	<input type="checkbox"/>
Al mes (B2)	<input type="checkbox"/>
A los 6 meses (B3)	<input type="checkbox"/>
Puntuación autoevaluación ansiedad (STAI)	
Al inicio (S1)	<input type="checkbox"/>
Al mes (S2)	<input type="checkbox"/>
A los 6 meses (S3)	<input type="checkbox"/>